
6191/AB XXIV. GP

Eingelangt am 18.10.2010

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0289-II/A/9/2010

Wien, am 14. Oktober 2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6283/J der Abgeordneten Dr. Spadiut, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur vorliegenden Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die den nachfolgenden Ausführungen zugrunde liegt.

Zu der in der Anfrage angesprochenen Problematik möchte ich eine grundsätzliche Anmerkung machen: Es ist besonders wichtig, dass auf die Situation der Patientinnen und Patienten eingegangen wird. Es geht nicht um die bloße Zeit, die für ein Tun verwendet wird, denn eine Minutenberechnung kann Qualitätsstandards nicht charakterisieren. Im Übrigen nehmen sich Vertragsärzte/-ärztinnen für ihre Patient/inn/en, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, durchaus Zeit. Dies beweisen auch Umfragen, die einen hohen Zufriedenheitsgrad der Patient/inn/en mit der medizinischen Versorgung dokumentieren.

Den nachfolgenden Ausführungen ist voranzustellen, dass Unterschiedlichkeit der Regelungen bei den einzelnen Versicherungsträgern der Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und dem Umstand entspringt, dass der Gesetzgeber den Versicherungsträgern im Rahmen ihrer Selbstverwaltung das Recht zum Abschluss diesbezüglicher Vereinbarungen (Honorarordnung als Teil des jeweiligen Gesamtvertrages) mit der Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte einräumt.

Besonders betont werden muss, dass – wie auch der Hauptverband im Folgenden erläutert – die Vereinbarung von Pauschalierungen, Limitierung, degressiven Tarifen und ähnlichen Verrechnungsbeschränkungen keinesfalls zur Einschränkung des Behandlungsanspruchs der Versicherten in dem vom Gesetz geforderten Ausmaß (§ 133 Abs. 2 ASVG: „ausreichend und zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“) führt; dies auch dann nicht, wenn in diesem Zusammenhang gelegentlich von „Leistungsbeschränkungen“ die Rede ist. Diese Diktion bezieht sich hier auf die Honorierung durch den Versicherungsträger gegenüber dem Arzt/der Ärztin, der/die jedoch erforderlichenfalls die Behandlungsleistung zu erbringen hat. Insofern ist bereits die in den einleitenden Ausführungen zur gegenständlichen Anfrage enthaltene Grundannahme unzutreffend.

Zu den einzelnen Fragen hält der Hauptverband allgemein Folgendes fest:

„Strukturmerkmal des gesetzlichen Honorierungsmodells ist eine weit gespannte Leistungspflicht der Vertragsärzte/-ärztinnen, die jener der Versicherungsträger entspricht (§ 133 Abs. 2 ASVG, § 10 Mustergesamtvertrag, beides im Wesentlichen aus 1955). Die Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger sind gesetzlich vorgegeben und nicht beliebig erweiterbar. Die Honorarausgaben dürfen insgesamt das Beitragsaufkommen nicht überschreiten (siehe dazu Kletter, Sachleistungsvorsorge und Leistungsanspruch angesichts leerer Kassen, ZAS 2010, Seiten 258, 263).

Daher liegt auf der Hand, dass die Krankenversicherung keine unnötigen Zahlungen leisten darf: Die Kostenstruktur einer Gruppenpraxis oder anderer Zusammenarbeitsformen führt dazu, dass sich Fixkosten für Miete, Geräte usw. auf mehrere Behandlungen aufteilen. Im Ergebnis führt das zu einer Senkung der Kosten für die jeweils einzelne Behandlung.

Da die Sozialversicherung mit öffentlichen Mitteln arbeitet, ist es nur verständlich, wenn diese Kostensenkungen zumindest teilweise den Beitragszahler/inne/n (über geringere Behandlungshonorare) wieder zu Gute kommen.

Dass Leistungskataloge der Krankenversicherungsträger unterschiedlich sind, beruht auf den gesetzlichen Grundlagen, die ihrerseits wieder den gesellschaftlichen Gegebenheiten folgen: Es besteht keine bundesweite Einheitsversicherung. Dass die Honorarvereinbarungen, die von den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband mit den jeweiligen Landesvertretungen der Gesundheitsberufe verhandelt werden, unterschiedliche Inhalte haben, entspricht den jeweiligen

Verhandlungen. Honorare, die bundesweit einheitlich wären, wären nicht in Verhandlungen, sondern nur durch Eingriffe höherer Ebene (Verordnungen usw.) möglich. Dies war bisher nicht Ziel der Rechtslage.

Zur Transparenz der Honorare sei darauf hingewiesen, dass die Gesamtverträge (und damit auch die Honorare) im Internet frei zugänglich zu verlautbaren sind. Unter www.avsv.at/Gesamtverträge finden sich die entsprechenden Vertragstexte.

