



Gemeinsame intersektorale Versorgung ist machbar

Die vermeintlich unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist seit Jahrzehnten ein Klassiker der berufspolitischen Diskussion. Ist die Grenze aber tatsächlich so undurchlässig? Oder bestehen längst ausbaufähige Verzahnungsmodelle von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Einrichtungen? Von Dr. rer. medic. Ursula Hahn*

Trotz aller Klagen: Eine intersektorale Patientenversorgung auf Basis einer Kooperation zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Einrichtungen (Praxen mit Kassenzulassung) ist machbar – und mancherorts bereits Realität. In der OcuNet Gruppe verbandlich zusammengeschlossene Intersektorale Facharztzentren (IFZ), in diesem Fall augenärztlicher Prägung, machen es vor. Aus einer klassischen belegärztlichen Versorgung hat sich ein Shop-in-Shop-Ansatz entwickelt: Die Zentren mieten auf dem Gelände eines Krankenhauses Räume oder ganze Gebäude und siedeln ihre eigenen (ambulanten) Leistungsstandorte dort an. Als vertragsärztliche Einrichtung am Krankenhaus übernehmen sie die gesamte Versorgung des jeweiligen Fachs – von der konservativen Grund- und Spezialversorgung über ambulante Operationen bis hin zur stationären Versorgung.

Von außen kein Unterschied erkennbar

Von außen ist der Unterschied zwischen vertragsärztlichem IFZ und Krankenhaus häufig gar nicht mehr zu erkennen.

Nach innen hat das Modell deutliche Vorteile für alle Beteiligten. Die Patienten gehen ins Krankenhaus und werden dort schnittstellenfrei augenmedizinisch versorgt. Das vertragsärztliche Zentrum nutzt die Infrastruktur des Krankenhauses und weiß seine Patienten auch dann in guten Händen, wenn eine nicht im Zentrum mögliche Versorgung notwendig werden sollte, zum Beispiel auf der Intensivstation.

Die Kooperation ist für Patienten, Krankenhaus und Intersektorale Facharztzentren attraktiv. Die Patienten werden an einem Ort über das gesamte Behandlungsspektrum von konservativer Grund- und Spezialversorgung über ambulante Operationen und – bei Bedarf – auch stationär betreut. Das Krankenhaus kann sein Leistungsspektrum um ein Fach ergänzen, das ansonsten aufgrund niedriger Fallzahlen nicht rentabel in einer Hauptabteilung darstellbar ist und die vom IFZ versorgten belegärztlichen Fälle tragen zur Auslastung der Betten bei. Das breite Behandlungsspektrum in IFZ ist ein Wettbewerbsvorteil, denn es festigt den Ruf des Krankenhauses als umfassender und intersektoraler Versorger in der Region.

Richtige Aufstellung vertragsärztlicher IFZ entscheidend

Eine solche Kooperation zwischen vertragsärztlicher Einrichtung und Krankenhaus auf Augenhöhe setzt viel Professionalität voraus. Das gilt nicht nur bezogen auf die fachliche Bandbreite, das gilt auch für das Management und die Organisation eines IFZ. Die Größe der vertragsärztlichen Einrichtung ist dabei ein kritischer Faktor: Tatsächlich verkörpern IFZ einen vertragsärztlichen Mittelstand, also eine relativ neue Variante der traditionell von Kleinteiligkeit geprägten vertragsärztlichen Versorgung. So arbeiteten z.B. in jedem der der OcuNet Gruppe angeschlossenen Zentren im Jahr 2015 im Durchschnitt 19 selbstständige oder angestellte Fachärzte.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es zudem wichtig, dass die Zentren nach außen einheitlich mit einer Stimme auftreten. Der Klage vieler Verwaltungsleiter, dass die Kooperation mit vielstimmigen vertragsärztlichen Partnern viel zu aufwendig wäre – wird so von vornherein begegnet². Burkhard Nolte, Geschäftsführer des St. Franziskus-Hospitals Münster, auf dessen Gelände ein IFZ der OcuNet Gruppe angesiedelt ist, hat kürzlich in einem Kommentar betont: „Sehr wichtig ist die hohe Identifikation der Niedergelassenen mit dem Krankenhaus. Außerdem müssen sie großes Verständnis für die dortigen Abläufe und Anforderungen haben.“ Umgekehrt müsse man die Niedergelassenen in die Klinikstrukturen einbinden, „damit sie sich nicht wie das fünfte Rad am Wagen fühlen“². In Münster ist einer der beiden IFZ-Gründer auch stellvertretender Ärztlicher Direktor des Hospitals.

Was behindert die Entstehung von IFZ-Krankenhaus-Kooperationen?

