

PRIKRAF: Die privaten Krankenanstalten erwirtschaften eine hohe Wertschöpfung und entlasten die öffentlichen Spitäler

Interview mit Mag. Herbert Schnötzing, Geschäftsführer des PRIKRAF – Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

Das Budget des PRIKRAF wurde aufgestockt

Den aktuellen Berichten ist zu entnehmen, dass der PRIKRAF eine zusätzliche Dotation bekommt.

Im Rahmen des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes erfolgt für 2019 eine Aufstockung um 14,7 Mio. Euro. Mit der Gründung des PRIKRAF im Jahr 2002 wurden jene Mittel übertragen, die die Sozialversicherung für die Finanzierung der Privatkrankenanstalten zur Verfügung stellte. Das Fondsvolumen von damals einer Milliarde Schilling beträgt durch die jährlichen Valorisierungen in den Folgejahren und die nun beschlossene, zusätzliche Dotation nunmehr 146 Mio. Euro für 2019.

Welche Anstalten werden durch den PRIKRAF finanziert?

Zur Finanzierung von bettenführenden privaten Krankenanstalten wurde der

PRIKRAF eingerichtet, mit der Privatklinik Währing haben aktuell 45 Anstalten eine gesetzliche Abrechnungsgrundlage. Die Liste der PRIKRAF-Vertragskrankenanstalten ist Bestandteil des PRIKRAF-Gesetzes und bildet die rechtliche Grundlage. 29 Privatkliniken rechnen tatsächlich stationäre und tagesklinische Leistungen ab, andere sind im Bereich der Rehabilitation tätig oder haben den Betrieb eingestellt. Zwei Häuser wollten im Rechtsweg die Aufnahme in die PRIKRAF-Liste erreichen, waren aber beim Höchstgericht nicht erfolgreich.

Wie ist das mit den Ordensspitälern, die auch private Krankenhäuser sind?

Das Kriterium ist nicht die Eigentümerstruktur oder die Rechtsträgerschaft sondern der Betriebszweck in Form der Gemeinnützigkeit. Krankenanstalten deren Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, sind Teil der Ver-

sorgungsplanung und erhalten auch zusätzliche öffentliche Mittel für strukturelle medizinische Vorhalteleistungen. Das Diakonissen-Spital in Linz zum Beispiel ist nicht gemeinnützig und wird erfolgreich als Privatklinik geführt. Die Häuser der Vinzenz-Gruppe oder der Barmherzigen Brüder als Beispiel, haben als gemeinnützige private Krankenanstalten auch einen Versorgungsauftrag und sind gemeinsam mit den allgemein öffentlichen Krankenanstalten auch Teil der Gesundheitsplanung gemäß ÖSG und Teil der Gesundheitszielsteuerung.

Der PRIKRAF finanziert nur „öffentliche Gesundheitsleistungen“

Welche Leistungen werden durch den PRIKRAF finanziert?

Aus dem PRIKRAF werden nur so genannte „öffentliche Gesundheitsleistungen“ bezahlt. Unter diesen Begriff fallen alle Leistungen, die von PRIKRAF-

Foto: PRIKRAF



Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, die also auch in einem öffentlichen Spital erbracht werden müssten. Dazu zählen viele Operationen wie etwa Hüft- und Knieoperationen, Operationen am Auge, an der Gallenblase, an der Lunge, am Herzen. Wir zahlen keine Schönheitsoperationen, wir zahlen auch keine kosmetischen Wunsch- und Wahlleistungen. Ohne Kostenübernahmeerklärung durch die Sozialversicherung gibt es keine Abrechnungsmöglichkeit mit dem PRIKRAF.

Verschiedentlich wird an der Kapazität der Privaten gezweifelt.

