



universität
wien

Exposé der Dissertation

Titel der Dissertation

„Rechtsvergleich der österreichischen und deutschen Vertragsarzt-systeme – Globalbudgetierung als ökonomisches Steuerungsmittel“

>

Verfasser: Ingo Göbel

Angestrebter akademischer Grad
Doctor juris (Dr.jur.)

Wien, im Februar 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A >783 101<

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Rechtswissenschaften

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Wolfgang
Mazal

Gliederung:

- I. Einführung in die Thematik
- II. Methodik
- III. Geplante Gliederung
- IV. Zeitplan
- V. Vorläufiges Literaturverzeichnis
- VI. Benötigte Ressourcen

Rechtsvergleich der österreichischen und deutschen Vertragsarztsysteme - Globalbudgetierung als ökonomisches Steuerungsmittel

I. Einführung in die Thematik

Deutschland und Österreich verfügen über leistungsfähige Sozialversicherungssysteme, die ihren Bürgerinnen und Bürgern eine hochwertige Gesundheitsversorgung garantieren. In volkswirtschaftlicher Hinsicht sind funktionierende Gesundheitsversorgungssysteme erforderlich, um die Produktivität der Länder zu sichern¹. Eine funktionierende Gesundheitsversorgung ist zudem eine Grundvoraussetzung zu Erhaltung des sozialen Friedens eines Landes². Die Qualitätssicherung der Gesundheitssysteme kann jedoch nur dann dauerhaft gewährleistet werden, wenn die finanziellen Ressourcen der Länder dies ermöglichen. Kostensteigerungen strapazieren jedoch die Finanzierungsbasis in beiden Ländern. Ein Grund dieser Kostensteigerungen dürfte im sogenannten Moral Hazard liegen, wonach der Versicherte im Bewusstsein seines Versicherungsschutzes mehr Leistungen in Anspruch nimmt, als unbedingt notwendig ist (consumer moral hazard)³ ist. Damit korrespondiert die Möglichkeit, dass der Leistungserbringer dem Versicherten zu viele Leistungen anbietet (provider moral hazard) und damit eine ökonomisch sinnvolle Relation zwischen Leistung und Kosten gefährdet ist. Eine weitere Belastung der Finanzen ist auf den demographischen Wandel zurückzuführen.

Eine Möglichkeit diesem für die Solidargemeinschaft der Versicherten schädlichen Verhalten entgegenzuwirken könnte in einer globalen vertragsärztlichen Budgetierung liegen, um eine Verschlankung der krankensicherungsrechtlichen Leistungspflicht zu begünstigen⁴ mit dem Ziel ökonomische Stabilität im Gesundheitswesen zu schaffen. Unter Budgetierung ist hierbei Ausgabenbegrenzung im Kontext vertragsärztlicher Vergütung zu verstehen.⁵

In beiden Ländern bestehen gesetzliche Grundlagen derartige Ausgabenbegrenzungen im Wege sogenannter Gesamtverträge zu vereinbaren.

Für Österreich ist hier zunächst festzustellen, dass nach den §§ 341 I i.V.m. 342 II ASVG die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge insbesondere die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu regeln haben. Diese

¹ *Binder*, Österreichisches Sozialrecht 7.

² *Binder*, ebenda.

³ *Ladurner*, Anreizmechanismen, Honorierungssysteme, 17; Neudeck, in Holzmann (Hg), Ökonomische Analyse der Sozialversicherung (2006) 137ff.

⁴ Zum Begriff der Verschlankung: *Mazal*, „Möglichkeiten eines „schlankeren“ Schutzes der Gesundheit in der Österreichischen Sozialversicherung“, Wiener Beiträge zum Arbeits- und Sozialrecht, Th. Tomandl (Hg), Wie schlank kann soziale Sicherheit sein? (1998) 47, 63.

⁵ *Mosler*, Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Rechtslage in Österreich, in *Jabornegg* u.a. (Hg), Ökonomie und Krankenversicherung (2001) 139, 141.

Vergütung ist nach § 342 II 1 ASVG nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren.

