

*Mag. Nick Herdega, MSc  
Ärztchammer für Oberösterreich, Projektbereich*

*Mag. Kerstin Garbeis  
Ärztchammer für Oberösterreich, Projektbereich*

# Prozess „Moderne Medizin“

1. Ausgangslage – Kassenfreier Raum	62
2. Weitere Entwicklung in OÖ	63
3. Der Prozess „Moderne Medizin“ im Detail	64
4. Fazit	69

*Die Anerkennung des kassenfreien Raumes durch die Gerichte und Schiedsinstanzen hat die Notwendigkeit der raschen Aufnahme von neuen medizinischen Verfahren in den Leistungskatalog der Kassenverträge verdeutlicht. In OÖ wurde dabei ein von Ärztkammer und OÖGKK gemeinsam entwickeltes dynamisches Verfahren geschaffen, das die rasche Aufnahme derartiger neuer Leistungen sicherstellt. Der folgende Beitrag soll sowohl die Entstehungsgeschichte als auch die konkrete Ausgestaltung dieses Verfahrens überblicksweise darstellen.*

# 1. Ausgangslage – Kassenfreier Raum

Während der Anspruch des Versicherten auf Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung gegenüber dem sozialen Krankenversicherungsträger gesetzlich geregelt ist, werden die ärztlichen Honorarverträge als Teil der Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband – mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers – und der jeweils zuständigen Ärztekammer als privatrechtliche Verträge sozialpartnerschaftlich vereinbart. Dabei finden naturgemäß nur jene Leistungen Aufnahme in den Honorarkatalog, über die hinsichtlich Erbringung und Honorierung Konsens gefunden wird. Daraus ergeben sich zwei wesentliche Konsequenzen: Einerseits hinken in der Regel die Honorarkataloge der medizinischen Entwicklung immer hinterher. Treten daher neue medizinische Leistungsmethoden auf und werden State of the Art, dann dauert es naturgemäß einige Zeit, bis diese auf dem Verhandlungswege im Honorarkatalog Eingang finden. Andererseits kann es aufgrund der Privatautonomie beider Vertragsparteien auch sein, dass es zu bestimmten Leistungen gar keinen Konsens gibt, sei es, weil die von den Leistungserbringern angestrebte Honorierung von den Kassen abgelehnt wird, sei es, dass im Rahmen der Leistungserbringung vom Krankenversicherungsträger Rahmenbedingungen angeboten werden, die von den Leistungserbringern nicht akzeptiert werden. Dann finden diese Leistungen, obwohl an sich medizinisch sinnvoll und dem aktuellen Stand der Medizin entsprechend, (vorerst) keinen Eingang in die Honorarordnung, stellen jedoch andererseits einen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Kasse dar, die bspw. bei Erbringung dieser Leistung durch den Wahlarzt entsprechend rückerstattungspflichtig wird.

Diese Diskrepanz zwischen dem gesetzlich vorgegebenen Anspruch auf Krankenbehandlung einerseits und der (möglichen) Unvollständigkeit der Honorarkataloge andererseits – also die Schwierigkeit, alle Leistungen, die dem gesetzlichen Anspruch zugehörig sind, auch zu beinhalten – wurde seit Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts unter dem Schlagwort „kassenfreier Raum“ sowohl in der einschlägigen Rechtsliteratur als auch zwischen Sozialversicherung und ärztlicher Standesvertretung vehement diskutiert. Dabei ging es vor allem auch um die Frage der Konsequenzen des kassenfreien Raumes, wobei – vereinfacht dargestellt – zwei Ansichten vertreten wurden: Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger waren der Ansicht, dass die Honorarordnung abschließend zu verstehen ist, also eine Verrechnung von Leistungen, die darin nicht vorkommen, weder gegenüber dem Krankenversicherungsträger noch gegenüber dem Versicherten (als

