

Praxiskliniken und ihre Rolle bei der Krankenhausreform

Definition: In Deutschland gibt es seit mehr als 20 Jahren Praxiskliniken. Unter dem Begriff Praxisklinik werden die Kliniken verstanden, die in privater Trägerschaft sind und ambulante und stationäre operative Eingriffe durchführen. Ein einheitliches Modell, wie diese Kliniken organisiert sind, existiert nicht. Vielfach wird die ärztliche Leistung durch niedergelassene Fachärzte erbracht. Diese Praxiskliniken haben keine Zulassung nach §108 SGB V, sondern verfügen über eine Zulassung nach §30 GewO.

Strukturelle Vorteile: Praxiskliniken sind auf ambulante und kurzstationäre Operationen spezialisiert und haben ihren festen Platz in der medizinischen Versorgung der Patienten. Die Vorteile für die Patienten liegen auf der Hand: Sie werden von dem Arzt operiert, der die Diagnose gestellt hat. Zudem sind die Stationen der Praxiskliniken meist deutlich kleiner als die in den öffentlichen Krankenhäusern. Daraus ergibt sich, dass das Pflegepersonal spürbar mehr Zeit für die Belange des einzelnen Patienten hat und dass die Betreuung persönlicher und individueller sein kann. Hinzu kommt, dass die Operateure meist auf bestimmte Eingriffe spezialisiert sind und dass dadurch mit den OP-Mitarbeitern, der Anästhesie und dem Pflegepersonal ein eingespieltes Team den Patienten versorgt.

Patienten: Praxiskliniken stehen bei stationären Eingriffen allen Privatversicherten offen, da sie freie Arztwahl haben. Viele gesetzliche Krankenkassen sehen die Vorteile der Behandlung in Praxiskliniken und haben darum mit den einzelnen Kliniken Verträge zur Besonderen Versorgung abgeschlossen. Ambulante Eingriffe werden von allen Krankenkassen übernommen.

Anzahl der Eingriffe: In Praxiskliniken werden weit mehr Eingriffe ambulant erbracht als die im AOP-Katalog enthaltene Liste von 3.000 Eingriffen. Genaue Zahlen, wie viele Eingriffe in Praxiskliniken durchgeführt werden, gibt es nicht. Schätzungen der Deutschen Praxiskliniken zufolge gibt es ca. 100-120 Praxiskliniken in Deutschland, die jedes Jahr insgesamt etwa zwischen 750.000 und 800.000 operative Eingriffe vornehmen. Davon werden ca. 10% kurzstationär durchgeführt. Als kurzstationär gelten Aufenthalte von 2 bis 4 Tagen. Die Verweildauer in Praxiskliniken liegt statistisch unter der Mittleren Verweildauer, was die Kosten der Krankenversicherungen nachweislich senkt.

Finanzierung: Praxiskliniken sind, da sie keine Plankrankenhäuser sind, privat finanziert und erhalten keine finanzielle Unterstützung der öffentlichen Hand. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Abläufe patientenorientiert und gleichzeitig kosteneffizient zu gestalten. Die große Akzeptanz der Praxiskliniken leitet sich allein aus der Zufriedenheit der Patienten her. Ausschlaggebend dafür ist einerseits die Qualität der Behandlung, andererseits auch, dass die in Praxiskliniken tätigen Fachärzte die vielerorts bestehenden lokalen Netzwerke nutzen und interdisziplinär zusammenarbeiten (Beispiel: GKS e.V. (Gesundheitsnetz Köln Süd)).

Role-Model: Die große Erfahrung der Praxiskliniken im ambulanten bzw. kurzstationären Operieren und in der interdisziplinären Kooperation legen es nahe, sich in der geplanten Sektorenübergreifenden Versorgung mit dem System der Praxiskliniken zu befassen und diese in ihrer Verantwortung im Rahmen der medizinischen Versorgung nachkommen zu lassen. Werden Praxiskliniken im Zuge der Krankenhausreform als Leistungserbringer anerkannt, dann kann diese Form der de facto bereits praktizierten Sektorenübergreifenden Versorgung auch als Modell für die medizinische Versorgung beispielsweise im ländlichen Raum Bedeutung haben.

