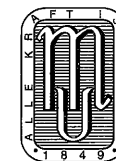


*Resch*

# Ökonomie und Krankenversicherung

Herausgegeben von

**o. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg**  
**ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch**  
**Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald**



Wien 2001

Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

**Zitiervorschlag:** *Autor, in Jabornegg/Resch/Seewald, Ökonomie und Krankenversicherung (2001) [Seite]*

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Ökonomie und Krankenversicherung** / hrsg. von Peter Jabornegg ... –  
Wien : Manz, 2001  
ISBN 3-214-06327-8

Printed in Austria

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

## Vorwort

Massive Ausgabensteigerungen, insb im Bereich der ärztlichen Folgekosten, sind ein Problem aller europäischen Gesundheitssysteme. Insb die ärztlichen „Folgekosten“, wie Kosten für Medikamente, Transporte, Heilbehelfe und Hilfsmittel, weisen eine enorme Dynamik auf. Ein wesentliches Instrument zur Reduktion dieser Ausgabensteigerungen liegt in der Steuerung und Gestaltung des medizinischen Angebotes im Bereich der niedergelassenen Ärzte. Gerade diese Kosten machen den ganz überwiegenden Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Der vorliegende Band setzt sich zum Ziel, Möglichkeiten einer wirksamen Einflussnahme auf das ärztliche Verhalten darzustellen und diese auch rechtlich zu bewerten. Rechtsvergleichend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die bereits gefundenen Lösungswege sowohl in Deutschland als auch in Österreich untersucht.

Die Beiträge gehen zurück auf Referate im Rahmen der dritten „Deutsch-österreichischen Sozialrechtsgespräche“, die am 1. und 2. Februar 2001 an der Universität Linz stattgefunden haben. Die Tagung wurde in Kooperation des Instituts für Arbeitsrecht und Sozialrecht der Universität Linz, des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht, insbesondere Sozialrecht der Universität Passau und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse veranstaltet. Die Herausgeber danken der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für die Mitorganisation und Mitfinanzierung der Tagung sowie des vorliegenden Tagungsbandes.

Linz/Passau, im April 2001

*Peter Jabornegg   Reinhard Resch   Otfried Seewald*

© 2001 MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH

A-1014 Wien, Kohlmarkt 16

Telefon: (01) 531 61-0

eMail: [verlag@MANZ.at](mailto:verlag@MANZ.at)

World Wide Web: [www.MANZ.at](http://www.MANZ.at)

Datenkonvertierung, Satzherstellung und Druck: Manz Crossmedia GmbH & Co KG

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort .....	III
Autorenverzeichnis .....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
<i>Ruth Schimmelpfeng-Schütte</i> <b>Krankenbehandlung und Ökonomie</b> .....	1
<i>Reinhard Resch</i> <b>Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich</b> .....	15
<i>Otfried Seewald</i> <b>Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung</b> .....	35
<i>Franz Kiesel</i> <b>Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung</b> .....	83
<i>Andreas Hänlein</i> <b>Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Die Entwicklung in der BRD bis 1999</b> .....	103
<i>Ulrich Orłowski</i> <b>Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Das deutsche Gesundheitsreformgesetz</b> .....	121
<i>Rudolf Mosler</i> <b>Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Rechtslage in Österreich</b> .....	139

## Autorenverzeichnis

*Privatdozent Dr. Andreas Hänlein*

Privatdozent der Universität Freiburg im Breisgau,  
Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht,  
Amalienstr 33, D-80799 München

*Mag. Franz Kiesel*

Abteilungsleiter in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse,  
Gruberstr 77, A-4021 Linz

*Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Mosler*

Institut für Arbeitsrecht und Sozialrecht der Universität Salzburg,  
Churfürststr 1, A-5020 Salzburg

*Ministerialdirigent Dr. Ulrich Orlowski*

Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung im Bundesministerium für  
Gesundheit,  
Am Propsthof 78 a, D-53121 Bonn

*Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch*

Institut für Arbeitsrecht und Sozialrecht der Universität Linz,  
Altenbergerstr 69, A-4040 Linz

*Ruth Schimmelpfeng-Schütte*

Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen,  
Felicitas-Rose-Str 46, D-29229 Celle

*Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald*

Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, insbesondere Sozialrecht der  
Universität Passau, D-94030 Passau



## Abkürzungsverzeichnis

aA	= anderer Ansicht
aaO	= am angegebenen Ort
AB	= Ausschlußbericht
Abs	= Absatz
aE	= am Ende
aF	= alte Fassung
AN	= Amtliche Nachrichten, Arbeitnehmer
Anm	= Anmerkung
AÖF	= Amtsblatt der österreichischen Finanzverwaltung
AOK	= Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbVG	= Arbeitsverfassungsgesetz
ARD	= ARD-Betriebsdienst
ÄrzteG	= Ärztegesetz 1998
ASVG	= Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BArbBl	= Bundesarbeitsblatt
BayKrG	= Bayrisches Krankenhausgesetz
BayVerfGH	= Bayrischer Verfassungsgerichtshof
betr	= betreffend
BGB	= Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	= Bundesgesetzblatt
BGH	= Bundesgerichtshof
BGHZ	= Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKK	= Betriebskrankenkasse(n), Die Betriebskrankenkasse
B-KUVG	= Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BlgAH	= Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Abgeordnetenhauses
BlgNR	= Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
BMF	= Bundesminister(ium) für Finanzen
BMG	= Bundesministeriengesetz 1986, Bundesminister(ium) für Gesundheit
BMSG	= Bundesminister(ium) für Soziale Sicherheit und Generationen
BpFV	= Bundespflegesatzverordnung
BSG	= Bundessozialgericht
BSGE	= Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BSK	= Bundesschiedskommission
BSVG	= Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BT-Drs	= Bundestags-Drucksache
BUB-RLen	= Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs 1 SGB V
BVerfGE	= Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
B-VG	= Bundes-Verfassungsgesetz 1920
bzw	= beziehungsweise
ca	= circa
DÄBl	= Deutsches Ärzteblatt
DAK	= Deutsche Angestellten-Krankenkasse

ders	= derselbe
dh	= das heißt
DRdA	= Das Recht der Arbeit
dRGBI	= deutsches Reichsgesetzblatt
dSozSi	= Soziale Sicherheit (Deutschland)
E	= Erkenntnis
EB	= Erläuternde Bemerkungen
ebd	= ebenda
EBM	= Einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-GKV-Gesundheitsreform 2000	= Entwurf zur Gesundheitsreform 2000
ErgLfg	= Ergänzungslieferung
etc	= et cetera
EvBl	= Evidenzblatt der Rechtsmittelentscheidungen
f	= und der, die folgende
ff	= und der, die folgenden
FN	= Fußnote
FS	= Festschrift
G	= Gesetz
gem	= gemäß
GG	= deutsches Grundgesetz
GKAR	= Gesetz über das Kassenarztrecht
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000	= Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000
GKV-NOG	= Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV
GKV-SolG	= Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV
GmbH	= Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP	= Gesetzgebungsperiode
GRG	= Gesundheitsreformgesetz
GSbG	= Gesellschaft für Systemberatung und Gesundheitswesen
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz
GSVG	= Bundesgesetz, betreffend die gewerbliche Sozialversicherung, Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GV	= Gesamtvertrag, -verträge
H	= Heft
hA	= herrschende Ansicht
hM	= herrschende Meinung
HID	= Hausärzte in Duisburg
HMO	= Health Maintenance Organisation
Hrsg	= Herausgeber
HS	= Halbsatz
HV	= Hauptverband der Sozialversicherungsträger
HVM	= Honorarverteilungsmaßstab
idF	= in der Fassung
idFd	= in der Fassung des, - der
idR	= in der Regel
idS	= in diesem Sinne
IKK	= Innungskrankenkasse
insb	= insbesondere
INVADE	= Interventionsstudie zu vaskulären Erkrankungen und Demenz

iSd	= im Sinne des, - der
iSv	= im Sinne von
IVF-FondsG	= Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro Fertilisation eingerichtet wird
iVm	= in Verbindung mit
JBl	= Juristische Blätter
KAP	= Kapitel
KassKomm	= Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht
KBV	= Kassenärztliche Bundesvereinigung
KEG	= Kommanditerwerbsgesellschaft
KG	= Kreisgericht
KH	= Das Krankenhaus
KHG	= Krankenhausfinanzierungsgesetz
krit	= kritisch
KV	= Krankenversicherung
KVKG	= Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
LG	= Landesgericht
lit	= litera
LSG	= Landessozialgericht
LT	= Landtags-Drucksache
MBO-Ä	= Musterberufsordnung Ärzte
mE	= meines Erachtens
MedR	= Zeitschrift für Medizinrecht
MQR	= Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg
MUKIPA-Vertrag	= Mutter-Kind-Pass-Vertrag
mwN	= mit weiteren Nachweisen
nF	= neue Fassung
NFP	= Notfallpraxis
NJW	= Neue Juristische Wochenschrift
NJW-RR	= NJW-Rechtsprechungsreport
NOG	= Neuordnungsgesetz
Nr	= Nummer
NRW	= Nordrhein-Westfalen
NZS	= Neue Zeitschrift für Sozialrecht
ÖÄK	= Österreichische Ärztekammer
ÖÄZ	= Österreichische Ärztezeitung
OECD	= Organisation for Economic Cooperation and Development
OEG	= Offene Erwerbsgesellschaft
OGH	= Oberster Gerichtshof
OLG	= Oberlandesgericht
OÖGKK	= Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PartGG	= Gesetz über die Partnergesellschaften der Angehörigen freier Berufe
Pkt	= Punkt
PKV	= Private Krankenversicherung
PsychThG	= Psychotherapeutengesetz
RdM	= Recht der Medizin
RdW	= Recht der Wirtschaft
RGBI	= Reichsgesetzblatt
RL	= Richtlinie
RöK	= Richtlinie des Hauptverbandes über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung

RÖV	= Richtlinie des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen
RSA	= Risikostrukturausgleich
RV	= Regierungsvorlage
RVO	= Reichsversicherungsordnung
Rz	= Randzahl
S	= Satz, Seite, siehe
Sess	= Session
SF	= Sozialer Fortschritt
SGB	= Sozialgesetzbuch
SGb	= Die Sozialgerichtsbarkeit
sog	= sogenannt, -e, -er, -es
SozR	= Sozialrecht, Entscheidungssammlung
SozSi	= Soziale Sicherheit
Sp	= Spalte
SSV-NF	= Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes in Sozialrechtssachen
sublit	= sublitera
SV	= Sozialversicherung
SVSlg	= Sozialversicherungsrechtliche Entscheidungen
SZ	= Entscheidungen des österreichischen obersten Gerichtshofes in Zivilsachen
TK	= Techniker Krankenkasse
TPG	= Transplantationsgesetz
ua	= und andere, unter anderem
UStG	= Umsatzsteuergesetz 1994
usw	= und so weiter
uU	= unter Umständen
V	= Verordnung
v	= vom, von
va	= vor allem
VdAK	= Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V.
VfGH	= Verfassungsgerichtshof
VfSlg	= Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes
vgl	= vergleiche
VO	= Verordnung
VSSR	= Vierteljahresschrift für Sozialrecht
VwGH	= Verwaltungsgerichtshof
Z	= Ziffer
ZAS	= Zeitschrift zur Arbeitsrecht und Sozialrecht
ZASB	= Beilage zur Zeitschrift für Arbeitsrecht und Sozialrecht
zB	= zum Beispiel
ZIP	= Zeitschrift für Wirtschaftsrecht und Insolvenzpraxis
zit	= zitiert
zT	= zum Teil
zust	= zustimmend
zutr	= zutreffend

*Ruth Schimmelpfeng-Schütte*

## Krankenbehandlung und Ökonomie

### I. Einleitung

Meine Aufgabe ist es, in meinem Vortrag die Grundlagen des Wirtschaftlichkeitsgebots in der deutschen GKV darzulegen. Zielsetzung der GKV ist nach § 1 S 1 SGB V die Erhaltung, Wiederherstellung und Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten.<sup>1)</sup> Die GKV dient also nicht in erster Linie den wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer, obwohl heute oft ein entsprechender Eindruck entstehen mag. Deshalb stelle ich den Versicherten und seinen Leistungsanspruch in den Mittelpunkt meiner Betrachtungen.

### III. Grundprinzipien der GKV in Deutschland

#### 1. Gebot der Wirtschaftlichkeit

Etwa 90% der deutschen Bevölkerung sind in der GKV versichert. Ein vorrangiges Prinzip der GKV ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Es ist in zahlreichen Vorschriften des SGB V verankert. Gleich zu Anfang heißt es in § 2 Abs 2 S 1 SGB V: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung“. „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen, die Leistungserbringer dürfen sie nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“<sup>2)</sup>

#### 2. Grundanspruch des Versicherten

Nach § 27 Abs 1 S 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. § 27 Abs 1 S 1 SGB V normiert zum einen den Grundanspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung und betont zum anderen nochmals das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Neben den Kriterien „wirtschaftlich“ und „notwendig“ verwendet das SGB V weitere synonyme Begriffe, zB „ausreichend“, „zweckmäßig“ und

<sup>1)</sup> Die GKV ist im SGB V kodifiziert.

<sup>2)</sup> § 12 Abs 1 SGB V.

„erforderlich“. Ihr Inhalt deckt sich zum Teil mit dem Begriff der Wirtschaftlichkeit. Ob und in welcher Weise sie sich unterscheiden, soll hier nicht vertieft werden. Denn unbestritten ist, dass der Wirtschaftlichkeit nach der Systematik des SGB V die herausragende Bedeutung zukommt.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt ein Abwägen des Aufwandes mit der Wirksamkeit einer Leistung und versteht sich daher als die günstigste Relation zwischen Kosten und Erfolg. Das notwendige Ergebnis soll mit dem geringsten Aufwand erreicht werden. Das impliziert jedoch zugleich, dass bei Vorliegen nur einer einzigen erfolgversprechenden Behandlungsmöglichkeit diese Therapie nicht mit der Begründung abgelehnt werden kann, sie verursache einen zu hohen Aufwand.

Der Begriff der Wirtschaftlichkeit ist ein sog unbestimmter Rechtsbegriff. Er räumt den Krankenkassen kein Ermessen, keine Wahlmöglichkeit und keinen Beurteilungsspielraum ein, sondern lediglich eine Einschätzungsprärogative und ist daher gerichtlich voll nachprüfbar.

Das Gebot des wirtschaftlichen Handelns gegenüber dem Versicherten beinhaltet nach der gesetzlichen Konzeption der GKV die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall. Das bedeutet, dass eine Leistung wirtschaftlich in Bezug auf den einzelnen Versicherten sein muss. Das SGB V verlangt darüber hinaus nicht, dass eine Leistung generell wirtschaftlich ist. Die GKV ist also nicht auf Leistungen beschränkt, deren Wirtschaftlichkeit allgemein festgestellt ist.<sup>3)</sup> Ob dieser Konzeption allerdings die Rechtswirklichkeit entspricht, muss – wie ich im Folgenden zeigen werde – bezweifelt werden. Denn die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots hängt entscheidend von einem weiteren grundlegenden Prinzip der GKV ab: dem Sachleistungsprinzip.

### 3. Das Sachleistungsprinzip

Das Sachleistungsprinzip hat die Struktur der deutschen GKV entscheidend geprägt. Daher ist es ebenfalls gleich in § 2 Abs 2 S 1 SGB V niedergelegt: „Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes vorsieht.“ Sachleistung bedeutet, dass die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen in Natur zur Verfügung stellen müssen. Im Gegensatz zum österreichischen Recht findet in der deutschen GKV daher eine Kostenerstattung nur ausnahmsweise statt.

Kostenerstattungen kennt das SGB V in der heute geltenden Fassung grundsätzlich nur für freiwillige Mitglieder und ihre versicherten Familienangehörigen. Die Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte gab es in Deutschland lediglich in der Zeit von Juli 1997 bis Dezember 1998.<sup>4)</sup> Seitdem ist eine Kostenerstattung für Pflichtversicherte nur in den im Gesetz vorgesehenen Fällen zulässig: zB

<sup>3)</sup> HM, KassKomm-Höfler, § 12 SGB V Rz 5; Käsling/Krauskopf, Soziale Krankenversicherung § 12 Rz 4; jeweils mwN aus der Rechtsprechung.

<sup>4)</sup> Eingeführt durch Art 1 Nr 1 Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV vom 23. 6. 1997, BGBl I 1520 (2. GKV-NOG); wieder aufgehoben durch Art 1 Nr 1 G zur Stärkung der Solidarität in der GKV vom 19. 12. 1998, BGBl I 3853 (GKV-SolG).

in Fällen der Auslandsbeschäftigung (§ 17 Abs 2 SGB V), bei Krankenbehandlung oder vorübergehendem Aufenthalt im Ausland (§ 18 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs 4 SGB V), bei Haushaltshilfe (§ 38 Abs 4 SGB V) und nach § 13 Abs 3 SGB V.

§ 13 Abs 3 SGB V regelt die Kostenerstattung bei Notfallbehandlung und in den Fällen des Systemversagens. Einen Kostenerstattungsanspruch wegen Systemversagens nach § 13 Abs 3 2. Alternative SGB V hat ein Versicherter dann, wenn eine Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für eine selbstbeschaffte und notwendige Leistung Kosten entstanden sind. In den letzten Jahren haben die Gerichtsverfahren, die den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 2. Alternative SGB V betreffen, erheblich zugenommen. Denn über § 13 Abs 3 2. Alternative SGB V versuchen die Versicherten insb die Kosten für neue – vor allem für alternative – Therapien zu erhalten. Selbstverständlich setzt auch der Kostenerstattungsanspruch bei Systemversagen voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung wirtschaftlich ist. Überschreitet die selbstbeschaffte Leistung das Maß der Wirtschaftlichkeit, scheidet eine Erstattung von Kosten insgesamt aus. Der Versicherte geht in diesem Falle leer aus. Er bekommt also auch nicht den Teil der aufgewendeten Kosten erstattet, der bei Beschaffung einer wirtschaftlichen Leistung angefallen wäre. Denn das deutsche Recht kennt im Gegensatz zur österreichischen KV grundsätzlich keine sog Mehrkostenregelung. Seit Ende 1996 ist hier eine vorsichtige Öffnung zu verzeichnen.<sup>5)</sup> Nunmehr können Versicherte nach § 28 Abs 2 S 2 bis 4 SGB V bei Zahnfüllungen eine über das Notwendige hinausgehende Versorgung wählen; die Krankenkassen rechnen hierauf die Kosten der vergleichbaren preisgünstigsten plastischen Füllung als Sachleistung ab; die Mehrkosten haben die Versicherten selbst zu tragen.

Das Sachleistungsprinzip wurde vor mehr als 100 Jahren eingeführt. Grund war die Schutzbedürftigkeit der Versicherten. Sie sollten medizinische Behandlung in Anspruch nehmen können, ohne durch finanzielle Engpässe hieran gehindert zu sein. Heute scheint die Frage berechtigt, ob die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips so, wie es heute in Deutschland praktiziert wird, ökonomisch ist. Es verursacht einen enormen Kostenaufwand, der ohne Nutzen für die Versicherten ist, und dient dabei weniger ihrem Schutz als den wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer. Zudem sind viele Versicherte sowohl im Umgang mit Geld und Banken als auch in Gesundheitsfragen mündig geworden. Sie wollen bei ihrer Behandlung mitbestimmen und sich nicht bevormunden lassen. Ich komme darauf zurück.

Nach dem Sachleistungsprinzip darf sich der Versicherte die erforderliche Leistung grundsätzlich nicht selbst beschaffen. Sie wird ihm von der Krankenkasse durch sog Leistungserbringer zur Verfügung gestellt. Die Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, dass der Versicherte nur diejenigen Leistungen erhält, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Da die Krankenkasse dem einzelnen Versicherten die Leistung nicht selbst gewährt, sondern Leistungserbringer einschalten muss, kann sie unmittelbar ge-

<sup>5)</sup> Siehe Art 1 des Achten G zur Änderung des SGB V vom 28. 10. 1996, BGBl I 1559.

genüber dem einzelnen Versicherten – also im Leistungsrecht – regelmäßig keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen. Das ist der Grund, warum die GKV grundsätzlich keine individuell-konkrete Wirtschaftlichkeitsprüfung im Leistungsrecht kennt. Gleichwohl ist die Frage der Wirtschaftlichkeit von ganz erheblicher Bedeutung für den einzelnen Versicherten. Sie zeitigt ihre Wirkungen über das Leistungserbringungsrecht.

#### 4. Das Leistungserbringungsrecht

Um das Sachleistungsprinzip realisieren zu können, bedarf es des Leistungserbringungsrechts, dh eines Regelwerkes, das die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und den Leistungserbringern betrifft. Das Leistungserbringungsrecht regelt nicht nur die Einbeziehung der ärztlichen und nichtärztlichen Behandler, der Lieferanten von Arzneien etc in die GKV, sondern vor allem auch deren Vergütung.

Zur Honorierung der Leistungserbringer entrichten die Krankenkassen von den an sie gezahlten Beiträgen der Versicherten nach Maßgabe des sog Gesamtvertrages für die gesamte ärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrerseits verteilen diese Gesamtvergütung an die Vertragsärzte, wobei sie den im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Honorarverteilungsmaßstab anwenden. Die Verteilung unter die Vertragsärzte erfolgt nach den erbrachten Einzelleistungen, die jeder Vertragsarzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet. Diese Abrechnung wird nach dem sog Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgenommen, der ganz überwiegend Leistungen der Schulmedizin enthält. Neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab gelten für die Vertragsärzte eine Vielzahl weiterer Abrechnungsregelungen, ua auch die RLen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – eines Ausschusses, der sich zum Machtzentrum der GKV schlechthin entwickelt hat.

Der Vertragsarzt kann gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung erfolgreich nur die Leistungen abrechnen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den übrigen für ihn geltenden Abrechnungsregelungen erfasst sind. Erbringt er andere Leistungen, so droht ihm nicht nur die Honorarkürzung. Er verstößt auch gegen seine Pflichten als Vertragsarzt und riskiert seine Zulassung. Er wird solche Leistungen daher nicht erbringen. Erhält der Versicherte von seinem behandelnden Vertragsarzt aber nur die Leistungen, die dieser nach den Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts abrechnen kann, dann gelten diese Bestimmungen mittelbar auch für den Versicherten.

#### 5. Dynamisches System

Die volle Bedeutung dieser Feststellung erschließt sich, wenn ein weiteres Grundelement der GKV berücksichtigt wird: Die deutsche GKV ist ein dynamisches System. Sie hat einen dynamischen Krankheitsbegriff.

Weder in § 27 Abs 1 S 1 SGB V noch an anderer Stelle definiert der Gesetzgeber den Begriff der Krankheit. Diese Aufgabe ist der Rechtsprechung

vorbehalten. Sie hat den Krankheitsbegriff dynamisch, dh offen, definiert. Danach liegt eine Krankheit dann vor, wenn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand besteht, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Regelwidrig ist ein Zustand, der von der Norm, dh vom Leitbild des gesunden Menschen, abweicht. Eine Behandlung ist notwendig, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst – gemessen an dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft – einer Behandlung zugänglich ist. Ziel kann die Heilung, die Besserung oder die Verhütung der Verschlimmerung des regelwidrigen Zustandes sein, die Linderung von Beschwerden oder die Lebensverlängerung.<sup>6)</sup>

Mit diesem offenen Krankheitsbegriff korrespondiert das Fehlen eines detaillierten Leistungskatalogs im SGB V. Auf diese Weise war es der GKV möglich, Lebenssachverhalte in allen Varianten zu erfassen und mit der Entwicklung in der Medizin Schritt zu halten. Das ist ein großer Vorteil für die Akzeptanz und Funktionsfähigkeit einer Pflichtversicherung gewesen. Eine Krankenversicherung, die nahezu die gesamte Bevölkerung erfasst, muss gesellschaftlichen, technischen und wissenschaftlichen Wandel berücksichtigen.

Nicht nur die Einbeziehung des medizinischen Fortschritts in die GKV führt unabweisbar zu entsprechenden Mehrkosten. Nach dem Krankheitsbegriff der GKV verursacht das Angebot an medizinischen Leistungen zugleich den Behandlungsbedarf. Entwickelt die medizinische Wissenschaft für bestimmte Zustände neue Behandlungsmöglichkeiten, so entstehen durch dieses Angebot neue Versicherungsfälle für die GKV. Auch der Umstand, dass sich der behandlungsbedürftige Zustand an der Norm, dh am Leitbild des gesunden Menschen, orientiert, führt zu Mehrkosten. Denn der Umfang des Versicherungsrisikos der GKV ist damit abhängig vom Wandel der gesellschaftlichen Anschauungen. Dieser Wandel aber ist enorm. Je weniger zB das Alter als „normal“ akzeptiert wird, desto höher ist die Zahl der regelwidrigen Zustände, die in die Leistungspflicht der GKV fallen. Erhebliche Kostensteigerungen sind für die Zukunft vorprogrammiert.

#### 6. Kostenexplosion

In Deutschland wird seit den 70er Jahren die Kostenexplosion in der GKV beschworen. Die Versicherten sind unzufrieden. Das belegt die erhebliche Zunahme an Klageverfahren. Aber auch die Leistungserbringer fühlen sich im System der GKV nicht mehr wohl. Ihr Unmut geht so weit, dass Ärzte und Zahnärzte auf die Straße gehen, um in Demonstrationen ihre Forderungen durchzusetzen. Schließlich sind selbst die Krankenkassen unzufrieden. Ihre Ausgaben beliefen sich im Jahr 1990 auf etwa 140 Mrd DM (etwa 980 Mrd S), im Jahr 1993 auf etwa 210 Mrd DM (etwa 1270 Mrd S) und im Jahre 1996 schließlich auf etwa 250 Mrd DM (etwa 1750 Mrd S).<sup>7)</sup>

<sup>6)</sup> Zu allem zB *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung (Juli 1999) § 27 SGB V Rz 4ff mit zahlreichen Nachweisen aus der Rechtsprechung.

<sup>7)</sup> Statistisches Jahrbuch 1992, 491; 1997, 466; 2000, 450.

Dieser Kostenzuwachs in knapp 10 Jahren ist enorm. Es gibt in Deutschland Stimmen, die das Ansteigen der Kosten verharmlosen, indem sie darauf hinweisen, dass sich der prozentuale Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt nicht entscheidend geändert habe. Das ist falsch. Eine mögliche Abhängigkeit zwischen Bruttoinlandsprodukt und den Ausgaben der GKV vermag einen derartigen Kostenanstieg nicht zu rechtfertigen. Denn weder hat die Bevölkerungszahl oder die Inflationsrate in Deutschland so drastisch zugenommen noch sind die Deutschen gesünder geworden. Die enorme Kostensteigerung hat in Deutschland daher auch zu heftigen Kontroversen geführt. Sie haben den Gesetzgeber veranlasst, das SGB V wiederholt zu ändern. Eine Reform der GKV, die das Wort „Reform“ wirklich verdient hätte, ist allerdings bis heute nicht erfolgt. Ja, in Deutschland hat bislang nicht einmal eine zielgerichtete Diskussion um eine Reform der GKV begonnen, die die Bezeichnung Reform wirklich verdienen würde. Statt dessen werden immer neue kurzlebige Strategien der Kostenbegrenzung versucht.

### III. Strategien der Kostenbegrenzung

Alle Kostenbegrenzungsmaßnahmen treffen mittelbar den Versicherten. Hierzu gehören Budgetierungen, dh die Einführung von Praxisbudgets und Arzneimittelbudgets. Sie führen zwangsläufig dazu, dass der Leistungserbringer nach Erschöpfung seines Budgets eine Behandlung nur noch zögernd, wenn überhaupt durchführen wird. Hierzu zählen weiter die quartalsmäßigen Honorarkürzungen des einzelnen Vertragsarztes bei Überschreitung des statistischen Mittels (sog pauschale Wirtschaftlichkeitsprüfungen) und die Arzneimittelregresse, wenn seine Verordnungen den statistischen Durchschnitt überschreiten. In diesen Zusammenhang gehören aber auch die Einschränkungen der Arztzulassungen. Darüber hinaus gibt es eine Fülle weiterer Maßnahmen, die zwar auf den ersten Blick nicht als Kostenbegrenzungsstrategien erkennbar sind, die aber gleichwohl von enormer Reichweite für den Versicherten sind. Sie haben der deutschen GKV – unbemerkt von der deutschen Öffentlichkeit – ein neues Gesicht gegeben.

#### 1. Rahmenrecht des Versicherten

In diesen Zusammenhang gehört die Herabstufung des Behandlungsanspruchs des Versicherten zum bloßen Rahmenrecht.

Der 1. Senat des BSG hat mit grundlegendem Urteil vom 16. 9. 1997<sup>8)</sup> entschieden, dass der Versicherte nach dem SGB V keine durchsetzbaren Ansprüche auf konkrete medizinische Maßnahmen hat, die mit den einschlägigen Ergebnissen des Leistungserbringungsrechts verglichen und diese im Falle der Unvereinbarkeit verdrängen können. Der Versicherte habe nur ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht auf Behandlung. Dieses gesetzliche Rahmenrecht verdichte sich erst dann zu einem durchsetzbaren Einzelan-

<sup>8)</sup> BSG 16. 9. 1997 – RK 28/95 = BSGE 81, 54ff mwN aus der Rechtsprechung; vgl auch BSG 16. 12. 1993–4 RK 5/92 = BSGE 73, 271, 278ff.

spruch, wenn der Leistungserbringer entschieden habe, welche Sach- oder Dienstleistungen zur Behandlung notwendig seien. Der Leistungserbringer erfülle nicht nur die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse; vielmehr begründe und konkretisiere er sie auch.

Die Auffassung des BSG mag auf der Erwägung beruhen, dass ein Versicherter mangels eigener Fachkunde zumeist nicht weiß, welche Behandlung für ihn in Betracht kommt, und daher auch nicht entscheiden kann, welche Therapie der Arzt anwenden soll. Das ist im Regelfall sicherlich richtig. Denn ein Patient begibt sich ja gerade deshalb in ärztliche Behandlung, weil ihm die erforderliche Sachkunde fehlt. Diese Situation ist im Rechtsleben aber nicht ungewöhnlich. Sie ist vielmehr typisch für alle Rechtsverhältnisse, in denen ein Fachmann gerade mangels eigener Sachkunde zugezogen wird (wie etwa bei einer Autoreparatur). Die mangelnde Fähigkeit eines Anspruchsberechtigten, dem Fachmann die einzelnen Schritte seines Vorgehens vorzuschreiben, verkürzt aber deshalb seinen Anspruch nicht zu einem bloßen Rahmenrecht.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung zum Rahmenrecht verkürzt den einklagbaren Anspruch des Versicherten auf Behandlung<sup>9)</sup> und beseitigt den Anspruch schließlich. Der Vertragsarzt ist – wie oben gezeigt – an die Vorschriften des Leistungserbringungsrechts mit seinen Abrechnungsregelungen gebunden und darf nur die Leistungen erbringen, die dort vorgesehen sind. Er wird seine Behandlungsmaßnahmen daher auf die Leistungen beschränken, die in diesen Abrechnungsregelungen vorgesehen sind. Das ist das Ziel der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Im Urteil vom 16. 9. 1997<sup>10)</sup> wird daher auch unmissverständlich gesagt: „Durch das Leistungserbringungsrecht wird der leistungsrechtliche Anspruchsrahmen in materieller und formeller Hinsicht abgesteckt; außerhalb dieses Rahmens hat der Versicherte grundsätzlich keine Leistungsansprüche.“

Diese Rechtsprechung widerspricht der Grundkonzeption der GKV. Sie widerspricht § 13 Abs 3 SGB V. Das SGB V gewährt als Korrektiv zum Sachleistungsprinzip ausnahmsweise dann einen Erstattungsanspruch, wenn ein Systemversagen vorliegt. Oben habe ich bereits dargestellt, dass die Krankenkasse nach § 13 Abs 3 SGB V die Kosten einer vom Versicherten selbstbeschafften Leistung dann erstatten muss, wenn sie diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind. Nach den Gesetzen der Logik kann eine Krankenkasse eine Leistung aber nur dann „zu Unrecht“ ablehnen, wenn ein Anspruch auf diese Leistung besteht. Wenn ein Leistungsanspruch jedoch erst durch die Konkretisierung des Leistungserbringers entsteht – wie das Bundessozialgericht meint –, hat die Krankenkasse keine Möglichkeit, eine Leistung abzulehnen. Der Erstattungsanspruch des § 13 Abs 3 SGB V setzt daher denknötwendig einen einklagbaren Anspruch des Versicherten voraus, der unabhängig ist von einer Konkretisierung durch den Leistungserbringer.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts begegnet außerdem erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Jedem Menschen steht nach

<sup>9)</sup> So insb *Neumann*, Bochumer Schriften zum Sozialrecht II (1998) 68.

<sup>10)</sup> Siehe FN 8.

Art 1 Abs 1, Art 2 Abs 1, Abs 2 S 1 GG ein Persönlichkeitsrecht und ein Recht auf körperliche Unversehrtheit zu. Jeder besitzt ein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper. Das Selbstbestimmungsrecht gehört zu unseren höchsten Gütern und gilt auch in der GKV. Aus dem Selbstbestimmungsrecht des kranken Versicherten folgt sein Recht auf Mitgestaltung seiner Behandlung. Das bedeutet, dass der Versicherte als Subjekt ernst zu nehmen ist und nicht zum bloßen Objekt einer Behandlung degradiert werden darf. Bevorzugt er eine bestimmte Therapie, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügt, so kann der Anspruch auf diese Therapie nicht mit der Begründung abgelehnt werden, sein Vertragsarzt habe eine andere Therapie für ihn gewählt, und hierauf sei sein Anspruch nun beschränkt.

Das muss für den Versicherten um so mehr deshalb gelten, weil es sich bei der GKV um eine Pflichtversicherung handelt. Der Versicherte hat keine Chance, in eine private KV auszuweichen. Er wird in den meisten Fällen angesichts der bekannt hohen Beiträge auch keine private Zusatzversicherung zu seiner Pflichtversicherung abschließen können. Durch seine Beiträge hat er eine eigentumsähnliche Position auf umfassenden Versicherungsschutz erworben. Dieser Schutz schließt zwar nicht den Anspruch auf jede einzelne Leistung ein. Ihm widerspricht es aber, dem Versicherten generell einen durchsetzbaren Anspruch auf konkrete Behandlungsmaßnahmen abzuspochen.

## 2. Normsetzungsbefugnis des Bundesausschusses

Eine zweite Maßnahme der Kostenbegrenzung durch höchstrichterliche Rechtsprechung betrifft die RLen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist ein Gremium des Leistungserbringungsrechts. Seine Besetzung und Aufgaben sind vor allem in den §§ 91 bis 94 SGB V geregelt. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern und jeweils neun Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen, die von den Gremien der Krankenkassen und der Vertragsärzte bestellt werden. Die Versicherten sind nicht vertreten. Aufgabe des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist es nach § 92 SGB V, RLen zu fast allen Bereichen der ambulanten GKV zu erlassen.

Es besteht Einigkeit in Rechtsprechung und Lehre, dass die RLen des Bundesausschusses für die Partner des Leistungserbringungsrechts – also für die Krankenkassen und die in den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen Vertragsärzte – bindend sind. Der Bundesausschuss ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassen und Vertragsärzte; das zeigt schon seine Zusammensetzung.

Eine Bindungswirkung gegenüber den Versicherten jedoch wurde von der früheren höchstrichterlichen Rechtsprechung stets verneint. Die RLen wurden im Verhältnis zu den Versicherten als Verwaltungsbinnenrecht qualifiziert. Sie hatten für sie lediglich eine mittelbare Wirkung, nämlich über das von den Krankenkassen zu beachtende Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG. Auf diese Weise konnte in der GKV mehr als 40 Jahrzehnte lang

die Symmetrie zwischen Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht gewahrt werden. Denn einerseits war damit die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet. Andererseits konnten in besonderen Fällen aber auch die individuellen Besonderheiten eines konkreten Behandlungsfalles berücksichtigt werden. Dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten und seinem eigentumsähnlichen Recht auf Versicherungsschutz wurde ebenso Rechnung getragen, wie der ärztlichen Therapiefreiheit, der ärztlichen Methodenvielfalt und einer Entwicklungsoffenheit im medizinischen Bereich.

Nachdem diese Rechtsprechung eine Ausgewogenheit zwischen Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht über Jahrzehnte hin sicherstellen konnte, hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung radikal geändert. Der 6. Senat des Bundessozialgerichts – der Kassenarztsenat – hat mit seiner Entscheidung zur Methadonbehandlung, dem in Deutschland geläufigsten Mittel zur Drogensubstitution, eine völlige Kehrtwendung vollzogen. Er hat mit Urteil vom 20. 3. 1996<sup>11)</sup> den Bundesausschuss als Anstalt des öffentlichen Rechts angesehen und die RLen als bindendes Satzungsrecht nicht nur für Vertragsärzte und Krankenkassen, sondern auch gegenüber den Versicherten qualifiziert.

Dem hat sich der 1. Senat des BSG, der für Krankenversicherungsrecht zuständig ist, in seinen Urteilen vom 16. 9. 1997<sup>12)</sup> im Ergebnis angeschlossen und ist noch einen gravierenden Schritt weitergegangen. Er hat entschieden, dass sich die Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Versicherten nur auf diejenigen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erstreckt, die der Bundesausschuss als zweckmäßig anerkannt hat. Alle anderen Therapien sind ausgeschlossen. Sie gehören nicht zur GKV. Mit diesen Kompetenzen ist der Bundesausschuss zu dem Machtzentrum der GKV schlechthin geworden. Denn er allein entscheidet über den Leistungsumfang der ambulanten GKV in Deutschland. Die vom Gesetzgeber als dynamisch konzipierte KV hat sich durch diese Rechtsprechung in eine statische – dh durch Leistungskataloge des Bundesausschusses begrenzte – KV verwandelt.

Interessanterweise leitet der 1. Senat die Bindungswirkung der Entscheidungen des Bundesausschusses für den Versicherten im Gegensatz zum 6. Senat nicht aus einer Satzungsbefugnis des Bundesausschusses ab. Er verleiht den RLen statt dessen die Qualität von Normsetzungsverträgen. Die RLen des Bundesausschusses seien Teil eines umfassenden Gefüges untergesetzlicher Normen, die von den zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gebildeten Körperschaften der Krankenkassen und Ärzte aufgrund gesetzlicher Ermächtigung gemeinsam zu dem Zweck erlassen würden, die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die dabei praktizierte Rechtsetzung durch Normsetzungsverträge zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die ergänzenden Regelungen ihrer gemeinsamen Gremien hätten in der GKV eine lange in die vorkonstitutionelle Zeit zurückreichende Tradition.

<sup>11)</sup> BSG 20. 3. 1996 – 6 RKa 62/94 = BSGE 78, 70 ff.

<sup>12)</sup> Siehe FN 8.



Wenig später hat der 6. Senat des BSG mit Urteil vom 18. 3. 1998<sup>13)</sup> eine Verbindlichkeit der RLen gegenüber den Versicherten dann nicht mehr (nur) aus der Satzungsautonomie, sondern aus einer „kontinuierlichen, ununterbrochenen Legitimationskette“ abgeleitet. Wenn zwei Körperschaften zur Satzungsgebung legitimiert seien und verbindliche RLen gegenüber ihren Mitgliedern treffen könnten, dann erstrecke sich die Bindungswirkung auch auf die Mitglieder der jeweils nachgeordneten Körperschaften. Daher könne der Bundesausschuss RLen mit bindender Wirkung sowohl für die Kassenärztliche Vereinigungen und ihre Mitglieder (die Vertragsärzte) als auch für die Krankenkassen und ihre Mitglieder (die Versicherten) erlassen.

Die Darstellung der BSG-Rechtsprechung soll sich auf diese beiden Senate und die drei genannten Urteile beschränken. Schon diese drei Urteile belegen hinreichend die Uneinheitlichkeit der höchstrichterlichen Rechtsprechung in diesen grundsätzlichen Fragen der deutschen GKV. Beim Bundessozialgericht sind insgesamt fünf Senate für die GKV zuständig. Ihre Auffassungen differieren erheblich. Es liegt auf der Hand, dass das ein Handicap für die Rechtsanwendung durch die Instanzgerichte und die Verwaltung ist, weil es die ohnedies schwierige Rechtsmaterie nicht übersichtlicher macht, sondern zusätzlich erschwert.

Die Rechtsprechung zur Normsetzungsbefugnis des Bundesausschusses ist in Rechtswissenschaft und Rechtsprechung zu Recht auf heftige Kritik gestoßen.<sup>14)</sup> Rechtswissenschaft und Rechtsprechung haben darauf hingewiesen, dass die RLen gegenüber den Versicherten schon deshalb kein Satzungsrecht darstellen können, weil die Satzungsautonomie nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf die Regelung solcher Angelegenheiten begrenzt ist, die die betroffenen gesellschaftlichen Gruppen selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können. Die RLen des Bundesausschusses gehen über diese Grenzen hinaus. Sie sind für die Versicherten keine Selbstverwaltung, sondern „Fremdverwaltung“. Die Versicherten sind im Bundesausschuss weder unmittelbar vertreten, noch ist rechtlich oder tatsächlich gewährleistet, dass sie über die Vertreter der Ärzte oder Krankenkassen im Bundesausschuss repräsentiert sind. Auch ihre Interessen werden im Bundesausschuss nicht gewahrt, weil die im Bundesausschuss vertretenen Ärzte hier schlicht ihre eigenen Interessen wahrnehmen.<sup>15)</sup> Das gilt auch für die Krankenkassen. Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts vor allem an gesunden Versicherten mit geringem Behandlungsaufwand und an guten Beitragszahlern interessiert. Demgegenüber sind die Interessen der Versicherten auf möglichst hohe Leistungen mit möglichst niedrigen Beiträgen gerichtet.

<sup>13)</sup> BSG 18. 3. 1998 – B 6 KA 78/96 R = SozR 3–5520 § 24 Nr 3.

<sup>14)</sup> Vgl zB *Schimmelpfeng-Schütte*, NZS 1999, 530 ff mit zahlreichen Nachweisen aus der Rechtswissenschaft; LSG Niedersachsen 23. 2. 2000 – L 4 KR 130/97 = NZS 2001, 32 zum Ausschluss der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) durch die RLen zur künstlichen Befruchtung.

<sup>15)</sup> Das wird anschaulich durch die sog IGEL-Liste belegt.

Für die Rechtsetzung durch Normsetzungsverträge gilt Entsprechendes. Voraussetzung der Bindungswirkung von Normsetzungsverträgen ist eine wirksame Verbindlichkeitserklärung. Sie fehlt. Sie würde zumindest voraussetzen, dass der von der Regelung betroffene Personenkreis – hier also die Versichertengemeinschaft – das Recht und die tatsächliche Möglichkeit hat, durch demokratisch gewählte Vertreter an dem Abschluss der Normsetzungsverträge mitzuwirken. Denn der Staat darf seine Normsetzungsbefugnis nicht in beliebigem Umfang außerstaatlichen Stellen überlassen und sich damit seiner parlamentarischen Verantwortung entziehen.

### 3. Evidence based Medicine

Ein weiteres Mittel der Kostensteuerung durch die Instrumente des Leistungserbringungsrechts ist die Handhabung der Evidence Based Medicine in der GKV.

Unter der Evidence Based Medicine wird die empirische Methode verstanden, die medizinischen Evidenzen gemäß dem Rang ihrer Wissenschaftlichkeit in einer gewissen Reihenfolge festzulegen. Die Evidence Based Medicine ist also eine Klassifikations- und Qualitätsskala für Evidenzen. Sie reicht von Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien bis hin zu praktischer ärztlicher Erfahrung.<sup>16)</sup> Die Evidence Based Medicine ist ein Weg zur Qualitätssicherung. Da mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit die Forderung nach einem bestimmten Leistungsstandard verbunden ist, muss die Evidence Based Medicine selbstverständlich auch in der GKV gelten.

Die Einführung der Evidence Based Medicine bedeutet allerdings nicht, dass damit nur statisch belegte Behandlungsmethoden angewandt werden dürften. Vielmehr ist die Evidence Based Medicine zunächst nur eine Voraussetzung für die Qualitätssicherung durch Transparenzsteigerung und Rationalisierung der medizinischen Verfahren für die Rechtsanwendung. Gibt es für die Therapie einer bestimmten Krankheit keine verlässlich kontrollierten Studien, so schließt die Evidence Based Medicine den Rückgriff auf Methoden, deren Wirkung nur durch praktische ärztliche Erfahrung belegt ist, keinesfalls aus.

Dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach den §§ 92 Abs 1, 135 Abs 1 SGB V nicht nur die Überprüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Er hat nach § 135 Abs 1 S 2 SGB V auch die heute bereits erbrachten Leistungen auf ihren Nutzen, ihre Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Damit hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das gesamte ärztliche Leistungsspektrum im ambulanten Bereich unter seiner Kontrolle. Um seine Aufgabe erfüllen zu können, hat er sich sog BUB-RLen – „RLen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs 1 SGB V“<sup>17)</sup> – gegeben. Diese BUB-RLen orientieren sich an der Evidence Based Medi-

<sup>16)</sup> Vgl zu allem *Hart*, MedR 2000, 1 ff.

<sup>17)</sup> BUB-RLen idF v 10. 12. 1999, in Kraft ab 22. 3. 2000 (Bundesanzeiger Nr 56 vom 21. 3. 2000).



cine, allerdings regelmäßig nur an den oberen Evidenzstufen der Evidence Based Medicine.<sup>18)</sup> Es muss befürchtet werden, dass in konsequenter Anwendung der BUB-RLen nur noch diejenigen Therapien vom Bundesausschuss anerkannt werden, die durch verlässlich kontrollierte Studien belegt sind.

Die BUB-RLen können damit zum Mittel werden, die Zahl der in der GKV anwendbaren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden drastisch zu reduzieren. Denn nur für einen geringen Teil der bisher in der GKV angewandten und der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gibt es überhaupt Studien der oberen Evidenzstufen der Evidence Based Medicine. Für viele dieser Methoden fehlt jede Möglichkeit, diese Studien zu erstellen. Denn die Durchführung verlässlich kontrollierter Studien ist nicht nur außerordentlich teuer und daher in der Regel von Sponsoren abhängig. Da das Interesse der Sponsoren an der Durchführung von Studien überwiegend profitorientiert ist, haben nur wirtschaftlich interessante Methoden überhaupt eine Chance, gesponsert zu werden. Zu den wirtschaftlichen Hürden kommen Schwierigkeiten in der praktischen Durchführung und nicht zuletzt ethische Bedenken. In welchen Interessenwiderstreit der Bundesausschuss mit seinen Anforderungen selbst gerät, zeigt sehr anschaulich seine jüngste Entscheidung zur Akupunktur.

#### IV. Ausblick

Wie andere Gesundheitssysteme so hat auch die deutsche GKV erhebliche ökonomische Probleme. Die Finanzierbarkeit soll durch zunehmende Begrenzung der Versichertenleistungen gesichert werden. Instrumente hierfür sind nicht nur Maßnahmen der Budgetierung, pauschale Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Beschränkung der Arztzulassungen. Zu den Kostenbegrenzungsstrategien gehört auch die Beschränkung der Ansprüche der Versicherten auf Rahmenrechte, die Einführung von Leistungskatalogen und die Ausgrenzung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch eine falsch verstandene Evidence based Medicine.

Ob diese Mechanismen jedoch zu mehr Wirtschaftlichkeit führen, darf bezweifelt werden. Denn die Schwachstellen bleiben: Einerseits vergütet das System pauschal jede Leistung, die der Vertragsarzt erbringt, gleichgültig, ob sie doppelt erbracht wird oder erkennbar unwirtschaftlich ist. Einer defensiven Medizin, die durch überflüssige Untersuchungen erhebliche Mehrkosten verursacht, sind keinerlei Grenzen gesetzt. Eine Kontrolle wirtschaftlicher Behandlung im Einzelfall fehlt. Andererseits erhält der Versicherte aber zahlreiche Leistungen nicht, die ihm möglicherweise schnell und sparsam Linderung verschaffen könnten und das System entlasten würden, die aber im Leistungskatalog des Bundesausschusses nicht aufgeführt sind. Für ihn gibt es kaum Anreize, seine Eigenverantwortlichkeit für seine Gesundheit, auf die § 1 S 2 SGB V ausdrücklich hinweist, auch tatsächlich wahrzunehmen.

<sup>18)</sup> Siehe insb Z 6.4. der BUB-RLen.

Lassen Sie mich zum Abschluss meines Vortrages die Behauptung wagen, dass der GKV in Deutschland eine schwere Zukunft bevorsteht. Sie hat in der Vergangenheit deutlich zum sozialen Frieden in Deutschland beigetragen. Das System ist jedoch zu kompliziert geworden. Es hat an Transparenz verloren. Die gesellschaftliche Akzeptanz schwindet. Die Herausforderungen, vor der Gesellschaft und Politik stehen, sind groß.

*Reinhard Resch*

## Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich\*)

### I. Einleitung

Beim OLG Linz<sup>1)</sup> lag kürzlich folgender Sachverhalt zur Entscheidung: Ein knapp Neunzehnjähriger – krankenversichert nach ASVG bei einer Betriebskrankenkasse – wurde Opfer eines Geisterfahrers und ist seither schwerstens behindert. Der Versicherte kann seither nur durch fachgerechte künstliche Beatmung überleben. Diese geschieht im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung mit ärztlicher Hilfe unter Einsatz hochtechnisierter Geräte, wobei den Versicherten rund um die Uhr ein hochqualifiziertes Team zu Hause im eigens umgebauten Elternhaus betreut. Zu prüfen war, ob die KV verpflichtet ist, diese Kosten zu übernehmen. Es ging immerhin um Personalkosten in Höhe von gut S 200.000,- pro Monat.

Man sieht das Dilemma: Wieviele derart teurer Behandlungen kann sich das System der gesetzlichen KV leisten? Entscheidet im Extremfall der Richter am Arbeits- und Sozialgericht über Leben und Tod, indem er über die wirtschaftliche Kostentragung urteilt? Das Grundproblem des Falls führt unmittelbar zum Thema: Welche ökonomischen Schranken bestehen in der gesetzlichen KV?

Die Themenstellung meines Beitrags ist denkbar weit. Ich beschränke mich daher einerseits auf die Entstehungsgeschichte und die allgemeine Frage, welcher Standard von der KV geschuldet wird und andererseits auf (letztlich damit zusammenhängend) ausgewählte Einzelfragen, ohne daß Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden könnte.

### II. Entstehungsgeschichte der Regelung

#### 1. Vorgängerbestimmungen im österreichischen SV-Recht vor dem Zweiten Weltkrieg

Das alte österreichische SV-Recht behandelt die gegenständliche Problematik weitgehend homogen: Seit dem Arbeiterkrankenversicherungsg<sup>2)</sup> stellt das maßgebliche KV-Recht ab auf die Gewährung der notwendigen

\*) Dank schulde ich Herrn Dr. *Kletter* für zahlreiche wertvolle Anregungen.

<sup>1)</sup> OLG Linz 11. 6. 2000, 12 Rs 156/00y (nicht rechtskräftig).

<sup>2)</sup> RGBI 1888/33.

Sachleistungen. Dies beginnt bei § 6 Z 1 Arbeiterkrankenversicherungsg und findet sich auch in den folgenden Regelungen<sup>3)</sup> bis hin zum GSVG 1938.<sup>4)</sup> In den Materialien zum Arbeiterversicherungsg 1888<sup>5)</sup> findet sich nur der Hinweis, daß im Entwurf die notwendigen Bestimmungen darüber enthalten seien, welche Mindestleistungen unter allen Umständen gewährt werden müssen. Im Detail gab es im Vergleich zum geltenden Recht erhebliche Unterschiede im Leistungsrecht.<sup>6)</sup>

## 2. Wurzeln in der RVO

Mit 1. 1. 1939 trat in Österreich die RVO<sup>7)</sup> in Kraft. § 182 Abs 2 RVO regelt: „Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Dieser Abs 2 geht nicht auf die Urfassung der RVO zurück, sondern wurde erst mit einer Notverordnung des Reichspräsidenten im Jahr 1930 eingefügt.<sup>8)</sup> Die maßgeblichen Bestimmungen wurden zuvor noch von der Reichsregierung dem Reichstag vorgelegt („Entwurf eines Gesetzes über Änderungen in der Krankenversicherung“) und hatten im Zeitpunkt der Auflösung des Reichstags sowohl die positive Behandlung im Reichsrat (der damaligen Länderkammer) als auch die parlamentarischen Beratungen im Sozialpolitischen Ausschuß bereits (positiv) hinter sich. Sie konnten aber wegen der zwischenzeitigen Auflösung des Reichstags nicht mehr als Gesetz beschlossen werden.<sup>9)</sup> Die damalige Reichsregierung unter dem letzten SPD-Reichskanzler der Weimarer Republik Müller stürzte übrigens über die Frage der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Bei der folgenden Reichstagswahl konnte die NSdAP ihre Mandatzahl von 12 auf 107 erhöhen und damit verneunfachen. Die Motive zu den damaligen Novellen könnten genauso gut in die heutige Diskussion passen. Was damals aber noch gefehlt hat, war der Begriff „soziale Treffsicherheit“.

Von Interesse ist zur Illustration vorerst ein näherer Blick auf die anderen Änderungen durch diese Novelle:<sup>10)</sup> Intendiert war, die KV mehr als bisher gegen die Gefahren des Missbrauchs zu schützen. Es wurden etwa Hemmungen gegen eine übermäßige und unberechtigte Inanspruchnahme der KV eingebaut, eine Krankenscheingebühr wurde verpflichtend einge-

<sup>3)</sup> Etwa § 43 Z 1 Arbeiterversicherungsg BGBl 1927/125; § 8 Abs 2 Z 1 Angestelltenversicherungsg, BGBl 1928/232; § 148 iVm § 103 GSVG bzw § 233 iVm § 103 GSVG, BGBl 1935/107.

<sup>4)</sup> Vgl § 103 GSVG 1938.

<sup>5)</sup> RV 84 BlgAH 10. Sess 26.

<sup>6)</sup> So enthielten etwa die §§ 160 und 35 Abs 5 GSVG 1935 eine Deckelung des Aufwandes für ärztliche Hilfe, die Anstaltspflege (§§ 152 ff GSVG 1935) war sowohl betragsmäßig als auch zeitlich begrenzt, während sie nach § 8 Krankenversicherungsg überhaupt noch eine freiwillige Leistung war.

<sup>7)</sup> DRGBl 1911, 509.

<sup>8)</sup> V des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. 7. 1930, RGBl I 1930, 311.

<sup>9)</sup> Gase, Die Reform der Krankenversicherung durch die Notverordnung vom 26. Juli 1930, AN 1930, 402.

<sup>10)</sup> Gase, AN 1930, 402 ff.

führt, der bisher fakultative niedrigere Satz wurde erheblich erhöht. Verschärft wurde die bereits bestehende Regelung zur Rezeptgebühr („Beteiligung an den Kosten der Arznei“).

Zum neuen § 182 Abs 2 RVO bzw der parallelen Regelung im Vertragspartnerrecht (§ 368 Abs 2 RVO) wurde ausgeführt,<sup>11)</sup> dass die Ausgaben für ärztliche Behandlungen, Arzneimittel und Heilmittel und für Krankenhausbehandlung den stärksten Auftrieb aufweisen. Der Sparsamkeitwille der V zielt darauf ab, die Aufwendungen für die ärztliche Versorgung auf das natürliche Maß zurückzuführen. Es sollten vor allem die Berufspflichten des Arztes gegenüber den Kassen herausgehoben werden aus dem Handel der Parteien. Die V halte sich insofern an den Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenanstalten und an anerkannte Grundsätze des bürgerlichen Rechts. Konkret darf der Arzt das sich aus dem Ökonomiegebot ergebende Maß der Behandlung nicht überschreiten. Seine Verordnungs- und Behandlungsweise müsse wirtschaftlich sein. Bei der Ausstellung der Bescheinigung über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit und ihre Dauer ist er zur Gewissenhaftigkeit verpflichtet. Die Verletzung der erforderlichen Sorgfalt verpflichtet ihn zum Schadenersatz gegenüber der Kasse. Die in der V aufgezählten Berufspflichten sind unabdingbar. Künftige Verträge müssen auch Bestimmungen gegen eine übermäßige Ausdehnung des kassenärztlichen Dienstes bei einem Arzt enthalten. Da die Einzelleistung eines Arztes bei übermäßiger Inanspruchnahme im Allgemeinen nicht mehr vollwertig sein kann, können diese Bestimmungen auch die Vergütung dieser Ärzte („Kassenlöwen“) betreffen.

In der nachfolgenden Kommentarliteratur wurde freilich besondere Sorgfalt der Träger bei der Vollziehung des Ökonomiegebots eingemahnt.<sup>12)</sup>

## 3. Gesetzliche Grundlage des Ökonomiegebots im ASVG

Bis Ende 1955 war § 182 Abs 2 RVO auch in Österreich in Kraft. Das geltende ASVG enthält seit seiner Stammfassung mit § 133 Abs 2 S 1 ASVG die wortgleiche Regelung aus § 182 Abs 2 RVO (mit einer terminologischen Ausnahme: anstelle von Krankenhilfe spricht das ASVG von Krankenbehandlung). Die Materialien zum ASVG weisen darauf hin, daß der Entwurf insofern die Rechtslage nach der RVO weiterführt.<sup>13)</sup> Bedingt durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die RVO als Vorgängerregelung, sind daher die **Materialien zur RVO auch für die Auslegung des § 133 Abs 2 S 1 ASVG maßgeblich.**

Zusammenfassend zeigt die Entstehungsgeschichte, daß § 133 Abs 2 S 1 ASVG vom Gesetzgeber aus dem Wunsch heraus geschaffen wurde, die **Kostenexplosion im Bereich der Krankenbehandlung gezielt einzudämmen.**

<sup>11)</sup> Gase, AN 1930, 404.

<sup>12)</sup> Einen eigenständigen Regelungsgehalt gegenüber dem bisherigen Recht leugnet überhaupt Kühne, Krankenversicherung<sup>2</sup> (1939) 79 (Anm 11 zu § 182); nach Breithaupt (25 Jahre Reichsversicherung [1938] I 131) tun die KV-Träger gut daran, „in der eigenen unfachmännischen Prüfung eines Krankheitsfalles äußerste Vorsicht und Zurückhaltung zu üben“.

<sup>13)</sup> RV 599 BlgNR 7. GP 53.

Dazu wurden vor allem die als Vertragspartner agierenden **Ärzte in Gestalt einer besonderen Berufspflicht unmittelbar zur Beachtung des Ökonomiegebots in Pflicht genommen**. Festzuhalten ist der in der Literatur zutr nachgewiesene Befund, daß das Notverordnungsrecht eine Begrenzung auf das Maß des unumgänglich Notwendigen intendiert hat, nicht aber bloß eine Verhinderung von Mißbrauch.<sup>14)</sup> § 133 ASVG ist Teil des 2. Unterabschnitts und bezieht sich in seinem unmittelbaren Anwendungsbereich nicht auf die im 4. Unterabschnitt geregelte Anstaltspflege.

Das geltende deutsche KV-Recht enthält mit § 12 Abs 1 S 1 SGB V wortgleich ebenfalls eine unmittelbar auf § 182 Abs 2 RVO zurückgehende Regelung. Aus rechtsvergleichender Sicht ist es damit besonders reizvoll, dass **beide Rechtsordnungen** – ungeachtet durchaus bestehender wesentlicher Unterschiede<sup>15)</sup> – **historisch insofern auf der selben Grundlage basieren, als sie beide auf § 182 Abs 2 RVO zurückzuführen sind**.

### III. Inhalt des Ökonomiegebots im ASVG

#### 1. Weitere Verankerung des Ökonomiegebots im geltenden Recht

Eine inhaltliche Determinierung des gesetzlichen Ökonomiegebots<sup>16)</sup> bringt die „RöK“, die Richtlinie des HV über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung.<sup>17)</sup> § 3 Abs 2 S 2 RöK verpflichtet zur Erbringung „nach dem jeweiligen aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft“. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Behandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten. Nach Abs 3 darf die Behandlung nicht isoliert betrachtet werden, vielmehr sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Beispielsweise führt Abs 4 noch Umstände an, auf die gesondert Bedacht zu nehmen ist.<sup>18)</sup>

<sup>14)</sup> Kletter, Wunschkind auf Krankenschein? SozSi 1996, 339f; Marhold, Ökonomiegebote und Arzthaftung, ZAS 1997, 99.

<sup>15)</sup> Während weder RVO noch SGB V den Versicherungsfall der Krankheit definieren, hat das ASVG (unter Bedachtnahme auf die Judikaturformel) die Definition in das Gesetz aufgenommen.

<sup>16)</sup> § 133 Abs 2 S 2 ASVG konkretisiert weiters, dass ein günstiger Einfluss auf die Krankheit entscheidend ist, wobei bereits die bloße Leidenslinderung oder Lebensverlängerung darunter fällt: Etwa OGH 13. 12. 1996, 10 Obs 2393/96 a = ZAS 1998, 119 Pfeffer; M. Binder in Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts (Loseblattausgabe ab 1980; Stand 12. ErgLfg 1999) 201.

<sup>17)</sup> SozSi 1996, 264; erlassen gem § 31 Abs 5 Z 10 ASVG; vgl dazu auch Choholka, Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG, SozSi 1996, 206ff.

<sup>18)</sup> Dass von mehreren gleichwertigen Behandlungen die ökonomisch günstigste gewählt wird (Z 1), ob zB hygienische oder diätische Maßnahmen auch ökonomischer wären (Z 2), ob anstelle eines stationären Aufenthalts eine ambulante Behandlung günstiger wäre (Z 3) und ob anstelle ambulant serienweise angewendeter Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Reha-Anstalten ökonomischer wäre (Z 4).

Neben der zit Regelung im ASVG<sup>19)</sup> und der RöK enthalten auch die Gesamtverträge parallele Bestimmungen, aus denen sich dann auch eine unmittelbare vertragliche Verpflichtung der Vertragsärzte ergibt. § 10 Abs 2 bis 4 Mustergesamtvertrag<sup>20)</sup> regeln etwa:

„(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muß ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.“

Damit wird das Ökonomiegebot mehrfach verankert, nämlich allgemein in § 133 ASVG, und als spezielle Verpflichtung der Vertragsärzte in den RöK sowie im Gesamtvertrag.

Das in § 133 ASVG enthaltene Ökonomiegebot zwingt damit die KV zu einer Gratwanderung, vorrangig zwischen medizinischen und finanziellen Erfordernissen. Letztlich obliegt es (primär) dem behandelnden Arzt, diesen Interessenkonflikt anhand der rechtlichen Vorgaben im Einzelfall zu lösen,<sup>21)</sup> wobei die Auswahl zwischen mehreren in Frage kommenden Methoden der Arzt im Einvernehmen mit dem Patienten zu treffen hat<sup>22)</sup> (sofern die KV – auch vor dem Hintergrund der ökonomischen Vorgaben – für beide Behandlungen leistungspflichtig ist). Der OGH<sup>23)</sup> hat sich *Mazal*<sup>24)</sup> angeschlossen, daß für die Gewichtung des Kostenarguments das Ausmaß der Betroffenheit des Patienten im Einzelfall maßgebend ist, womit die Rechtsanwendung auf eine Interessenabwägung hinausläuft und ihr keine allein an ökonomischen Gesichtspunkten orientierte Beurteilung der Zweckmäßigkeit erlaubt ist. Eine teure Behandlung ist demnach auch dann zu finanzieren, wenn sie rascher, risikoärmer oder bedeutend schmerzfreier ist. Diese Grundthese einer Einbettung des Ökonomiegebots in eine Interessenabwägung halte ich für zutreffend.

Bei Möglichkeit hygienischer oder diätischer Maßnahmen anstelle einer Krankenbehandlung wird freilich der Versicherungsfall der Krankheit überhaupt nicht vorliegen.

<sup>19)</sup> Auf die wortgleichen Parallelregelungen in den anderen SV-Gesetzen (§ 90 Abs 2 S 1 GSVG; § 83 Abs 2 BSVG; § 62 Abs 2 S 1 B-KUVG) wird im Folgenden nicht gesondert eingegangen.

<sup>20)</sup> Abgedruckt bei *Dragaschnig/Souhrada*, Schiedskommissionen und Vertragspartnerrecht in der österreichischen Sozialversicherung (1983) 81ff.

<sup>21)</sup> Etwa M. Binder in Tomandl, System 205 (2.2.3.2.A.)

<sup>22)</sup> OGH 26. 4. 1994, 10 Obs 113/94 = SSV-NF 8/44 = ZAS 1994, 203 (Tomandl).

<sup>23)</sup> OGH 26. 4. 1994, 10 Obs 113/94 = SSV-NF 8/44 = ZAS 1994, 203 (Tomandl).

<sup>24)</sup> Krankheitsbegriff und Risikoabgrenzung (1992) 334ff; vgl aus der Literatur auch Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht, ZAS 1986, 145ff; M. Binder, Aktuelle Fragen im Leistungsrecht der Krankenversicherung, ZAS 1990, 11ff.