Zur Abrechnung bestehen bereits seit Langem im Wesentlichen einheitliche Vorgaben, die sich in der Praxis bewährt haben. Die Sozialversicherungsträger werden für 2011 einen weiteren Schritt durch das in Fertigstellung befindliche gemeinsame Abrechnungssystem (Standardprodukt ALVA) setzen.

Die Honorarvereinbarungen sind nicht zuletzt deswegen umfangreich, weil sie eben keine Pauschalvereinbarungen darstellen.

Auf Basis der Gesetzeslage, wonach grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vergüten war, haben die Honorarordnungen die ärztliche Tätigkeit vorrangig über Einzelleistungshonorare vergütet. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Einzelleistungsvergütung (z.B. Anreize zur Leistungserweiterung ohne medizinische Notwendigkeit; mehr delegierbare, technische Leistungen, die die Arbeitszeit der Ärzte/Ärztinnen wenig beanspruchen) wurden aber schon vom Gesetzgeber 1955 erkannt, weshalb bereits seit damals in § 342 Abs. 2 ASVG eine Gesamtausgabenbegrenzung vorgesehen ist.

Diesem Weg folgt das Gesetz auch heute, nach § 342a Abs. 2 ASVG sind Leistungen von Gruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, jedenfalls nach Pauschalmodellen (z.B. Fallpauschalen) zu honorieren. Honorardeckelungen sind auch verfassungsrechtlich ein zulässiges Steuerungsmittel (siehe dazu Stöger, Überlegungen zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Honorardeckelungen in ärztlichen Gesamtverträgen, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung „Soziale Sicherheit“, Jänner 2009, Seite 8 ff.).

Die schon länger bestehende Gesamtausgabenbegrenzung konnte bisher regional nur sehr beschränkt (Vorarlberg) und in finanzieller Hinsicht auf einem hohen Niveau vereinbart werden.

Leistungspflicht wird nicht durch Abrechnungsregeln definiert:

Die Ansprüche der Patient/inn/en auf Krankenbehandlung und die damit verbundenen Leistungen richten sich an die Krankenversicherungsträger und sind gesetzlich vorgegeben.

Diese Ansprüche können durch Abrechnungsregeln nicht eingeschränkt werden.

Ebenso wie bei der Gesamtausgabenbegrenzung sehen die Verträge mit Arzt/inn/en seit 1955 vor (vgl. § 10 Abs. 2 letzter Satz Mustergesamtvertrag, siehe www.sozdok.at, MGV), dass dann, wenn ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden muss, dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt/von der Ärztin zu begründen ist.

Nicht einmal dann, wenn – was nicht immer der Fall ist, siehe unten – tatsächlich Pauschalierungen, Limite usw. bestehen, wird damit die Behandlung der Patient/inn/en eingeschränkt.

Es ist damit nicht sachgerecht, vom Vorhandensein von Pauschalien, Limiten usw. auf Einschränkungen für die Patient/inn/en zu schließen.“

Fragen 1 bis 4:

Zu diesen Fragen teilt der Hauptverband mit, dass eine bundesweit umfassende Auswertung in der vorgegebenen Zeit mit den vorhandenen Ressourcen nicht möglich ist. Er verweist diesbezüglich auf die von den Krankenversicherungsträgern übermittelten Stellungnahmen, die in der Beilage angeschlossen sind.

Der Hauptverband ergänzt, dass die Honorarordnung beispielsweise der SGKK Pauschalierungen in Form von Degressionen, Staffelungen, Bewilligungskontingenten und sogenannten „Topfregelungen“ vorsieht. Da der Begriff „Pauschalierung“ in der Anfragepräambel nicht konkretisiert ist, ist die Beantwortung gegliedert nach Leistungsarten nicht möglich. Für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) als §-2-Kasse gelten die Ausführungen der Gebietskrankenkassen sinngemäß. Seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) erfolgte keine Stellungnahme.

Zu Frage 2 hinsichtlich der „Leistungsobergrenze“ darf darauf verwiesen werden, dass die soziale Krankenversicherung von vornherein keine unbeschränkte Leistungspflicht trifft. Siehe dazu bereits den Gesetzeswortlaut des § 133 Abs. 2 ASVG und die damit verbundenen Ziele der Krankenbehandlung.

Zu Frage 4 führt der Hauptverband aus, dass es von den verschiedenen Konstellationen abhängt (Fachgruppen, Praxisgröße, etc.), ob eine Pauschalierung sinnvoll ist. Gesetzlich ist nur bei gemischten Gruppenpraxen ein pauschales Honorierungssystem zwingend vorgesehen. Hier werden von der Sozialversicherung gemeinsam mit den Ärztekammern Modelle ausgearbeitet werden. Die diesbezüglichen Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zum Einleitungstext hingewiesen.

Frage 5:

Diese Frage ist grundsätzlich zu bejahen, wobei der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen ist, dass eine „vollständige Heilung“ – unabhängig vom Honorierungssystem – nicht in allen Fällen möglich ist.