Dass IFZ-Krankenhaus-Kooperationen nicht flächendeckend entstehen, hat noch verschiedene Ursachen. Das Belegarztwesen als wichtige Basis für IFZ-Konstruktionen an Krankenhäusern wird seit Jahren ausgehöhlt. Die Finanzierung belegärztlicher Leistungen ist weder für Krankenhäuser noch für Vertragsärzte attraktiv. Aus rein finanzieller Sicht ist es für Krankenhäuser gewinnbringender, Leistungen stattdessen in ihren Hauptabteilungen zu erbringen. Und Vertragsärzte erzielen mehr Gewinn, wenn sie ambulant operieren und Patienten bei Bedarf zur stationären Versorgung an die (teureren) Hauptabteilungen verweisen. Hinzu kommt: Das Leistungsspektrum für Belegärzte wird über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) künstlich beschnitten. Der EBM-Katalog ist lückenhaft und in Teilen stark veraltet und schließt damit faktisch Belegärzte – und Belegabteilungen – von weiten Teilen der stationären Versorgung aus. Auch dürfen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte erst dann eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode einsetzen, wenn es der Gemeinsame Bundesausschuss durch ein positives Votum gestattet.

Eine weitere Hürde ist, dass die Kosten von Kooperationen im Gesundheitswesen systematisch unterschätzt und somit nicht angemessen finanziert werden. Das gilt auch für die Zusammenarbeit von IFZ und Krankenhäusern bei der belegärztlichen Versorgung. Vor allem aber fehlt der Wille der großen politischen Vertretungen auf beiden Versorgungsseiten – also der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits –, um Kooperationsformen wie das IFZ zu fördern.

Das Ergebnis ist bekannt: Statt zusammenzuwachsen, haben sich die „Sektoren“ in den letzten Jahren eher entmischt. Viele belegärztliche Abteilungen wurden aufgelöst oder sind bis fast zur Bedeutungslosigkeit geschrumpft. Krankenhäuser setzen nicht länger auf Belegärzte, sondern auf Honorarärzte und angestellte Ärzte in Teilzeit.

Krankenhäuser brauchen Kooperationspartner für ambulante Versorgung

Krankenhäuser können und sollen sich unabhängig von Vertragsärzten stärker ambulant engagieren; als alleiniger Weg ist das aber unzureichend. Eine ambulante fachärztliche Versorgung allein durch Krankenhäuser käme viel zu teuer, Krankenhäuser argumentieren immer wieder (aktuell mit Blick auf die Versorgung in Notfallambulanzen), dass die in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Honorare völlig unzureichend sind, tatsächlich sind sie aus der stationären Versorgung in Hauptabteilungen ganz andere Erlöshöhen gewohnt. Es wundert nicht, dass mehr als 20 Jahre nach Einführung des § 115b Sozialgesetzbuch V nur zwei Drittel der Krankenhäuser überhaupt ambulante Operationen anbieten³. Um ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, müssen Krankenhäuser breiter aufgestellt sein als einzelne vertragsärztliche Einrichtungen. Das aber hat eben Auswirkungen auf ihre Kostenstruktur.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Ambulante Versorgung umfasst viel mehr als die Spezialversorgung in Spezialambulanzen bei bestimmten Indikationen (Beispiele: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) oder Rheumatologie) oder in einzelnen Fachgebieten (Beispiele: Strahlentherapie oder Hämatologie). Zur ambulanten Versorgung zählt in erster Linie der auch nach Fallzahlen weit größere Bereich der fachärztlichen Grundversorgung. Damit ist eine in der Stadt und vor allem auf dem Land sicherzustellende wohnortnahe, kontinuierliche Therapie und Diagnostik einer älter werdenden Bevölkerung gemeint. Gerade in den augenärztlichen IFZ wird in den letzten Jahren deutlich, welches Gewicht diese Versorgungsaufgabe mittlerweile hat.

Die an Krankenhaus-MVZ vertretenen Fachgebiete gehören mehrheitlich nicht zu denen der fachärztlichen Grundversor-

gung⁴. Die Gründe sind nicht nur finanzieller Art, die ambulante Versorgung „tickt“ auch anders. Die Bedingungen von ambulanter und stationärer Versorgung unterscheiden sich stark. Kooperation mit selbstständigen Ärzten der eigenen und anderer Fachgruppen, Einbindung in das (hoch regulative) Krankenversicherungs-System, dauerhafte Arzt-Patienten Bindung sind nur einige der dabei relevanten Aspekte. Zugespitzt: Wer gut und effizient stationäre Versorgung kann, kann nicht automatisch auch gut und effizient ambulante Grundversorgung – und vice versa.

Berliner Forderung nach intersektoraler Versorgung nur Lippenbekenntnis?

Vielleicht noch gravierender als die genannten Hindernisse ist jedoch die fehlende politische Unterstützung intersektoraler Versorgungslösungen durch den Gesetzgeber. Per Gesetz wurden in den letzten Jahren zwar zahlreiche Ansätze zur ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser ermöglicht. Doch Kooperationen kommen dabei nur am Rande vor. Ein aktuelles Gutachten benennt 13 potentielle ambulante Betätigungsfelder für Krankenhäuser⁵. Der jüngste Krankenhaus-Report identifizierte 19 Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen⁶. Doch darunter fand sich gerade eine kooperative Rechtsform.