## 2. Verhältnis zu allgemeinen Vorgaben des Verwaltungsrechts

SV-Träger sind Verwaltungsbehörden und unterliegen hinsichtlich ihrer finanziellen Gebarung den verfassungsrechtlichen Vorgaben. Ohne Zweifel wird dies durch Art 126c B-VG klargestellt, wonach der Rechnungshof befugt ist, die Gebarung der Träger der SV zu überprüfen. Die SV-Träger sind somit dem Bereich der Bundesgebarung iSd Art 122 Abs 1 B-VG zuzurechnen, sodass auf sie grundsätzlich das gleiche Prüfungsverfahren des Rechnungshofs Anwendung findet.<sup>25)</sup> Daraus folgt auch für die SV-Träger<sup>26)</sup> die volle Prüfungsbefugnis des Rechnungshofs, insb die Bedachtnahme auf ausgabenmindernde und einnahmefördernde Gesichtspunkte iSd Effizienz<sup>27)</sup> und Effektivitätsgebotes.<sup>28)</sup> Konkret sind weitere folgende Prüfungskriterien maßgeblich:<sup>29)</sup> Die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften,<sup>30)</sup> die Kriterien Wirtschaftlichkeit,<sup>31)</sup> Sparsamkeit<sup>32)</sup> und Zweckmäßigkeit.<sup>33)</sup> Diese Vorgaben binden gem Art 126c B-VG unzweifelhaft auch die Träger der KV.

Reizvoll ist damit die Überlegung, welchen eigenständigen Anwendungsbereich das Ökonomiegebot gem § 133 Abs 2 S 1 ASVG im Vergleich zu diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben hat.

Tatsächlich beinhaltet § 133 Abs 2 S 1 ASVG allerdings zweierlei, nämlich einerseits die vage Festlegung eines Leistungsstandards und andererseits die Verpflichtung der Vertragspartner zur wirtschaftlichen Handlungsweise innerhalb dieses Leistungsstandards. Unzweifelhaft normiert das ASVG mit der vagen Festschreibung eines bestimmten Leistungsstandards eigenständig eine gesetzliche Vorgabe: Das ASVG könnte innerhalb des verfassungsrechtlichen Spielraums die gesetzlichen Pflichtleistungen aus der KV weiter fassen (etwa Außenseitermethoden ausdrücklich miteinbeziehen) oder aber auch deutlich enger fassen (zB nur bestimmte Behandlungsformen erfassen und den Versicherten im übrigen auf seine eigene Verantwortlichkeit für seine

<sup>25)</sup> MwN Hengstschläger, Kommentar Rechnungshofkontrolle (2000) Art 126c Anm 1.

<sup>26)</sup> MwN Hengstschläger, Rechnungshofkontrolle Art 126c Anm 2.

<sup>27)</sup> Abhängig vom Verhältnis zwischen dem Einsatz von Mitteln und den damit erbrachten Leistungen, zielt also auf die bestmögliche Gestaltung der Relation von Einsatz- und Ergebnisgrößen ab (Hengstschläger, Rechnungshofkontrolle Art 126b Abs 1 und 5, Art 127 Abs 1, Art 127a Abs 1 Anm 16).

<sup>28)</sup> Effektivität meint das Maß der Zielerreichung, den Grad der Verwirklichung des angestrebten Zwecks, wobei die dafür aufgewendeten oder einzusetzenden Mittel außer Betracht bleiben (Hengstschläger, aaO Anm 16).

<sup>29)</sup> MwN Hengstschläger, Rechnungshofkontrolle Art 126b Abs 1 und 5, Art 127 Abs 1, Art 127a Abs 1 Anm 9ff.

<sup>30)</sup> Also wiederum den Vorgaben des ASVG.

<sup>31)</sup> Finden der relativ besten Lösungen, möglichst effizienter Mitteleinsatz im Dienst der gesetzlich vorgegebenen Aufgabe (mwN Hengstschläger, aaO Anm 12).

<sup>32)</sup> Pflicht, die gesetzlichen Ziele mit möglichst geringem (finanziellen) Aufwand zu erreichen (mwN Hengstschläger, aaO Anm 14).

<sup>33)</sup> Pflicht, unter mehreren wirtschaftlichen Möglichkeiten, die für die Verwirklichung eines bestimmten Zwecks, einer konkreten Aufgabe zur Verfügung stehen, jene zu bevorzugen, mit der sich das Ziel am besten erreichen lässt, die dem Zweck bestmöglich entspricht (mwN Hengstschläger, aaO Anm 15).

Gesundheit verweisen). Diese – wenngleich höchst vage – Qualitätsvorschreibung bildet eine eigenständige Regelung, im Rahmen derer der Rechnungshof allenfalls die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgabe prüfen kann. Dafür, daß innerhalb dieser gesetzlichen Vorgabe vom KV-Träger das allgemeine Wirtschaftlichkeits- und Effizienzgebot zu beachten ist, würde man allerdings nicht den § 133 ASVG benötigen, denn diese **Verpflichtung des KV-Trägers** folgt tatsächlich bereits aus der Verfassung. Eine entsprechende **Inpflichtnahme der Vertragspartner** erfolgt ergänzend dazu aber dennoch auf privatrechtlicher Basis durch entsprechende Regelungen im Gesamtvertrag, freilich unter Beachtung von § 133 ASVG.

## 3. Schulmedizin als maßgeblicher Standard

Ein Herzstück des Ökonomiegebots des § 133 ASVG ist ein qualitativ medizinisches Element: Nicht jede Behandlung wird ersetzt, sondern im wesentlichen nur die eines Arztes und dabei zieht die Rechtsordnung durch die Statuierung eines näher zu untersuchenden qualitativen Standards eine Grenze nach unten<sup>34)</sup> (insb zu qualitativ überholten Behandlungen, aber auch zu sonst fehlerhaften Behandlungen), aber mE auch nach oben (zur teuren Spitzenmedizin). Der für das ASVG (vgl § 3 Abs 2 RöK) maßgebliche Rechtsbegriff ist „der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft“. Dieser Rechtsbegriff findet sich damit nicht direkt im ASVG, er wird aber in verfassungsrechtlich zulässiger Weise in den RöK als DurchführungsV<sup>35)</sup> (als Konkretisierung des ASVG) geprägt.

Wann entspricht die Behandlung dem Stand der medizinischen Wissenschaft? Der hier in der Lehre und in einer Entscheidung<sup>36)</sup> gelegentlich herangezogene Begriff der Schulmedizin ist kein Rechtsbegriff,<sup>37)</sup> da die RöK ja – wie mehrfach erwähnt – nur von einer Behandlung nach dem jeweiligen aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft spricht. Nicht zufällig ist daher auch in der Judikatur zT nur die Rede von einer „Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Regeln“<sup>38)</sup> wobei dieser Begriff aber in einer OGH-Entscheidung bewußt mit dem Begriff der Schulmedizin gleichgesetzt

<sup>34)</sup> Zur Frage, ob eine ärztliche Leistung qualitativ minderwertig sei, ging es im ungarischen Zahnkronenfall, wo der OGH eine notwendige und wirtschaftliche Behandlung auch bei der konkreten ungarischen Krone angenommen hat, weil ihre vom österreichischen Sachverständigen prognostizierte Lebensdauer die Frist der Musterersatzung überschritten hat (OGH 23. 2. 1993, 10 Obs 312/92 = DRdA 1993, 475 mit Anm Mazal = SSV-NF 7/22). Vgl insb die eingehende Kritik an dieser E bei Kletter, Die höchstgerichtliche „Neuregelung“ von Zahnbehandlung und Zahnersatz, ZAS 1994, 49f. Das KG Ried i. I. hat in einem anderen Fall einer ungarischen Behandlung eine Behandlung nach dem jeweiligen Stand der medizinisch anerkannten Wissenschaft abgelehnt (KG Ried i. I. 28. 12. 1990, 5 Cgs 171/89 = SVSlg 36.196).

<sup>35)</sup> Die RöK ist eine Rechtsverordnung (hA; etwa VfGH 15. 3. 2000, V 83/96 = ARD 5138/17/2000; 17. 12. 1999, G 312/96, V 118/96 = ARD 5114/10/2000).

<sup>36)</sup> LG Salzburg 7. 6. 1995, 18 Cgs 61/94 = SVSlg 42.337.

<sup>37)</sup> Mazal, DRdA 1993, 478.

<sup>38)</sup> Etwa OGH 26. 3. 1996, 10 Obs 52/96 = DRdA 1997, 22 (Mazal) = ZAS 1998, 42 (Offenberger) (der Leitsatz in der ZAS ist in diesem Punkt unrichtig); 19. 12. 1989, 10 Obs 211/89 = SSV-NF 3/154.

wurde.<sup>39)</sup> Die Judikatur<sup>40)</sup> stellt darauf ab, ob die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgversprechend war. Damit könne der Patient vor der Inanspruchnahme als Versuchsobjekt geschützt werden und das Kostenrisiko der SV minimiert werden. Für die Frage, ob neue Behandlungsmethoden bereits von der Schulmedizin anerkannt sind, greifen der OGH und die Praxis der KV-Träger auch auf die Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats zurück:<sup>41)</sup> Dabei handelt es sich um ein beratendes Gremium (der VwGH<sup>42)</sup> qualifizierte ihn als gutachterliches Gremium), welches durch das ReichssanitätsG<sup>43)</sup> eingeführt wurde und dem nunmehr die Qualität einer Kommission gem § 8 BMG beim BMSG zukommt.

#### 4. Welche Qualität der Behandlung wird geschuldet?

Es geht nun um die Frage, wie gut oder schlecht die ärztliche Leistung qualitativ ausfallen muss, damit sie von der KV bezahlt wird. Eine – aber wahrscheinlich nicht die alleinige – Grenzlinie zieht ein Teil der Lehre mit den Regeln der ärztlichen Kunst.<sup>44)</sup> So führt etwa *Mazal* aus, daß die Unterscheidung anderer medizinischer Standards als der Regeln der ärztlichen Kunst für die kv-rechtliche Qualifikation nicht maßgeblich sein könne, will man die rechtliche Bewertung nicht mit den Unwägbarkeiten weiterer medizinischer Qualifikationen belasten. Abzustellen sei auf die im Straf- und Schadenersatzrecht ausgeformte Ausprägung dieses Begriffs.<sup>45)</sup>

Diese These hat mich nie überzeugt: Muß die KV tatsächlich immer schon dann vorbehaltlos bezahlen, nur weil der Strafrichter im Zweifel für den Angeklagten den schlampigen Arzt freigesprochen hat? Muß die KV deshalb bezahlen, weil im Zivilprozeß der klagende Patient in Beweisnotstand geraten ist? Kann man wirklich die rechtliche Beurteilung des Strafrichters oder des Zivilrichters im Schadenersatzprozeß auf die stark ökonomisch ausgeprägte Kostenentscheidung im KV-Recht übertragen? Meine

<sup>39)</sup> OGH 29. 6. 1999, 10 Obs 382/98 = SozSi 2000, 132 (*Kletter*) = RdW 1999, 805. Ebenso folgende veröffentlichte Untergerichtsentscheidungen: KG Ried i.I. 28. 12. 1990, 5 Cgs 171/89 = SVSlg 36.196; KG Wels 20. 11. 1991, 26 Cgs 96/91 = SVSlg 39.076; LG Korneuburg 5. 3. 1993, 17 Cgs 61/91 = SVSlg 41.279.

<sup>40)</sup> OGH 9. 4. 1996, 10 Obs 20/95 = RdM 1996, 182 = SSV-NF 10/33 = SVSlg 42.323 = EvBl 1997/57; LG Innsbruck 12. 11. 1996, 47 Cgs 1025/92 = SVSlg 42.341; insofern unrichtig gibt dagegen der Leitsatz in ZAS 1994, 203 (*Tomandl*) das Urteil OGH 26. 4. 1994, 10 Obs 113/94 wieder.

<sup>41)</sup> OGH 29. 6. 1999, 10 Obs 382/98 = SozSi 2000, 132 (*Kletter*) = RdW 1999, 805; bzgl Akupunktur darauf abstellend BSK 27. 11. 1993, R 1-BSK/92 = SSV-NF 7/A 7 = ZAS 1994, 98.

<sup>42)</sup> VwGH 6. 8. 1996, 95/11/0322 ua = ZAS 1997, 185 (*Windisch-Graetz*) = JBl 1996, 806.

<sup>43)</sup> RGBI 1870/68.

<sup>44)</sup> Etwa *Schrammel*, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruchs durch Vertragspartnerrecht, ZAS 1986, 150; *Mazal*, Krankheitsbegriff und Risikoabgrenzung (1992) 264 ff; *ders*, DRdA 1993, 478.

<sup>45)</sup> Explizit *Marhold*, Ökonomiegebot und Arzthaftung, ZAS 1997, 98 f; *Mazal* (DRdA 1993, 478) verweist immerhin bereits auf die „vorwiegend straf- und schadenersatzrechtliche Ausprägung, wodurch der Begriff naturgemäß kasuistisch aber letztlich doch ausreichend praktikabel ist.“

erste Skepsis hat sich allerdings wieder etwas gelegt: ME wird tatsächlich dort, wo eine Behandlung aus Sicht des Zivilrichters oder des Strafrichters nicht lege artis ausgefallen ist, keinesfalls die KV leistungspflichtig sein. Die Grundthese ist daher insofern richtig. Ein Gegenbeispiel zeigt aber die Schwächen: Der knapp vor der Pensionierung stehende Arzt, der aus Sicht der KV erkennbar nach veralteten Methoden ordiniert und scheuklappenartig nur mehr ganz wenige Heilmittel verschreibt, wird für konkrete Behandlungen vmtl von keinem medizinischen Sachverständigen in Zivil- oder Strafverfahren einen Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst attestiert bekommen. Ob die von ihm erbrachte Qualität dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der gesetzlichen KV entspricht, wage ich aber zu bezweifeln. Das Problem ist akademisch, solange nichts passiert, da die KV ohnehin die Abrechnungen des Vertragsarztes – soweit sie aktenmäßig unauffällig sind – unbeanstandet bezahlen wird. Hier wird es sich letztlich auch bemerkbar machen, wie genau der KV-Träger die Abrechnungspraxis der einzelnen Ärzte kontrolliert.

Ich habe Bedenken, ob die These nicht die Gefahr bringt, dass zu konkrete verfahrensspezifische Erwägungen aus den Zivil- und Strafverfahren in die kv-rechtliche Beurteilung importiert werden. Sicher erscheint nur, daß dort, wo die Haftung nach Zivilrecht (und erst Recht jene nach Strafrecht) anfängt, diese Behandlungsschritte keine Leistungspflicht der KV auslösen. Würde eine Behandlung im Schadenersatzprozeß und im Strafverfahren für qualitativ unbedenklich angesehen, mag dies im Zweifel auch für die Leistungspflicht der KV sprechen, sagt dann aber über die ökonomischen Aspekte noch nichts aus. Der Vertragsarzt schuldet qualitativ mehr, als dass er sich nicht strafbar und nicht schadenersatzpflichtig macht. Er schuldet eine sorgfältige Behandlung am Standard der Schulmedizin und nicht bloß eine gerade noch nicht rechtswidrige Behandlung. Zwar gehen die unterschiedlichen Rechtsgebiete Strafrecht, Zivilrecht und KV-Recht jeweils von einer schulmedizinischen Behandlung lege artis als Idealfall aus, die Sichtweise dieser Rechtsgebiete ist aber mE für einen wechselseitigen Import der Ergebnisse zu unterschiedlich.

Bestehen verschiedene schulmedizinische Behandlungen zur Auswahl, kommt es zur erwähnten Interessenabwägung, bei der aber neben den ökonomischen Aspekten – wie erwähnt – auch andere rechtlich relevante Gesichtspunkte miteinfließen. Hier wird jedenfalls auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten seinen Platz haben, es sei denn, die Entscheidung des Patienten kann keine rechtliche Billigung finden.

Das Verhältnis zwischen schulmedizinischen Behandlungen und Außenleitermethoden ist in der Judikatur abgeklärt, ich halte die gefundene Lösung für etwas problematisch und zT sogar für tendenziell unökonomisch, aber dies soll hier nicht das unmittelbare Thema sein.<sup>46)</sup>

<sup>46)</sup> OGH 28. 2. 1994, 10 Obs 103/93 = DRdA 1995, 22 (*M. Binder*) = SSV-NF 8/19 = SZ 67/34 = JBl 1994, 702 – homöopathisches Heilmittel; 14. 4. 1994, 10 Obs 264/93 = SozSi 1994, 609 – Elektroakupunkturmethode; 6. 12. 1994, 10 Obs 59/94 = DRdA 1995, 501 (*Mosler*) – homöopathisches Heilmittel; 26. 3. 1996, 10 Obs 52/96 = DRdA 1997, 22 (*Mazal*) = ZAS 1998, 42 (*Offenberger*) – nicht in Ös-

## IV. Einzelfragen

### 1. Kassenfreier Raum – Ökonomiegebot an den Versicherten

#### a) Allgemeines

Das ASVG verpflichtet die KV die Vertragsärzte nach Einzelleistungen zu vergüten, verlangt aber eine Begrenzung der Gesamtausgaben der KV-Träger für die vertragsärztliche Tätigkeit in den Gesamtvertrag aufzunehmen. Auf den darin liegenden Widerspruch geht im Detail der Beitrag von Mosler ein. Ausgehend vom österreichischen System der Einzelleistungsvergütung (§ 342 Abs 2 ASVG) kommt es dann zum Konflikt, wenn eine bestimmte Behandlung im Gesamtvertrag nicht als Einzelleistung gesondert angeführt wird. Einerseits werden die Träger vom Gesetz – zumindest grundsätzlich – ohne wenn und aber zur Gewährleistung der erforderlichen Krankenbehandlung verpflichtet (§ 133 ASVG). Andererseits zeigt sich, dass es aus verschiedenen Gründen schwierig ist, diesem Gesetzesauftrag durch die Gewährung von Sachleistungen nachzukommen: Insb kann die Aufnahme einer bestimmten Behandlungsart in den Gesamtvertrag am Konsens zwischen Hauptverband und Ärzteschaft scheitern. Es kann aber auch sein, dass der Gesamtvertrag einfach mit der Geschwindigkeit, mit der neue Behandlungsmethoden schulmedizinisch anerkannt werden, nicht mithält, eine konkrete Leistung daher einfach noch nicht vom Gesamtvertrag mitgedacht worden ist. Die Positionen der Lehre sind unterschiedlich, die Judikatur hat zuletzt einen beachtlichen Schwenk durchgeführt. Die zuletzt vom OGH gefundene Lösung erscheint mE im Grundsatz sehr ausgewogen.

#### b) Meinungsstand

Ein Teil der Lehre<sup>47)</sup> und der OGH<sup>48)</sup> gehen von der Existenz eines „kassenfreien Raums“ aus. Diese wohl hA meint also, daß es ärztliche Be-

reich zugelassenes Heilmittel zur Krebsbehandlung, für welches auch kein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis besteht; LG Salzburg 7. 6. 1995, 18 Cgs 61/94 = SVSlg 42.337 – homöopathisches Heilmittel; 9. 4. 1996, 10 ObS 20/95 = RdM 1996, 182 = SSV-NF 10/33 = SVSlg 42.323 = EvBl 1997/57 – Homöopathie und Bioresonanztherapien; 29. 6. 1999, 10 ObS 382/98 = SozSi 2000, 132 (Kletter) = RdW 1999, 805 – Akupunktur. Vgl weiters zu den Heilmitteln M. Binder, System 222 (2.2.3.2.2.); Vogel, Medikation mit Außenseitermethoden – eine Kostenfrage? RdM 1994, 108ff; M. Binder, Zur Kostendeckung alternativmedizinischer Behandlungsmethoden durch die Krankenversicherung, RdM 1997, 39ff; vgl auch die Judikaturübersicht bei Teschner/Widlar, Allgemeine Sozialversicherung (ASVG) (Loseblattausgabe ab 1974) § 133 Anm 1; dazu auch Resch, Zukunftsorientierte Medizin – Was bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung? (Sammelband der Schriftenreihe Colloquium; im Druck).

<sup>47)</sup> Vgl zuletzt etwa die Nachweise bei Kiesel, DRdA 2000, 158 und Kletter, SozSi 2000, 710f.

<sup>48)</sup> OGH 13. 10. 1992, 10 ObS 226/92 = SSV-NF 6/114 = DRdA 1993, 294 (M. Binder) = SozSi 1993, 238 (Kletter); 14. 4. 1994, 10 ObS 264/93 = SSV-NF 8/33 = SozSi 1994, 609 (Kletter); 6. 12. 1994, 10 ObS 59/94 = DRdA 1995, 501 (Mosler); 28. 4. 1998, 10 ObS 73/98b = SSV-NF 12/58; weiters BSK 27. 11. 1993, R 1-BSK/92 = SSV-NF 7/A 7 = ZAS 1994, 98 mit Besprechungsaufsatz von Grillberger, ZAS 1994, 81; zuletzt OGH 18. 4. 2000, 10 ObS 75/00b; 25. 7. 2000, 10 ObS 123/00m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (Resch); 30. 3. 1999, 10 ObS 403/98g = DRdA 2000, 156 (Kiesel); vgl im

handlungen gibt, die zwar als gesetzliche Pflichtleistung zu qualifizieren sind, die von der Honorarordnung des Gesamtvertrags aber – aus welchen Gründen auch immer – nicht miterfasst sind. Leistungen im kassenfreien Raum werden also von der Honorarordnung nicht abgegolten, weder pauschal noch durch konkrete Tarife.

Der Begriff „kassenfreier Raum“ ist terminologisch unglücklich.<sup>49)</sup> Mit im Detail erheblichen Unterschieden wird hier für nicht im Gesamtvertrag geregelte Behandlungen (also den kassenfreien Raum) eine Kostenerstattungspflicht des KV-Trägers postuliert. Höchst umstritten ist in der Lehre, welche Behandlungen in welcher Höhe<sup>50)</sup> einer Kostenerstattung zugänglich sind. Ein Teil der Lehre geht dagegen von der Vollständigkeit des Gesamtvertrags aus und lehnt generell eine darüber hinausgehende Kostenerstattungspflicht ab<sup>51)</sup> bzw weist immerhin (mE zu Recht) darauf hin, dass der Gesamtvertrag selbst eine solche Vollständigkeit regeln könnte.<sup>52)</sup>

#### c) Entwicklung der Judikatur

Der OGH hat mittlerweile eine homogene Rechtsprechungslinie herausgebildet. Während die ersten Entscheidungen des OGH eher eine generelle Kostenerstattungspflicht zu Marktpreisen nahelegten,<sup>53)</sup> bringen meh-

übrigen bereits OLG Wien 10. 5. 1967, 15 R 62/67 = SSV 7/44; VfGH 11. 10. 1993, V 21, 22/97 = VfSlg 13.571 = SVSlg 40.123 und 17. 10. 1998, V 81/97 = VfSlg 15.322 = SozSi 1998, 961 (Kletter); jüngst 18. 3. 2000, G 24/98 = SozSi 2000, 738 = JBl 2000, 502; 1. 12. 2000, V 70, 71/96 = ZAS 2001, 57 mit Besprechungsaufsatz von Kletter, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum – eine Bilanz, ZAS 2001, 33ff.

<sup>49)</sup> Kiesel, SozSi 1995, 323.

<sup>50)</sup> Ersatz der konkreten Kosten nach Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht?, ZAS 1986, 152ff; ders, Kostenersatz im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ZAS 1994, 73ff; zuletzt ders, Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen in der sozialen Krankenversicherung, FS Tomandl [1998] 695f; differenzierend M. Binder, DRdA 1993, 299.

<sup>51)</sup> Krejci, Probleme des individuellen Kassenarztvertrags, ZAS 1989, 120 (beachte aber seine These zur Verrechnungsbefugnis des Vertragsarztes als Wahlarzt aaO 119); Grillberger, Privathonorierung von Vertragsärzten?, SozSi 1991, 533ff; ders, Die Bundesschiedskommission und der sogenannte kassenfreie Raum, ZAS 1994, 81ff; ders in Strasser (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 365ff; ders, Die Aushöhlung des Sachleistungsprinzips, DRdA 1995, 101ff; Kletter, Aktuelle Fragen zu Zahnbehandlungen und Zahnersatz, SozSi 1993, 240f; ders, Kostenerstattung und Sachleistungsvorsorge, SozSi 1994, 27ff; ders, SozSi 1994, 614f; ders, SozSi 1998, 968; ders, Das VfGH-Erkenntnis zur Kostenerstattung, SozSi 2000, 711f; Kiesel, Der sogenannte „kassenfreie Raum“ oder: Ein verwirrendes Wortspiel mit fatalen Folgen für die Sozialversicherung, SozSi 1995, 322ff und 418ff; ders, DRdA 2000, 158f zur neuen Judikatur; Mosler, DRdA 1995, 508.

<sup>52)</sup> Kiesel, SozSi 1995, 326; Mosler, ZAS 2000, 6; Resch, Sozialrecht (2000) 65.

<sup>53)</sup> OGH 13. 10. 1992, 10 ObS 226/92 = SSV-NF 6/114 = DRdA 1993, 294 (M. Binder) = SozSi 1993, 238 (Kletter); 14. 4. 1994, 10 ObS 264/93 = SSV-NF 8/33 = SozSi 1994, 609 (Kletter); 6. 12. 1994, 10 ObS 59/94 = DRdA 1995, 501 (Mosler); 28. 4. 1998, 10 ObS 73/98b = SSV-NF 12/58; weiters BSK 27. 11. 1993, R 1-BSK/92 = SSV-NF 7/A 7 = ZAS 1994, 98 mit Besprechungsaufsatz von Grillberger, ZAS 1994, 81.



rere jüngere Entscheidungen<sup>54</sup>) eine mE sehr ausgewogene Judikaturlinie, derzufolge wohl ein kassenfreier Raum denkbar ist, innerhalb dessen auch für Behandlungen beim Vertragsarzt Kostenerstattung möglich ist, sofern nicht dem Kassenarzt die Verrechnung insofern verboten ist.<sup>55</sup>) Die Kostenerstattung hat sich aber an den Tarifen des selben Gesamtvertrags für vergleichbare Leistungen zu orientieren,<sup>56</sup>) erfolgt also grundsätzlich nicht zu Marktpreisen. Diese Grundsätze gelten sowohl für die Kostenerstattung<sup>57</sup>) als auch – soweit ein solcher zulässigerweise vorgesehen wird – für den satzungsmäßigen Zuschuß.<sup>58</sup>) Einer Kostenerstattung zu Marktpreisen hat der OGH daher – zumindest grundsätzlich – eine klare Absage erteilt. Als letzter Schritt hat der VfGH dem KV-Träger nunmehr auch zugestanden, analog § 131 b ASVG im kassenfreien Raum unter Beachtung der finanziellen Leistungsfähigkeit des KV-Trägers in der Satzung einen Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen vorzusehen.<sup>59</sup>)

#### d) Folgerungen aus der jüngsten Judikaturentwicklung

##### aa) Gleichbehandlung von neuen und bei Gesamtvertragsabschluss bereits bekannten Behandlungen

Der neueren Judikatur des OGH<sup>60</sup>) ist mE zuzustimmen, da eine **generelle** Kostenerstattung zu Marktpreisen im kassenfreien Raum eine wirtschaftliche Aushöhlung des Sachleistungsprinzips bringen könnte. Bei einer generellen Kostenerstattung zu Marktpreisen wäre ja die Verhandlungsparität (zwischen Hauptverband und Ärztekammer) insofern gestört, als dann die Ärztekammer durch Verweigerung der Aufnahme bestimmter Tarifposten in den Gesamtvertrag ganz einfach die Tragung der deutlich höheren Marktpreise durch die KV über den Umweg der Kostenerstattung erreichen könnte.

Tatsächlich erlaubt das KV-Recht dem Versicherte nicht, jeden verlangten Preis über den Umweg der Kostenerstattung letztlich auf Kosten der KV zu zahlen. Vielmehr soll sich der Versicherte aktiv an der Preisverhandlung beteiligen. Ihn trifft also im kassenfreien Raum eine Art Preisminderungsobliegenheit, widrigenfalls er eben doch nur das erhält, was die KV für vergleichbare Behandlungen einem Vertragsarzt zahlt. Eine entsprechende

<sup>54</sup>) OGH 18. 4. 2000, 10 Obs 75/00b; 25. 7. 2000, 10 Obs 123/00m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (Resch); 30. 3. 1999, 10 Obs 403/98g = DRdA 2000, 156 (Kiesl); vgl im übrigen bereits OLG Wien 10. 5. 1967, 15 R 62/67 = SSV 7/44; VfGH 11. 10. 1993, V 21, 22/97 = VfSlg 13.571 = SVSlg 40.123 und 17. 10. 1998, V 81/97 = VfSlg 15.322 = SozSi 1998, 961 (Kletter); jüngst 18. 3. 2000, G 24/98 = JBl 2000, 502 = SozSi 2000, 738.

<sup>55</sup>) Dazu OGH 30. 3. 1999, 10 Obs 403/98g = DRdA 2000, 156 (Kiesl); vgl auch OGH 29. 6. 1999, 10 Obs 6/99a = SozSi 2000, 31 (Souhrada); 1. 6. 1999, 10 Obs 365/98v = DRdA 2000, 296 (Schrammel) = SozSi 2000, 387.

<sup>56</sup>) OGH 25. 7. 2000, 10 Obs 123/00m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (Resch).

<sup>57</sup>) OGH 25. 7. 2000, 10 Obs 123/00m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (Resch).

<sup>58</sup>) OGH 18. 4. 2000, 10 Obs 75/00b.

<sup>59</sup>) VfGH 1. 12. 2000, V 70, 71/96 = ZAS 2001, 57 mit Besprechungsaufsatz von Kletter, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum – eine Bilanz, ZAS 2001, 33 ff.

<sup>60</sup>) Insb OGH 18. 4. 2000, 10 Obs 75/00b; 25. 7. 2000, 10 Obs 123/00m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (Resch).

vorherige Erkundigung beim KV-Träger ist daher dem Patienten in diesen Fällen anzuraten. Insofern **schlägt das allgemeine Ökonomiegebot** in der KV (§ 133 Abs 2 S 1 ASVG) **auch auf den Versicherten und seine Handlungsweise durch**. Es kann sich dabei aber nur um eine Obliegenheit handeln, die im Wege der Beschränkung der Kostenerstattung nur wirtschaftlich sanktioniert ist. Hinzuweisen ist, dass die Judikatur prüft, ob das vom Versicherten bezahlte Honorar angemessen war.<sup>61</sup>) Die Bedachtnahme auf vergleichbare Positionen im Gesamtvertrag geht allerdings nur dort, wo die Vergleichbarkeit mit durch den selben Gesamtvertrag bereits honorierte Leistungen besteht.

Nun stellt sich die Frage, ob diese Judikatur auch auf neue Behandlungsmethoden angewendet werden kann oder nur für bei Gesamtvertragsabschluss schulmedizinisch anerkannte Behandlungsmethoden gilt (mit allen damit zusammenhängenden Abgrenzungsfragen). Sieht man im Hintergrund eine allgemeine **auch den Patienten treffende Ökonomieverpflichtung** und hält man sich das Bestreben des Gesetzgebers vor Augen, eine Aushöhlung des Prinzips der Sachleistungserbringung zu verhindern, muß sich die **Kostenerstattung nach Möglichkeit immer an vergleichbaren Tarifen im Gesamtvertrag orientieren**. Dies müßte grundsätzlich sowohl für die neuen Leistungen, als auch für mangels Einigung entstandene Lücken im Gesamtvertrag gelten (egal, wer das Nichtzustandekommen der Einigung zu vertreten hat). Die Frage, mit welcher Sachleistung die konkrete Leistung vergleichbar ist, wird das Gericht idR nur unter Beiziehung eines medizinischen Sachverständigen klären können.

##### bb) Inhaltliche Bindung der Satzung

Der VfGH<sup>62</sup>) schließt aus dem Umstand, daß für die Fälle des Wegfalles des Gesamtvertrags oder des Nichtbestehens von Gesamtverträgen für eine ganze Berufsgruppe im Gesetz Regelungen vorhanden sind, nicht aber für den Fall, daß für einzelne Leistungen keine Vertragsregelung besteht, gemessen am Konzept des Gesetzgebers auf das Bestehen einer planwidrigen Lücke, die er durch Analogie zu § 131 b ASVG (das E erging zur parallelen Regelung im B-KUVG) schließt. Der KV-Träger hat nach Ansicht des VfGH unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit auch für diese Leistungen Kostenersatz in Form von Kostenzuschüssen in der Satzung vorzusehen.

Ob die methodischen Voraussetzungen für eine Analogie zu § 131 b ASVG vorliegen, erscheint fraglich, da insofern eine Beschränkung der Vertragsfreiheit der Gesamtvertragspartner angenommen wird, die in dieser Form nicht im ASVG geregelt ist. Hier ist man an die Diskussion zum im ArbVG geregelten Interessenausgleich im Betriebs- und Berufsverfassungsrecht erinnert, wo die hA mE zu Recht festhält, dass der im ArbVG geregelte Interessenausgleich – welcher sich auch durch die Entstehungsgeschichte be-

<sup>61</sup>) OGH 13. 10. 1992, 10 Obs 226/92 = SSV-NF 6/114 = DRdA 1993, 294 (M. Binder); 28. 4. 1998, 10 Obs 73/98b = SSV-NF 12/58; VfGH 17. 10. 1998, V 81/97 = VfSlg 15.322 = SozSi 1998, 961 (Kletter).

<sup>62</sup>) VfGH 1. 12. 2000, V 70, 71/96 = ZAS 2001, 57.



legen lässt – Kompromißcharakter hat und es daher verboten ist, den gefundenen Interessenausgleich ohne wirklich zwingende Notwendigkeit der Auslegung zu verändern.<sup>63)</sup> In gleicher Weise müßte man auch hier **große Vorsicht bei einer den im ASVG zugrundegelegten Interessenausgleich zwischen KV-Trägern und Ärzteschaft abändernden Auslegung** walten lassen, die in dieser Form nicht ihre Niederschlag im ASVG findet. Durch die vom VfGH vorgenommene Auslegung wird die kv-rechtliche Sozialpartnerschaft<sup>64)</sup> im Vergleich zur Gesetz gewordenen Konzeption durchaus erheblich modifiziert. Die Entstehungsgeschichte der Regelung<sup>65)</sup> zeigt den Kompromisscharakter deutlich und würde also mE eine solche Analogie nicht unbedingt nahelegen. Letztlich erscheint die Analogiefrage im Hinblick auf die klare Aussage des VfGH in seinem jüngsten einschlägigen E<sup>66)</sup> aber müßig.<sup>67)</sup>

Hält man sich den Kompromisscharakter der Regelungen zum Vertragspartnerrecht im ASVG vor Augen, ist auf die (letztlich auch auf Art 18 B-VG fussende) inhaltliche **Bindung der KV-Träger bei der Ausgestaltung des Kostenzuschusses in der Satzung** besonderes Augenmerk zu legen. Festzuhalten ist, dass – sofern die Satzung einen Kostenzuschuß festgesetzt hat – den ordentlichen Gerichten die Prüfung anhand der Honorarordnung verwehrt ist, sodass bei Bedenken der Gesetzwidrigkeit einzig ein Verordnungsprüfungsverfahren beim VfGH denkbar wäre.

Eine inhaltliche Bindung besteht (worauf ja bereits der VfGH in seinem E hingewiesen hat) in Bezug auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers (analog § 131 b ASVG). Diese **finanzielle Bindung** ist mE insb im Einklang mit dem Ökonomiegebot des § 133 ASVG zu verstehen.

Im Einklang mit dem OGH ist die Satzung bei ihrer Gestaltung der Kostenerstattungstarife an die **vergleichbaren Tarifsätze im selben Gesamtvertrag** gebunden: Welche tariflich erfasste Pflichtleistung mit der konkreten Leistung vergleichbar ist, ist nach dem OGH<sup>68)</sup> nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls zu beurteilen und stellt in erster Linie eine Tatfrage dar. Dabei kann es – so die vorliegende E – auf die Art der Leistung an sich (Methode und Zweck), aber auch auf den im Einzelfall erforderlichen Sach- und Personalaufwand ankommen. Große Sorgfalt werden die Gerichte gerade bei dieser Frage der Vergleichbarkeit aufwenden müssen, insb wenn es über die Quantifizierung von Dienstleistungen hinausgeht.

Auch wenn es der OGH eher auszuschließen scheint,<sup>69)</sup> wird, wenn Tarifpositionen im eigenen Gesamtvertrag fehlen, eine Orientierung an den Ta-

<sup>63)</sup> MwN *Jabornegg*, Absolut zwingendes Arbeitsverfassungsrecht, FS Strasser (1983) 373; *ders*, Grenzen kollektivvertraglicher Rechtssetzung und richterliche Kontrolle, JBl 1990, 206f; idS auch die Judikatur, etwa OGH 17. 3. 1993, 9 ObA 606/92 = DRdA 1994, 33 mit Anm *Jabornegg*.

<sup>64)</sup> Zum Begriff *Grillberger*, Österreichisches Sozialrecht<sup>4</sup> (1998) 46.

<sup>65)</sup> Eindeutig sowohl die RV (599 BlgNR 7. GP 101ff) als auch der AB (613 BlgNR 7. GP 30ff) zum ASVG.

<sup>66)</sup> VfGH 1. 12. 2000, V 70, 71/96 = ZAS 2001, 57.

<sup>67)</sup> Vgl zu diesem neuen E *Kletter*, Der Leistungsanspruch im vertragsfreien Raum – eine Bilanz, ZAS 2001, 42ff.

<sup>68)</sup> OGH 25. 7. 2000, 10 ObS 123/00 m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (*Resch*).

<sup>69)</sup> OGH 25. 7. 2000, 10 ObS 123/00 m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (*Resch*).

rifen in einem **Gesamtvertrag eines anderen österreichischen KV-Trägers** grundsätzlich ausnahmsweise möglich sein.<sup>70)</sup> Immerhin schließt ja jeden Gesamtvertrag für den Träger der Hauptverband ab (§ 341 Abs 1 ASVG), sodass bereits aus diesem Grund heraus eine gewisse inhaltliche Koordination anzunehmen ist.

Subsidiär bleiben als möglicher Ansatz für die Bemessung des Kostenersatzes der **zeitliche Aufwand** (hier besteht ja am ehesten noch die Vergleichbarkeit mit anderen Tarifpositionen) und die **objektiven Gerätekosten** (also die Investitionskosten), wobei diese aber untrennbar verbunden sind mit der **Frequenz der Auslastung des Geräts bei ökonomischer Verwendung** (um unrentable Überkapazitäten zu vermeiden). Auf diese hier vorgetragenen und mE wohl maßgeblichen Grundsätze hat bereits *Kletter*<sup>71)</sup> hingewiesen.

Eine weitere Reduzierung auf 80% analog § 131 ASVG kommt übrigens nicht in Betracht, da die methodischen Voraussetzungen für eine Analogie hier nicht vorliegen. Das die Verfassungsmäßigkeit des § 131 ASVG tragende Argument,<sup>72)</sup> dass der Patient anstelle der günstigen Verrechnung mit dem Vertragsarzt die für die Kasse verwaltungstechnisch teure Einzelabrechnung gewählt hat, greift gerade nicht. Hier hat der Patient keine Behandlungsalternative im Rahmen einer Kassensachleistung.

#### cc) Bindung der Satzung bei Fehlen vergleichbarer Tarifpositionen

Dessen ungeachtet bleiben mE Fälle einer notwendigen Krankenbehandlung übrig, bei denen ein vergleichbarer Tarif nicht besteht. Dies ist vmtl nur der seltene Ausnahmefall, denn normalerweise wird die Vergleichbarkeit im oben erläuterten Sinne durchaus feststellbar sein: Für die erforderliche Behandlung, die einzig und alleine in den USA möglich ist, ist ein Vergleich mit einer normalen Operation in Österreich nicht möglich, da es insofern an der Vergleichbarkeit völlig fehlt. Fehlt es ausnahmsweise bei einzelnen Behandlungen an einer entsprechenden Vergleichbarkeit, darf die Satzung den Kostenersatz nicht beliebig festlegen. Einziges primäres Bemessungskriterium kann hier nur ein objektiver Marktpreis sein. Einen anderen wirtschaftlichen Anhaltspunkt hat man in diesen Fällen ja gerade nicht.

Eine generelle Pflicht der KV-Träger, objektive Marktpreise gleichsam eins zu eins zu übernehmen, ist aus der jüngsten Judikatur nicht mehr argumentierbar und widerspricht auch der den Versicherten treffenden Ökonomieobliegenheit. Umgekehrt darf auch hier der KV-Träger mE im Hinblick auf ihre Gesetzesbindung den Zuschuss nicht beliebig (niedrig) festsetzen.

Eine Lösung hat *M. Binder*<sup>73)</sup> in die Diskussion eingeführt: Ungefähre Untergrenze für die Festsetzung der Kostenerstattungstarife könnten die durchschnittlichen Abweichung der Tarifpositionen von den Marktpreisen sein, wobei ja auch in einem OGH-Verfahren<sup>74)</sup> die Idee der Ermittlung

<sup>70)</sup> Vgl auch *Kletter*, ZAS 2001, 43.

<sup>71)</sup> ZAS 2001, 43.

<sup>72)</sup> VfGH 18. 3. 2000, G 24/98 ua = JBl 2000, 502 = SozSi 2000, 738.

<sup>73)</sup> DRdA 1993, 299.

<sup>74)</sup> OGH 25. 7. 2000, 10 ObS 123/00 m = ZAS 2001, 55 = DRdA 2001, 247 (*Resch*).

eines „sozialversicherungsrechtlichen Marktpreises“ ventiliert worden ist.<sup>75)</sup> Gegen die Lösung von *M. Binder* spricht die schwierige praktische Handhabung dieser Berechnung.

Ausgangspunkt muss auch hier das Ökonomiegebot sein. Es ist nicht Aufgabe der gesetzlichen KV, zB unrentable Geräteinvestitionen durch überhöhte Preise zu fördern. Fehlt aber eine (wie oben weit interpretierte) Vergleichbarkeit mit anderen Tarifleistungen, wird der KV-Träger in diesem verbleibenden Bereich von einem **objektiven Marktpreis** auszugehen haben. Bestehen Zweifel hinsichtlich der Angemessenheit der konkret verrechneten Kosten, wird es letztlich auch hier im Verfahren nicht erspart bleiben, zu ermitteln, welche **Kosten der Arzt dem Versicherten bei einer betriebswirtschaftlich sinnvollen Auslastung der Behandlungsstätte verrechnet hätte**. Dies wird nur durch ein Sachverständigengutachten im Prozess geklärt werden können. Ein darüber hinaus gehendes Reduktionsrecht des KV-Trägers würde nämlich ansonsten den Konflikt wirtschaftlich ausschließlich auf dem Rücken der Versicherten austragen, um dessen Schutz es ja eigentlich gehen sollte.

## 2. Sehr teure außertarifliche Behandlungen insb Auslandsbehandlungen

Zu prüfen ist weiters der Sonderfall, dass eine außertarifliche Behandlung zwar notwendig, aber besonders teuer ist.

Die gesetzliche KV ist als Risikogemeinschaft der Versicherten konzipiert, wobei im österreichischen Recht (derzeit) weder ein Bundeszuschuss vorgesehen ist noch eine Automatik im Gesetz selbst, die eine mehr oder weniger automatische Anpassung der Beitragssätze an die Ausgaben der KV bewirkt. Sehr teure Behandlungen stoßen daher auf ökonomische Grenzen. Um auf den Eingangsfall zurückzukommen: Wieviele ASVG-Versicherte in künstlichen Beatmungsmaschinen kann sich ein KV-Träger leisten? Wieviele Versicherte dürfen sich pro Jahr einer Behandlung unterziehen, die es nur im Methodistenspital in Houston, Texas gibt (Gesamtkosten pro Operation im Jahr 2000 etwa S 1,6 Mio)?

Der OGH hat im Zusammenhang mit Auslandsoperationen zu folgender Lösung gefunden: Grundsätzlich erlaubt das ASVG auch die Inanspruchnahme einer Leistung im Ausland, insofern kommt der Grundsatz der freien Arztwahl zum Tragen. Es besteht daher auch für Behandlungen im Ausland ein Kostenerstattungsanspruch.<sup>76)</sup> Entscheidend ist die Frage, ob es eine günstigere Behandlung gegeben hätte, die der Versicherte zur damaligen Zeit in sinnvoller Weise, also mit einer ausreichenden Erfolgswahrscheinlichkeit, anderswo (billiger) beanspruchen hätte können.

Primär muss der Versicherte daher nachweisen, dass es die Behandlung nicht für die Versichertengemeinschaft kostengünstiger in sinnvoller (zumut-

<sup>75)</sup> Unter Hinweis auf *Kletter*, Kostenerstattung und Sachleistungsvorsorge, SozSi 1994, 30f; *dens*, Die höchstgerichtliche „Neuregelung“ von Zahlbehandlung und Zahnersatz, ZAS 1994, 43 ff.

<sup>76)</sup> OGH 23. 11. 1994, 10 ObS 252/94 = SSV-NF 8/115 und 15. 12. 1992, 10 ObS 136/92 = SSV-NF 6/142; OLG Wien 6. 5. 1998, 8 Rs 45/98 = ZASB 1999, 39.

barer) Weise gegeben hat, also primär in Österreich, sekundär in anderen europäischen Staaten. Was der OGH mit „in sinnvoller Weise“ meint, führt er ebenfalls aus:<sup>77)</sup> Zu suchen ist eine billigere Behandlung mit einer ausreichenden Erfolgswahrscheinlichkeit und er verlangt dabei letztlich die statistische Untersuchung, wie etwa die Mortalitätsrate bei dieser billigeren Krankenanstalt ausschaut.

Grundsätzlich – und dieser Stehsatz findet sich in vielen Entscheidungen – ist es aber der Versichertengemeinschaft an sich nicht zuzumuten, die deutlich höheren Kosten einer Operation im Ausland zu übernehmen, wenn eine gleiche Operation kostengünstiger im Inland erfolgen kann. Insofern sieht der OGH eine Tatfrage und verlangt entsprechende Feststellungen über die Operationsmöglichkeiten und Operationsrisiken in den einzelnen in Betracht kommenden Krankenanstalten.

Auch spielt eine Rolle, ob der Patient dort in der gebotenen Raschheit einen Operationstermin erhalten hätte. **Entscheidend ist also die medizinische Frage, ob der Eingriff anderswo zumutbarerweise und billiger möglich gewesen wäre bzw ob es zumutbare Behandlungsalternativen gegeben hat.**

Insofern mutet der OGH dem Versicherten zu, dass er sich vorher erkundigt und er stellt dezidiert fest, dass es keinen Rechtsanspruch auf die jeweils „weltbeste“ medizinische Versorgung gibt, sofern es anderswo eine zumutbare billigere Behandlungsalternative gibt (insb im Inland). Wir haben also wieder einen Fall vor uns, wo sich das **Ökonomiegebot unmittelbar als Obliegenheit des Versicherten** auswirkt.

Der OGH räumt aber ein, dass es in vereinzelt medizinisch besonders gelagerten Fällen gerechtfertigt ist, die Solidargemeinschaft der in der österreichischen KV versicherten Personen für eine im Ausland erbrachte medizinische Leistung allenfalls sogar bis zum Gesamtausmaß der Kosten aufkommen zu lassen.<sup>78)</sup> Speziell zum GSVG räumt der OGH aber ein, dass nicht mehr als 80% zu erstatten sind.<sup>79)</sup>

Liegt ein solcher besonders gelagerter Fall vor, hat der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf Pflichtleistung (im Wege einer Kostenerstattung), wobei der Anspruch aufgrund der Besonderheiten des konkreten Falls auch nicht das Ausmaß des Notwendigen überschreitet.

Treibt man das Problem auf die Spitze, gelangt man zum eingangs erwähnten **Grenzfall**: Wenn etwas Teures nur ausnahmsweise in Einzelfällen gewährt wird, folgt daraus, dass bei einer Massierung entsprechender Fälle die Leistungspflicht des KV-Trägers aufgrund der mangelnden Finanzierbarkeit der Leistung scheitert. Die Lösung ist in der Theorie noch vergleichsweise einfach. Sieht man die Prüfung als Interessenabwägung, muss dann in diesen Extremfällen die Abwägung zulasten des Versicherten ausschlagen. Es müsste dann wohl beim in diesen Extremfällen idR nur einen kleinen Bruchteil ausmachenden Kostenerstattungsstarif der Satzung bleiben, der Versicherte bliebe ansonsten auf die freiwilligen Leistungen aus dem Unterstützungsfonds beschränkt. Dann wird es letztlich zum demokratiepolitischen

<sup>77)</sup> Jeweils in OGH 15. 12. 1992, 10 ObS 136/92 = SSV-NF 6/142.

<sup>78)</sup> OGH 15. 12. 1992, 10 ObS 136/92 = SSV-NF 6/142.

<sup>79)</sup> OGH 15. 12. 1992, 10 ObS 136/92 = SSV-NF 6/142.

Problem, ob und wie der Gesetzgeber einschreitet, indem er den Leistungsanspruch in der KV neu definiert und sich allenfalls um neue Finanzierungsformen bemüht. Dass dann die gefundene Lösung auch recht bürokratisch ausfallen kann, wurde uns beim IVF-FondsG deutlich vor Augen geführt<sup>80)</sup> (Hintergrund war dort nicht unmittelbar die fehlende Finanzierbarkeit, sondern die vorherige Negation einer Krankenbehandlung durch den OGH).<sup>81)</sup>

Bei **Erkrankung im Ausland** ist der OGH dagegen sehr restriktiv, soweit nicht Kraft bilateraler bzw. multilateraler Verträge oder aufgrund europarechtlicher Vorschriften auch im Ausland ein Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen besteht.<sup>82)</sup> Die Organisation der KV in der österreichischen gesetzlichen SV beschränkt sich auf das Staatsgebiet. Die Träger der SV sind nicht verpflichtet, Verträge mit Einrichtungen der Krankenbehandlung im Ausland abzuschließen. Tatsächlich bleibt der Versicherte bei Anstaltspflege beschränkt auf jene Kosten, die gem § 150 Abs 3 iVm § 133 Abs 5 ASVG zu erstatten sind. Für die Dauer der Anstaltspflege wird keine zusätzliche Erstattung von Kosten einer Krankenbehandlung gewährt.

## V. Zusammenfassung

1. Bedingt durch die ausdrückliche Bezugnahme auf die RVO als Vorgängerregelung, sind die Materialien zur RVO auch für die Auslegung des § 133 Abs 2 S 1 ASVG maßgeblich. Das geltende österreichische SV-Recht beruht damit auf der gleichen historischen Grundlage wie das deutsche SV-Recht. (II.)

2. Diese Regelung wurde aus dem Wunsch heraus geschaffen, die Kostenexplosion im Bereich der Krankenbehandlung gezielt einzudämmen. Dazu wurden vor allem die als Vertragspartner agierenden Ärzte in Gestalt einer besonderen Berufspflicht unmittelbar zur Beachtung des Ökonomiegebots in Pflicht genommen. (II.)

3. Neben dem G und der RöK enthalten auch die Gesamtverträge Bestimmungen, aus denen eine unmittelbare vertragliche Verpflichtung der Vertragsärzte folgt. Das Ökonomiegebot zwingt die KV zu einer Gratwanderung (Interessenabwägung), vorrangig zwischen medizinischen und finanziellen Erfordernissen. (III.1.)

4. § 133 Abs 2 S 1 ASVG beinhaltet einerseits die vage Festlegung eines Leistungsstandards (und damit eine eigenständig eine gesetzliche Vorgabe) und andererseits die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Handlungsweise innerhalb dieses Leistungsstandards, die (als Verpflichtung der KV-Träger) bereits aus dem B-VG folgt. (III.2.)

5. Herzstück des Ökonomiegebots ist die Vorgabe, dass (zumindest grundsätzlich) nur ärztliche Behandlungen finanziert werden, wobei qualitativ auf

<sup>80)</sup> BG, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wird, BGBl I 1999/180.

<sup>81)</sup> OGH 24. 11. 1998, 10 Obs 193/98z = DRdA 1999, 225 (Enzberger).

<sup>82)</sup> OGH 5. 11. 1996, 10 Obs 2296/96m = SSV-NF 10/114; 2. 12. 1997, 10 Obs 176/97y = SSV-NF 11/148.

den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft (Schulmedizin) abgestellt wird. (III.3.)

6. Wurde eine Behandlung im Schadenersatzprozess und im Strafverfahren für qualitativ unbedenklich angesehen, mag dies im Zweifel auch für die Leistungspflicht der KV sprechen, sagt aber über die ökonomischen Aspekte nichts aus. Zwar gehen Straf-, Zivil- und KV-Recht jeweils von einer schulmedizinischen Behandlung *lege artis* als Idealfall aus, die Sichtweise dieser Rechtsgebiete ist aber mE für eine wechselseitige Übernahme der Ergebnisse zu unterschiedlich. (III.4.)

7. Die Träger sind nach dem Gesetz primär zur Sachleistungserbringung verpflichtet. Fehlt eine entsprechende Tarifposition im Gesamtvertrag, kommt es nach hA idR zur Kostenerstattung. Die Kostenerstattung hat sich an den Tarifen des selben Gesamtvertrags für vergleichbare Leistungen zu orientieren, erfolgt also grundsätzlich nicht zu Marktpreisen. Dies gilt auch für einen satzungsmäßigen Zuschuss. (IV.1.c)

8. Der neueren Judikatur ist mE zuzustimmen, da eine generelle Kostenerstattung zu Marktpreisen im kassenfreien Raum eine wirtschaftliche Aushöhlung des Sachleistungsprinzips bringen könnte. Indem der Versicherte keine volle Kostenerstattung erhält, schlägt hier auf ihn ein Ökonomiegebot in Gestalt einer Obliegenheit durch. (IV.1.d)

9. Die Kostenerstattung muß sich nach Möglichkeit immer an vergleichbaren Tarifen im Gesamtvertrag orientieren. Dies gilt sowohl für die neuen Leistungen, als auch für mangels Einigung entstandene Lücken im Gesamtvertrag (egal, wer das Nichtzustandekommen der Einigung zu vertreten hat). Nur wenn die Vergleichbarkeit mit bestehenden Tarifen fehlt, muss dennoch ein objektiver Marktpreis Berechnungsgrundlage bleiben. (IV.1.d)

10. Man hat große Vorsicht bei einer den im ASVG zugrundegelegten Interessenausgleich zwischen KV-Träger und Ärzteschaft abändernden Auslegung walten zu lassen. Die Satzung ist nicht legitimiert, den entgegen der gesetzlichen Grundkonzeption nicht verwirklichten Sachleistungsanspruch bei der Regelung von Zuschüssen betragsmäßig beliebig zu gestalten bzw. zu reduzieren. (IV.1.d)

11. Bei teuren Auslandsbehandlungen mutet der OGH dem Versicherten zu, sich vorher zu erkundigen. Es besteht kein Rechtsanspruch auf die jeweils „weltbeste“ medizinische Versorgung, sofern es eine zumutbare billigere Behandlungsalternative gibt (insb im Inland). Das Ökonomiegebot wirkt sich auch hier unmittelbar als Obliegenheit des Versicherten aus. (IV.2.)

Otfried Seewald

## Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung

Mit Wirkung vom 1. 1. 2000 ist das Vierte Kapitel des SGB V, das die „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ regelt,<sup>1)</sup> um einen weiteren – nämlich den Elften – Abschnitt ergänzt worden.<sup>2)</sup> In acht Paragrafen werden darin die „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“<sup>3)</sup> geregelt. Diese „Integrationsversorgung“ wird als das Kernstück<sup>4)</sup> oder Kernelement<sup>5)</sup> des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 betrachtet. Diese Regelungen enthalten – im Vergleich mit den bisherigen Regelungen des SGB V 4. Kapitel – neue Rahmenbedingungen für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und den sog Integrationsanbietern.<sup>6)</sup> Die – allgemeine – Begründung zum Entwurf dieser Regelungen, der in seinen wesentlichen Teilen Gesetz geworden ist, lässt in ihren ausdrücklichen Zielsetzungen die damit verbundenen Ambitionen erkennen.<sup>7)</sup>

Diese – neue – Integrationsversorgung ist jedoch nicht der erste und einzige Schritt, mit dem der Gesetzgeber in Richtung dieser Ziele gegangen ist. Im Nachfolgenden soll dargelegt werden, dass es auch in der Vergangenheit bereits eine nicht geringe Anzahl von Zusammenarbeitsformen gegeben hat, die im Übrigen nach wie vor möglich sind<sup>8)</sup> und auch mit der Integrationsversorgung kombiniert werden können,<sup>9)</sup> nach Auffassung des Gesetzgebers jedoch offenbar nicht im gewünschten Umfang zielführend gewesen sind.

Dieser Darstellung der bisherigen – und in gewissem Umfang praktisch erprobten – Integrationsmodellen<sup>10)</sup> sowie der ab 1. 1. 2000 zulässigen – bislang noch im Entwicklungsstadium befindlichen – Integrationsversor-

<sup>1)</sup> §§ 69ff SGB V.

<sup>2)</sup> Durch Art 1 Nr 58 des „Gesetzes zur Reform der gesetzlichen KV ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. 12. 1999“ (BGBl I 2626).

<sup>3)</sup> §§ 140a–140h SGB V.

<sup>4)</sup> *Orlowski*, Integrationsversorgung, BKK 2000, 191.

<sup>5)</sup> *V. Stillfried*, Integrationsversorgung – Innovationspotential und Risiken, Sozialer Fortschritt 2000, 175.

<sup>6)</sup> *Orlowski*, aaO 191

<sup>7)</sup> Vgl BT-Drs 14/1245, 91.

<sup>8)</sup> Ausweislich der diesbezüglichen geltenden Regelungen.

<sup>9)</sup> *Orlowski*, aaO 199.

<sup>10)</sup> Vgl unten Abschnitt II.

gung<sup>11)</sup> ist eine knappe Schilderung der offensichtlich als problematisch-unzulänglich eingeschätzten Situation vorangestellt, die Anlass für die bisherigen und zukünftigen Integrationsbemühungen sind.

## I. Die derzeitige Versorgungsstruktur

### 1. Nebeneinander von niedergelassenen (Vertrags-)Ärzten und Krankenhausärzten

#### a) Vertragsarztbereich

In der BRD gibt es grundsätzlich eine verhältnismäßig scharfe Trennung zwischen der ambulanten Versorgung – diese wird vor allem durch niedergelassene (Vertrags-)Ärzte geleistet – und der stationären Versorgung durch dort tätige (angestellte) Anstaltsärzte. Diese Trennung ist historisch entstanden; ein wesentlicher Grund hierfür dürfte die Einführung einer gesetzlichen KV im Deutschen Reich sein und der Zuschnitt der diesbezüglichen rechtlichen Regelungen auf den Kassenarzt, der in der Regel allein in seiner eigenen Praxis tätig ist.<sup>12)</sup>

Die früher so genannten Kassenärzte<sup>13)</sup> haben hinsichtlich ihres rechtlichen Status eine bemerkenswerte Entwicklung erfahren, und zwar bezüglich ihrer Beziehungen zu den Krankenkassen, aber auch zu den Patienten. Das Naturalleistungsprinzip, das traditionell und nach wie vor im Bereich der gesetzlichen KV maßgebend ist<sup>14)</sup> führt zu der Frage, in welcher Weise die Krankenkassen die Ansprüche ihrer Versicherten erfüllen; die diesbezügliche Entwicklung soll hier nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden.<sup>15)</sup> Am Ende dieser Entwicklung stehen jedenfalls politisch mächtige Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen;<sup>16)</sup> die Kassenärztlichen Vereinigungen – und damit die Kassenärzte – sind verantwortlich für die Erfüllung des Naturalleistungsanspruchs des Versicherten; dazu hat ihnen der Gesetzgeber einen Sicherstellungsauftrag übertragen, der allerdings in gemeinsamer Selbstverwaltung auch mit den Krankenkassen sowie neuerdings mit den Psychotherapeuten zu erfüllen ist.<sup>17)</sup> Praktisch bedeutet dies wohl – trotz der Mitwirkungsbefugnisse der Krankenkassen – ein Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>18)</sup>

Bislang ist ein Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen nur in den Fällen vorgesehen, in denen mehr als 50% aller in einem

<sup>11)</sup> Vvgl unten Abschnitt III.

<sup>12)</sup> Vgl hierzu und zum Folgenden *Arnold*, Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors, *Das Krankenhaus* 1988, 98–105.

<sup>13)</sup> Bis zum Inkrafttreten des G zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen KV (GesundheitsstrukturG – GSG) vom 21. 12. 1992 (BGBl I 2266).

<sup>14)</sup> Vgl vor allem § 2 Abs 2 SGB V sowie die Ausnahmeregelungen für Kostenerstattung (§ 13 SGB V) und Teilkostenerstattung (§ 14 SGB V).

<sup>15)</sup> Vgl zB *Krauskopf* in *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts § 23.

<sup>16)</sup> Vgl §§ 77 ff SGB V.

<sup>17)</sup> Vgl § 72 SGB V.

<sup>18)</sup> Vgl hierzu zB *Funk* in *Schulin* (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts I Krankenversicherungsrecht (1994) § 32 Rz 35 ff.

Zulassungsbezirk oder in einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzten auf ihre Zulassung verzichten oder die vertragsärztliche Versorgung verweigern.<sup>19)</sup>

Nach diesem kurzen Blick auf die Entwicklung des Kassenarztrechts (heute genauer: des Vertragsarztrechts) ist auch ein Blick auf die Honorierung der Tätigkeit der Vertragsärzte zu werfen.<sup>20)</sup> Es ist kein Geheimnis, dass auch Ärzte ihr berufliches Verhalten nicht ausschließlich, aber immerhin auch nachweisbar,<sup>21)</sup> ausrichten im Hinblick auf den finanziellen Ertrag. Das ist ein rationales Verhalten, das unter anderen aus der Tatsache erklärbar ist, dass der niedergelassene Arzt nicht bei der Krankenkasse fest angestellt ist;<sup>22)</sup> er ist allerdings auch nicht in einem Angestellten- oder in einem beamtenrechtlichen Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen tätig;<sup>23)</sup> der Arzt muss also sehen, dass auch sein Betrieb wirtschaftlich erfolgreich ist und dass auch seine eigene Kasse klingelt. Die Ärzteschaft hat im vorigen Jahrhundert diesbezüglich erfolgreich agiert und den niedergelassenen Ärzten ein Einkommen ermöglicht, das – im Vergleich mit anderen akademischen Berufen – auch heute noch als sehr günstig betrachtet werden kann.<sup>24)</sup> Bemerkenswert ist weiterhin, dass die Tätigkeit der Ärzte als Leistungserbringer der Krankenkassen von diesen praktisch nicht kontrolliert wird.<sup>25)</sup> Auch ein Wettbewerb unter den niedergelassenen Ärzten findet erst in neuerer Zeit statt, nachdem das Ausgabenvolumen für den Bereich der ambulanten Versorgung gedeckelt ist.<sup>26)</sup>

#### b) Krankenhausbereich

Unabhängig von der Entwicklung im ambulanten Sektor, aber parallel zum medizinischen Fortschritt, hat sich das Krankenhauswesen entwickelt. Dort findet die stationäre Versorgung der Versicherten statt, und zwar ideal-typisch in den Fällen, in denen die ambulante Versorgung nicht ausreicht.<sup>27)</sup> Die diesbezügliche rechtliche Struktur und die damit normierten

<sup>19)</sup> Vgl im Einzelnen § 72a SGB V.

<sup>20)</sup> Vgl zur heutigen Rechtslage § 85 SGB V – Gesamtvergütung –, der in Abs 2 die gesetzlich zulässigen Formen der Berechnung der vertragsärztlichen Vergütung regelt.

<sup>21)</sup> Vgl hierzu § 85 Abs 4 S 7 SGB V sowie zB *Krauskopf*, aaO § 85 Rz 24, 29, 35.

<sup>22)</sup> Worauf die frühere Bezeichnung Kassenarzt schließen ließe, vgl hierzu näher *Seewald*, Die Auswahl der Vertragspartner durch die Versicherungsträger, in: *Jabornegg/Resch/Seewald* (Hrsg), *Der Vertragsarzt* (1999) 101 ff, 117 f.

<sup>23)</sup> Vgl allerdings die tatsächliche Bewertung als 3/4-Beamter durch *Bogs*, Das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art 12 GG) im Spiegel des Arztsystems, in: *B. Becker/Bull/Seewald* (Hrsg), *FS Thieme* (1993) 715 ff, 717.

<sup>24)</sup> Vgl *Die Welt*, 31. 10. 2000, 3: Das Einkommen vor Steuern beträgt durchschnittlich 195.000 DM pro Jahr.

<sup>25)</sup> Anders ist die Situation im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung; dort findet eine administrative Begleitung des Heilverfahrens durch den Träger statt, vgl dazu *Seewald*, aaO 139 ff.

<sup>26)</sup> Vgl zur Rechtslage seit dem 1. 1. 2000 § 85 SGB V, zB Abs 4 a zur Verteilung der Gesamtvergütungen auf die Bereiche hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

<sup>27)</sup> Vgl § 39 Abs 1 S 2 SGB V – Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung.

Verantwortungsbereiche sind bislang relativ kompliziert geregelt. Träger der Krankenhäuser sind Gemeinden, der Staat, aber auch karitative oder andere private Einrichtungen. Versicherte dürfen sich nur in solchen Krankenhäusern behandeln lassen, die zugelassen sind.<sup>28)</sup> Solche „zugelassene Krankenhäuser“<sup>29)</sup> sind die Hochschulkliniken iSd Hochschulbauförderungsg,<sup>30)</sup> die Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben und – vor allem – die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind und als „Plan-Krankenhäuser“ für die Krankenkassen die Leistungen der stationären Versorgung übernehmen.