Privatleistung) verrechenbar ist, sondern quasi in den Grundleistungsvergütungen bereits enthalten ist. Die ärztliche Standesvertretung war hingegen der Ansicht, dass Leistungen im kassenfreien Raum vom Arzt dem Patienten privat in Rechnung gestellt werden können, der Versicherte aber einen Anspruch gegenüber seinem Krankenversicherungsträger auf Kostenrückerstattung hat. Die in der Folge mit dieser Frage befassten Schiedsinstanzen (vgl. vor allem BSK SSV-NF 7/A 7) und Gerichte (z.B. OGH SSV-NF 8/33) gaben der letzteren Ansicht recht und bejahten entsprechende Privathonorierungsansprüche der Ärzte und Kostenrückerstattungsansprüche der Versicherten gegenüber ihrer Kasse, wenn es sich um Leistungen handelt, die in ihrer Art und ihrem Umfang über Grundleistungsvergütungen hinausgehen. Die Höhe des Rückerstattungsanspruches hat sich an Tarifen vergleichbarer Vertragspartner zu orientieren, bei Fehlen solcher sind marktkonforme Tarife heranzuziehen. Allerdings hielten diese Entscheidungen auch klar fest, dass im Gesamtvertrag auch andere Lösungen getroffen werden können, daher die konkrete Ausgestaltung des kassenfreien Raumes der Disposition der Gesamtvertragsparteien unterworfen ist und diese daher bspw. auch einen Privathonorierungsanspruch des Arztes zur Gänze ausschließen können.

## 2. Weitere Entwicklung in OÖ

Die Klarstellung der Rechtslage rund um den kassenfreien Raum wurde naturgemäß auch in OÖ von der Ärzteschaft grundsätzlich begrüßt. Die Forcierung dieses Bereiches durch die ärztliche Standesvertretung fand zwar unter den Mitgliedern generelle Zustimmung, gleichzeitig wurde jedoch von vielen Ärzten auch aus sozialpolitischen Gründen der ausschließliche Weg über die Verrechnung von Privathonoraren durchaus kritisch gesehen. Viele Fachgruppen waren der Ansicht, dass es sinnvoller sei, derartige Leistungen rascher als bisher in den mit der Kasse zu vereinbarenden Honorarkatalog aufzunehmen und damit sicherzustellen, dass diese Leistung allen Versicherten, ohne Rücksicht auf deren finanzielle Situation, auf Kosten der Krankenversicherungsträger zugutkommen. Die OÖGKK hatte ihrerseits ebenfalls die Sorge, dass auf lange Sicht der Honorarkatalog durch Nichtaufnahme moderner medizinischer Leistungen ausgehöhlt werden könnte und die Kasse nur mehr für Basisleistungen und veraltete Leistungsspektren Versorgung bietet. Da – wie oben dargestellt – für die Vertragspartner ein rechtlicher Regelungsspielraum gegeben war, wurde in der Folge daher in Verhandlungen zwischen Ärztekammer und OÖGKK versucht, eine Regelung im Gesamtvertrag

zu treffen, die allen Interessen größtmöglich Rechnung trägt und die Versorgung der Versicherten verbessert. Dazu wurde nicht nur der „Prozess Moderne Medizin“ im Gesamtvertrag verankert, sondern von Beginn an auch stark genützt und gelebt.

Bereits im 21. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag im Jahre 2000 wurden dazu die entscheidenden Weichen gestellt, die dann in weiteren gesamtvertraglichen Vereinbarungen näher präzisiert wurden und einem ständigen Verbesserungsprozess anhand der praktischen Erfahrungen unterliegen.