Der Gedanke der Einzelleistungsvergütung für vertragsärztliche Leistung ist in Österreich fest etabliert⁶. Hiernach gilt der Grundsatz, dass eine leistungsadäquate Honorierung für den behandelnden Arzt maßgeblich ist.

Die zudem neu im Gesetz genannten Pauschalmodelle sind nicht legaldefiniert. Der Gedanke an eine Pauschalierung ist in Österreich jedoch nicht neu. Seit 1945 etwa gab es die Möglichkeit ärztliche Leistungsansprüche mittels sogenannter Pauschalentgelte zu erfüllen⁷. Ab 1970 wandelte sich dieser Gedanke in Richtung der genannten Einzelleistungsvergütung. Dies dürfte auf das Engagement der Ärzteschaft zurückzuführen sein, die für ein Einzelleistungsprinzip plädierten⁸.

Einigkeit dürfte jedenfalls darüber bestehen, dass zu den gesetzlichen Pauschalmodellen diejenigen Modelle zählen, die regelmäßig in gesamtvertraglichen Klauseln formuliert werden⁹. Beispielhaft sind hier Degressionsbestimmungen zu nennen, wonach die vertragsärztliche Honorierung im Verhältnis zur Grundvergütung dann abnimmt, wenn weitere Leistungen durchgeführt werden¹⁰. Als weiteres Beispiel dient die Limitierung. Kennzeichnend hierfür ist eine sogenannte Höchstverrechnungsgrenze bezogen auf das Verhältnis von Fall zu Quartal¹¹. Die in Rede stehende globale Ausgabenbegrenzung findet sich in Österreich bisher lediglich in Vorarlberg¹².

In der österreichischen Literatur bleibt jedoch fraglich, ob derartige Pauschalmodelle zulässig sind. *Heinz Krejci*¹³ sowie *Walter Schrammel*¹⁴ tragen nämlich vor, dass Budgetreglementierungen unsachlich seien. Diese Rechtsposition gilt es zu überprüfen. Es besteht nämlich die Möglichkeit, dass die Leistungserbringer, also die Ärztinnen und Ärzte, dann für ihre vertragsärztliche Leistung nicht adäquat entlohnt werden, wenn das vorgesehene Budget ausgeschöpft ist. *Schrammel* zeigt zudem auf, dass eine Deckelung der Honorare dann Schwierigkeiten bereitet, wenn das ärztliche Angebotsverhalten nur bedingt gesteuert werden kann (hier sind insbesondere Lohorärzte gemeint). *Mosler*¹⁵ und *Stöger*¹⁶ stehen dagegen auf dem Standpunkt, dass die Fallkonstellation nicht adäquater Vergütung dann tragbar ist, soweit eine umfassende Interessenabwägung dafür spricht. Diese Interessenabwägung wird im

⁶ Vgl. *Mosler*, Budgetierung 162.

⁷ Vgl. *Mosler*, Budgetierung 147.

⁸ Ebenda, 147; Kletter, § 342 ASVG in Sonntag (Hg), Allgemeines Sozialversicherungsrecht (2010) 1064.

⁹ Stöger, Überlegungen zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Honorardeckelungen in ärztlichen Gesamtverträgen, SoSi 2009, 8.

¹⁰ Mosler, Budgetierung 149; Stöger, Honorardeckelungen 8.

¹¹ Mosler, Budgetierung 148.

¹² Mosler, Budgetierung 147.

¹³ Krejci, Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig? (1992) 31

¹⁴ Schrammel, Ausgewählte Probleme des ärztlichen Gesamtvertrages, in *Tomandl* (Hg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996) 79 (96).

¹⁵ *Mosler*, Budgetierung 154.

¹⁶ *Stöger*, Honorardeckelungen 9.