Nachfolgend sind Punkte skizziert, die unserer Auffassung nach im Eckpunktepapier nicht berücksichtigt sind und bei der Krankenhausreform geklärt werden müssen. Vieles betrifft strukturelle Sachverhalte, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen, der sehr nachdrücklich auch vom Bundesgesundheitsministerium gefordert wird, verzerren.

a) **Ungleicher Wettbewerb**

Krankenhäuser subventionieren die Kosten für Ihre MVZs über die kostenfreie Nutzung von zum Beispiel Personalabteilung, Sterilgutaufbereitung, Qualitätsmanagement, Dienstplanung etc.), was vertragsärztlichen MVZs nicht möglich ist.

b) **DRGs bei Kliniken, die nicht nach §108 SGB V zugelassen sind**

Es ist geplant, die Vorhaltepauschalen aus den Erlösen für die DRGs auszukoppeln und den Plankrankenhäusern zufließen zu lassen, die nach §108 SGB V zugelassen sind. Es muss gesetzlich geregelt werden, dass die DRGs in Praxiskliniken weiterhin voll in Rechnung gestellt werden und von den Kostenträgern voll erstattet werden müssen. Eine Mehrbelastung stellt dies für die Kostenträger nicht dar, weil für die in Praxiskliniken erfolgenden Eingriffe keine Vorhaltepauschalen gezahlt werden müssen.

c) **Regelung der Umsatzsteuerpflicht**

Öffentliche Krankenhäuser sind umsatzsteuerbefreit, während Praxiskliniken in vielen Fällen umsatzsteuerpflichtig sind. Hier besteht Regelungsbedarf, auch unter Berücksichtigung des EU-Rechts, das eine Umsatzsteuerbefreiung von Privatkliniken erlaubt. Viele private Krankenversicherungen erstatten die Umsatzsteuer nicht. Hier besteht Regelungsbedarf.

d) **Erstattung der Beihilfe**

Die Beihilfestellen handhaben die Erstattung der Rechnungen aus Praxiskliniken sehr uneinheitlich. Die Beihilfeberechtigten sind der Situation ausgesetzt, dass die Erstattung nicht kalkulierbar ist und ein Vergleich mit den im nächstgelegenen Maximalversorger-Krankenhaus nicht einheitlich erfolgt.

Eine einheitliche Erstattung kann wie folgt erfolgen: Erstattung der gesamten Fallpauschale unter Berücksichtigung a) der Mittleren Verweildauer, b) des oberen Korridorwertes des jeweiligen Basisfallwertes, c) der im nächstgelegenen Maximalversorger anfallenden Zuschläge und d) der im Rahmen dieser Berechnung anfallenden Umsatzsteuer.

e) **Qualität**

Die geplante Veröffentlichung von Qualitätsaspekten sollte die Größe der Kliniken angemessen berücksichtigen, um Missdeutungen zu vermeiden. Daher sollte die Qualität der Behandlung im Vordergrund stehen, nicht die Quantität. Alle Einrichtungen sind verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt bspw. über nosokomiale Infektionen zu informieren. Solche Komplikationsraten oder Mortalitätsraten sind ein geeignetes Instrument zur sachgerechten Information der Patienten sein.

f) **Rahmenvertrag für Praxiskliniken**

§ 122 SGB V wurde nie umgesetzt, da die drei Seiten der Selbstverwaltung – insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen – die Umsetzung boykottiert haben. Das Fehlen eines verbindlichen Zeitplans im Gesetz hat dies ermöglicht. Mit der Krankenhausreform sollte dieses Versäumnis nachgeholt.

g) **Kooperationen zur Umsetzung der Ambulantisierung**

Der § 115b regelt die ambulante Operation am Krankenhaus, was bedeutet, dass die Behandlung zwingend auf dem Gelände des Krankenhauses erfolgen muss. Eine Kooperation mit Praxiskliniken ist daher nicht möglich. Somit sind die Sektionsgrenzen gesetzlich zementiert.

h) **Bedarfsplanung und Budgetierung**

Um Operationen im AOP-Katalog durchführen zu können, benötigen Vertragsärzte eine vertragsärztliche