Die auf Landesebene angesiedelte Entscheidung über die Plan-Krankenhäuser<sup>31)</sup> und damit über die dort vorhandene Betten- und Ärztezahzahl wird nicht maßgeblich von den Krankenkassen getroffen; diese sind in dem entsprechenden Entscheidungsgremium lediglich vertreten.<sup>32)</sup> Überlegungen, den Krankenkassen diese Entscheidung in alleiniger Verantwortung zu übertragen, sind in der Vergangenheit diskutiert, jedoch nicht umgesetzt worden.

In dem Zusammenhang steht die Frage der Finanzierung der stationären Versorgung. Diese geschieht in einem so genannten Dualen Finanzierungssystem,<sup>33)</sup> wobei grundsätzlich die investiven Ausgaben durch den Träger der Einrichtung, insb also durch Länder und Gemeinden, getragen werden, während der laufende Betrieb finanziert wird aus den Geldern, die seitens der Krankenkassen für die Behandlung ihrer Versicherten gezahlt werden.<sup>34)</sup> Die soeben angesprochene Möglichkeit der Übertragung der Verantwortung für den Krankenhausbereich hängt verständlicherweise mit der Frage zusammen, ob dann auch das dualistische Finanzierungsmodell abgelöst werden müsste durch eine monistische Finanzierung, die grundsätzlich aus den Beiträgen der Versicherten – auch hinsichtlich der investiven Ausgaben – geleistet werden müsste.

## 2. Idealbild der Versorgungskette

Im Falle einer Krankheit sollte ein Versicherter zunächst einen Hausarzt in Anspruch nehmen, der ideal-typisch ein weitergebildeter Allgemeinarzt ist. Je nach berufsrechtlicher Qualifikation kann dieser auch über aufwändigere Untersuchungsmittel verfügen, beispielsweise Röntgengeräte, Labor, Gastroskopie, Sonographie und EKG-Gerät; damit stehen dem Hausarzt theoretisch viele Möglichkeiten offen, selbst eine Diagnose zu stellen und die Patienten angemessen zu behandeln.

<sup>28)</sup> § 39 Abs 1 S 2 SGB V.

<sup>29)</sup> Siehe im Einzelnen § 108 SGB V.

<sup>30)</sup> V 1. 9. 1969 (KHG), zuletzt geändert durch G v. 26. 1. 1976 (BGBl I 185).

<sup>31)</sup> Vgl zB das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) iFdB Bekanntmachung v. 11. 9. 1990 (mit zahlreichen nachfolgenden Änderungen).

<sup>32)</sup> Vgl zB Art 7 Abs 1 BayKrG.

<sup>33)</sup> Dazu §§ 1, 4 KHG.

<sup>34)</sup> Vgl § 4 Nr 2 KHG: „... leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen ...“, wobei die (Bundes-),VO zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflege-satzverordnung – BPfV)“ v 26. 9. 1994 (BGBl I 2750) zu beachten ist.

Eine Überweisung an einen niedergelassenen Gebietsarzt (Facharzt)<sup>35)</sup> kommt erst in Betracht, wenn der Hausarzt seine Möglichkeiten erschöpft hat. Das ist dann der Fall, wenn er alle ihm verfügbaren Verfahren – die unter plausiblen Annahmen indiziert sein müssen – ohne sichtbaren Erfolg angewendet hat. Im Prinzip ist der Hausarzt rechtlich zur Ausschöpfung seiner eigenen Möglichkeiten verpflichtet; hinzu kommt unter Umständen ein wirtschaftlicher Anreiz, erst unter diesen Voraussetzungen zu überweisen.

Im Bereich der niedergelassenen Gebietsärzte (Fachärzte) spiegelt sich die aus der Spezialisierung der Medizin resultierende Fächervielfalt in nahezu vollem Umfang wider. Mit wenigen Ausnahmen sind fast alle Techniken verfügbar, die es auch im Krankenhaus gibt. Demnach ist das Leistungsspektrum der niedergelassenen Gebietsärzte in ihrer Gesamtheit – zumindest theoretisch – dem Leistungsspektrum eines Krankenhauses gleichwertig.

Es muss im Übrigen nicht bei einer einmaligen Überweisung bleiben; wenn der niedergelassene Gebietsarzt seinerzeit seine Möglichkeiten erschöpft hat, aber zu keinem abschließenden Urteil gekommen ist oder ebenfalls kein greifbares Ergebnis gesehen hat, erfolgt eine weitere Verweisung an einen anderen Spezialisten. Erst wenn diese Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft sind, stellt sich die Frage einer stationären Behandlung.<sup>36)</sup>

Dabei ist Folgendes zu beachten: Obwohl die Weiterbildung der niedergelassenen Gebietsärzte praktisch ausschließlich im Krankenhaus erfolgt, gibt es tatsächliche Unterschiede in der Urteils- und Behandlungsmöglichkeit von niedergelassenen Gebietsärzten einerseits und Krankenhaus-Ärzten andererseits; diese Unterschiede ergeben sich im Laufe der Zeit aus den verschiedenen Aufgaben. Die medizinischen Probleme und somit das Leistungsspektrum, der Patienten-Mix, die Morbidität – auch die ökonomischen Anreize – sind im niedergelassenen Bereich anders als im Krankenhaus. Patienten mit einer Reihe früherer wichtiger Infektionskrankheiten, leichteren Gesundheitsstörungen, psychosomatischen Krankheiten, Sexual-, Arbeitsplatz-, Eheproblemen, Langzeitbehandlungen sowie ein Großteil der Kranken mit geriatrisch-psychischen Krankheitsproblemen kommen heute nicht mehr ins Krankenhaus.

Umgekehrt haben die Krankenhäuser Tätigkeitsfelder, die im ambulanten Bereich keine oder eine untergeordnete Rolle spielen: die Behandlung seltener Krankheiten, die Durchführung sehr zeitaufwändiger diagnostischer und konservativ-therapeutischer Verfahren, die Stellung der Operationsindikation usw.

Hinzu kommt, dass sich aufgrund dieser unterschiedlichen Tätigkeitsfelder (und nach längerer Berufsdauer) das Leistungsspektrum eines niedergelassenen Gebietsarztes von dem eines – eher hoch-spezialisierten – Krankenhausarztes wohl stetig auseinander entwickelt. Zwar wenden der niedergelas-

<sup>35)</sup> Oder an einen beteiligten oder ermächtigten Krankenhausarzt oder an eine Universitätsklinik zur Durchführung bestimmter Untersuchungen, zur Mit- und Weiterbehandlung oder zur Konsiliaruntersuchung.

<sup>36)</sup> Vgl § 37 Abs 4 SGB V (Voraussetzungen für die Verordnung einer Krankenhausbehandlung).

sene und der im Krankenhaus tätige Gebietsarzt die gleichen diagnostische Methoden an; sie sind auch alle einmal an dem gleichen Patientengut weitergebildet worden. Gleichwohl kann sich wegen der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der Versorgungsbereiche die Notwendigkeit ergeben, einen Patienten auch nach Behandlung durch einen niedergelassenen Gebietsarzt anschließend an ein Krankenhaus zu überweisen.

### 3. Vorzüge und Nachteile der derzeitigen Versorgungsstruktur

Die Krankenversorgung der Versicherten ist demnach gleichsam hierarchisch strukturiert; sie wird als kompliziert empfunden.<sup>37)</sup> Bei abstrakter Betrachtung zeigt sich hier gleichwohl eine Reihe von Vorzügen, und zwar sowohl in medizinischer als auch in finanzieller Hinsicht:

- (1) Es gibt eine kompetente Primärversorgung; denn der Hausarzt muss – bei entsprechender Qualifikation – nur wirklich schwierige Fälle weitergeben.
- (2) Der Hausarzt kann aus den gleichen Gründen ein wirkungsvoller Filter vor allen höher differenzierter Versorgungsstufen sein.
- (3) Es stehen ausreichende Kapazitäten für die spezialärztliche Behandlung zur Verfügung.
- (4) Die Einzeluntersuchung wird kostengünstig erbracht.
- (5) Es gibt einen Wettbewerb bei den Gebietsärzten und Patienten, und die Diffusion des medizinischen Fortschrittes erfolgt deshalb verhältnismäßig rasch.
- (6) Der Gebietsarzt (Facharzt) kann ein wirkungsvoller Filter vor dem Krankenhaus sein.
- (7) Es kommt durch die Einschaltung niedergelassener Gebietsärzte automatisch eine „second opinion“ zustande.
- (8) Es gibt einen gewissen Wettbewerb zwischen niedergelassenen und Krankenhaus-Gebietsärzten, und auch das ist der Diffusion des medizinischen Fortschritts dienlich.
- (9) Die Zugänglichkeit auch zu aufwändigeren Versorgungsstufen ist gut.

Allerdings hat diese Versorgungsstruktur auch eine Reihe von Nachteilen, wobei wiederum medizinische und finanzielle Gesichtspunkte in die Bewertung einfließen:

- (1) Die Weiterbildung des niedergelassenen Gebietsarztes erfolgt an einem teilweise falschen Krankengut, wenn man die späteren Aufgaben in der ambulanten Versorgung bedenkt.
- (2) Die Geräteausstattung ist höher, als es dem „Bedarf“ entspricht (auch wenn sich der wohl kaum exakt bestimmen lässt).
- (3) Es kommt zu Doppelt- und Dreifach-Inanspruchnahme von Ärzten.
- (4) Demzufolge kommt es auch zu Doppelt- und Dreifach-Untersuchungen.

<sup>37)</sup> Arnold, aaO 99, auch zum Nachfolgenden.

(5) Es gibt zeitraubende und unter Umständen verzögerte Überweisungen von einer Versorgungsstufe in die nächste.

(6) Patienten werden vollstationär behandelt, auch wenn nicht die „Hotelfunktion“, sondern nur die operative Ausstattung des Krankenhauses in Anspruch genommen werden soll.

(7) Es kann Behandlungsunterbrechungen geben, nämlich zum einen zwischen Primär- und niedergelassenen Gebietsärzten und dann wiederum zwischen dem (letzten) niedergelassenen Gebietsarzt und dem Krankenhausarzt.

(8) Behandlungsunterbrechungen bedeuten fast regelmäßig auch Informationsunterbrechungen.

(9) Es gibt die Möglichkeit für den Patienten, primär auch einen Gebietsarzt in Anspruch zu nehmen, was die Versorgung verteuern kann.

(10) Die Überweisung erfolgt oft unqualifiziert und unter Umgehung des niedergelassenen Gebietsarztes direkt an den Krankenhausarzt.

(11) Durch die Überweisung und Rücküberweisung von Patienten können „Karussells“ zum Nutzen der Ärzte betrieben werden.

(12) Die Geräteausnutzung erfolgt oft aus ökonomischen Gründen und ohne zwingende medizinische Indikation; das gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Diese Auflistung der Vorzüge und Nachteile der in der Vergangenheit entwickelten Versorgungsstruktur zeigt, dass Maß und Umfang der Versorgung praktisch allein von Entscheidungen der Ärzte abhängig sind. Damit ist zugleich auch gesagt, dass eine versorgungsbegleitende Kontrolle<sup>38)</sup> durch die Krankenkassen nicht stattfindet.

Ergänzend und diese Aussage relativierend ist allerdings auf den „Medizinischen Dienst der KV“ hinzuweisen.<sup>39)</sup> Dieser Medizinische Dienst muss von den Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder dann eingeschaltet werden, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, eine gutachterliche Stellungnahme einzuholen; auch bei Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten kann der Medizinische Dienst eingeschaltet werden.<sup>40)</sup> Damit erfüllt der Medizinische Dienst eine wichtige Filterfunktion.<sup>41)</sup>

Weiterhin ist – ebenfalls ergänzend – auf die Regelungen zur Qualitätssicherung im gesamten Versorgungsbereich und die damit normierten Vorstellungen von einer wesentlich verbesserten Versorgungsqualität hinzuweisen; diese Regelungen sind durch das BKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wesentlich ausgeweitet und verfeinert worden.<sup>42)</sup>

<sup>38)</sup> Wie sie im Bereich der berufsgenossenschaftlichen Versorgung üblich ist, vgl. Seewald, aaO 139 ff.

<sup>39)</sup> §§ 275–283 SGB V.

<sup>40)</sup> § 275 Abs 1 a SGB V.

<sup>41)</sup> Vgl im Einzelnen *Rebscher*, Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, in: *Schulin* (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts I Krankenversicherungsrecht (1994) § 46.

<sup>42)</sup> Vgl im Einzelnen *Seewald*, Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, in: *Schnapp/Wigge*, Kassenarztrecht (2001) § 20.



## II. Bisherige organisatorische Regelungen zur Integration und Koordination

Ganz so ideal-typisch getrennt, wie das geschildert wurde, muss die Versorgung der Versicherten nicht sein. Vielmehr gibt es eine Reihe von Regelungen und damit von – vor allen Dingen für die ärztliche Versorgung eröffneten – Möglichkeiten, die zu einer gewissen Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung geführt haben. Im Folgenden werden diese Regelungen dargestellt. Vorauszuschicken ist dabei zweierlei: Erstens – unter quantitativem Gesichtspunkt handelt es sich praktisch um eher ausnahmsweise geltende und praktizierte Bestimmungen, so dass die grundsätzliche Struktur und die dadurch bewirkte Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung im Wesentlichen nicht angetastet wird; zweitens – gleichwohl sind diese Regelungen aufschlussreich deshalb, weil mit ihnen, wenn auch nur quantitativ-partiell, eine Kooperation (oder „Verzahnung“) der bisherigen und ambulanten und stationären Versorgung, aber auch eine Kooperation innerhalb der ambulanten Versorgung selbst bewirkt werden kann; insoweit haben alle diese Regelungen und ihre Praktizierung Modellcharakter und erlauben eine Auswertung für eine Weiterentwicklung oder Umgestaltung des Versorgungssystem auf der Basis gleichsam heimischer Erfahrungen.<sup>43)</sup>

### 1. Kooperation innerhalb der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung

#### a) Gruppenpraxis

Ein gewisses Bedürfnis, ambulante ärztliche Behandlungen und Operationen nicht nur in Einzelpraxen, sondern in Kooperation mit Arztkollegen auszuführen, haben zu einer Anzahl von Formen gemeinsamer Ausübung ärztlicher Tätigkeit geführt, die häufig unter dem Begriff „Gruppenpraxis“ zusammengefasst werden.<sup>44)</sup> Der Begriff „Gruppenpraxis“ ist allerdings kein Rechtsbegriff; man versteht darunter ua die Gemeinschaftspraxis, die Praxisgemeinschaft, die Apparategemeinschaft, die Ärztepartnerschaft, das Ärztehaus, die Praxisklinik, die medizinischen Kooperationsgemeinschaften sowie den Praxisverbund.<sup>45)</sup> Hierbei handelt es sich um Formen der Zusammenarbeit, die durch eine bestimmte Organisation bewirkt werden.

<sup>43)</sup> Zu „Managed-Care“ und „HMO“ und ähnlichen ausländischen Konzepten vgl zB *Krauskopf*, aaO § 63 SGB V Rz 2 ff sowie *Orlowski*, Neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen aus Sicht des Gesetzgebers, VSSR 1998, 265 ff; zu den Erfahrungen mit HMO/managed-care-Modellen in der Schweiz vgl Neue Züricher Zeitung v 26. 10. 1996, 14; vgl zur Diskussion in Deutschland zB AOK-Bundesverband (Hrsg), Gesundheitsmanagement in der GKV – Ansätze für eine deutsche Variante von Managed-Care, 1996 (mit Beiträgen von *Ahrens*, *Stock*, *K. W. Lauterbach*, *Schwoerer*, *Nachtigal*, *Ph. Baumann*).

<sup>44)</sup> Vgl *Uhlenbruck* in *Laufs/Uhlenbruck*, aaO § 18 II Rz 6 ff.

<sup>45)</sup> Einzelheiten hierzu bei *Deutsch*, Medizinrecht 62 ff Rz 83 ff; *Ehmann*, MedR 1994, 141; *Taupitz*, ArztR 1995, 123; *ders*, MedR 1993, 367 ff; *Dahm*, MedR 1998, 70, 71; *Reger*, MedR 1998, 75.

Eine Praxisgemeinschaft ist der Zusammenschluss zweier (oder mehrerer) Ärzte gleicher oder auch verschiedener Fachrichtung mit dem Ziel einer gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und/oder Praxiseinrichtungen und/oder zur gemeinsamen Inanspruchnahme von Praxispersonal. Die an der Praxisgemeinschaft beteiligten Ärzte handeln jedoch selbständig, haben einen eigenen Patientenstamm, eine eigene Karteiführung. Verträge kommen jeweils nur zwischen ihnen und der Kassenärztlichen Vereinigung (oder dem Privatpatienten) zustande; eine Vertretung ist nur in dem Umfang zulässig wie in anderen selbständigen Praxen. Es findet also keine gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit statt; vielmehr werden nur Räume, Personal und medizinisch-technische Einrichtungen gemeinsam von mehreren Ärzten genutzt.

Rechtlich bietet sich für diesen Zusammenschluss die Rechtsform der BGB-Gesellschaft an.<sup>46)</sup> Der Patient tritt bei der Praxisgemeinschaft nur in vertragliche Beziehungen zu dem einzelnen Arzt. Eine typische Form der Praxisgemeinschaft ist die sog Apparategemeinschaft;<sup>47)</sup> Gleiches gilt für die Laborgemeinschaft.<sup>48)</sup>

Die Vorzüge derartiger Organisationsformen sind darin zu sehen, dass eine bessere Auslastung von Personal oder Apparaten gewährleistet wird; das führt zu betriebswirtschaftlichen Einsparungen, möglicherweise auch zu einer verminderten Auslastungsstrategie der einzelnen Ärzte. Der – finanzielle – Nutzen für die gesetzliche KV dürfte sich in Grenzen halten.

#### b) Gemeinschaftspraxis

In der Gemeinschaftspraxis wird ärztliche Tätigkeit durch mehrere Ärzte des gleichen oder ähnlichen Fachgebiets in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung sowie mit gemeinsamem Personal und auf gemeinsame Rechnung ausgeführt; demnach hat die Gemeinschaftspraxis auch einen einheitlichen, also gemeinsamen Patientenstamm.<sup>49)</sup> Der Unterschied zur Praxisgemeinschaft besteht also darin, dass die Rechtsbeziehungen, insb der Arztvertrag, zwischen dem Patienten und sämtlichen Ärzten der Gemeinschaftspraxis zustande kommen mit der Folge, dass die ärztlichen Leistungen austauschbar sind; der Patient soll keinen Anspruch haben, durch einen bestimmten Arzt behandelt zu werden.<sup>50)</sup>

Auch die sog fachübergreifende oder fachverbindende Gemeinschaftspraxis ist grundsätzlich zulässig; dann muss allerdings gewährleistet sein, dass die einschlägigen berufsrechtlichen und kassenärztlichen Vorschriften – zB das Recht der freien Arztwahl<sup>51)</sup> – eingehalten werden. Bei fachübergreifen-

<sup>46)</sup> §§ 705 ff BGB; hierzu *Tiemann*, Das Recht in der Arztpraxis (1994) 73; *Rieger*, Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis 53 ff; *Deutsch*, MedR Rz 94; *Ohl*, Gruppenpraxis (1975) 30.

<sup>47)</sup> *Uhlenbruck*, aaO Rz 11 mwN in FN 29.

<sup>48)</sup> *Uhlenbruck*, aaO FN 30.

<sup>49)</sup> *Uhlenbruck*, aaO Rz 12 mit Hinweis auf *Narr*, Ärztliches Berufsrecht Rz 1016, 1017, 1144.

<sup>50)</sup> *Uhlenbruck*, aaO 162 Rz 12.

<sup>51)</sup> Vgl § 76 Abs 1 SGB V; Kap D Nr 8 Abs 3 MBO-Ä; § 7 Abs 2 Muster-Berufsordnung Ärzte.



den Gemeinschaftspraxen wird die Genehmigung meist mit der Maßgabe erteilt, dass jeder beteiligte Arzt seine Fachgebietsgrenze einhält; außerdem muss der Patient das Recht auf freie Arztwahl haben; im Einzelnen ist Vieles streitig.<sup>52)</sup>

Als Rechtsform bietet sich für eine Gemeinschaftspraxis entweder die Gesellschaft Bürgerlichen Rechts an.<sup>53)</sup> Das „Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger freier Berufe (PartGG)<sup>54)</sup> hat für Angehörige freier Berufe (auch Ärzte) die Möglichkeit eröffnet, sich zu einer Partnerschaftsgesellschaft zusammenzuschließen; das wird im Übrigen bestätigt durch die Musterberufsordnung der Ärzte.<sup>55)</sup>

Ein Patient kann die ärztliche Leistung von jedem Arzt der Gemeinschaftspraxis verlangen; zweifelhaft ist, ob der Patient im Hinblick auf das zu gewährleistende Recht der freien Arztwahl<sup>56)</sup> auch das Recht hat, die Behandlung durch einen bestimmten Arzt der Gemeinschaftspraxis zu wählen; diese Frage wird man letztlich bejahen müssen.<sup>57)</sup>

### c) Die Ärzte-GmbH

Im rechtsmedizinischen Schrifttum wird auch der Zusammenschluss von Ärzten in der Rechtsform einer GmbH für zulässig erachtet; dabei wird auf eine Entscheidung des BGH im Jahre 1993 Bezug genommen.<sup>58)</sup> Nach Auffassung des BGH steht jedenfalls das Zahnheilkundengesetz dem Angebot zahnheilkundlicher Maßnahmen durch eine GmbH nicht grundsätzlich entgegen. Gegenüber der Partnerschaftsgesellschaft hat die Rechtsform der GmbH für Ärzte vor allem Vorteile auf haftungsrechtlichem Gebiet sowie im Bereich der Werbung.<sup>59)</sup> Der BGH hat der juristischen Person auch das Liquidationsrecht für ambulante Heilbehandlung zugestanden.<sup>60)</sup> Allerdings ist diese Rechtsform wohl nicht geeignet, um Vertragsärzte zu beschäftigen; auch scheint die private KV die Aufwendungen einer solchen Ärzte-GmbH nicht zu erstatten.<sup>61)</sup> Somit verflüchtigt sich diese Vorstellung des Schrifttums bei näherem Hinsehen offensichtlich.

Zu beachten ist überdies, dass nach dem Landesrecht die Führung einer ärztlichen Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person verboten sein kann.<sup>62)</sup> Der Bayer Verfassungsgerichtshof hat – für die Rechtslage in Bay-

<sup>52)</sup> Vgl. Uhlenbruck, aaO Rz 11 aE FN 37.

<sup>53)</sup> §§ 705 ff BGB.

<sup>54)</sup> V 25. 7. 1994, BGBl I 1744.

<sup>55)</sup> MBO-Ä 1997, Kap D Nr 8 Abs 1 S 2 und Nr 9 Abs 1 S 2.

<sup>56)</sup> Vgl. § 76 SGB V.

<sup>57)</sup> Ebenso Uhlenbruck, aaO Rz 14.

<sup>58)</sup> BGHZ 124, 224 = NJW 1994, 786 = MedR 1994, 152 (Taupitz); vgl. dazu auch Henssler, Die Freiberufler-GmbH, ZIP 1994, 844; Vorinstanz OLG Düsseldorf MedR 1992, 46 = NJW-RR 1992, 808.

<sup>59)</sup> Näheres dazu bei Uhlenbruck, aaO § 18 II 3, 165.

<sup>60)</sup> BGH NJW 1978, S. 589, zit. bei Uhlenbruck, aaO 166.

<sup>61)</sup> Uhlenbruck, aaO 166 unten mit Hinweis auf Taupitz in FN 63.

<sup>62)</sup> Beispiel: Art 18 Abs 1 S 2 Bayerisches Heilberufe-KammerG; in Nordrhein-Westfalen (NRW) existiert eine solche Regelung nicht – die Entscheidung des BGH (BGHZ 124, 224) betrifft einen Fall aus NRW.

ern – unlängst festgestellt, dass diese Verbots-Regelungen weder gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit noch gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen;<sup>63)</sup> die gemeinsame Praxisführung in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft verträge sich nicht mit dem persönlich-freiberuflichen Charakter der von niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten eigenverantwortlich zu erbringenden heilkundlichen Dienstleistungen; der ärztliche Beruf sei seiner Natur nach kein Gewerbe, sondern ein freier Beruf, zu dessen wichtigsten Wesensmerkmalen ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein gegenüber den freiwilligen Vertragspartnern aus der Bevölkerung gehöre.<sup>64)</sup>

### d) Gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation

Gewisse Probleme innerhalb der ambulanten Versorgung hat der Gesetzgeber dadurch zu lösen versucht, dass dem Hausarzt bestimmte Pflichten aufgegeben werden, um ungeordnete Wanderungsbewegungen von Patienten innerhalb der ambulanten Versorgung zu vermeiden. Dazu ist die vertragsärztliche Versorgung ausdrücklich in die hausärztliche und in die fachärztliche Versorgung aufgeteilt; die hausärztliche Versorgung umfasst insb (1) die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnose und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, (2) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, (3) die Dokumentation, insb Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, und (4) die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.<sup>65)</sup>

Zu diesem Zweck darf der Hausarzt mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandelt haben, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben; die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind ihrerseits verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem (wiederum mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten) die Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt – wiederum mit widerruflicher Einwilligung des Versicherten –, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt oder den anderen Leistungsbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen.

Damit soll ein enger Daten- und Dokumentationsaustausch sichergestellt werden, um eine in gewisser Weise ganzheitliche Betrachtungsweise eines Versorgungsfalles zu ermöglichen.

<sup>63)</sup> BayVerfGH 13. 12. 1999, NJW 2000, 3418.

<sup>64)</sup> BayVerfGH, aaO 3419 mit Hinweis auf die Begründung der genannten Regelung, LT-DR 12/10455 v. 9. 3. 1993.

<sup>65)</sup> § 73 Abs 1 SGB V.

Im Übrigen ist die Einbeziehung der in der stationären Versorgung erhobenen Daten bereits ein Beispiel für eine diesbezügliche Verzahnung der Versorgungsbereiche.

### e) Vernetzte Praxen. Strukturverträge

Mit dem GKV-Neuordnungsgesetz 1997 wurde ua versucht, PKV-Elemente mit der GKV zu verbinden (Kostenerstattung, Selbstbehaltstarife); weiterhin wurden den Krankenkassen zumindest im Modellvorhaben größere wettbewerbliche Gestaltungsspielräume eröffnet.<sup>66)</sup> Während die PKV-Elemente außer beim Zahnersatz bisher so gut wie nicht zum Tragen gekommen sind, wächst insb an der Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Kultur von Modellversuchen: Es sind Praxisnetze entstanden, mit denen die Ärzte die Kooperation untereinander verbessern; sie werden als maßgebliche Innovation im deutschen Gesundheitswesen und als Vorläufer moderner Unternehmensformen im ambulanten ärztlichen Bereich angesehen.<sup>67)</sup> Diese Praxisnetze haben zum Teil keine Verträge mit den Krankenkassen, teilweise haben sie Verträge mit einer Kassenart, teils sind Verträge mit Krankenkassen mehrerer Kassenarten geschlossen worden.

### aa) Die gesetzliche Regelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen (und den Verbänden der Ersatzkassen) in den Gesamtverträgen – also auf Landesebene – Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die zu einer von den Regelungen des 4. Kapitels SGB V abweichenden Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung führen. In diese Vereinbarungen können auch die ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen einbezogen werden; vereinbart werden können sämtliche Leistungen oder inhaltlich definierte Teilbereiche von ärztlichen Leistungen.<sup>68)</sup>

Damit wird eine Verantwortungsstruktur für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht, die von den bisherigen Regelungen des SGB V 4. Kapitel abweicht. Neu ist an diesen vertraglichen Möglichkeiten, dass der Versicherte entweder einen bestimmten Hausarzt oder einen „Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte“ wählt; dieser Hausarzt oder dieser Verbund von Vertragsärzten übernimmt die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und tritt insoweit an die Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung.

Für dieses Leistungskontingent kann ein Budget vereinbart werden, das die Aufwendungen für die Vertragsärzte umfasst, die sich durch diese Strukturverträge besonders gebunden haben. In diese Budgetverantwortung kön-

<sup>66)</sup> Vgl zB *Orlowski* (VSSR), aaO passim.

<sup>67)</sup> *Schönbach*, Zielorientierung des GKV-Wettbewerbs durch integrierte Versorgung, BKK 1998, 479, 480, 481.

<sup>68)</sup> Vgl insgesamt § 73 a SGB V.

nen auch die veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden.

Wichtig ist vor allem auch, dass die Vertragspartner hinsichtlich der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen abweichen können von den Leistungsbewertungen, die allgemein im ärztlichen Bereich festgelegt werden durch den sog. einheitlichen Bewertungsmaßstab.<sup>69)</sup> Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten an derartigen Strukturen ist freiwillig.<sup>70)</sup>

Die Attraktivität solcher Praxisnetze ergibt sich für die Ärzte dadurch, dass zusätzliche Mittel für die am Praxisnetz beteiligten Ärzte zur Verfügung gestellt werden; die Krankenkassen verbinden damit Einsparungen, die sich – wie die Erfahrungen auch gezeigt haben – weniger im Bereich der von den Vertragsärzten selbst erbrachten Leistungen ergeben als vielmehr dadurch, dass die Netzärzte insb in geringerem Umfang Krankenhauseinweisungen vornehmen.

### bb) Beispiele aus der Praxis

Von der im Gesetz vorgesehenen Alternative „Strukturvertrag mit dem vom Versicherten gewählten Hausarzt“ ist – soweit ersichtlich – bislang in der BRD einmal, und zwar in Hessen, Gebrauch gemacht worden; die AOK hat dort ein derartiges Modell etabliert, wobei – wohl unzutreffenderweise – angenommen worden ist, dass für Mitglieder ein Beitrags-Bonus zulässig ist, wenn sie sich (selbstverständlich freiwillig) für dieses sog. Hausarztmodell entscheiden.

Größeren Anklang hat das Modell der „vernetzten Praxen“ (Praxisnetze) gefunden. Im Raum München sind zwar derartige Versuche bislang gescheitert, wohl aus Furcht der im Umland tätigen Vertragsärzte vor einer faktischen Benachteiligung.

Vorreiter in diesem Modell der Praxisnetze ist offensichtlich die AOK Schleswig-Holstein geworden. Dort sind insgesamt sieben Praxisnetze zu Stande gekommen;<sup>71)</sup> zu den Netzen in den Städten Flensburg, Neumünster und an der schleswig-holsteinischen Westküste sind – nach der AOK – auch die DAK und die Barmer Ersatzkasse als Partner hinzugegetreten.<sup>72)</sup>

In Süddeutschland wurde je ein Arztnetz mit vertraglicher Bindung zur AOK in Rheinland-Pfalz und Bayern<sup>73)</sup> gebildet.

### cc) Erfahrungen

#### (1) Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg

Mittlerweile liegen auch erste Erfahrungen aus diesem Bereich vor; die „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR)“ ist in ihrer

<sup>69)</sup> Vgl § 87 SGB V.

<sup>70)</sup> § 73 a Abs 1 S 5 SGB V.

<sup>71)</sup> Regionale Praxisnetze mit vertraglicher Bindung zur AOK-Schleswig-Holstein haben sich in Kiel, Bad Oldesloe, Plön, Rendsburg, Flensburg, Neumünster und an der „Westküste“ gebildet.

<sup>72)</sup> *Ärzte Zeitung* v. 9. 7. 1999, 2.

<sup>73)</sup> „Praxisnetz Erft“ und „Praxisnetz Nürnberg-Nord“.

Tätigkeit bewertet worden;<sup>74)</sup> damit liegen wohl erstmalig in Deutschland veröffentlichte Ergebnisse über die Arbeit eines Praxisnetzes vor. Dazu sind insgesamt mehr als 2 Mrd Daten für Auswertungen in Längs- und Querschnittanalysen erhoben worden. Das Modellprojekt wurde im Jahr 1996 gestartet; es haben sich etwa 130 Netzärzte und der VdAK in Schleswig-Holstein daran beteiligt.<sup>75)</sup> Nach Ansicht der Begleitforschung hat sich die Struktur- und Prozessqualität der medizinischen Versorgung verbessert.

Allerdings sind insgesamt Einsparungen in nennenswerter Höhe ausgeblieben: Im Vergleichszeitraum vom zweiten Halbjahr 1996 auf das zweite Halbjahr 1998 sind die Ausgaben kaum zurückgegangen; zwar konnte die MQR innerhalb eines Jahres mehr als 1,5 Mio DM einsparen; dem stehen aber Kosten von 1,2 Mio DM für Mehrleistungen sowie für die Anlaufstelle und Leitstelle des Ärztenetzes gegenüber. Die somit verbleibenden 360.000 DM bewegen sich an der „Nulllinie“; bezogen auf die Gesamtausgaben der Kassen liegt die Einsparung in einer Größenordnung von 0,01% – die Kosten können damit als konstant betrachtet werden.

Einsparungen sind im Klinikbereich erreicht worden: Die Netzärzte haben im Krankenhausbereich insgesamt 1,116 Mio DM eingespart; somit verringerten sich die Gesamtkosten der Klinikbehandlung für die Rendsburger Ersatzkassenpatienten um 7,44%. Die Verweildauer verkürzte sich um mehr als 12%, zugleich stieg aber die Fallzahl in der Klinik um 0,52%. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in der Stadt Rendsburg der Anteil der Selbsteinweiser in das dortige Kreiskrankenhaus über dem Landesdurchschnitt liegt: Unter 60% der Klinikpatienten werden von den Ärzten eingewiesen, jeweils 20% sind Notfälle oder Selbsteinweiser.

Zum Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung ist Folgendes zu sagen: In Rendsburg hat es im Vergleichszeitraum einen 10%igen Anstieg der Fallzahlen gegeben, während in der Vergleichsregion Steinburg der Anstieg fast 14%, im ganzen Bundesland Schleswig-Holstein mehr als 17% betrug. Auch die Punktzahlsteigerung fiel in Rendsburg moderater aus als in den Vergleichsregionen. Insgesamt hat die MQR damit Einsparungen von 436.000 DM in der ambulanten Versorgung erzielt.

Zu erwähnen ist auch, dass das Ordnungsverhalten der Ärzte nicht in die Bewertung eingeflossen ist; die Begleituntersuchung geht davon aus, dass angesichts der vorhandenen Daten Mehrausgaben in Höhe von 96.000 DM getätigt worden sind. Interessant dürfte auch sein, dass die Rendsburger Ärzte eine höhere Zufriedenheit bei ihren Patienten erreicht haben. Obwohl das Niveau der Patientenzufriedenheit in Schleswig-Holstein allgemein hoch ist, konnte die MQR bessere Werte erzielen. Das hat eine Patientenbefragung ergeben, an der sich 1.398 Patienten beteiligt haben. Nach eigenen Angaben suchen die MQR-Patienten häufiger den Kontakt zum Arzt, sind aber weniger im Krankenhaus als andere Patienten in Schleswig-Holstein.

<sup>74)</sup> Von der „Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG)“.

<sup>75)</sup> Vgl hierzu und zu den folgenden Zahlen *Ärztezeitung* v. 7. 7. 1999, 6 und 9. 7. 1999, 2.

Kritischer als ihre Patienten sind die Netzärzte selbst. Sie haben ihre Patienten zu 72% als „eher zufrieden“ eingeschätzt, während sich mehr als 80% der Patienten selbst als „sehr zufrieden“ mit der Arbeit der Mediziner gezeigt haben. Auch die Kooperation schätzen Netzärzte und Patienten unterschiedlich ein: Die Ärzte waren wieder nur „eher zufrieden“, 18% äußerten sich sogar als „eher unzufrieden“. Die Patienten zeigten sich dagegen „sehr zufrieden“.

Schließlich ist noch erwähnenswert, dass die Einstellung der Hausärzte zur MQR grundsätzlich positiver war als die der Fachärzte. Als die größten Optimisten haben sich die Internisten erwiesen; Urologen und Orthopäden hingegen bewerten die Entwicklung skeptisch. Die mit der Kooperation im Netz zufriedenen Ärzte nehmen im Übrigen auch zugleich häufiger an Netzaktivitäten teil. Qualitätszirkel besuchen nahezu alle Rendsburger Ärzte, 26% von ihnen mehrmals im Monat. Netzkonferenzen finden bei 40% der Netzärzte allerdings kein Interesse. Selbst an der Befragung über die Zusammenarbeit mit der MQR beteiligten sich 47% der Netzärzte nicht.

Aus den anderen Praxisnetzen sind folgende Zahlen bekannt: Am „Praxisnetz Flensburg“ beteiligten sich bisher 150 Ärzte aller Fachgruppen. Der Vertrag mit den Ersatzkassen bringt diesen Ärzten zusätzlich 312.000 DM. Das „Medizinische Praxisnetz Neumünster“ erhält 112.000 DM; hieran beteiligen sich 79 Ärzte. Das „Medizinische Qualitätsnetz Westküste“ ist das erste Netz Deutschlands mit stark ländlicher Prägung; hier arbeiten 64 Ärzte zusammen; das Netz erhält einen Zusatzzetat von 161.000 DM.

## (2) Disease Management Diabetes

Unter diesem Namen wurde ein Diabetes-Projekt in Thüringen im April 1998 gestartet als ein Beispiel für eine indikationsbezogene Verbesserung der Koordination sowie der Substitution stationärer Leistungen durch ambulante oder teilstationäre Leistungen. Ein Schwerpunkt dieses Projekts liegt in der Verbesserung der Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten, wobei Qualitätsindikatoren und damit definierte Behandlungskorridore in den verschiedenen Versorgungsebenen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur beitragen sollen.

Die Auswertung für das vierte Quartal 1998 ergab eine Beteiligung von 215 Ärzten, die mehr als 13.000 Fälle dokumentierten.<sup>76)</sup>

## (3) BKK-Praxisnetz Berlin

In Berlin haben die Betriebskrankenkassen, gemeinsam mit der Techniker-Krankenkasse, ein „Unternehmenskonzept“ entwickelt, das als „integrierte Versorgung“ bezeichnet wird,<sup>77)</sup> möglicherweise aber als integrativ ausgerichtete Produktpolitik bewertet werden kann. Dabei ist von folgenden Zielsetzungen ausgegangen worden: (1) Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteuren in der Versorgungskette, vor allem

<sup>76)</sup> Vgl AOK-Bilanz 1999/2000, 40, 41 – auch mit weiteren Daten.

<sup>77)</sup> *Schönbach*, aaO 485.

aber auch zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern; (2) Vereinbarung von Gesundheitszielen und Behandlungsleitlinien auf der Grundlage von Konsensuskonferenzen; (3) Einführung von kombinierten Budgets, um die zielorientierte und wirtschaftliche Zusammenarbeit der Akteure zu fördern; (4) Vermeidung von Doppelaktivitäten und Nutzung komparativer Vorteile der Beteiligten unter Einbezug ausgewählter externer Partner; (5) an Qualitätskriterien angepasste Dokumentation und Bewertung der Behandlungsprozesse und Gesundheitsergebnisse; (6) Dokumentation und Bewertung der erreichten Gesundheitsziele, um die gemeinsamen Verfahrensgrundsätze weiter zu entwickeln.<sup>78)</sup>

Diese Ziele sollen durch das BKK-Praxisnetz verwirklicht werden; als Modell „Vernetzter Praxen mit kombinierten Budgets“ ist es – soweit ersichtlich – das bisher einzige Konzept, mit dem eine ökonomische Gesamtverantwortung vernetzter Praxispraxen erreicht wird. Dabei soll eine risiko-äquivalente Bereinigung der kassenärztlichen Vergütung erfolgen; tatsächlich realisierte Ersparnisse im Krankenhausbereich und bei veranlassten Leistungen (zB im Hinblick auf Arzneimittel) werden nicht erst im Nachhinein durch uU strittige aufwendige Berechnungen gemessen; an den Rationalisierungsgewinnen werden nicht nur die Ärzte, sondern auch die Versicherten beteiligt.

Der letzte Gesichtspunkt deutet darauf hin, dass es sich rechtlich (auch) um ein Modellvorhaben handelt, da nach der Bestimmung zu den „vernetzten Praxen“<sup>79)</sup> eine Beitragsentlastung (oder teilweise Erstattung) an die Versicherten nicht vorgesehen ist.<sup>80)</sup>

Dieses BKK-Praxisnetz (Berliner Praxisnetz) umfasst etwa 450 Ärzte. Etwa 8.000 Versicherte aller Altersgruppen der BKK/TK hatten sich bis Mitte 1998 in dieses Netz eingeschrieben; weitere 45.000 Versicherte werden von den Leistungsangeboten des Praxisnetzes indirekt erfasst. Dieses Netz wurde seinerzeit schon als Vorläufer einer integrierten Versorgung betrachtet, in die auch medizinische Hilfsberufe und stationäre Versorgungsberufe einzubeziehen seien und in denen insb die Managementdichte und die medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung erheblich gesteigert werden sollte.

Als Mangel der seinerzeitigen Möglichkeiten wurde insb gesehen, dass im Rahmen der integrierten Versorgung kein Fallmanagement stattfinden kann und dass die Regelungen über die integrierte Versorgung sich auf Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auf den ambulanten ärztlichen Bereich beschränkten.<sup>81)</sup>

## 2. Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Unter „Verzahnung“ lässt sich Unterschiedliches verstehen; man könnte zB daran denken, dass es dabei – um im Bilde zu bleiben – darum

<sup>78)</sup> Schönbach, aaO 485, auch zu den folgenden Daten.

<sup>79)</sup> § 73a SGB V.

<sup>80)</sup> Anders § 63 Abs 3 S 3 sowie – neuerdings – § 65a SGB V.

<sup>81)</sup> Schönbach, aaO 487.

geht, dass die ambulante und die stationäre Versorgung wie zwei exakt aufeinander passende Zahnräder optimal zusammenwirken, vielleicht auch noch gefördert durch einen Tropfen Schmieröl. Damit würde aber letztlich keine strukturelle Änderung ins Auge gefasst werden, sondern lediglich eine verbesserte Zusammenarbeit von zwei nach wie vor organisatorisch strikt getrennten Bereichen.

Wenn im Nachfolgenden von Verzahnung gesprochen wird, dann ist damit an etwas anderes gedacht, nämlich an eine – zumindest teilweise – Aufhebung der Trennung der Versorgungsbereiche.<sup>82)</sup>

### a) Belegärzte

Belegärzte im Sinne des SGB V sind Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt, jedoch berechtigt sind, ihre Patienten – die „Belegpatienten“ – im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln; sie erhalten hierfür vom Krankenhaus keine Vergütung.<sup>83)</sup> Bezahlt werden die belegärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung; die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen; dazu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und für die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.<sup>84)</sup>

Der Gesetzgeber hat angeordnet, dass die Krankenkassen auf Landesebene, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesgesellschaften (oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land) gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hinwirken. Weiterhin sollen die Krankenhäuser Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln; das ist das vom Gesetz so bezeichnete kooperative Belegarztwesen.<sup>85)</sup>

Krankenhaus und Belegarzt wirken in diesem Fall in verschiedenen Funktionen zusammen. In dem Belegarztvertrag, zwischen Krankenhausträger und Belegarzt geschlossen, wird sichergestellt, dass der Patient in dem notwendigen Umfang versorgt wird; es gibt im Einzelnen eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten. Bereits im Jahr 1959 haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer auf „Grundsätze für die Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten“ geeinigt.<sup>86)</sup>

<sup>82)</sup> Im Übrigen ergibt sich ein entsprechendes Problem der begrifflichen Fixierung von „integrierter Versorgungsform“, vgl dazu unten III.

<sup>83)</sup> § 121 Abs 2 SGB V.

<sup>84)</sup> § 121 Abs 3 SGB V.

<sup>85)</sup> § 121 Abs 1 SGB V.

<sup>86)</sup> KH 1959, 345; DÄBl 1959, 47.

Das Krankenhaus berechnet im Übrigen dem Patienten oder Kostenträger gegenüber den so genannten Belegpflegesatz; das ist der allgemeine Pflegesatz,<sup>87)</sup> von dem die belegärztlichen Leistungen abgezogen worden sind. Der Basispflegesatz gilt auch für den Belegpatienten.<sup>88)</sup>

Mit diesem Modell wird eine Verzahnung im oben erwähnten Sinn, nämlich eine Kooperation zwischen ambulante und stationärem Bereich bewirkt; denn es sind in diesem Fall ein und dieselben Personen, die ihre Patienten zunächst ambulant versorgen und in den Fällen, in denen dies notwendig ist, die Weiterbehandlung gleichsam eigenhändig übernehmen im Rahmen einer stationären Versorgung und unter Nutzung der dortigen – zusätzlichen – Behandlungsmöglichkeiten. Die Krankenhäuser erreichen damit eine Abrundung ihrer ärztlichen Angebotspalette; das hat Bedeutung auch für die Qualifikation des Krankenhauses im Rahmen der (landesrechtlichen) Krankenhaus-(Bedarfs-)Planung.<sup>89)</sup>

Dieser Versorgungstyp weist bestimmte Vorteile auf:<sup>90)</sup> (1) Es kann einen wirkungsvollen „gate keeper“ in Form des Hausarztes geben, wenn entsprechende Anreize Gesetz sind; (2) Doppeluntersuchungen können entfallen, zumal die meisten technischen Verfahren nur einmal verfügbar sind; (3) es gibt lediglich eine Behandlungsunterbrechung, nämlich die vom Hausarzt zum Gebietsarzt; (4) es gibt durch den Gebietsarzt eine kompetente Entscheidung über die Gesamtbehandlung, also beispielsweise auch über die Operationsindikation; (5) die poststationäre Behandlung wird ebenfalls vom (belegärztlichen) Operateur vorgenommen; das fördert tendenziell eine frühe Entlastung des Patienten; (6) die Weiterbildung des Gebietsarztes erfolgt an einem Patientengut, das er auch später zu versorgen hat; (7) die Geräteausstattung entspricht tendenziell dem Bedarf.

Allerdings werden auch bei dieser Behandlungsform auch Nachteile gesehen: (1) die Primärversorgung kann unzureichend sein; (2) es ist auch hierbei nicht sichergestellt, dass der Hausarzt rechtzeitig zum Spezialisten überweist; (3) denkbar sind Kapazitätsengpässe in der spezialärztlichen Versorgung, die zeitraubend und für den Patienten nachteilig werden können; (4) die Behandlung ist kostenaufwändig in Folge hoher Fallwerte; (5) es gibt keinen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Gebietsärzten und Krankenhausärzten, so dass die Diffusion des medizinischen Fortschritts eher langsam erfolgt; (6) es gibt – soweit nicht institutionell nicht ausdrücklich vorgesehen – keine „second opinion“.

Ein erhöhtes Maß an Kooperations- und Koordinationsbereitschaft wird bei dem kooperativen Belegarztwesen<sup>91)</sup> gefordert.

<sup>87)</sup> § 2 Abs 2 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV).

<sup>88)</sup> Genzel in Laufs/Uhlenbruck, aaO § 90 Rz 73, 289 mit Hinweis auf § 13 Abs 3, § 23 Abs 2 BPfIV.

<sup>89)</sup> Vgl hierzu zB Art 4 BayKrG mit den Definitionen der vier Versorgungsstufen für Allgemein- und Fachkrankenhäuser.

<sup>90)</sup> Vgl hierzu und zum Folgenden Arnold, aaO 100.

<sup>91)</sup> Gem § 121 Abs 1 S 2 SGB V (gemeinsame Behandlung von Belegärzten gleicher Fachrichtung).

## b) Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen nicht nur zugelassene Ärzte, also die eigentlichen früher so genannten Kassenärzte, teil, sondern auch ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen.<sup>92)</sup> Eine solche Ermächtigung kommt für Krankenhausärzte in Betracht, wenn sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen und deren Krankenhausträger dieser Nebentätigkeit zustimmt. Zuständig für diese Ermächtigung ist der Zulassungsausschuss.<sup>93)</sup> Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und so lange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sicher gestellt wird.<sup>94)</sup>

Dieser Arzt muss also in einem Krankenhaus<sup>95)</sup> beschäftigt sein. Die Ermächtigung setzt einen spezifischen Bedarf voraus. Im Schrifttum wird die Auffassung vertreten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen – aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages – verpflichtet seien, die Vorrangstellung der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte zu berücksichtigen.<sup>96)</sup> Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der niedergelassene Arzt grundsätzlich nicht zur Erhebung der Klage gegen die einem Dritten erteilte Ermächtigung befugt.<sup>97)</sup>

Die Ermächtigung bewirkt, dass der Arzt zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Er wird zwar nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung, unterliegt jedoch deren Disziplargewalt.<sup>98)</sup>

Der ermächtigte Arzt erbringt seine Leistungen im Krankenhaus und wird nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung gezahlt.<sup>99)</sup>

## c) Ermächtigte Einrichtungen

Eine ambulante Versorgung von Patienten wird weiterhin ermöglicht durch die Ermächtigung von Einrichtungen, Instituten; damit werden mittelbar die dort tätigen Ärzte zur ambulanten Versorgung der Versicherten befugt. Auch insoweit liegt eine Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vor.

### aa) Ermächtigung von Polikliniken

Der aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl gebildete Zulassungsausschuss<sup>100)</sup> ist verpflichtet, die poliklinischen Instituts-

<sup>92)</sup> § 95 Abs 1 S 1 SGB V.

<sup>93)</sup> Gem § 96 SGB V.

<sup>94)</sup> § 116 S 2 SGB V.

<sup>95)</sup> ISd § 107 SGB V.

<sup>96)</sup> Jörg, Das neue Kassenarztrecht (1993) 102 (Rz 225).

<sup>97)</sup> BSGE 68, 291 ff.

<sup>98)</sup> Das folgt aus § 95 Abs 4, § 75 Abs 2 und § 81 Abs 5 SGB V, vgl Jörg, aaO 105 (Rz 232).

<sup>99)</sup> § 120 Abs 1 SGB V.

<sup>100)</sup> § 96 Abs 2 SGB V.

ambulanzen der Hochschulen – das sind die Polikliniken iSd SGB V<sup>101)</sup> – auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Eine solche Ermächtigung ist so auszugestalten, dass die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der Versicherten in dem Umfang durchführen können, der für die Forschung und die Lehre erforderlich ist. Näheres wird in diesbezüglichen Verträgen geregelt.<sup>102)</sup> Im Ermächtigungsbescheid werden Fallzahlen für die Inanspruchnahme der Polikliniken festgesetzt. Tätig wird die Poliklinik unmittelbar oder auch nur auf Überweisung.

Die Vergütung der Polikliniken erfolgt nach Fallpauschalen und ist gegenüber derjenigen für Vertragsärzte um 30% zu kürzen.<sup>103)</sup>

Nachdem die Tätigkeit der Psychotherapeuten berufsrechtlich geregelt worden ist<sup>104)</sup> und in die vertragsärztliche Versorgung integriert worden ist,<sup>105)</sup> sind auch die Poliklinischen Institutsambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – und wiederum im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs – sowie aus Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen; das gilt für Behandlungsverfahren, die anerkannt sind,<sup>106)</sup> sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen.<sup>107)</sup> Im Rahmen dieser Ermächtigung hat bereits der Gesetzgeber Fallzahlbegrenzungen vorgeschrieben;<sup>108)</sup> auch diese Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet, wobei pauschaliert werden kann.<sup>109)</sup>

#### bb) Psychiatrische Institutionsambulanzen

Einen Anspruch auf Zulassung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten haben die Psychiatrischen Krankenhäuser. Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt, wobei die Gruppe von Kranken vertraglich festgelegt wird durch eine Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung.

<sup>101)</sup> Zur Fortführung ehemaliger DDR-Polikliniken als „Ärztelhaus“ in der Form einer GbR vgl. Gesundheit und Gesellschaft 2000 H 10, 27.

<sup>102)</sup> § 117 Abs 1 SGB V.

<sup>103)</sup> § 120 Abs 3 S 2 SGB V.

<sup>104)</sup> Durch das G über die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendhilfe psychotherapeuten v 16. 6. 1998 (Psychotherapeutengesetz – PsychThG, BGBl I 1311) mit nachfolgenden Änderungen.

<sup>105)</sup> Vgl. insoweit §§ 72 ff., insb § 72 Abs 1 S 2 SGB V.

<sup>106)</sup> Vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs 6 a SGB V.

<sup>107)</sup> § 117 Abs 2 S 1, angefügt durch G v 16. 6. 1988, BGBl I 1311.

<sup>108)</sup> § 117 Abs 2 S 2.

<sup>109)</sup> § 117 Abs 2 S 3, § 120 Abs 3 SGB V.

Die Leistung der psychiatrischen Institutsambulanzen werden wiederum unmittelbar von den Krankenkassen vergütet, aufgrund von Vereinbarungen auf Landesebene (Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der Ersatzkassen und Krankenhäuser oder deren Vereinigungen); dabei muss die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet sein.<sup>110)</sup>

#### cc) Sozialpädiatrische Zentren

Zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern können Sozialpädiatrische Zentren – krankenhausähnliche Einrichtungen – ermächtigt werden, die – im Gegensatz zu den Frühförderstellen – fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.<sup>111)</sup>

Diese vom Gesundheitsreform-G<sup>112)</sup> geschaffene Teilnahmeform soll Schädigungen und Störungen bei Kindern, die zu Krankheit führen können, durch frühe Diagnostik, Therapie und soziale Eingliederung verhindern, heilen oder in ihren Auswirkungen mildern.

Die Behandlung durch diese sozialpädiatrischen Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.<sup>113)</sup> Dabei geht es vor allem um psychologische Leistungen und Leistungen zur Rehabilitation, die von der Krankenkasse als „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen“ beansprucht werden können.<sup>114)</sup>

Hinsichtlich des Leistungsstandards werden an ein Sozialpädiatrisches Zentrum die gleichen Anforderungen gestellt wie an ein Krankenhaus, auch wenn diese Einrichtungen nicht ein zugelassenes Krankenhaus sein muss. Ausweislich der gesetzlichen Regelung<sup>115)</sup> hat ein solches Sozialpädiatrisches Zentrum diagnostische und therapeutische Leistungen vorzuweisen, die den Einsatz von Diplom-Psychologen, Heilpädagogen, Beschäftigungstherapeuten, Sprachtherapeuten, Krankengymnasten, Sozialarbeitern und die medizinisch erforderlichen Geräte bedingen. Es handelt sich um ärztliche Komplexleistungen, verbunden mit ergänzenden rehabilitativen Leistungen.<sup>116)</sup> Durch dieses einerseits breite, andererseits hochspezialisierte Leistungsspektrum unterscheiden sich die Sozialpädiatrischen Zentren von den Arztpraxen.<sup>117)</sup>

<sup>110)</sup> So ausdrücklich § 120 Abs 2 S 2 SGB V.

<sup>111)</sup> § 119 Abs 1 SGB V.

<sup>112)</sup> V 20. 12. 1988, BGBl I 2477; dieses G hat die Reichsversicherungsordnung weitgehend abgelöst und zum SGB V geführt.

<sup>113)</sup> § 119 Abs 2 S 1 SGB V.

<sup>114)</sup> § 43 a SGB V.

<sup>115)</sup> § 119 Abs 2 SGB V.

<sup>116)</sup> Jörg, aaO 110 (Rz 252) mit Hinweis auf § 11 Abs 2 SGB V.

<sup>117)</sup> Jörg, aaO.



#### d) Ambulantes Operieren

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz<sup>118)</sup> ist eine Vorschrift mit dem Titel „Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ in das KV-Recht eingefügt worden. Bereits der Titel dieser Regelung lässt vermuten, dass es hier auch um die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung geht.<sup>119)</sup> An sich ist ambulantes Operieren – wie das Attribut „ambulant“ nahe legt – eine Angelegenheit der niedergelassenen Vertragsärzte, soweit derartige Operationen, angesichts der Schwere des Eingriffs, eine stationäre Versorgung nicht erfordern. Krankenhäusern war – bis zum Gesundheitsstrukturgesetz – diese Behandlungsform grundsätzlich nicht erlaubt; demnach ist häufig auf die vollstationäre Behandlung ausgewichen worden, obwohl das insb aufgrund der Fortschritte im operativen Bereich nicht immer nötig war.

Nunmehr sind die Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Operationen sowie – seit dem 1. 1. 2000 – auch zu stationärsersetzenden Eingriffen<sup>120)</sup> zuzulassen. Hierzu bedarf es lediglich einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Verbände der Ersatzkassen sowie an die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss; die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung.

Diese Befugnis steht allerdings unter einem Vorbehalt: Die Krankenhäuser dürfen nur diejenigen Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe vornehmen, die in einem Vertrag der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (oder der Bundesverbände der Krankenhausträger) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbart worden sind. In diesen Verträgen sind auch allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung einer Operation erforderlich sein kann. Weiterhin sind die Qualitätsvoraussetzungen und die Qualitätssicherungsrichtlinien zu berücksichtigen; schließlich sind Vergütungsabschläge für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu bestimmen, wenn diese Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht eingehalten werden.

Wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs 1 dieses mittlerweile geschlossenen Vertrages<sup>121)</sup> vorliegen, kann unter Umständen die Indikation für die Krankenhausbehandlung gem § 39 SGB V entfallen; in dieser Vorschrift sind die Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung geregelt.<sup>122)</sup> Voraussetzung ist allerdings, dass auch im „häuslichen Bereich“ die Betreuung gewährleistet ist.<sup>123)</sup> Durch den Krankenhausarzt ist auch die Diagnostik

<sup>118)</sup> „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen KV“ v 21. 12. 1992, BGBl I 2266.

<sup>119)</sup> Vgl *Glaeske/v. Stillfried*, Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung, ErsK 1996, 245ff.

<sup>120)</sup> G v 22. 12. 1999, BGBl I 2626.

<sup>121)</sup> Vgl MedR 1993, 255.

<sup>122)</sup> § 39 Abs 1 S 2 SGB V – Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus.

<sup>123)</sup> So § 2 Abs 1 Vereinbarung.

möglich und abrechenbar.<sup>124)</sup> Notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen werden auf Überweisung durch einen Vertragsarzt erbracht. Postoperative Leistungen „sollen“ bis zu 14 Tagen vom Operateur erbracht werden. Der Facharztstandard muss gewährleistet sein.<sup>125)</sup>

Die Patienten können das Krankenhaus ohne Einweisung zum ambulanten Eingriff aufsuchen.

Entgegen der Überschrift zu § 115b SGB V regelt der Vertrag gem Abs 1 dieser Bestimmung nicht nur das ambulante Operieren im Krankenhaus, sondern zugleich auch das ambulante Operieren durch die niedergelassenen Vertragsärzte.<sup>126)</sup>

Zur Vergütung bei ambulanter Durchführung von Operationen im Krankenhaus ist Folgendes zu sagen: Für die Versicherten ergibt sich die Vergütung aus den kollektiven Vereinbarungen nach § 115b Abs 1 und Abs 5.<sup>127)</sup> Möglich ist die Vereinbarung eines gemeinsamen Budgets zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und Vertragsärzte; die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und der Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.<sup>128)</sup>

#### e) Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Das GesundheitsstrukturG<sup>129)</sup> hat auch insoweit zu einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung beigetragen, als es die so genannte vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus ermöglicht;<sup>130)</sup> damit soll eine nicht notwendige oder eine zu lange Krankenhausbehandlung vermieden werden. Nach dieser Regelung kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um (1) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder (2) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).<sup>131)</sup> Allerdings hat der Gesetzgeber klare zeitliche Begrenzungen vorgenommen: Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt; die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 TPG<sup>132)</sup> drei Monate

<sup>124)</sup> § 4 Abs 2 Vereinbarung.

<sup>125)</sup> § 13 Vertrag.

<sup>126)</sup> Vgl zu diesem Thema auch die Nachweise bei *Plagemann*, aaO 171 (nach Rz 385).

<sup>127)</sup> Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Abs 1.

<sup>128)</sup> *Genzel*, aaO § 86 Rz 96d, 226.

<sup>129)</sup> V 21. 12. 1992, BGBl I 2266.

<sup>130)</sup> Gem § 115a SGB V.

<sup>131)</sup> § 115a Abs 1 SGB V.

<sup>132)</sup> G über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG) v. 5. 11. 1997 (BGBl I 2631).

nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.<sup>133)</sup>

Bei Organübertragungen dürfen Kontrolluntersuchungen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Weiterhin stellt das Gesetz klar, dass eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und der nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die Vertragsärzte gewährleistet wird. Schließlich hat das Krankenhaus den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen Arzt und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten.<sup>134)</sup>

Die Vergütung dieser Leistungen wird auf Landesebene durch diesbezügliche Verträge geregelt; sie soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Für eine bundeseinheitliche Vertragsgestaltung sorgen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (oder der Bundesverbände der Krankenhausträger) im Benehmen der Bundeskassenärztlichen Vereinigung; Vorrang haben allerdings die konkreten Vereinbarungen auf Landesebene.<sup>135)</sup>

### 3. Modellvorhaben zur „Weiterentwicklung der Versorgung“

Das SGB V enthält in seinem Zehnten Abschnitt Vorschriften zur „Weiterentwicklung der Versorgung“.<sup>136)</sup> Damit ist vor allem den Krankenkassen ein weiterer Gestaltungsspielraum eröffnet, der auch dazu genutzt werden kann, um eine Verzahnung der Leistungsbereiche durch organisatorische Änderungen (und auch durch damit einhergehende Änderungen der Vergütungsformen) zu bewirken.

#### a) Ziele von Modellvorhaben

Im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung können die Krankenkassen (und ihre Verbände) Modellvorhaben ins Leben rufen. Ziel dieser Vorhaben ist die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie ihrer Qualität;<sup>137)</sup> zugleich sollen die Verfahrens-, Organisations-, Finanzie-

<sup>133)</sup> Allerdings kann die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

<sup>134)</sup> Dies alles regelt § 115 a Abs 2 SGB V im Einzelnen.

<sup>135)</sup> § 115 Abs 3 SGB V.

<sup>136)</sup> §§ 63–66 idF d G 23. 6. 1997, BGBl I 1520; dabei hat auch § 66 SGB V (Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern) Erprobungscharakter, dient aber allenfalls mittelbar und langfristig der Erhöhung von Wirtschaftlichkeit und Qualität.

<sup>137)</sup> Die „Qualitäts-Zielsetzung“ wurde eingefügt durch das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ v 22. 12. 1999, BGBl I 2626.

rungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung modellhaft weiterentwickelt werden.<sup>138)</sup>

Weiterhin können die Krankenkassen Modellvorhaben durchführen (oder vereinbaren), die den Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Aufgabenstellung sprengen. Der Gesetzgeber lässt ausdrücklich Modellvorhaben im Hinblick auf Leistungen zur Vorhütung und Früherkennung von Krankheiten zu sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Regeln des SGB V (oder den Regelungen, die auf der Grundlage dieser Regelungen getroffen worden, also insb in RLen festgelegt worden sind) an sich keine Leistungen der KV sind.<sup>139)</sup>

Weiterhin wird ein konkretes Problem als Gegenstand von Modellvorhaben angesprochen: Die Krankenkassen und die zugelassenen Leistungserbringer (oder Gruppen von ihnen) können Modellvorhaben insb zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen; sie können dabei vorsehen, dass der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Handlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer zweiten Meinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, dass die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kosten-erstattung abgerechnet werden.<sup>140)</sup>

#### b) Initiatoren und Handlungsinstrumente

Der Gesetzgeber hat primär wohl an die Krankenkassen als Initiatoren derartiger Modellvorhaben gedacht;<sup>141)</sup> allerdings können Modellvorhaben auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen (oder deren Verbänden) vereinbart werden,<sup>142)</sup> gibt also auch den Kassenärztlichen Vereinigungen ein entsprechendes Initiativrecht.

Für die Durchführung der Modellvorhaben sieht der Gesetzgeber verschiedene Alternativen vor. Denkbar ist, dass die Krankenkassen diese Modellvorhaben selbst durchführen;<sup>143)</sup> in der Regel wird es dann allerdings erforderlich sein, mit den zugelassenen Leistungserbringern (oder Gruppen von Leistungserbringern) Vereinbarungen über die Durchführung solcher Modellvorhaben zu schließen.<sup>144)</sup> Im Hinblick auf die niedergelassenen Ärzte wird klargestellt, dass insoweit, als die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von diesen Vereinbarungen betroffen ist, derartige Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften von Vertragsärzten oder auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können.<sup>145)</sup>

<sup>138)</sup> § 63 Abs 1 SGB V; zu den „Vorbildern“ derartiger Vorhaben (USA; Schweiz) vgl *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung § 63 SGB V Rz 2–11.

<sup>139)</sup> § 63 Abs 2 SGB V.

<sup>140)</sup> So ausdrücklich § 64 Abs 4 SGB V.

<sup>141)</sup> § 63 Abs 2 SGB V.

<sup>142)</sup> § 63 Abs 6 S 1 SGB V.

<sup>143)</sup> § 63 Abs 2 SGB V.

<sup>144)</sup> § 64 Abs 1 S 1 SGB V.

<sup>145)</sup> § 64 Abs 1 S 2 SGB V.