Wie der Hauptverband treffend ausführt, dürfen Pauschalierungssysteme selbstverständlich nicht dazu führen, dass Patient/inn/en eine notwendige medizinische Leistung vorenthalten wird, darauf würde im Bedarfsfall auch das gesetzliche Aufsichtsrecht anwendbar werden (Rechtmäßigkeitsaufsicht). Auf das gesetzliche Leistungsrecht (einschließlich der Regeln über die Ausleistungspflicht nach § 134 Abs. 2 ASVG) sei verwiesen.

Auch wenn ein Limit („Abgeltungsobergrenze“) erschöpft ist, sind die Vertragsärzte/-ärztinnen verpflichtet, weitere Leistungen (ohne Privathonorierung!) zu veranlassen, soweit es sich um eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung (vgl. § 133 Abs. 2 ASVG) handelt, die von der jeweiligen Vertragspartnergruppe zu erbringen ist, siehe die bereits erwähnten Vertragsinhalte.

§ 10 Abs. 2 des Muster-Ärztegesamtvertrages sieht vor, dass „die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, 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/der Vertragsärztin zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können.“

Eine entsprechende Regelung findet sich in den Gesamtverträgen aller Krankenversicherungsträger. Das Ende der Leistungspflicht eines Krankenversicherungsträgers und seiner Vertragspartner ist allein durch deren gesetzlichen und vertraglichen Rahmen, keinesfalls durch Abrechnungsmodalitäten begrenzt.

Beilagen

Parl. Anfrage 6283/J – pauschalisierte Leistungs- und Abrechnungsmodelle; Stellungnahme der Wiener Gebietskrankenkasse

Vorbemerkung zur verwendeten Terminologie

Es wird unterschieden zwischen

- echter Pauschalvergütung (z.b. Quartalspauschale pro Patient) und
- zeitlich definierte Ausgabenbegrenzung (z.b. gedeckeltes Jahreshonorar),
- „Leistungsobergrenze“ in Form von
 - vertraglich begrenzter Behandlungsdauer (z.b. maximale Behandlungsstunden bei psychotherapeutischen Leistungen)
 - Verrechnungslimits für einzelne Leistungen (z.b. ärztliche Sonderleistung pro Quartal in x-% der Fälle verrechenbar)

Achtung: die genannten Pauschalierungsmodelle sind häufig kombiniert; es gibt Verträge, in denen sowohl Quartalspauschalien als auch ein gedeckeltes Jahreshonorar vereinbart ist.

Zu Frage 1

Mit einem Quartalspauschale pro Patient werden die Leistungen der nachstehenden Vertragseinrichtungen abgegolten:

- **„So What“** – (Psychotherapieeinrichtung/Esstörungen); Pauschalbetrag beinhaltet Psychotherapie, ärztliche Leistungen, psychologische Diagnostik
- **Zentrum für Entwicklungsförderung“** – (Kinderbehandlungen); Pauschalbetrag beinhaltet Psychotherapie, ärztliche Leistungen, psychologische Diagnostik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
- **VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen)** - (Kinderbehandlungen); Pauschalbetrag beinhaltet Psychotherapie, ärztliche Leistungen, psychologische Diagnostik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Pauschalisiert abgerechnet wird (mit dem Fonds Soziales Wien) ferner die Erbringung von Leistungen der **medizinischen Hauskrankenpflege** in Wien für Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Zu Frage 2

Bei **Heilbehelfen und Hilfsmitteln**, welche für den Patienten mit einer Höchstgrenze versehen sind, ist eine Auflistung auf Grund der Vielzahl der Produkte nicht möglich. Gem. § 137 Abs.5 ASVG darf das Ausmaß der vom Versicherungsträger zu übernehmenden Kosten

einen durch die Satzung festzusetzenden Höchstbetrag, welcher maximal mit dem 10fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs.3) festzusetzen ist, nicht übersteigen. Die Satzung der WGKK sieht einen Höchstbetrag für Heilbehelfe und Hilfsmittel im Ausmaß des 3fachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage vor. Dementsprechend beträgt der von der Kasse zu übernehmende Betrag im Jahr 2010 € 493,20 brutto. Übersteigen die Behelfskosten diesen Betrag, sind die Differenzkosten durch den Versicherten zu entrichten.

Leistungsobergrenzen im Sinne einer vertraglich begrenzten Behandlungsdauer gibt es weiters in den Bereichen **Psychotherapie und Physikalische Medizin**.