Rahmen sachlicher Rechtfertigungen von beiden Autoren im Zusammenhang mit Grundrechten diskutiert, da Gesamtverträge nicht lediglich an das Gesetz, sondern zudem auch an die Grundrechte gebunden sind¹⁷. Stöger ist hierbei der Ansicht, dass die Erwerbsfreiheit nach Art 6 I StGG in erster Linie zu prüfen sei, da Beeinträchtigungen in ökonomischer Hinsicht in Rede stehen¹⁸. Weiters verweist er auf die Notwendigkeit, dass neben den einschlägigen Grundrechten der Effizienzgrundsatz der Bundesverfassung für eine sachgerechte Beurteilung der Gesamtverträge heranzuziehen sei¹⁹. Hiernach gilt für die Sozialversicherungsträger, dass diese die ihnen zugewiesenen Aufgaben der öffentlichen Verwaltung grundsätzlich sparsam, wirtschaftlich und zweckmäßig zu besorgen²⁰ haben.

In diesem Zusammenhang wird auch die Präambel zu Art. 15 a-BVG rechtlich relevant sein. Diese Präambel formuliert die Ziele der Gesundheitspolitik. Hiernach wird die Absicht aufgezeigt, dass auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen sei. Hier wird insbesondere die Frage zu untersuchen sein, ob und inwieweit diese Präambel eine Herausforderung für die Gesamtvertragsparteien hinsichtlich ihrer Verbandsstruktur darstellt, um eine etwaige Globalbudgetierung sicherzustellen.

Das deutsche Vertragsarztsystem unterscheidet sich vom österreichischen Vertragsarztsystem im Wesentlichen aufgrund seiner Zweistufigkeit²¹. Kennzeichnend hierfür ist, dass zunächst jede Krankenkasse gemäß § 85 I SGB V²² auf Grundlage eines Gesamtvertrages mit befreiender Wirkung an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung zahlt²³. Bei dieser Zahlung handelt es sich um eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Sinne einer globalen Budgetierung, die das Ausgabenvolumen für die gesamte zu vergütende vertragsärztliche Leistung darstellt²⁴. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind dann nach § 84 IV SGB V für die Verteilung der individuellen Honorare zuständig. Diese individuelle Honorierung erfolgt nach § 85 SGB V im Wege des sogenannten einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt nach § 87 II SGB V den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Zudem obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 106 SGB V die Aufgabe die individuelle Honorierung auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit hin zu überprüfen. Diese sachliche und rechnerische Richtigkeit führt jedoch nicht selten zu Rechtsstreitigkeiten und soll daher auch im Rahmen der Dissertation untersucht werden.

¹⁷ Mosler, Budgetierung, 154; Schrammel, Probleme, 83 ff; Mosler in Strasser (Hg), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung 236 f.

¹⁸ Stöger, Honorardeckelungen 14, Kletter § 342, Sozialversicherungsrecht, 1064.

¹⁹ Stöger, Honorardeckelungen 11; VfSlg 17.023/2003.

²⁰ VfSlg 17.023/2003.

²¹ Mosler, Budgetierung 150.

²² 5. Deutsches Sozialgesetzbuch.

²³ Mosler, Budgetierung 150.

²⁴ Kiesel, Einblicke in das deutsche Vertragspartnersystem – eine Systembeschreibung auf Basis einer „Hospitation“ in der AOK Bayern (Teil 2), SoSi 2005, 25, 30.

Mosler stellt jedenfalls fest, dass die gesetzlichen Vorgaben in Deutschland wesentlich weitergehend seien als in Österreich²⁵. Fraglich ist hierbei, ob dies als rechtlicher und ökonomischer Vorteil zu werten ist.

In der deutschen Ärzteschaft wird nämlich die hier skizzierte Regelungsmaterie zum Teil heftig kritisiert. So bemängelt der deutsche Hartmannbund als Interessenvertreter der Ärzte die für Deutschland typische budgetierte Gesamtvergütung und plädiert für eine leistungsgerechte Vergütung der Ärzte. Die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen habe sich zudem von der Lohnentwicklung zu entkoppeln²⁶. Komplizierte Verteilungsmechanismen und eine steigende Regelungsdichte mache die ärztliche Tätigkeit unattraktiv²⁷.