In diesem Zusammenhang – der Einbeziehung von Vertragsärzten in Modellvorhaben – gestattet der Gesetzgeber die Vereinbarung von Grundsätzen zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schließen sind; dabei können Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie auch zur Festlegung einer Höchstzahl der beteiligten Ärzte getroffen werden.<sup>146)</sup> Damit ist auch bereits der Weg zur Durchführung der Modellvorhaben beschrieben, nämlich über die soeben genannten Vereinbarungen mit den Leistungserbringern.<sup>147)</sup> Dabei kann festgehalten werden, dass der Gesetzgeber eine zweistufige, vertragliche Regelungsstruktur vorgesehen hat; Grundsätze werden auf Bundesebene vereinbart, während Einzelheiten – und dazu zählt auch die Frage der Gestaltung oder Änderung der Gesamtvergütungen oder Budgets<sup>148)</sup> – auf Landesebene vereinbart werden.

### c) Bindungen an die Regelungen des SGB V, Viertes Kapitel

Allgemein gilt Folgendes: Bei der Durchführung oder Vereinbarung von Modellvorhaben kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V sowie von den Regelungen des KHG und auch von den nach diesen Vorschriften getroffenen untergesetzlichen Regelungen abgewichen werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt entsprechend;<sup>149)</sup> weiterhin wird klargestellt, dass gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität nicht verstoßen wird, wenn durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch – nachzuweisende – Einsparungen aufgrund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden.<sup>150)</sup>

Auch die Zulässigkeit der Erbringung von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten oder zur Krankenbehandlung, die nach den gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelungen an sich nicht zulässig ist, hat Auswirkungen auf das Leistungserbringungsrecht, von dem der Gesetzgeber auch insoweit – gleichsam mittelbar – dispensiert.

Problematisch ist freilich, ob und inwieweit damit eine wirkliche Verzahnung im oben angesprochenen Sinne möglich ist. Konkret geht es um die Frage, ob beispielsweise die Krankenhäuser in einem Umfang ambulante Leistungen erbringen können, der über den in den Regelungen des Vierten Abschnitts zugelassenen Verzahnungsbereich hinausgeht. Nach dem Wortlaut der Regelung zur Weiterentwicklung der Versorgung müsste das möglich sein.

Dem wird allerdings entgegen gehalten, dass damit – mittelbar – die Bedarfsplanung für den vertragsärztlichen Bereich ausgehebelt werde.<sup>151)</sup> Die diesbezügliche Diskussion kann derzeit noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Rechtlich geht es letztlich um die Frage, ob trotz der Dispensie-

<sup>146)</sup> § 64 Abs 2 SGB V.

<sup>147)</sup> Gem § 64 SGB V.

<sup>148)</sup> Vgl § 64 Abs 2 SGB V.

<sup>149)</sup> So ausdrücklich § 63 Abs 3 S 1 SGB V.

<sup>150)</sup> § 63 Abs 3 S 2 SGB V.

<sup>151)</sup> Vgl im Einzelnen §§ 99 bis 105 SGB V.

rung von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V und von den Regeln des Krankenhausgesetzes<sup>152)</sup> eine diesbezügliche, einschränkende Auslegung zulässig oder gar geboten ist.

Auch das – praktische – Verbot von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen<sup>153)</sup> steht zur Disposition im Rahmen von Modellvorhaben.

### d) Finanzierungsfragen bei Modellvorhaben

Als Ausgangsüberlegungen hinsichtlich der Finanzierungsregelungen zu Modellvorhaben innerhalb des Aufgabenbereichs der Krankenkassen<sup>154)</sup> sind zunächst die Gesamtvergütungen und Budgets<sup>155)</sup> sowie die Krankenhausbudgets ins Auge zu fassen. Werden Leistungen außerhalb des damit festgesetzten finanziellen Rahmens vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl und der Risikostruktur<sup>156)</sup> der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; auch die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen.<sup>157)</sup>

### e) Die Versicherten in dem Modellvorhaben

Die Versicherten werden in den Regelungen zur Weiterentwicklung der Versorgung mehrfach erwähnt. Vorweg ist zu bemerken, dass der Gesetzgeber mit der Suspendierung des Leistungserbringungsrechts nicht das Leistungsrecht, also den Anspruch des Versicherten schmälern wollte. Die Vermeidung der unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten – das sog Doktor-Hopping – wurde bereits angesprochen.<sup>158)</sup>

Der Gesetzgeber hat auch bedacht, dass die Versicherten uU für das Mitmachen in einem Modellvorhaben gewonnen werden müssen, beispielsweise dann, wenn dieses Modellvorhaben eine Einschränkung der Ärztwahl oder der Wahl von Krankenhäusern mit sich bringt. Dabei hat der Gesetzgeber in erster Linie an finanzielle Anreize gedacht. Führt ein Modellvorhaben „unter dem Strich“ zu Einsparungen, dann können diese an die Versicherten weitergeleitet werden, die an diesem Modellvorhaben teilnehmen.<sup>159)</sup>

Neu ist die Regelung über einen „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“:<sup>160)</sup> Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf

<sup>152)</sup> In § 63 Abs 3 S 1 SGB V.

<sup>153)</sup> § 140 SGB V.

<sup>154)</sup> Also gem § 63 Abs 1 SGB V.

<sup>155)</sup> Gem §§ 84 und 85 SGB V.

<sup>156)</sup> Dies ist ergänzt worden durch G v 22. 12. 1999 BGBl I 2626 mit Wirkung v 1. 1. 2000.

<sup>157)</sup> § 64 Abs 3 S 1 SGB V.

<sup>158)</sup> § 64 Abs 4 SGB V sieht die Möglichkeit der Erprobung von „Gegenstrategien“ vor.

<sup>159)</sup> § 63 Abs 3 S 3 SGB V.

<sup>160)</sup> § 65 a SGB V eingefügt mit Wirkung v 1. 1. 2000 durch G v 22. 12. 1999 (BGBl I 2626).

Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann weiterhin bestimmt werden, welche Facharztgruppe ohne Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den erzielten Einsparungen.<sup>161)</sup> Damit soll das vom Gesetzgeber in jüngster Zeit stark präferierte Hausarztmodell einen zusätzlichen Impuls bekommen; und der Versicherte soll entscheiden, ob ihm eine entsprechende Bindung wichtiger ist als die völlig ungebundene Wahl unter den Vertragsärzten.<sup>162)</sup>

#### f) Zeitliche Begrenzung von Modellvorhaben

„Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen“ – so hat es der Gesetzgeber ausdrücklich angeordnet.<sup>163)</sup> Möglicherweise liegt hierin ein gewisses Handicap für Modellvorhaben, mit denen wesentliche Schritte in Richtung einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit oder zur Weiterentwicklung der Leistungserbringung gemacht werden könnten.

Insgesamt scheint von diesen Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Versorgung in relativ geringem Umfang Gebrauch gemacht worden zu sein. Das schließt freilich nicht aus, dass im Einzelfall interessante und aufschlussreiche Vorhaben gestartet worden sind mit Ergebnissen, die in die künftigen Reformvorhaben zur Weiterentwicklung der KV einfließen könnten.

Die systematische Zuordnung der Reformvorhaben ist im Übrigen nicht ganz einfach, wahrscheinlich aber auch nicht unbedingt nötig. Es ist vor allem denkbar, dass Formen der Zusammenarbeit, insb auch die Zusammenarbeit in vernetzten Praxen, kombiniert und in dieser Weise fortentwickelt werden durch Regelungen, die nur aufgrund der Bestimmungen über die Weiterentwicklung der Versorgung zulässig sind.

#### g) Vorhaben

##### aa) Duisburger Modell

Ein Modell zur integrierten Versorgung ist das sog Duisburger Modell; dabei handelt es sich um eine Notfallpraxis (NFP) im dortigen Johannes-Krankenhaus.<sup>164)</sup> Entstanden ist dieses Netz aus dem Verein „Hausärzte in Duisburg“ (HID), in dem sich schon 1996 mehrere niedergelassene Ärzte zusammengeschlossen haben. HID war ein rechtlicher und kommunikativer Rahmen, in dem Hausärzte eigene Aktivitäten zur Qualitätssicherung und zur Fort- und Weiterbildung entwickelt und umgesetzt haben. Dabei stellte sich auch die Frage nach der Verbesserung der ambulanten Notdienstversorgung, die auch außerhalb der normalen Öffnungszeiten der Praxis sicherzustellen ist.<sup>165)</sup>

<sup>161)</sup> So der Text des § 65 a SGB V.

<sup>162)</sup> Gem § 76 SGB V.

<sup>163)</sup> § 63 Abs 5 S 2 SGB V.

<sup>164)</sup> Im Stadtteil Duisburg-Hamborn.

<sup>165)</sup> *Russ/Kißner*, Notfallpraxen – Ein erster Schritt zur integrierten Versorgung? BKK 1999, 581 mit wohl unzutreffendem Hinweis auf § 115 Abs 2 S 3 SGB V; zutr § 75 Abs 1 S 2 SGB V.

Die neuen Regelungen im SGB V zu Modellversuchen<sup>166)</sup> und zu Strukturverträgen<sup>167)</sup> führten zur Frage nach einem „echten“ Praxisnetz für diese Initiative. Ergebnis der diesbezüglichen Überlegungen war der Entschluss, als Vorstufe möglicher weiterer vernetzter Versorgungsangebote eine zentrale Notfallpraxis in einem Krankenhaus ins Leben zu rufen.

Als Partner kamen zwei große Krankenhäuser im Norden von Duisburg in Betracht; letztlich fiel die Entscheidung der niedergelassenen Ärzte zugunsten des Johannes-Krankenhauses, wegen dessen Strukturvorteile (Bevölkerungsstruktur im dortigen Umfeld; deshalb höhere Inanspruchnahme der Notfallpraxis, insb durch ausländische Familien mit Kindern; mehr ältere Menschen; Vorhandensein einer Kinderambulanz). Zusätzlich zu den 26 Mitgliedern des HID wurden 18 weitere Ärzte gewonnen, so dass insgesamt 44 niedergelassene Ärzte beteiligt wurden. Einige Probleme waren zu lösen, zB die Schnittstelle zwischen Kinderambulanz (des Krankenhauses) und ambulanter Tätigkeit der Vertragsärzte.<sup>168)</sup> Weiterhin mussten Befürchtungen des Krankenhauses im Hinblick auf eine geringere Auslastung ausgeräumt werden.<sup>169)</sup>

Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) war die NFP ein alternatives Angebot zur Verlagerung des KV-Notfalldienstes in das Krankenhaus, das aber nicht den üblichen Notdienst benachteiligen oder gefährden durfte. Rechtlich wurde die Angelegenheit gelöst durch einen Vertrag zwischen den Beteiligten: Der HID sicherte zu, dass er den Betrieb der NFP sicherstellen würde; dazu wurden von den an der NFP interessierten Ärzten Absichtserklärungen zur Unterschrift vorgelegt, die zwar rechtlich wohl nur eine eingeschränkte Bedeutung haben, aber eine ausreichende Legitimation für den Verein HID darstellten, um mit der KV und dem Krankenhaus einen Vertrag schließen zu können.

Aus der Sicht der in der NFP tätigen Ärzte ergaben sich rasch eindeutige Vorteile.<sup>170)</sup> Im Rahmen eines neunstündigen Notdienstes wurden durchschnittlich 40 bis 60 Patienten behandelt, bei einem festen Punktwert von 9,5. Damit scheint ein Produkt entwickelt und zur Marktreife gebracht worden zu sein, das den Bedürfnissen der Patienten entspricht und auch gleichzeitig mit den Zielen der niedergelassenen Ärzte sowie eines Krankenhauses nicht nur kompatibel ist, sondern diese Ziele sogar unterstützt.<sup>171)</sup>

Die ambulante Notfallversorgung ist wohl auch ein Paradebeispiel, an dem sich die Notwendigkeit eines integrierten Versorgungskonzeptes zeigen lässt. Nach der gesetzlichen Aufgabenverteilung ist die vertragsärztliche Versor-

<sup>166)</sup> §§ 63 ff SGB V.

<sup>167)</sup> § 73 a SGB V.

<sup>168)</sup> *Russ/Kißner*, aaO 593.

<sup>169)</sup> *Russ/Kißner*, aaO 596.

<sup>170)</sup> In den ersten 6 1/2 Monaten wurden über 6.400 Patienten in der NFP behandelt; 391 Patienten an eine der vier Klinikambulanzen (pädiatrisch, gynäkologisch, chirurgisch und internistisch) überwiesen; davon wurden dann 60 Patienten stationär weiterbehandelt.

<sup>171)</sup> *Russ/Kißner*, aaO 596, 597.

gung auch in den sprechstundenfreien Zeiten in der Regel durch die KV sicherzustellen;<sup>172)</sup> nur in Notfällen ist eine Versorgung durch nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigter Ärzte oder ärztlich geleiteter Einrichtungen möglich;<sup>173)</sup> somit ist die ambulante Notfallversorgung tatsächlich ohnehin zwischen den Vertragsärzten<sup>174)</sup> und den Krankenhäusern aufgeteilt.

Der Entwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 sah im Übrigen diesbezüglich folgende Regelung vor:<sup>175)</sup> „Im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes nach Abs 1<sup>176)</sup> sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch mit geeigneten Krankenhäusern, an denen Notfallambulanzen bestehen, Verträge über die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes schließen. In den Verträgen ist insb die Tätigkeit von Vertragsärzten in der Notfallambulanz des Krankenhauses zu ermöglichen.“<sup>177)</sup> In den Verträgen nach § 75 Abs 1 S 2 SGB V – auch zum Inhalt und Umfang der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) –<sup>178)</sup> sollten die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes vereinbart werden einschließlich der organisatorischen und finanziellen Regelungen über die Nutzung von Einrichtungen des Krankenhauses. Dadurch sollte gewährleistet werden, dass im Rahmen des Notdienstes Vertragsärzte auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn die Versicherten für eine ambulant durchführbare Notfallversorgung ein Krankenhaus aufsuchen.<sup>179)</sup> Diese Regelung ist erst im Vermittlungsverfahren gestrichen worden.<sup>180)</sup>

Überflüssig ist diese Vorschrift letztlich wohl dadurch geworden, dass die Integrationsversorgung nach den neuen Bestimmungen<sup>181)</sup> auch diese Möglichkeiten der Kooperation umfasst.

#### bb) „Lotsen für den Patienten“

In Nordrhein-Westfalen ist eine Vereinbarung zwischen der Barmer Ersatzkasse (BEK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein über einen Hausarzt-Modellversuch geplant. Die Kassen dürfen danach – beginnend vom 1. 1. 2000 an – den Patienten, die sich verpflichten, stets zuerst den

<sup>172)</sup> § 75 Abs 1 S 2 SGB V.

<sup>173)</sup> § 76 Abs 1 S 2 SGB V, dazu auch KassKomm-Hess, § 76 SGB V Rz 11–19.

<sup>174)</sup> Im Übrigen ist die Sache noch komplizierter angesichts der Zuständigkeit nach den Kammer- und Heilberufsgesetzen hinsichtlich von Nicht-Vertragsärzten, vgl hierzu KassKomm-Hess, § 75 SGB V Rz 22–31 a.

<sup>175)</sup> § 75 Abs 10 Entwurf SGB V.

<sup>176)</sup> Des § 75 SGB V.

<sup>177)</sup> BT-Drs 14/1245, 9.

<sup>178)</sup> Vgl auch § 115 Abs 2 S 1 und S 2 SGB V, wonach die dort geregelten dreiseitigen Verträge für Krankenkassen, Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sind.

<sup>179)</sup> BT-Drs 14/1245, 70.

<sup>180)</sup> Vgl Beschlussempfehlung des Ausschusses nach Art 77 GG (Vermittlungsausschuss), BT-Drs 14/2369, 9.

<sup>181)</sup> §§ 140a ff SGB V.

Hausarzt aufzusuchen, günstigere Beiträge einräumen.<sup>182)</sup> Dieses Modell „Lotsen für den Patienten“ soll unnötige Mehrfachbehandlungen verhindern; allerdings wird auch vom Hausarzt erwartet, dass er nur dann an einen Facharzt weiter verweist, wenn das nötig ist; dazu muss aber auch die extreme Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Arztgruppen – zwischen Fach- und Hausärzten, aber auch zwischen niedergelassenen Medizinern und Krankenhausärzten – beseitigt werden; auch muss der finanzielle Anreiz für die Ärzte, an ihren Patienten festzuhalten, abgebaut werden; unter diesen Voraussetzungen kann ein Hausarzt-Modell auch einen Schutz des Patienten vor dieser ausufernden Konkurrenz zwischen den Ärzten bieten.<sup>183)</sup>

#### cc) Diabetes-Vereinbarung Sachsen

Ein weiteres Beispiel, das möglicherweise auf der Grundlage der §§ 63 ff SGB V beruht, ist die ab 1. 7. 1999 geltende (neue) Diabetes-Vereinbarung zwischen den Primärkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.<sup>184)</sup> Der vorangegangene Diabetes-Vertrag war von den Kassen gekündigt worden, weil diese mit der Versorgungsqualität nicht zufrieden waren. Nach 9-monatigen Verhandlungen einigte man sich auf einen Kompromiss. Neu ist, dass Hausärzte, die im früheren Vertrag überhaupt nicht vorkamen, ausdrücklich mit einbezogen worden sind. Die Diabetologen (Schwerpunktpraxen) sind nunmehr verpflichtet, den Diabetiker nach der Normalisierung der Stoffwechsellage spätestens im zweiten Quartal an den Hausarzt zurück zu überweisen; ausgenommen sind davon nur komplizierte Diabetes-Patienten, wie beispielsweise Kinder oder Jugendliche mit Typ-I-Diabetes oder schwangere Diabetikerinnen.

Klar geregelt ist in diesem Vertrag auch, wann der Hausarzt die Betreuung an den Spezialisten abgeben muss: Wenn der HbA1c-Wert über 7,5 liegt oder der Blutdruck über 140/90 steigt, soll eine der 74 Schwerpunktpraxen eingeschaltet werden. Das Überweisungsverhalten ist in ärztlichen Leitlinien konkret definiert. Die frühere Diabetes-Vereinbarung enthielt dazu lediglich Empfehlungen.

Die Vorteile dieser Regelungen werden darin gesehen, dass Hausärzte nunmehr nicht mehr befürchten müssen, Patienten auf Dauer zu verlieren; sie sind aber verpflichtet, an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen.

Festgelegt ist auch, dass die Einstellung der Diabetiker einmal im Quartal kontrolliert und dokumentiert werden soll. Dafür zahlt die AOK nicht mehr nur den Schwerpunktpraxen, sondern allen 2500 an der Diabetes-Versorgung beteiligten Ärzten eine sog. Koordinationspauschale.

Mit dem Vertrag wird die Erwartung verbunden, dass damit die Anreize, den Patienten in der Schwerpunktbetreuung zu behalten, zukünftig vermieden werden. Genau betrachtet regelt diese Vereinbarung etwas

<sup>182)</sup> Vgl Westdeutsche Zeitung v 29. 12. 1999.

<sup>183)</sup> So Eckart Fiedler, Chef der BEK, vgl Westdeutsche Zeitung, aaO.

<sup>184)</sup> Vgl hierzu und zum Folgenden Ärztezeitung v 12. 7. 1999, 5.

Selbstverständliches. Sie konkretisiert an sich die Pflichten der Vertragsärzte, auch in der Kooperation zueinander. Modellhaft und aufschlussreich ist sie deshalb, weil – erstens – praktisch die aktuellen Vorstellungen von einer Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich zum Tragen kommen dadurch, dass auf ärztliche Leitlinien Bezug genommen wird.<sup>185)</sup> Weiterhin – zweitens – ist bemerkenswert, dass die Regelung des Wettbewerbs innerhalb der niedergelassenen Ärzte damit praktisch als Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen betrachtet wird; auch diesbezüglich mag der Gesetzgeber Anregungen erhalten.

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass es als möglich erscheint, die Problematik des Wettbewerbs unter den niedergelassenen Ärzten als eine Angelegenheit zu betrachten, die gleichsam der Natur der Sache nach den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt; man kann immerhin der Ansicht sein, dass es die kassenärztlichen Institutionen (auf Landes- und auf Bundesebene) sein müssten, die auch die Probleme des Wettbewerbs innerhalb der Ärzteschaft regulieren sollten.<sup>186)</sup>

#### dd) Weitere Vorhaben. Erfahrungen

Fraglich bleibt insgesamt zu den bisherigen Erfahrungen mit Modellvorhaben, inwieweit damit wirklich Integration der ambulanten und stationären Versorgung angestrebt und bewirkt wird; aufschlussreich wäre es zu wissen, welches die Hindernisse für großräumigere Modellvorhaben sind. Die Einführung der Integrationsversorgung dürfte auf derartigen Überlegungen beruhen.

Im Folgenden sollen einige weitere Vorhaben stichwortartig genannt werden.

##### (1) Praxisnetz Nürnberg-Nord

Die AOK Bayern und der BKK-Landesverband Bayern sind im Rahmen des „Praxisnetzes Nürnberg-Nord“ an einem entsprechenden Modellvorhaben unter Beteiligung eines Krankenhauses<sup>187)</sup> beteiligt. Dabei haben sich 150 (Netz-)Ärzte mit einem Krankenhaus in ihrem Gebiet zusammengeschlossen; Vertragspartner dieses dreiseitigen Vertrages ist auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Das Ziel dieser Kooperation ist die Optimierung der sektorenübergreifenden Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs. Dabei soll ua eine Vernetzung der Kommunikationstechnik zwischen Ärzten und Krankenhaus erreicht werden; die Entwicklung und Adaptierung gemeinsamer Leitlinien und paritätisch besetzte Qualitätszirkel sollen die Qualitätssicherung voranbringen; geplant ist eine „Anlaufpraxis“ direkt in der Klinik.

<sup>185)</sup> Vgl hierzu *Seewald*, Qualitätssicherung aaO.

<sup>186)</sup> So *Schulte-Sasse*, Abteilungsleiter im BMG, vgl *Ärztezeitung* v 26. 1. 2000, 1 (auf der Euro-Forum-Konferenz „Diabetes 2000“ in Düsseldorf).

<sup>187)</sup> Des St Theresien-Krankenhauses Nürnberg; vgl *Ärztliche Praxis*, 9. 1. 2001, 14.

## (2) INVADE

Ein Beispiel für integrierte Strukturen ist auch das Modellprojekt INVADE (Interventionstudie zu vaskulären Erkrankungen und Demenz), das vor allem der Vorbeugung des Schlaganfalls dienen soll.<sup>188)</sup> Beteiligt sind daran ca 70 Hausärzte und niedergelassene Fachärzte, ein Kreiskrankenhaus, 30 Apotheken, der Bayerische Apothekerverband und Pharmaunternehmen. Versicherte mit einem Lebensalter von über 55 Jahren können ihre Gesundheitsrisiken systematisch ermitteln lassen; entsprechend diesen individuellen Risikoprofilen werden Präventionsmaßnahmen nach den aktuellen Empfehlungen und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaft empfohlen; bei einer ggf. notwendigen Arzneimitteltherapie kann der Patient von dem Apotheker seiner Wahl während des gesamten Projekts beratend begleitet werden.

### (3) Prävention bei chronisch Kranken

Ein Projekt, das die Lebensqualität chronisch kranker Patienten mit Hilfe zielgerichteter Prävention erhöhen soll, wurde seitens der AOK Schleswig-Holstein verwirklicht: Seit 1997 wurden durch Fachkräfte dieser AOK intensive Beratungen und Einzelgespräche geführt, um zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise nachhaltig zu motivieren. Als Ergebnis dieses Projekts<sup>189)</sup> wurden eine deutliche Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie spürbare finanzielle Entlastungen festgestellt.

### (4) Akupunktur

Auch die Einführung der Akupunktur zur Linderung einer Reihe von Beschwerden<sup>190)</sup> kann nur im Rahmen von Modellvorhaben verwirklicht werden.<sup>191)</sup> Die Techniker Krankenkasse (TK) hat einen entsprechenden bundesweiten „Modellversuch Akupunktur“ gestartet; teilnahmeberechtigt sind alle volljährigen Versicherten.<sup>192)</sup> Bundesweit konnten etwa 6.000 Ärzte zur Mitwirkung gewonnen werden; sie müssen eine von der Ärztekammer anerkannte Zusatzausbildung von mindestens 140 Std absolvieren.<sup>193)</sup>

## ee) Begrenzung auf zugelassene Leistungserbringer

Ausgeschlossen von der Teilnahme an Modellversuchen sind Leistungserbringer, die eine erforderliche Zulassung nicht besitzen, zB private Krankenanstalten außerhalb des Krankenhausplans eines Landes oder ohne Versorgungsvertrag;<sup>194)</sup> insoweit ist eine Dispensierung von Bestimmungen

<sup>188)</sup> Vgl dazu *Gesundheit und Gesellschaft* 2000 H 12, 21.

<sup>189)</sup> Vgl *Ärztezeitung* v 13. 11. 2000, 8.

<sup>190)</sup> ZB Migräne, Heuschnupfen, allergisches Asthma, Menstruationsbeschwerden, Lendenwirbel- und Halswirbelsäulen-Syndrom.

<sup>191)</sup> Nachdem den Krankenkassen die Erbringung dieser Leistung verbindlich untersagt worden ist, vgl *Zuck*, NJW 2001, 869.

<sup>192)</sup> Bundesweit ca 5 Millionen.

<sup>193)</sup> Deutsche Presseagentur v 17. 01. 2001.

<sup>194)</sup> Vgl § 108 SGB V.

des SGB V-Leistungserbringungsrechts wohl nicht möglich.<sup>195)</sup> Problematisch ist die damit eröffnete Möglichkeit, die Bedarfsplanung für den ambulanten sowie stationären Bereich zu durchkreuzen.

Bemerkenswert sind Aktivitäten im Bereich der gesetzlichen KV, auch wenn sie offenbar nicht als Modellvorhaben iSd SGB V abgewickelt werden können. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenarbeit des Caritas-Verbandes für die Stadt und den Landkreis Osnabrück mit der AOK. Die Kur- und Erholungsberatung des Caritas-Verbandes hat bei dem bundesweiten Innovationswettbewerb „Therapeutische Kette“ (der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung) den ersten Preis gewonnen; es handelt sich dabei um eine Einrichtung der Müttergenesung; sie umfasst die Vorbereitung auf eine stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme für Mütter- oder Mutter-Kind-Kuren durch die Kur- und Erholungsberatung, den stationären Aufenthalt in einer Einrichtung der Müttergenesung und die Nachbereitung der Kur (die in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen hat) durch die Beratungsstellen vor Ort. Diese Arbeit wird nicht durch das Gesundheitsreformgesetz finanziell unterstützt.

Ein weiteres Beispiel, bei dem allerdings Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen: Die Landesbetriebskrankenkasse Berlin (BKK Berlin) hat die Verweildauer und die Ausgaben pro Patient in ca 50 Berliner Krankenhäusern mit denen eines bundesdurchschnittlichen BKK-Patienten verglichen. Das Ergebnis: Die Behandlung eines Patienten im Deutschen Herzzentrum Berlin kostet 21.644,- DM, dürfte laut BKK nur 7.987,- DM betragen; andere Krankenhäuser haben aber günstiger abgeschlossen. Insgesamt liegen die Behandlungskosten 41% über den Vergleichsdaten in Westdeutschland.<sup>196)</sup> Die BKK wird versuchen, Patienten in die Häuser zu steuern, die günstiger sind; hierfür – für die Steuerung des Patientenstroms – sei ein Ärzteteam bei der Kasse installiert worden. Außerdem soll ein Bonus-System für Ärzte entwickelt werden, demzufolge Kassenärzte belohnt werden, wenn sie ihre Patienten in günstige Krankenhäuser einweisen.

Dieses Spar-Modell hatte die Innungskrankenkasse (IKK) bereits vor zwei Jahren in Berlin getestet, war damit allerdings in die Kritik geraten, weil die freie Arztwahl gefährdet schien.

### III. Die integrierte Versorgung

Ein wesentlicher Baustein im Gesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000<sup>197)</sup> sind die neuen Regelungen der „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“.<sup>198)</sup> Anknüpfend an die bisherigen Modellversuche, insb in Berlin und München, bei denen Praxisnetze mit

<sup>195)</sup> Vgl einerseits § 63 Abs 3, andererseits § 64 Abs 1 (Verträge nur „... mit den in der gesetzlichen KV zugelassenen Leistungserbringern...“) SGB V.

<sup>196)</sup> Mittlere Ausgaben pro BKK-Krankenhauspatient in den alten Bundesländern 5.552 DM, in Berlin jedoch 8.092 DM; Differenz 2.540 DM.

<sup>197)</sup> V 22. 12. 1999, BGBl I 2626 mit Wirksamkeit vom 1. 1. 2000.

<sup>198)</sup> §§ 140a–140h SGB V.

kombinierten Budgets im Mittelpunkt standen, werden nunmehr alle weiteren Stufen der Versorgung einbezogen. Zugleich wird grundsätzlich das Vierte Kapitel des SGB V zu disponiblen Recht. Mit diesem Regelwerk hat der Gesetzgeber ein politisches „Innovationsangebot“ unterbreitet.<sup>199)</sup> Auf der Grundlage dieser Bestimmungen wird das Recht der gesetzlichen KV einem tiefgreifenden Wandel (durch vertragliche Regelungen) anheim gestellt, da die an der Versorgung vor Ort beteiligten Ärzte und Einrichtungen nunmehr ein unmittelbares Vertragsrecht zu den Krankenkassen erhalten; diesen neuen Bestimmungen wird eine enorme Veränderungskraft zugesprochen.<sup>200)</sup>

Nicht unwesentlich dürfte auch sein, dass neben der integrierten Versorgung weiterhin die Möglichkeit besteht, Modellvorhaben durchzuführen oder Strukturverträge zu schließen; es ist auch eine Kombination von sämtlichen neuen und bisherigen Formen der Zusammenarbeit zulässig.

### 1. Begriff der Integration

Was mit der Integrationsversorgung beabsichtigt ist, lässt sich teilweise aus dem Begriff selbst, vor allem aber aus den einzelnen Vorschriften dieses Abschnittes schließen.<sup>201)</sup>

In der lateinischen Sprache bedeutet *integratio* die Wiederherstellung oder Erneuerung;<sup>202)</sup> als deutsches Fremdwort wird unter „Integration“ die Wiederherstellung eines Ganzen und – außerdem – die Verbindung einer Vielheit von Einzelnen (zB Person oder Gruppen) zu einer (zB gesellschaftlichen) Einheit verstanden sowie ein Prozess, bei dem ein selbständiges Nebeneinander (wirtschaftlicher oder politischer Art) zu einem übergeordneten Ganzen zusammen geschlossen wird;<sup>203)</sup> soweit das Ergebnis einer („grammatikalischen“) Wortauslegung. Was der Gesetzgeber mit der „integrierten“ Versorgung nach dem SGB V angestrebt hat, ergibt sich vor allem aus den Zielsetzungen, die ausdrücklich in den Gesetzesmaterialien erscheinen und die sich – darüber hinaus – aus den einzelnen Regelungen und der mit ihnen angestrebten Wirkungen ergeben.

### 2. Die gesetzgeberischen Ziele

In dem Gesetzesentwurf für die GKV-Gesundheitsreform 2000<sup>204)</sup> wird als Erstes darauf hingewiesen, dass die bisherige starre Aufgabentrennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden soll, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlung zu verbessern; dazu bedürfe es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und

<sup>199)</sup> Schönbach, aaO 280.

<sup>200)</sup> Schönbach, aaO 281.

<sup>201)</sup> AA v. Stillfried, aaO 175.

<sup>202)</sup> Georges, Lateinisch-deutsches Handwörterbuch (1880) Sp 290.

<sup>203)</sup> Vgl Duden – Fremdwörterbuch<sup>2</sup> (1971) 312.

<sup>204)</sup> Eingebracht von den Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs 14/1245 v 23. 6. 1999.

Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Insb müsse darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, sei den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt worden, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierte Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten. Mit dem neu eingefügten Abschnitt solle damit die rechtliche Grundlage für die Einführung der integrierten Versorgung geschaffen werden.<sup>205)</sup>

„Integrierte Versorgungsformen . . . ermöglichen eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung der Versicherten“ – das sagt das Gesetz ausdrücklich<sup>206)</sup> und trägt damit auch zur begrifflichen Klärung des Begriffs der „integrierten Versorgung“ bei.

Im Schrifttum wird die Zielsetzung der integrierten Versorgung ergänzend konkretisiert; dabei werden sowohl die neuen gesetzlichen Vorschriften analysiert als auch (einerseits) Hoffnungen seitens der geistigen Väter dieser Regelungen<sup>207)</sup> und (andererseits) Befürchtungen der wohl eher den kassenärztlichen Interessen verbundenen Autoren mitgeteilt.<sup>208)</sup> Übereinstimmend wird die Erweiterung des Handlungsspielraums der Krankenkassen festgestellt; das Gleiche gilt für die Stärkung des Wettbewerbs von Krankenkassen in den Bereichen Effizienz und Versorgungsqualität mit einer Stärkung der Steuerungsverantwortung der einzelnen Kassen.<sup>209)</sup> Hinsichtlich der Regelungstechnik wird darauf hingewiesen, dass mit diesen neuen Regelungen der Gesetz- und Verordnungsgeber weitgehend entlastet werden soll, insb von Detailregelungen; man habe sich darauf beschränkt, einen Handlungsrahmen abzustecken.<sup>210)</sup> Darin wird eine echte Versorgungsalternative zu der bisherigen, jeweils sektorspezifischen Steuerung des Versorgungssystems gesehen – für den Fall, dass die Akteure der Integrationsversorgung diese Instrumente nutzen;<sup>211)</sup> es wird zugleich aber auch eine (verdeckte) Einführung eines völlig neueren Versicherungsmodells – nach dem Muster der Health Maintenance Organisations (HMOs) – gesehen,<sup>212)</sup> was im Übrigen wohl auch zutrifft im Sinne einer Option und angesichts der Weite, in der Integrationsversorgung praktiziert werden kann.

### 3. Regelungssystem. Die Regelungen im Einzelnen

Regelungstechnisch liegt der Schwerpunkt der Vorschriften zur integrierten Versorgung in Ermächtigungen zum Abschluss von (öffentlich-

<sup>205)</sup> BT-Drs 14/1245, 91.

<sup>206)</sup> § 140 a Abs 1 S 1 SGB V.

<sup>207)</sup> vgl zB *Orlowski*, Integrationsversorgung, BKK 2000, 191 ff.

<sup>208)</sup> ZB v. *Stillfried*, Integrationsversorgung – Innovationspotential und Risiken, Sozialer Fortschritt 2000, 175 ff.

<sup>209)</sup> Insoweit übereinstimmend *Orlowski* und v. *Stillfried*, jeweils aaO.

<sup>210)</sup> *Orlowski*, aaO 191.

<sup>211)</sup> *Orlowski*, aaO.

<sup>212)</sup> V. *Stillfried*, aaO, vgl dazu auch *Krauskopf*, § 63 SGB V Rz 2 ff.

rechtlichen) Verträgen; dabei ist verpflichtend lediglich der Abschluss von Rahmenvereinbarungen zur vertragsärztlichen Versorgung;<sup>213)</sup> im Übrigen bleibt es den Akteuren überlassen, ob und in welchem Umfang sie von den ihnen eingeräumten Befugnissen Gebrauch machen.

Zum Regelungssystem ist weiterhin zu bemerken, dass eine integrierte Versorgung in praktisch zwei Stufen etabliert wird: Als Bestandteil der ersten Stufe kann man alles das betrachten, was von der Initiative zu solchen Versorgungsstrukturen bis hin zum Abschluss der Verträge geschieht; nach Fertigstellung der Vereinbarungen und damit der Programme für die Integrationsversorgung im Einzelnen werden diese in der zweiten Stufe durchgeführt. Dazu bedarf es der Schaffung von Organisationen, die die Durchführung dieser Verträge und damit die Realisierung der vertraglich vereinbarten Vorstellungen gewährleisten. Hierzu macht das SGB V keine Vorgaben; vielmehr ist insoweit, als sich die Durchführung dieser Verträge im privatrechtlichen Raum abspielt, das Bürgerliche Recht maßgeblich; denkbar ist auch, dass die notwendigen Managementfunktionen von Vertragspartnern, zB Krankenhäusern übernommen werden, die damit ihren Aufgabenbereich erweitern.<sup>214)</sup>

Hinsichtlich der fakultativ zu vereinbarenden Verträge hat der Gesetzgeber lediglich rahmenmäßige Vorgaben gemacht. Festgelegt sind dabei die in Frage kommenden Vertragspartner;<sup>215)</sup> Auf der einen Seite sind es die Krankenkassen, auf der anderen Seite die Leistungserbringer. Bemerkenswert ist dabei, dass (ebenso wie bei Modellvorhaben) nur Leistungserbringer in Frage kommen, die „gesetzlich“ – also nach den Regelungen des SGB V – zugelassen sind; insoweit wird also nicht von den Regelungen des 4. Kapitels des SGB V dispensiert; bemerkenswert ist weiterhin, dass – anders als bei den Modellversuchen<sup>216)</sup> – Vertragsärzte nur in Gruppen, also nicht einzeln, als Partner einer integrierten Versorgung gewonnen werden dürfen.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang schließlich auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen keineswegs obligatorische Vertragspartner einer Integrationsversorgung sind; der Entwurf der „Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung“ gem. § 140 d SGB V<sup>217)</sup> sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Beitrittsrecht zu jeglichem Vertrag über eine integrierte Versorgung haben; dieser Vertragsteil ist von der Rechtsaufsichtsbehörde als rechtswidrig erkannt worden.<sup>218)</sup>

<sup>213)</sup> Gem § 140 d SGB V; vgl auch die Übersicht „Regelungssystem der Integrierten Versorgung“.

<sup>214)</sup> Die damit zusammenhängenden wettbewerbs- oder kartellrechtlichen Probleme sind, soweit ersichtlich, bisher nicht diskutiert worden; § 69 Abs 1 SGB V betrifft diese Binnenbeziehungen zumindest nicht direkt.

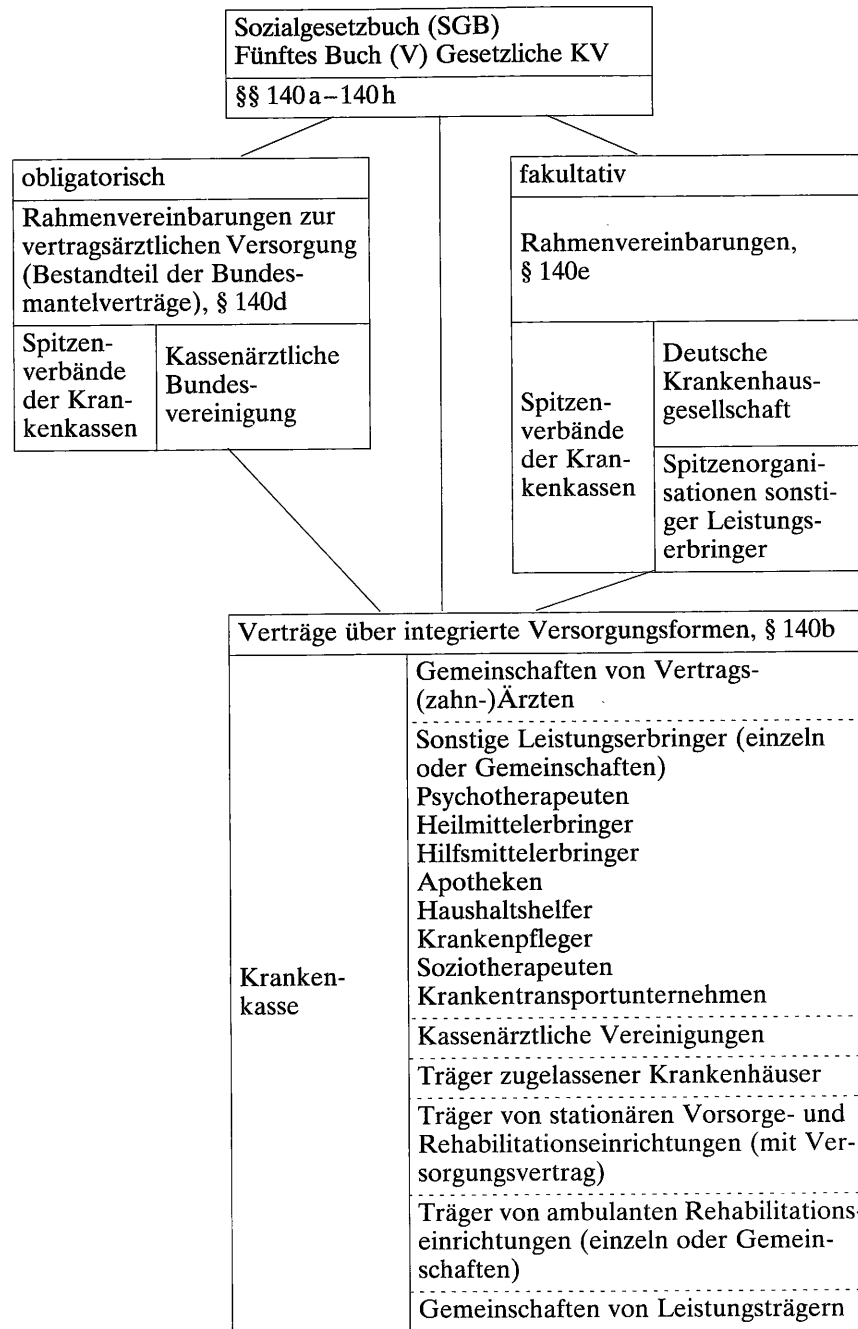
<sup>215)</sup> Vgl im Einzelnen die Übersicht „Regelungssystem der integrierten Versorgung“ sowie § 140 b SGB V.

<sup>216)</sup> Gem §§ 63–66, insb § 64 Abs 1 SGB V.

<sup>217)</sup> Gem § 140 d SGB V; die Unterschriftfassung dieser Vereinbarung stammt vom 27. 10. 2000.

<sup>218)</sup> Vgl dazu näher § 13 Abs 3 Rahmenvereinbarung – insoweit ist keine Einigung erzielt worden; die Vertragspartner haben diesbezüglich gemeinsam das Bundesschiedsamt angerufen.

### Regelungssystem der Integrierten Versorgung



### a) § 140 a SGB V – Integrierte Versorgung

Die Eingangsregelung zur Integrationsversorgung definiert – wie bereits erwähnt – in Abs. 1 den Begriff der „integrierten Versorgung“. Gesetzgeberisches Ziel ist es, eine interdisziplinäre Versorgung zu erreichen; im Gegensatz zu den nach dem bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen (aufgrund von Strukturverträgen)<sup>219)</sup> soll eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinaus gehen soll, aber nicht notwendigerweise hinaus gehen muss. Denkbar sind auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken;<sup>220)</sup> man wird aber wohl davon auszugehen haben, dass die Integrationsversorgung zwar kein versteckter Weg zur Öffnung der Krankenhäuser sein soll; durch einen Integrationsvertrag soll ein zugelassenes Krankenhaus nicht zu einer poliklinischen Einrichtung werden, was sich für die Polikliniken in den neuen Ländern daraus ergibt, dass deren Zulassungsstatus<sup>221)</sup> nicht durch Integrationsvertrag erweitert werden kann. Zweck der Integrationsversorgung ist vielmehr die Bündelung erteilter Zulassungen in ihrem jeweiligen Umfang, nicht hingegen die Auflösung der Zulassungsstruktur des SGB V.<sup>222)</sup> Gleichwohl wird man im Hinblick auf die im Krankenhaus vorhandenen Kapazitäten und auf die dort vorhandene Organisationsstruktur und -erfahrung den Krankenhäusern ein besonderes Augenmerk widmen. ZB kann man sich vorstellen, dass Ausgangspunkt eines Integrationsvertrages gemeinsame Vorstellungen einer großen Krankenkasse und eines Trägerverbundes zugelassener Krankenhäuser sind, in die ambulant-stationäre Reha-Einrichtungen und weitere ambulante Dienste eingeschlossen werden können.<sup>223)</sup>

Wesentlich ist auch, dass die freie Arztwahl uneingeschränkt erhalten bleibt.<sup>224)</sup> Die Teilnahme eines Versicherten an der Integrationsversorgung erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten werden durch die Satzung der Krankenkasse geregelt, wobei auch hier auf Rahmenvereinbarungen der Bundesebene zurückzugreifen ist; dem Datenschutz wird erhebliche Bedeutung beigemessen.<sup>225)</sup>

Schließlich hat der Gesetzgeber ein umfassendes Informationsrecht der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse hinsichtlich sämtlicher Fragen der Integrationsversorgung (Verträge, teilnehmende Leistungserbringer, besondere Leistungen, vereinbarte Qualitätsstandards) festgelegt; auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen besteht dieser Anspruch der Versicherten.<sup>226)</sup> Damit soll die integrierte Versorgung für die Versicherten transparent werden.<sup>227)</sup>

<sup>219)</sup> Gem § 73 a SGB V.

<sup>220)</sup> BT-Drs 14/1245, 91.

<sup>221)</sup> § 311 Abs 2 SGB V.

<sup>222)</sup> *Orlowski*, aaO 193.

<sup>223)</sup> Vgl auch *Orlowski*, aaO 192.

<sup>224)</sup> § 140 a Abs 2 SGB V.

<sup>225)</sup> BT-Drs 14/1245, 91.

<sup>226)</sup> § 140 a Abs 3 SGB V.

<sup>227)</sup> BT-Drs 14/1245, 91.



**b) § 140b SGB V – Verträge zu integrierten Versorgungsformen**

Relativ umfassend ist der Inhalt der Integrations-Verträge durch den Gesetzgeber vorgegeben.<sup>228)</sup> Die Vertragsbeteiligten und Modalitäten des Vertragsschlusses sind in Abs 1 und 2 geregelt, wesentliche Festlegungen inhaltlicher Art sind in dem umfangreichen Abs 3 des § 140b SGB V enthalten. Das Gesetz sichert dabei die Erfüllung der Leistungsansprüche<sup>229)</sup> und die Verpflichtungen der Leistungserbringer. Weiterhin werden beispielhaft bestimmte Voraussetzungen genannt, die für die Funktionsfähigkeit von integrierten Versorgungsstrukturen notwendig sind unter organisatorischen, betriebswirtschaftlichen und medizinischen sowie medizinisch-technischen Gesichtspunkten.

Ein wichtiges Anliegen ist weiterhin die Sicherung der Koordination zwischen den Versorgungsbereichen und eine sorgfältige Dokumentation, die allen Beteiligten zugänglich ist.

Wesentlich ist vor allem – wie bereits erwähnt – die Dispensierung von den Vorschriften des SGB V, 4. Kapitel, und vom Krankenhausfinanzierungsgesetz, soweit Sinn und Eigenart der integrierten Versorgung sowie die Verbesserung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung derartige Abweichungen erfordern. Auch aus „sonstigen Gründen“ sind Abweichungen erforderlich; hier wird es sicherlich konkret zu juristischen Problemen kommen.

**c) § 140c und § 140g S 2 SGB V – Vergütung**

Hinsichtlich der Festlegung der Vergütung unterteilt das Gesetz zwischen obligatorisch zu vereinbarenden Vertragsbestandteilen und solchen Vertragsbestandteilen, die fakultativ sind. Obligatorisch ist die Vereinbarung der Abgeltung sämtlicher Leistungen für die Versicherten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, auch für die Inanspruchnahme von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer.

Fakultativ ist die Übernahme der Budgetverantwortung, und zwar entweder insgesamt oder für definierte Teilbereiche (sog kombiniertes Budget). Es müssen die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur berücksichtigt werden; ergänzende Morbiditätskriterien sollen in diesen Vereinbarungen berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang ist auch zu bemerken, dass die Krankenkassen aus erzielten Einsparungen einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer (Leistungserbringer-Bonus)<sup>230)</sup> verwenden können, so dass auch insoweit eine zusätzliche Honorierung möglich ist (wenn die Integrationsversorgung zu Einsparungen führt).

**d) § 140d SGB V – Obligatorische Rahmenvereinbarungen**

Hinsichtlich der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung wurde bereits erwähnt, dass eine Verpflichtung zu einer entsprechenden Ver-

<sup>228)</sup> Durch § 140b SGB V.

<sup>229)</sup> Gem § 2, §§ 11–62 SGB V.

<sup>230)</sup> § 140 S 2 SGB V.

einbarung besteht; ergänzend ist hinzuzufügen, dass diese Rahmenvereinbarung Bestandteil der Bundesmantelverträge<sup>231)</sup> und damit zugleich auch Bestandteil der – auf Landesebene geschlossenen – Gesamtverträge<sup>232)</sup> ist.

Der Gesetzgeber hat im Übrigen einen festen Zeitrahmen vorgesehen: Bis zum 30. 6. 2000 war diese Rahmenvereinbarung zu treffen; für den Fall, dass bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande gekommen ist, sollte das Bundesschiedsamt den Vertragsinhalt festsetzen. Beides ist nicht geschehen;<sup>233)</sup> mittlerweile ist aber diese Rahmenvereinbarung unterschrieben worden und damit in Kraft getreten.<sup>234)</sup>

Der Gesetzgeber hat im Übrigen keine Regelung darüber getroffen, ob und unter welchen Voraussetzungen diese Rahmenvereinbarungen gekündigt und auch geändert werden können; diesbezügliche Regelungen enthält § 17 Abs 3 und 4 Rahmenvereinbarung; ergänzend sind die Vorschriften des SGB X, uU iVm den entsprechend geltenden Regelungen des Bürgerlichen Rechts, anzuwenden.<sup>235)</sup>

Der Gesetzgeber hat einige Regelungsbestandteile ausdrücklich verpflichtend gemacht;<sup>236)</sup> damit sind Organisationsfragen und Vorgaben über die Voraussetzung zur Teilnahme der Leistungserbringer einschließlich der Festlegung von Mindest- und Höchstzahlen der teilnehmenden Ärzte benannt; außerdem sind in den Rahmenvereinbarungen auch die Grundsätze über die Voraussetzungen zur Teilnahme von Versicherten und zur Beendigung der Teilnahme zu „normieren“;<sup>237)</sup> von großer Bedeutung sind auch Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung; dazu müssen die Rahmenvereinbarungen Vorgaben enthalten, nach denen sich die Vergütungen in der Integrationsversorgung entsprechend der Ausgestaltung des Globalbudgets und entsprechend der Vorgabe „Geld folgt der Leistung“ bewegen. Schließlich sind Regelungen zur Qualitätssicherung, zum Datenaustausch und zur Dokumentation obligatorisch; auch insoweit muss der Gesetzesrahmen vervollständigt und konkretisiert werden entsprechend dieser Vorgaben.

Zum Inhalt der gem § 140d SGB V zu Stande gekommenen Rahmenvereinbarung ist Folgendes mitzuteilen:

**aa) Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen – zugelassener Vertragspartner gem § 140d Abs 1 SGB V – hatten eine obligatorische Beteiligung der KVen an der integrierten Versorgung gefordert mit dem Argument, dass

<sup>231)</sup> Vgl dazu § 82 SGB V.

<sup>232)</sup> § 83 SGB V.

<sup>233)</sup> Krit hierzu *Zuck*, Der Gesetzgeber als *quantité négligeable*: Die Rahmenvereinbarung nach § 140d SGB V, NJW 2000, 3404.

<sup>234)</sup> *Kleinert*, Gesundheit und Gesellschaft (2000) 48.

<sup>235)</sup> Vgl die Vorschriften über den öffentlich-rechtlichen Vertrag in §§ 53 ff sowie insb § 61 (ergänzende Anwendung von Vorschriften, auch des BGB) SGB X.

<sup>236)</sup> § 140d Abs 1 S 2 Nr 1–4 SGB V sowie §§ 5, 6–12 Rahmenvereinbarung.

<sup>237)</sup> So die Formulierung des Entwurfs, BT-Drs 14/1245, 93; siehe dazu § 5 Rahmenvereinbarung („Versicherte in der integrierten Versorgung“).

andernfalls der Sicherstellungsauftrag der KVen und der KBV (durch eine Nicht-Beteiligung an der integrierten Versorgung) gefährdet sei. Diese Vorstellung konnte nicht umgesetzt werden; in der Präambel zur Rahmenvereinbarung wurde lediglich festgehalten, dass eine Mitwirkung der KV an den Verträgen angestrebt werden soll.<sup>238)</sup> Darin steckt die Erfahrung, dass eine Vertragspartnerschaft lediglich mit den KVen interessant ist, die sich bislang als kompetente und konstruktive Verhandlungspartner gezeigt haben.

Allerdings werden durch die Rahmenvereinbarung der KV in den Verträgen, an denen sie nicht beteiligt ist, gewisse Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt: Vor Vertragsschluss müssen die Vertragspartner der KV den Vertrag vorlegen und mit der KV das Benehmen über den Vertrag herstellen;<sup>239)</sup> außerdem kann die KV ein Schlichtungsverfahren einleiten, wenn sie der Ansicht ist, dass ein beabsichtigter Integrationsvertrag Bestimmungen der Rahmenvereinbarung verletzt; dafür wird eine eigene Schlichtungsstelle (von den Spitzenverbänden der Krankenkassen) eingesetzt.<sup>240)</sup>

Entsprechend dem strittigen Entwurf<sup>241)</sup> sieht die Rahmenvereinbarung in ihrem § 13 Abs 3 vor, dass die Verträge zur integrierten Versorgung den jeweils zuständigen KVen ein Beitrittsrecht nach mindestens drei Jahren Laufzeit einräumen müssen – diese Verpflichtung wird vom BMG als rechtswidrig erachtet, weil sie über die Vorgaben des § 140b SGB V hinaus gehe. Insoweit besteht dzt noch kein Konsens; der BKK-Bundesverband, die anderen GKV-Spitzenverbände einerseits sowie die KBV andererseits vertreten hierzu unterschiedliche Auffassungen; sie haben daher im Hinblick auf das KV-Beitrittsrecht gemeinsam das Bundesschiedsamt<sup>242)</sup> angerufen.

#### bb) Qualitätssicherung

Innerhalb der integrierten Versorgung sollen Vorgaben zur Qualitätssicherung gemacht werden, die über die herkömmliche Regelversorgung hinaus gehen. Die Vertragspartner „vor Ort“ können vereinbaren, dass die Leistungserbringung medizinische Leitlinien<sup>243)</sup> berücksichtigen, an Qualitätszirkeln teilnehmen oder den Erfolg ihrer Arbeit von Außenstehenden (externe Qualitätssicherung) überprüfen lassen (müssen).<sup>244)</sup>

#### cc) Voraussetzungen zur Teilnahme

Diesbezüglich sind zwei Regelungskomplexe bemerkenswert. Zum einen wird von den teilnehmenden Ärzten ein gewisses technisches Know how verlangt; das betrifft die Fähigkeit, am elektronischen Datenaustausch

<sup>238)</sup> Hinsichtlich § 13 Abs 3 Rahmenvereinbarung wurde keine Einigung erzielt, sondern das Schiedsamt angerufen.

<sup>239)</sup> § 13 Abs 1 Rahmenvereinbarung.

<sup>240)</sup> § 13 Abs 2 Rahmenvereinbarung iVm Anlage 3 (Schlichtungsverfahren).

<sup>241)</sup> Vgl bereits oben III 3, vor a.

<sup>242)</sup> Vgl § 89 SGB V.

<sup>243)</sup> Vgl hierzu umfassend Hart (Hrsg), Ärztliche Leitlinien (2000) mit zahlreichen Beiträgen.

<sup>244)</sup> Hierzu Seewald in Schnapp/Wigge (Hrsg), Handbuch des Kassenarztrechts § 20 sowie § 3 Rahmenvereinbarung.

teilzunehmen und in moderner Form kommunizieren zu können sowie bei der Dokumentation der eigenen Leistungen auf EDV zurückgreifen zu können.<sup>245)</sup>

Ein wichtigerer Punkt ist die gesetzgeberische Festlegung, dass an der integrierten Versorgung nur diejenigen Leistungserbringer teilnehmen können, die nach den Regelungen des Vierten Kapitels des SGB V zugelassen oder ermächtigt sind.<sup>246)</sup> Diese Bindung gilt an sich auch für nicht-ärztliche Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, beispielsweise für Krankenhäuser.

Damit werden die sektorübergreifenden Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt; fraglich ist, wie weit diese Beschränkungen gehen sollen, ob beispielsweise eine Gemeinschaft von Vertragsärzten stationäre oder teilstationäre Leistungen anbieten kann. Jedenfalls bestand die Befürchtung, dass – sollte es keine Zulassungsbindungen geben – durch die „Hintertür“ der Integrationsversorgung die Bedarfsplanung ausgehebelt werden könnte. Als Kompromiss wurde festgelegt, dass im Einvernehmen mit der KV Ausnahmen von der Zulassungsbindung gemacht werden können.<sup>247)</sup>

Bemerkenswert ist auch, dass in den Verträgen nach § 140b SGB V „Besondere Voraussetzungen zur Teilnahme von Vertragsärzten“, vor allem hinsichtlich einer zusätzlichen Qualifikation und einer besonderen technischen und personellen Ausstattung der Praxis vereinbart werden kann.<sup>248)</sup> Damit wird eine bisher in dieser Form nicht übliche Differenzierung auch innerhalb der niedergelassenen Ärzte ermöglicht.

#### dd) Einbeziehung der Hausärzte

Die Rahmenvereinbarung sieht vor, dass Art und Umfang der Teilnahme von Hausärzten an der integrierten Versorgung in den einzelnen Verträgen ausgestaltet wird; eine Teilnahme wird als Regelfall betrachtet. Jedoch ist auch vereinbart worden, dass es Versorgungsformen geben kann, an denen Hausärzte nicht teilnehmen – zB eine Versorgungskette zwischen Fachärzten und Reha-Klinik zur Behandlung von Bandscheibenvorfällen. Für derartige Fälle schreibt die Rahmenvereinbarung vor, dass die an der integrierten Versorgung beteiligten Ärzte die Hausärzte der teilnehmenden Versicherten informieren und mit ihnen kooperieren müssen.<sup>249)</sup>

#### ee) Vereinbarungen mit Ärzten der Regelversorgung

Für den Fall, dass ein integrierter Versorgungsverbund nicht alle Fachrichtungen abdeckt, die von den Versicherten in Anspruch genommen werden müssen, hat es sich als sinnvoll erwiesen – nämlich bei Arztnetzen in anderen Ländern –, mit bestimmten Fachärzten aus der herkömmlichen Re-

<sup>245)</sup> Vgl § 6 Abs 1 Nr 3, 4 Rahmenvereinbarung.

<sup>246)</sup> Vgl auch hier (wie bei §§ 63, 64 SGB V) einerseits § 140b Abs 4 (Suspension von den Vorschriften des 4. Kapitels) und andererseits § 140b Abs 3 (Beschränkung auf gem dem 4. Kapitel zugelassenen Leistungserbringer als Vertragspartner).

<sup>247)</sup> Vgl § 6 Abs 2 Rahmenvereinbarung.

<sup>248)</sup> Vgl § 7 Nr 2 und 3 Rahmenvereinbarung.

<sup>249)</sup> Vgl § 11 Rahmenvereinbarung.

gelversorgung Vereinbarungen zu treffen.<sup>250</sup>) Festgelegt werden kann darin zB, dass der in dieser Weise kooperierende Facharzt bestimmte Qualitätsanforderungen und Kooperationsabsprachen einhält, die für die integrierte Versorgung vereinbart worden sind. Gleichsam im Gegenzug wird das Netz bevorzugt mit ihm zusammenarbeiten.

Derartige Vereinbarungen wollte die KBV ursprünglich ausschließen; denn sie befürchtet ein Übergreifen der Integrationsversorgung auf die herkömmliche Regelversorgung. Die Spitzenverbände sehen in den Vereinbarungen mit kooperierenden Ärzten demgegenüber ein wesentliches Instrument zur Gestaltung des Versorgungsablaufs. Als Kompromiss wurde vereinbart, dass Vereinbarungen mit kooperierenden Ärzten zwar getroffen werden können, jedoch nur im Einvernehmen mit der jeweiligen KV.<sup>251</sup>)

#### ff) Finanzierung

Es ist Aufgabe der Vertragspartner „vor Ort“, eine angemessene Finanzierung ihrer integrierten Versorgungsform sicherzustellen. Dies sieht die Rahmenvereinbarung ebenfalls vor.<sup>252</sup>) Dafür können die Vertragspartner Eigen- oder Fremdkapital von Dritten, auch von Sponsoren, in Anspruch nehmen; allerdings müssen die Krankenkassen über solche Beteiligungen informiert werden, damit sie sich ein Bild von der Finanzlage und eventuellen Abhängigkeiten der integrierten Versorgung machen können.<sup>253</sup>)

#### gg) Vergütung und Abrechnung

Auch bei der Festlegung der Vergütung sind die integrierten Versorgungsformen nicht an das Vierte Kapitel des SGB V und damit nicht an die Bestimmungen gebunden, die in der herkömmlichen Regelversorgung gelten.<sup>254</sup>)

Die Teilnehmer an der integrierten Versorgung (Ärzte und sonstige Leistungserbringer) sollen die Möglichkeit haben, mit ihren Vertragspartnern neue und unkonventionelle Vergütungswege entsprechend ihren Vorstellungen zu vereinbaren; damit können andere Vorstellungen von dem Wert der Leistungen realisiert werden; weiterhin können die Anreize für die Erbringung bestimmter Leistungen anders als in der Regelversorgung gesetzt werden.<sup>255</sup>)

In der Rahmenvereinbarung musste auch geregelt werden, was geschieht, wenn ein Versicherter, der sich für die integrierte Versorgung entschieden hat, einen anderen Arzt in Anspruch nimmt – beispielsweise weil sein Versorgungsnetz nicht alle Fachrichtungen abdeckt oder weil er während einer Reise erkrankt. In diesen Fällen muss die integrierte Versorgung

<sup>250</sup>) Vgl § 12 Rahmenvereinbarung.

<sup>251</sup>) § 12 Abs 1 Rahmenvereinbarung.

<sup>252</sup>) Vgl §§ 14–16 Rahmenvereinbarung nebst Anlage 1 (Bereinungsverfahren).

<sup>253</sup>) § 14 Abs 3 Rahmenvereinbarung; vgl dazu *Häussler/Bohm*, Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung, SF 2000, 127ff, 130.

<sup>254</sup>) Vgl im Einzelnen § 85 SGB V.

<sup>255</sup>) Vgl hierzu § 15 Rahmenvereinbarung („Vergütung der integrierten Versorgung“).

für die Dauer der entstehenden Behandlungskosten aufkommen; dh, dass die Vertragspartner der integrierten Versorgung eigene Annahmestellen für die Abrechnungen einrichten, die ihnen von der Kassenärztlichen Vereinigung wegen eines derart in Anspruch genommenen Arztes zugestellt werden.<sup>256</sup>)

#### hh) Budgetbereinigung

Laut Gesetz wird die Gesamtvergütung in der Regel um den Anteil bereinigt, in dem von der Gesamtvergütung abgedeckte Leistungen nunmehr im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.<sup>257</sup>) Bei der Berechnung des Bereinigungsbetrages sind die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen; weitere Krankheitskriterien sollen berücksichtigt werden.

Gem der Rahmenvereinbarung<sup>258</sup>) soll dies geschehen, indem die vorhandenen Ist-Kosten des Versicherten aus den letzten vier Quartalen, die dem Eintritt des Versicherten in die integrierte Versorgung vorausgehen, zu Grunde gelegt werden. Die Ist-Kosten sind diejenigen Kosten, die bei der Behandlung des Versicherten pro Quartal tatsächlich angefallen sind.<sup>259</sup>) Zufällige, etwa durch einen Unfall entstandene Kosten des Versicherten spielen keine Rolle, wenn der Bereinigungsbetrag für eine große Gruppe von Versicherten berechnet wird – die zufällig niedrigen oder hohen Kosten der Versicherten gleichen sich dann untereinander aus.

Aus der Sicht der KBV sollten bei der Ermittlung des Bereinigungsbetrages die Zuordnungskriterien des Risikostrukturausgleiches (RSA)<sup>260</sup>) – Alter, Geschlecht sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeit – zu Grunde gelegt werden. Eine Bereinigung auf der Basis von RSA-Werten hat jedoch im Vergleich zu der Bereinigung nach Ist-Kosten Nachteile; ua würden dadurch für chronisch Kranke stets zu niedrige Bereinigungsbeträge ermittelt werden; außerdem würden damit indikationsbezogene Versorgungsmodelle (zB für Diabetiker oder andere chronisch Kranke)<sup>261</sup>) systematisch unterfinanziert werden.

Da für die Budgetbereinigung bisher keine Erfahrungen vorliegen, soll bis zum 31. 7. 2003 überprüft werden, wie sie funktioniert und welche Anreize von ihr ausgehen.<sup>262</sup>)

#### e) § 140 e – Fakultative Rahmenvereinbarungen

Rahmenvereinbarungen sind auch vorgesehen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie mit den (Spitzen-)Verbänden von übrigen Leistungserbringern.<sup>263</sup>) Im Gegensatz zu den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d SGB V haben diese

<sup>256</sup>) Vgl § 15 Abs 3, 4 Rahmenvereinbarung.

<sup>257</sup>) § 140 f Abs 1 SGB V.

<sup>258</sup>) Vgl im Einzelnen § 16 Rahmenvereinbarung.

<sup>259</sup>) § 16 Abs 4, 5 Rahmenvereinbarung iVm Anlage 1.

<sup>260</sup>) Vgl § 266 SGB V.

<sup>261</sup>) Vgl oben II 1 e, II 3 g cc, II 3 g dd (3).

<sup>262</sup>) § 17 Abs 2 Rahmenvereinbarung.