## 3. Der Prozess „Moderne Medizin“ im Detail

### 3.1. Grundsätze

Grundpfeiler des Prozesses Moderne Medizin ist die Übereinkunft, dass grundsätzlich Leistungen, die wissenschaftlich erprobt sind und in der freien Praxis in hoher Qualität auch angeboten werden können, auf Antrag einer der beiden Gesamtvertragsparteien zwingend in den Honorarkatalog aufzunehmen sind. Dies setzt naturgemäß auch die Festlegung eines entsprechenden Tarifs für diese Leistungen voraus. Da die Alternative zu dieser Vorgehensweise die private Verrechnung mit dem Patienten war, kam für die ärztliche Standesvertretung nur die Festlegung dieses Tarifes aufgrund einer objektiven betriebswirtschaftlichen Kalkulation in Frage, die von der Kasse auch nicht mit dem Hinweis auf vergleichbare niedrigere Tarife bei anderen Leistungsanbietern oder in anderen Bundesländern konterkariert werden kann. Im Gegenzug wurde die private Inanspruchnahme eines Vertragsarztes für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen – also dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Kasse zugehörig sind –, gesamtvertraglich ausgeschlossen. Die Kasse hat damit erreicht, dass die Vertragsärzteschaft weiterhin ihr Hauptaugenmerk auf die Weiterentwicklung des Kassenvertrages und seiner Honorarordnung richtet, die Ärzte haben damit eine von Verhandlungstaktiken unabhängige und objektiv betriebswirtschaftliche Tarifierung derartiger Leistungen erhalten, also die Zusage, dass sie zwar das Honorar nicht privat vom Patienten erhalten, dafür jedoch faktisch dasselbe Honorar gegenüber der Kasse durchsetzen können.

Eine private Verrechnung mit dem Patienten ist aber dann möglich, wenn die erbrachte Leistung keine Krankenbehandlung darstellt (z.B. Führerscheinuntersuchungen, rein prophylaktische Leistungen, ...), es sich um komplementärmedizinische – also wissenschaftlich nicht erprobte – Leistungen handelt oder der Patient von sich aus eine Privatbehandlung und damit Aufgabe seines Sachleistungsanspruches wünscht.

### **3.2. Voraussetzungen für die Aufnahme einer Leistung in den Honorarkatalog**

Grundsätzlich wurde das Antragsprinzip vereinbart, daher ist die Aufnahme einer Leistung nur möglich, wenn diese vorher schriftlich von einer der beiden Gesamtvertragsparteien beantragt wird. In der Praxis hat sich herauskristallisiert, dass bei vielen Leistungen eine Diskussion über Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Aufnahme in das Schema Moderne Medizin von den jeweiligen Ärzten in den Fachgruppen geführt wird, ehe in der Regel durch den Fachgruppenvertreter der entsprechende Antrag gestellt wird. Die Diskussion in der Fachgruppe ist dabei wichtig, da es einerseits um die Frage der medizinischen Sinnhaftigkeit und wissenschaftlichen Erprobtheit der neuen Leistung geht, die wohl am besten durch die Fachärzte des betreffenden Faches selbst feststellbar ist, und andererseits naturgemäß ein Interesse der Fachgruppe bestehen muss, Leistungen einzuführen, die von einer möglichst großen Anzahl von Fachärzten des betreffenden Sonderfaches und nicht nur von ganz wenigen Einzelärzten erbracht werden bzw. überhaupt erbracht werden können. Die Fachgruppe stellt daher auch ein Korrektiv für eventuell überbordende Einzelinteressen ohne entscheidende Versorgungswirksamkeit dar.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die aufzunehmende Leistung nicht bereits durch die Grundleistungsvergütung abgedeckt ist, weil nur über diese hinausgehende Leistungen auch im kassenfreien Raum privat verrechenbar wären. In der Praxis spielte dies bislang keine Rolle, da nur darüber hinausgehende Leistungen beantragt wurden. Gleiches gilt für Leistungen, die bereits in der Honorarordnung enthalten sind. Ist eine Leistung nur für Fachärzte eines bestimmten Faches abrechenbar, dann kann die generelle Verrechenbarkeit durch Fachärzte anderer Fächer nur im Rahmen der Honorarverhandlungen, nicht jedoch über den Prozess Moderne Medizin erreicht werden.

Eine neue Leistung kann – wie bereits oben dargestellt – im Rahmen des Prozesses Moderne Medizin auch nur aufgenommen werden, wenn die Kasse hierfür grundsätzlich leistungszuständig ist, es sich also um „Krankenbehandlung“ handelt.

