

# Intersektorale Versorgung



Die vermeintlich unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist seit Jahrzehnten ein Klassiker der berufspolitischen Klage. Nach Ansicht unserer Autorin ist die Grenze gar nicht so undurchlässig. Es existieren vielmehr längst ausbaufähige Verzahnungsmodelle zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Einrichtungen.

Von Dr. Ursula Hahn

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

sorgung über ambulante Operationen bis hin zur stationären Versorgung.

## IFZ als Blaupause für Kooperationen

Von außen ist der Unterschied zwischen vertragsärztlichem Zentrum 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. Aber auch aus dem Blickwinkel der beiden Akteure bietet das IFZ-Konzept Vorteile: 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 wirkt sich damit auch positiv auf die Attraktivität des IFZ aus. Die Vertragsärzte in einem IFZ können ihre Patienten über das gesamte Behandlungsspektrum betreuen, als Vertragsärzte in der konservativen Grund- und Spezialversorgung, als Belegärzte bei stationärem Behandlungsbedarf. Das Krankenhaus kann sein Leistungsspektrum um ein Fach ergänzen, das ansonsten aufgrund niedriger Fallzahl nicht rentabel in einer Hauptabteilung darstellbar ist; 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. Das Krankenhaus muss nicht

Foto: Fotolia/Jakub Jirsák

eigenverantwortlich in der ambulanten Versorgung tätig werden, seine Rolle beschränkt sich auf die des Vermieters.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind augenärztliche IFZ somit eine Blaupause für zukunftsweisende Kooperationen in anderen Fächern. IFZ verkörpern quasi einen ambulanten Mittelstand, also eine relativ neue Variante der traditionell von Kleinteiligkeit geprägten vertragsärztlichen Versorgung. In jedem der 19 Ocunet-Zentren arbeiteten im Jahr 2015 im Durchschnitt 19 selbstständige oder angestellte Fachärzte. Alle zusammen versorgten sie rund fünf Prozent aller nicht chirurgischen und 15 Prozent aller chirurgischen augenmedizinischen Patienten. Innerhalb der kleinteiligen vertragsärztlichen Strukturen sind diese Versorgungszahlen das, was man salopp „eine richtige Hausnummer“ nennen würde.

Hinzu kommt: Jedes der Zentren tritt nach außen einheitlich, mit einer Stimme, auf. Dass eine Kooperation mit vielstimmigen vertragsärztlichen Partnern viel zu aufwendig wäre – dieser verständlichen Sorge wird durch eine Konstruktion wie im IFZ von vornherein begegnet. Die Größe von IFZ ist zudem eine wichtige Voraussetzung für deren Professionalität: Das gilt nicht nur bezogen auf die fachliche Bandbreite – IFZ-Ärzte versorgen Patienten entsprechend ihrer Spezialisierung arbeitsteilig. Das gilt auch für das Management und die Organisation eines IFZ.

Versorgungsstrukturen wie jene in augenärztlichen Intersektoralen Facharztzentren wären auch für andere Fächer denkbar, primär für alle diejenigen, die aufgrund kleinerer stationärer Fallzahlen keine eigene Hauptabteilung in einem Krankenhaus rechtfertigen. Unter Versorgungsgesichtspunkten wäre dies sicher wünschenswert. Mit Ausnahme von ausgeprägten Querschnittsabteilungen wie der Intensivmedizin sind IFZ aber grundsätzlich für nahezu alle Fachgebiete vorstellbar.

## Intersektorale Modelle haben keine Lobby

Dass IFZ nicht schon längst flächendeckend gegründet wurden, hat verschiedene Ursachen. Das Belegarztwesen als wichtige Basis für IFZ-Konstruktionen an

Krankenhäusern wird seit Jahren ausgehöhlt. Die Finanzierung belegärztlicher Leistungen ist für Krankenhäuser, mehr noch für Vertragsärzte, extrem unattraktiv. Das Leistungsspektrum für Belegärzte wird über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) künstlich beschnitten. Und vor allem fehlt der politische Wille der beiden Versorgungsseiten – also der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits –, Kooperationsformen wie zum Beispiel IFZ zu fördern.