<sup>263</sup>) § 140 e SGB V.

jedoch keinen verbindlichen Charakter; das hat seinen Grund darin, dass mit Ausnahme der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte die Leistungserbringer in aller Regel nicht derart organisiert sind, dass Vereinbarungen von Spitzenorganisationen für alle Leistungserbringer auf örtlicher Ebene verbindlich sind. Allerdings kann durch derartige Empfehlungen die Art und Ausgestaltung der Integrationsversorgung positiv beeinflusst werden; besonders sinnvoll erscheinen dem Gesetzgeber derartige Empfehlungen zB mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft; mit diesen Empfehlungen soll den Vertragspartnern der Integrationsversorgung ein „Leitfaden an die Hand gegeben“ werden, an dem sich die Beteiligten orientieren können.<sup>264)</sup>

Derartige Vereinbarungen sind bislang nicht zu Stande gekommen.

#### f) § 140f SGB V – Bereinigung, Ausgleich

Nach dieser Regelung haben die Vertragspartner der Gesamtverträge<sup>265)</sup> die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung rechnerisch zu bereinigen; auch das Arznei- und Heilmittelbudget ist rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Das bedeutet, dass die Budgets entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern sind; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.<sup>266)</sup>

Falls die integrierte Versorgung nicht die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln umfasst, sind die an der Integrationsversorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Falle einer Überschreitung des Budgets<sup>267)</sup> am Ausgleich der Budgetüberschreitung zu beteiligen und zwar in dem Verhältnis, in dem die Gesamtvergütung anteilig auf die integrierte Versorgung entfällt.<sup>268)</sup>

#### g) § 140g SGB V – Bonus in der integrierten Versorgung

Der Versicherte, also der Patient in der Versorgung, hat nicht nur ein umfassendes Auskunftsrecht,<sup>269)</sup> sondern er soll für diese Versorgungsform auch dadurch interessiert werden, dass er uU eine finanzielle Entlastung hinsichtlich seiner Beitragsverpflichtungen erfährt. Nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse kann ein (Versicherten-)Bonus gewährt werden, wenn Versicherte an dieser Versorgungsform teilnehmen, die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und (vor allem, als weitere Voraussetzung) wenn die Versorgungsform wirklich zu Einsparungen geführt hat.<sup>270)</sup> Damit ist nach Ansicht des Gesetzgebers ein wirksames Instrument geschaffen worden, um Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung zu schaffen; der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Integrationsver-

<sup>264)</sup> BT-Drs 14/1245, 93.

<sup>265)</sup> Nach § 85 SGB V.

<sup>266)</sup> § 140f Abs 2 SGB V; vgl auch § 16 iVm Anlage 1 Rahmenvereinbarung.

<sup>267)</sup> Nach § 84 Abs 1 SGB V.

<sup>268)</sup> § 140f Abs 3 SGB V.

<sup>269)</sup> Gem § 140a Abs 3 SGB V.

<sup>270)</sup> § 140g S 1 SGB V; Entsprechendes gilt auch für die Modellvorhaben durch den am 1. 1. 2000 in Kraft getretenen § 65a SGB V.

sorgung effizienter und wirtschaftlicher ist als die bisherige Versorgung und dass sie zu einer neuen Regelversorgung werden kann – mit einer Bonusregelung für Versicherte (und, wie gesagt, auch für Leistungserbringer) werde dieses Ziel gestärkt.<sup>271)</sup>

#### 4. Das Vorbild der Integrationsversorgung – „Managed-Care“-Organisationen

Die integrierte Versorgung nach den neuen Regelungen des SGB V ist nicht ganz unvermutet „aus dem Himmel gefallen“. In gewisser Weise ist sie eine Fortentwicklung der bisherigen Integrationsversuche und -experimente. Hintergrund ist allerdings durchaus auch die Vorstellung von anderen Versorgungsstrukturen, die vor allem in den USA seit längerer Zeit praktiziert werden unter dem Sammelbegriff der Managed-Care-Organisationen und offensichtlich als attraktive Alternativen für die Bewältigung der in der Bundesrepublik Deutschland gewachsenen Probleme betrachtet werden.<sup>272)</sup>

Es wäre Gegenstand einer weiteren Untersuchung im Einzelnen zu schildern, was sich hinter dem magischen Begriff „Managed-Care“ verbirgt, wie das in den USA (im Übrigen auch in der Schweiz) funktioniert und mit welcher Berechtigung daraus ein Leitbild gemacht wird, das als geistig-strategische Vorlage für das deutsche Gesundheitssystem gelten sollte; vor allem wäre in eine solche Überlegung auch die Frage einzubeziehen, ob sich in den USA (und in anderen Ländern) diese Vorstellungen wirklich bewährt haben.

<sup>271)</sup> BT-Drs 14/1245, 93.

<sup>272)</sup> Vgl grundsätzlich *Buchner/Wasem*, Zur Berücksichtigung von Morbidität in den Vergütungen von Managed-Care-Organisationen in den USA – Erfahrungen für die Vergütung der integrierten Versorgung in Deutschland, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, H 3/2000; übersichtlich und informativ auch *Krauskopf*, aaO § 63 SGB V Rz 2–11.

*Franz Kiesel*

## Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung

### **I. Einleitung / Themenabgrenzung**

Das System der niedergelassenen Vertragsärzte in Österreich ist insbesondere durch zwei Entwicklungen geprägt: durch Einzelpraxen sowie durch eine Vergütung nach Einzelleistungen. Beide Entwicklungen sind für das Gesamtsystem nachteilig. Die Kasse leidet unter der kostentreibenden Wirkung des Einzelleistungssystems, die Ärzte stöhnen unter dem Arbeitsdruck sowie den oft unzumutbaren Arbeitsbedingungen in ihren Einzelordinationen und beklagen die hohen Praxiskosten und die Versicherten sind nicht nur mit abwesenden oder überlasteten Ärzten konfrontiert, sondern haben letztlich die Folgen unwirtschaftlicher Strukturen zu tragen.

Angesichts dieser unbefriedigenden Situation hat sich die OÖGKK Alternativen zum bestehenden System überlegt. Eine dieser Alternativen, nämlich das Gruppenpraxis – Pilotprojekt in Stadl Paura, soll im Folgenden näher vorgestellt werden. Anhand der Evaluationsergebnisse dieses Pilotprojektes werden Rahmenbedingungen für sinnvolle Gruppenpraxen – als Forderungen an den Gesetzgeber – formuliert. Diesen Forderungen werden die tatsächlichen Absichten des Gesetzgebers in Bezug auf die Änderungen des ÄrzteG 1998 und des ASVG gegenüber gestellt. Mit einer kritischen Bewertung dieser Absichten und einem Ausblick wird der Beitrag schließen.

### **II. Das Gruppenpraxis – Pilotprojekt in Stadl Paura**

Das Pilotprojekt einer Gruppenpraxis mit zwei Ärzten für Allgemeinmedizin läuft in Stadl Paura in Oberösterreich seit 1. 10. 1998.<sup>1)</sup> Neben den Auswirkungen einer Gruppenpraxis auf die Patientenversorgung und auf die Arbeitsbedingungen der Ärzte sollte damit ein völlig neues Honorierungssystem abgetestet werden; und zwar eine Pauschalvergütung für die ärztliche Tätigkeit unter Einbeziehung einiger wichtiger, von den Ärzten veranlassten Folgekosten.

<sup>1)</sup> Eine Darstellung dieses Pilotprojektes findet sich in SozSi 2001, 254.

## 1. Die Ausgangslage

### a) Kein generelles Verbot von ärztlichen Außengesellschaften seit 1. April 1997

Nach der derzeitigen Rechtslage ist es zulässig, dass eine Zusammenarbeit freiberuflich tätiger Ärzte auch nach außen hin als Gesellschaft in Erscheinung tritt. Die solchen ärztlichen Außengesellschaften entgegenstehende Bestimmung des § 23 Abs 1 letzter Satz ÄrzteG 1984 wurde nämlich vom VfGH mit Wirkung vom 1. April 1997 als verfassungswidrig aufgehoben. Diese Aufhebung erfolgte deswegen, weil die zitierte Bestimmung die Bildung von nach außen auftretenden Gesellschaften durch Ärzte **generell** untersagte; also auch die Bildung von Gesellschaften **bloß** zum Zweck der Einrichtung und zum (technischen) Betrieb von Ordinations- und Apparategemeinschaften.<sup>2)</sup> Weiterhin unzulässig sind aber ärztliche Gruppenpraxen, die **den Patienten gegenüber** nach außen hin auftreten, weil eine Ärztesellschaft nicht in die Ärzteliste eingetragen werden darf und damit auch nicht Träger der ärztlichen Berufsausübungsberechtigung sein kann. Partner des Behandlungsvertrages mit den Patienten kann daher nur der einzelne Arzt, nicht hingegen die Gesellschaft sein.

Die hM<sup>3)</sup> leitet daraus auch ein Verbot für Ärztegesellschaften ab, Kassenverträge abzuschließen. Meines Erachtens ist diese Schlussfolgerung allerdings nicht zwingend. Der Kassenvertrag ist nämlich klar vom Behandlungsvertrag zu trennen. Mit einem Einzelvertrag nach den §§ 338ff ASVG wird der Vertragsarzt von der Kasse verpflichtet, Behandlungsverträge mit den Versicherten abzuschließen und es wird den Versicherten ein Anspruch auf Abschluss eines Behandlungsvertrages durch den Vertragspartner eingeräumt.<sup>4)</sup> Der Kassenvertrag ist also nicht mit dem Behandlungsvertrag gleichzusetzen, sondern stellt nur – als echter Vorvertrag zugunsten Dritter – dessen Abschluss sicher. Das Verbot, gegenüber **den Patienten** als Gesellschaft aufzutreten, schließt somit einen Vertrag der Gesellschaft **mit der Kasse** nicht automatisch aus.

Es ist also mE einer Ärztesellschaft berufsrechtlich nicht verwehrt, einen Kassenvertrag abzuschließen, der den Abschluss von Behandlungsverträgen durch die freiberuflich tätigen Gesellschafter sicherstellt. Dies bedeutet aber noch nicht, dass es auch den Kassen aufgrund des ASVG erlaubt ist, mit solchen Ärztesellschaften eine Versorgungsschiene aufzubauen (vgl dazu unten Punkt 7.a)).

### b) Kassen als „Blockierer“ von Gruppenpraxen

In den letzten Jahren wurden die Vertreter der SV als „Blockierer“ der Gruppenpraxen bezeichnet, während sich die Ärztekammern als treibende Kraft in Richtung „patientenfreundlicher“ Gruppenpraxen darstellten. Das

<sup>2)</sup> VfGH 1. 3. 1996, G 1279, 1280/95 = SozSi 1996, 590ff = RdM 1996, 93ff mit Anm Kopetzki.

<sup>3)</sup> Vgl nur Aigner/Kierein/Kopetzki, Ärztesgesetz 1998 FN 8 zu § 52 mwN.

<sup>4)</sup> Vgl dazu ausführlich Mosler in Strasser (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995) 177ff mwN.

Pilotprojekt in Stadl Paura sollte zeigen, dass die Kassen sehr wohl an sinnvollen Gruppenpraxen interessiert sind.

### c) Aufwändiges, kostentreibendes Einzelleistungssystem ohne Anreize, bei Folgekosten ökonomisch zu handeln

Wie eingangs schon kurz angesprochen, werden die österreichischen Vertragsärzte grundsätzlich nach Einzelleistungen honoriert (vgl § 342 Abs 2 erster Satz ASVG). Dieses Einzelleistungssystem ist

- administrativ aufwändig sowohl für die Vertragsärzte als auch für die SV
- kostentreibend (weil ja der Arzt mit der Menge der von ihm erbrachten Leistungen sein Einkommen bestimmen kann) und
- es enthält keinerlei Anreize für die Vertragsärzte, im Bereich der eigenen Behandlungen sowie der „Folgekosten“ ökonomisch zu handeln.

Die höchste Ausgabendynamik besteht in den Bereichen, die als ärztliche „Folgekosten“ bezeichnet werden. So stiegen zB im Bereich der OÖGKK von 1998 auf 1999 die Ausgaben für Heilmittel um 9,5%, für Heilbehelfe/Hilfsmittel um 11,2% und für Transporte um 10,2%.

Angesichts einer Beitragseinnahmen-Steigerung im Ausmaß von ca. 3% bedeutet dies allein in diesen Bereichen ein vorprogrammiertes Defizit in Höhe von mehrstelligen Millionenbeträgen.

### d) Unterversorgung in Stadl Paura

Die Bevölkerung in Stadl Paura forderte schon seit Jahren eine zusätzliche Stelle eines Arztes für Allgemeinmedizin. Tatsächlich bestand nach der maßgeblichen Schlüsselzahl von Ärztekammer und Kasse eine Unterversorgung in der Region von 0,7 Ärzten für Allgemeinmedizin.

## 2. Die Ziele des Pilotprojektes

Mit dem Gruppenpraxismodell in Stadl Paura und dem damit verknüpften neuen Honorierungssystem sollten folgende Effekte erreicht bzw. abgetestet werden:

- eine bessere Patientenversorgung (Abbau der bestehenden Unterversorgung; längere Öffnungszeiten; dauernde Anwesenheit eines Arztes)
- eine gesteigerte Patientenzufriedenheit (durch ein verbessertes Leistungsspektrum sowie eine optimierte Servicequalität)
- zufriedene Ärzte (durch eine verbesserte Vertretungsregelung sowie bessere Kommunikationsmöglichkeiten)
- die Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Kostenvorteile einer Gruppenpraxis gegenüber zweier Einzelpraxen und die Aufteilung zwischen Gruppenpraxis und SV
- Neutralisierung der im Einzelleistungssystem dynamischen Ausgabensteigerungen
- Reduktion von ärztlichen Folgekosten (Heilmittel; Transporte; Zuweisungen zu Fachärzten sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel), wobei Einsparungen in diesen Bereichen der Gruppenpraxis als Bonus zu Gute kommen sollten

- administrative Vereinfachungen im Bereich der Abrechnung sowohl für die Ärzte als auch für die Kasse.

### 3. Die Rechtskonstruktion

Die OÖGKK schloss den Vertrag über die Durchführung von kurativen Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen mit der Dr. K & Dr. B OEG in Stadl Paura. Die Gesellschafter dieser OEG sind Herr Dr. B und Herr Dr. K. Herr Dr. K war bereits vor Gründung der OEG Vertragsarzt der OÖGKK. Der mit ihm für Stadl Paura abgeschlossene kurative Einzelvertrag sowie Vorsorgeuntersuchungseinzelvertrag wurde für die Dauer des Vertrages mit der OEG ruhend gestellt. Herr Dr. B hatte vor dem Eintritt in die OEG keinen Kassenvertrag. Er erhält auch durch die Teilnahme am Pilotprojekt keinen Anspruch auf einen Kassenvertrag für den Fall, dass der Vertrag mit der OEG beendet wird.

Der Vertrag besteht also mit der OEG, die von der Kasse auch das Honorar erhält. Die Leistungserbringung erfolgt aber durch die freiberuflich tätigen OEG-Gesellschafter Dr. K und Dr. B, die aufgrund des Kassenvertrages mit der OEG verpflichtet sind, ihre Leistungen persönlich, unmittelbar und eigenverantwortlich den versicherten Patienten gegenüber zu erbringen. Die Behandlungsverträge mit den Patienten werden von den einzelnen OEG-Gesellschaftern und nicht von der OEG abgeschlossen. Durch den Vertrag zwischen Kasse und OEG wird sichergestellt, dass von den Gesellschaftern mit den Anspruchsberechtigten der Kasse Behandlungsverträge abgeschlossen und die Leistungen an den Patienten vertragskonform durchgeführt werden.

### 4. Die wesentlichen Inhalte des OEG-Vertrages

- Der Vertrag mit der OEG wurde von der OÖGKK auch für die oberösterreichischen § 2-KV-Träger abgeschlossen. Soweit der Vertrag keine besonderen Bestimmungen enthält, gelten für die Durchführung der Leistungen **inhaltlich** die im ärztlichen Bereich bestehenden Gesamtverträge (OÖ Ärztesgesamtvertrag; Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag; MUKIPA-Vertrag) in der jeweils geltenden Fassung.
- Von den OEG – Gesellschaftern ist zumindest das gleiche Leistungsspektrum anzubieten, wie es von Herrn Dr. K vor der Gruppenpraxis als Vertragsarzt angeboten wurde. Auch komplementärmedizinische (wissenschaftlich nicht erprobte) Methoden sind vom Leistungsspektrum erfasst, soweit diese medizinisch notwendig sind.
- Die OEG-Gesellschafter haften den Patienten gegenüber persönlich für die von ihnen selbst und ihren Hilfskräften erbrachten Leistungen.
- Die freie Arztwahl gegenüber den Versicherten ist zu gewährleisten (zB ist ein sichtbarer Hinweis in der Ordination auf die jeweiligen Ordinationszeiten der in der OEG tätigen Ärzte anzubringen).
- Die Anstellung eines Arztes durch die OEG ist ausdrücklich ausgeschlossen.
- Den in der OEG tätigen Ärzten ist es untersagt, eine Zweitordination zu betreiben.

- Es wurden Ordinationszeiten im Ausmaß von insgesamt 40 Stunden pro Woche vereinbart, aufgeteilt auf 6 Wochentage mit 2 Abendordinationen ab 18.00 Uhr. Die Gruppenpraxis ist bis auf einen dreiwöchigen Urlaub, der insbesondere auch für Renovierungsarbeiten genutzt wird, ganzjährig geöffnet.
- Die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RÖK) sowie die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) sind für die OEG-Gesellschafter unmittelbar verbindlich.
- Die OEG-Gesellschafter und die OEG dürfen für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen, sowie für Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-(MUKIPA-)Untersuchungen keinerlei Honorare direkt mit den Patienten verrechnen. Dieses Verbot der Verrechnung von Privathonoraren gilt auch für die Homöopathie, die Akupunktur sowie für wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden.
- Der (betriebswirtschaftliche) Kostenvorteil, den die Gruppenpraxis gegenüber zweier Einzelpraxen (mit gleicher Scheinzahl wie die Gruppenpraxis) hat, wird nach Ablauf eines Jahres berechnet und zu gleichen Teilen zwischen den Versicherungsträgern und der OEG aufgeteilt.

### 5. Das neue Honorierungssystem

Für die ärztliche Tätigkeit der OEG-Gesellschafter inkl. der von ihnen veranlassten Kosten für Heilmittel, Facharztzuweisungen, Transporte sowie Heilbehelfe/Hilfsmittel steht quartalsweise ein fixes Budget zur Verfügung. Dieses Budget errechnet sich aus dem Fallwert der ärztlichen Tätigkeit von Herrn Dr. K aus seiner Zeit als Vertragsarzt sowie aus seinem Folgekosten-Fallwert (das sind die Aufwendungen für die vom Vertragsarzt Dr. K verordneten Heilmittel, Facharztzuweisungen, Transporte und Heilbehelfe/Hilfsmittel bezogen auf seine seinerzeitigen Fälle) multipliziert mit den Fällen der Gruppenpraxis. Dieses Budget wird jährlich entsprechend der durchschnittlichen Fallwertanhebung im Bereich der niedergelassenen Ärzte valorisiert. Von dem zur Verfügung stehenden Quartals-Budget werden die von den OEG-Gesellschaftern in diesem Quartal tatsächlich veranlassten Folgekosten abgezogen. Die Differenz erhält die OEG als Honorar für die ärztliche Tätigkeit der OEG-Gesellschafter.

Im Ergebnis führt dieses Honorierungssystem dazu, dass Unterschreitungen des Folgekosten-Budgets (durch ökonomisches Ordnungsverhalten) das Honorar für die ärztliche Tätigkeit erhöhen; Folgekosten-Budgetüberschreitungen hingegen senken das verbleibende Honorar für die ärztliche Tätigkeit ab. **Der Fallwert für die ärztliche Tätigkeit hängt damit unmittelbar von der Wirtschaftlichkeit der OEG-Gesellschafter im Folgekosten-Bereich ab.**

Die OEG-Gesellschafter Dr. K und Dr. B haben diesem Honorierungssystem deshalb zugestimmt, weil damit ihre Folgekosten senkenden Bemühungen, den Patienten umfassend persönlich zu betreuen, belohnt werden. Außerdem reduziert sich der Abrechnungsaufwand ganz erheblich. Von der Gruppenpraxis sind nämlich letztlich nur mehr die Anzahl der betreuten Pa-



tienten bekannt zu geben. Die veranlassten Folgekosten werden von der OÖGKK über die ausgestellten Verordnungsscheine EDV-mäßig erfasst.

## 6. Die Evaluation des Pilotprojektes

Das Pilotprojekt wurde wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluation können wie folgt zusammen gefasst werden:<sup>5)</sup>

- **Die Patientenversorgung hat sich wesentlich verbessert**
- **Die Patientenzufriedenheit ist sehr hoch**
  - Die Patienten sind – im Vergleich zu anderen Arztpraxen – mit der Gruppenpraxis zufriedener.
  - Die Wartezeiten haben sich – im Vergleich zu früher – verbessert.
  - Die Bereitschaft zum Hausbesuch wird generell positiv beurteilt und hat sich im Vergleich zu früher verbessert.
  - Die medizinische Versorgung und Veranlassung von Leistungen (Versorgung mit Medikamenten; Zuweisung zu Fachärzten; Anordnung von Krankentransporten) wird sehr positiv beurteilt.
  - Für den Großteil der Befragten hat sich die „soziale Kompetenz“ (Zeit nehmen des Arztes; Interesse für Patientenangelegenheiten; Bereitschaft zuzuhören) der Gruppenpraxis – Ärzte verbessert, für den Rest ist sie schlechtestenfalls gleich geblieben.
- **Die OEG Ärzte sind mit den Arbeitsbedingungen in der Gruppenpraxis sehr zufrieden.**
- **Der (betriebswirtschaftliche) Kostenvorteil der Gruppenpraxis gegenüber zweier Einzelpraxen beträgt ca. 25%.**
- **Das neue Honorierungssystem bringt außerordentlich positive Auswirkungen sowohl für die beteiligten Ärzte als auch für die Kasse**
  - Die OEG Ärzte senken die Kosten für die von ihnen veranlassten Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Transporte, Facharztzuweisungen pro Fall um ca 15% (während der vergleichbare Folgekostenfallwert im oberösterreichischen Durchschnitt um ca. 8% gestiegen ist).
  - Die OEG erhielt durch diese Folgekostensenkung einen „Bonus“, sodass sich das Honorar für die eigene ärztliche Tätigkeit der OEG-Gesellschafter um über 20% erhöhte.
  - Für die Kasse neutralisierte sich durch die Pauschalhonorierung die Dynamik im Bereich der ärztlichen Eigen- und Folgekosten, weil ja der Budgetfallwert lediglich im Ausmaß der Tarifierhebung bei niedergelassenen Ärzten valorisiert wurde.
  - Der administrative Aufwand ist wesentlich geringer als beim Einzelleistungssystem, weil die Gruppenpraxis der Kasse letztlich nur mehr die Anzahl der Fälle für das jeweilige Quartal zu übermitteln hat. Das Honorar errechnet sich dann aus der Multiplikation dieser Fälle mit dem valorisierten Budgetfallwert abzüglich der tatsächlich veranlassten Folgekosten.

**Insgesamt zeigt das Pilotprojekt in Stadl Paura, dass eine ärztliche Gruppenpraxis Vorteile für alle Beteiligten (Versicherte, Ärzte und Kassen)**

<sup>5)</sup> Vgl zu den Ergebnissen im Detail Kiesl, SozSi 2001. 254.

**bringt, wenn die Rahmenbedingungen und das Honorierungssystem sinnvoll gestaltet sind!**

## 7. Offene Fragen

### a) Kassenvertrag mit OEG rechtlich zulässig?

Ich habe oben schon ausgeführt, dass es aus meiner Sicht einer Ärztesellschaft berufsrechtlich nicht verboten ist, mit der Kasse einen Vertrag abzuschließen, der zu einer Sicherstellung der ärztlichen Hilfe durch die freiberuflich tätigen Ärzte, die die Gesellschaft bilden, führt. Fraglich hingegen ist, ob es aufgrund der derzeitigen Rechtslage den Kassen gestattet ist, die ärztliche Hilfe durch Ärztesellschaften sicher zu stellen; und dies ohne Mitwirkung der Ärztekammern.

Insb *Mazal*<sup>6)</sup> verneint dies mit dem Argument, dass im Rahmen der Rechtsgrundlagen des Vertragspartnerrechts eine Ärztesellschaft als möglicher Vertragspartner der KV-Träger nicht ausdrücklich genannt werde und eine Ärztesellschaft auch kein „anderer Vertragspartner“ im Sinne des § 338 Abs 1 ASVG sei.<sup>7)</sup> Laut *Mazal* kenne nämlich das ASVG nur Vertragspartner, die rechtlich befugt sind, die Leistung unmittelbar selbst zu erbringen. Vertragspartner, die nicht selbst Träger der Berufsausübungsbefugnis sind, sondern der Kasse die Leistungen nur „verschaffen“, seien dem ASVG fremd. Eine solche Konstruktion würde das gesamte Gefüge des Vertragspartnerrechts aus seiner Balance bringen. Ärztliche Hilfe als Maßnahme der Krankenbehandlung könne nach der Teleologie des ASVG nur durch niedergelassene Ärzte (auf der Basis von Gesamtvertrag und Einzelvertrag) oder durch Krankenanstalten (Ambulatorien) erbracht werden.

Diese Ausführungen *Mazals* überzeugen nicht wirklich. Auszugehen ist nämlich davon, dass jeder KV-Träger als juristische Person öffentlichen Rechts innerhalb seines Aufgabebereiches (§ 81 ASVG) privatrechtliche Verträge mit allen Anbietern der vom KV-Träger zu erbringenden Gesundheitsleistungen abschließen darf. Voraussetzungen dafür sind, dass die Leistungserbringung berufsrechtlich in zulässiger Weise erfolgt, der Leistungsanbieter im ASVG als potentieller Vertragspartner vorgesehen bzw. nicht ausgeschlossen ist, die gesetzlich allenfalls vorgesehenen Formvorschriften eingehalten werden und der Vertragsabschluss kein systemwidriges und damit unzulässiges „Umgehungsgeschäft“ darstellt.

### aa) Berufsrechtliche Zulässigkeit der Leistungserbringung?

Die berufsrechtliche Zulässigkeit der im Pilotprojekt gewählten Rechtskonstruktion steht für mich außer Zweifel (siehe dazu II.1.a)). Die leistungserbringenden Ärzte sind in die Ärzteliste eingetragen und damit berufsbeugt, die OEG tritt den Patienten gegenüber nicht auf.

<sup>6)</sup> *Mazal*, Gruppenpraxis und Kassenvertragsrecht, RdM 1998, 163.

<sup>7)</sup> Im vorliegenden Beitrag wird nur auf das ASVG verwiesen; in anderen SV-Gesetzen finden sich entsprechende Verweise bzw inhaltsgleiche Bestimmungen, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.

### bb) Ärztegesellschaft im ASVG als potentieller Vertragspartner vorgesehen?

Nach § 135 Abs 1 ASVG wird die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte, durch Ärzte in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger oder durch Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger gewährt. Nach § 338 Abs 1 ASVG werden die Beziehungen der Träger der SV (des HV) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, **und anderen Vertragspartnern** durch privatrechtliche Verträge geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen (§ 338 Abs 2 ASVG). Nach § 338 Abs 3 ASVG gelten diese Bestimmungen entsprechend für die Regelung der Beziehungen der Träger der SV zu den Krankenanstalten.

Im ASVG sind also Ärztegesellschaften bzw Gruppenpraxen zur Sicherstellung der ärztlichen Hilfe nicht ausdrücklich vorgesehen. Meines Erachtens kann aber eine Ärztegesellschaft, die in berufsrechtlich zulässiger Weise ärztliche Hilfe anbietet, als Vertragseinrichtung im Sinne des § 135 Abs 1 ASVG angesehen werden. Eine Bestimmung, wonach es sich bei diesen Vertragseinrichtungen um Krankenanstalten handeln muss, findet sich im ASVG nicht. Auch verlangt das ASVG – entgegen der Ansicht von *Mazal* – nicht zwingend, dass solche Vertragseinrichtungen die Leistung unmittelbar selbst erbringen müssen. Schon der dafür von *Mazal* ins Treffen geführte sprachliche Befund, wonach das Gesetz die Leistungserbringung „**durch Vertragspartner**“ vorsieht, stützt diese Aussage nicht. Tatsächlich heißt es nämlich im schon zitierten § 338 Abs 2 ASVG, dass „**durch die Verträge** die ausreichende Versorgung. . . sicherzustellen ist“. Das ASVG spricht also von einer Sicherstellung der Versorgung durch Verträge und nicht von einer Leistungserbringung unmittelbar durch den (berufsbefugten) Vertragspartner selbst. Weiters ist es nicht korrekt, dass das ASVG nur Anbieter von Leistungen als potentielle Vertragspartner kennt, die selbst Träger der Berufsbefugnis für die angebotene Leistung sind. So ist es zB durchaus zulässig, dass ein freiberuflich tätiger Arzt ohne Ausbildung zum Physiotherapeuten eine Heilgymnastik (die zweifelsfrei zum Berufsbild der Physiotherapeuten gehört) anbietet und mit der Kasse verrechnet, obwohl ihm selbst für diese Leistung die unmittelbare Berufsbefugnis fehlt. Auch ist der Rechtsträger einer Krankenanstalt (zB ein Orden oder eine Gemeinde) nicht selbst der Träger der Berufsausübungsbefugnis für die ärztliche Tätigkeit, sondern es ergibt sich diese aus der Berufsbefugnis der in der Krankenanstalt angestellten Ärzte.<sup>8)</sup>

Entscheidend für die Qualifikation einer Vertragseinrichtung ist sicherlich – wie auch *Mazal* zu Recht hinsichtlich der „anderen Vertragspartner“ ausführt – dass die Vertragseinrichtung gegenüber der KV für die Leistungserbringung selbst haftet, auch wenn sie „Gehilfen“ heranzieht. Diese Haf-

<sup>8)</sup> IdS auch *Mazal*, RdM 1998, 164, der für angestellte Ärzte die „tätigkeitsbezogene“ berufsrechtliche Deckung im Ärztegesetz begründet sieht und im Krankenanstaltengesetz nur die „betriebsstättenbezogenen“ Berufsausübungsgrundlagen.

tung der OEG ist bei der im Pilotprojekt Stadl Paura gewählten Rechtskonstruktion eindeutig vertraglich sichergestellt. Die OEG haftet nämlich der Kasse gegenüber auch für jede Leistung, die von den OEG-Gesellschaftern den Patienten gegenüber erbracht wird; ein inhaltlicher Unterschied zur Haftung einer Vertragskrankenanstalt für die Leistungen der angestellten Ärzte bzw zur Haftung der freiberuflich tätigen Vertragsärzte für die Leistungen der von ihnen herangezogenen Gehilfen besteht nicht.

Die Dr. K & Dr. B OEG in Stadl Paura kann somit mE eindeutig als Vertragseinrichtung im Sinne des § 135 Abs 1 ASVG qualifiziert werden. Sofern es sich bei einer solchen Vertragseinrichtung – wie im vorliegenden Fall – um keine Krankenanstalt handelt, fällt sie unter „andere Vertragspartner“ iSd § 338 Abs 1 ASVG, weil davon auszugehen ist, dass alle im Leistungsrecht des ASVG vorgesehenen Sachleistungserbringer auch im „Leistungserbringungsrecht“ (Sechster Teil des ASVG) als potentielle Vertragspartner vorgesehen sind und eine „Vertragseinrichtung“ keiner der dort ausdrücklich angeführten Vertragspartnergruppen zugeordnet werden kann. Vertragseinrichtungen, die Krankenanstalten sind, fallen hingegen nicht unter die „anderen Vertragspartner“; sie sind im § 338 Abs 3 ASVG gesondert angesprochen.

### cc) Verletzung von Formvorschriften?

Die Beziehungen zwischen den Trägern der KV und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge und darauf aufbauenden Einzelverträgen geregelt. Die Gesamtverträge werden für die Träger der KV durch den HV mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossen; der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der KV und dem Arzt erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer (vgl §§ 341 Abs 1 und 343 Abs 1 ASVG).

Wenn man – wie soeben ausgeführt – davon ausgeht, dass eine Ärztegesellschaft wie die Dr. K & Dr. B OEG in Stadl Paura eine Vertragseinrichtung und damit ein „anderer Vertragspartner“ im Sinne des § 338 Abs 1 ASVG ist, gelten die auf die freiberuflich tätigen Ärzte bezogenen Bestimmungen des ASVG nicht. Eine Mitwirkung der Ärztekammer ist in diesem Bereich ebensowenig vorgesehen wie beim Vertragsabschluss mit einer Krankenanstalt. Der privatrechtliche Vertrag zwischen Kasse und Vertragseinrichtung bedarf zur Rechtsgültigkeit lediglich der schriftlichen Form.

### dd) Unzulässige Umgehungs konstruktion?

Es ist richtig, dass die vorstehende Interpretation der Begriffe „Vertragseinrichtung“ und „andere Vertragspartner“ die bisher nicht in Frage gestellte Monopolstellung der Ärztekammern bei der Regelung der Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten etwas untergräbt. Es ist aber keinesfalls so, dass dadurch „das gesamte Gefüge des Vertragspartnerrechts aus seiner Balance gebracht wird.“<sup>9)</sup> Die Sicherstellung der ärztlichen Hilfe über nicht selbst berufsbefugte Vertragspartner kann nämlich immer nur eine Ergänzung zum weitaus überwiegenden Angebot der ärztlichen Hilfe durch freibe-

<sup>9)</sup> So aber *Mazal*, RdM 1998, 168.

ruflich tätige Ärzte sein. Das Gesamtvertragssystem und die diesem System immanente Balance zwischen Ärztekammern und Kassen werden dadurch genau so wenig gefährdet wie durch die privaten Ambulatorien. Auch im Hinblick auf das Schutzbedürfnis des einzelnen Arztes ist diese Sichtweise nicht bedenklich, weil jeder Arzt die Entscheidung, eine Gruppenpraxis zu gründen bzw seine Leistung über eine Ärztegesellschaft anzubieten, frei treffen kann. Es fällt ja auch ein Arzt, der ein selbständiges Ambulatorium gründet, aus dem „kollektiven Schirm“ der Ärztekammer heraus, ohne dass dies als systemwidrige Umgehung des Vertragspartnersystems angesehen wird.

Selbst wenn man aber mit Mazal davon ausginge, dass von den Kassen frei abschließbare Verträge mit einer Ärztegesellschaft systemgefährdend und daher unzulässig seien, so können diese Bedenken jedenfalls gegen ein (einzelnes) Pilotprojekt nicht durchschlagen. Mit einem Pilotprojekt wird nämlich ein allfälliges Regelungsmonopol der Ärztekammer mit Sicherheit nicht unterlaufen. Im übrigen hat im konkreten Fall die Ärztekammer für Oberösterreich der Durchführung des Pilotprojektes letztlich ohnehin zugestimmt.<sup>10)</sup> Der konkrete Vertrag mit der Dr. K & Dr. B OEG in Stadl Paura stellt daher auch kein unzulässiges Umgehungsgeschäft dar.

#### b) Honorar an Gruppenpraxis umsatzsteuerbefreit?

Gem § 6 Abs 1 Z 19 UStG 1994 sind die Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt steuerfrei; d.h., der Arzt hat für seine Umsätze keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abzuführen, darf sich aber bei seinen Einkäufen auch keine Vorsteuer mehr abziehen (sogenannte unechte Steuerbefreiung). Fraglich ist nun, ob diese Steuerbefreiung auch für ärztliche Gruppenpraxen gilt. Wäre das nicht der Fall, würden sich die Leistungen einer ärztlichen Gruppenpraxis für die Einkäufer (Kasse oder Patient) erheblich verteuern und die Gruppenpraxen würden an Attraktivität verlieren.

Das BMF knüpft bei der Beantwortung dieser Frage an das ärztliche Berufsrecht an, wonach (derzeit) der Behandlungsvertrag nur zwischen dem Arzt und dem Patienten abgeschlossen und die jeweilige ärztliche Leistung gegenüber dem Patienten nicht von einer Gesellschaft erbracht werden kann.<sup>11)</sup> Würde daher (derzeit) ein Behandlungsvertrag mit einer Gesellschaft (zB OEG) abgeschlossen und von dieser eine ärztliche Leistung erbracht, so stellte diese keinen Umsatz aus der Tätigkeit als Arzt dar und wäre nicht unter die unechte Steuerbefreiung des § 6 Abs 1 Z 19 UStG 1994 zu subsumieren. Eine derartige Leistung unterläge dem Normalsteuersatz.

Im dargestellten Gruppenpraxismodell in Stadl Paura werden die Behandlungsverträge mit den Patienten nicht von der OEG, sondern von den einzelnen Ärzten abgeschlossen. Damit findet der Leistungsaustausch zwischen dem jeweils behandelnden Arzt und den Patienten statt. Die Umsätze aus der ärztlichen Leistung sind somit dem jeweils behandelnden Arzt zuzurechnen und gemäß § 6 Abs 1 Z 19 UStG 1994 steuerfrei.

<sup>10)</sup> Insb wegen der Zustimmung der Ärztekammer hat auch das BMSG dieses und ein ähnliches Pilotprojekt in der Steiermark letztlich akzeptiert.

<sup>11)</sup> Vgl dazu die Umsatzsteuerrichtlinien 2000, AÖF 2000/233 Rz 941, 958 und 959.

Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass der Kassenvertrag mit der OEG abgeschlossen wurde. Umsatzsteuerrechtlich ist nämlich entscheidend, wem die ärztliche Leistung zuzurechnen ist, also mit wem der Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

Sobald aber – wie geplant – ärztliche Personengesellschaften auf Grund der berufsrechtlichen Vorschriften nach außen auftreten und auch ärztliche Leistungen erbringen dürfen, müssen nach der zitierten Rechtsauffassung des BMF die Umsätze aus der ärztlichen Tätigkeit steuerfrei sein. Zur zweifelsfreien Klarstellung wäre es aber sinnvoll, gleichzeitig mit der Änderung des ÄrzteG die Umsätze der ärztlichen Gruppenpraxen im UStG ausdrücklich als steuerfrei anzuführen.

#### c) Auswahlverfahren für Gruppenpraxismitglieder

Es liegt auf der Hand, dass die derzeit bei den Ärztekammern und Kassen bestehenden Kriterien für die Auswahl von einzelnen Vertragsärzten nicht einfach auf die Auswahl einer Vertragsgruppenpraxis umgelegt werden können. Wie soll zB bei der Auswahl einer Gruppenpraxis beurteilt werden, welche (von mehreren) Gruppenpraxis insgesamt die am besten qualifizierte ist? Wie sollen andererseits aber auch soziale Gesichtspunkte oder negative Aspekte bei einzelnen Gruppenpraxismitgliedern (zB straf- oder disziplinarrechtliche Verurteilungen) mitberücksichtigt werden?

Aus meiner Sicht ist es notwendig, für die Auswahl von Gruppenpraxen jedenfalls **eigene** Reihungskriterien festzulegen. Entscheidend für die Auswahl wird dabei die Zusammensetzung der Gruppenpraxis sein müssen; und zwar nicht nur im Hinblick auf die angestrebte Versorgung (Anzahl der Ärzte; vertretene Fachgebiete) sondern auch im Hinblick auf die bestqualifizierten Mitglieder der Gruppenpraxis. Auch wenn sich also die Gruppenpraxen **als Gesellschaft** bewerben, so muss doch den auswählenden Ärztekammern und Kassen auch die Beurteilung der einzelnen Gruppenpraxismitglieder möglich sein.

Konsequenterweise muss dann Ärztekammer und Kasse auch ein Zustimmungrecht zu jeder Änderung in der personellen Zusammensetzung der Gruppenpraxis zukommen, weil sonst das Auswahlverfahren durch einen nachträglichen Mitgliederwechsel ad absurdum geführt werden könnte.

Auf der anderen Seite müssen natürlich die Gruppenpraxismitglieder auch zusammenarbeiten können und wollen. Es wird daher eine diffizile Aufgabe der Gesamtvertragsparteien oder des BMSG<sup>12)</sup> sein, in diesem Spannungsfeld adäquate Auswahlkriterien für Gruppenpraxen festzulegen.

### III. Rahmenbedingungen für sinnvolle Gruppenpraxen; Forderungen an den Gesetzgeber

Die Ergebnisse des Pilotprojektes in Stadl Paura zeigen, dass ärztliche Gruppenpraxen eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungs-

<sup>12)</sup> Vgl dazu die Ausführungen zu den Absichten des Gesetzgebers, Pkt IV 2, wonach der BMSG per Verordnung die Kriterien für die Reihung der BewerberInnen um Einzelverträge festlegen soll.

struktur im Gesundheitsbereich darstellen können. Die aufgezeigten Vorteile für die Patienten, die Ärzte und die SV sind allerdings nur dann zu verwirklichen, wenn insbesondere folgende **Rahmenbedingungen** erfüllt sind:

- Gruppenpraxis – Verträge dürfen nur **bedarfsbezogen** vergeben werden; es ist also sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Fachrichtung der in einer Gruppenpraxis vorgesehenen Ärzte auf das bestehende Angebot (niedergelassene Vertragsärzte; Ambulatorien usw) Rücksicht zu nehmen. Um Über – oder Unterversorgungen zu vermeiden, ist auch jede versorgungsrelevante Änderung in der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit der Kasse zulässig.
- Zur Verbesserung der Patientenversorgung sind **Mindeststandards** betreffend Ausmaß und kundenfreundliche Verteilung der Ordinationszeiten, ganzjährige Öffnung der Ordination, Anwesenheit zumindest eines Arztes usw. vorzuschreiben.
- Die **Kostenvorteile** einer Gruppenpraxis gegenüber Einzelordinationen sind – durch Tarifabschlüsse – **teilweise an die Kasse** und damit an die Versichertengemeinschaft **weiterzugeben**. Dies ist nicht nur betriebswirtschaftlich, sondern auch im Interesse der niedergelassenen Vertragsärzte in Einzelordinationen geboten, die sonst Wettbewerbsnachteile hätten.
- Für die Gruppenpraxis soll nur die **Offene Erwerbsgesellschaft (OEG)** vorgesehen werden. Bei einer Kommanditerwerbsgesellschaft (KEG) würden nämlich auch die finanziellen Interessen von nicht aktiv in der Gruppenpraxis tätigen Personen berücksichtigt werden (müssen). Die Gelder der Versichertengemeinschaft würden damit zweckentfremdet werden (zB für die Altersversorgung von aus der Gruppenpraxis ausgeschiedenen ÄrztInnen).
- **Zweitordinationen** von Ärzten in einer Vertragsgruppenpraxis sollen **nur mit Zustimmung der Kasse** (Bedarfsprüfung!) möglich sein; der Arzt einer Vertragsgruppenpraxis muss gegebenenfalls auch in der Zweitordination Vertragsarzt sein.
- Eine **Anstellung von Ärzten ist auszuschließen**; dies ist nur im Rahmen einer Krankenanstalt möglich.
- Für die Gruppenpraxis soll die aufwändige und **kostentreibende Vergütung nach Einzelleistungen beseitigt** werden. Zumindest sollen aber – was auch im Einzellvertragsbereich dringend geboten wäre – andere Honorierungsformen ausdrücklich zugelassen werden. **Budgetierungs – und Pauschalierungsmodelle unter Einbeziehung der ärztlichen Folgekosten wären optimal**. Sie sind nicht nur kostendämpfend, sondern bieten auch die Möglichkeit, den Ärzten eine verstärkte persönliche Zuwendung, die zu Folgekostenreduktionen führt, angemessen abzugelten.
- Ein **wirksames Qualitätssicherungssystem**, welches übrigens auch im Einzelvertragsbereich fehlt – soll zwingend vorgesehen werden. Die Ergebnisqualität soll unter anderem durch **regelmäßige Erhebungen der Patientenzufriedenheit** kontrolliert und sichergestellt werden. Damit

kann auch verhindert werden, dass Folgekosteneinsparungen „auf dem Rücken der Patienten“ (also ungerechtfertigter Weise) erzielt werden.

- **Das Leistungsspektrum der Gruppenpraxis hat alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu umfassen, die von den in der Gruppenpraxis tätigen Ärzten erbracht werden können.** Das (pauschale) Kassenhonorar deckt dieses Leistungsspektrum vollständig ab; direkte Zahlungen der Patienten (sogenannter „vertragsfreier Raum“) müssen für Leistungen der Krankenbehandlung ausgeschlossen sein.
- Der schon im Einzelvertragsbereich weit überzogene **Kündigungsschutz** für Vertragsärzte **kann für Gruppenpraxen nicht gelten**. Ein Kündigungsschutz für Gesellschaften wäre wohl in der österreichischen Rechtsordnung einzigartig.
- Klarzustellen ist, dass die **Gruppenpraxen** – wie auch die niedergelassenen Ärzte – **unecht steuerbefreit** sind. Müsste für die Leistungen der Gruppenpraxen Umsatzsteuer bezahlt werden, verteuerten sich diese für die SV und die Patienten gegenüber Einzelpraxen erheblich.
- Schließlich ist eine sinnvolle und vor allem **verfassungskonforme Abgrenzung zwischen einer Gruppenpraxis und einer Krankenanstalt** im Sinne des Krankenanstaltengesetzes zu treffen.

Es ist Sache des Gesetzgebers, diese Rahmenbedingungen sicherzustellen. Fraglich ist, was davon der Gesetzgeber tatsächlich umsetzen wird.

#### IV. Absicht des Gesetzgebers: Änderungen des Ärztegesetzes und des ASVG

Wie schon mehrmals angesprochen, steht eine gesetzliche Neuregelung der ärztlichen Gruppenpraxen in Österreich unmittelbar bevor. Zu diesem Zweck sollen das ÄrzteG 1998 und das ASVG geändert werden. Der folgenden Auflistung der gesetzgeberischen Vorhaben liegen die im Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels aktuellsten Entwürfe für die „2. Ärztegesetz-Novelle“ sowie für die „58. ASVG-Novelle“ zu Grunde.<sup>13)</sup> Angesichts der noch zu erwartenden Änderungen wird auf eine detaillierte Ausführung der geplanten Gesetzesänderungen und auf die Zitierung der entsprechenden Gesetzesbestimmungen verzichtet.

##### 1. Beabsichtigte Änderungen des ÄrzteG 1998

Die selbständige Ausübung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufes ist auch als Gruppenpraxis in der Rechtsform der eingetragenen Erwerbsgesellschaft (OEG oder KEG) zulässig.

- Gruppenpraxen sind in die Ärzteliste einzutragen.
- Die Zusammenarbeit von Ärzten kann auch als selbständig berufsfugte Gruppenpraxis erfolgen; eine Beteiligung von Dentisten ist möglich.

<sup>13)</sup> Der hier behandelte Entwurf zur 2. ÄrzteG-Novelle wurde im Oktober 2000 zur Begutachtung ausgeschickt; der Entwurf zur 58. ASVG-Novelle wurde am 30. 1. 2001 dem Ministerrat vorgelegt, dort aber zurückgestellt.

- Die Berufsbefugnis einer Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsbefugnis der an der Gruppenpraxis als **persönlich haftende Gesellschafter** beteiligten Ärzte und Dentisten.
- Unter den Gesellschaftern mit gleicher Fachrichtung ist die freie Arztwahl des Patienten zu gewährleisten.
- Als persönlich haftende Gesellschafter dürfen der Gesellschaft nur zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärzte (Anmerkung: wohl auch Dentisten, die aber im Text fehlen) angehören.
- Nur als Kommanditisten dürfen der Gesellschaft angehören:
  - Ärzte (Anmerkung: wohl auch Dentisten), die ihren Beruf vorübergehend nicht ausüben oder auf die Berufsausübung verzichten **sowie**
  - Ärzte und Dentisten, die Gesellschafter dieser fortgeführten Gruppenpraxis waren.
- Andere Personen als Gesellschafter dürfen am Umsatz oder Gewinn nicht beteiligt sein.
- Bei der Willensbildung der Gesellschaft muss persönlich haftenden Gesellschaftern ein bestimmender Einfluss zukommen (Entscheidungen nur mit Mehrheit der persönlich haftenden Gesellschafter).
- Die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes darf durch die Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) nicht beschränkt werden.
- Die Tätigkeit der Gesellschaft muss auf die Ausübung des ärztlichen Berufes einschließlich der erforderlichen Hilfstätigkeiten und die Verwaltung des Gesellschaftervermögens beschränkt sein.
- Nur **ein** Berufssitz in Österreich für Gruppenpraxis; Sitz der Gruppenpraxis ist auch Berufssitz der beteiligten Ärzte.
- Die Regelungen für Ärzte im Ärztegesetz sind sinngemäß auf Gruppenpraxen anzuwenden.
- Jeder einer Gruppenpraxis angehörende persönlich haftende Gesellschafter haftet uneingeschränkt persönlich für die Einhaltung des Ärztegesetzes sowie für die Erfüllung der Berufs- und Standespflichten.
- Die Ärztekammern sind die gesetzliche Interessensvertretung für die Gruppenpraxen (Anmerkung: auch wenn Dentisten beteiligt sind!)

## 2. Beabsichtigte Änderungen des ASVG

Im Leistungsrecht (zweiter Teil des ASVG) werden die Gruppenpraxen den Ärzten bzw. Zahnärzten (Dentisten) „gleichgestellt“. Dies betrifft die ärztliche Hilfe, die Jugendlichenuntersuchung, die Vorsorgeuntersuchung sowie die Zahnbehandlung und den Zahnersatz.

- Im sechsten Teil des ASVG, Beziehungen der SV-Träger zu den Vertragspartnern, werden die Gruppenpraxen als neue Vertragspartner eingefügt, wobei im wesentlichen folgende Änderungen geplant sind:
  - Ein eigener Gesamtvertrag für Gruppenpraxen zwischen örtlicher Ärztekammer und HV; dieser Gesamtvertrag ist verbindlich für die Einzelverträge, die zwischen dem zuständigen Träger der KV und der Gruppenpraxis abgeschlossen werden.
  - Der Gesamtvertrag für Vertrags-Gruppenpraxen hat die selben Gegenstände zu regeln wie die Gesamtverträge für Vertragsärzte (zB

- Stellenplan für Gruppenpraxen; Auswahl der Vertrags-Gruppenpraxen; Rechte und Pflichten der Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der Leistungen; Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibeweise).
- Die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vergüten.
- Auch die Gruppenpraxis-Gesamtverträge **sollen** (wie die Gesamtverträge für Vertragsärzte) eine Gesamtausgabenbegrenzung für die Tätigkeit von Vertrags- Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.
- Die vorherige Zustimmung der Gesamtvertragspartner ist erforderlich für die Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter in eine Vertrags-Gruppenpraxis und für die Änderung der medizinischen Fachgebiete in der Vertrags- Gruppenpraxis.
- Die Kriterien für die Auswahl der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen werden verbindlich durch V des BMSG festgelegt; und zwar auf **Vorschlag** der ÖÄK und nach **Anhörung** des HV.
- Die Erlöschens- und Auflösungsstatbestände sowie der Kündigungsschutz für Vertragsärzte gelten auch für Gruppenpraxen-Verträge; sie beziehen sich hier aber nur auf die persönlich haftenden Gesellschafter und können abgewendet werden, wenn der Betroffene aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausgeschlossen wird.
- Die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen ist fünfjährlich nach fachspezifischen Qualitätsstandards zu evaluieren; die Qualitätsstandards sind durch die ÖÄK auszuarbeiten und nach Abstimmung mit dem HV vom BMSG zu genehmigen.
- Es stellt einen Kündigungsgrund für die Vertrags-Gruppenpraxis dar, wenn erstens die Evaluierung nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt wird oder zweitens sich aus der Evaluierung ergibt, dass die Tätigkeit der Vertrags- Gruppenpraxis nicht den Qualitätsstandards entspricht.
- Keine Heilmittel-Abgabe durch Hausapotheken führende Gruppenpraxen; die Gruppenpraxen haben aber eine Verordnungsbefugnis.
- Die in der Regierungsvorlage zum Stand Dezember 2000 noch enthaltene Bestimmung, dass im Gruppenpraxis-Gesamtvertrag „die Möglichkeit eines Beschäftigungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertrags-Gruppenpraxis“ zu regeln ist, findet sich im aktuellen Entwurf nicht mehr. Diese Bestimmung hätte auf die Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertragsgruppenpraxis abgezielt.

## V. Kritik an den beabsichtigten Gesetzesänderungen

Eine gesetzliche Regelung der Gruppenpraxen ist ausdrücklich zu begrüßen. Positiv ist, dass gleichzeitig mit der Aufnahme der Gruppenpraxen in das Ärztegesetz auch das ASVG geändert wird. Eine wirkliche Bedeutung kommt nämlich den Gruppenpraxen nur dann zu, wenn sie in das sv-rechtli-

che Versorgungssystem eingebunden werden. Wenn dies in einer sinnvollen Art geschieht, könnten die Gruppenpraxen – wie oben schon ausführlich dargestellt – Vorteile für die Patienten, die Ärzte und die SV bringen.

Die aktuell vorliegenden Gesetzesänderungs-Vorschläge enthalten allerdings viele der diesbezüglich notwendigen Rahmenbedingungen (siehe dazu oben Punkt III.) nicht. Im Folgenden soll nur eine kurze (kritische) Bewertung der dargestellten Änderungsvorschläge erfolgen.

## 1. Kritik an der Ärztegesetznovelle

### a) Verfassungsrechtliche Bedenken

Im eingangs angeführten Erkenntnis vom 1. März 1996 hat der Verfassungsgerichtshof unter anderem ausgeführt: „Die in Prüfung gezogene Vorschrift untersagt nämlich nicht nur die Bildung von Ärztesellschaften, welche in Wirklichkeit Heil- und Pflegeanstalten sind, sondern auch – und darum geht es – die Bildung von Gesellschaften bloß zum Zweck der Errichtung und zum – technischen – Betrieb von Ordinations- und Apparategemeinschaften.“<sup>14)</sup> Der Verfassungsgerichtshof vertritt also ganz offensichtlich die Auffassung, dass Ärztesellschaften, die den Patienten gegenüber als solche in Erscheinung treten (wie dies bei den geplanten Gruppenpraxen der Fall ist), als Heil- und Pflegeanstalten gelten.

Diese Auffassung ergibt sich auch schon aus dem Erkenntnis des VfGH vom 7. März 1992,<sup>15)</sup> in dem es der VfGH als typisches Merkmal für Einrichtungen, die dem Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ zuzuordnen sind, ansieht, „wenn ein (Behandlungs-) Vertrag (welcher Art immer) mit dem Träger der einer sanitären Aufsicht unterliegenden Einrichtung vorliegt, der jedenfalls auch eine Rechtsbeziehung zwischen diesem Träger und den Benützern der Einrichtung begründet.“

Angesichts dieser Sichtweise des VfGH<sup>16)</sup> ist es mehr als fraglich, ob die vorliegende ärztegesetzliche Regelung der Gruppenpraxen, die durch Bundesgesetz auf Basis des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ verwirklicht werden soll, verfassungskonform erlassen wird. Handelt es sich nämlich bei einer Gruppenpraxis – beurteilt nach der Gesetzeslage zum „Versteinerungszeitpunkt“ 1. 10. 1925 – generell (unabhängig vom Organisationsgrad) um eine „Heil- und Pflegeanstalt“, müsste die Regelung auf Basis des Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG erfolgen. Dem Bund stünde dann nur die Grundsatzgesetzgebung zu, die Länder müssten Ausführungsgesetze erlassen.

Will man eine solche wenig praktikable Rechtssituation (ein Grundsatzgesetz des Bundes, neun verschiedene Ausführungsgesetze der Länder) vermeiden, bleibt nur die Möglichkeit, eine **verfassungsrechtliche** Neuregelung vorzunehmen, dass es sich bei Gruppenpraxen (entweder generell oder un-

<sup>14)</sup> VfGH 1. 3. 1996, G 1279, 1280/95 = SozSi 1996, 590 ff = RdM 1996, 93 ff mit Anm Kopetzki.

<sup>15)</sup> VfGH 7. 3. 1992, G 198, 200/90 = VfSlg 13.023.

<sup>16)</sup> Krit dazu *Kux*, Gefahr für Ordinationen und Gruppenpraxen, ÖAZ 1992 H 11, 42.

terhalb eines bestimmten Organisationsgrades) nicht um „Heil- und Pflegeanstalten“ handelt und somit Regelungen auf Basis des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ erfolgen können.

Sollten hingegen ärztliche Zusammenarbeitsformen, die den Patienten gegenüber auftreten, aufgrund der bestehenden Verfassungsrechtslage nicht generell als „Heil- und Pflegeanstalten“ anzusehen sein, sondern nur dann, wenn sie nach ihrer Größe und ihrem Organisationsgrad einer Krankenanstalt entsprechen, ist auch eine verfassungskonforme Regelung im ÄrzteG möglich; und zwar müssten dafür in der ÄrzteG-Novelle entsprechend klare Abgrenzungskriterien vorgesehen werden.<sup>17)</sup>

Die im vorliegenden Entwurf der ÄrzteG-Novelle enthaltenen Abgrenzungsversuche (nur Gesellschaftsform der OEG oder KEG; freie Arztwahl; bestimmender Einfluss der persönlich haftenden Gesellschafter)<sup>18)</sup> reichen dafür mE nicht aus. Auf Basis des vorliegenden Entwurfes wären nämlich durchaus Gruppenpraxen (gewissermaßen als ärztliche Ordinationsstätten und mit der Ärztekammer als gesetzlicher Interessensvertretung) möglich, die in Wirklichkeit nach ihrem Organisationsgrad und der Anzahl der im Rahmen dieser Einrichtung tätigen Ärzte und Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe eindeutig Krankenanstalten sind.

### b) Zulassung von Kommandit-Erwerbsgesellschaften

An den geplanten Gruppenpraxen können Ärzte und Dentisten beteiligt sein, die nicht darin arbeiten; und zwar als Kommanditisten. Um eine zweckwidrige Verwendung „öffentlicher“ Gelder zu verhindern, sollten Kommanditerwerbsgesellschaften nicht als Rechtsform der Gruppenpraxen zugelassen werden.

### c) Ärztekammer als Interessensvertretung für Dentisten

Der Entwurf sieht vor, dass neben Ärzten auch Dentisten persönlich haftende Gesellschafter sein können. Die Ärztekammern, als die gesetzliche Interessensvertretung für Gruppenpraxen, müssen also nach dem Entwurf auch die Interessen von Dentisten vertreten. Dies übersteigt mE die auf die Berufsgruppe der Ärzte bezogene Selbstverwaltungskompetenz der Ärztekammern.

### d) Kein ausdrückliches Anstellungsverbot von Ärzten

Der Entwurf enthält kein ausdrückliches Anstellungsverbot von Ärzten in einer Gruppenpraxis. Angesichts der bekannten Bestrebungen der Ärztekammern, eine Anstellung von Ärzten bei anderen Ärzten (insbesondere auch bei Vertragsärzten) zu ermöglichen, ist davon auszugehen, dass die Ärztekammern aus berufsrechtlicher Sicht eine solche Anstellung in Gruppenpraxen für zulässig erachten werden.

<sup>17)</sup> Vgl dazu die in FN 15 und 16 zitierten Erkenntnisse des VfGH sowie *Windisch-Graetz*, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 149.

<sup>18)</sup> Vgl dazu die Erläuterungen zur 2. ÄrzteG-Novelle, die im Oktober 2000 zur Begutachtung ausgesendet wurde.



Abgesehen davon, dass bei Anstellung eines Arztes zweifellos eine Krankenanstalt vorliegen würde,<sup>19)</sup> ist eine solche Anstellungsmöglichkeit bei Ärzten oder Gruppenpraxen abzulehnen. Mangels Berücksichtigung in einem Stellenplan würde dies nämlich zu einer unbeeinflussbaren Leistungsvermehrung führen. Außerdem würde damit dem Verständnis der Gruppenpraxis als **freiberufliche** Zusammenarbeitsform von Ärzten bzw. Dentisten widersprochen.

## 2. Kritik an der ASVG-Novelle

### a) Positive Regelungen

Der aktuell vorliegende Entwurf beinhaltet einige klare Verbesserungen gegenüber dem im Herbst 2000 ausgesendeten Entwurf der 58. Novelle zum ASVG. Folgende Vorhaben sind positiv hervorzuheben:

- Eigener Gesamtvertrag für Gruppenpraxen
- Keine Möglichkeit, die Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertrags-Gruppenpraxis im Gesamtvertrag zu regeln
- Hinweis auf Gesamtausgabenbegrenzung auch für Vertrags- und Wahl-Gruppenpraxen
- Bedarfsprüfung für Invertragnahme sowie Erweiterung einer Vertrags-Gruppenpraxis
- Kündigungsgrund für Vertragsgruppenpraxis, wenn die Tätigkeit nicht den definierten Qualitätsstandards entspricht.

### b) Negative Regelungen

Die folgenden Regelungen im Entwurf sind für die Patienten bzw die SV (Versichertengemeinschaft) negativ.

#### aa) Grundsatz der Einzelleistungsvergütung

Auf die negativen Auswirkungen der Vergütung nach Einzelleistungen wurde schon in der Einleitung hingewiesen. Das Pilotprojekt in Stadl Paura zeigt dem gegenüber Möglichkeiten auf, wie durch ein alternatives (pauschales) Honorierungssystem Vorteile für alle Beteiligten erzielt werden können.

Der Entwurf zur 58. ASVG-Novelle lässt den Grundsatz der Vergütung nach Einzelleistungen nicht nur für die Tätigkeit von Vertragsärzten bestehen, sondern ordnet diesen Grundsatz auch für Vertrags-Gruppenpraxen an. Der Gesetzgeber verhindert damit innovative Weiterentwicklungen des ärztlichen Honorierungssystems mit kostendämpfenden und qualitätserhöhenden Anreizen.

#### bb) Keine Verpflichtung zur Weitergabe von Kostenvorteilen

Die zweifellos vorhandenen betriebswirtschaftlichen Kostenvorteile einer Gruppenpraxis gegenüber Einzelpraxen müssten schon von Gesetzes wegen zu niedrigeren Tarifen führen. Es wird den KV-Trägern nur sehr

<sup>19)</sup> Vgl dazu VfGH 7. 3. 1992, G 198, 200/90 = VfSlg.13.023; Mazal, RdM 1998, 164; Windisch-Graetz, RdM 1995, 144 und 147.

schwer gelingen, in den Gesamtvertragsverhandlungen mit den Ärztekammern adäquate Tarifabschlüsse für Gruppenpraxen zu erreichen.

### cc) Kein Einfluss des Krankenversicherungsträgers auf die Auswahl seiner Vertragspartner

Es ist mE ein wesentlicher Eingriff in die Autonomie der KV-Träger, wenn die Kriterien für die Auswahl der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen verbindlich durch Verordnung des BMSG festgelegt werden, wobei der SV (dem HV) nur ein Anhörungsrecht zukommen soll, während der Österreichischen Ärztekammer ein Vorschlagsrecht zukommt. Immerhin geht es um die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung durch bestmögliche Vertragspartner, wofür primär die soziale KV zuständig ist. Es wäre daher naheliegend, den KV-Trägern bzw dem HV den Haupteinfluss bei der Gestaltung der Reihungskriterien zu übertragen.

### dd) Kündigungsschutz für Gesellschaft unüblich und anachronistisch

Es ist verwunderlich, dass der Gesetzgeber den nicht unumstrittenen, weil sehr weitgehenden Kündigungsschutz der freiberuflich tätige Ärzte nunmehr auch auf Vertrags- Gruppenpraxen ausdehnt. Abgesehen davon, dass dies in Zeiten, in denen (fast) alle Pragmatisierungen und Kündigungsbeschränkungen im unselbständigen Bereich in Frage gestellt werden, anachronistisch anmutet, ist ein solcher Kündigungsschutz für eine Gesellschaft mE durch ein besonders ausgeprägtes Schutzbedürfnis der Gesellschafter nicht zu rechtfertigen.

Im Übrigen kann nach dem vorliegenden Entwurf eine Vertrags-Gruppenpraxis die beharrlich oder schwerwiegend den Vertrag verletzt hat (und sich dadurch unter Umständen längere Zeit bereichert hat), nicht gekündigt werden, wenn sie einen für diese Verfehlungen verantwortlichen persönlich haftenden Gesellschafter präsentiert und diesen aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine solche Abwendungsmöglichkeit eines Kündigungsgrundes widerspricht klar der Gesamtverantwortung des Vertragspartners „Gruppenpraxis“.

### ee) Mindeststandards hinsichtlich Versorgungswirksamkeit fehlen

Es wäre wünschenswert, wenn im Gesetz selbst Mindeststandards für die Versorgungswirksamkeit der Gruppenpraxis (zB Ausmaß und kundenfreundliche Verteilung der Ordinationszeiten; Anwesenheitspflichten usw) vorgeschrieben worden wären. Es ist aber durchaus ausreichend, wenn solche Mindeststandards hinsichtlich einer Servicequalität in die geplanten „fachspezifischen Qualitätsstandards“ Eingang finden. Qualität hängt nämlich nicht nur von der medizinischen Versorgung, sondern auch von einer kundenfreundlichen Abwicklung der Versorgung ab.

### ff) Keine Heilmittelabgabe durch Hausapotheken führende Gruppenpraxen

Im Apothekengesetz ist derzeit eine Hausapotheke für Gruppenpraxen nicht vorgesehen. Folgerichtig wurde auch § 350 Abs 1 ASVG, der die Ab-



gabe von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung der KV-Träger regelt, nicht um die Abgabemöglichkeit durch Gruppenpraxen erweitert.