Als zusätzliches Kriterium für die Aufnahme von Leistungen über den Prozess Moderne Medizin wurde vereinbart, dass die Erbringung im extramuralen Bereich auch sinnvoll sein muss. Dies ist bspw. dann nicht gegeben, wenn die Leistung im Großgeräteplan enthalten ist, wenn die Leistung so aufwendig ist, dass sie in der freien Praxis nicht erbringbar ist oder die Leistung aufgrund der medizinisch indizierten Patientenfrequenzen betriebswirtschaftlich im Vergleich zu den Tarifen bei anderen Anbietern erbringbar ist, wobei aber geringe Mehrkosten durch eine Verbesserung der Nahversorgung zu akzeptieren sind. In der Praxis hat sich gerade das letzte Kriterium aber als schwer objektivierbar und abwägbar herausgestellt. Zum einen war öfters die Frage der zu erwartenden Gesamtfrequenzen nicht wirklich seriös abschätzbar, weil nicht erkennbar war, wie viele niedergelassene Fachärzte diese Leistungen dann tatsächlich anbieten werden, ob die Leistung in der Folge in den Spitälern weiterhin angeboten wird oder aufgrund des (zusätzlichen) Anbots in der freien Praxis eingestellt wird, alles Fragen, die für das Abschätzen einer gesamtökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung entscheidend sind. Zum anderen ist es schwierig zu beurteilen, wie viel an Mehrkosten tragbar ist, wenn statt der bisherigen Erbringung an nur wenigen Standorten einzelner Spitäler die Leistung nun wohnortnäher und flächendeckender von bspw. zehn niedergelassenen Fachärzten erbracht wird. Die „gesamtökonomische Sinnhaftigkeit“ einer Leistung in Abwägung zu den Mehrkosten bei wohnortnaher Medizin beim niedergelassenen Vertrauensarzt war schwierig zu klären.

Um nicht durch diesen Punkt bei einzelnen Leistungsanträgen in massiven Zeitverlust oder zu unsachgemäßen Ablehnungen zu gelangen, soll dieser Problembereich hinkünftig dadurch gelöst werden, dass aufgrund der Erfahrungen der Vorjahre eine realistische Gesamtdotation zwischen den Gesamtvertragsparteien vorweg vereinbart wird, mit dem neue, über den Prozess Moderne Medizin aufgenommene Leistungen finanziert werden. Diese Vorgehensweise bewirkt, dass die Frage der ökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung nicht mehr zwischen den Gesamtvertragsparteien zu diskutieren ist, sondern massiv auf die Ebene der ärztlichen Standesvertretung verlagert wird, da nunmehr die Fachgruppenwünsche, wenn diese die obige Gesamtdotation eines Jahres übersteigen würden, nicht alle befriedigbar wären, sondern in einem interkammeralen Verfahren festgelegt werden müsste, welche Leistungen sofort zum Zug kommen und welche auf das nächste Jahr verlagert werden. Bei dieser Entscheidung spielen dann naturgemäß auch Überlegungen zur gesamtökonomischen Sinnhaftigkeit einer Leistung neben anderen Faktoren (wie bspw. Versorgungswirksamkeit, Notwendigkeit der Flächendeckung einer Leistung etc.) eine Rolle. Diese Änderung des Prozesses befindet sich zwischen den Gesamtvertragsparteien gerade in der Finalisierungsphase. Dies wird den Prozess Moderne Medizin nochmals massiv beschleunigen.

### 3.3. Tarifierung der Leistung

Die Alternative zum Prozess Moderne Medizin ist – wie oben bereits dargestellt – die private Verrechnung gegenüber dem Patienten. Die Tarifierung der Leistungen hat sich daher nach einem vorweg festgelegten – damit auch von „Spargedanken“ der Kasse unbeeinflussbaren Überlegungen – objektiven und transparenten betriebswirtschaftlichen Kalkulationsverfahren zu errechnen. Es wurde daher eine Matrix vereinbart, die zur Tarifierung herangezogen wird, anhand der betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten befüllt wird und in der Folge nach einem fix vorgegebenen mathematischen Schema den Tarif errechnet. Grundgedanke ist, dass der Tarif daher nicht (wie bei Honorarverhandlungen üblich und notwendig) im Konsens festgelegt wird, sondern ausschließlich nach vorgegebenen betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten mathematisch ermittelt wird und Diskussionen über die Tarifhöhe damit obsolet sind. Naturgemäß stellt daher diese fixe Kalkulationsmatrix einen wesentlichen Grundpfeiler des Prozesses Moderne Medizin dar.

Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen, hier die Einzelheiten der Berechnung darzustellen. Das Kalkulationsschema berücksichtigt naturgemäß entsprechende Sachkosten (fixe und variable Kosten), die mit der beantragten Leistung einhergehen. Diese werden in aller Regel vom Antragsteller im Antrag dargestellt. Gleiches gilt für anteilige Raumkosten, auch entsprechende Leistungsfrequenzen bei den kleinen Kassen (sofern diese Leistung dort verrechenbar ist) werden bei den Fixkosten einkalkuliert. Bei Leistungen, die nicht nur aus Gründen der Krankenbehandlung, sondern mit relevanten Frequenzen auch zu anderen Zwecken erbracht werden können (z.B. sportmedizinische Untersuchungen zur Leistungsverbesserung, ...), wird auch ein entsprechender Anteil bei den Fixkosten tarifmindernd mitkalkuliert. Einen wesentlichen Faktor stellen ebenso die Personalkosten dar, die mit der beantragten Leistung im Zusammenhang stehen. Entscheidend dabei ist der jeweilige zeitliche Aufwand, der mit der Erbringung verbunden ist. Dabei wird im Kalkulationsschema nicht nur der zeitliche Aufwand für den Arzt, sondern auch derjenige der Mitarbeiter mitberücksichtigt. Dabei wurden vorweg konkrete Werte für die Stundensätze von Ärzten und Mitarbeitergruppen (unterschiedlich nach deren Qualifikation) festgelegt, die jährlich nach einem vereinbarten Index auch valorisiert werden.

Limitierungen aus rein ökonomischen Überlegungen sind ausgeschlossen, Leistungen über diesen Prozess können lediglich medizinisch begründbaren Limitierungen unterworfen werden. Der Antragsteller gibt daher bei Antragstellung an, in welcher Bandbreite, gemessen an der Gesamtleistung, die entsprechende Leistung typischerweise anfallen wird. Zur Limitierung der Leistung kann nur der obere Wert der Limitierung herangezogen werden.

Aus Gründen der Qualitätssicherung können für Leistungen auch Geräte- oder spezielle Ausbildungsvoraussetzungen vereinbart werden.

Keine Rolle bei der Errechnung des Tarifes spielen daher insbesondere Tarifierungen von gleichen oder vergleichbaren Leistungen in anderen Bundesländern, da das Schema eine Tariffestlegung zu einem objektiv betriebswirtschaftlichen Tarif garantiert.