Zu Frage 3

Gedeckelte Jahreshonorare sind im Bereich der WGKK derzeit für nachstehende Einrichtungen vereinbart:

- **Allergiejnstitute**
- **Institute für physikalische Medizin**
- **Fachärzte für physikalische Medizin**
- **Vertragsphysiotherapeuten**
- **Institute für CT- Untersuchungen**
- **Institute für MRT- Untersuchungen**
- **Diverse Psychotherapievereine**
 - Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
 - Verein für ambulante Psychotherapie
 - Institut für Erziehungshilfe
 - Verein P.a.s.s.
 - Forensische Nachbetreuungsambulanz
 - Zentrum für interkulturelle und binationale Paare und Familien
 - So What
- **Verein für ergotherapeutische Versorgung**
- **VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen) – siehe oben**

**Stellungnahme der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse zur parl.
Anfrage Nr. 6283/J**

Zu Frage 1

Im Bereich der Honorarordnung der NÖGKK gibt es keine Leistungen, die eine generelle pauschalierte Abrechnung vorsehen.

Zu Frage 2

Diesbezüglich verweisen wir auf die in der Beilage angeführten Excel-Tabellen, wobei jene Leistungen, welche eine Leistungsobergrenze für die Patientin/den Patienten vorsehen, in der Tabelle mit der Überschrift „Anzahlbeschränkungen bezogen auf den Patienten“ enthalten sind. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in den erläuternden Bemerkungen zur Honorarordnung der NÖGKK (B1) festgehalten ist, dass für den Fall, dass in Einzelfällen die Notwendigkeit zur Überschreitung von z. B. Limitierungen einzelner Leistungspositionen besteht, mit Begründung eine vorherige chefärztliche Genehmigung einzuholen ist. In diesen Fällen kommt es dann selbstverständlich auch zu einer Verrechnung über dem Limit zu dem in der Honorarordnung vorgesehenen Tarif (ungekürzt).

Zu Frage 3

In diesem Zusammenhang verweisen wir ebenfalls auf die in der Beilage angeschlossenen Excel-Tabellen, wobei die Leistungen, welche mit einer Abgeltungsobergrenze für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt versehen sind, in der Tabelle mit der Überschrift „Anzahlbeschränkungen bezogen auf den Arzt“ angeführt sind.



Beilage.XLS

Anzahlbeschränkungen bezogen auf den Patienten

109	Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus, für jede weitere halbe Stunde	Höchstens zehn halbe Stunden
113	Eigenblutinjektion einschließlich Blutabnahme	Höchstens 10 Injektionen pro Fall und Quartal verrechenbar.
123	Unblutige Implantation mit Troikart	Kann nur dreimal pro Fall und Quartal verrechnet werden.
132	Regionale bzw. segmentale Infiltrationsanästhesie als Heilbehandlung je Region und Seite	Höchstens zweimal pro Tag verrechenbar. Über 10 Infiltrationen nur nach vorheriger chefärztlicher Genehmigung.
133	Injektion an den peripheren Nerv. Peri - endo u. epineurale Infiltration	Höchstens dreimal pro Fall und Quartal.
134	Injektion oder Infiltration an die Nervenwurzel oder an den Nervenstamm	Höchstens dreimal, für Orthopäden höchstens fünfmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
150	I. v. Injektion zur Varizenverödung (Besenreiservenen ausgenommen)	Maximal zehn Injektionen pro Extremität und Quartal verrechenbar.
163	Abtragung einer oder mehrerer großer Brandblasen bzw. ausgedehnte o. tiefreichende Nekrosenabtragung	Im Verlauf derselben Behandlung nur einmal pro Tag und maximal dreimal pro Behandlungsfall verrechenbar.
215	Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege, je Seite, einschließlich Anästhesie	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
218	Spaltlampenuntersuchung	Höchstens achtmal pro Fall und Quartal verrechenbar, darüber hinaus mit chefärztlicher Bewilligung.
314	Nasentamponade	Einmal pro Tag (außer mit Zeitangabe)
322	Punktion inklusive Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	Einmal pro Tag und Seite verrechenbar
337	Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen bei liegendem Katheder, je Seite	Maximal zweimal täglich je Seite verrechenbar.
420	Chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z. B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide u. ä.) ohne Naht.	Die Leistung kann bei Entfernung von bis zu 5 Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden. Angabe der Region notwendig. Anästhesie einmal pro Region verrechenbar.
445	Schienenverband	Nur Erstanlage.

Anzahlbeschränkung bezogen auf den Patienten

480	Behandlung der angeborenen Hüftgelenkdysplasie	Nur einmal pro Monat.
483	Korrekturerhaltung des Klump-, Spitz- oder kontrakten Sichelfußes durch Schienen oder Redressionsschuhe	Einmal pro Fall und Quartal je Seite verrechenbar.
532	Kolposkopie	Höchstens zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar.
537	Sonographie von Tumoren im Unterbauch	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
539	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	Einmal in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche verrechenbar.
540	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	Einmal in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche verrechenbar.
541	Sonographie bei normalem Schwangerschaftsverlauf	Einmal in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche verrechenbar.
566	Lithotripsie	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
612	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 7 Tests	Maximal 60 Punkte pro Patient und Jahr verrechenbar.
613	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 14 Tests	
614	Allergietestung: Intracutan-Test, Prick-Test 1 - 30 Tests	
629	Ergometrie	Nur einmal pro Fall und Quartal verrechenbar
652	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
653	Detaillierter individueller schriftlicher Ernährungsplan	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
654	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung	Nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar.
655	Weitere Untersuchung nach Pos. 654, einmal pro Monat während der ersten zwei Lebensjahre	
656	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
660	Kleine Spirographie	Dreimal pro Fall und Quartal verrechenbar.
682	Eingehende psychiatrische Exploration	Einmal pro Fall und Quartal.
683	Psychotherapeutische Sitzung	Zehnmal frei, darüber hinaus chefärztliche Genehmigung notwendig.
714	Kombinierte Frequenztherapie	Zwanzigmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Anzahlbeschränkung bezogen auf den Patienten