Auch üben die Kassenärztlichen Vereinigungen Kritik an der budgetierten Gesamtvergütung. Der Hauptanknüpfungspunkt der Kritik liegt in unbezahlten Leistungen der Regelversorgung²⁸. Nach § 87 b II 1 SGB V sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. § 87 b III SGB V zeigt auf, dass die Werte für die Regelleistungsvolumina morbiditätsgewichtet und nach Arztgruppen und Versorgungsgraden differenziert sind. Nach Feststellungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überschreiten jedoch 92, 3 Prozent der Hausärzte ihr Regelleistungsvolumen, die Fachärzte betrifft dies in 79, 6 Prozent aller Fälle²⁹.

Hier wird der Frage nachzugehen sein, inwieweit der gesetzgeberische Zweck arztbezogener Bedarfsgerechtigkeit entgegensteht. Auch aus deutscher Sicht ist damit eine verfassungsrechtliche Prüfung notwendig, um die einfachgesetzlichen Regelungen auf ihre Vertretbarkeit hin zu überprüfen.

Weitere Stimmen kritisieren gar das deutsche korporatistische Vertragsärztesystem schlechthin und fordern seine Aufhebung in der bisherigen Form. Hier wird für eine alleinige Sachwalterrolle der Krankenkassen plädiert³⁰. Die Krankenkassen sollen dabei Vertragsfreiheit erhalten und die alleinige Entscheidungsgewalt darüber erhalten, mit welchen Leistungserbringern sie honorarrelevante Verträge abschließen.

II. Methodik

Resch³¹ zeigt auf, dass ein Rechtsvergleich zwischen Österreich und Deutschland seinen Reiz darin findet, dass die Rechtsordnungen beider Länder in historischer

²⁵ Mosler, Budgetierung 150.

²⁶ Hartmannbund, Finanzierung des Gesundheitswesens, <http://www.hartmannbund.de/de/wir-ueber-uns/der-hartmannbund/positionen/finanzierung-des-gesundheitswesens> (09.11.2010)

²⁷ Ebenda

²⁸ „Zwei Drittel der Praxen legen beim Umsatz zu – aber 40 Millionen stammen aus Rückstellungen“, KVNO (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein) aktuell 8 (2009), 1, 5.

²⁹ KVNO, 8 (2009), 5.

³⁰ Felder, Ökonomie des Gesundheitswesens: Genese und Optimierung, APuZ 45 (2010), 12, 16.

³¹ Resch, Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich in Jabornegg u.a. (Hg), Ökonomie und Krankenversicherung (2001) 15, 18.

Hinsicht auf identischer Grundlage basieren. Diese Grundlage findet sich insbesondere in § 182 II RVO, wonach die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Für Deutschland ist hier festzustellen, dass dieser Grundsatz in § 12 I SGB V manifestiert ist. § 12 I 2 SGB V zeigt zudem auf, dass die Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, von den Versicherten nicht beansprucht werden und die Leistungserbringer derartige Leistungen nicht bewirken dürfen. Weiters dürfen die Krankenkassen derartige Leistungen nicht bewilligen.

Die Materialien der RVO werden damit im Rahmen der methodischen Analyse heranzuziehen sein. Zur Beantwortung der aufgezeigten zentralen Fragestellungen werden die in Betracht kommenden Rechtsquellen sowie die von den jeweiligen Parlamenten gefertigten Entwürfe veranschaulicht und rechtlich bewertet. Ökonomische und damit ausserrechtliche Argumentationen³² werden auch eine entscheidende Rolle spielen. Die relevante Rechtsprechung und Literatur werden hier neben den bekannten Auslegungsregeln maßgeblich sein.

Dem Verfasser ist bewusst, dass ein im Rahmen des skizzierten Prüfungsgegenstandes geführter Rechtsvergleich nur dann konstruktiv ist, wenn die länderspezifischen sozialpolitischen Bedingungen beachtet werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Vertragsarztsysteme in Deutschland und Österreich recht verschieden sind³³. Gleichwohl wird der Versuch unternommen gemeinsame Herausforderungen für beide Länder zu konzipieren.