Das Ergebnis ist bekannt: Statt zusammenzuwachsen, haben sich die „Sektoren“ in den vergangenen 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. Das Honorararzt-Urteil des Bundesgerichtshofs hat letztere Entwicklung zwar verlangsamt. Ob das Belegarztwesen davon profitiert, ist aufgrund der anderen hemmenden Faktoren fraglich.

Vielleicht noch gravierender als die genannten Hindernisse ist jedoch die fehlende politische Unterstützung intersektoraler Kooperationen durch den Gesetzgeber. Per Gesetz wurden in den zurückliegenden Jahren zwar zahlreiche Ansätze zur ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser ermöglicht. Doch Kooperationen kommen nur am Rande vor. Dabei benennt ein aktuelles Gutachten 13 potenzielle ambulante Betätigungsfelder für Krankenhäuser. Der jüngste Krankenhaus-Report

identifizierte sogar 19 Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen. Doch darunter fand sich gerade eine kooperative Rechtsform, nämlich die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV).

Aus guten Gründen ist also der Eindruck zu gewinnen, als könne sich der Gesetzgeber einen intersektoralen Versorgungsbeitrag vonseiten vertragsärztlicher Einrichtungen gar nicht mehr vorstellen. In der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linksfraction im Deutschen Bundestag zu sektorenübergreifender Gesundheitsversorgung und Bedarfsplanung werden ausschließlich Instrumente aufgezählt und bewertet, die Krankenhäusern eine ambulante Tätigkeit erlauben. 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.

## Ambulante Leistungen sind für Kliniken zu teuer

Nun ließe sich argumentieren, dass Krankenhäuser eine ambulante fachärztliche Versorgung auch allein erbringen könnten und es dazu keiner Kooperation mit vertragsärztlichen Einrichtungen bedürfe. Doch diese Argumentation ist aus verschiedenen Gründen nicht haltbar. Eine ambulante fachärztliche Versorgung allein durch Krankenhäuser käme viel zu teuer. So unterschreitet der Erlös für eine ambulante Operation bis zum Faktor neun den Erlös

Nationales  
16. DRG-Forum

„Kooperationen mit Intersektoralen Facharztzentren“ ist Thema des Vortrags von **Dr. Ursula Hahn** auf dem **16. Nationalen DRG-Forum am 23. und 24. März in Berlin.**

Unter Moderation von **Dr. Josef Düllings**, Präsident des Verbandes der Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD), diskutieren außerdem im Workshop **„Ambulante Krankenhaus-Tätigkeit: Friedens- und ertragswahrende Strategien für Krankenhäuser“**

- **Dr. Regina Klakow-Franck**, Unparteiisches Mitglied, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin
- **Prof. Dr. Bernd Halbe**, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Dr. Halbe, Köln
- **Dr. Daisy Hünefeld**, Vorstand, St. Franziskus-Stiftung Münster

**Sichern Sie sich jetzt Ihren Platz und melden Sie sich an:**

[www.drg-forum.de](http://www.drg-forum.de)



Intersektoriale Facharztzentren



In der **OcuNet-Gruppe** sind insgesamt 19 augenmedizinische Zentren verbandlich organisiert; die Gruppe selbst ist Austauschplattform, Studienzentrale, Dienstleister und Interessenvertretung. Zusammengerechnet versorgen die Zentren rund 15 Prozent aller Augenpatienten in Deutschland, die (ambulant oder stationär) chirurgisch behandelt werden müssen. In jedem der Zentren arbeiten im Schnitt 19 Fachärzte für Augenheilkunde. Die Zentren sind insgesamt an über 300 Standorten tätig, und es bestehen 17 Kooperationen mit Krankenhäusern im Sinne von Intersektoralen Facharztzentren.

für die vergleichbare stationäre Operation in einer Hauptabteilung. Es wundert einen deshalb nicht, dass mehr als 20 Jahre nach Einführung des § 115b Sozialgesetzbuch V nur zwei Drittel der Krankenhäuser überhaupt ambulante Operationen anbieten.