715	Quarzlicht, Höhensonne	Einmal pro Tag verrechenbar, maximal zwanzigmal pro Fall und Quartal.
716	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus, Vitalux u. ä.)	Einmal pro Tag und Patient verrechenbar
718	Phototherapie bei Psoriasis oder Neurodermitis (Salmannlampe, UVA-, PUVA-, SUP-Lampe)	Max. 30 Behandlungen pro Patient und Quartal
722	Heilgymnastik, orthopädisches Einzeltunten	zehnmal pro Fall verrechenbar.
726	Therapeutischer Ultraschall	Zehnmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
848	Latex-Schnelltest (ASLO, RF, CRP, Waaler Rose)	Maximal zwei Pos. gleichzeitig verrechenbar.
857	Transaminasen (GOT, GPT, Gamma GT) je	Pos. 857 maximal zweimal pro Tag verrechenbar.
859	Gesamtcholesterin quant. im Serum	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
861	Triglyceride (Neutralfett) quant. i. S.	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
910	Harnbefund mittels Teststreifen	Nur zweimal pro Fall u. Quartal verrechenbar.
911	Harn auf Eiweiß und Zucker qualitativ	Maximal zwei Positionen an einem Tag gemeinsam verrechenbar.
912	Harn auf Eiweiß, Blut, Nitrit	
913	Harn auf Zucker, Aceton	
969	Untersuchung von Punktionsmaterial oder Sekretabstrichen	Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Stellungnahme der Burgenländischen Gebietskrankenkasse Parl. Anfrage Nr. 6283/J

Zu den Fragen 1 bis 3:

Grundsätzlich ist zwischen folgenden drei Formen von Pauschalvergütungen zu unterscheiden:

- echte Pauschalvergütung (z. B. Quartalspauschale pro Patient) und
- zeitlich definierte Ausgabenbegrenzung (z. B. gedeckeltes Jahreshonorar),
- „Leistungsobergrenze“ in Form von
 - vertraglich begrenzter Behandlungsdauer (z. B. maximale Behandlungsstunden bei psychotherapeutischen Leistungen)
 - Verrechnungslimits für einzelne Leistungen in den unterschiedlichsten Ausprägungen (z. B. ärztliche Sonderleistungen gemäß der burgenländischen Ärztehonorarordnung maximal x Leistungen pro Patient und Quartal oder in x-% der Fälle verrechenbar.)

Echte Pauschalvergütung:

Alle in einem Abrechnungszeitraum pro Patient erbrachten Leistungen werden mit einem Pauschalbetrag abgegolten:

- Produkte der saugenden Inkontinenz bei den **Vertragsbandagisten**

Zeitlich definierte Ausgabenbegrenzung:

= *gedeckelte Jahreshonorare*; für folgende Einrichtungen vereinbart (teilweise schon bis 2013)

- Institute für physikalische Medizin
- Institut für medizinisch-chemische Labordiagnostik
- Institute für CT- Untersuchungen
- Institute für MRT- Untersuchungen
- IPR Psychotherapieverein

„Leistungsobergrenze“:

= *vertraglich begrenzte Behandlungsdauer*

- Psychotherapie

= *Verrechnungslimits für einzelne Leistungen*

- In allen Fachgruppen für zahlreiche ärztliche Leistungen

**Stellungnahme der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse
Parlamentarische Anfrage Nr. 6283/J
"Pauschalierte" Leistungs- und Abrechnungsmodelle der Krankenkassen**

1. Welche Leistungen werden derzeit generell pauschaliert abgerechnet?

Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt nach einem gemischtem Honorarsystem (Grundleistung und Einzelleistungen). Leistungen, die von jeher (seit Schaffung des Gesamtvertrages) am jeweils in Betracht kommenden Patientenkontingent typischer Weise von niedergelassenen Ärzten als Standard erbracht wurden und deren Aufwand personell und ausstattungsmäßig gering ist (zB. Anamnese, Blutdruck messen, Verordnung von Arzneimitteln und Heilbehelfen), werden durch eine Pauschale (= die **Grundleistung**) pro Patient und Quartal vergütet.

Weitere Pauschalierungen sind im Bereich **Urologie** für die **Sonographieleistungen** sowie im Bereich **Laborgemeinschaften** vorgesehen.

