

Modell Praxisklinik: Aus der Asche nach 28 Jahren in der Versenkung

Praxiskliniken sollten Anfang der 1990er-Jahre die intersektorale Versorgung verbessern helfen. Doch die Gesundheitspolitik verlor das Interesse. Nun könnte es zu einer Renaissance dieses Modells kommen.

Von Ingo Pflugmacher



ATOS PRAXISKLINIK HEIDELBERG	
Praxis für Gefäßerkrankungen, Innere Medizin, Phlebologie Dr. med. Gesche Junge	Mo-Fr 8:00 - 12:00 Uhr Mi 15:00 - 17:00 Uhr nach Vereinbarung Privat- und Kassenzpraxis 2.0G
Praxis für Nuklearmedizin Dr. med. Dirk Aufderstraße	Mo-Fr 8:00 - 18:00 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenzpraxis 2.0G
Praxis für Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie Priv.-Doz. Dr. med. Peter-Michael Zink	Mo/Di/Do 9:00 - 12:00 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenzpraxis 2.0G
Praxis für Chirurgie, Venen- und Enddarm- erkrankungen, Endoskopie, Hernienchirurgie Dr. med. Peter G. Friedl Dr. med. Eberhard M. Rappold	Mo-Do 9:00 - 12:00 Uhr Mo-Do 15:00 - 17:30 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenzpraxis 2.0G
Praxis für Dermatologie, Venerologie, Phlebologie, Allergologie, Dermatochirurgie, LASER- und Ästhetische Medizin Dr. med. Claudia Jäger	Mi 15:00 - 18:00 Uhr Fr 14:00 - 18:00 Uhr Sa 10:00 - 13:00 Uhr und nach Vereinbarung Privatpraxis 2.0G
Praxis für Neurologie und Psychiatrie Tinnituszentrum Dr. med. Dipl.-Psych. Olga Scheiner Dr. med. Kathrin Elze Stella Covtun	Mo-Fr 8:30 - 12:00 Uhr Mo-Fr 14:30 - 17:00 Uhr Do 14:30 - 18:00 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenzpraxis 2.0G
Praxis für Radiologie	Mo-Fr 8:00 - 18:00 Uhr

Seit 1998 existiert der Begriff der Praxisklinik im Sozialgesetzbuch V. Wörtlich lautet die Definition: „Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden“. Es gibt gesetzliche Vorschriften, um die Behandlung in Praxiskliniken zu regeln und zu fördern. Allein: Praxiskliniken in diesem Sinne existieren nicht.

Die vergangenen 28 Jahre haben gezeigt, mit welchen Problemen und Widerständen die – wenn auch nur partielle – Überwindung der Sektorgrenzen verbunden ist. Mit dem 1989 eingeführten Paragraphen 115 Absatz 2 Nr. 1 SGB V sollten auf Landesebene Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und KVen Verträge über die Behandlung in Praxiskliniken abschließen.

Solche Verträge, die den Betrieb von Praxiskliniken ermöglicht hätten, kamen nie zustande. Noch heute regelt dazu Paragraph 115 Abs. 4 SGB V wie folgt: Kommen solche Verträge „bis zum 31.12.1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt“.

Doch kein einziges Bundesland hat eine solche Verordnung je erlassen. 2009 trat dann Paragraph 122 SGB V in Kraft, wonach zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Spitzenorganisation der Praxiskliniken ein bindender Rahmenvertrag zu vereinbaren ist. Verhandlungen über einen solchen Vertrag wurden vom GKV-Spitzenverband 2011 abgebrochen und seitdem nicht wieder aufgenommen.

Renaissance oder neue Lösung?

In jüngster Zeit erfährt die Praxisklinik allerdings eine Renaissance. Das Gutachten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) „Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland“ vom 30. Mai dieses Jahres empfiehlt ausdrücklich die Gründung von Praxiskliniken als „neue Lösung“ bestehender Versorgungsprobleme.

Dr. Andreas Gassen betonte beim KBV-Sicherstellungskongress Ende Juni, dass Praxiskliniken ein probates und sehr effektives Modell darstellen, in dem die „knappen Ressourcen Arzt und Pflegepersonal in kooperativer Weise eingesetzt“ werden könnten. Er spricht insofern auch von „Facharztzentren mit kurzstationären Einheiten“. Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet-Gruppe, hat parallel den Begriff der intersektoralen Facharztzentren (IFZ) geprägt. Letztlich meinen alle dasselbe: Entstehen sollen Einrichtungen, in denen die dort tätigen Ärzte ambulante und stationäre Patienten versorgen können, wobei die stationäre Versorgung sich auf solche Patienten bzw. Erkrankungen beschränkt, für die nicht die gesamte Infrastruktur eines „typischen“ Krankenhauses der Regel- oder Maximalversorgung erforderlich ist.

Hierdurch könnten die gesellschaftlichen Probleme des Arztmangels, der gewünschten aber häufig nicht mehr darstellbaren wohnortnahen Versorgung und auch der Weiterbildung und damit des Ärztemangels gelöst werden.