Der Zweifel ist sachlich nicht begründet. Diese Häuser erbringen hochwertige medizinische Leistungen mit ausgeprägter Kundenorientierung und werden wie alle österreichischen Krankenanstalten durch die Sanitätsbehörden überprüft und laufend kontrolliert. Alle bundesweiten Qualitätsvorgaben gelten selbstverständlich auch für die Privatkrankeanstalten. Zusätzlich wird in den von uns finanzierten Krankenanstalten über den gesetzlichen Qualitäts-

sicherungsauftrag des PRIKRAF die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien des ÖSG 2017 und die Umsetzung der bundesweiten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme evaluiert.

Für die Abrechnung von komplexen medizinischen Leistungen sind die personellen, technischen und organisatorischen Qualitätskriterien mit Checklisten nachzuweisen. Wir überprüfen vor Ort in den Häusern, ob die Voraussetzungen erfüllt werden, die für die eingemeldeten Operationen und medizinischen Leistungen erforderlich sind. Wir halten uns bei dieser Kontrolle an die Bedingungen, die der ÖSG, der Österreichische Strukturplan Gesundheit, definiert. Wenn diese nicht erfüllt werden, dann zahlt der PRIKRAF nicht.

Der sichtbare Steuerungseffekt dieser Maßnahmen zeigt sich in der Anpassung des Leistungsangebots und der Strukturen an die Qualitätsvorgaben.

Schreiben Sie auch eine Mindestzahl an Fällen vor?

Wir halten uns an die Vorgaben des LKF-Systems. Wenn es verbindliche Mindestmengen gibt, sind diese nachzuweisen. Die Vorgaben haben auch zu einer Anpassung des Leistungsangebots geführt. Nachdem die Mindestmengen nunmehr auf den Standort

BEISPIEL EINER PRIKRAF-CHECKLISTE GEMÄSS ÖSG2017 FÜR STRUKTURQUALITÄTSNACHWEIS (siehe auch www.prikraf.at)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN ÖSG 2017 INTENSIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG (INT)			
MUSTERFORMULAR			
KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
<p>DEFINITION Diagnostik und Therapie von lebensbedrohlichen Zuständen und Erkrankungen sowie deren Vermeidung (einschließlich der Stabilisierung nach großen operativen Eingriffen) in speziell dafür eingerichteten Einheiten einer Krankenanstalt; Intensivpflege als integraler Bestandteil.</p> <p>VERSORGUNGSMODELL (Sanatorien) Intensivbehandlungseinheit (ICU)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Überwachung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen ➔ Betreuung von (potenziellen) OrganspendeInnen ➔ Intensivbehandlungseinheiten der Stufe 3 sind ausschließlich in KA der Zentralversorgung, Schwerpunkt-KA bzw. in KA mit Schwerpunktversorgungsfunktion zulässig <p>Intensivüberwachungseinheit (IMCU)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Überwachung und Behandlung von PatientInnen, deren Vitalfunktionen gefährdet sind ➔ Sicherstellen der Möglichkeit zur kurzfristigen (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlung (insbesondere invasive Beatmung: maximal 48 Stunden) ➔ längerfristiger Beatmung und apparative Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen nur in begründeten Ausnahmefällen <p>TRANSFORMATIONSREGELN für Sanatorien zur intensivmedizinischen Versorgung Allgemein: Sämtliche personellen und apparativen Ausstattungsvorgaben sind entsprechend der Anzahl der behandelten PatientInnen mit Intensivbedarf vorzuhalten. Sobald eine Leistung, die gemäß der Leistungsmatrix-stationär (Kap. 3.1.2) eine Intensivbehandlungseinheit erfordert, elektiv durchgeführt wird, ist die erforderliche Intensivversorgung entsprechend den Vorgaben für IMCU oder ICU der Stufe 1 in Betrieb zu nehmen. Für Notfälle ist die intensivmedizinische Betreuung in einer der IMCU oder ICU in der jeweils geforderten Stufe entsprechenden Qualität rund um die Uhr in der leistungserbringenden SAN behandlungsprozessbezogen im Anlassfall binnen 30 Minuten zu gewährleisten.</p> <p>Im Fall von behördlich bewilligten und von der PRIKRAF-Fondskommission anerkannten Intensivversorgungseinheiten (IMCU oder ICU) ist für diese Montag bis Freitag jeweils 0:00 bis 24:00 Uhr eine dauernde personelle Besetzung sicherzustellen. Anlassfallbezogen ist die IMCU/ICU analog der allgemeinen INT-Transformationsregel auch außerhalb der Routinebetriebszeit in Betrieb zu nehmen oder ggf. weiterzuführen. Für das auf IMCU/ICU tätige Pflegepersonal ist die Berechtigung zur Ausübung der Intensivpflege Voraussetzung. Die Mindestbettenzahlen für IMCU oder ICU sind für SAN nicht bindend. Die Anforderungen für neonatologische/pädiatrische Intensivseinheiten gelten uneingeschränkt auch für Sanatorien.</p>		<p>Spezifische Qualitätskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Grundsätzlich sind IMCU und ICU interdisziplinär zu betreiben, wobei die Leitung FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin bzw. Innere Medizin mit Additivfach Intensivmedizin oder Innere Medizin und Intensivmedizin oder des entsprechenden Sonderfachs mit Additivfach Intensivmedizin in Abhängigkeit vom medizinischen Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU obliegt. ➔ IMCU und ICU sind strukturell hinsichtlich der apparativen und personellen Ausstattung zu differenzieren, gehen aber in Bezug auf die Behandlungskontinuität fließend ineinander über. Bei räumlichem Verbund von unterschiedlichen Intensiv-Stufen ist die ärztliche Anwesenheit der jeweils höchsten Stufe für den gesamten Bereich vorzusehen. Ortsveränderliche apparative Ausstattung (z.B. EKG, Bettröntgen, Sonographie) kann gemeinsam genutzt werden. ➔ Bei Neuplanungen sind mehrere getrennte INT-Einheiten synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (v. a. aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung, Gestaltung des Versorgungsprozesses). ➔ Postoperative Aufwachbereiche sind keine eigenständigen bettenführenden Bereiche und nicht dem Intensivbereich zuzurechnen. ➔ Es gelten auch die Festlegungen zur Intensivversorgung im jeweils gültigen LKF-Modell. 	
PERSONAL	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2
Ärztliche Leitung	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT		NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
			Max, Mustermann, Univ. Prof. Dr., 01091962