2. Welche Leistungen sind derzeit mit einer Leistungsobergrenze für den Patienten versehen?

Es gibt keine Leistung der Honorarordnung, für die eine Leistungsobergrenze für den Patienten vorgesehen ist. Die bestehenden Limitierungen bei Leistungen führen dazu, dass das Honorar für eine Leistung sinkt je häufiger diese Leistung erbracht wird, und so die dadurch verursachte verringerte Fixkostenkomponente bei der Tarifgestaltung berücksichtigt wird.

3. Welche Leistungen sind derzeit mit einer Abgeltungsobergrenze für den behandelnden Arzt versehen?

Im ärztlichen Bereich gibt es keine Deckelungen der Ärztehonorare. Lediglich im Bereich Injektionen/Infiltrationen wurde ein sog. KO-Limit vereinbart. Ein Facharzt für Orthopädie erhält unabhängig von seiner Praxisgröße max. einen bestimmten Betrag für diese Leistungen.

Stellungnahme der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse Parl. Anfrage Nr. 6283/J

1. Welche Leistungen werden derzeit – gelistet nach Krankenkasse – generell pauschaliert abgerechnet?

Derzeit enthält die Honorarordnung für die Vertrags(fach)ärzte keine Leistungen, die generell pauschaliert abgerechnet werden.

2. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Leistungsobergrenze für den Patienten versehen?

Für folgende Leistungen sind derzeit in der Honorarordnung für Vertrags(fach)ärzte Leistungsobergrenzen für Patienten vorgesehen:

- Varizenverödung bzw. Verödung eines Hämorrhoidalknotens
- Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen
- Intracutane Infiltration
- Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke;
- Chirodiagnostik und Chirotherapie
- Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation
- Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken
- Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung+
- Betreuung einer Psychose

3. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Abgeltungsobergrenze für den behandelnden Arzt versehen?

Für folgende Leistungen sind derzeit in der Honorarordnung für Vertrags(fach)ärzte Abgeltungsobergrenzen für den behandelnden Arzt vorgesehen:

- Ausführlicher schriftlicher Befundbericht
- Zuschlag bei aufwändiger Visite in Alten- und Pflegeheimen

- Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient
- Ärztlicher Koordinationszuschlag
- Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie
- Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht
- Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände
- Schaumgummiverband
- Arterielle und/oder venöse Untersuchung nach Doppler
- Kleine Lungenfunktionsprüfung
- Blutgasanalyse
- Lungenfunktionsprüfung
- Kleine Lungenfunktionsprüfung
- Ambulante Schlafapnoeuntersuchung
- Bodyplethysmographie
- Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala
- Sensibilitätsprüfung
- EEG-Untersuchung
- Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten
- Psychiatrische Notfallbehandlung
- Elektromyographie
- Elektromyographie
- Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der intra- und extrakraniellen Arterie
- Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems

- Gynäkologischer Ultraschall
- Otomikroskopie
- Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis
- Sonographie der Halsweichteile
- Ergometrie
- Echokardiographie
- 24-Stunden Blutdruckmonitoring
- 24-Stunden-EKG
- Doppler-Echokardiographie
- Sonographie eines Organes
- Sonographie von zwei Organen
- Sonographie von drei und mehr Organen
- Sonographie der Schilddrüse
- Sonographie bei Schwangerschaft
- Psychotherapeutische Medizin

Für folgende Leistungen sind derzeit in der Honorarordnung für Vertrags(fach)ärzte sowohl Leistungsobergrenzen für Patienten als auch Abgeltungsobergrenzen für den behandelnden Arzt vorgesehen:

- Diagnostisches Sonographiepauschale des Bewegungsapparates
- Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie
- Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall

Stellungnahme der Kärntner Gebietskrankenkasse zur parl. Anfrage Nr. 6283/J Punkt 1

Die Honorierung von ärztlichen Leistungen erfolgt generell nach dem sog. Einzelleistungssystem. Es erfolgt keine pauschale Abgeltung, sondern es wird die einzelne ärztliche Leistung honoriert. Dadurch soll eine gezielte Behandlung, welche auf die jeweilige Erkrankung abgestimmt ist, erfolgen.

Lediglich der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von der KGKK pauschal honoriert.

Punkt 2 und 3

Die Honorarordnung sieht bei gewissen Positionen Leistungsbeschränkungen vor, die zum Teil als degressive Honorierung, d.h. eine Art von Mengenrabatt zu verstehen sind. Das bedeutet, dass bei vermehrter Durchführung einer Untersuchung der Tarif für die einzelne Position sinkt. Durch diese Maßnahme soll eine gezielte Behandlung erreicht werden. Es soll verhindert werden, dass gewisse Untersuchungen einfach nur "routinemäßig" oder als Screeningmaßnahme durchgeführt werden. Andere Beschränkungen resultieren aus medizinischen Gründen. Nicht zuletzt sind Limitierungen ein probates Mittel um die Aufwendungen für ärztliche Hilfe kalkulierbar zu machen. Eine genaue Planbarkeit und Kalkulation ist für die Erreichung der auferlegten Finanzziele unerlässlich. Dazu regelt das ASVG im § 342 (2) Folgendes: "Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

Die einzelnen Tarife (auch die degressiven Tarife) sind in der Honorarordnung aufgelistet, welche auf der Homepage der KGKK abgerufen werden kann.