Aus guten Gründen kann man also den Eindruck gewinnen, als könne sich der Gesetzgeber einen intersektoralen Versorgungsbeitrag von Seiten vertragsärztlicher Einrichtungen gar nicht mehr vorstellen. In der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion im Deutschen Bundestag zu sektorenübergreifender Gesundheitsversorgung und Bedarfsplanung werden ausschließlich Instrumente aufgezählt und bewertet, die Krankenhäusern eine ambulante Tätigkeit erlauben⁷. Weder der langjährige „Klassiker“ Belegarztwesen noch der Versorgungsansatz Praxisklinik werden auch nur erwähnt – von einer Aufzählung der mit ihnen verbundenen Chancen für die Patientenversorgung ganz zu schweigen.

Funktionierende Intersektorale Versorgungslösungen gibt es auch heute jenseits Intersektoraler Facharztzentren – zum Beispiel Praxiskliniken, Arztnetze, der Klassiker Belegarzt, Krankenhäuser mit unterschiedlichen Ambulanzformen. Es ist befremdend, dass in der politischen Diskussion zur Überwindung der Sektorengrenze diese Ansätze kaum Beachtung finden. Vielleicht liegt es daran, dass sich Politiker in Wahlkampfzeiten mit der Protegierung intersektoraler Strukturen nicht zwischen die Stühle der großen sektorenspezifischen Interessenverbände setzen wollen. Das wäre dann die hohe Kunst politischer Dialektik: Ein Thema zu einer der wichtigsten Baustellen für die nächste Legislaturperiode erklären und dann aus Angst vor dem politischen Gegenwind nicht dran gehen.

IFZ-Krankenhaus-Kooperationen ohne Systemumwälzungen machbar

Dabei wäre es vergleichsweise einfach, mit IFZ als Blaupause intersektorale Versorgung voran zu bringen. Die Geburtswehen für ganz neue Strukturen – wie z.B. die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – sind immens. Fünf Jahre nachdem der Gesetzgeber den § 116 b neu gefasst hat, ist immer noch nicht absehbar, ob dieser neue Ansatz eine versorgungsrelevante Bedeutung bekommen wird. Für IFZ-Etablierung brauchte es nicht einmal eine Reform der Finanzierung – Krankenhäuser und Vertragsärzte könnten weiter aus ihren jeweiligen Sektoren heraus honoriert werden. Was nicht heißen soll, dass es keinen Finanzreformbedarf gäbe. Um in IFZ eine gleich- und hochwertige stationäre Versorgung anbieten zu können, ohne dafür zusätzliche Anstrengungen unternehmen zu müssen wie den Abschluss von Selektivverträgen, muss die dem EBM geschuldete Leistungsbeschränkung ebenso wegfallen wie der Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten Versorgung.

Die derzeit desaströse Vergütung insbesondere für Vertragsärzte bei stationärer Versorgung braucht eine gründliche Überarbeitung. Und das klassische Belegarztwesen muss sich in den Strukturen der Intersektoralen Facharztzentren modernisieren: Es muss im Hinblick auf Größe, Fallzahlen, Leistungsbandbreite und räumliche Nähe von ambulanter und stationärer Betreuung belegen, dass es über eine hohe fachspezifische Struktur- und Ergebnisqualität verfügt und imstande ist, eine hochwertige Patientenversorgung zu sichern. Dass dies funktioniert, zeigen die bestehenden Kooperationen von Intersektoralen Facharztzentren der OcuNet Gruppe und Krankenhäusern an vielen Stellen in Deutschland.

Die Autorin Dr. rer. medic. Ursula Hahn ist Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH

*Der Artikel basiert auf einer längeren Veröffentlichung in f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (1)

Literatur

- 1 Hahn U. Intersektorale Versorgung: win win Kooperation. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. 2017;1/2017:42-4.
- 2 Urbanski D, Hahn U, Gerstmeyer K, Püschner F, Amelung VE. Das Belegarztwesen: Eine Einschätzung aus dem Blickwinkel von Arzt und Krankenhaus am Beispiel der Augenheilkunde. Monitor Versorgungsforschung. 2016;02/2016:41-7.
- 3 Bölt U. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2013. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. Krankenhaus-Report; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Berlin, Witten, Essen: Schatterauer; 2016. p. 307-36.
- 4 Gibis B, Hofmann M, Armbruster S. MVZ im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. Krankenhaus-Report; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Berlin, Witten, Essen: Schatterauer; 2016. p. 111-26.
- 5 Coenen M, Haucap J, Hottenrott M. Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung - Analyse und Reformansätze; Studie im Auftrag des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. Düsseldorf: DICE Consult; 2016.
- 6 Leber W-D, Wasem J. Ambulant im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. Krankenhaus-Report; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Berlin, Witten, Essen: Schatterauer; 2016. p. 3-28.
- 7 Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke. „Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung“. In: Bundesgesundheitsministerium, editor. Berlin: Bundesdruckerei; 2016.