abstellen und nicht auf den Operateur, ist es zu einer weiteren Optimierung gekommen. Die Qualität der medizinischen Leistung hängt ja nicht nur am Operateur, sondern auch ganz stark am Operationsteam und an den technischen und strukturellen Kapazitäten die vom Haus gestellt werden.

Der PRIKRAF finanziert auf der Grundlage des LKF-Systems

In welcher Abrechnungsform werden die Leistungen erbracht?

Der PRIKRAF finanziert auf der Grundlage des LKF-Systems, der leistungsorientierten Krankenanstalten Finanzie-

rung. Das Fondsvolumen ist gedeckelt und wird durch die geleisteten LKF-Punkte, also die Leistungspunkte, die durch eine Behandlung, eine Operation entstanden sind, dividiert. Das ergibt einen Punktwert und der Punktwert ist die Grundlage für die Fall-bezogene Abrechnung. Derzeit ist der LKF-Punkt mit 0,39 Cent brutto festgesetzt. Im PRIKRAF überprüfen Mediziner, die verrechneten Leistungen auf Übereinstimmung mit den angeforderten Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten. Unsere Prüfmediziner sind im Hauptberuf Fachärzte in den relevanten Bereichen Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neurologie, Psychiatrie und sind auch verantwortlich für

die Evaluierung der AIQI-Ergebnisqualitätsmessung des Sozialministeriums für die PRIKRAF-Kliniken.

Bedeutet diese Konstruktion nicht, dass ein Anstieg der Leistungen zur Reduktion des Punktwerts führt?

Im Gesamtergebnis ja. Betriebswirtschaftlich profitiert aber die einzelne Privatklinik, wenn ein höheres Leistungsvolumen erreicht wird.

Sichert der PRIKRAF die Existenz der privaten Krankenanstalten?