III. Geplante Gliederung

Vorwort

1. Einleitung
 - 1.1. Beschreibung des Dissertationsgegenstandes
 - 1.2. Angewandte Methoden
 - 1.3. Gegenwärtiger Stand der Forschung
 - 1.4. Forschungsfragen und Hypothese
2. Gemeinsamkeiten beider Länder
 - 2.1. RVO, Grundlage beider Länder
 - 2.2. Voraussetzungen ökonomischer und rechtlicher Stabilität im Gesundheitswesen
 - 2.3. Bewertung
3. Rechtliche Rahmenbedingen beider Länder
 - 3.1. Vertragsarztssystem Österreich
 - 3.1.1. einfachgesetzliche Voraussetzungen
 - 3.1.2. verfassungsrechtliche Überprüfung
 - 3.2. Vertragsarztssystem Deutschland
 - 3.1.1. einfachgesetzliche Voraussetzungen

³² Vgl. *Kramer*, Juristische Methodenlehre (2010) 255.

³³ *Mosler*, Budgetierung 150.

- 3.1.2. verfassungsrechtliche Überprüfung
- 3.3. Analyse und Bewertung
- 4. rechtliche Herausforderungen beider Länder
 - 4.1. Art. 15 a B-VG Vereinbarung
 - 4.2. korporatistische Struktur Deutschlands
 - 4.3. Bewertung
- 5. Zusammenfassung

IV. Zeitplan

- A. Themenaufbereitung, Erstellung des Exposés, Absolvierung der LV der Studieneingangsphase (Oktober 2010 – Juni 2011)
- B. Exposé und Einreichung des Antrags auf Genehmigung des Dissertationsvorhabens beim zuständigen studienrechtlichen Organ: Juni 2011
- C. Abfassen der Dissertation (Juni 2011 – Februar 2013)
- D. Überarbeitung der Dissertation (März 2013 – September 2013)
- E. Öffentliche Defensio (angestrebt im Herbst 2013)

V. Vorläufiges Literaturverzeichnis

- Adamovic/Funk*, Österreichisches Verfassungsrecht (1985).
- Adamovich/Funk/Holzinger*, Österreichisches Staatsrecht Band 3.
- Grundrechte (2003): *Adamovich/Funk/Holzinger*, Grundrechte.
- Brodil/Windisch-Graetz*, Sozialrecht in Grundzügen, 5. Aufl. (2005): *Brodil/Windisch-Graetz*, Sozialrecht.
- Dragaschnig/Souhrada*, Schiedskommissionen und Vertragspartnerrecht. in der österreichischen Sozialversicherung (1983): *Dragaschnig* Schiedskommissionen
- Felder*, Ökonomie des Gesundheitswesens. Genese und Optimierung, APuZ 45/2010, 12: *Felder*, Ökonomie.
- Fink/Grömmner/Oberhofer*, Honorarkürzungsregelungen in ärztlichen Gesamtverträgen (1996): *Fink/Grömmner/Oberhofer*, Honorarkürzung.
- Flemmich/Ivansits*, Einführung in das Gesundheitsrecht und in die Gesundheitsökonomie (1994): *Flemmich/Ivansits*, Gesundheitsökonomie.
- Geppert (Hg)*, Sozialversicherung in der Praxis (2004): *Geppert*, Praxis
- Geppert*, Die Entscheidung von Einzel- und Gesamtstreitigkeiten im Vertragspartnerrecht der Sozialversicherung, DRdA 1987, 177: *Geppert*, Vertragspartnerrecht.
- Grillberger*, Österreichisches Sozialrecht, 7. Aufl. (2008): *Grillberger*, Österreichisches Sozialrecht.
- Günther*, Verfassung und Sozialversicherung (1994).
- Hänlein*, Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Die Entwicklung der BRD bis 1999, in *Jabornegg u.a. (Hg)*, Ökonomie und Krankenversicherung (2001): *Hänlein*, Steuerungsmittel.
- Jabornegg/Resch/Seewald (Hg)*, Der Vertragsarzt (1999).
- Jabornegg/Resch/Seewald (Hg)*, Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (2000): *Jabornegg*, Wettbewerb.
- Jabornegg/Resch/Seewald (Hg)*, Sozialversicherung im Umbruch. Hat die Selbstverwaltung Zukunft? (2005): *Jabornegg*, Zukunft?.