Dr. med. Wolfgang Lederer Dr. med. Stefan Schneider Dr. med. Dipl. Phys. W. Wrazidlo (MPE)	und nach Vereinbarung Privat- und Kassenpraxis 2.0G
Praxis für Hand-, Ellbogen und Fußchirurgie Dr. med. Sigmund Polzer Dr. med. Hans-Werner Bouman Dr. med. Steffen Berlet	Mo-Do 8:00 - 18:00 Uhr Fr 8:00 - 14:00 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenpraxis + D-Ärzte für Arbeits-/Schulverfälle 2.0G
Praxis für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Plastische Operationen, Spezielle Hals-, Nasen-, Ohrenchirurgie Stimm- und Sprachstörungen Prof. Dr. med. Markus Fischer	Sprechzeiten unter: 06221 / 651 350 Privat- und Kassenpraxis
Externe Belegarztpraxis / Kuno-Fischer-Straße 4	
Praxis für Plastische-, Ästhetische- und Rekonstruktive Chirurgie Dr. med. Leonhard Döbler	Mo/Di/Do 16:00 - 18:00 Uhr Mi/Fr 10:00 - 13:00 Uhr und nach Vereinbarung Privat- und Kassenpraxis

Die Atos-Klinik in Heidelberg (Archivbild) gehört zu den Vorreitern unter den Praxiskliniken – arbeitet allerdings außerhalb des Kassensystems. © Mathias Ernert

Das lässt sich am Beispiel der Augenheilkunde gut verdeutlichen. Anfang 2016 existierten in Deutschland 291 Krankenhäuser mit einer Abteilung für Augenheilkunde. Die durchschnittliche Verweildauer war mit 2,9 Tagen die niedrigste aller stationären Disziplinen.

Grenze des Personalschlüssels

In diesen Augenabteilungen arbeiteten laut Statistik der Bundesärztekammer 990 Fachärzte. Im Durchschnitt verfügte somit jede augenärztliche Krankenhausabteilung über 3,4 Fachärzte. Das ist die untere Grenze des Personalschlüssels, der für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung nach Facharztstandard erforderlich ist. 56 dieser Ärzte arbeiteten übrigens auch in der ambulanten Versorgung. Das sind etwa sechs Prozent. Der entsprechende Anteil der auch ambulant tätigen Ärzte über alle Fachgruppen hinweg betrug nur zwei Prozent.

Zum selben Zeitpunkt arbeiteten allerdings 6020 Augenärzte ambulant. Durchschnittlich arbeiten zum Beispiel in den in der OcuNet-Gruppe zusammengeschlossenen operativen Augenarztzentren 15 Fachärzte, also rechnerisch fast die fünffache Anzahl der Fachärzte einer augenärztlichen Krankenhausabteilung.

Weiterbildung aus einem Guss

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Augenheilkunde zu den Fächern gehört, in denen die Gewinnung ärztlichen Nachwuchses besonders problematisch ist. Die Qualität und Attraktivität der Weiterbildung ist deshalb besonders wichtig. Nach den deutschen Weiterbildungsordnungen sind 24 Monate im stationären Bereich und 36 Monate im ambulanten Bereich erforderlich. Die Erfahrung zeigt, dass nur

diejenigen augenärztlichen Einrichtungen für junge Ärzte wirklich attraktiv sind, die die gesamten 60 Monate anbieten.

Wären große operative Augenarztzentren nun Facharztzentren mit kurzstationären Einheiten, intersektorale Facharztzentren oder schlicht Praxiskliniken, so wären viele Probleme gelöst. Die Versorgung könnte wohrnäher erfolgen, es stünden mehr Fachärzte für den einzelnen Patienten zur Verfügung, die durchschnittliche Verweildauer läge deutlich in einer Größenordnung, die als kurzstationär zu bezeichnen ist, für Weiterbildungsassistenten gäbe es mehr attraktive Ausbildungsstätten.

Ob man diese intersektoralen Zentren mit kurzstationären Einheiten dann in den Krankenhausplan aufnimmt oder nicht, dürfte eine eher finanz- als versorgungspolitische Frage sein. Rechtlich stringent wäre die Aufnahme in den Krankenhausplan allerdings. Schon heute werden dort in vielen Bundesländern neben vollstationären Betten die tagesklinischen Plätze ausgewiesen. Eine Erweiterung um kurzstationäre oder praxisklinische Betten drängt sich auf.

Wie bereits seit 2004 Kliniken über ihre MVZ dazu beitragen, die ambulante Versorgung sicherzustellen, so würden künftig Vertragsärzte über ihre intersektoralen Zentren dazu beitragen, die stationäre Versorgung zu sichern. 28 Jahre nach der gesetzgeberischen Erfindung der Praxisklinik würde diese dann Realität.

Dr. Ingo Pflugmacher ist Fachanwalt für Medizin- und Verwaltungsrecht und Partner der Kanzlei Busse & Miessen in Bonn.

So steht es im SGB V

Paragraf 115, Absatz 1 und 2, Satz 1 SGB V:

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.