

Das Beste aus zwei Welten

Vertragsärztliche intersektorale Versorgung erfindet sich neu – belegärztliche Abteilungen verschwinden, intersektorale Facharztzentren verzahnen ambulante mit stationärer Versorgung

Mehr Intersektoralität für eine bessere verzahnte Versorgung – diese Forderung zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesundheitspolitik der letzten Jahre. Und mündet immer mal wieder in einen plakativen Gestaltungsversuch: Seit 2015 soll es der Innovationsfonds richten, davor waren es die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), die Disease Management Programme (2004) und die Integrierte Versorgung nach § 140 ff SGB V (2000).

Weit weg vom Politikrudel hat die ganze Zeit über die älteste intersektorale Versorgungsstruktur – das Belegarztwesen – effektiv und effizient Patienten über die Sektorengrenzen hinweg betreut. Diese Struktur wurde nicht nur nicht gefördert, im Gegenteil – es wurden immer weitere leistungsbezogene und wirtschaftliche Hürden aufgebaut (Hahn and Mussinghoff, 2017). Die Folgen sind unübersehbar: Viele belegärztliche Abteilungen sind bereits verschwunden oder auf eine Minitaturgröße geschrumpft (Schneider, 2017). Um nicht von diesem Abwärtssog verschluckt zu werden, muss sich die vertragsärztliche ambulante-stationäre Versorgung neu erfinden – Intersektorale Facharztzentren (IFZ) wie etwa der OcuNet Verbund sind dazu unser Lösungsansatz.

Augenheilkunde – Vorreiter bei Intersektoralen Facharztzentren

Die im OcuNet Verbund verbandlich organisierten großen augenmedizinischen / augenchirurgischen / belegärztlichen Zentren haben den Begriff der Intersektoralen Facharztzentren geschaffen. Drei augenmedizinische IFZ sind alleine in Niedersachsen tätig – z.B. die Augenärzte am Meer mit Hauptstandort in Wilhelmshaven, die Augenklinik Dr. Hoffmann mit Hauptstandort in Braunschweig und die Praxis und Augenklinik am Aegi, Praxis Dres. med. Höing, Nikolic, Witschel mit Hauptstandort in Hannover. Intersektorale Facharztzentren sind jedoch keinesfalls ein augenärztliches Phänomen, auch in anderen Fächern zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab.

Hintergrund für die Namensschöpfung war die Rückmeldung eines in Krankenhausfragen versierten Berliner Bundestagsabgeordneten, Herr Lothar Riebsamen, CDU, in 2015: Er meinte, der Begriff Belegarztwesen sei für viele