- Kiesl*, Neue Zusammenarbeitsformen und Honorierungsmodelle als Mittel zur Kostensenkung, in Jabornegg u.a. (Hg), *Ökonomie und Krankenversicherung* (2001): *Kiesl*, Zusammenarbeit.
- Kiesl*, Ärztliche Gruppenpraxis mit pauschalen Honorierungssystem, *SoSi* 2001, 254: *Kiesl*, Honorierungssystem.
- Kiesl*, Einblicke in das deutsche Vertragspartnersystem – eine Systembeschreibung auf Basis einer „Hospitation“ in der AOK Bayern (Teil 2). *SoSi* 25ff.: *Kiesl*, AOK Bayern.
- Kletter*, Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der österreichischen Krankenversicherung, in *Pfeil*, *Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruches in der gesetzlichen Krankenversicherung*: *Kletter*, *Wirtschaftssteuerung*.
- Kneihs/Lienbacher/Runggaldier*, *Wirtschaftssteuerung durch Sozialversicherung?* (2005): *Kneihs*, *Wirtschaftssteuerung*.
- Krejci*, *Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig?* (1992): *Krejci*, *Honorarordnungen*.
- Krejci*, *Das Sozialversicherungsverhältnis* (1977): *Krejci*, *Sozialversicherungsverhältnis*.
- Krejci*, *Probleme des individuellen Kassenvertrages*, *ZAS* 1989, 109: *Krejci*, *Probleme*.
- Krejci*, *Über unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte*, *VR* 1991, 145: *Krejci*, *Honorarordnungen*.
- Krejci*, *Kassenärzte: Honorarordnungen rechts – und sittenwidrig?* (1992): *Krejci*, *Kassenärzte*.
- Krejci*, *Untergang der Kassenärzte? Wie man Laborärzte durch Honorarkürzungen wegrationalisiert* (1998): *Krejci*, *Untergang*.
- Ladurner*, *Anreizmechanismen, Honorierungssysteme*, Kapitel 2: *Österreichischer Teil* (2006): *Ladurner*, *Honorierungssysteme*.
- Marhold*, *Der Behandlungsanspruch des sozialversicherten Patienten*, in *Schrammel* (Hg), *Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung* (1992): *Marhold*, *Behandlungsanspruch*.
- Marhold*, *Ökonomiegebot und Arzthaftung*, *ZAS* 1997, 97: *Marhold*, *Ökonomiegebot*.
- Mayer*, *Das österreichische Bundes-Verfassungsrecht* (2007): *Mayer*, *B-VG*.
- Marhold*, *Honorierung von Kassenärzten nach österreichischen Recht*, *FS Gittter* (1995), 541: *Marhold*, *Honorierung*.
- Marhold*, *Der Behandlungsanspruch des sozialversicherten Patienten*, in *Schrammel* (Hg), *Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung* (1992), 1: *Marhold*, *Behandlungsanspruch*.
- Mazal*, *Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung* (1992): *Mazal*, *Krankheitsbegriff*.
- Mazal*, *Gesundheitsreform – Kooperation kraft Vereinbarung?* *ZAS* 2005, 100: *Mazal*, *Gesundheitsreform*.
- Mosler*, *Rechtsfolgen unwirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vertragsärzte*, *ZAS* 2000, 7: *Mosler*, *Rechtsfolgen*.
- Mosler*, *Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Rechtslage in Österreich*, in Jabornegg u.a. (Hg), *Ökonomie und Krankenversicherung* (2001): *Mosler*, *Budgetierung*.
- Muckel*, *Sozialrecht* (2007).
- Neudeck*, in *Holzmann* (Hg), *Ökonomische Analyse der Sozialversicherung* 137ff.: *Neudeck*, *Analyse*.
- Niesel* (Hg), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, *SGB I – SGB XI*, Loseblatt, *Autor* in *Niesel*, *Sozialversicherungsrecht*.
- Öhlinger*, *Verfassungsrecht* (2007).
- Orlowski*, *Budgetierung der ärztlichen Eigen- und Folgekosten als Steuerungsmittel – Das deutsche Gesundheitsreformgesetz*: *Orlowski*, *Steuerungsmittel*.