In der Praxis kann dies erhebliche Wettbewerbsnachteile und damit eine Unattraktivität von Gruppenpraxen (zB mit zwei Ärzten für Allgemeinmedizin im ländlichen Bereich) bedeuten. Insbesondere wird es Probleme geben, wenn sich ein Arzt mit bestehender Hausapotheke in eine Gruppenpraxis einbringen will. Er würde dann nämlich die Abgabemöglichkeit der Medikamente über die Hausapotheke verlieren. Hier ist eine mit dem Apothekengesetz abgestimmte sinnvolle Regelung zu finden.

## VI. Ausblick

Insgesamt ist die bedarfsorientierte Zulassung ärztlicher Gruppenpraxen positiv zu beurteilen. Die aktuellen Absichten des Gesetzgebers sind wesentlich sachgerechter als die im Herbst 2000 ausgesendeten Entwürfe. Die aufgezeigten Kritikpunkte müssten angesichts der grundsätzlich positiven Einstellung sowohl der SV als auch der Ärztekammern zu den Gruppenpraxen am Verhandlungstisch gelöst werden können. Eine Einigung der zukünftigen Gesamtvertragspartner sollte dann Eingang in die entsprechenden Gesetze finden. Auf jeden Fall wird es in der Verantwortung der Gesamtvertragsparteien (Ärztekammern und Kassen) liegen, inwieweit die aufgezeigten Chancen und Vorteile der Gruppenpraxen für die Versicherten, Ärzte und Kassen tatsächlich wirksam werden.

Andreas Hänlein

# Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Die Entwicklung in der BRD bis 1999

## I. Zur Themenstellung

Beginnen möchte ich mit einigen Bemerkungen zum begrifflichen Gehalt des mir gestellten Themas: „Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Die Entwicklung in der BRD bis 1999“. Fünf Elemente verdienen eine Betrachtung, zuallererst das Element des „Steuerungsmittels“.

### 1. Steuerung und Steuerungsmittel

„Steuerung“ ist ein modischer Begriff, der in Politologie, Soziologie und Wirtschaftswissenschaften Konjunktur hat. Auch in der juristischen Provinz ist diese Mode inzwischen angekommen, insbesondere im Sozialrecht, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>1)</sup> Ursprünglich stammt der Begriff aus der „Steuerungswissenschaft“, aus der Kybernetik. Kybernaein, gubernare, kybernetes, gubernator: Steuermann, Pilot, der aber nicht bloß steuerte, sondern auch die Leitung des gesamten Schiffes unter sich hatte, wie mir mein griechisches Lexikon mitteilt.<sup>2)</sup>

Mir scheint, Steuerung sei ein Begriff, der Problemlösungskompetenz suggeriert in einem Feld, das den Menschen nahe geht und das deshalb wahlentscheidend sein kann. Über die Gesundheitsministerin erweist zugleich der Kanzler, ob er das Gesundheitsschiff im Griff hat. Hier kommt es mehr auf Schein als auf Sein an; das Mittel der Wahl ist deshalb die Budgetierung.

### 2. Budget und Budgetierung

Budget ist an sich ein staatswissenschaftlicher Begriff, der den Haushaltsplan meint, eine „für die Haushaltsführung aufgestellte Übersicht der in der bevorstehenden Finanzperiode beabsichtigten Ausgaben sowie der zur Deckung derselben vorgesehenen Einnahmen einer (öffentlichen) Wirt-

<sup>1)</sup> Vgl. Kötter, Die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (2000), dort zum Begriff der Steuerung 44f.

<sup>2)</sup> Bensele/Schenke/Kaegi, Griechisch-Deutsches und Deutsch-Griechisches Schulwörterbuch (1911).

schaft“.<sup>3)</sup> In jüngster Vergangenheit wird dieser Begriff in hiervon abweichender Bedeutung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als Element vielfältiger Komposita gebraucht, von denen ich Ihnen einige noch vorstellen werde. Der Begriff meint hier stets die „Festlegung einer Ausgabengrenze als Höchstgrenze“,<sup>4)</sup> die Zuteilung einer bestimmten Ration an Mitteln. Boecken hat gezeigt,<sup>5)</sup> dass Budget Ration, Budgetierung Rationierung bedeutet, und zwar Rationierung durch die Hintertür, indem die Leistungsansprüche der Versicherten scheinbar unberührt bleiben, während das „Budgetprinzip“ auf die sogenannten Leistungserbringer einzuwirken sucht.

### 3. Budgetierung der ärztlichen Eigenkosten

Es soll dargestellt werden, wie sich die Budgetierung der ärztlichen Eigenkosten in Deutschland entwickelt hat. Aus der Vielfalt der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die ganz unterschiedliche Leistungserbringer abwickeln, soll hier also die „ärztliche Behandlung“ herausgegriffen werden, wobei unter „Arzt“ der ambulant behandelnde Arzt verstanden wird. Nicht ins Blickfeld gerät das Feld der stationären Behandlung, das ebenfalls sehr komplizierten eigenen Regeln folgt, die sich freilich zunehmend dem ambulanten Vergütungssystem annähern.

„Eigenkosten“ des Arztes, das erinnert zwar an das früher im Krankenhausrecht maßgebliche „Selbstkostendeckungsprinzip“. Das ist aber nicht gemeint, und wir sollten daher lieber vom Honorar des Arztes sprechen, denn noch gilt die alte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, nach der auch der Kassenarzt einen freien Beruf ausübt.<sup>6)</sup> Es sind deshalb Honorare, die er liquidiert, wie es ja auch im „Honorarverteilungsmaßstab“ durchaus noch anklingt.

### 4. Budgetierung der ärztlichen Folgekosten

Nicht um die Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit, sondern um etwas deutlich anderes geht es bei der Budgetierung der ärztlichen Folgekosten. Im Bereich der ambulanten Versorgung hängt die Inanspruchnahme nichtärztlicher Leistungen regelmäßig von einer vorherigen ärztlichen Verordnung ab. Entsprechendes gilt für die Inanspruchnahme stationärer Behandlung im Krankenhaus. Insofern verursacht der Arzt durch sein Verhalten Folgekosten, um deren Begrenzung sich die Gesundheitspolitik bemüht. Das Mittel der Budgetierung ist insoweit insbesondere in Bezug auf die Versorgung mit Arznei-, Verband und Hilfsmitteln vorgesehen.

### 5. Die Entwicklung in der BRD bis 1999

Vorgegeben ist mir schließlich der Ansatz der Darstellung. Es geht um einen historischen Rückblick, der offenbar den fünfzigjährigen Zeitraum von

<sup>3)</sup> Handwörterbuch der Staatswissenschaften III<sup>4</sup> (1926) 85; zit bei Boecken, MedR 2000, 165 (166).

<sup>4)</sup> Boecken, MedR 2000, 165 (166).

<sup>5)</sup> Boecken, MedR 2000, 165 (167f).

<sup>6)</sup> BVerfGE 11, 30ff.

1949 bis 1999 erfassen soll. Der Schlußpunkt, der sich bereits meiner Darstellung entzieht, ist die Gesundheitsreform 2000, die am 1. 1. 2000 in Kraft getreten ist. Als Ausgangspunkt für den aufgeworfenen Fragenkomplex eignet sich allerdings das Jahr 1949 weniger. Wesentliche Weichenstellungen wurzeln vielmehr bereits im Notverordnungsrecht der Jahre 1930 bis 1934 vorgenommen, das 1955 in Teilen wiederbelebt wurde und das ich deshalb zumindest streifen muss.

## II. Die Entwicklung der Budgetierung der Vertragsarzthonorare

### 1. Vorbemerkung

Kennzeichnend für die Budgetierung der Honorare der Kassenärzte ist die Zuweisung begrenzter finanzieller Mittel für einen bestimmten Zeitraum an ein Zwangskollektiv der Ärzte, die dann in Eigenregie des Kollektivs unter dessen Angehörige verteilt werden. Das Budget ist hier eine Art kollektiver Festbetrag. Das „Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“ heißt „Gesamtvergütung“ (§ 85 Abs 2 S 2 HS 1 SGB V). Die „Gesamtvergütung“ wird im sogenannten „Gesamtvertrag“ festgelegt, den die Krankenkassen auf Landesebene mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren, und sodann von den Kassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen überwiesen. Die Verteilung dieses Betrages erfolgt aufgrund des bereits erwähnten „Honorarverteilungsmaßstabes“, eine Art Satzung der Kassenärztlichen Vereinigungen. An der Höhe der „Gesamtvergütung“ setzt Budgetierungstechnik vor allem an, wie es dem historischen Sinn dieses Instituts entspricht. Weitere Budgetierungsinstrumente haben ergänzenden Charakter.

### 2. Budgetierung und Gesamtvergütung

Daß die Gesamtvergütung im Kostendämpfungsdienst zu ihrem Wesen findet, zeigt ein historischer Rückblick.

#### a) Gesamtvergütung als überlieferter Ansatzpunkt budgetierter Arzthonorare

In den Krisenjahren um 1930 wurde das Kassenarztwesen grundlegend neu gestaltet.<sup>7)</sup> Um der Drohung der Regierung Brüning entgegenzutreten, die Kassenärzte zu Kassenangestellten zu machen, schlugen die Ärzteverbände 1931 ein Programm vor, das dann in Form von Notverordnungen erlassen wurde. Inhalt dieser Notverordnungen war neben Leistungskürzungen einerseits eine Vermehrung der Kassenarztsitze und andererseits eine Koppelung der Ausgaben für ärztliche Behandlung an die Entwicklung der Kasseneinnahmen, wobei die Ärzteschaft die Verteilung der Gelder und die Kontrolle ihrer Verwendung übernehmen sollte. Diese Aufgaben wurden

<sup>7)</sup> Zur Vorgeschichte Hänlein, VSSR 1993, 169 (170f); Kötter, aaO (FN 1) 114ff; zum Notverordnungsrecht Sauerborn, BArbBl 1953, 205 (212ff).

von neu ins Leben gerufenen, genossenschaftlich organisierten Körperschaften des öffentlichen Rechts,<sup>8)</sup> den „Kassenärztlichen Vereinigungen“, erfüllt, an die die Kassen auf der Grundlage von „Gesamtverträgen“ die so genannte „Gesamtvergütung“ zu zahlen hatten.<sup>9)</sup>

Die Höhe der Gesamtvergütung wurde durch Multiplikation zweier Faktoren ermittelt. Die Mitgliederzahl der Krankenkasse wurde mit einem sogenannten „Kopfpauschale“ multipliziert, dh mit „dem durchschnittlichen Jahresbedarf an ärztlichen Leistungen für ein Kassenmitglied“. Das Kopfpauschale wurde für jede Krankenkasse auf der Basis der Jahre 1930 bzw 1931 gesondert berechnet. Seine Anpassung war an den „Grundlohn“ der Mitglieder und damit an die Grundlohnsumme der Krankenkasse gekoppelt. Auf diese Weise wurde die Gesamtvergütung an die Entwicklung der Kasseneinnahmen gebunden und so von der Entwicklung des medizinischen Bedarfs abgekoppelt.<sup>10)</sup>

Prägendes Merkmal der Gesamtvergütung war also bei ihrer Erfindung das Element der Honorardeckelung, das in ihrer Anbindung an die Entwicklung der Kassenfinanzen zum Ausdruck kam. Die Gesamtvergütung wurde als Budgetierungsinstrument ins Leben gerufen.

#### b) Aufgabe des Budgetierungscharakters der Gesamtvergütung 1955

In den fünfziger Jahren griff der deutsche Gesetzgeber mit dem „Gesetz über das Kassenarztrecht“ (GKAR)<sup>11)</sup> wesentliche Elemente des Notverordnungsrechts zwar wieder auf.<sup>12)</sup> Zu diesen Elementen zählte das Kollektivvertragssystem, die Gesamtvergütung und der Honorarverteilungsmaßstab, nicht jedoch das Budgetierungselement. Das Volumen der Gesamtvergütung hing nun nämlich nicht mehr entscheidend von der Höhe des Grundlohns und damit von den Finanzen der Krankenkassen ab. Sogar während der Laufzeit eines Vertrages war nun vielmehr eine Anpassung an eine „Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen“ vorgesehen. Damit hatte sich der Charakter des Kopfpauschale als Berechnungsfaktor der Gesamtvergütung entscheidend verändert.<sup>13)</sup> Zudem wurde die Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen zur Wahl gestellt.<sup>14)</sup>

<sup>8)</sup> *Schneider*, Handbuch des Kassenarztrechts (1994) 37.

<sup>9)</sup> *Jütte/Wolff*, Geschichte der deutschen Ärzteschaft (1997) 131; zu den Notverordnungen vom Dezember 1931 und Januar 1932 *Krause*, SGB 1981, 404 (406 mwN); *Sauerborn*, BArbBl 1953, 205 (211 ff).

<sup>10)</sup> *Hänlein*, VSSR 1993, 169 (171); *Stiller*, Der Honoraranspruch des „überbeschäftigten“ Kassenarztes (1992) 21–24; *Siebeck*, Vertrags- und Vergütungssystem im Kassenarztrecht (1964) 32–35; *Schneider*, aaO (FN 8) 41 f.

<sup>11)</sup> Gesetz vom 17. 8. 1955, BGBl I 1955, 513.

<sup>12)</sup> *Jütte/Gerst*, Geschichte der deutschen Ärzteschaft (1997) 222–224 mit dem Hinweis, daß 1955 dieselben Personen federführend waren wie bereits 1931/1932, nämlich der Landespolitiker *Haedenkamp* und der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium *Sauerborn*; vgl auch *Schirmer*, MedR 1996, 404 (408 f).

<sup>13)</sup> *Siebeck*, aaO (FN 10) 41.

<sup>14)</sup> § 368 f Abs 3 RVO idF d G v 17. 8. 1955, BGBl I 1955, 513.

#### c) Die Phase der Einzelleistungsvergütung mit gelegentlicher ärztlicher Selbstbeschränkung/beginnende Kostendämpfungsgesetzgebung

Von der Option, die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen zu berechnen, wurde in der Zeit von 1960 bis in die siebziger Jahre hinein allgemein Gebrauch gemacht.<sup>15)</sup> Da es diese Berechnungsmethode gestattet, die Verteilungsmasse an den erbrachten Leistungen auszurichten, wurde das Morbiditätsrisiko auf die Kassen verlagert.

Seit der Wirtschaftskrise 1973/1974, die Einnahmeprobleme bei den Krankenkassen verursachte, geriet die kassenärztliche Honorarpolitik jedoch allmählich unter Druck. Infolgedessen ließen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf gewisse freiwillige Zugeständnisse bei der Fortschreibung der Gesamtvergütungen ein.<sup>16)</sup>

Das Spargesetz dieser Phase, das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977,<sup>17)</sup> das erste Spargesetz im Gesundheitswesen nach dem Zweiten Weltkrieg, unternahm einen ersten, freilich noch sehr zarten Anlauf, die Entwicklung der Gesamtvergütungen wieder an die Entwicklung der Grundlohnsumme zu knüpfen. Die Vertragspartner mussten nun die Empfehlungen der neu geschaffenen Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen über die Höhe der Gesamtvergütung (§§ 405 a, 368 f IV RVO) „angemessen berücksichtigen“, die sich wiederum an der Entwicklung der Grundlohnsumme zu orientieren hatten; allerdings verblieb den Vertragspartnern dabei ein beachtlicher Spielraum (vgl § 368 f Abs 3 RVO).<sup>18)</sup>

In den achtziger Jahren wechselten sich dann Phasen freiwilliger Selbstbeschränkung bei der Honorarentwicklung mit Phasen ungezügelter Abrechnung nach Einzelleistungen ab.<sup>19)</sup>

#### d) Die Rückverwandlung der Gesamtvergütung zum Budgetierungsinstrument (*Seehofer*)

Nachdem der Budgetierungseffekt infolge der Vorschriften des Gesetzes über das Kassenarztrecht über die Berechnung der Gesamtvergütung zwischenzeitlich entfallen war, ist die jüngere und jüngste Gesetzgebung im Ergebnis wieder zum System des Notverordnungsrechts zurückgekehrt, und zwar in mehreren Schritten. Markstein des politischen Umschwungs ist das *Seehofersche Gesundheitsstrukturgesetz* von 1992.<sup>20)</sup>

#### aa) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Zuvor hatte bereits das *Blümsche Gesundheitsreformgesetz* 1989<sup>21)</sup> den erwähnten zarten Ansatz des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes aufgegriffen und Krankenkassen und Leistungserbringer verpflicht-

<sup>15)</sup> *Hänlein*, VSSR 1993, 169 (172) mwN in FN 25.

<sup>16)</sup> *Gerlinger*, Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik (1997) 92 f.

<sup>17)</sup> KVKG vom 27. 6. 1977, BGBl I 1069.

<sup>18)</sup> Vgl *Gerlinger*, aaO (FN 16) 89.

<sup>19)</sup> Eingehend *Gerlinger*, aaO (FN 16) 95–106.

<sup>20)</sup> „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)“ vom 21. 12. 1992, BGBl I 2266.

<sup>21)</sup> G v 20. 12. 1988, BGBl I 2477.

tet, bei Vergütungsvereinbarungen den sog. „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ zu beachten (§§ 71, 141 Abs 2 SGB V). Auf die Gesamtvergütung war dieser Grundsatz zunächst allerdings nicht ausdrücklich bezogen. Das Instrument beließ zudem Schlupflöcher, denn der Grundsatz sollte nicht gelten, wenn „die notwendige medizinische Versorgung ... auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet“ war (vgl. §§ 71 Abs 1, 141 Abs 2 S 3 SGB V aF).

Der „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ damaliger Erscheinungsform war also ein wenig spezifisches und sehr weiches Instrument, gewissermaßen ein Globalbudget in statu nascendi.

Das Instrument wurde dann beim nächsten, dem Seehoferschen Reformschub noch ein wenig durch die ausdrückliche Klarstellung gehärtet, daß der Grundsatz auch bei der Anpassung der Gesamtvergütung wirklich gilt (§ 85 Abs 3 S 2 SGB V). Schärfe sollte dem Grundsatz jedoch erst einige Jahre später, mit der Gesundheitsreform 2000, zuwachsen.<sup>22)</sup>

#### bb) Budgetierung der Gesamtvergütung 1993 bis 1995

Eine strikte Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung bewirkte demgegenüber die ebenfalls vom Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehene strenge Bindung der Anpassung der Gesamtvergütungen an die Einnahmen der Krankenkassen in den Jahren 1993 bis 1995 (§ 85 Abs 3 a/b SGB V).<sup>23)</sup> Das Gesetz schrieb nun vor, dass sich „die zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütung als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen .... in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern (dürften), um den sich die . . . . beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied verändern“. Dies war nun ein echtes Budget, das rechtstechnisch erneut an der Fortschreibung der Gesamtvergütungen ansetzte. Es handelte sich also um eine „Honorarzuwachs-Obergrenze“.<sup>24)</sup>

#### cc) Budgetierung der Gesamtvergütung 1999 (Fischer)

Dasselbe gilt für die Beschränkung der Anpassung der Gesamtvergütung, die das rot-grüne GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz für das Jahr 1999 vorschrieb.<sup>25)</sup>

Art 14 dieses Gesetzes regelte „die Gesamtvergütung der Vertragsärzte im Jahr 1999“ und schrieb vor, dass sich die zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütung der Vertragsärzte als Ausgabenvolumen für die

<sup>22)</sup> Vgl. § 71 SGB V idF d. Art 1 Nr 28 des GKV-GesundheitsreformG 2000 v. 22. 12. 1999, BGBl I 2626 ff.

<sup>23)</sup> Eingeführt durch Art 1 Nr 43 f des „Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)“ v. 21. 12. 1992, BGBl I 2266.

<sup>24)</sup> Vgl. Clemens, MedR 2000, 17.

<sup>25)</sup> Art 14 und 15 des „Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG)“ vom 19. 12. 1998, BGBl I 3853; Einzelheiten bei Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 74 ff.

Gesamtheit der zu vergütenden ärztlichen Leistungen im Jahr 1999 höchstens um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern dürften.<sup>26)</sup>

#### e) Fazit

Die Gesamtvergütung ist heute wieder – wie zu ihrer Entstehungszeit – der wichtigste Ansatzpunkt zur Budgetierung der Arzthonorare. Budgetierung meint hier, dass die Honorarentwicklung nicht vom Volumen der erbrachten Leistungen, sondern von der Entwicklung der Kassenfinanzen abhängt. Richtgröße für die Entwicklung der Kassenfinanzen ist dabei die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. War freilich die Seehofersche Budgetierung als vorübergehende Honorardeckelung konzipiert, wurde sie inzwischen – in Form des von der GKV-Gesundheitsreform 2000 neugefaßten „Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ (§ 71 SGB V nF) – zum dauerhaften Prinzip erhoben.

### 3. Budgetierung und Honorarverteilung

#### a) Vorbemerkung

Ist die Deckelung der Gesamtvergütung das prinzipiale Budgetierungsinstrument, so gibt es doch daneben begleitende, sekundäre Instrumentarien. Die auf die Kollektive zielende Grobsteuerung wird durch Feinsteuerung ergänzt, die Teilkollektive oder Individuen ins Visier nimmt. Heimat solcher Feinsteuerung ist in erster Linie der Honorarverteilungsmaßstab.

#### b) Vom Sinn der Honorarverteilung in ärztlicher Eigenregie

In einer Entscheidung aus dem Jahr 1972<sup>27)</sup> hat das Bundesverfassungsgericht die Honorarverteilung nach Maßgabe von Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen als verfassungsmäßig beurteilt. Die Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Erlass von Honorarverteilungsmaßstäben genüge den verfassungsrechtlichen Anforderungen, dass nämlich der staatliche Gesetzgeber einen autonomen Berufsverband am ehesten zur Ordnung berufsinterner Angelegenheiten ermächtigen darf, die das Verhältnis der Verbandsmitglieder untereinander betreffen.<sup>28)</sup> Bei der Honorarverteilung gehe es um die Verteilung einer Gesamtvergütung „zwischen den zugelassenen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen, also einen für die selbstverantwortliche Ordnung interner Angelegenheiten naheliegenden und bevorzugt geeigneten Bereich“.<sup>29)</sup>

Für die Regelung in kollektiver Eigenverantwortung der Berufsgruppe ist die Einziehung und Weitergabe der ärztlichen Honorare grundsätzlich in

<sup>26)</sup> Näher geregelt in Art 18 des G; das Institut der „Veränderungsrate“ war zunächst durch das 2. GKV-NOG als Obergrenze für die Anpassung der krankenhausrrechtlichen Fallpauschalen und Sonderentgelte in § 6 BPflV eingeführt worden (Art 11 Nr 2 a des 2. GKV-NOG vom 23. 6. 1997, BGBl I 1520).

<sup>27)</sup> BVerfGE 33, 171.

<sup>28)</sup> BVerfGE 33, 171 (183).

<sup>29)</sup> BVerfG, ebd.

der Tat geeignet. Dies beweist auch die Beobachtung, dass sich Ärzte vielfach auch im Hinblick auf die Einziehung der Honorare für privatärztliche Tätigkeit freiwillig zu berufsständischen „privatärztlichen Verrechnungsstellen“ zusammenschließen, an die die ärztlichen Honorarforderungen abgetreten oder denen diesbezügliche Einzugsermächtigungen erteilt werden, so dass die Verrechnungsstellen im Ergebnis ähnlich wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungen der Ärzte sammeln und prüfen, bei den Auftraggebern, hier also bei den Patienten, die Honorare einfordern und im Blick auf die Zahlungseingänge die beteiligten Ärzte honorieren.<sup>30)</sup>

Mit der Tätigkeit dieser Verrechnungsstellen ist die Honorarverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung unter der Voraussetzung vergleichbar, dass die Gesamtvergütung als verteilungsfähige Masse vom Volumen der insgesamt erbrachten ärztlichen Leistungen abhängt und an deren Vermehrung oder Verminderung angepasst wird, wie es in der Phase der Einzelleistungsvergütung der Fall war.

Bei seiner Einführung im Jahr 1931 hatte der Honorarverteilungsmaßstab hingegen nicht der Verteilung eines prinzipiell stets ausreichenden, nach oben offenen Finanzvolumens gedient, sondern war dazu gedacht, Sparmaßnahmen bei den Ausgaben der Kassen für ärztliche Behandlung in ärztlicher Eigenregie an die Kassenärzte weiterzugeben.<sup>31)</sup> Aufgrund der jüngeren und jüngsten Gesetzgebung ist dies auch heute wieder der Sinn der ärztlichen Honorarverteilung. Nach den Worten des Bundessozialgerichts besteht heute eine wesentliche Aufgabe des Honorarverteilungsmaßstabes darin, „Begrenzungen der Gesamtvergütungen im Verhältnis der Krankenkassen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen in geeigneter Form an die einzelnen Vertragsärzte im Rahmen der Honorarverteilung weiterzugeben“.<sup>32)</sup>

Wenn jedoch das Kollektiv der Berufsgenossen statt mit der technischen Aufgabe der Einziehung und Verteilung der Honorare damit betraut wird, die Weitergabe von Sparmaßnahmen zu organisieren, wird es massiv überfordert. Die Übertragung dieser Aufgabe bündelt nicht etwa gleichgerichtete Interessen, sondern spaltet die Ärzteschaft und entfesselt notwendig Verteilungskämpfe, die als Kämpfe unterschiedlicher Arztgruppen ausgetragen werden – Arztgruppen, die sich im Hinblick auf Praxiskosten und Leistungsprofile zum Teil gravierend unterscheiden. Der frühere Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Lage einmal dahingehend beschrieben, dass das Ausgabenbudget für die wachsende Gruppe der Kassenärzte zur Folge habe, „dass wir uns unter dem steigenden Druck gegenseitig umbringen“.<sup>33)</sup> Vor diesem Hintergrund ist heute die Legitimation der kassenärztlichen Vereinigungen zur Rechtsetzung zumindest brüchig geworden.

<sup>30)</sup> 1999 wurde berichtet, es gebe in Deutschland 15 derartige privatärztliche Verrechnungsstellen, die für mehr als 30.000 angeschlossene Ärzte jährlich eine Honorarsumme von 3,2 Mrd DM abrechneten, vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17. 2. 1999, 18.

<sup>31)</sup> Jütte/Wolff, Geschichte der deutschen Ärzteschaft (1997) 131.

<sup>32)</sup> BSGE 81, 213 (219); vgl. auch Clemens, MedR 2000, 17 (18).

<sup>33)</sup> Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 6. 12. 1999, 19; vgl. auch Kötter, aaO (FN 1) 266.

## b) „Interne Budgetierung“ mit Hilfe des Honorarverteilungsmaßstabs

Welches sind nun die Instrumente, mit denen der interne Verteilungskampf ausgefochten wird?

Unter den Rahmenbedingungen der mehr oder weniger streng „gedeckelten“ Gesamtvergütung bei steigenden Arztzahlen besteht für den einzelnen Vertragsarzt ein erheblicher Anreiz, sein Leistungsvolumen auszuweiten, um die Folgen der weitergegebenen Kürzungen auszugleichen. Verhalten sich viele Ärzte in dieser Weise, hat dies – bei gleichbleibendem Finanzvolumen – einen allgemeinen Verfall des für die einzelne abzurechnende Leistung zur Verfügung stehenden Betrages zur Folge. So ist es zunächst in der Phase strenger Budgetierung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz zu einem massiven Punktwertverfall gekommen.<sup>34)</sup> Der Punktwertverfall hat sich in den verschiedenen Arztgruppen unterschiedlich ausgewirkt, denn, wie das BSG es ausgedrückt hat, „es liegt in der Logik eines Systems der (sc. Verteilung der) Vergütung nach erbrachten Einzelleistungen, daß durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird“.<sup>35)</sup>

Auf diese Entwicklung reagierten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit internen Budgetierungsmaßnahmen,<sup>36)</sup> die freilich in einem Spannungsverhältnis zu der gesetzlichen Vorgabe stehen, daß bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen sind (§ 85 Abs 4 S 3 SGB V).<sup>37)</sup>

Die Erscheinungsformen solch „interner Budgetierung“ sind unterschiedlich.

### aa) „Honorartöpfe“ als kollektive Teilbudgets

Zu erwähnen ist hier zunächst der sog. „Honorartopf“. Mit einem Honorartopf wird aus dem Volumen der Gesamtvergütung ein Teilbetrag für bestimmte Leistungstypen<sup>38)</sup> oder Leistungen bestimmter Arztgruppen<sup>39)</sup> festgeschrieben, wobei damit regelmäßig ein aus früheren Abrechnungsperioden ermitteltes Teilvergütungsvolumen fortgeschrieben wird. Honorartöpfe sind also kollektive „Teilbudgets“, die die negativen Folgen von Mengenausdehnungen auf denjenigen Leistungsektor beschränken sollen, in dem sie

<sup>34)</sup> Vgl. etwa Preißler, MedR 1996, 162 (163).

<sup>35)</sup> BSG SozR 3–2500, § 85 Nr 24 (164).

<sup>36)</sup> Ermutigt offenbar durch BSGE 73, 131 ff; vgl. die Andeutung bei Preißler, MedR 1996, 162 (bei FN 8).

<sup>37)</sup> Eine Vorschrift, nach der der Verteilungsmaßstab eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen konnte und die zur Rechtfertigung solcher Regeln auch tatsächlich herangezogen wurde (§ 85 Abs 4 S 8 SGB V; vgl. auch Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 240), ist inzwischen entfallen (aufgrund von Art 1 Nr 36 des GKV-GesundheitsreformG 2000 vom 22. 12. 1999 BGBl I 2626).

<sup>38)</sup> „Arztgruppenübergreifender Vergütungstopf für bestimmte Leistungen“, vgl. BSGE 77, 279 betr. ambulantes Operieren.

<sup>39)</sup> „Fachgruppenbezogene Honorarkontingente“, vgl. BSGE 77, 288 (284).

verursacht werden oder die – umgekehrt – als Vorsorge gegen eine Punktwerterfall in anderen Leistungssegmenten dienen.<sup>40)</sup>

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist die Bildung von Honorartöpfen mit der einschlägigen gesetzlichen Vorschrift, § 85 Abs 4 S 3 SGB V, zu vereinbaren, wenn dies aus einem sachlichen Grunde gerechtfertigt ist.<sup>41)</sup> Hierzu zählt insb das Weiterreichen der gesetzlichen Budgetierung der Gesamtvergütung.<sup>42)</sup>

#### bb) Arztindividuelle Budgetierungsmaßnahmen<sup>43)</sup>

Andere Maßnahmen zielen nicht auf Teilkollektive, sondern auf den einzelnen Arzt.

Zu nennen sind hier etwa praxisbezogene Honorarkontingente für bestimmte Leistungen, die sich aus der Multiplikation der einschlägigen Fallzahl mit einem durchschnittlichen – festen – Punktwert ergeben. Der hinter diesem Punktwert stehende durchschnittliche Behandlungsaufwand kann mit Blick auf den Fachgruppendurchschnitt ermittelt sein.<sup>44)</sup> Man kann insoweit von „Individualbudgets nach Durchschnittswerten“ sprechen.<sup>45)</sup> Denkbar ist auch, dass sich das Kontingent am früheren Abrechnungsverhalten des Arztes orientiert.<sup>46)</sup> Hier wird von „absolut individual-bezogenen Honorarbegrenzungsregelungen“ gesprochen.<sup>47)</sup>

Andere Budgetierungsregeln der Honorarverteilungsmaßstäbe nehmen die gesamte Praxis des einzelnen Arztes ins Visier. So sehen manche Honorarverteilungsmaßstäbe „interne Budgets“ in dem Sinne vor, dass bei Budgetüberschreitung keine weiteren Honorare mehr verlangt werden können.<sup>48)</sup> Ebenfalls praxisbezogene Instrumente sind die sog „Regelleistungsvolumina“, die das Gesetz inzwischen ausdrücklich der Ebene der Honorarverteilung zuordnet.<sup>49)</sup> Von Gesetzes wegen kann der HVM nun vorsehen,

<sup>40)</sup> Vgl Clemens, MedR 2000, 17 (18).

<sup>41)</sup> Zahlreiche Nachweise bei Clemens, MedR 2000, 17 (18); vgl ferner Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 239.

<sup>42)</sup> BSGE 77, 279 ff (284).

<sup>43)</sup> Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 250 spricht von „individualbezogenen Honorarbegrenzungsregeln“.

<sup>44)</sup> BSGE 78, 98 für Laborleistungen; BSGE 81, 213 für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung.

<sup>45)</sup> Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 251.

<sup>46)</sup> BSGE 83, 52.

<sup>47)</sup> Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V (Loseblatt) K § 85 Rz 252.

<sup>48)</sup> Vgl Clemens, MedR 2000, 17 (20).

<sup>49)</sup> Erstmals wurden derartige Praxisbudgets für Zahnärzte durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt (§ 85 Abs IVb SGB V), wobei diese Regelung wohl eigentlich auf die Berechnung der Gesamtvergütung gemünzt war (Sodan, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung [1997] 284f), in der Praxis jedoch auf die Honorarverteilung bezogen wird (Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V [Loseblatt] K § 85 Rz 265 ff). Auf die Gesamtvergütung zielte auch eine Regelung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (§ 85 Abs 2 S 2–8 idFid Art 1 Nr 28a des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes v 23. 6. 1997, BGBl I 1520), nach der arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina bei der Vereinbarung einer Regelgesamtvergütung

„dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden“, wobei „die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt . . . arztgruppenspezifisch festzulegen sind.“ „Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden“ (§ 8).

Unterhalb der Obergrenze des Regelleistungsvolumens ist also ein fester Punktwert garantiert. Die Obergrenze markiert keine Kappungsgrenze, sondern den Punkt des Umschlags in die Abstufungszone.

#### cc) Härtere Regelungen

Naturgemäß führen die unterschiedlichen Abrechnungsbeschränkungen bei der Honorarverteilung zu einer Vielzahl gerichtlicher Auseinandersetzungen. In diesen Verfahren hat sich gezeigt, daß die Maßnahmen der Mengenbegrenzung auch über das Ziel hinausschießen und zu unzumutbaren Härten führen können. Es war wohl unausweichlich, daß sich an diesem Punkt wiederum eine gegensteuernde Rechtsprechung entwickelt hat, die in gewissen Fällen die Milderung von Honorarverlusten zB durch „Stützpunktwerte“ ermöglicht.<sup>50)</sup>

### 4. Dachverbandliche Budgetierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

#### a) Vorbemerkung

Zu einem sogenannten Steuerungsinstrument hat sich in den vergangenen Jahren schließlich der Einheitliche Bewertungsmaßstab entwickelt, wobei dieses Instrument gerade auch bei der Herausbildung des Tableaus von Budgetierungsmethoden eine große Rolle gespielt hat. Es geht hier um die Grob- und um die Feinsteuerung zugleich, denn der EBM ist zwar primär für die Ermittlung der Gesamtvergütung gedacht, vermittelt über die Honorarverteilungsmaßstäbe steuert er – sekundär – aber auch die Verteilung der Honorare. Es sind also noch einige Bemerkungen zum EBM im allgemeinen und zu seiner Budgetrelevanz im besonderen erforderlich.

#### b) Zur Funktion des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

Der „einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) wird zwischen den Dachverbänden der Kassenärzte und der Krankenkassen auf Bundesebene durch sog „Bewertungsausschüsse“ vereinbart. Das Institut wurde im Jahr 1977 durch das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz eingeführt.<sup>51)</sup>

herangezogen werden konnten (Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch. SGB V [Loseblatt] K § 85 Rz 255); diese Regelung hat das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. 12. 1998, BGBl I 3865 modifiziert, in § 85 Abs 4 (als S 6 und 7) verlagert und damit die Festlegung der Regelleistungsvolumina in die Kompetenz allein der Kassenärztlichen Vereinigung überführt.

<sup>50)</sup> Hierzu Clemens, MedR 2000, 17 (21).

<sup>51)</sup> KVKG vom 27. 6. 1977, BGBl I 1069.

Der EBM „bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander“ (§ 87 Abs 2 S 1 SGB V), und zwar für alle Kassenarten einheitlich. Im EBM werden also alle ärztlichen Leistungen aufgelistet, beschrieben und relativ bewertet.

Um die Funktion des EBM zu verstehen, muss man sich erneut den zweistufigen Mechanismus der Ermittlung der Honorare der Vertragsärzte vergegenwärtigen: Erste Stufe: Vereinbarung, zweite Stufe: Verteilung der Gesamtvergütung.

Der EBM sollte nach der ursprünglichen gesetzlichen Konstruktion zunächst allein auf der *ersten* Stufe dieses Mechanismus ansetzen. Entschieden sich die regionalen Vertragspartner dafür, die Gesamtvergütung solle ganz oder teilweise auf der Grundlage von Einzelleistungen berechnet werden, wurde „die Gesamtvergütung . . . auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes . . . festgesetzt“ (§ 85 Abs 2 S 2 SGB V).<sup>52)</sup>

Für die *zweite* Stufe des Mechanismus, die Verteilung des Honorars an die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, war der EBM demgegenüber nach der ursprünglichen gesetzlichen Konstruktion nicht maßgeblich. Natürlich wird in der Praxis gleichwohl auch die Honorarverteilung auf Basis des EBM abgewickelt; die Honorarverteilungsmaßstäbe enthalten regelmäßig entsprechende Vorschriften.<sup>53)</sup>

Nach der Einführung des Instituts des EBM wurde erstmalig am 21. 3. 1978 ein Bewertungsmaßstab beschlossen.<sup>54)</sup> Seitdem wurde der EBM mehrfach reformiert.<sup>55)</sup> Die Grundzüge einer weiteren Reform wurden vor kurzem beschlossen.<sup>56)</sup>

#### b) Die Entwicklung des EBM zum „Steuerungs- und Budgetierungsinstrument“ (Seehofer)

Einen Wendepunkt in der Entwicklung des EBM stellte erneut das Gesundheitsstrukturgesetz<sup>57)</sup> dar, das grundlegende Reformen des EBM vorschrieb.<sup>58)</sup> Dementsprechend kam es zum 1. 1. 1996 zu einer großen EBM-

<sup>52)</sup> Dass der EBM nur für den Fall bedeutsam werden sollte, daß die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, war der bis zum 2. GKV-NOG maßgeblichen Fassung des § 85 Abs 2 S 2 SGB V leichter zu entnehmen als der gegenwärtigen Fassung der Vorschrift. Damals lautete sie wie folgt: „Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.“

<sup>53)</sup> Vgl KassKomm-Hess, § 85 SGB V Rz 56 und § 87 SGB V Rz 6.

<sup>54)</sup> Liebold/Zalowski, Kassenarztrecht<sup>5</sup> (Loseblatt) § 87 SGB V C 87–9.

<sup>55)</sup> Gerlinger, aaO (FN 16) 97 ff.

<sup>56)</sup> Vgl Hoberg/Stackelberg, Gesundheit und Gesellschaft 2000, 34 ff.

<sup>57)</sup> G v 21. 12. 1992, BGBl I 2266; zu den Vorschriften dieses G über die Reform des EBM BT-Drs 12/3608, 89 f sowie Gerlinger, aaO (FN 16) 141–149.

<sup>58)</sup> Neu zu regeln war hiernach (bis 31. 12. 1993) die Bewertung der Laborleistungen (§ 87 Abs 2 b SGB V); es war (bis 31. 12. 1995) eine hausärztliche Grundvergütung einzuführen (§ 87 Abs 2 a S 3 SGB V); und es waren ärztliche Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen (§ 87 Abs 2 a S 1 SGB V). Vor diesem Hinter-

Reform, die darauf abzielte, ärztlicher Leistungsausdehnung entgegenzuwirken, die sprechende Medizin zu stärken sowie die Honorarverteilung gerechter zu gestalten.<sup>59)</sup>

Nunmehr wirkt der EBM auf die einzelnen Ärzte nicht mehr nur mittelbar; vielmehr versucht er jetzt, das Verhalten der einzelnen Ärzte unmittelbar zu beeinflussen. Dementsprechend sieht das BSG heute auch den einzelnen Vertragsarzt als „Normadressaten“ des EBM an<sup>60)</sup> und betont, daß dem EBM auch die Aufgabe zukomme, einheitlich das Leistungsverhalten auch der Ärzte zu „steuern“.<sup>61)</sup>

Infolge der Reform des EBM 1996 kam es ein weiteres Mal zu einer dramatischen Ausweitung des Volumens der ärztlichen Leistungen, und zwar in erster Linie bei den durch die Reform aufgewerteten allgemeinen Untersuchungs- und Beratungsleistungen in den hausärztlichen Disziplinen.<sup>62)</sup> Dies nötigte den Bewertungsausschuß zu gegensteuernden Maßnahmen. Er führte deshalb zum 1. 7. 1997 bundesweit arztgruppenbezogene Praxisbudgets ein, mit denen etwa 75–80% der vertragsärztlichen Leistungen erfasst wurden.<sup>63)</sup> Mit diesen Budgets wurde eine fallzahlenabhängige Obergrenze für die Gesamtsumme der von einem Arzt abrechenbaren Leistungen definiert.<sup>64)</sup> Die in solchen Budgets enthaltenen Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal sind jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Es handelt sich also um „harte“ Budgets im Sinne einer Kappungsgrenze. Die Höhe des Budgets ergibt sich aus dem Produkt der (arztgruppenspezifischen) Fallpunktzahl und der Zahl der Behandlungsfälle.<sup>65)</sup> Auch hier sind freilich Ausnahmen in Form von Zusatzbudgets und Budgeterweiterungsmöglichkeiten vorgesehen.<sup>66)</sup>

Ebenfalls zum 1. 7. 1997 stellte der Gesetzgeber eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für derartige Regelungen im EBM bereit (§ 87 Abs 2 a S 7 und 8).<sup>67)</sup> Diese Regelung „stellt“ ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs<sup>68)</sup> „klar“, „dass die Vertragspartner des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Instrumente zur Vermeidung einer übermäßigen Auswei-

grund wurde zunächst die Vergütung der Laborleistungen neu geordnet (Kapitel O des EBM; vgl Gerlinger, aaO (FN 16), 193–195). Sodann wurden mit der „kleinen“ EBM-Reform des Jahres 1994 insbesondere einige typisch hausärztliche Leistungen neu bewertet (Gerlinger, aaO (FN 16) 197; ebd ab 151 stellt Gerlinger eingehend die Auseinandersetzungen im Vorfeld der Reform dar).

<sup>59)</sup> Gerlinger, aaO (FN 16) 216 ff; zur Vorgeschichte ebd 198–216.

<sup>60)</sup> BSGE 71, 42 (51); 81, 86 (89).

<sup>61)</sup> BSGE 78, 98 (105 ff); 81, 86 (92 f).

<sup>62)</sup> Gerlinger, aaO (FN 16) 226–233.

<sup>63)</sup> Gerlinger, aaO (FN 16) 233–240; bereits früher – zum 1. 4. 1994 – war dieses Instrument im EBM für Laborleistungen eingeführt worden, vgl Gerlinger, aaO (FN 16) 193 ff und BSGE 78, 98.

<sup>64)</sup> Gerlinger, aaO (FN 16) 237.

<sup>65)</sup> Vgl Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg), EBM (Stand 1. 7. 1997) A I Teil B 1, 13.

<sup>66)</sup> Eingehend Hesral, NZS 2000, 596.

<sup>67)</sup> Eingeführt durch das 2. GKV-NOG vom 23. 6. 1997, BGBl I 1997, 1520.

<sup>68)</sup> BT-Drs 13/6087, 28.



tung der Menge abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab einführen können“.<sup>69)</sup>

Praxisbezogene Budgetierungsinstrumente sind also heute sowohl für die zentrale wie auch für die dezentrale Steuerungsebene – den HVM – im Gesetz verankert. Damit steht fest, dass die Praxisbudgets bzw. Regelleistungsvolumina sowohl – vermittelt über den EBM bei der Ermittlung der Gesamtvergütung wie auch – vermittelt über den HVM – bei deren Verteilung angewendet werden können.

Im Ergebnis zielen diese Regelungen darauf ab, ein jährliches Arzteinkommen von 135.000 DM vor Steuern zu bewirken.<sup>70)</sup>

### III. Die Entwicklung der Arznei- und Heilmittelbudgets

Auch die Begrenzung des Arznei- und Heilmittelverbrauchs aufgrund ärztlicher Verordnung ist ein Problemkreis, an dem der Gesetzgeber seit gut zehn Jahren herumlaboriert. Gesetzgeber und Ministerium bemühen sich darum, die Ärzte auch in puncto Verordnungsverhalten zur Mitwirkung an ihrer eigenen Disziplinierung zu zwingen. Die Ärzte jedoch mauern hier überaus erfolgreich und lauthals jammernd. Eher stürzen Minister, als dass Ärztekollektive sich den Schlüssel zum Kassenschrank der Krankenkassen entwinden lassen.

Die Entwicklung der Arzneimittelbudgets vollzog sich in vier Entwicklungsschritten, die sich mit den Namen *Blüm*, *Seehofer* und *Fischer* verbinden.<sup>71)</sup>

#### 1. Die Einführung von Arzneimittel-Richtgrößen (*Blüm*)

Seit den zwanziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts gibt es im Kasernenarztssystem Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsverhaltens, die bei besonderen Prüfinstanzen der gemeinsamen Selbstverwaltung angesiedelt sind.<sup>72)</sup> Zu den Prüfmethode hatte sich eine umfangreiche Rechtsprechung des BSG entwickelt.<sup>73)</sup> Das Blümsche Gesundheitsreformgesetz von 1989, das das Krankenversicherungsrecht in das SGB V umgegossen hat, hat die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf neue gesetzliche Grundlagen gestellt und dabei im wesentlichen die Rechtsprechung des BSG kodifiziert. Neu war die Ergänzung der hergebrachten Methode der Auffälligkeitsprüfung nach Durchschnittswerten um

<sup>69)</sup> Damit sollte zugleich „für die von der Selbstverwaltung bereits beschlossenen Maßnahmen auch im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den sog. ‚Praxisbudgets‘ für Laborleistungen (gemeint sind die Entscheidungen BSGE 78, 98 und SozR 3-2500 § 87 SGB V Nr 16) eine tragfähige Rechtsgrundlage geschaffen“ werden. Diese Begründung verschleierte, dass es in Wahrheit darum ging, eine Ermächtigung nachzuschreiben (treffend *Schnapp*, SGB 1999, 62 [66]).

<sup>70)</sup> *Hesral*, NZS 2000, 596 (597).

<sup>71)</sup> Zu dieser Entwicklung auch *Kötter*, aaO (FN 1) 269 f.

<sup>72)</sup> Zur Entwicklung *Schneider*, aaO (FN 8) 398; Regelungsort war bis zum Gesundheitsreformgesetz 1989 § 368n Abs 5 RVO.

<sup>73)</sup> *Schneider*, aaO (FN 8) 399 f.

die Prüfung „bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84“ (§ 106 Abs 2 Nr 1 SGB V aF).<sup>74)</sup> Diese Vorschrift lautete: „Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln“ (§ 84 S 1 SGB V aF). Eine Budgetierung des Verordnungsvolumens für den einzelnen Arzt sollte hierdurch nicht geschaffen werden.<sup>75)</sup> Vielmehr sollte eine Überschreitung der Richtgrößen lediglich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auslösen.

#### 2. Gesetzliche und vereinbarte Arzneimittelbudgets (*Seehofer I*)

Die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung haben jedoch überwiegend davon abgesehen, Richtgrößenvereinbarungen zu treffen,<sup>76)</sup> vermutlich vor allem wegen ärztlichen Widerstrebens. Die Seehofersche Reform, das „Gesundheitsstrukturgesetz“ 1992, näherte sich dem Thema deshalb weniger sanft.

Das Gesetz verpflichtete nun die Vertragspartner, „ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel“ zu vereinbaren (§ 84 Abs 1 S 1 SGB V).<sup>77)</sup> Erstmals war das Budget für das Jahr 1994 zu vereinbaren. Für das Jahr 1993 wurde es auf der Grundlage des Arzneimittelverbrauchs im Jahr 1991 gesetzlich festgelegt (Art 29 GSG).<sup>78)</sup> Im Fall der Budgetüberschreitung hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen im jeweils folgenden Kalenderjahr den das Budget überschreitenden Betrag gegenüber den Krankenkassen auszugleichen, wenn sie eine entsprechende Kürzung der Gesamtvergütung vermeiden wollten (§ 84 Abs 1 S 4–8 SGB V, auch iVm Art 29 Abs 5 GSG). Eine Budgetüberschreitung war also mit einem bedingten Kollektivregreß sanktioniert.

Unterblieb eine Budgetvereinbarung, sollte das zuvor maßgebliche Budget fortgelten (§ 84 Abs 4 SGB V). Vom Korsett des Budgets sollten sich die Vertragspartner jedoch durch die Vereinbarung der Verordnungsrichtgrößen für die Jahre 1993 und 1994 befreien können (§ 84 Abs 4 SGB V).

Zugleich wurde allerdings die Überschreitung der Richtgrößen schärfer sanktioniert, nämlich mit dem Mittel des Individualregresses bei Überschreitung um mehr als 25% (§ 106 Abs 5a SGB V).<sup>79)</sup> Damit erhielt die Richt-

<sup>74)</sup> Eine Vorläuferregelung gab es seit dem KVKG 1977 in § 368f RVO: im Gesamtvertrag zu vereinbarenden Höchstbetrag jeweils für zu verordnende Arzneimittel und Heilmittel; Überschreitung des Höchstbetrages als Anlaß einer Einzelprüfung ggf mit Einzelregreß; die Regelung hatte keine kostendämpfende Wirkung, weil die Höchstbeträge regelmäßig überschritten wurden

<sup>75)</sup> BT-Drs 11/2237, 193.

<sup>76)</sup> Zu Ausnahmen *Engelhard* in *Hauck/Haines*, Sozialgesetzbuch SGB V (Loseblatt) K § 84 Rz 6.

<sup>77)</sup> In der Fassung des Art 1 Nr 42 des GesundheitsstrukturG v 21. 12. 1992, BGBl I 2266.

<sup>78)</sup> Dies galt für die alten Bundesländer; für das Beitrittsgebiet wurde ein Budget erst für 1994 eingeführt, vgl Art 29 VIII GSG.

<sup>79)</sup> Art 1 Nr 44 lit g sublit bb des GKV-GesundheitsreformG 2000 v 22. 12. 1999, BGBl I 2626, hat die Regreßschwelle von 25% auf 15% abgesenkt.

größe neben ihrer Eigenschaft als Schwellenwert für die Wirtschaftlichkeitsprüfung den Charakter eines Individualbudgets.

### 3. Budgetablösende Richtgrößen (Seehofer II)

Auch zu Budgetvereinbarungen ist es in den folgenden Jahren nicht gekommen, so dass es bei der gesetzlichen Budgetierung blieb. Das 2. GKV-NOG des Jahres 1997 bemühte sich dann, den Ärzten wieder einen Ausweg aus dem Arzneimittelbudget zu eröffnen, indem es das Institut der „budgetablösenden Richtgrößen“ ohne zeitliche Begrenzung einführt (§ 84 Abs 3 S 2 SGB V aF).<sup>80)</sup> Seehofers Härte begann im Vorfeld der Bundestagswahl 1998 zu erodieren.

### 4. Gesetzliches Arzneimittelbudget und Budget-Amnestie (Fischer)

Mit dieser eher milden Haltung gegenüber den Ärzten war es dann nach der Bundestagswahl 1998 vorbei. Die Möglichkeit, durch Richtgrößenvereinbarungen die Budgets aufzuheben wurde wieder gestrichen, nicht jedoch das Institut der Richtgrößen in der Erscheinungsform als Individualbudgets.<sup>81)</sup> Für 1999 wurde das Arzneimittelbudget erneut gesetzlich festgelegt, indem nämlich das Budget für 1996 um 7,5% zu erhöhen war, wobei das Ausgangsbudget 1996 wiederum erforderlichenfalls von der Aufsichtsbehörde festgesetzt werden sollte (Art 16 Abs 1 und 2 GKV-SolStG). Ferner wurde der Ausgleichsmechanismus bei Budgetüberschreitung teils verschärft, teils gemildert. Zwingend verringern nun Budgetüberschreitungen die Gesamtvergütung; andererseits ist der Ausgleichsbetrag auf 5% des Budgets begrenzt.

Diese Maßnahmen wurden durch eine Amnestie für Budgetüberschreitungen in der Vergangenheit versüßt. Art 16 Abs 3 GKV-SolG lautete: „Ausgleichsverpflichtungen gem § 84 Abs 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entfallen für den Zeitraum vor Inkrafttreten dieses Gesetzes“. Diese Amnestie sollte ausweislich der amtlichen Gesetzesbegründung die Funktionsfähigkeit der Budgetierung als Steuerungsinstrument für die Zukunft sicherstellen.<sup>82)</sup> Dieser Optimismus des Gesetzgebers entbehrt jedoch jeglichen Substrats. ME hat der Gesetzgeber mit dieser Amnestie das Arzneimittelbudget mit flankierendem Kollektivregress für alle Zukunft unglaubwürdig gemacht, weil er nicht den Mut hatte, den verfassungsrechtlichen Zweifeln<sup>83)</sup> gegenüber dem Kollektivregress standzuhalten.

### 5. Fazit

Die sogenannte Mengensteuerung im Bereich der Arzneimittelversorgung oszilliert also zwischen den Polen des arztbezogenen Individualbudgets

<sup>80)</sup> Die ab 1. 7. 1997 geltende Fassung der Vorschrift geht auf eine Entscheidung des Ausschusses für Gesundheit zurück; hierzu mit Nachweisen Engelhard in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch, SGB V (Loseblatt) K § 84 Rz 10.

<sup>81)</sup> Art 1 Nr 13 c des GKV-Solidaritätsstärkungsg v 19. 12. 1998, BGBl I 3853.

<sup>82)</sup> BT-Drs 14/24, Begründung zu Art 16.

<sup>83)</sup> Vgl Boecken, MedR 2000, 165 (169–171 zum Arzneimittelbudget; und 172f zu Honorarkontingentierungen im HVM).

und des kollektiven Budgets. Der Mechanismus der Selbstdisziplinierung der Ärzteschaft war offenkundig eine Fehlkonstruktion, die sich von oben beim besten Willen nicht durchsetzen lässt.

## IV. Ergebnisse

### 1. Formenlehre der Budgetierung

Festhalten lassen sich zunächst Ansätze einer Formenlehre der Budgetierung. Als Gliederungselemente dieser Lehre können vor allem Urheber, Wirkungsweise und Budgetierungsadressaten dienen.

Dem Urheber nach lassen sich folgende Erscheinungsformen unterscheiden: gesetzliche Budgets, dachverbandlich vereinbarte Budgets, dezentral-kollektiv vereinbarte Budgets sowie dezentral-autonom festgesetzte Budgets.

Der Wirkungsweise nach lassen sich harte, gemilderte und weiche Budgetierungsmaßnahmen benennen. Harte Maßnahmen provozieren stets die Frage nach mildernden Härte- und Ausweichklauseln.

Als Adressaten kann Budgetierungstechnik schließlich ärztliche Kollektive, Teilkollektive oder einzelne Praxen in den Blick nehmen.

### 2. Auswirkungen der Budgetierung

Budgetierung im Vertragsarztrecht dürfte den Kostenanstieg im deutschen Gesundheitswesen verlangsamt haben, wobei die Honorarbudgetierung vermutlich insoweit wirksamer ist. Honorarbudgets wirken gewissermaßen von vornherein, ohne daß es nachträglich durchzusetzender Sanktionen bedürfte, denn es werden dem Arzt bei seiner Abrechnung eben nur die von vornherein gekürzten Mittel zugewiesen.

Verordnungsbudgets sind mit der Schwäche belastet, daß Budgetüberschreitungen ex post sanktioniert werden müssen, wobei hinreichend scharfe Sanktionen in verfassungsrechtliche Grauzonen ragen und kaum glaubhaft durchzusetzen sind, weshalb der generalpräventive Effekt eine nur kurze Halbwertszeit aufweist.

Risiken und Nebenwirkungen dieser Kostentherapie sind groß: Beide Instrumente untergraben die Moral im Gesundheitswesen. Sie spiegeln vor, die Kostenentwicklung lasse die Ansprüche der Patienten unberührt; sie schieben den schwarzen Peter den Ärzten zu; sie provozieren deshalb zunehmend streikähnliche Aktionen der Ärzte, zerstören die Legitimation der kasernenärztlichen Selbstverwaltung und beschädigen die Arzt-Patientenbeziehung, letzteres durch die Kumulation überhöhter Erwartungen mit budgetbedingtem und berechtigtem Mißtrauen der Patienten.<sup>84)</sup>

Zu prüfen bliebe deshalb, ob sich die Kostenprobleme nicht besser bewältigen ließen, gäbe man das Sachleistungsprinzip auf und verlagerte die Abrechnung in das Arzt-Patienten-Verhältnis durch Einführung des Kostenersatzprinzips mit Selbstbeteiligung.

<sup>84)</sup> Vgl auch Boecken, MedR 2000, 165 (171).

### 3. Steuerungseignung der Budgetierung

Was letztlich das Stichwort „Steuerung“ angeht, so bestätigt der historische Überblick, dass sich mit Budgets die Entwicklung des Gesundheitswesens offensichtlich nicht im Sinne einer zielgerichteten Lenkung des Geschehens „steuern“ lässt. Zu beobachten waren vielmehr heterogene Steuerungssignale, unerwartete Wirkungen, Rückkopplungen, nachjustierende Rückführungen, kurz komplexe trial-and-error-Verfahren, die der Herkunft des Steuerungsbegriffs aus der Kybernetik<sup>85)</sup> alle Ehre machen.

Nicht jeder Regelkreis ist freilich zur Selbststabilisierung fähig. Die kompensierende Rückführung kann unter Umständen die Stabilität des Systems auch zerstören. Diese Gefahr scheint bei den gesundheitspolitischen Regelkreisen groß.

Wenn ich in meinem Lexikon von kybernao/kybernetes einige Zeilen herunter wandere, lande ich bei der Wortfamilie um kybistao; sie scheint mir hier eher einschlägig zu sein: kybistao: kopfüber stürzen; kybistesis: der Purzelbaum; kybisteter: der Springer, Tänzer, Taucher, der Gaukler.

<sup>85)</sup> Vgl etwa Obermeier, Stichwort Kybernetik, in: Staatslexikon der Görres-Gesellschaft III<sup>7</sup> (1987) 803 ff.

Ulrich Orlowski

## Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel

– Das deutsche Gesundheitsreformgesetz

### I. Permanente Gesundheitsreform

Die Reform der sozialen KV in Deutschland ist ein Prozess der nunmehr bereits fast 20 Jahre andauert und den man deswegen mittlerweile bereits gut als historisch bezeichnen kann.

Die sozialliberale Bundesregierung hat diesen Reformprozess mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27. 6. 1977 (BGBl I 1069) begonnen; die konservativ geführte Regierung hat diese Entwicklung nach dem Regierungswechsel des Jahres 1982 zunächst mit einem Haushaltsbegleitgesetz vom 20. 12. 1982 (BGBl I 1857) und einem groß angelegten Reformvorhaben, dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. 12. 1988 (BGBl I 2477) fortgeführt. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. 12. 1992 (BGBl I 2266) nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als es als Ergebnis eines weitgehend parteiübergreifenden Kompromisses, dem sog Konsens von Lahnstein, einem kleinen Ort am Rhein, zustande gekommen ist; es folgten unter der Ägide der konservativ geführten Regierung – nach dem Scheitern erneuter Konsensverhandlungen mit der damaligen Opposition im Sommer des Jahres 1996 – das 1. und 2. Neuordnungsgesetz (1. und 2. NOG) vom 23. 06. 1997 (BGBl I 1520); nach dem erneuten Regierungswechsel des Jahres 1998 wurde von der SPD/Grün-geführten Bundesregierung nunmehr das Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. 12. 1998 (BGBl I 3853) und – im Jahre 1999 – das Gesetz zur Reform der gesetzlichen KV ab dem Jahr 2000 vom 22. 12. 1999 (BGBl I 2626) durchgesetzt, dessen Ergebnisse Thema des heutigen Vormittages sind.

Dieser Prozess ist im übrigen auch in Deutschland keinesfalls abgeschlossen, – im Gegenteil – gerade in diesen Wochen und Monaten stehen wir wieder am Beginn weiterer Bemühungen des Gesetzgebers im Bereich der Budgetierung.

Dieser Prozess ist des weiteren auch nicht typisch deutsch; dieser Prozess ist vielmehr ein Phänomen aller hochindustrialisierten Gesellschaften, dh insb in Europa und Nordamerika. Dieses Phänomen hat Prof. U. Reinhard von der Universität Princeton in seiner Annual-Lecture des Jahres 1997 wie folgt umschrieben:

“If a dart were thrown at a map of the world and one identified the national capital nearest the dart, the following would be a safe prediction:

somewhere in that capital a task force is busily at work on yet another a blueprint for health-care reform. The prediction is safe because, at any time, in any nation, there is widespread malaise over that nation's health system. Furthermore, the alleged shortcomings of the current system are everywhere the same." (U. W. Reinhardt, Annual Lecture 1997, The office of Health Economics, 12 Whitehall, London.)

Ein Ende dieses Prozesses, ein Ende dieser Dauerreform ist wohl nicht abzusehen, wohl auch deswegen nicht, weil es mit erheblichen Schwierigkeiten und Reibungsverlusten verbunden ist, strukturell tragfähige Antworten auf sich ändernde gesellschaftliche Verhältnisse zu geben.

## II. Hintergrund

Der Hintergrund vor dem sich dieser permanente Reformprozess seit Jahren abspielt wird auch für Deutschland am ehesten bei einer langfristigen Betrachtungsweise beurteilungsfähig. Hinzuweisen ist zu diesen Langfristdaten darauf, dass die Zahlen ab 1991 sich nur auf die alten Bundesländer beziehen; dies ist erforderlich, um einen derartigen Langfristvergleich überhaupt möglich zu machen.

Die Trendaussagen für den Zeitraum 1980 – 1999 sind die folgenden:

1. Steigerung der reinen Leistungsausgaben der Krankenkassen um 133,92% (114,877 Mrd. DM); jährlich: +4,57%;
2. Steigerung der Einnahmen aus Beiträgen um 149,76% (125,094 Mrd. DM); jährlich: +4,94%;
3. diese Steigerung der Einnahmen aus Beiträgen ergibt sich
  - aus einem Grundlohnsummenwachstum (beitragspflichtiger Einnahmen nach KVdR-Ausgleichsverordnung, dh ohne Rentner) in Höhe von 112,48% (+ 661,702 Mrd. DM; jährlich: +4,05%);
  - Anhebung der dynamisierten Beitragsbemessungsgrundlage von 3.150 DM (1980) auf 6.375 (1999); und
  - eine Steigerung des darauf erhobenen durchschnittlichen Beitragssatzes von 11,40% (1980) auf 13,52 (1999).

Diese Steigerung des durchschnittlichen Beitragssatzes von 2,12 Prozentpunkten im Zeitraum von 1980 bis 1990 ist also eingetreten trotz der genannten Reformbemühungen der diversen Bundesregierungen.

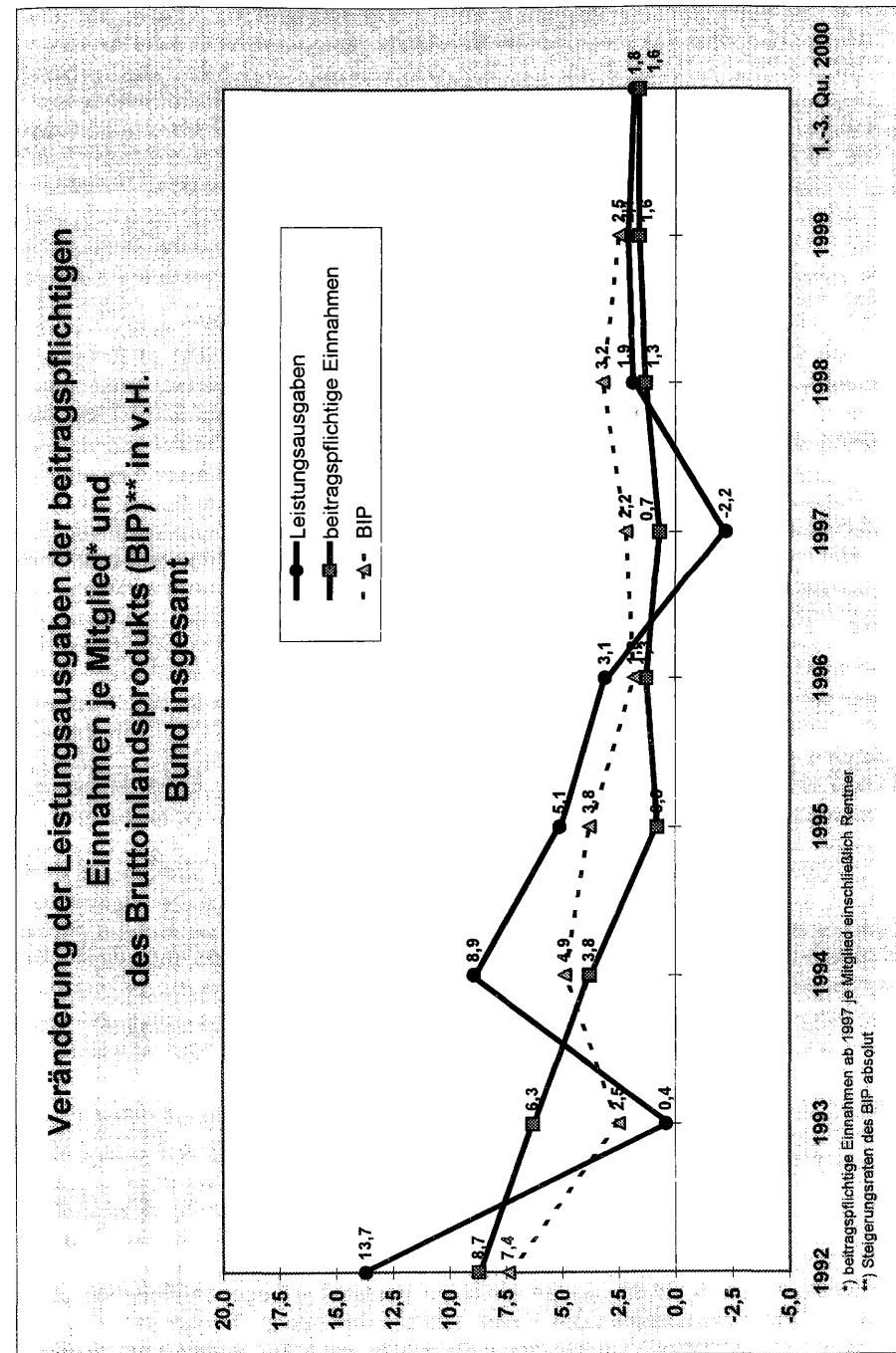
In der langfristigen Betrachtung haben sich die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf von 1980 192.608 Mrd. auf 439.646 Mrd. verändert; dh um 128,26% (jährlich: +4,97%).