Auch die Diskussion über die Zukunft der ambulanten Notfallversorgung zeigt Ähnliches: Ein aktuelles Gutachten beziffert die durchschnittlichen Kosten für ambulante Notfallpatienten in Krankenhäusern auf 126 Euro pro Fall. Tatsächlich lägen die Erlöse (bei Krankenhäusern wie in vertragsärztlichen Einrichtungen) aber nur bei 32 Euro. Um ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, müssen Krankenhäuser breiter aufgestellt sein als einzelne vertragsärztliche Einrichtungen. Das aber hat eben Auswirkungen auf ihre Kostenstruktur. Zu meinen, dass Krankenhäuser zum gleichen Preis tätig werden könnten wie ambulante Versorgungseinrichtungen, ist unrealistisch. Eine Verlagerung der ambulanten fachärztlichen Versorgung an Krankenhäuser würde deshalb zu erheblichen Mehrausgaben führen. Genau darum geht es ja auch, wenn derzeit von Zentrumszuschlägen für Kli-

niken oder einer besseren Honorierung komplexer ambulanter Notfälle die Rede ist.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Ambulante Versorgung umfasst viel mehr als die Spezialversorgung in Spezialambulanzen bei bestimmten Indikationen (Beispiele: ASV oder Rheumatologie) oder in einzelnen Fachgebieten (Beispiele: Strahlentherapie oder Hämatologie). Zur ambulanten Versorgung zählt in erster Linie auch der 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 die augenärztlichen IFZ zeigen inzwischen deutlich, welches Gewicht diese Versorgungsaufgabe mittlerweile hat.

Mit Ausnahme von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind alle Instrumente, die der Gesetzgeber bislang den Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung zur Verfügung gestellt hat, für die umfassende Versorgung einer großen Patientenzahl ungeeignet. Dass die vor allem in Krankenhaus-MVZ vertretenen Fachgebiete mehrheitlich nicht zu denen der fachärztlichen Grundversorgung zählen, hat gute Gründe. Die Bedingungen von ambulanter und stationärer Versorgung unterscheiden sich stark. Nicht nur das Patientenaufkommen ist im ambulanten Bereich pro Facharzt höher und die Vergütung niedriger. Ambulante Versorgung weist von Administration, Abrechnungseckdaten, Kooperationsintensität mit Kollegen anderer und derselben Fachgruppe bis hin zu Patientenerwartungen völlig andere Bedingungen auf. Zugespitzt: Wer gut und effizient stationäre Versorgung kann, kann nicht automatisch auch gut und effizient ambulante Grundversorgung – und vice versa.

## Bestehende Strukturen modifizieren

Dass viel mehr Krankenhäuser und vertragsärztliche Einrichtungen als heute in intelligenten, dauerhaften und patientenfreundlichen Kooperationen ihre bei-

derseitigen Stärken zur Geltung bringen und so funktionierende und bezahlbare Formen der intersektoralen Versorgung umsetzen, ist überfällig. Dem Grunde nach brauchte es dafür noch nicht einmal eine Reform der Finanzierung – Krankenhäuser und IFZ als der vertragsärztlichen Versorgung zugehörend 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 der Partner 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 Intersektoraler Facharztzentren der OcuNet-Gruppe mit Krankenhäusern an vielen Stellen in Deutschland.

Literaturhinweise bei der Verfasserin

**Dr. Ursula Hahn**  
Geschäftsführerin  
OcuNet Verwaltungs GmbH  
Friedrichstraße 47  
40217 Düsseldorf  
E-Mail: zentrale@ocunet.de