- Peters (Hg)*, Handbuch der Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung, 2 Bände, Kommentar zum SGB V und SGB XI, Loseblatt: *Peters*, Krankenversicherung.
- Raschauer*, Allgemeines Verwaltungsrecht (2003).
- Raschauer*, Die Bedeutung der Erwerbsfreiheit für das Sozialversicherungsrecht, in Tomandl, Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungsrechts (1989): *Raschauer*, Erwerbsfreiheit.
- Rebhahn*, Probleme der Normsetzung durch die und in der Sozialversicherung, in Tomandl/Schrammel (Hg), Sozialversicherungsträger und Hauptverband (2005), 67: *Rebhahn* Normsetzung.
- Resch*, Krankenbehandlung und Ökonomiegebot in Österreich, in Jabornegg u.a. (Hg), Ökonomie und Krankenversicherung (2001): *Resch*, Ökonomie.
- Resch*, Die Auswahl der Vertragspartner durch den Versicherungsträger in Österreich, in Jabornegg/Resch/Seewald, Der Vertragsarzt im Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischer Steuerung und Freiheit der Berufsausübung (1999); *Resch*, Der Vertragsarzt.
- Rill/Schäffer*, Kommentar Bundesverfassungsrecht (2001): *Rill/Schäffer*, B-VG.
- Ruth Schimmelpfeng-Schütte*, Krankenbehandlung und Ökonomie, in Jabornegg u.a. (Hg), Ökonomie und Krankenversicherung (2001): *Schimmelpfeng-Schütte*, Krankenbehandlung.
- Schneider*, Das Streitschlichtungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenkassen, in Kneih. Wirtschaftssteuerung, 285: *Schneider*, Streitschlichtungsverfahren.
- Schrammel*, Ausgewählte Probleme des ärztlichen Gesamtvertrages, in Tomandl (Hg), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996), 79: *Schrammel*, Probleme.
- Schrammel*, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruchs durch Vertragspartnerrechts?, ZAS 1986, 145: *Schrammel*, Veränderungen.
- Stellamor/Steiner*, Handbuch des österreichischen Arztrechts (1999): *Stellamor/Steiner*, Handbuch Arztrecht.
- Teschner/Widlar/Pöltner*, Allgemeine Sozialversicherung ASVG: *Teschner, Widlar, Pöltner*, ASVG.
- Stöger*, Überlegungen zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Honorardeckelungen in ärztlichen Gesamtverträgen, SoSi 2009, 8: *Stöger*, Honorardeckelungen.
- Strasser (Hg)*, Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995): *Autor* in Strasser, Arzt.
- Tomandl*, Grundriss des österreichischen Sozialrechts.
- Tomandl (Hg)*, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts: *Autor*, in Tomandl, System.
- Tomandl*, Rechtsnatur und Rechtswirkungen des ärztlichen Gesamtvertrages im Sinne des ASVG, in Mayer-Maly et al (Hg), FS Schmitz II (1967), 478: *Tomandl*, Rechtsnatur.
- Tomandl*. Die Sachleistungserbringung in der Krankenversicherung auf Grund der Gesundheitsreform, ZAS 2005, 106: *Tomandl*, Gesundheitsreform.
- Tomandl (Hg)*, Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungsrechts (1989): *Tomandl*, Verfassung.
- Walter/Mayer*, Grundriss des österreichischen Bundesverfassungsrechts (2007)
- Waltermann*, Sozialrecht (2006)

VI. Benötigte Ressourcen

- A. Nutzung des Bestandes der Universitätsbibliothek Wien
 - Literatur
 - Judikatur
- B. Internetzugang für die Online-Recherche
- C. Inanspruchnahme juristischer Datenbanken