Zulassung (auch für die zunehmend nachgefragten Angestelltenpositionen), die je nach Fachgebiet zwischen 100.000€ und 350.000€ kosten kann. Krankenhäuser jedoch können beliebig viele Ärzte ohne eine solche Zulassung anstellen, auch ohne Plausibilitätsprüfung der abgeleisteten Arbeitszeit, die bei der vertragsärztlichen Zulassung als Argument dient. Vertragsärzte sollen mehr Termine für ambulante Behandlung anbieten, werden gesetzlich aber gleichzeitig durch die Bedarfsplanung und die Budgetierung an einer Erweiterung des Angebotes gehindert. Zugleich soll Krankenhäusern der Zugang zum ambulanten Sektor ermöglicht werden. Patienten wird die freie Arztwahl hierdurch verweigert.

Eine Ambulantisierung gelingt nur, wenn auch Vertragsärzte durch Gewinnung zusätzlichen ärztlichen Personals ohne weitere Kassenärztliche Zulassungen mit einer Erhöhung des ambulanten OP-Angebotes die Bedarfe abdecken können.

i) Betäubungsmittel (BTM) Rezepte

In vertragsärztlich geführten OP-Zentren benötigt jeder einzelne Arzt ein eigenes BTM-Buch und eine eigene Sicherheitsverwahrung der Medikamente. Krankenhäuser können Einrichtungsrezepte ausstellen und für die gesamte Einrichtung ein einziges BTM-Buch führen und für die Sicherheit sorgen. Hier könnten Bürokratie und unnötige Kosten abgebaut werden und gleichzeitig die Patientensicherheit eingehalten werden.

j) EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) Regelleistungsvolumen & Sachkosten

Wieso unterliegt die Grundgebühr im EBM bei vertragsärztlichen Operationen (AOP-Katalog) dem Regelleistungsvolumen und im Krankenhaus nicht?

Der EBM ist bundesweit gleich geregelt. Die Sachkostenerstattung und die Sprechstundenbedarfsregelungen sind jedoch von KV zu KV unterschiedlich umgesetzt, was zu relevanten Ungerechtigkeiten (bei Großpraxen mehrere 10.000 €/Jahr) innerhalb Deutschlands führt. Hier ist eine für Krankenhäuser und Vertragsärzte gleiche Regelung bei gleicher Einkaufsoption (Krankenhausapothek, gleiche PZN) nötig.

k) Materialbeschaffung

Warum kann ein Krankenhaus Materialien (z.B. Medikamente und Praxisbedarf) über die Krankenhausapothek beziehen, die Vertragsärzte bei gleicher OP jedoch nur über öffentliche Apotheken? Für die meisten im OP benötigten identischen Artikel gibt zwei PZN-Codes. Einer gilt für die Vertragsärzte und einer gilt für die Krankenhäuser. Das führt zu enormen Preisunterschieden, die das Gesundheitssystem belasten. Ein Beispiel (jeweils bezogen auf einen ambulanten Eingriff): Das Narkosemittel Propofol kostet die Krankenhäuser 0,50€ je 20 ml Ampulle, während im vertragsärztlichen Bereich 5,00€ bezahlt werden müssen.

l) Energiekosten

Krankenhäuser erhalten für ihre ambulanten OP-Zentren Energiekostenzuschüsse. Praxiskliniken mit genauso hohen Energiekosten (insbesondere in der Sterilisation) werden nicht bedacht.

m) Investitionskosten

Die Immobilieninfrastruktur (OP-Bereich samt Einrichtung) der Krankenhäuser wurde mit Hilfe öffentlicher Mittel errichtet, dennoch erhalten Krankenhäuser den gleichen Erlös für eine OP wie Praxiskliniken, die die gesamte Investition selbst tragen und aus dem EBM heraus finanzieren müssen. Finanzielle Unterstützung erhalten Praxiskliniken nicht.

Für Rückfragen zum Thema Praxiskliniken und zu einzelnen Punkte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartner:

Anne Bentfeld, Geschäftsführerin der Klinik LINKS VOM RHEIN, anne.bentfeld@links-vom-rhein.de, Schillingsrotter Str. 39-41, 50996 Köln. Tel. 0221-39800-333, Fax: 0221-39800-345

Dr. med. Roger Schmid, Mitbegründer der Klinik LINKS VOM RHEIN, Mitglied im Vorstand der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V.