### 3.4. Ablauf nach Antragstellung

Um Verzögerungen bei der Einführung neuer Leistungen über den Prozess hintanzuhalten, wurden zwischen den Gesamtvertragsparteien auch stringente Fristvorgaben für den gesamten Ablauf festgelegt. Die Antragstellung seitens einer Fachgruppe erfolgt in aller Regel über vorgegebene Formulare, die eine Berücksichtigung aller zur Entscheidung notwendigen Angaben garantieren. Der Antrag inklusive aller Unterlagen wird bei Kammer und Kasse eingereicht, wobei meist im Vorfeld schon entsprechende Vorgespräche mit der Fachgruppe zur Klärung bestimmter Vorgaben erfolgt sind. Kasse und Kammer haben in der Folge vier Wochen Zeit, um zu den Angaben Stellung zu nehmen, Unterlagen nachzufordern, Unstimmigkeiten aufzuklären, offene Fragen anzusprechen. Falls in der Folge keine Differenzen zwischen Kammer und Kasse bestehen, wird die Leistung eingeführt und die betroffenen Ärzte werden per Informationsschreiben darüber informiert. Bei Differenzen wird versucht, diese auf Büroebene bzw. unter Beziehung des Fachgruppenvertreters für medizinische Fragestellungen beizulegen. Gelingt dies nicht, ist der sog. Kalkulationsausschuss (gemischte Besetzung mit Funktionären und Büromitarbeitern) einzuberufen, der mit paritätischer Stimmgewichtung zwischen Kammer und Kasse eine Einigung zu treffen versucht. Würde es auch dabei zu keiner Einigung kommen, ist für die strittige(n) Frage(n) ein Sachverständiger zu bestellen, der dies abklärt. Die Kasse kann zwar auch dann eine Leistung noch immer ablehnen, allerdings kann die Ärztekammer den gesamten gesamtvertraglich vereinbarten Prozess Moderne Medizin in toto kündigen, wenn die Kasse von diesem Recht mehr als dreimal in zwei Jahren Gebrauch macht. Dies würde automatisch dazu führen, dass die private Verrechnungsmöglichkeit für Leistungen im kassenfreien Raum auflebt, was den Intentionen der Kasse massiv zuwiderlaufen würde und daher eine wirksame Sanktionsmöglichkeit für Ablehnungen entgegen den sachlichen Gegebenheiten darstellt.



Mit diesen Vorgaben ist daher ein möglichst rascher Ablauf des Verfahrens garantiert, bei Streitigkeiten wird in jedem Fall eine Entscheidung getroffen und es kann keine Seite den Prozess einseitig blockieren. In der Praxis war dieses Verfahren bislang nicht notwendig, es konnte bereits im Vorfeld bzw. auf Büroebe Ebene Einvernehmen herbeigeführt werden.

## 4. Fazit

Seit Schaffung des Prozesses Moderne Medizin wurden über diesen Prozess 19 neue Leistungen in die Honorarordnung aufgenommen. Es handelt sich dabei um Leistungen aus verschiedensten Fachgruppen und auch mit sehr unterschiedlichem Leistungsvolumen, teilweise ist es damit auch gelungen, Leistungen aus dem Spital in den extramuralen Versorgungsbereich zu transferieren. Das kumulierte Gesamtvolumen dieser Leistungen beträgt mittlerweile mehrere Millionen Euro. In zwei Fällen hat die Kasse bisher eine Leistung endgültig abgelehnt. Der Prozess wurde anhand der praktischen Erfahrungen mehrmals in Details verbessert, insbesondere zur Beschleunigung des Zeitlaufs. Die Klärung des Umganges mit der Frage der „gesamtwirtschaftlichen Sinnhaftigkeit“ ist zum Zeitpunkt dieses Artikels in der Finalisierungsphase und wird einen wesentlichen Beschleunigungsschub bewirken. Es hat sich auch gezeigt, dass die Phase bis zur eigentlichen Antragstellung doch auch einige Zeit in Anspruch nimmt, da die Abklärung innerhalb der Fachgruppe Diskussions- und Entscheidungszeit braucht und dafür oftmals bereits Details für das Kalkulationsschema mitzuüberlegen sind.

Der Prozess Moderne Medizin hat sich bewährt, weil er die Interessenslagen aller Beteiligten wirksam berücksichtigt. Das Interesse der Kasse liegt dabei vor allem darin, dass es keinen Bedarf nach einem kassenfreien Raum für schulmedizinische Leistungen gibt. Für die Ärzteschaft besteht der Vorteil vor allem darin, dass neue, medizinisch sinnvolle und erprobte Leistungen zu einem objektiv betriebswirtschaftlich kalkulierten Tarif ohne ökonomische Limitierungen in die Honorarordnung auf Antrag zwingend aufgenommen werden. Vor allem aber profitiert der Patient von dieser Vorgehensweise, der neue moderne medizinische Leistungen wohnortnah vom Arzt seines Vertrauens und als Sachleistung ohne Rücksicht auf seine ökonomische Situation in Anspruch nehmen kann.