Wird das Grundlohnsummenwachstum (+ 112,48%) verglichen mit den Steigerungsraten des Bruttosozialprodukts (BSP) bzw. des Bruttoinlandsprodukts (BIP) so kommt man zu folgenden Ergebnissen:

- Zunahme des Bruttosozialprodukts im Vergleich 1980 zu 1999: +159,88%; (jährlich: +5,16%);
- Zunahme des Bruttoinlandsprodukts im Vergleich 1980 zu 1999: +163,38% (jährlich +5,23%).

(Dabei enthalten die Zahlen des Jahres 1999 hier die Angaben auch für die neuen Bundesländer.)

Tabelle 1



Im europäischen Vergleich nimmt Deutschland bei einem auf das Bruttoinlandsprodukt bezogenen Vergleich der gesamten Gesundheitsausgaben mit einem Anteil von 10,6% zusammen mit der Schweiz die Spitzenstellung ein (vgl Bertelsmannstiftung: Reformen im Gesundheitswesen, Hrsg: Jahn Böken/Andreas Esche, Gütersloh 2000; OECD Gesundheitsdaten 2000 A 7, 1).

In der gesamten OECD werden diese Werte allein von den USA übertroffen (13,6%). Allerdings ist anzumerken, dass diese Werte nur begrenzt aussagekräftig sind, da in den verglichenen Gesundheitsausgaben nicht nach den Leistungsausgaben der jeweiligen SV-Systeme und den sonstigen Ausgaben zur Gesundheit unterschieden wird.

Die in der aktuellen Diskussion in Deutschland immer wieder formulierte These: „Es müsse mehr Geld ins System“, wenn es nicht zu Rationierung kommen solle, dh die These die soziale KV sei trotz dieser internationalen Daten chronisch unterfinanziert, bedarf daher besonderer Begründung, die allerdings so in dieser Form derzeit nicht erkennbar ist.

Bei einer Bewertung dieser Langfristentwicklung wird man wohl zu der Grundaussage kommen können, dass es im wesentlichen gelungen ist, mit den genannten Reformschritten das Ausgabe- und Einnahmenniveau weitgehend zu stabilisieren. Der Zusammenhang von bzw das Wechselspiel von Ausgabenschüben einerseits und Erfolgen der Kostendämpfung andererseits wird in der vorangehenden Grafik (Tabelle 1) sehr gut deutlich.

Die moderate Steigerung des Beitragssatzes von 11,40 in 1980 auf 13,52 in 1999 ist damit auch Ergebnis einer erfolgreichen Kostendämpfungspolitik der jeweiligen Regierung in den vergangenen 20 Jahren, die im wesentlichen immer dann durchgesetzt werden konnte, wenn – aus welchem Grund auch immer – die Entwicklung der Leistungsausgaben in der Form einer „Kostenschnitzerei“ mal wieder aus dem Ruder zu laufen drohte. An diesen Kostenschüben wird im übrigen insb erkenntlich, was passiert, wenn nichts passiert.

Man kann also – insb wenn man diese Ergebnisse mit Zahlen aus den USA vergleicht – insofern durchaus von einem Erfolg der Steuerungspolitik der jeweiligen Bundesregierung und den dazu eingesetzten Instrumenten sprechen, wenn man nicht die Auffassung vertreten will, dass auch diese Niveauanhebung von 2,12 Beitragssatzpunkten insb wegen der Steigerung der gesamten SV-Beiträge auf über 40% nicht akzeptabel ist.

Wo ist also das Problem?

### III. Mögliche Konsequenzen

Das Problem besteht zum einen darin, dass jeder derartige Reformschritt mit erheblichen Konflikten und deswegen mit erheblichen politischen Reibungsverlusten verbunden ist. Das politisch legitime Bedürfnis nach Zustimmung ist mit derartigen Notwendigkeiten nur begrenzt zu vereinbaren. Die Sonderstellung des GSG ergibt sich insofern daraus, dass das bei einem von allen großen im Bundestag vertreten Parteien getragenen Reformgesetz der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers erheblich größer ist, da eine parteipolitisch motivierte Auseinandersetzung insoweit nur begrenzt stattfindet.

Das Problem besteht insb darin, dass – wenn man die Ebene der Globalbetrachtung verlässt – und sich der Entwicklung der einzelnen Leistungs- und Ausgabesektoren zuwendet (wie zB dem ärztlichen Honorar oder den Arznei- und Heilmittelausgaben), die bei der Steuerung dieser Sektoren eingesetzten Instrumente des Gesetzgebers auf massiven Widerstand stoßen und erheblichen Legitimationsbedarf auslösen. Schließlich kann eine Unterfinanzierung einzelner Sektoren auch bei global als ausreichend angesehenem Finanzvolumen nicht ausgeschlossen werden.

Die – erste – unmittelbar einsichtige Konsequenz, die man aus dieser globalen Entwicklung ziehen muss, ist diejenige, dass insb wegen der Veränderung der Beschäftigungsstrukturen die Einnahmeseite der sozialen KV mit dem Ziel der Erhöhung der Beitragsgerechtigkeit, nicht der Einnahmeerhöhung, weiter entwickelt werden muss.

Die – zweite – unmittelbar einsichtige Konsequenz, die man aus dieser globalen Entwicklung ziehen muss ist diejenige, dass die Einflussnahme des Staates auf die Steuerung der Ausgaben der sozialen KV unverzichtbar ist, wenn man die SV nicht wehrlos etwaigen Kostenschüben ausliefern will.

Außer Acht lassen bei einer Diskussion etwaiger Alternativen kann man daher zunächst Vorstellungen, die sich mit einer reinen oder auch nur stärkeren Marktsteuerung der Ausgaben der sozialen KV befassen. Aufgrund der Besonderheiten des „Produktes“ der KV kann man derartige Vorschläge und Systemalternativen wohl getrost dem ausschließlich akademischen Bereich zuordnen.

Aber auch innerhalb der Systematik der SV ist wenig bzw gar nicht einsichtig, – wenn man die Aussage akzeptiert, dass staatliche Steuerung notwendig ist –, wie die Frage, wie, dh mit welchen Instrumenten diese Einflussnahme, die Steuerung der Ausgaben der KV-Träger durch den Staat zu erfolgen hat.

Als Maßnahmen innerhalb des Systems einer sozialen KV mit Selbstverwaltungen kommen im Kern folgende Ansatzpunkte in Betracht:

- Leistungsausgrenzungen; zB durch Aufgliederung des Leistungsrahmens in Grund- und Wahlleistungen; wobei klar sein dürfte, dass es bei einer Auftrennung des bestehenden Leistungsrahmens in Grund- und Wahlleistungen wesentlich auch um die Erschließung neuer Finanzierungsquellen geht; denn natürlich würden die neuen, privaten Wahlleistungen zusätzlich finanziert und die Grundleistungen mit dem gewachsenen Volumen finanziert, das bisher für die Gesamtausgaben zur Verfügung stand.
- Verbreiterung der Einnahmeseite; zB durch Anhebung bzw Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze, oder durch Einbeziehung weiterer Einnahmearten in die Beitragsbemessung sowie insb auch die Erhöhung von Zuzahlungen;
- steigende Beitragssätze und schließlich
- stringente Ausgabensteuerungen durch globale bzw sektorale Ausgabebudgets.

Unstreitig ist natürlich, dass in einem echten Kostendämpfungspaket die diversen Instrumente zu einem differenzierten und effizienten Paket zu-

sammengeschnürt werden können mit dem Ziel, einem etwaigen Ausgabeschub mit Erfolg entgegenzutreten zu können.

#### IV. Ursachenanalyse

Bei der Wahl dieser Instrumente ist natürlich ganz entscheidend die Analyse der Ursachen einer etwaigen Kostenentwicklung. Maßgeblicher Bezugsrahmen dieser Ursachenanalyse ist wiederum die Zielbeschreibung, die Beschreibung der Aufgabe der sozialen KV.

Aufgabe der sozialen KV in Deutschland ist es, die medizinisch-notwendige Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots als Sachleistung für die Versicherten zur Verfügung zu stellen (§ 12 SGB V). Wohlgemerkt es geht nur und ausschließlich um die medizinisch-notwendige Versorgung und nicht um alles, was medizinisch machbar bzw. wünschbar sein könnte. Der Unterschied zwischen den Leistungsausgaben der KV einerseits und zwischen den gesamten Gesundheitsausgaben andererseits macht diese Unterscheidung im Ansatz deutlich. Wobei nach meiner Auffassung eine der zentralen Aufgaben darin besteht, Verfahren zu entwickeln, durch die mit ausreichender demokratischer Legitimation und Transparenz das medizinisch Notwendige konsensfähig beschrieben wird.

Denkbar wäre zunächst im Rahmen einer Ursachenanalyse die These, dass die Probleme der sozialen KV darin bestehen, dass das System – bereits zum status quo – global unterfinanziert ist. Das dazu Notwendige ist bereits oben gesagt worden.

Denkbar wäre auch im Rahmen einer Ursachenanalyse die These, dass das System zwar noch nicht zum status quo aber vor dem Hintergrund der erkennbaren Risiken der Zukunft unterfinanziert werden wird; insb die demographische Entwicklung sowie der medizinisch-technische Fortschritt werden als Faktoren insoweit immer wieder genannt. Wenn das so sein sollte – wofür einiges spricht – dürfte die zentrale Aufgabe der Zukunft darin bestehen, in der staatlichen Systemsteuerung Mechanismen zu entwickeln, die es dem System ermöglichen, mit ausreichender Transparenz und ausreichender Legitimation auf diese Herausforderungen Antworten zu geben.

Denkbar vor dem Hintergrund der Zielbeschreibung der sozialen KV – ausschließliche Finanzierung des medizinisch Notwendigen – ist im Rahmen einer Ursachenanalyse aber ebenso die These, dass das globale Finanzvolumen (1999: 240,975 Mrd. DM – Gesamtdeutschland –; +14,025 Mrd. DM Nettoverwaltungskosten) das von der sozialen KV zur Finanzierung ihrer Aufgaben – mit jährlich steigendem Niveau – aufgebracht wird, grundsätzlich zumindest heute ausreicht, um das medizinisch Notwendige zu finanzieren, wenn diese Mittel nur da eingesetzt werden bzw. werden würden, wo sie im Rahmen einer effizienten Mittelverwendung eingesetzt werden müssen.

Bevor neue Ressourcen erschlossen werden, muss es darum gehen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven im System zu mobilisieren. Erst wenn alle Rationalisierungspotenziale erschlossen sind, ist die Erschließung neuer Ressourcen legitim, dh Ressourcen, die über den „normalen“ Zuwachs im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung hinausgehen.

#### V. Grundannahmen der Reform 2000

Die Grundannahmen der Reform 2000 sind in der Tat von der letzten These geprägt. Ich zitiere aus der allgemeinen Begründung des Entwurfs:

„Die Bundesregierung geht davon aus, dass das gegenwärtige Finanzierungsvolumen der gesetzlichen KV mit seiner Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen zur Sicherstellung einer medizinischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau und stabilen Beitragssätzen dann ausreicht, wenn die Ressourcen verzehrenden Defizite in der Versorgung durch Rationalisierung beseitigt werden. Eine Politik der Rationierung, die medizinisch indizierte Leistungen aus der GKV herausnimmt, wird dadurch vermieden. Stabile Beitragssätze und hohe Versorgungsqualität sind auch weiterhin vereinbarte Ziele“ (BT-Drs 14/1245, 53).

Die Frage, ob diese These so richtig ist, ist einer der zentralen Streitpunkte der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. Allerdings ist für diese Debatte signifikant, dass sie bei uns in Deutschland – zum einem – stark interessenorientiert geführt wird und – zum anderen – dass diese Diskussion in großen Bereichen im Nebel, dh insb ohne tragfähige konsensfähige Grundlage geführt wird. Die Erörterung des Fragenkreises: „Rationalisierung versus Rationierung“ erschöpft sich in großen Teilen in schon fast ritualhaftem Austausch von Position, die allerdings seit Jahren in ihrem Antagonismus verharren.

Es fehlt bisher in Deutschland ein ausreichend transparentes und legitimes Verfahren, durch das dieses medizinisch Notwendige in den Grenzbereichen, an den Schnittstellen stärker präzisiert, stärker konsentiert werden kann. Gerade vor dem Hintergrund der absehbaren Herausforderungen der Zukunft (demographische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt) wird diese Fragestellung immer stärker in den Mittelpunkt des medizinischen, rechtlichen und politischen Interesses rücken. Denn ohne ein vernünftiges Verfahren, mit dem das medizinisch Notwendige bestimmt werden kann, wird es nicht gelingen, die bisherigen ritualhaften Rationierungsdiskussionen zu versachlichen und zu sinnvollen Ergebnissen zu führen.

Zur Umsetzung dieser Grundannahmen der „Reform 2000“ kann man die Maßnahmen des Gesetzgebers in drei Themenbereiche aufgliedern:

- Begrenzung des Ausgabewachstums durch das Wachstum der Grundlohnsumme (Fortsetzung der sog. einnahmeorientierten Ausgabenpolitik);
- Steigerung der Effizienz der Ausgabensteuerung in den verschiedenen Leistungssektoren durch ein ganzes Bündel unterschiedlichster Maßnahmen sowie
- Ausbau der Verfahren zur Bestimmung des medizinisch Notwendigen in allen Ausgabesektoren sowie
- Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Die Begrenzung des Ausgabenwachstums durch das Wachstum der Grundlohnsumme ist das Grundprinzip der Budgetierung von Ausgaben in der KV (Prinzip der Beitragssatzstabilität). Wobei natürlich, ich betone es noch einmal, diese Ausgabensteuerung verbunden sein muss mit einer Steigerung der Effizienz im Versorgungsgeschehen, durch die Wirtschaftlich-

keitsreserven mobilisiert werden können; ohne eine derartige Effizienzsteigerung führte die einnahmeorientierte Budgetierung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit letztendlich doch zur Rationierung.

## VI. Globalbudget

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wenn man sich – politisch – zu diesen Grundannahmen entschlossen hat, so stellt sich bei der Budgetierung zunächst die zentrale Frage, auf welcher Ebene werden die Leistungsausgaben budgetiert.

Im deutschen KV-System kommen als Antwort auf diese Fragestellung drei Ebenen in Betracht:

- Die Einzelkasse (zB große Regionalkasse bzw große bundesunmittelbare Ersatzkassen);
- die regionale Ebene (Landesverbände der Kassenarten) und
- die Bundesebene und damit die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Neben der Frage der Ebene ist zu entscheiden, ob die Budgetierung kassen- bzw. kassenartenspezifisch oder kassenartenübergreifend erfolgt.

Die Diskussion, die mit diesen Fragen verbunden ist, ist die Debatte um das sog Globalbudget, einem der zentralen Streitpunkte in der Auseinandersetzung um die Reform 2000 im Jahre 1999.

Zwar ist dieses Globalbudget, wie es in § 142 des Entwurfs der Reform 2000 konzipiert worden ist (vgl E-GKV-Gesundheitsreform-2000 vom 23. 6. 1999, BT-Drs 14/1245; Beschlussempfehlung und Bericht des Bundestagsausschusses für Gesundheit vom 3. 11. 1999, BT-Drs 14/1977) nicht realisiert worden, weil der Bundesrat diesem Konzept seine Zustimmung verweigert hat. Für die Debatte um Budgets ist ein kurzer Streifzug durch dieses Themenfeld gleichwohl hilfreich.

Der Idee eines Globalbudgets liegt der ja nicht neue und auch naheliegende Gedanke zugrunde, dass die gesamten Ausgaben der Krankenkassen vom Gesetzgeber limitiert werden und dass die Selbstverwaltungen innerhalb dieses Rahmens dafür zu Sorgen haben, dass die finanziellen Ressourcen da ankommen, wo sie ankommen sollen, nämlich bei der Versorgung der Patienten mit dem medizinisch Notwendigen. Ein ganz ähnlicher Gedanke ist im übrigen die gesetzliche Fixierung des Beitragssatzes in der GKV, mit oder ohne floatenden AN-Anteil.

Mit dieser Idee – mehr ist es vielleicht nicht – soll dreierlei erreicht werden:

- Die Ausgabeentwicklung wird durch diesen globalen Deckel über alles begrenzt;
- die unstreitigen Defizite der stringenten Budgetierung einzelner Ausgabensektoren werden vermieden und
- die ständigen Auseinandersetzungen um die angemessene Ausgabensteuerung der einzelnen Sektoren ist von der Ebene der Gesetzgebung weitestgehend auf eine politikfernere Ebene, die Selbstverwaltung, verlagert worden.

Aus der letzten These folgt wiederum, dass auch ein derartiges übergreifendes Globalbudget nur dann funktionieren kann, wenn die Selbstverwaltung, der ja dann die zentrale Steuerungsverantwortung zukommt, auch die Instrumente hat, um – unterhalb des globalen Deckels – die Ausgaben effizient steuern zu können.

Die von den Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen getragene Bundesregierung hatte sich daher zu folgendem Konzept entschieden, das in § 142 SGB-V Entwurf Reform 2000 (aaO) formuliert worden ist:

- Budgetierung auf Kassenebene (§ 142 Abs 1 Entwurf SGB V);
- verbindliches Festschreiben des Wachstums dieser Kassenbudgets auf das Grundlohnsummenwachstum (§ 142 Abs 1 Satz 2 Entwurf SGB V);
- Verantwortlichkeit der Kassen, Landesverbände und Spitzenverbände einschließlich der Aufsichten für die Einhaltung dieser Kassenbudgets (§ 142 Abs 4 und 5 Entwurf SGB V) und schließlich
- Beibehaltung der Sektorbudgets für alle wesentlichen Ausgabenbereiche, dh insb ärztliches Honorar, Arzneimittel und Krankenhausausgaben.

Die Idee des Globalbudgets führt bei dieser Umsetzung zu

- einer Festschreibung der Haushalte jeder Einzelkasse (455 gesetzliche Kassen-Globalbudgets) sowie
- parallel dazu fortbestehenden kassenartenübergreifenden Sektorbudgets auf Landesebene, wie zB den Arznei- und Heilmittelbudgets bzw den ärztlichen Honorarbudgets.

Das Verhältnis dieser Budgets (Einzelkassenglobalbudgets und kassenartenübergreifende Sektorbudgets) zueinander wurde in dem Gesetzentwurf letztendlich nicht zufriedenstellend gelöst und ist wohl auch nicht zufriedenstellend lösbar. Die technische Umsetzung eines derartigen Konzeptes, in dem man jeden Vertragsabschluss mit einem Wirksamkeitsvorbehalt für den Fall verbunden hätte, dass das Globalbudget der Einzelkasse überschritten worden wäre, war als zu radikal nicht ernsthaft diskutierbar.

Effekt dieses Konzeptes war damit letztendlich, dass das Konzept nicht die Vorteile eines Globalbudgets erreichte, dh Freiheit und Verantwortung bei der Leistungs- und Vertragsgestaltung auf Kassenebene – und andererseits alle Nachteile der Sektorbudgets beibehielt und somit die Schwierigkeiten der Budgetierungsdiskussion deutlich potenzierte.

Im nachhinein wird man vielleicht zu dem Ergebnis kommen, dass eine – im Kern richtige Idee – nicht realisiert werden konnte, weil die zu ihrer Realisierung notwendigen Risiken nicht eingegangen worden sind (Abschaffung der Sektorbudgets; Konzentration der Steuerung auf Kassenebene; Neuorganisation der Kassen- und Verbandsstruktur).

## VII. Reform 2000

Das Scheitern dieses – weitgehenden – Konzeptes eines Globalbudgets im Bundesrat im November des Jahres 1999 führte in der Reform 2000 zu folgenden Ergebnissen, die mit dem zustimmungsfreien Teil der Reform ab 1. 1.



2000 auch Gesetz geworden sind. Die Ziele Flexibilität und Beitragssatzstabilität sollten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Stringente und dauerhafte gesetzliche Ausformung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Prinzip der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V);
- Beibehaltung der grundlohnsummengebundenen Sektorsteuerung auf Dauer.

Im folgenden werde ich zunächst das Prinzip der Beitragssatzstabilität entwickeln und sodann die Steuerung der Sektoren des ärztlichen Honorars sowie der Arznei- und Heilmittelausgaben darstellen.

### VIII. Beitragssatzstabilität

Die gesetzliche Ausformulierung des Prinzips der Beitragssatzstabilität in § 71 SGB V ist der Versuch des Gesetzgebers, den potentiellen Konflikt zwischen den Belangen der medizinischen Versorgung der Patienten einerseits und den Belangen der ökonomischen Steuerung andererseits zu lösen.

Dabei ist diese Idee in keiner Weise etwas Neues:

- Eingeführt wurde das Prinzip der Beitragssatzstabilität im Rahmen des Globalsteuerungsansatzes des GRG des Jahres 1988;
- konkretisiert wurde dieses Prinzip durch zweimalige Phasen einer gesetzlichen, stringenten sektoralen Budgetierung (1993 bis 1995 durch das GSG, 1999 durch das VorschaltG);
- die Reform 2000 hat dieses Prinzip in § 71 SGB V neu gefasst und dabei verschärft bzw. stärker instrumentalisiert.

Die wesentlichen Gedanken dieses neuen Mechanismus sind die folgenden:

1. Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen (Verbände bzw. Einzelkasse) einerseits und auf Seiten der Leistungserbringer andererseits müssen ihre Verträge so gestalten, dass Beitragssatzerhöhung ausgeschlossen werden (§ 71 Abs 1 S 1 1. HS SGB V). Wir finden hier also – als erstes Element – eine klare und stringente Ausformung des Grundsatzes einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik.

2. Dieses Prinzip gilt nur soweit und solange als die notwendige medizinische Versorgung – auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven – nicht ohne Beitragssatzanhebungen gewährleistet werden kann (§ 71 Abs 1 S 2 2. HS SGB V). Es besteht also nach § 71 SGB V eine Pflicht der Krankenkasse, ihren Beitragssatz anzuheben, wenn anders die notwendige Versorgung der Versicherten nicht zu gewährleisten ist.

Das SGB V formuliert also in § 71 eine klare Priorität der Versorgungsnotwendigkeit der Patienten; das Ziel des stabilen Beitragssatzes einer Kasse muss zurücktreten, wenn diese die notwendige Versorgung der Versicherten nur durch einen höheren Beitragssatz realisieren kann.

Der oben als Ausgangspunkt beschriebene Zielkonflikt zwischen medizinisch notwendigem einerseits und ökonomisch Machbarem andererseits wird vom Gesetzgeber klar im Sinne von einer Rangfolge geordnet und zwar zu Gunsten der Priorität der medizinisch notwendigen Versorgung. Alles an-

dere wäre – bezogen auf den Zweck einer sozialen KV – letztendlich allerdings auch widersinnig.

3. Dieser Vorrang einer notwendigen medizinischen Versorgung kommt allerdings nur dann zum Tragen, wenn die Erhöhung des Beitragssatzes einer Kasse nicht durch Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven an andere Stelle vermieden werden kann. Auch das – nämlich das Ziel der Effizienz der Versorgung – letztendlich eine Selbstverständlichkeit.

4. Das Gesetz geht aber bei der Bestimmung des Prinzips der Beitragssatzstabilität noch einen deutlichen Schritt weiter, indem § 71 Abs 2 SGB V den Vertragspartnern vorgibt, dass die Verpflichtung, Beitragssatzerhöhungen auszuschließen, dann erfüllt ist, wenn die Änderungsrate der zu vereinbarenden Verträge die durch das BMG für das jeweilige Jahr vorgegebene bundesweite Steigerungsrate der Einnahmen im Vorjahr nicht übersteigt (§ 71 Abs 2 Satz 1 iVm § 71 Abs 3 SGB V). (2. Halbjahr 1998 – 1. Halbjahr 1999 = Rate für 2000).

Alle Sektorverträge dürfen auf dieser Grundlage im Jahr 2000 die gesamtdeutsche Rate von 1,43% nicht übersteigen (2001:1,63).

5. Hinzu kommt, dass die Reform 2000 den Vertragspartnern mit der Neufassung des § 71 Abs 2 SGB V auch die Möglichkeit eröffnet hat, über diese Steigerungsrate hinausgehende Verträge abzuschließen. Abweichungen von der Steigerungsrate des Jahres 2001, also von den eben gerade genannten 1,63% sind für die Vertragspartner dann möglich, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden (§ 71 Abs 2 Satz 2 SGB V). Die aus jeder Budget-Diskussion bekannten Verlagerungseffekte zwischen den Sektoren wie zB zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden damit den Vertragspartnern ausdrücklich ermöglicht. Allerdings reichen bloße Hoffnungswerte für derartige Verlagerungseffekte nicht aus. Die Einsparungen, die diese Mehrausgaben finanzieren sollen, müssen entweder bereits erbracht sein oder zumindest vertraglich vereinbart sein. Inwieweit dieser Ansatz die gewollte Flexibilität zwischen den Sektoren erreichen wird, bleibt abzuwarten.

Dieses Prinzip der Beitragssatzstabilität in der Ausformung von § 71 SGB V in der Fassung der Reform 2000 ist verbindliche Vorgabe für nahezu alle Verträge, die die Kassen oder deren Verbände mit Leistungserbringern abschließen.

### IX. Gesamtvergütung Ärzte

Das globale, finanzielle Volumen, das von den Krankenkassen zur Vergütung der Gesamtheit der ärztlichen Leistung zur Verfügung gestellt wird, wird in Deutschland als Gesamtvergütung zwischen den Verbänden der Kassen auf Landesebene einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits in den Gesamtverträgen vereinbart. Die Vereinbarung erfolgt kassenspezifisch, eine Vergütungsform ist im SGB V nicht zwingend vorgegeben; die Vergütung kann als Festbetrag, Einzelleistung, als Fallpauschale, als Kopfpauschale oder als Kombination dieser Vergütungsformen vereinbart werden (§ 85 Abs 2 SGB V).

Die Vergütungsform der Regelleistungsvolumina, dh die Vereinbarung fester, arztgruppenspezifischer Punktwerte, die mit den NOG's ab dem 1. 1. 1997 für die Vertragspartner ermöglicht wurden, ist nicht mehr vorgesehen. Im geltenden Recht kommen Regelleistungsvolumina nur noch als mögliche Form der Honorarverteilung innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung und daher gekappt mit einer Degressionszone vor (§ 85 Abs 4 S 7 SGB V).

Vorgegeben ist für die Vertragspartner die Veränderungsrate aus § 71 SGB V, dh im Jahr 2001 die Veränderungsrate von 1,63% als maximale Steigerungsrate der Gesamtvergütungen Ärzte. Allerdings sind auch beim Honorar auf der Grundlage der Flexibilitätsklausel des § 71 darüber hinausgehende Steigerungsraten vereinbarungsfähig, wenn zB an Einsparungen in anderen Sektoren von den Kassen bereits erzielt oder zumindest vereinbart worden sind.

Die Gesamtvergütung wird von den Kassen an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung gezahlt; die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Gesamtvergütung weitgehend autonom an die ihr angehörenden Vertragsärzte auf der Grundlage des sog. Honorarverteilungsmaßstabes.

## X. Steuerungsfragen

Diese globale Entwicklung ist zunächst vor dem Hintergrund der Arztlentwicklung in den letzten Jahren zu sehen, die ja für die Verteilung der Finanzvolumen in einem Budget eine der zentralen Größen darstellt. Die Zahl der Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, hat sich in den alten Ländern von 65.789 (1980) auf 105.368 (1998) entwickelt (+ 39.579) (Zahl der Versicherten: 55,7 Mio 1985; 58 Mio 1999, dh + gut 2 Mio).

Der Gesetzgeber der Reform 2000 hat daher ab dem 1. 1. 2003 die Einführung einer objektiven Bedarfsplanung im ärztlichen Bereich angekündigt, die über die bisherige Bedarfsplanung, die lediglich eine Verteilungsregelung ist, deutlich hinausgehen wird. Das hierzu erforderliche wissenschaftliche Gutachten wurde vom BMG im Sommer des Jahres 2000 vergeben. Denn: Eine budgetierte ärztliche Gesamtvergütung kann auf Dauer ohne eine Steuerung des Zugangs der Ärzte zu diesem Budget nicht kontrolliert werden.

Diese Entwicklung ist des weiteren vor dem Hintergrund der Ausdehnung der Menge ärztlich erbrachter Leistungen und vor dem Hintergrund des mit dieser Mengenausweitung im gedeckelten Budget zwangsläufig verbundenen Punktwertverfalls zu beurteilen. Denn neben der Zahl der Leistungserbringer ist natürlich innerhalb einer budgetierten Gesamtvergütung entscheidend die Frage, welche Mengen ärztlicher Leistungen in diesem Rahmen erbracht werden.

Wir stoßen hier auf die Besonderheit, dass zur Steuerung der Menge innerhalb eines Sektorbudgets quasi Subbudgets bezogen auf den einzelnen Vertragsarzt von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung vereinbart worden sind. Ich meine damit die Praxisbudgets, die von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Mengensteue-

rung im EBM seit 1. 7. 1997 vereinbart worden sind. Eine Mengenbegrenzung, die durch den Gesetzgeber des SGB V sanktioniert ist (§ 87 Abs 2 S 8 SGB V). Zur Zeit wird allerdings in Deutschland über eine Reform dieses EBM und die Ablösung dieser Praxisbudgets verhandelt mit dem Ziel zu neuen, transparenten und berechenbaren Vergütungsstrukturen zu kommen. Diese Debatte wird verknüpft, mit der politischen Forderung nach der Wiedereinführung der arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina und der Vereinbarung fester arztgruppenspezifischer Punktwerte.

Diese Entwicklung, dh die globale Steigerung der Ausgaben für vertragsärztliches Honorar, ist des weiteren vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Honorarverteilung eine wesentliche und eigenständige Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen auch nach der Reform 2000 geblieben ist. Der Honorarverteilungsmaßstab der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung wird nach wie vor nur im „Benehmen“ und nicht im Einvernehmen mit den Krankenkassen, wie in der Reform ursprünglich vorgesehen, festgesetzt (§ 85 Abs 4 S 2 SGB V). Die interne Budgetsteuerung ist damit grundsätzlich wie bisher originäre Selbstverwaltungsangelegenheit der jeweiligen KV.

Die bisherige Gestaltungsfreiheit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen wird allerdings mit der Reform 2000 insoweit erheblich eingeschränkt, als wegen der Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung durch die Reform 2000 die Gesamtvergütung jeweils getrennt zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung von der KV zu verteilen ist und zwar auf der Grundlage bundeseinheitlicher verbindlicher Kriterien, die der Bewertungsausschuss für die Festlegung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsanteile bis zum 28. 3. 2000 festgelegt hat.

Dem entspricht die durch die Reform 2000 vorgesehene Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen abrechnungsfähigen Positionen im EBM, die vom Bewertungsausschuss bis zum 31. 3. 2000 vorzunehmen war und bisher gleichwohl wegen der geplanten weitergehenden Reform des Bewertungsmaßstabes noch nicht erfolgt ist.

Damit wird zunächst erkennbar, dass das vertragsärztliche Honorar vor dem Hintergrund des Ziels der Stärkung der hausärztlichen Versorgung vor einer tiefgreifenden Umstrukturierung steht. Zu Verwerfungen bei der Honorarverteilung kommt es allerdings nur in den Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen das hausärztliche Honorar wegen der jeweiligen Mehrheitsverhältnisse in dieser KV bisher unterdurchschnittlich war. Hinzu kommt die Integration der Vertragspsychotherapeuten, in die Gesamtvergütungen und die damit verbundenen Vergütungs- und Verteilungsprobleme, die ich hier nur erwähnen möchte.

Budgetdiskussionen im ärztlichen Honorarbereich sind also aktuell und künftig durch interne Verteilungsfragen noch deutlicher überlagert als bisher.

Kritisch ist allerdings anzumerken, dass zentrale Fragen der Budgetsteuerung noch nicht zufriedenstellend gelöst sind; dh insb die Regelung des Zugangs zum Budget und die Mengensteuerung über die Vergütungsregelung innerhalb des Budgets.

## XI. Arznei- und Heilmittelbudgets

Der zweite Ausgabensektor, den ich hier noch als Budgetbereich ansprechen möchte, ist der Sektor der Arznei- und Heilmittelausgaben.

Dieser Ausgabenbereich wird seit 1993 auf der Grundlage des GSG gesteuert

- durch die Arznei- und Heilmittelbudgets (Mengenentwicklung);
- durch Festbeträge (Preiskomponente);
- durch Arzneimittelrichtlinien (Qualität);
- und durch Zuzahlungen der Versicherten (Eigenverantwortung).

Diese Arznei- und Heilmittelbudgets werden wie folgt gebildet (§ 84 SGB V):

- Die Budgets werden vertraglich auf der Ebene der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen kassenartenübergreifend für das Volumen der Arznei- und Heilmittelausgaben in der Region vereinbart; wir haben also in Deutschland insgesamt 23 Arznei- und Heilmittelbudgets. Die Bildung der Ausgangsbudgets des Jahres 1999 erfolgte allerdings durch G;
- die Budgetfortschreibung erfolgt anhand gesetzlich geregelter inhaltlicher Kriterien (§ 84 Abs 1 S 3 SGB V) und nicht grundlohnsummenorientiert. Insb sind dabei Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen bei der Budgetfortschreibung zu berücksichtigen.
- Die Budgetsteuerung ist Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des Budgetvertrages. Sie kann dazu insb ihre Vertragsärzte über verordnungsfähige Arzneimittel im Sinne einer rationalen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie informieren (§ 305 a Abs 1 SGB V). Die Beschaffung der dazu benötigten arztbezogenen Steuerungsdaten gehört dabei zu ihren Aufgaben.
- Die Steuerung des Ordnungsverhaltens des einzelnen Arztes erfolgt durch budgetbegleitende arztgruppenspezifische Richtgrößen; bei einer Überschreitung dieser Richtgrößen bereits um 5% kann ein Prüfungsausschuss die Wirtschaftlichkeit der Verordnung prüfen; bei der Überschreitung von 15% muss der geprüfte Arzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand der Krankenkasse ersetzen (§ 106 Abs. 5 a SGB V);
- wird das Arznei- und Heilmittelbudget von einer Kassenärztlichen Vereinigung überschritten, so hat die Kassenärztliche Vereinigung für den Überschreibungsbetrag mit dem ärztlichen Honorar zu haften. Die ärztliche Gesamtvergütung wird bis zum 31.12. des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres kraft Gesetzes um den Überschreibungsbetrag gekürzt, allerdings begrenzt auf 5% der Arznei- und Heilmittelbudgets. Festgesetzte Regresse aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind hier in Ansatz zu bringen. Bezogen auf das Jahr 1999 haben insgesamt 11 KVen ihr Budget überschritten.
- Budgetunterschreitungen auch das kommt vor (12 KVen) können die Vertragspartner zur Verbesserung der Versorgungsqualität verwenden.
- Ergebnis der Reform 2000 ist hier insb die Einführung des Vorrangs des Individual- vor dem Kollektivregress (§ 84 Abs 1 S 5 SGB V) verbun-

den mit einer deutlichen Verschärfung der Aufgreifkriterien für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 Abs 5 lit a SGB V).

## XII. Steuerungsfragen

Ungelöst ist in Deutschland nach wie vor das sehr unterschiedliche Niveau der Arznei- und Heilmittelbudgets in den jeweiligen Regionen. Diese Unterschiede sind überwiegend historisch bedingt und zB durch Morbiditätskriterien nicht zu erklären. Das mit der Reform 2000 deswegen vorgesehene Bench-Mark-Verfahren, durch das das Niveau der regionalen Budgets an den Ausgabebeträgen des Drittels der Vertragsregionen mit den niedrigsten Ausgabewerten als Referenzwert orientiert werden sollte (§ 84 Abs 1 S 7 Entwurf SGB V), ist in der zustimmungsfreien Fassung der Reform nicht realisiert worden.

Ungelöst ist meines Erachtens auch die für die Budgetfortschreibung wichtige Frage der Beschreibung von Innovationen, die für die Steuerung der Arzneimittelausgaben immer zentralere Bedeutung bekommen. Dies folgt daraus, dass eine Innovation sich erst im Vergleich zu einem Standard ergibt, derartige Standards der Arzneimitteltherapie in konsentierter Form in Deutschland wohl eher nur begrenzt vorhanden sind. Auch an dieser Stelle geht es wiederum um die Installation von Verfahren mit Transparenz und ausreichend tragfähiger Legitimität.

Es überrascht nicht, dass diese Regelung, – insb wegen der Haftungsregelung – ein zentraler Konfliktpunkt mit der Ärzteschaft in Deutschland ist. Seit Einführung der Haftungsregelung mit dem GSG ab dem 1. 1. 1993 ist die Diskussion um die Budgets nicht zur Ruhe gekommen, auch wenn die Haftungsregelungen selbst nie umgesetzt worden ist. Die Forderung nach der Abschaffung der Kollektivhaftung ist eine der zentralen Forderungen der deutschen Ärzteschaft. Gerade in diesen Tagen wird diese Diskussion auf Regierungsebene erneut aufgenommen mit Gesprächen über die Ablösung der Budgets durch sog. budgetablösende Richtgrößen, die mit den NOG 1997 eingeführt und – nach dem Regierungswechsel des Jahres 1998 – zum 1. 1. 1999 mit dem Vorschaltgesetz wieder abgeschafft worden sind.

Kritisch bleibt allerdings anzumerken, dass die Budgetierungsproblematik der Arzneimittelausgaben in Deutschland nicht so sehr auf dem Regelungsmechanismus beruht, denn dieser ist ausreichend flexibel, um eine adäquate versorgungsorientierte Ausgabensteuerung zu ermöglichen. Die Probleme resultieren nach meiner Einschätzung zumindest auch zu einem erheblichen Anteil aus der Umsetzung dieser Regelung auf der Ebene der Vertragspartner. Anscheinend ist es so, dass eine differenzierte Budgetpolitik auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen nicht überall stattfindet.

## XIII. Integrationsversorgung

Die wesentlichen Ausgabebereiche der sozialen KV werden damit durch Vertragsbudgets gesteuert, die in ihrem Wachstum begrenzt sind durch das Prinzip der Beitragssatzstabilität; gleiches gilt im Kern auch für die Kran-

kenhausbudgets, die ich in ihren Einzelheiten heute nicht mehr darstellen kann.

Auf der Grundlage des Systems der Sektorsteuerung ist allerdings eines der zentralen Probleme nicht gelöst, das – wie dargelegt – zur Diskussion eines Globalbudgets geführt hat. Hierbei geht es um die Schnittstellenprobleme und Verlagerungseffekte, die mit jeder stringenten Sektorbudgetierung zunehmend und zwangsläufig verbunden sind.

Die Antwort auf diese Schnittstellenproblematik kann man zweierlei geben:

- Lösungen der Schnittstellenfragen durch bessere Verzahnung der einzelnen Sektoren; exemplarisch sei genannt die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus; das ambulante Operieren, die stationärsersetzenden Eingriffe oder auch das Belegarztwesen.
- Die Herauslösung bestimmter Versorgungssektoren aus eben dieser Sektorsteuerung.

Die Reform 2000 hat neben einigen Einzelheiten im Schnittstellenbereich auch diesen zweiten Gedanken grundsätzlich aufgegriffen und zwar mit dem neuen Vertragstyp der Integrationsversorgung (§ 141 lit a sublit ff SGB V). Mit der Integrationsversorgung wird den Vertragspartnern in der sozialen KV in Deutschland eine völlig neue, alternative Versorgung ermöglicht, die von den bisherigen Sektormechanismen völlig abgelöst werden kann.

Grundprinzipien dieser Integrationsversorgung sind die folgenden:

1. Die Krankenkassen bzw. deren Verbände bekommen mit der Integrationsversorgung die Möglichkeit, neue, sektorübergreifende Verträge mit allen zugelassenen Leistungsanbietern im System abzuschließen;
2. damit wird ein Angebot ganzheitlicher Versorgung für die Versicherten und Patienten ermöglicht, die ein derartiges integriertes Versorgungsangebot wollen;
3. mit diesem Angebot soll die Versorgungsqualität verbessert und die Versorgungseffizienz gesteigert werden;
4. zu diesem Zweck werden vertragliche Innovations- bzw. Gestaltungsspielräume für die Krankenkassen und Integrationsanbieter weitestgehend eröffnet;
5. die Vertragspartner bekommen zu diesem Zweck die Möglichkeit das gesamte sog. Leistungserbringerrecht einschließlich des Krankenhausfinanzierungsrechtes in Integrationsverträgen abweichend zu gestalten (§ 140b Abs 4 SGB V);
6. die Einzelheiten der Gestaltung der Integrationsversorgung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird durch eine Bundesrahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits geregelt;
7. die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an derartigen Integrationsverträgen ist möglich aber nicht mehr obligatorisch vorgesehen; insofern besteht nach wie vor ein Streitpunkt zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden, der in den nächsten Wochen vor dem Bundesschiedsamt ausgetragen werden wird;

8. Finanzvolumen, das die Krankenkassen in Integrationsverträge investieren, sind von den fortbestehenden Sektorvergütungen wie zB dem ärztlichen Honorarbudget abzuziehen; es gilt der Grundsatz, dass die Sektorbudgets um die Aufwendungen von Krankenkassen in Integrationsverträgen zu bereinigen sind; insoweit gilt auch hier das Prinzip der Beitragssatzstabilität.

#### XIV. Schluss

Die Reform-2000 hat daher zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Fortführung der stringenten, sektoralen Budgetierung aller wesentlichen Ausgabenbereiche auf der Grundlage des Prinzips der Beitragssatzstabilität;
- Ausbau und Verbesserung der Steuerungsinstrumente für diese Sektorbudgets sowie
- Entwicklung des Vertrags- und Versorgungstyps der Integrationsversorgung um gerade indikationsspezifisch sektorübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

Entscheidender Punkt bei einer Budgetsteuerung in der KV ist allerdings, neben der Regelung der Budgets und Instrumente zur Steuerung dieser Budgets, auch die Frage der Transparenz dieser Budgets. Ich meine damit die Frage der Beurteilung und insb der Beurteilungskriterien für das medizinisch Notwendige, das ja und zwar ausschließlich Gegenstand der medizinischen Versorgung der sozialen KV sein soll. Die Klärung der mit diesen Themen zusammenhängenden Fragen, dh die Bestimmung des medizinisch Notwendigen, ist meines Erachtens eines der zentralen Themen der Zukunft gerade vor dem Hintergrund der auf uns zukommenden Herausforderungen der demographischen Entwicklung bzw des medizinisch-technischen Fortschrittes. Nur wenn es gelingt diese Fragentransparenz und mit ausreichender Legitimation zu regeln, kann eine tragfähige Grundlage für eine Budgetsteuerung der sozialen KV auf Dauer geschaffen werden.

*Rudolf Mosler*

## Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Rechtslage in Österreich

### I. Einführende Bemerkungen zur Honorierung der Vertragsärzte

Das Thema „Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel“ ist für das österreichische Vertragsarztrecht fast etwas exotisch. Soweit über die Budgetierung im Gesundheitswesen gesprochen wird, betrifft dies in aller Regel die Abgeltung der stationären Pflege in den Krankenanstalten und nicht die Kosten der Behandlung durch niedergelassene (Vertrags-)Ärzte. Deren Honorierung ist in Österreich in den zwischen Ärztekammern und KV-Trägern abgeschlossenen Gesamtverträgen (GV) geregelt. Sie erfolgt im Wesentlichen nach Einzelleistungen. Ergänzend enthalten die meisten GV eine Grundvergütung, die bestimmte oder alle nicht einzeln honorierten Leistungspositionen abdecken soll. Das österreichische vertragsärztliche Vergütungssystem erweist sich also im Unterschied zum deutschen als vergleichsweise einfach strukturiert. Und es wird in der öffentlichen Diskussion nur wenig hinterfragt oder gar in Frage gestellt.<sup>1)</sup> Aus juristischer Sicht wurden zwar einige systemimmanent durchaus bedeutsame Probleme wie die Zulässigkeit von Pauschalierungen und Limitierungen des Ärztehonorars<sup>2)</sup> sowie – sehr kontroversiell – die Möglichkeiten des Vertragsarztes zur Privatverrechnung und die Probleme der Kostenerstattung in solchen Fällen<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Auch in der aktuellen (Februar 2001) sehr intensiv geführten politischen Diskussion über die Defizite der Krankenkassen und die Finanzierung des Gesundheitswesens spielt die Honorierung der Ärzte kaum eine Rolle.

<sup>2)</sup> Vgl insb *Geppert*, Die Entscheidung von Einzel- und Gesamtstreitigkeiten im Vertragspartnerrecht der Sozialversicherung, DRdA 1987, 177 ff (185 ff); *Krejci*, Über unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte, FS Schwarz (1991) 401 ff; *Krejci*, Untergang der Kassenärzte? Wie man Laborärzte durch Honorarkürzungen „wegrationallisiert“ (1998); *Kletter*, Kostenerstattungen und Sachleistungsvorsorge, SozSi 1994, 27 ff; *Grillberger*, in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung. Eine rechtsdogmatische Untersuchung zum Vertragspartnerrecht (1995), 356 ff; *Schrammel*, Ausgewählte Probleme des ärztlichen Gesamtvertrages, in: *Tomandl* (Hrsg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996) 79 ff (93 ff). Vgl dazu auch unten III und IV.

<sup>3)</sup> Vgl insb *Schrammel*, Der sogenannte „kassenfreie Raum“, in *Tomandl* (Hg), Sachleistungserbringung durch Dritte in der Sozialversicherung (1987) 70 ff; *Schrammel*, Kostenersatz im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ZAS 1994, 73 ff;

behandelt. Beiträge, in den auch Alternativen zum derzeitigen Vergütungssystem oder größere Reformen diskutiert werden, finden sich kaum.<sup>4)</sup> Dieser Befund überrascht zunächst, weil die Kostensteigerungen in den letzten Jahren und die Prognosen über die weitere Kostenentwicklung die KV gehörig unter Druck bringen.<sup>5)</sup> Kostendämpfende Maßnahmen werden daher genauso unumgänglich sein wie eine Steigerung der Einnahmen.<sup>6)</sup> Welches Vergütungsmodell am besten geeignet ist, den „Spagat“ zwischen möglichst geringen Kosten und bestmöglicher Qualität der Leistungserbringung zu schaffen, lässt sich nicht so ohne weiteres sagen. Die Einzelleistungsvergütung hat insofern problematische Steuerungseffekte („perverse incentives“),<sup>7)</sup> als sowohl ein Anreiz besteht, möglichst viele – jeweils eigens honorierte – Leistungen zu erbringen, als auch den Zeitaufwand pro Leistung zu minimieren bzw. möglichst solche Leistungen auszuweiten, bei denen eine günstige Entgelt/Kosten-Relation besteht.<sup>8)</sup> Der vielbeklagte Trend von der Betreuungszur Apparatedizin hat seine Ursache daher nicht nur in der medizinisch-technischen Entwicklung sondern wahrscheinlich auch in einem Vergütungssystem, das sich von der ganz überwiegenden Pauschalierung immer mehr in Richtung Einzelleistungsvergütung entwickelt hat. Pauschalssystemen wohnt

*Grillberger*, Privathonorierung von Vertragsärzten?, *SozSi* 1991, 526ff; *Grillberger*, Die Bundesschiedskommission und der sogenannte kassenfreie Raum, *ZAS* 1994, 81 ff; *Kiesl*, Der sogenannte „kassenfreie Raum“ oder: Ein verwirrendes Wortspiel mit fatalen Folgen für die Sozialversicherten, *SozSi* 1995, 322 ff, 418 ff.

<sup>4)</sup> Vgl aber *Neudeck*, Zur ökonomischen Analyse der österreichischen Krankenversicherung: Marktversagen und Arzthonorierung, in: *Holzmann* (Hrsg), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung – Ergebnisse für Österreich (1988) 131 ff; *Theurl*, Arzthonorierung und optimale medizinische Versorgung, *Wirtschaftspolitische Blätter* 1993, 602 ff; *Wieninger*, Honorierungssysteme ambulanter ärztlicher Leistungen, *SozSi* 1998, 169 ff.

<sup>5)</sup> Von einer „Kostenexplosion“ zu sprechen, dürfte aber übertrieben sein. Vgl dazu für Österreich die Analyse von *Badel*, Ökonomische Herausforderungen an das österreichische Gesundheitswesen, *SozSi* 2000, 557 ff. Die Defizite der Krankenkassen hängen zu einem erheblichen Teil damit zusammen, dass die Einnahmen stagnieren, weil die Erwerbseinkommen trotz hohem Wirtschaftswachstum zu wenig ansteigen. Vgl dazu die (über)pointierte, aber sehr informative Darstellung von *Braun/Kühn/Reiners*, Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik (1998).

<sup>6)</sup> Soweit von politischen Entscheidungsträgern oder „Wunderheilern“ behauptet oder der Eindruck erweckt wird, mit Einsparungen in der Verwaltung allein könne das Defizit der Krankenkassen beseitigt werden, müssen diese Aussagen als inkompetent und/oder verantwortungslos bezeichnet werden.

<sup>7)</sup> Vgl *Schmacke*, Stimmen die Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung? Indizieren und Begrenzen von Leistungen als Qualitätsmerkmal, *Arbeit und Sozialpolitik* 2000 H 5–6, 16 ff (31); dieser Autor bezeichnet Einzelleistungshonorierungssysteme als „Auslaufmodelle“, die der Entwicklung eines leistungsfähigen und wirtschaftlich akzeptablen Versorgungssystems im Wege stehen.

<sup>8)</sup> Vgl dazu etwa *Pfaff/Nagel*, Vergütungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung. Ein Überblick über Honorierungssysteme und ihre Steuerungswirkungen, *dSozSi* 1995, 41 ff (43), unter Verweis auf den (deutschen) Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, der schon 1988 eindringlich auf die Probleme der Einzelleistungsvergütung hingewiesen hat; für Österreich *Theurl*, *Wirtschaftspolitische Blätter* 1993, 609 ff; *Glaeske*, Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. Aber: Haben wir eine Theorie der optimalen medizinischen Versorgung, in: *Meggeneder/Noack*, Wie steuerbar ist das Gesundheitswesen? (1999) 141 ff (144 ff).

hingegen eine Tendenz zur Minimalmedizin inne, weil es wirtschaftlich sinnvoll ist, möglichst wenige und nicht aufwendige Leistungen bei möglichst vielen Patienten zu erbringen.<sup>9)</sup> Das in der Vergangenheit oft kritisierte „Sammeln von Krankenscheinen“ beschreibt diese möglichen Auswirkungen. Bei näherer Betrachtung der Honorarordnungen der österreichischen KV zeigt sich, dass die Vergütung nach einem gemischten System erfolgt. Den kostensteigernden Effekten der Einzelleistungsvergütung wird durch Pauschalierungen, Limitierungen, Verrechnungsbeschränkungen und degressive Honorierung entgegengewirkt. Bei einer Gesamtbetrachtung aller Vertragsärzte ist der Anteil von Grundleistungen und Einzelleistungen an den Ausgaben der KV-Träger für die Vertragsärzte ungefähr gleich. Der Einzelleistungsanteil ist erwartungsgemäß bei den allgemeinen Fachärzten deutlich höher als bei den Ärzten für Allgemeinmedizin („Praktiker“), bei den sonstigen Fachärzten (Röntgen, physikalische Therapie und Labordiagnostik) sogar fast 100%.<sup>10)</sup>

Ob und inwieweit das österreichische Vertragspartnerrecht auch eine Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten enthält bzw. welche rechtlichen Grenzen es für Budgetierungskonzepte gibt, soll im Folgenden behandelt werden. Da dieser Ansatz in Österreich bisher noch wenig Beachtung gefunden hat, werde ich zunächst auf Funktionen, Vor- und Nachteile der Budgetierung zu sprechen kommen, bevor ich auf die Rechtslage und die rechtlichen Probleme der Umsetzung eingehe.

## II. Begriff, Funktionen und Arten der Budgetierung in der sozialen KV

### 1. Begriff

Der Begriff „Budgetierung“, wie er im gesamten Bereich des Gesundheitswesens verwendet wird, ist schon deshalb erläuterungsbedürftig, weil ihm im allgemeinen Sprachgebrauch eine andere Bedeutung zukommt.<sup>11)</sup> Unter „Budget“ versteht man normalerweise einen Haushaltsplan, den Vorschlag von Einnahmen und Ausgaben. „Budgetierung“ ist in diesem Begriffsverständnis der Vorgang, der zur Erstellung des Budgets führt. Wer eine Ausgabe oder Einnahme budgetiert, der plant sie in seine Kalkulation ein. Verwendet wird dieser Begriff des Budgets vor allem im Finanzrecht bzw. in den Staatswissenschaften, und zwar durchaus im Verständnis des allgemeinen Sprachgebrauchs. Der Ausdruck „Budgetierung“ im Zusammenhang mit der KV ist aber iSv „Ausgabenbegrenzung“ zu verstehen.<sup>12)</sup> Es geht darum, dass

<sup>9)</sup> Vgl *Theurl*, *Wirtschaftspolitische Blätter* 1993, 611.

<sup>10)</sup> *Wieninger*, *SozSi* 1998, 189; bei dieser Aufteilung sind allerdings Honorare für Einzelordinationen und Visiten den Grundleistungen zugerechnet, obwohl es sich um Leistungen handelt, die früher durch das Fallpauschale abgedeckt waren.

<sup>11)</sup> Darauf hat zu Recht *Boecken*, Mengensteuerung durch Budgetregelungen unter Einbeziehung des Globalbudgets, *MedR* 2000, 165 ff (165 f), hingewiesen.

<sup>12)</sup> Vgl etwa *Scheil-Adlung*, Marktorientierte Kostenkontrolle in Gesundheitssystemen: Wirkungen von Verhaltensanreizen in ausgewählten OECD-Ländern, *SozSi* 1998, 194 ff (206).

die Ausgaben für die Erbringer von Gesundheitsleistungen oder für Gesundheitsprodukte budgetiert, dh begrenzt werden sollen.

## 2. Budgetierung als Mittel der Kostendämpfung

Hauptzweck der so verstandenen Budgetierung ist also die Kostendämpfung. Die erheblichen Kostensteigerungen bei den Leistungen der sozialen KV sollen damit auf ein halbwegs erträgliches Maß zurückgeführt werden. Ein Budgetierungskonzept geht idR von der Annahme aus, dass die Kosten zu hoch sind bzw die Kostensteigerungen auch geringer ausfallen könnten. Es wird dabei unterstellt, dass es nicht nur externe, vom Leistungserbringer nicht beeinflussbare Faktoren sind, die zu den hohen Kosten bzw Kostensteigerungen führen.<sup>13)</sup> Um es auf den Punkt zu bringen: Begrenzt man die Ausgaben für Heilmittel, wird dem die Vorstellung zugrunde liegen, dass die Kostensteigerungen bei den Heilmitteln nicht nur auf den medizinischen Fortschritt, sondern auch auf zu häufige Verabreichung und zu hohe Preise zurückzuführen sind. Bei den ärztlichen Kosten wird mit einer Budgetierung va die Hoffnung verbunden sein, dass die Anzahl der erbrachten Leistungen sinkt bzw kostengünstigere Behandlungen erfolgen. Das System der ärztlichen Leistungserbringung spricht grundsätzlich dafür, dass die Hypothese, dass ohne Budgetierung zu viele oder zu teure Leistungen erbracht werden, nicht ganz unrichtig ist. Der leistungserbringende Arzt entscheidet, was aufgrund seiner Fachkompetenz unumgänglich ist, selbst darüber, ob, welche und wie viele Leistungen erbracht werden. Der Arzt ist in einer Doppelfunktion als Berater des Patienten und als Anbieter von Gesundheitsleistungen tätig. In seiner Beraterfunktion beeinflusst er aber wegen seines Informationsvorsprungs ganz entscheidend die Nachfrage.<sup>14)</sup> Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass die Honorierung im Vertragsarztsystem nicht über den Leistungsbezieher, den Patienten, sondern durch die KV erfolgt. Diese kann nämlich nicht unmittelbar sondern allenfalls im Nachhinein prüfen, ob die Leistungserbringung in diesem Ausmaß notwendig war.<sup>15)</sup> Ökonomisch gesehen besteht daher weder für den Arzt noch für den Patienten ein Anreiz, sich sparsam zu verhalten. Dazu kommt, dass die Gesundheit das wohl höchstwertige Gut des Menschen darstellt und ärztliche Leistungen daher nicht mit anderen Dienstleistungen vergleichbar sind. Die Erwartungshaltung bei den Versicherten gegenüber Arzt und KV-Träger, im Krankheitsfall alles zu bekommen, was gut und teuer ist, dürfte sehr ausgeprägt sein.<sup>16)</sup> Dahinter steckt der vieldiskutierte Gedanke des „moral hazard“, wo-

<sup>13)</sup> Vgl zB *Oldiges*, Budgetierung – was sonst? Sozialer Fortschritt 1995, 81 ff.

<sup>14)</sup> *Neudeck*, in *Holzmann* (Hg), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung 137 ff, der von einem „doppelten Moral-Hazard-Problem“ (Patienten- und Ärzte-Moral-Hazard) spricht.

<sup>15)</sup> Die Überprüfungsmöglichkeiten sind dabei sehr eingeschränkt, vgl *Mosler*, Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte – Die Bedeutung von Durchschnittswerten bei der Ökonomiekontrolle, ZAS 2000, 5 ff.

<sup>16)</sup> *Arnold*, Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialer Fortschritt 1992, 53 ff (54), spricht davon, dass „die Bedürfnisse im Gesundheitswesen grundsätzlich unbegrenzt sind und der mit der Verfolgung übergeordneter Ziele ver-

nach es für den versicherten Patienten rational ist, seine Nachfrage nach Leistungen auszudehnen, um einen „Gegenwert“ für seine Beiträge zu bekommen. Diesem Prinzip dürfte zwar oft zu große Bedeutung beigemessen werden, weil medizinische Diagnosen und Therapien in vielen Fällen schmerzhaft oder jedenfalls unangenehm sind und sich schon daraus eine Begrenzung des Anspruchsdenkens ergibt. Es ist aber sicher richtig, dass sich sparsames Verhalten für den Versicherten nicht lohnt, weil es vom System nicht belohnt wird.<sup>17)</sup> Diese individuell verständliche, gesamtwirtschaftlich aber folgenschwere Einstellung kann auch durch Kostenbeteiligungen der Versicherten nur zT „gesteuert“ werden, weil die Nachfrage überwiegend vom Arzt bestimmt wird.<sup>18)</sup> Trotz hoher Rezeptgebühren steigen etwa die Kosten für Heilmittel in den letzten Jahren besonders stark an. Es ist auch durchaus zweifelhaft, ob der Umstieg auf ein Kostenerstattungssystem, dessen sozialpolitische Folgen erst bewältigt werden müssten, einen anhaltend kostendämpfenden Effekt hätte. Wenn auch die Kosten der Leistungserbringung für den Einzelnen transparent und spürbar würden, bliebe die Entscheidung über Art und Ausmaß der Behandlung auch in diesem Fall beim Arzt. Dabei geht es weniger darum, dass völlig unnütze oder aus medizinischer Sicht unnötige Leistungen erbracht werden.<sup>19)</sup> Schon aufgrund der ärztlichen Berufspflichten werden echte Missbrauchsfälle nur selten vorkommen. Die ärztliche Ethik wirkt ökonomisch als „Kostenbremse“, weil sie die persönliche Gewinnmaximierung begrenzt. Der Arzt ist aber als Unternehmer legitimer Weise daran interessiert, ein adäquates Einkommen zu erzielen. Dazu kommt, dass er sich Patientenwünschen oft nur schwer verschließen kann, wenn er nicht Gefahr laufen will, den Patienten für die Zukunft zu verlieren. Dies wird gerade bei modernen diagnostischen Methoden aber auch bei Heilmitteln oft eine Rolle spielen (so zB die verbreitete Einstellung, „ein guter Arzt verschreibt wenigstens ein Medikament“). Bei einer ökonomischen Be-

bundene Verzicht auf Marktmechanismen Ausgabenbegrenzungen irgendeiner Art unabweisbar macht“.

<sup>17)</sup> Die Privatversicherungen kennen zB Beitragsrückerstattungen bei Nichtanspruchnahme von Leistungen in einem bestimmten Zeitraum. Das ist deshalb unproblematisch, weil es nur um Zusatzleistungen geht, wie zB Wahlarztkosten, die von der Kostenerstattung nach § 131 ASVG nicht abgedeckt werden oder die „Hotelleistungen“ bei der stationären Pflege in Krankenanstalten. Eine Prämie bei geringer oder gar keiner Inanspruchnahme von Grundleistungen der Krankenbehandlung könnte aber dazu führen, dass Leistungen auch bei medizinischer Notwendigkeit nicht beansprucht werden.

<sup>18)</sup> *Neudeck* in *Holzmann* (Hrsg), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung 138, spricht Selbstbehalten aus diesem Grund eine nur stark abgeschwächte Wirksamkeit zu.

<sup>19)</sup> Es ist freilich umstritten, wie viele medizinische Dienstleistungen tatsächlich nach wissenschaftlichen Kriterien medizinisch indiziert sind. *Schmacke*, Arbeit und Sozialpolitik 2000 H 5–6, 18f, verweist auf eine amerikanische Untersuchung, wonach nur 4% der medizinischen Dienstleistungen wissenschaftlich gut gesichert sind, während bei 50% ein Nachweis der wissenschaftlichen Evidenz fehlt und der Rest sich in einem interpretationsfähigen Mittelfeld an Qualität und Wirksamkeit bewegt. Damit ist zwar keine Aussage darüber getroffen, ob die Leistungen erbracht werden sollen, es zeigt aber, dass die medizinische Sinnhaftigkeit der Leistungserbringung keineswegs in den meisten Fällen eindeutig zu bejahen ist.



trachtungsweise ist also durchaus die der Budgetierung idR zu Grunde liegende Annahme zu teilen, dass es Wirtschaftlichkeitsreserven, also konkret ein Einsparungspotenzial bei Umfang und Art der erbrachten Leistungen gibt.

### 3. Budgetierung als Rationierung – Spannungsverhältnis zur Bedarfsdeckung

Eine Budgetierung rationiert die für die Leistungserbringung eingesetzten Mittel und bewirkt tendenziell auch eine Rationierung der Leistungen. Zwar kann eine Ausgabenbegrenzung durchaus so hoch angesetzt sein, dass idR jeglicher Bedarf voll abgedeckt werden kann.<sup>20)</sup> Da aber von vornherein einige wichtige Parameter für die Berechnung der Kosten nicht feststehen, insb der Umfang der notwendigen Leistungen und die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts, steht die Budgetierung zumindest in einem Spannungsverhältnis zur Bedarfsdeckung. Ist die Budgetierung hoch angesetzt, um diese Unsicherheiten zu berücksichtigen, wird sie die Wirtschaftlichkeitsreserven nicht aktivieren und damit ihre Kostendämpfungsfunktion nicht erfüllen. Aus diesem Grund muss eine Budgetierung so angesetzt sein, dass sie Kostendruck erzeugt, was allerdings die Bedarfsdeckung gefährden kann.<sup>21)</sup> Der Zwang zur Knappheit kann aber – jedenfalls nach Aktivierung der Wirtschaftlichkeitsreserven – dazu führen, dass Leistungen eher nicht oder in zu geringem Maße oder zu geringer Qualität erbracht werden. Wiederum handelt es sich dabei um ein rein ökonomisches Kalkül und um keine pauschale Beschuldigung der Ärzteschaft, bei geringer Entlohnung nicht ordentlich zu behandeln. Selbstverständlich werden auch bei einer Ausgabenbegrenzung fast alle Ärzte gemäß ihrer Verpflichtungen nach dem ÄrzteG (§ 49) jeden Patienten nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung gewissenhaft betreuen. Soweit der Leistungsanspruch des Versicherten und die GV nicht verändert werden, besteht sogar eine diesbezügliche Verpflichtung des Arztes gegenüber den KV-Trägern. Das System der Budgetierung bewirkt aber zumindest eine schleichende Rationierung von Leistungen. Um es an einem einfachen Beispiel zu veranschaulichen: Führt die Budgetierung dazu, dass Patienten mit Magenschmerzen öfter als vorher nach einer ersten Diagnose zunächst eine Diät verordnet wird anstatt dass teure Spezialuntersuchungen durchgeführt werden, hat sie ihren Kostendämpfungszweck erreicht. Werden diese Untersuchungen allerdings aus budgetären Gründen zu selten angeordnet bzw vorgenommen, findet in Wahrheit keine volle Bedarfsdeckung mehr statt. Welcher Effekt in welcher Intensität eintritt, lässt sich wegen der geschilderten Besonderheiten der Krankenbehandlung jedenfalls im Vorhinein kaum zuverlässig bestimmen.