Stellungnahme der Tiroler Gebietskrankenkasse
parl. Anfr. 6283/J betr. „pauschalisierte“ Leistungs- und Abrechnungsmodelle der Krankenkassen

Ad Frage 1

Es gibt eine KFO-Jahrespauschale für abnehmbare KFO-Behandlungen. Weiters gibt es Bereitschaftsdienstpauschalen bei Vertrags(zahn)ärzten.

Ad Frage 3

In der Honorarordnung der Vertrags(fach)ärzte gibt es Fallwertbegrenzungen für Internisten (internistischer Gesamtfallwert), Limitierungen für bestimmte Leistungen im Kleinlabor- sowie im physiotherapeutischen Bereich. Dabei handelt es sich um prozentuelle Limitierungen für diverse Sonderleistungen (Sonografien), Honorierungen der Grundleistungen sowie der kleinen Sonderleistungen bis zu einer Fallwertbegrenzung von max. 29 Punkten.

In der Honorarordnung der Vertragszahnärzte gibt es diverse zeitliche und zahlenmäßige Begrenzungen bzw. Ausschlüsse der Verrechenbarkeit von einzelnen Leistungen (zB Zahnsteinentfernungen).

Im CT- und MRT-Bereich sowie bei diversen Sonderverträgen im Speziallaborbereich wird die Honorierung jährlich gedeckelt.

**Stellungnahme der Vorarlberger Gebietskrankenkasse
parl. Anfrage 6283/J betr. "pauschalierte" Leistungs- und Abrechnungsmodelle der Krankenkassen**

Zu 1.:

Die Frage lässt sich angesichts der Unbestimmtheit des Begriffes „generell“ pauschaliert nicht beantworten. Bei der Kasse gilt grundsätzlich das System der Einzelleistungsvergütung.

Zu 2.:

Folgende Leistungen sind mit einer Obergrenze für den Patienten versehen:

Pos. 32 bzw. 72 Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)

Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.

Patientenlimit: pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde

Gesamtlimit: 10 % der abgerechneten Fälle.

153 15 e Therapeutische Impfung

Die Positionen 151 (15 b) und 152 (15 c) können jeweils pro Patient und Quartal mit max. 50 Punkten verrechnet werden.

333 28 h Gezieltes manuelles Wirbelsäulenredressement (max. 3 mal pro Krankheitsfall)

334 28 i Manuelle Therapie der Gelenke (nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin), max. 3 mal pro Krankheitsfall

409 34 i Pädiatrische Beratung beim Säugling und Kleinkind, insbesondere detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei Dyspeptischen oder Distrophischen, sowie bei Stoffwechsel- und allergischen Erkrankungen und Ernährungsstörungen, einmal im Monat verrechenbar

410 34 k Spezielle Untersuchung auf Cerebralparese (CP), Cerebralschäden bei Säuglingen und Kleinkindern (Risikokinder, Verdachts- oder Erkrankungsfälle) (Kann nur einmal vierteljährlich verrechnet werden)

500 P 1 a Manuelle Teilmassage (mind. 10 Min.)

501 P 1 b Apparatmassage (mind. 10 Min.)

Die Pos. 500 (P 1 a) und 501 (P 1 b) können pro Quartal max. 2 mal pro Patient verrechnet werden.

Zu 3.:

Eine Abgeltungsobergrenze für bestimmte Leistungen gilt bei folgenden Positionen:

Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35% der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35% der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Der Prozentsatz von 45% verringert sich bei Vertragsfachärzten ab dem 1.1.2010 jährlich um 3%-Punkte bis ein Prozentsatz von 25% erreicht ist, der Prozentsatz von 35% verringert sich bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ab dem 1.1.2010 jährlich um 2%-Punkte bis ein Prozentsatz von 20% erreicht ist.

- Pos. 726 L 15 g Blutgasanalyse
Limit: in 25 % der Fälle verrechenbar
- Pos. 750 L 18 aSekretabstrichuntersuchung auf Go, erste Stelle
(höchstens 2 weitere Stellen verrechenbar)

1.3. Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten können pro Quartal bei maximal 30 % der Patienten eine durchgeführte Durchleuchtung (Pos. 800 (R 1)) verrechnen.