Wir leisten einen entscheidenden Beitrag. Man kann davon ausgehen, dass

die Zahlungen des PRIKRAF etwa ein Drittel der Kosten decken. Wenn unsere Zahlungen, die Zahlungen der privaten Krankenversicherer und der Selbstzahler nicht reichen, sind die Eigentümer gefordert. Letztendlich haben die Privatkliniken im Gegensatz zu den öffentlichen Krankenanstalten aber das volle unternehmerische Risiko zu tragen. Insgesamt leistet der Bereich einen interessanten Beitrag für Gesamtwirtschaft und Arbeitsmarkt, da die gesamte Wertschöpfung aller von uns mitfinanzierten Häuser geschätzt über 600 Mio. Euro im Jahr beträgt. Auch die Entlastung des öffentlichen Gesundheitsbereichs ist beachtlich. Betreut werden im Jahr mehr als 100.000 Patienten, die sonst in öffentlichen Krankenanstalten behandelt werden müssten.

Ich sehe die Privatkrankenanstalten als Ergänzung und nicht als Konkurrenz zum öffentlichen Gesundheitssystem für jene Patienten, die freiwillig mehr für ihre Gesundheitsversorgung ausgeben wollen.

Die Neuerungen in der Medizin werden durch Anpassung der LKF-Punkte berücksichtigt

Derzeit finden in der Medizin dramatische Änderungen statt. Wie werden diese Neuerungen im LKF-System berücksichtigt?

Das LKF-System ist nicht mehr das System, das es bei der Einführung war. Neuerungen werden sehr wohl berücksichtigt. Dafür gibt es strukturierte und institutionalisierte Prozesse. Die Krankenhäuser, besonders Zentralkrankenanstalten wie das Wiener AKH, die wissenschaftlich und methodisch weit voran sind, können Änderungsvorschläge einbringen. In LKF-Arbeitskreisen werden diese Änderungen diskutiert und mit Hilfe von Health Technology Assessments auf medizinische Evidenz und Nutzen bewertet und im LKF-System berücksichtigt oder auch nicht. So werden minimal invasive Operationstechniken, Kataraktoperation, ebenso wie Neuerungen in der Onkologie, neue Substanzen im LKF-System zeitnah zum aktuellen Stand der Medizin abgebildet.

Wieso ist dieser Vorgang so wichtig. Es gibt doch im LKF-System keine Berücksichtigung der Tage?

Das ist grundsätzlich richtig, im LKF-System gibt es zwar Auf- und Abschläge bei Über- oder Unterschreitung der Behandlungsdauer, doch spielt dieser Faktor eine untergeordnete Rolle. Die

LKF-Punkte von neuen Leistungen und Operationen sind gleichzeitig auch Kostenäquivalente durch Berechnung der Personal- und der Materialaufwände sowie die Kosten der technischen Ausstattung. Wenn sich die Medizin ändert, ändern sich auch diese Faktoren und daher müssen die Punktwerte für neue Leistungen angepasst werden. Grundsätzlich gilt, dass die Anzahl der LKF-Punkte die Vollkosten einer Leistung abbildet. Grundsätzlich dokumentiert die Abweichung der LKF-Punktwerte zum Vollkostenwert von einem Euro pro Punkt die Unterdeckung der jeweiligen Leistungskosten. Damit kann auch die Unterdeckung in den einzelnen Finanzierungssystemen der Länder bzw. PRIKRAF dargestellt werden. Der Fehlbeitrag zu den Gesamtkosten ist Betriebsabgang oder Verlust und anderwärtig zu finanzieren.

Bei einer Operation gibt es mehrere Komponenten, den Operateur, das Team, die technische Ausrüstung, die Hotelkomponente. Wie werden die PRIKRAF-Zahlungen aufgeteilt?

Das entscheidet das Spital. Wir zahlen entsprechend der ermittelten LKF-Punkte unter der Bedingung, dass die gesetzlichen und vereinbarten Qualitätskriterien eingehalten werden. Die Verwendung der Zahlungen ist Angelegenheit der Privatkliniken.