<sup>20)</sup> Vgl Boecken, MedR 2000, 166.

<sup>21)</sup> Für außergewöhnliche Entwicklungen wird man Budgetüberschreitungen zulassen müssen, wodurch freilich wieder die Gefahr besteht, dass der kostendämpfende Effekt der Budgetierung beeinträchtigt wird, vgl zur deutschen Regelung Galle-Hoffmann/Schleert, Budgetüberschreitungen – Schicksal oder Steuerungsaufgabe? Anmerkungen zu den Verhandlungen über die Arznei- und Heilmittelbudgets des Jahres 2000, Arbeit und Sozialpolitik 2000 H 3–4, 20ff.

### 4. Arten der Budgetierung

Es kann grundsätzlich zwischen globalen Budgetierungen (Gesamtausgabenbegrenzungen), sektoralen Budgetierungen, Kostendeckelungen für bestimmte Leistungen, Leistungsgruppen oder Arztegruppen, arztbezogenen Budgetierungen sowie Limitierungen unterschieden werden.

Am weitesten geht eine Gesamtausgabenbegrenzung, die als sog Globalbudget ausgestaltet ist. Die einzelnen KV-Träger haben dann ein gedecktes Budget für alle Leistungen (dh nicht nur ambulante ärztliche Leistungen sondern auch die Aufwendungen für Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel sowie für Krankenanstalten und sonstige Leistungserbringer) zur Verfügung. Innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche besteht in einem solchen Modell ein mehr oder weniger großer Umverteilungsspielraum. Die Deckelung ergibt sich normalerweise aus dem Betrag der zur Verfügung stehenden Einnahmen. Da die Ausgaben daher grundsätzlich die Einnahmen nicht überschreiten dürfen, ist eine Ausgabensteigerung idR nur über eine Erhöhung der Einnahmen möglich. In einem SV-System, in dem die Einnahmen aus Beiträgen der Dienstgeber und Dienstnehmer stammen, erfolgt letztlich eine Orientierung an der Lohnentwicklung.<sup>22)</sup>

Budgetierungen können auch sektoral erfolgen, also für die jeweiligen Leistungsbereiche bzw Leistungserbringer (insb Krankenanstalten, niedergelassene Ärzte, Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel, Transporte). So sollen nach § 342 Abs 2 ASVG die GV eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der KV für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131 ASVG) enthalten. Damit wäre es vom Gesetz her zulässig, die Kosten der gesamten ärztlichen Hilfe im Rahmen der Leistungen der KV zu deckeln. Es sind bei einer Ausgabenbegrenzung aber auch sektorübergreifende und kombinierte Budgetierungen denkbar. So könnten etwa die vom Arzt erbrachten und die von ihm veranlassten Leistungen (insb Heilmittel, Heilbehelfe, Krankentransporte, uU auch Überweisungen und Einweisungen in eine Krankenanstalt) einer verbundenen Budgetierung unterworfen werden. Die Entwicklung der sog „Folgekosten“ würde sich dann auf die Höhe der Ärztehonorare („Eigenkosten“) auswirken. Eine überproportionale Ausgabensteigerung bei Heilmitteln könnte also den Vergütungstopf der Ärzte schmälern. Ein derartiges Modell sieht § 84 Abs 1 des deutschen SGB V vor.<sup>23)</sup>

Eine Budgetierung könnte auch noch für einzelne Sparten innerhalb eines Leistungsbereiches gelten. Bei den ambulanten ärztlichen Leistungen wäre eine Ausgabenbegrenzung für bestimmte einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen oder für einzelne Arztegruppen (zB Radiologen) oder nach regionalen Gesichtspunkten möglich.

Die Budgetierung kann schließlich noch arztbezogen gestaltet sein. Gerade auf dieser Ebene kann die Einbeziehung der Folgekosten besonders er-

<sup>22)</sup> Zum deutschen Globalbudget vgl etwa Engelen-Kefer, „Gesundheitsreform 2000“, dSozSi 1999, 122ff (124); Wasem, Globalbudget und Sicherstellungsauftrag, Sozialer Fortschritt 1999, 271ff.

<sup>23)</sup> Vgl Boecken, MedR 2000, 169ff.

folgreich sein, weil sie unmittelbare Anreizwirkung entfaltet (zB weniger Verordnungen erhöhen das Honorar).<sup>24)</sup>

Es gibt aber auch Modelle wie das deutsche Praxisbudget,<sup>25)</sup> bei dem das Ergebnis der (Quartals-)Abrechnung einem Durchschnittskostensatz der jeweiligen Arztgruppe gegenübergestellt wird, wobei Überschreitungen des Durchschnittswerts zu Honorarkürzungen führen können. Bei solchen Systemen steht nicht von vornherein ein bestimmter Betrag fest, der nicht überschritten werden darf, sondern es erfolgt eine Begrenzung nach bestimmten vorher aufgestellten, aber erst im Nachhinein angewendeten Regeln. Im Ergebnis ähnlich haben auch Limitierungen bei der Erbringung von Leistungen eine Budgetierungsfunktion. So kommen zB in den GV Begrenzungen auf einen bestimmten Prozentsatz der Behandlungsfälle im Quartal oder auf eine gewisse Anzahl von Leistungen pro Fall und Quartal vor (zB verrechenbar in 10% der Fälle). Bei diesen Limitierungen werden zwar nicht die Ausgaben gedeckelt, aber insofern begrenzt, als die Zahl der honorierten Leistungen (idR pro Abrechnungsperiode) beschränkt wird.

Hingegen haben sog Verrechnungsbeschränkungen mit Budgetierung nur mehr wenig zu tun. Es geht dabei darum, dass bestimmte Leistungen einer bestimmten Ärztegruppe (zB EKG nur von Internisten) oder innerhalb einer Facharztgruppe einzelnen Ärzten vorbehalten sind. Auch die Bindung an die vorherige Genehmigung durch den Chefarzt (Kontrollarzt) der Krankenkasse stellt eine Verrechnungsbeschränkung dar. Diese Beschränkungen dienen einerseits der Qualitätssicherung, wenn sie zB auf eine Ausbildung oder Befähigung abstellen, andererseits aber auch der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Würde die Diagnose und Therapie mittels teurer Geräte bei jedem Arzt verrechenbar sein, ist zu vermuten, dass die Behandlungen öfter durchgeführt werden und die Kosten für die KV-Träger steigen. Verrechnungsbeschränkungen haben also durchaus Kostendämpfungsfunktion, begrenzen aber nicht direkt die Ausgaben durch eine Budgetvorgabe.

### III. Budgetierung – Rechtslage in Österreich

#### 1. Überblick

Die gesetzlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Vergütung in Österreich sind schnell aufgezählt. Gem § 342 Abs 1 Z 3 ASVG haben die GV (ua) die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insb auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung zu regeln. Nach dem schon mehrmals erwähnten § 342 Abs 2 ASVG ist die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren und sollen die GV eine Begrenzung der Ausgaben für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe enthalten. Die in § 342 Abs 2 ASVG (als jedenfalls gewünschtes Modell) ausdrücklich vorgesehene Kombination von Einzelleistungsvergütung und Ge-

<sup>24)</sup> Vgl den Beitrag von *Kiesl* in diesem Band zum Gruppenpraxis-Pilotprojekt in Oberösterreich.

<sup>25)</sup> Vgl etwa *Hesral*, Praxis- und Zusatzbudgets des EBM (Ärzte) in der gerichtlichen Praxis, NZS 2000, 596ff.

samtausgabenbegrenzung führt letztlich dazu, dass das durch das Einzelleistungssystem erhöhte Risiko der Kosten einer vermehrten Leistungsanspruchnahme bzw Leistungserbringung von den Ärzten selbst zu tragen ist. Steht nur ein bestimmter Betrag zur Verfügung, sinkt bei höherer Anzahl von erbrachten Leistungen als vorgesehen der Wert der einzelnen Leistung.

In den Jahren seit 1945 waren die Honorarordnungen der GV zunächst dadurch gekennzeichnet, dass die ärztlichen Leistungen ganz überwiegend durch Pauschalentgelte (meist Fallpauschalen) und nur zu einem relativ geringen Anteil durch Einzelleistungshonorare vergütet wurden.<sup>26)</sup> Gleichzeitig waren die Gesamtausgaben begrenzt und teilweise noch zusätzlich die Honorare für die einzelnen Ärztegruppen limitiert.<sup>27)</sup> Später (ab ungefähr 1970) enthalten die GV (mit Ausnahme von Vorarlberg) keine Gesamtausgabenbegrenzung mehr. Gleichzeitig ist die Anzahl der honorierten Einzelleistungen ständig angewachsen. Die Bedeutung der Fallpauschalen hat demgegenüber abgenommen. Sofern es Fallpauschalen überhaupt noch gibt, decken sie als Grundvergütung entweder all die Leistungen ab, die nicht als Einzelleistungen in der Honorarordnung aufgeführt sind oder überhaupt nur bestimmte allgemeine Leistungen. Die GV enthalten mittlerweile alle eine Vergütung nach Einzelleistungen, die zT noch durch das Fallpauschale ergänzt wird. Den Ärztekammern als Vertragspartner der KV ist es also zunehmend gelungen, im Verhandlungsweg ein für die Ärzte günstigeres Honorarsystem zu etablieren, das weitgehend nach dem Einzelleistungsprinzip gestaltet ist und keine Gesamtausgabenbeschränkung mehr enthält. Allerdings finden sich in den meisten GV verschiedene Arten von Honorarlimitierungen, Degressionsbestimmungen sowie Verrechnungsbeschränkungen, die überwiegend auch der Kostendämpfung dienen. Ferner sind spartenbezogene Budgetierungen vereinzelt anzutreffen.

#### 2. Vorarlberger Modell

Der Vorarlberger GV stellt insofern eine Ausnahme dar, als er eine Gesamtausgabenbeschränkung enthält. Danach leistet die Vorarlberger Gebietskrankenkasse pro Kalenderjahr eine Gesamtvergütung von 22,7% ihrer Erträge an KV-Beiträgen (davon 20,93% für die kurative ärztliche Hilfe und 1,775 für Gesundenuntersuchungen). Damit sind (von besonders erwähnten Ausnahmen abgesehen) alle Aufwendungen für die Krankenbehandlung gemäß § 133 ASVG (insb die Honorare der Vertragsärzte, die Kostenerstattungen für Wahlärzte, aber auch die Kosten der Behandlung in anderen Bundesländern sowie im Ausland) abgegolten. In der Honorarordnung des GV wird die Honorarverteilung überwiegend nach zT limitierten Einzelleistungen geregelt. Den meisten Leistungen sind Punkte zugeordnet, die Punkt-

<sup>26)</sup> Vgl zB Salzburger Ärztevertrag – Gesamtvertrag vom 31. 10. 1956, SozSi 1957, 92ff.

<sup>27)</sup> Vgl zB Wiener Ärztevertrag, VI. Zusatzprotokoll zur Provisorischen Honorarregelung für das Jahr 1957, SozSi 1959, 413, wonach die Globalsummen für praktische Ärzte, allgemeine Fachärzte, Röntgenfachärzte, physikalische Fachärzte und Laboratorien jeweils als Prozentsatz der Gesamtausgabenbegrenzung ausgewiesen sind.

werte sind degressiv gestaffelt. Über die Verwendung allfälliger Überschüsse oder die Abdeckung allfälliger Abgänge aus der Gesamtvergütung ist einvernehmlich zwischen Vorarlberger Gebietskrankenkasse und Vorarlberger Ärztekammer zu bestimmen. Bei höheren Überschüssen wird offenkundig eine Restverteilung an die Vertragsärzte durchgeführt, geringere Überschüsse werden gespart. Bei Abgängen müsste es wohl zu einer Punktwertkürzung kommen, wobei diese aber einer gesamtvertraglichen Vereinbarung vorbehalten ist.

### 3. Spartenbezogene Budgetierung

Wie erwähnt beziehen sich spartenbezogene Budgetierungen auf einen bestimmten Leistungsbereich, einzelne Leistungen oder Ärzteguppen. Die GV sehen solche Arten von Ausgabenbegrenzungen vereinzelt vor. Ein konkretes Beispiel findet sich etwa im Salzburger GV hinsichtlich der Bereitschaftsdienste. Danach wird der neu eingeführte Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienst mit einer Pauschalzahlung an die Ärztekammer abgegolten. Die Gesamtvergütung ist für die Folgejahre an die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Salzburger Gebietskrankenkasse des jeweiligen Vorjahres geknüpft. Die Honoraranteile erfolgt autonom durch die Ärztekammer nach einem in der Honorarordnung geregelten Tarif. Ein weiteres Beispiel stellt die Vereinbarung eines Fixbetrages pro Jahr für neue Leistungen im oberösterreichischen GV dar. Auch für einzelne Leistungen gibt es Begrenzungsregelungen. So wird die Lasertherapie bei angiomatösen Tumoren im Operationsgruppenkatalog für die Dermatologie im Salzburger GV mit einer Behandlungspauschale pro Quartal abgegolten.

### 4. Limitierungen

Wesentlich häufiger als spartenbezogene Budgetierungen kommen in den GV Limitierungen vor. Sie sind unterschiedlich ausgestaltet. Oft findet sich eine Höchstverrechnungsgrenze pro Fall und Quartal. So ist nach dem Wiener GV die Position „ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ zwischen Arzt und Patient von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, für Kinder- und Jugendheilkunde sowie für Lungenkrankheiten in maximal 18% der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärzten in höchstens 11% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Nach dem Salzburger GV ist durchschnittlich eine Tagesvisite an Werktagen auf drei honorierte Behandlungsscheine verrechenbar. Eine andere Form der Limitierung beschränkt die Verrechnung einer Leistung auf eine bestimmte Anzahl pro Patient in einem gewissen Zeitraum. So ist zB nach dem Salzburger GV die Oberflächenanästhesie pro Patient und Ordination einmal, ein EKG bei Verdacht auf Herzinfarkt höchstens zweimal und sonst einmal pro Behandlungsfall und Quartal ohne chefärztliche Genehmigung verrechenbar. Ein weiteres Beispiel: im Bereich der Röntgentherapie ist nach dem GV der Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen bei bestimmten Bestrahlungen die Anzahl der Serien pro Jahr beschränkt.

### 5. Degressive Honorierung

Auch dazu lassen sich einige Beispiele in den GV finden. Der Salzburger GV enthält eine Degression bei der Grundvergütung. Die ersten 1000 Behandlungsscheine im Quartal werden voll honoriert, jeder zusätzliche Schein mit 25%. Bei notwendiger Vertretung eines praktischen Vertragsarztes in Landgemeinden erhöht sich die Grenze auf 1400 Behandlungsscheine. Eine Kombination von Limitierung und degressiver Honorierung enthält der Wiener GV bei psychischer Beratung bei larvierten Depressionen. Eine Verrechnung ist nur dreimal pro Patient im Quartal zulässig, wobei eine Zweitverrechnung nur in 50% und eine Drittverrechnung nur in 25% dieser Leistungsposition zulässig ist. Bei einer Reihe von Leistungen im Salzburger GV darf in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle voll verrechnet werden, bis zum doppelten des Prozentsatzes hingegen der halbe Tarif (zB Augenuntersuchungen/ortoptischer Status bis zu 14% der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal voller Tarif, bis zu weiteren 14% halber Tarif).

### 6. Verrechnungsbeschränkungen

Verrechnungsbeschränkungen, die wie erwähnt das Thema Budgetierung nur noch am Rande betreffen, kommen in den GV vielfältig vor. Soweit sie die Verrechenbarkeit auf bestimmte Vertragsarztgruppen und Zusatzausbildungen beschränken, dienen sie va der Qualitätssicherung. So ist zB die Verrechnung eines psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs nur für die Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) möglich, die das Ärztekammer-Diplom psychosomatische Medizin verliehen bekommen haben. Durch eine OGH-Entscheidung<sup>28)</sup> bekannt geworden ist die Fachgebietsbeschränkung im steirischen GV hinsichtlich der PSA-Wertbestimmung (prostataspezifisches Antigen) auf Vertragsfachärzte für Labordiagnostik. Va bei den meist teuren Laboruntersuchungen ist die Verrechnung oft auch an eine vorherige chefärztliche Bewilligung gebunden.

## IV. Ärztehonorierung im Strukturvergleich zwischen Österreich und Deutschland

Ein Ziel der deutsch-österreichischen Sozialrechtsgespräche, die in dieser Publikation veröffentlicht werden, ist es auch, eine rechtsvergleichende Diskussion zu führen. Für das österreichische System der ärztlichen Vergütung, das bisher eine Budgetierung nur in Ansätzen bzw in „homöopathischen Dosen“ kennt, ist der Vergleich mit Deutschland besonders reizvoll. Die deutschen Erfahrungen mit verschiedenen Budgetierungsmodellen könnten nämlich im Rahmen der Diskussion um „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen durchaus wertvoll sein. Freilich setzt ein seriöser Systemvergleich mit dem Ziel der Berücksichtigung ausländischer Erfahrungen im innerstaatlichen Bereich immer voraus, dass man die Grundkonzeption und

<sup>28)</sup> OGH 1999/DRdA 2000, 156 ff mit Anm von *Kiesl*.

die Umfeldbedingungen, die Systemgemeinsamkeiten und -unterschiede kennt und berücksichtigt. Gerade im ärztlichen Vertragspartnerrecht bzw. Vertragsarztrecht sind aber die Systeme in Deutschland und Österreich – keineswegs nur in Details – sehr verschieden. Das gilt auch für die Vergütung der ärztlichen Leistungen. Es ist daher erforderlich – in aller Kürze – die Grundstrukturen der Ärztehonorierung in Deutschland und Österreich gegenüberzustellen.

Schon bei der Finanzierung der Leistungen der KV insgesamt zeigen sich wesentliche Unterschiede. Das deutsche Recht geht von einer Globalbudgetierung aus, die dem Grundsatz der Beitragsstabilität folgt. Die Ausgaben der gesetzlichen KV sind also an die Entwicklung der Einnahmen geknüpft.<sup>29)</sup> Dem österreichischen KV-Finanzierungsrecht liegt keine Globalbudgetierung zugrunde. Die KV-Beiträge und damit die Einnahmen der KV-Träger sind zwar gesetzlich festgelegt und können – anders als im deutschen Modell – nicht vom KV-Träger autonom bestimmt werden. Eine ausgeglichene Gebarung ist aber nur das Ziel, das ua auch durch Zuschüsse und Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds der KV-Träger erreicht werden soll (§ 447 a ASVG). Im Unterschied zu einer Budgetierung führt ein Ergebnis, bei dem die Ausgaben höher sind als die Einnahmen, nicht zu einer automatischen Ausgabenkürzung. Es hängt vielmehr von politischen Entscheidungen ab, welche Maßnahmen (zB Beitragserhöhung, Leistungskürzung, Selbstbehalte) gegen eine solche Unterdeckung unternommen werden.

Das deutsche vertragsärztliche Vergütungsverfahren ist zweistufig: Im Rahmen des Gesamtvergütungsverfahrens entrichten die Krankenkassen nach Maßgabe des GV eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung mit schuldbefreiender Wirkung. Die Honorarverteilung ist den Vertragsärzten übertragen, erfolgt allerdings nach dem zwischen Bundesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gemeinsam festgelegten einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).<sup>30)</sup> Das österreichische Verfahren ist einstufig. In den GV werden zwischen Ärztekammer und jeweiliger Krankenkasse unter Beteiligung des Hauptverbandes die Honorare ausgehandelt und auch die Honorarverteilung an die einzelnen Vertragsärzte geregelt. Eine Gesamtvergütung an die Ärzte mit ausgehandelter Honorarordnung findet sich nur in Vorarlberg. Eine Zwangsschlichtung, dh die Honorarfestlegung durch eine Schiedsstelle gibt es im Unterschied zu Deutschland in Österreich nicht, bzw nur für höchstens drei Monate (§ 348 Abs 1 ASVG). Ein vertragsloser Zustand ist also möglich.

Ein grundsätzlicher Unterschied bei der Regelung der Vergütung für ärztliche Leistungen ist, dass die gesetzlichen Vorgaben in Deutschland wesentlich weitergehend als in Österreich sind. Das heißt umgekehrt, dass die

<sup>29)</sup> Vgl Kötter, Die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine vergleichende Untersuchung des deutschen und des belgischen Rechts (2000) 254f mwN.

<sup>30)</sup> Vgl dazu den ausgezeichneten Überblick bei Kötter, Die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung, 242ff.

Verhandlungsspielräume für die Vertragspartner Ärzte und Kassen in den GV in Österreich größer sind als in Deutschland. Im Unterschied zu Deutschland sind auch die Vergütungsformen nicht im Einzelnen vorgegeben. Die einzige Anordnung findet sich – wie erwähnt – in § 342 Abs 2 ASVG, wonach die Vergütung grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist und die GV eine Gesamtausgabenbegrenzung enthalten sollen. Es gibt weder gesetzliche Vorschriften über Mengensteuerung und Budgetierung noch einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die Honorarordnung. Die Honorare und ihre Verteilung werden vielmehr autonom in den einzelnen GV geregelt. Durch die Beteiligung des Hauptverbandes am GV-Abschluss (der Hauptverband schließt die GV für die jeweiligen KV-Träger mit deren Zustimmung ab) soll aber eine Ausrichtung des Vertragsrechts nach einheitlichen Grundsätzen gewährleistet werden. Eine Garantie dafür gibt es freilich genauso wenig wie eine gerichtliche oder behördliche Kontrolle. Das österreichische Vertragspartnerrecht setzt auf ein autonom gestaltetes kollektivvertragsähnliches Modell. Die GV-Parteien sind in ihrer Gestaltungsfreiheit nur durch § 342 Abs 2 ASVG und die absolute Grenze der Grundrechtskonformität bzw Sittenwidrigkeit eingeschränkt. Der Gesetzgeber billigt den von repräsentativen Verbänden abgeschlossenen Verträgen eine sehr weitgehende Richtigkeitsgewähr zu. Alternativen zum GV sieht das Gesetz nicht vor. Es wird daher von der hM davon ausgegangen, dass die Ärztekammern nicht nur ein Vertretungsmonopol besitzen, sondern auch – jedenfalls grundsätzlich – ein Vertragsabschlussmonopol, dh dass Verträge über Leistungen von niedergelassenen Ärzten nur von den Ärztekammern abgeschlossen werden dürfen.<sup>31)</sup> Die Regelung einer Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten muss daher in aller Regel in den jeweiligen GV erfolgen.<sup>32)</sup>

Als weiterer wesentlicher Unterschied zum deutschen Vertragsarztmodell ist noch auf die Begrenzung der Vertragsarztstellen hinzuweisen.<sup>33)</sup> Durch einen im GV vereinbarten Stellenplan wird der Zugang zum Kassenvertrag von vornherein beschränkt. Ein relativ großer Teil der niedergelassenen Ärzte (mehr als ein Drittel bei deutlich steigender Tendenz) ist ohne Kassenvertrag (bzw ohne Vertrag mit den großen Gebietskrankenkassen) tätig. Diese sog „Wahlärzte“ sind aber vom „Markt“ der Krankenversicherten nicht völlig ausgeschlossen. Durch die Kostenerstattung bei Konsultation eines Wahlarztes, die 80% der Vertragstarife ausmacht, sind die

<sup>31)</sup> Vgl dazu Mosler in Strasser (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 152ff mwN.

<sup>32)</sup> Eine Ausnahme könnte eine Budgetierungsregelung in einem Vertrag der Krankenkasse mit einer Gruppenpraxis sein, wenn man einen solchen Einzelvertrag ohne GV als zulässig ansieht, vgl dazu den Beitrag von Kiesl in diesem Band. An der grundsätzlichen Monopolstellung der Ärztekammer würde sich dadurch auch nichts Wesentliches ändern.

<sup>33)</sup> Auch in Deutschland wird die ursprünglich freie Zulassung sukzessive mehr beschränkt, was in Zukunft bis zu einer kompletten Sperre für Neuzulassungen wegen Überversorgung führen könnte, vgl dazu Igl, Mengensteuerung im Gesundheitswesen durch Begrenzungen des Zugangs für die Leistungserbringer am Beispiel der ambulanten und stationären „Bedarfsplanung“, MedR 2000, 157ff (162).

Honorarordnungen des GV auch im außervertraglichen Bereich von Bedeutung (wobei allerdings keine Bindung des Wahlarztes an die Vertragstarife besteht). Die Begrenzung der Zahl der in die Sachleistungserbringung eingebundenen Leistungsanbieter dürfte den Kostendruck auf den für die Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Honorierungstopf deutlich gemindert haben.<sup>34)</sup>

## V. Möglichkeiten der Budgetierung nach derzeitigem österreichischen Recht

### 1. Gesetzliche Vorgaben und Grenzen

Bei einer rechtlichen Beurteilung der Möglichkeiten der Budgetierung müssen zunächst die gesetzlichen Vorgaben untersucht werden. Wie schon mehrfach erwähnt ist nach § 342 Abs 2 ASVG die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vergütungsvereinbarungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen, die einen Bestandteil der GV bilden. Die GV sollen eine Begrenzung der Ausgaben der KV-Träger für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe enthalten. Fraglich ist nun, wie sich die „grundsätzliche“ Anordnung einer Einzelleistungsvergütung mit der in derselben Bestimmung vorgesehenen Gesamtausgabenbegrenzung verträgt. In den Gesetzesmaterialien<sup>35)</sup> steht, dass den durch die Umstellung auf die Einzelleistungsvergütung zu erwartenden Mehrausgaben der KV durch die Aufnahme von Honorarbegrenzungsbestimmungen entgegengewirkt werden sollte. Die in der Regierungsvorlage enthaltene zwingende Vorschrift wurde zwar im Ausschuss durch eine Soll-Vorschrift ersetzt. Damit sollte aber nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass die Aufnahme von Begrenzungsbestimmungen dem freien Verhandlungsraum der Vertragsparteien überlassen werden sollte. Vielmehr bestünde eine Verpflichtung, derartige Vorkehrungen zu treffen, wenn wirtschaftliche Gründe dies notwendig machen.<sup>36)</sup> Der Ausschuss war jedenfalls der Auffassung, dass bei Abschluss der Verträge hinsichtlich der Begrenzung des Aufwandes für die Kosten der ärztlichen Behandlung auf die finanzielle Lage der KV-Träger weitgehend Rücksicht genommen werden müsse.

Einzelleistungsvergütung und Gesamtausgabenbegrenzung stehen aber in einem gewissen Widerspruch zueinander.<sup>37)</sup> Während die Einzelleistungsvergütung darauf abzielt, dass jede einzelne erbrachte Leistung ohne Höchstgrenze mit einem vorher festgelegten Preis zu vergüten ist, führt die

<sup>34)</sup> Diese These ist in der Diskussion meines Referats auf mehrfache Zustimmung gestoßen.

<sup>35)</sup> AB 613 BlgNR 7. GP 31; vgl auch EB RV 599 BlgNR 7. GP 102.

<sup>36)</sup> Vgl dazu *Geppert*, DRdA 1987, 177 ff (185 ff); *Grillberger*, SozSi 1991, 526 ff (530 ff).

<sup>37)</sup> Vgl zum Folgenden *Mosler* in *Strasser* (Hg), *Arzt und gesetzliche Krankenversicherung*, 189 ff; *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), *Arzt und gesetzliche Krankenversicherung* 357 f.

Ausgabenbegrenzung immer dann, wenn der Höchstbetrag überschritten wird, zu einer gewissen Pauschalierung bzw Reduzierung im Nachhinein. Ist das Honorarvolumen ausgeschöpft, können entweder weitere Leistungen überhaupt nicht mehr verrechnet werden oder es werden die einzelnen Vergütungen (nach welchem System auch immer) gekürzt. Das Ganze zeigt, dass zwar eine Systemumstellung von der überwiegenden Pauschalhonorierung vor Inkrafttreten des ASVG zur Einzelleistungshonorierung intendiert war, gleichzeitig aber wegen der befürchteten Mehrkosten eine immanente Begrenzung vorgesehen wurde. Der Gesetzgeber wollte damit wohl den Vertragsparteien den Weg zu Veränderungen im Vergütungssystem weisen, war sich aber offenkundig der Tatsache bewusst, dass ein reines Einzelleistungssystem weder praktikabel noch wirtschaftlich vertretbar ist. Im Wortlaut des § 342 Abs 2 ASVG wurde dies mit der Relativierung „grundsätzlich“ zum Ausdruck gebracht. Gleichzeitig wurde die Verpflichtung zur Aufnahme einer Gesamtausgabenbegrenzung in den GV von der wirtschaftlichen Lage der KV-Träger abhängig gemacht, was diesen einen relativ großen Beurteilungs- und Verhandlungsspielraum belässt. Ein Indiz für die Zulässigkeit von Honorarbeschränkungen aus wirtschaftlichen Gründen ist auch noch § 342 Abs 1 Z 3 ASVG. Danach hat der GV für die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verschreibweise zu sorgen. Mit Hilfe der Honorargestaltung bzw -begrenzung lässt sich die Wirtschaftlichkeit der Behandlung besonders effektiv erreichen.<sup>38)</sup> Ein reines Einzelleistungssystem ist hingegen aus ökonomischer Sicht problematisch.<sup>39)</sup> Insgesamt sollten die gesetzlichen Vorgaben die Gestaltungsfreiheit der GV-Parteien wohl nicht radikal einschränken. Es sind daher sowohl GV zulässig, die in der Vergütung ein Mischsystem aus Einzelleistungsvereinbarung, Pauschalierungs- und Budgetierungskomponenten, als auch solche, die keine Gesamtausgabenbegrenzung vorsehen.

Die Judikatur<sup>40)</sup> hat im Anschluss an *Schrammel*<sup>41)</sup> den Vorrang der Einzelleistungsvergütung mE zu stark in den Vordergrund gestellt.<sup>42)</sup> Es ging bei diesen Entscheidungen allerdings nicht um die Beurteilung von Budgetierungsregelungen, sondern jeweils um den sog „kassenfreien Raum“. Es war dabei die Frage zu beurteilen, ob die GV eine abschließende Regelung für alle vertragsärztlichen Leistungen beinhalten oder bei angenommener Unvollständigkeit des GV nicht ausdrücklich angeführte Leistungen privat verrechnet werden können und der Versicherte in diesem Fall Kostenerstattung vom KV-Träger erhält. In diesem Zusammenhang hat der OGH die Reichweite der Grundleistungsvergütung sehr restriktiv interpretiert und jedenfalls neue Untersuchungsmethoden sogar bei Ausschluss eines kassenfreien Raumes im GV als nicht von diesem erfasst angesehen. Die Kritik an

<sup>38)</sup> *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), *Arzt und gesetzliche Krankenversicherung* 357.

<sup>39)</sup> Vgl oben I.

<sup>40)</sup> ZB BSK 1993/ZAS 1994, 98 ff; OGH 1994/DRdA 1995, 501 ff mit Anm von *Mosler*; OGH 1995/DRdA 1996, 510 ff mit Anm von *Mosler*.

<sup>41)</sup> *Schrammel* in *Tomandl* (Hrsg), *Sachleistungserbringung durch Dritte in der Sozialversicherung* 70 ff; *Schrammel*, ZAS 1994, 73 ff.

<sup>42)</sup> Vgl insb die Kritik von *Grillberger*, ZAS 1994, 81 ff und *Kiesl*, SozSi 1995, 322 ff, 418 ff.

der Rspr trifft allerdings weniger die Grundthese, dass Honorarordnungen gesetzwidrig wären, in denen die Pauschalierung zur Grundregel wird. Problematisch war eher die Anwendung dieser These im konkreten Fall. Dem OGH und der Bundesschiedskommission (BSK) ist aber zuzugestehen, dass ein Honorierungssystem, in dem die Vergütung nach Einzelleistungen nur mehr eine völlig untergeordnete Rolle spielt, nicht der Absicht des Gesetzgebers entspricht. Ein solches findet sich aber ohnehin in keinem einzigen GV. An dieser Beurteilung ändert sich auch nichts, wenn ein GV im konkreten Fall den „kassenfreien Raum“ generell ausschließt. Die darin liegende Pauschalierung bzw Kostenbegrenzung ist bei einer Gesamtbetrachtung nicht von wesentlicher Relevanz.

Bei jeder Form der Budgetierung im GV ist natürlich zu beachten, dass GV nicht nur an das Gesetz sondern als generelle Normen auch an die Grundrechte gebunden sind.<sup>43)</sup> Honorarordnungen können insb gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz verstoßen. Es ist daher der in der Literatur vertretenen These zuzustimmen, dass der GV nicht einzelne Vertragsärzte gegenüber anderen gezielt benachteiligen darf, ohne dass es hierfür eine sachliche Rechtfertigung gäbe.<sup>44)</sup> Entgegen *Krejci*<sup>45)</sup> kommt es dabei aber nicht darauf an, ob jeder Arzt aus seinem Einzelvertrag ein standesgemäßes Einkommen erzielen kann. Es muss auch keineswegs jede Einzelleistung kostendeckend honoriert sein. Gegen diese Thesen sind die maßgeblichen Argumente schon vorgebracht worden.<sup>46)</sup> Ein Grundrecht auf ein sozialadäquates Einkommen lässt sich verfassungsrechtlich nicht begründen. Sogar im Arbeitsrecht ist ein Entgelt nicht schon deshalb sittenwidrig, weil es nicht angemessen ist.<sup>47)</sup> Ob gesamtvertragliche Honorarregelungen gegen den Gleichheitssatz verstoßen, muss vielmehr aufgrund einer umfassenden Interessenabwägung entschieden werden. Dabei sind Budgetierungsmaßnahmen als Mittel der Kostendämpfung keineswegs von vornherein unsachlich, sondern gerade in Zeiten steigender Kosten im Gesundheitswesen durchaus naheliegend. Es ist auch die Überlegung, dass notwendige Einschränkungen nicht ausschließlich zu Lasten der Beitragszahler und der Patienten, sondern teilweise auch zu Lasten der Leistungserbringer gehen können, nicht abwegig. Schließlich ist es eine durchaus legitime Aufgabe der GV-Parteien eine gewisse Mengensteuerung vorzunehmen und damit etwa auch einer kostspieligen Überversorgung vorzubeugen. Da der GV generelle Normen schafft, kommt ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz außerdem nicht bereits dann in Betracht, wenn die Honorarordnung

<sup>43)</sup> Vgl *Schrammel*, Ausgewählte Probleme des ärztlichen Gesamtvertrages, in: *Tomandl* (Hrsg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996) 79 ff (83 ff); *Mosler* in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 236 f.

<sup>44)</sup> *Schrammel* in *Tomandl* (Hrsg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen 85.

<sup>45)</sup> *Krejci*, Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig? (1992); *Krejci*, FS Schwarz 401 ff; *Krejci*, Untergang der Kassenärzte? insb 50 ff.

<sup>46)</sup> Vgl insb *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 360 ff.

<sup>47)</sup> Ein Entgelt von S 7.000,- pro Monat für Vollzeitarbeit wurde als nicht sittenwidrig angesehen, vgl OGH 1996/ZAS 1997, 175 ff mit Anm von *Steininger*.

bloß bei einzelnen Ärzten zu unbilligen Ergebnissen führt. Das entspricht der ständigen Judikatur des VfGH zum Gleichheitssatz, wonach eine Durchschnittsbetrachtung anzustellen ist und einzelne Härtefälle ein Gesetz noch nicht gleichheitswidrig machen.<sup>48)</sup>

Was ergibt sich nun aus diesen grundsätzlichen Erwägungen zu den gesetzlichen Vorschriften über das Vergütungssystem für die in den GV enthaltenen Budgetierungselemente?

## 2. Beurteilung der Rechtmäßigkeit der in den Gesamtverträgen enthaltenen Budgetierungselemente

Eine Gesamtausgabenbegrenzung wie im Vorarlberger GV, die die gesamten Kosten der vertragsärztlichen und wahlärztlichen Hilfe betrifft, ist in § 342 Abs 2 ASVG ausdrücklich vorgesehen. Da die Honorarverteilung zweifellos überwiegend nach einem Einzelleistungssystem erfolgt, ergeben sich keine Bedenken aus dem ASVG. Es sind auch keine Anhaltspunkte erkennbar, dass die Honorarordnung grundrechts- bzw sittenwidrig sein könnte. Im Übrigen dürfte das Honorarvolumen so hoch sein, dass sogar iS der Thesen von *Krejci* ein standesgemäßes Einkommen für jeden Arzt gesichert sein dürfte.

Auch gegen spartenbezogene Budgetierungen bestehen keine Bedenken. Wenn eine Gesamtausgabenbeschränkung zulässig ist, muss dies umso mehr für eine entsprechende Kostenbegrenzung für einen bestimmten Leistungsbereich gelten. Begrenzungs- oder Pauschalierungsregelungen für einzelne Leistungen sind ebenfalls unproblematisch. Das System der vorrangigen Einzelleistungshonorierung bleibt bestehen, die Begrenzungen enthalten offenkundig keine unsachlichen Elemente.

Soweit in den GV noch Fallpauschalen enthalten sind, decken sie entweder bestimmte allgemeine Leistungen (Grundvergütung) ab oder alle Leistungen, die nicht ausdrücklich als Sonderleistung angeführt sind. In beiden Fällen kann bei einer Durchschnittsbetrachtung weder von einem unzulässigen Überwiegen der Pauschalhonorierung noch von sittenwidriger Gestaltung gesprochen werden.

Bisher am meisten problematisiert wurden in der Literatur Limitierungen und degressive Honorare. Va die These von *Krejci*, wonach die Honorierung jeder Einzelleistung kostendeckend sein muss,<sup>49)</sup> stellt eine derartige Honorargestaltung ganz grundsätzlich in Frage. Freilich spricht schon die im Gesetz vorgesehene Gesamtausgabenbeschränkung gegen diese extrem restriktive Auffassung. Jede Gesamtausgabenbegrenzung führt nämlich dazu, daß die einzelnen Leistungen des Vertragsarztes umso geringer vergütet werden je mehr Leistungen von der Ärzteschaft insgesamt erbracht werden. Es hängt also wesentlich vom Verhalten der anderen Ärzte ab, welche Einkommenshöhe sich zB am Ende eines Jahres ergibt. Degressive Honorargestal-

<sup>48)</sup> ZB VfGH 1980/VfSlg 8871; *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 362; *Schrammel* in *Tomandl* (Hrsg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen 95.

<sup>49)</sup> *Krejci*, Kassenärzte 45 f.



tungen und Limitierungsbestimmungen sind demgegenüber ein wesentlich milderer Mittel, weil die Punktwerte festliegen und die Limitierungen von vornherein bekannt sind.<sup>50</sup>) Ökonomisch formuliert: Der Arzt kann sein Angebotsverhalten selbst steuern und sich auf die Honorarbedingungen einstellen. Dazu kommt, dass gerade Limitierungen und degressive Honorargestaltung relativ wirksame Steuerungselemente darstellen, um eine zu häufige, dh das Maß des Notwendigen übersteigende Leistungserbringung hintanzuhalten.<sup>51</sup>) Dies ist va auch deshalb von Bedeutung, weil die Möglichkeiten der Ökonomiekontrolle, dh der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Nachhinein – auch im Vergleich zur deutschen Rechtslage – sehr beschränkt sind.

Als problematisch wird man Limitierungsbestimmungen und Degressionsregelungen allenfalls dort ansehen müssen, wo der Arzt sein Angebotsverhalten nicht entsprechend steuern kann. Darauf hat *Schrammel* hingewiesen.<sup>52</sup>) Wenn also der Vertragsarzt für Labordiagnostik nur auf Zuweisung durch einen anderen Arzt tätig wird, ist eine Limitierung, die dazu führt, dass ab einer bestimmten Fallzahl kein Honorar mehr oder jedenfalls ein deutlich geringeres Honorar gebührt, insoweit bedenklich, als der Laborarzt die Notwendigkeit der Leistungserbringung nicht beeinflussen kann. Freilich muss man auch hier die gesamte Honorargestaltung berücksichtigen. So kann etwa die Berücksichtigung der Größe und Ausstattung des Labors sowie die Zahl der durchgeführten Untersuchungen durchaus eine sachliche Rechtfertigung für eine differenzierende Honorarregelung darstellen. Dabei ist es wohl nicht entscheidend, ob dies im Wege einer (näherliegenden) Degressionsregelung oder einer Limitierung geschieht.

Dass gesamtvertragliche Verrechnungsbeschränkungen zulässig sind, haben der OGH<sup>53</sup>) und die BSK<sup>54</sup>) übereinstimmend festgestellt und überzeugend damit begründet, dass solche Beschränkungen dazu dienen, die flächendeckende medizinische Versorgung im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit zu steuern. Es bedeutet keine Einschränkung des Krankenbehandlungsanspruchs, wenn nach dem GV nicht jeder Vertragspartner alle notwendigen Leistungen erbringen darf. Die Vertragsärzte sind nach dem GV verpflichtet, sich an diese Beschränkungen zu halten und dürfen bei fehlender Verrechnungsbefugnis kein Privathonorar vom versicherten Patienten verlangen. Konsequenterweise besteht auch kein Kostenerstattungsanspruch nach § 131 Abs 1 ASVG, wenn ein Versicherter bei einem Wahlarzt eine Leistung in Anspruch nimmt, die der KV-Träger dem entsprechenden Vertragsarzt nicht zu honorieren hat.

<sup>50</sup>) *Grillberger* in *Strasser* (Hrsg), *Arzt und gesetzliche Krankenversicherung* 364.

<sup>51</sup>) Nach den GV muss die vom Vertragsarzt zu leistende Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies entspricht exakt dem in § 133 Abs 2 ASVG formulierten Umfang des Anspruchs der Versicherten auf Krankenbehandlung.

<sup>52</sup>) *Schrammel* in *Tomandl* (Hrsg), *Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen* 96.

<sup>53</sup>) Insb OGH 1999/DRdA 2000, 156ff mit Anm von *Kiesl* (mwN).

<sup>54</sup>) BSK 1998/SSV-NF 12 A 7.

### 3. Arztbezogene Budgetierung und Einbeziehung der Folgekosten

Der Beitrag von *Kiesl* in diesem Band stellt ein Gruppenpraxis-Pilotprojekt in Oberösterreich vor, das ein budgetiertes Honorierungssystem unter Berücksichtigung der Folgekosten enthält. Ich möchte mich hier nur auf die Aspekte beschränken, die mit der Honorierung zusammenhängen. Der Arztpraxis wird in diesem Modell ein fixes Budget zugewiesen, das sich aus dem aufgewerteten Fallwert der ärztlichen Tätigkeit aus einer Vorperiode und dem Folgekosten-Fallwert (Heilmittel, Facharztzuweisungen, Transporte und Heilbehelfe/Hilfsmittel, ebenfalls auf eine Vorperiode bezogen) multipliziert mit den aktuellen Fällen zusammensetzt. Es ist an dieser Stelle nicht auf die Zulässigkeit einer vom GV abweichenden Honorierungsregelung bei einem Pilotprojekt einzugehen. Kein Zweifel besteht jedenfalls darüber, dass bei einer allgemeinen Regelung (dh wenn die Grundsätze des Pilotprojekts für alle Ärzte oder für bestimmte Arztgruppen gelten sollen) diese gesamtvertraglich vereinbart werden müsste. Bei einer rechtlichen Beurteilung der Zulässigkeit einer solchen gesamtvertraglichen Honorarregelung ist von folgenden Prämissen auszugehen. Es müssten für die Budgetzuweisung sachliche Anknüpfungskriterien gewählt werden. Der errechnete Fallwert aus einer repräsentativen Vorperiode ist als Bemessungsgrundlage nicht zu beanstanden. Bei Neuverträgen müsste wohl auf einen Durchschnittswert zurückgegriffen werden. Sollten nicht alle Vertragsärzte diesem Honorarregime unterworfen werden, müsste entweder ein Wahlrecht zwischen budgetierter und konventioneller Honorierung zustehen oder die Auswahl nach sachlichen Kriterien erfolgen. Die Einbeziehung der Folgekosten ist nicht grundsätzlich zu beanstanden, weil ja durchaus die Möglichkeit besteht, durch ökonomisches oder weniger ökonomisches Verhalten die Kostenstruktur zu beeinflussen. Die Legitimität des Modells könnte aber zweifellos erhöht werden, wenn auf außergewöhnliche Ereignisse (zB Grippepelle) Bedacht genommen wird. Außerdem wäre zu beachten, dass die Behandlungsansprüche der Versicherten weder eingeschränkt noch schleichend ausgehöhlt werden. Solange eine solche negative Konsequenz nicht hinreichend deutlich erkennbar ist, ist sie im Zweifel aber nicht zu unterstellen. Die durchgeführte Patientenbefragung spricht im konkreten Fall offenbar sogar für eine Verbesserung der Versorgungssituation. Zu berücksichtigen wären natürlich auch die Auswirkungen auf die anderen Vertragsärzte. Es müsste also verhindert werden, dass es durch ein solches Honorarmodell zu einem Verdrängungswettbewerb kommt. Sollte das oberösterreichische Pilotprojekt zu einem generellen Vergütungssystem erweitert werden, wäre diese Vorgangsweise also keineswegs von vornherein als unsachlich oder rechtswidrig zu qualifizieren. Die Erreichung des angestrebten Ziels der Senkung der Folgekosten ist legitim und kann mit der Verpflichtung zur Sicherung einer wirtschaftlichen Behandlungsweise (§ 342 Abs 1 Z 4 ASVG) ohne weiteres gerechtfertigt werden. Rechtliche Bedenken könnten sich allenfalls aus der konkreten Gestaltung und Umsetzung des Honorierungsmodells ergeben.

Das Hauptproblem eines solchen pauschalierten Honorierungssystems liegt aber darin, dass es mit dem Prinzip des Vorrangs des Einzelleistungssys-



tems in einem Spannungsverhältnis steht. Wird nämlich nur ein Pauschalbetrag überwiesen und erfolgt keine Verrechnung der erbrachten Einzelleistungen, ist das mit § 342 Abs 2 ASVG wohl nicht mehr in Einklang zu bringen. Freilich bestünden diese Bedenken nicht, wenn weiterhin nach Einzelleistungen honoriert wird, aber eine artbezogene Gesamtausgabenbegrenzung eingeführt wird. Diese könnte sich auch an Durchschnittswerten orientieren, sofern diese Werte sachlich unbedenklich errechnet werden. Für den Vertragsarzt würde sich ein solches Modell nicht ungünstiger auswirken als eine Gesamtausgabenbeschränkung für die gesamten ärztlichen Leistungen. Wird weiterhin nach Einzelleistungen honoriert und verrechnet, fällt freilich einer der großen (Kosten-)Vorteile des budgetierten Vergütungssystems, die einfache Administrierbarkeit, weg. Eine allgemeine Einführung des oberösterreichischen Pilotprojekts bedürfte aber einer Änderung des § 342 Abs 2 ASVG.

#### 4. Kombinierte Budgetierung (Berücksichtigung der Entwicklung der Folgekosten)

Zuletzt soll noch auf die Frage eingegangen werden, ob bzw unter welchen Prämissen nach österreichischem Recht eine Regelung getroffen werden könnte, die eine kombinierte Budgetierung unter Berücksichtigung der Entwicklung der Folgekosten vorsieht. In Deutschland sieht § 84 Abs 1 SGB V Entsprechendes vor. Danach wird ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verbands- und Heilmittel vereinbart. Im Rahmen der sog Budgetverantwortung verringern sich für den Fall, dass die Ausgaben für die Folgekosten das vereinbarte Budget übersteigen, die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, wobei der Abzug mit 5% des Budgets limitiert ist. Im Ergebnis haften also die Vertragsärzte für eine Steigerung der Folgekosten.<sup>55)</sup>

Fraglich ist, ob die GV-Parteien eine Regelungsbefugnis für eine derartige Regelung besitzen oder ob diese einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedarf. Die Normsetzungskompetenz des GV bezieht sich – ohne spezifische Einschränkung – auf die Vergütung der Vertragsärzte generell. Der Vorrang der Einzelleistungsvergütung würde bei einer kombinierten Budgetierung unter Einschluss der Folgekosten nicht unmittelbar tangiert. Allerdings bezieht sich die vom Gesetz vorgesehene Möglichkeit der Gesamtausgabenbegrenzung nur auf die Ausgaben für die vertragsärztliche Tätigkeit und die Rückvergütungen für die Inanspruchnahme von Wahlärzten. Da der Wortlaut des § 342 Abs 2 ASVG eine Gesamtausgabenbegrenzung unter Berücksichtigung der Folgekosten auch nicht ausschließt, ist nach dem Normzweck zu beurteilen, ob eine solche Regelungskompetenz besteht. Dagegen könnte sprechen, dass § 342 Abs 2 ASVG schon bei seiner Entstehung eine zwischen Ärzten und KV umkämpfte und umstrittene Norm war und der Gesetzgeber – wie die Materialien belegen –<sup>56)</sup> letztlich eine genau austarierte Kompromissformel als Normtext gewählt hat, in der die Bezug-

<sup>55)</sup> Vgl dazu *Boecken*, MedR 2000, 169 ff.

<sup>56)</sup> Vgl oben V 1.

nahme auf die vom Arzt veranlassten Kosten fehlt. Es würde sich im Übrigen um ein für Österreich völlig neues Honorierungssystem handeln. Andererseits ergibt sich weder aus der Entstehungsgeschichte der Norm noch aus ihrem Zweck, dass die Einbeziehung der Folgekostenentwicklung unzulässig sein sollte. Die Gesamtausgabenbegrenzung dient ja keineswegs dem Schutz der Ärzte, sondern dem der KV-Träger und der Versicherten-gemeinschaft. Daher ist § 342 Abs 2 ASVG wohl nicht so zu verstehen, dass eine Gesamtausgabenbegrenzung *nur* die Kosten der ärztlichen Tätigkeit umfassen dürfte. Es sollte *va* die durch den Vorrang der Einzelleistungsvergütung befürchtete Kostensteigerung limitiert werden können. Wenn nach Auffassung der GV-Parteien dieser Zweck durch eine Einbeziehung der Folgekostenentwicklung besser erreicht werden kann, gibt es keinen zwingenden Grund, eine solche Regelung zu verhindern. Dazu kommt noch, dass die Einbeziehung der Folgekosten in die Budgetierung durchaus im Konnex mit den Ausgaben für die ärztliche Hilfe steht. Ein solches Vergütungsmodell entspricht auch der in § 341 Abs 1 Z 4 ASVG normierten Verpflichtung der GV-Parteien, die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verschreibeweise zu regeln. Da eine Budgetierung unter Einbeziehung der Folgekosten nur im GV enthalten sein darf und die jeweilige Ärztekammer daher dem zustimmen müsste, besteht auch keine besondere Gefahr, dass die Interessen der Vertragsärzte unzulässig beeinträchtigt werden könnten.

Es ist aber noch zu prüfen, ob es gegen ein solches Honorierungssystem verfassungsrechtliche Bedenken gibt. In Deutschland wurden erhebliche Zweifel an der Verfassungskonformität der einschlägigen Bestimmung (§ 84 Abs 1 SGB V) von *Boecken*<sup>57)</sup> geäußert. Es handle sich um einen unzulässigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, die auch Vergütungsregelungen betreffe. Zwar sei das Ziel der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen KV von hohem Gemeinwohlbelang. Bedenken seien aber im Hinblick auf die Erforderlichkeit der Maßnahme einer Kollektivhaftung zur Erreichung einer Ausgabenbegrenzung und im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit angebracht. Die Erforderlichkeit sei zu verneinen, weil es auch die Möglichkeit einer Vertragsarzt-individuellen Haftung durch Vergütungskürzungen für den Fall der Überschreitung arztgruppenspezifischer Richtgrößen gebe, durch die dasselbe Ziel erreicht werden könne. Die Regelung sei für den einzelnen Vertragsarzt auch unzumutbar, weil er zur Verantwortung gezogen werde, ohne dass er durch eine entsprechende Ausrichtung seines Verhaltens definitiv seine Haftung verhindern könne. Er sei vielmehr vom Verhalten der anderen Vertragsärzte, das er nicht beeinflussen könne, abhängig. Damit gehe die Haftung sogar über eine Gefährdungshaftung hinaus, bei der der Risikosetzer wenigstens das Risiko steuern könne.

Überträgt man die von *Boecken* vorgebrachten Zweifel an der Verfassungskonformität des § 84 Abs 1 SGB V auf die österreichische Rechtslage, ist mE weniger die Erforderlichkeit der Maßnahme, wohl aber die „Verhältnis-

<sup>57)</sup> MedR 2000, 169 ff.

mäßigkeit“ zu problematisieren.<sup>58)</sup> Eine kombinierte generelle Budgetierung ist jedenfalls ein für die Erreichung der Kostenstabilität effektiveres Mittel als eine auf den Arzt bezogene Budgetierung bzw Vergütungskürzungen bei Überschreitung arztgruppenspezifischer Richtgrößen. Letztere sind in Österreich außerdem nur unter weit eingeschränkteren Voraussetzungen als in Deutschland möglich.<sup>59)</sup> Ob eine Regelung, die bewirkt, dass eine Kürzung vom Vertragsarzt auch durch besonders sparsames Verhalten nicht verhindert werden kann, als unverhältnismäßig (oder unsachlich) zu qualifizieren ist, bedarf einer genaueren Untersuchung.<sup>60)</sup> Der VfGH hat etwa Haftungsregelungen im Steuer- und SV-Recht als gleichheitswidrig aufgehoben, wenn sie jemandem eine Haftung für Umstände auferlegt haben, die außerhalb seiner Interessen- und Einflussphäre gelegen sind.<sup>61)</sup> Eine sachliche Rechtfertigung für eine Haftung wurde jedoch insb dann angenommen, wenn einerseits ein öffentliches Interesse an der Regelung besteht und andererseits ein sachlicher Zusammenhang zwischen der Person des Abgabepflichtigen und des Haftungspflichtigen besteht.<sup>62)</sup> Ob diese Judikatur überhaupt auf Budgetierungen in GV übertragen werden kann, ist wenigstens zweifelhaft. Zwischen einer gesetzlichen Verpflichtung zur Haftung und einer Honorarbegrenzung gibt es maßgebliche Unterschiede. Insb ist die belastende Wirkung der Haftung idR deutlich höher. Die Budgetierung verpflichtet den Arzt nicht zur Zahlung, sondern begrenzt nur seinen Honoraranspruch. Dazu kommt, dass eine gesamtvertragliche Budgetierungsregelung nicht völlig außerhalb der Einfluss- und Interessensphäre des einzelnen Arztes liegt. Die Vertragsärzte sind in ein kollektives Regelungsmodell eingebunden, das durch die Ärztekammer als ihre Interessenvertretung entscheidend mitgeprägt wird und va auch ihre Rechtsposition verbessern soll. Bei Normen, die durch die Beteiligten selbst bzw ihre Interessenvertretung zustande gekommen sind, ist generell von einer hohen „Richtigkeitsgewähr“ auszugehen.<sup>63)</sup> Wenn das im GV geregelte Honorar durch eine kollektive, im öffentlichen Interesse (Kostendämpfung) liegende, Maßnahme begrenzt wird, ist die Situation dem Grunde nach nicht anders als bei einer Begrenzung der ärztlichen Eigenkosten. Auch eine solche Gesamtausgabenbegrenzung, die in § 342 Abs 2 ASVG vorgesehen ist und der bisher meines Wissens noch niemand Verfassungswidrigkeit unterstellt hat, kann zu einer vom einzelnen Arzt unbeeinflussbaren Honorarkürzung führen, wenn zB wegen Ausgabensteigerungen bei anderen Ärzten die Honorare für die einzelnen Leistungen gekürzt werden. Die Bezugnahme auf die Entwicklung der Folgekosten ändert nichts Entscheidendes an der Tatsache, dass die kombinierte Budgetierung letztlich das kollektive Verhalten der Ärzte „sanktioniert“ und indivi-

<sup>58)</sup> Die Prüfung der Verfassungskonformität würde in Österreich wohl eher nach dem Gleichheitssatz erfolgen. Im Ergebnis ist der Unterschied gering, weil die Prüfungskriterien im Wesentlichen die gleichen sind.

<sup>59)</sup> Vgl Mosler, ZAS 2000, 5 ff.

<sup>60)</sup> Vgl schon oben V 2.

<sup>61)</sup> ZB VfGH 1992/VfSlg 12.572; vgl auch Berka, Die Grundrechte (1999) Rz 952 mwN.

<sup>62)</sup> ZB VfGH 1988/VfSlg 11.921 (Pachtverhältnis), 11.942.

<sup>63)</sup> Vgl zur Betriebsvereinbarung VfGH 1994/VfSlg 13.963.

duelles „Wohlverhalten“ nicht berücksichtigt. Da die Folgekosten vom Arzt veranlasste Ausgaben sind, die in den letzten Jahren besonders angestiegen sind, scheint ein solcher kollektiver Ansatz, der das angestrebte Ziel sehr effektiv erreichen dürfte, nicht generell unverhältnismäßig bzw unsachlich zu sein. Es gibt keinen Verfassungsgrundsatz, der eine Einzelleistungshonorierung zwingend vorsieht und Pauschalierungen bzw persönlich nicht unmittelbar beeinflussbare Entgelte verbietet. So kann etwa auch die Höhe der Gewinnbeteiligung im Arbeitsrecht vom einzelnen Arbeitnehmer nicht unmittelbar beeinflusst werden. Es wäre auch eine Pauschalentlohnung für Ärzte verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn sie sachliche Honorarverteilungskriterien enthält. Eine Budgetierung ist letztlich nur eine besondere Form der Pauschalierung, bei der aus Gründen der Kostenstabilität nicht mehr als ein bestimmter Betrag für die Honorierung zur Verfügung steht.

Zu beachten ist freilich, dass das Sachlichkeitskalkül immer von einer Mehrzahl von Kriterien bestimmt wird und der Gestaltung der Norm im Einzelfall große Bedeutung zukommt.<sup>64)</sup> Die „Chancen“, dass eine kombinierte Budgetierung unter Berücksichtigung der Folgekostenentwicklung einer Prüfung durch den VfGH standhält, könnten daher durch abfedernde Maßnahmen noch erhöht werden. So könnte etwa die Kürzungsautomatik durch Regelungen abgeschwächt werden, die gewährleisten, dass sich sparsames Verhalten des einzelnen Arztes positiv auf sein Honorar auswirkt und auch von den Ärzten nicht beeinflussbare Faktoren wie Preissteigerungen bei Heilmitteln berücksichtigt werden. Auch eine Begrenzung des Abzugs bei Steigerung der Folgekosten (höchstens 5% des Budgets nach § 84 SGB V), die die möglichen negativen Folgen für die Ärzte mindert, erhöht die verfassungsrechtliche Legitimität.

## VI. Schlussfolgerungen

Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass Budgetierungen als Kostendämpfungsinstrument im Bereich der Arzthonorierung in Österreich bisher kaum eingesetzt werden. Die geltende Rechtslage würde aber einen relativ großen Gestaltungsspielraum für einschlägige Regelungen ermöglichen. Bei Budgetierungen unter Einschluss der Folgekosten wäre allerdings zu bedenken, dass die Ärzte nur für den Umfang der erbrachten Leistungen (insb Arzneimittel) nicht aber für den Preis (mit)verantwortlich gemacht werden können. Darüber hinaus darf man die Zweckmäßigkeit von Budgetierungen nicht überschätzen. Sie sind sicher kein Allheilmittel für eine Kostenstabilisierung, wenn sie auch zur Erreichung dieses Ziels durchaus effektiv beitragen können. Kurzfristig könnten Budgetierungsmaßnahmen zu einer verstärkten Aktivierung der Wirtschaftlichkeitsreserven führen, mittelfristig wäre dafür Vorsorge zu treffen, dass nicht eine schleichende Rationierung der Leistungen eintritt und die Qualität der Krankenbehand-

<sup>64)</sup> So hängt die Sachlichkeit von Haftungsregelungen nach der Judikatur ua von der Höhe der Haftung, ihrer Vorhersehbarkeit und Beeinflussbarkeit ab, vgl Berka, Die Grundrechte, Rz 952 mwN.

lung beeinträchtigt wird. Der Vorteil einer generellen (globalen, sektoralen oder kombinierten) Budgetierung liegt darin, dass eine Kostenbegrenzung unmittelbar erreicht werden kann, weil das Risiko von Kostensteigerungen verstärkt auf die Ärzte überwältigt wird. Für den einzelnen Arzt ist die kollektive Verantwortung aber schwer nachvollziehbar, weil der unmittelbare Einfluss auf die Kostenentwicklung nicht gegeben ist. Wegen des bestehenden Einzelleistungssystems könnten überdies problematische Steuerungseffekte eintreten (zB Erhöhung der Eigenkosten, „Bestrafung“ der sparsamen Ärzte), wenn nicht gleichzeitig auf der Vertragsarzt-individuellen Ebene Anreize für Kosteneinsparungen und/oder arztbezogene Budgetierungen eingeführt werden. All dies bedarf noch einer eingehenden Diskussion der Vor- und Nachteile. Es könnte sich dabei nämlich herausstellen, dass arztbezogene Budgetierungen (zB iSd des oberösterreichischen Pilotversuchs) oder auch die schon eingesetzten Steuerungsinstrumente der arztbezogenen Limitierung und degressiven Honorierung bei einer Gesamtbewertung effektiver sind.

Die Orientierung des österreichischen Vertragsarztrechts auf ein überwiegendes Einzelleistungssystem scheint mir aber jedenfalls zu eng zu sein. Es ist völlig unverständlich, dass es den GV-Parteien (!) nicht erlaubt sein soll, auch pauschale Vergütungsmodelle vorzusehen. ME könnte die Honorargestaltung ohne jegliche Beschränkung in der Verantwortung der GV-Parteien liegen. Die Interessen der Ärzteschaft wären durch die Beteiligung der Ärztekammer ausreichend geschützt. Auch wenn man die deutsche Vielfalt an Honorierungssystemen nicht unbedingt erreichen muss, sollte es wenigstens möglich sein, neue Vergütungsmodelle zu erproben. Ein „Experimentierparagraf“ könnte dies ausdrücklich zulassen und damit Innovationen im Bereich des vertragsärztlichen Honorarrechts erleichtern. Damit wäre auch eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, ergebnisorientierte Vergütungen,<sup>65)</sup> Bezahlung nach Zeit oder einen Mix verschiedener Honorierungssysteme auf ihre Tauglichkeit hin zu testen. Es könnte auch eine Differenzierung nach Ärztegruppen stattfinden. Eine Honorierung, die für die Ärzte für Allgemeinmedizin zweckmäßig ist (zB Pauschalierungen, Hausarztmodell),<sup>66)</sup> ist für andere Ärztegruppen undurchführbar (zB Radiologen). Zu berücksichtigen wäre ferner, dass das Gesundheitswesen va dann an Effektivität gewinnen kann, wenn die Vernetzung der verschiedenen Leistungsbe-reiche<sup>67)</sup> sowie Prävention und Eigenverantwortung forciert werden. Ein Honorierungssystem kann auch diesbezüglich Steuerungseffekte aufweisen. Die in Deutschland schon intensiv geführte Diskussion über eine Verbesserung des ärztlichen Honorarsystems wird in Österreich noch geführt werden müssen.

<sup>65)</sup> Vgl dazu jüngst *Prinz/Vogel*, Ergebnisorientierte Vergütung von niedergelassenen Ärzten, Sozialer Fortschritt 2000, 233 ff; *Galas*, Chancen und Risiken einer ergebnisorientierten Vergütung bei der Behandlung diabetischer Patienten, Arbeit und Sozialpolitik 2000 H 7–8, 20 ff.

<sup>66)</sup> Vgl zB *Sell*, Probleme der Honorierung der Hausärzte, Sozialer Fortschritt 1999, 205 ff.

<sup>67)</sup> Vgl zB *Häussler/Bohm*, Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung, Sozialer Fortschritt 2000, 127 ff.

## „Deutsch-Österreichische Sozialrechtsgespräche“: Bisher sind erschienen:



### **Tagungsband 2000:**

Auch im Bereich des Gesundheitswesens stellt sich, verschärft durch ökonomische Faktoren, die Frage nach dem **Maß an Freiheit und Wettbewerb** einerseits und nach der **Notwendigkeit staatlicher Regulierung** andererseits.

2000. XII, 120 Seiten. Br. öS 488,-  
€ 35,46 ISBN 3-214-06213-1



### **Tagungsband 1999:**

Im Mittelpunkt stehen die **Rechtsbeziehungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Ärzteschaft**. Behandelt werden die Erwerbsfreiheit, die Berufsausübungsfreiheit und die Beendigung der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und gesetzlicher Krankenversicherung.

1999. XIV, 210 Seiten. Br. öS 640,-  
€ 46,51 ISBN 3-214-06213-1

MANZ 