- Pos. 1.14 Zytochemische Spezialfärbungen
(höchstens 2 verrechenbar), je
- Pos. 3.03 HbA₁ oder HbA_{1c} (nur bei Diabetes
1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar; nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar)
- Pos. 11.07 Allergen Einzeltest (höchstens
5 Einzeltests pro Patient verrechenbar)
- 11.19 Konsumtionstest, erstes Antigen
- 11.20 jedes weitere Antigen (höchstens 3
weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar)

Parl. Anfrage Nr. 6283/J betr. „pauschalierte“ Leistungs- und Abrechnungsmodelle der Krankenkassen – Stellungnahme der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

1. Welche Leistungen werden derzeit – gelistet nach Krankenkasse – generell pauschaliert abgerechnet?

Das Honorierungssystem der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) in der Vertragsarztverrechnung ist die Einzelleistungshonorierung gemäß „Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte“.

Deshalb werden derzeit keine Leistungen generell pauschaliert abgerechnet.

2. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Leistungsobergrenze für den Patienten versehen?

Derzeit sind keine Leistungen mit einer Leistungsobergrenze im Sinne dieser Anfrage für den Patienten versehen.

3. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Abgeltungsobergrenze für den behandelnden Arzt versehen?

Sonodegression:

Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:

Fachärzte für Gynäkologie	11
Fachärzte für Innere Medizin	22
Fachärzte für Radiologie	26
Fachärzte für Urologie	58.

J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt
Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 3 % der Fälle pro Jahr.

TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil
Die TA ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch
Die Position PS ist von Vertragsärzten (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

Allgemeine Sonderleistungen

11r Krampfaderverödung; jede weitere Injektion – höchstens 6 i.v. Injektionen pro Bein und Quartal (keine Facharzteinschränkung)

11t Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten, jede weitere Injektion – höchstens 4 Injektionen pro Quartal (keine Facharzteinschränkung)

Sonderleistungen

32a Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen (keine Facharzteinschränkung)

32g Otomikroskopische Untersuchung – in höchstens 10 % der Behandlungsfälle verrechenbar (HNO)

32h Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung – in maximal 35 % der Fälle verrechenbar; max. 2 x pro Patient und Monat (HNO)

34d Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung). In maximal 10 % der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar (I.)

34q Blutgasanalyse in Ruhe (L)

34r Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe (L.)

Beide Positionsnummern können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden

35b Ausführliche psychiatrische Exploration – höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar (N., KNP.)

35f Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation – höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar (N., K.)

36c Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min. – im Erkrankungsfall maximal 3 x verrechenbar (N., KNP.)

37b ENG (N.)

37c EMG (N.)

37d ENG + EMG (N.)

Die Pos.Nrn. 37b bis 37d können in 10 % der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden.

38j Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – höchstens verrechenbar in 10 % der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro Patient und Jahr (D.)

38x Uroflowmetrie einschließlich Registrierung – höchstens in 20 % der Fälle im Quartal verrechenbar (U.)

Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

4.07 GOT (ASAT) (AM, I., K., U.)

4.08 GPT (ALAT) (AM, I., K., U.)

4.09 Gamma-GT (AM, I., K., U.)

Diese Positionen können von Fachärzten für Urologie nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) verrechnet werden.

8.04 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilze), jede weitere Stelle – höchstens 2 weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar (Lab.)

11.07 Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA) nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar (Lab.)

11.38 Allergeneinzeltest – höchstens 2 Einzeltests (Lab.)

11.42 PSA (zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar) (Lab.)

12.10 Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger – höchstens 2 Subkulturen verrechenbar (Lab.)

13.01 Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung) höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und Quartal verrechenbar (Lab.)

14.08 Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) – höchstens zwei verrechenbar (Lab.)

14.09 Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z.B. Vanillinmandelsäure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin) – höchstens 2 verrechenbar (Lab.)

**Stellungnahme der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
Parl. Anfrage Nr. 6283/J**

1)

Die BVA vergütet die vertragsärztlichen Leistungen im Wege eines Einzelleistungssystems; generelle Pauschalierungen gibt es somit nicht.

2)

Die BVA erbringt ihre Leistungen im Ausmaß des Notwendigen; Leistungsobergrenzen für den Patienten im Sinne von Absolutwerten existieren nicht.

3)

Die ärztliche Honorarordnung der BVA sieht für einzelne Leistungen Beschränkungen vor, die entweder in absoluten Werten im Einzelfall bestehen oder Relationen zu Gesamtpatientenzahlen eines Leistungserbringers abbilden. Die Begrenzungen finden sich punktuell in beinahe allen Leistungssektoren, insbesondere in a priori frequenzintensiven Bereichen (beispielsweise Labormedizin), und stellen reine Abrechnungsregeln dar. Sie sind in ihrer Höhe so gewählt, dass sie honorargenerativen Leistungsansätzen präventiv entgegenwirken. Die Erbringung notwendiger ärztlicher Leistungen wird dadurch in keinem Fall eingeschränkt; die Leistungen sind zu erbringen, die Limitierungen wirken ökonomisch als Mengenrabatt.