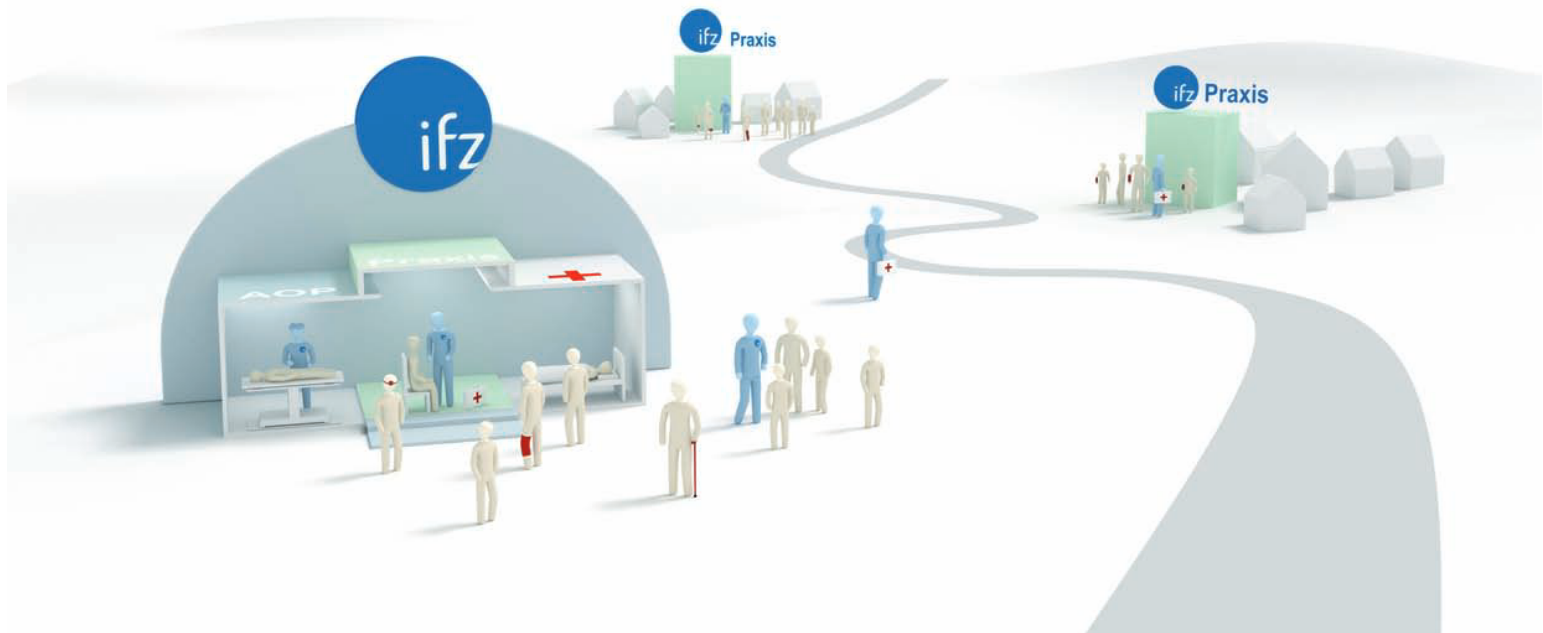
negativ besetzt. Das mag sich zwischenzeitlich bei einigen geändert haben – wir freuen uns sehr, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, aber auch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen nachdrücklich für das Belegarztwesen aussprechen und einsetzt.

Belegarztwesen unter Druck

Das Belegarztwesen traditionellen Zuschnitts hat es aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen zunehmend schwerer mit der Folge, dass viele Belegabteilungen immer kleiner wurden. Die Situation ist so weit fortgeschritten, dass jetzt der Gemeinsame Bundesausschuss das Belegarztwesen in den „tragenden Gründen“ (Mai 2018) zur stationären Notfallversorgung kritisch bewertet: „Die Strukturen belegärztlicher Einheiten ... reichen von Kleinsteinheiten ... mit gelegentlicher Belegung bis hin zu großen, räumlich und organisatorisch abgrenzbaren Abteilungen. Es ist nicht ... sichergestellt, dass in allen Belegseinheiten im Bedarfsfall (im Notfall) eine fachärztliche Präsenz binnen angemessener Frist gewährleistet ist. Die von Belegärzten erbringbaren Leistungen sind nicht in allen Bereichen so weitgehend, wie der Leistungsumfang der stationären Versorgung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Der G-BA zeigt damit mehr als deutlich den Reformbedarf auf und definiert die Kriterien für eine versorgungsrelevante stationäre Versorgung durch belegärztliche Einrichtungen. Letztlich bestätigt er damit auch das Konzept und die neue Begrifflichkeit von „Intersektoralen Facharztzentren“.

Vorteile aus zwei Welten

Intersektorale Facharztzentren (IFZ) betreuen ihre Patienten sowohl ambulant als auch stationär – soweit nichts Neues. Sie unterscheiden sich jedoch in mehreren Punkten vom traditionellen Belegarztwesen: Häufig sind IFZ mit eigenen Leistungsstandorten auf dem Gelände von Krankenhäusern angesiedelt. Für den Patienten ist bei dieser „Shop in Shop Lösung“ nicht einmal erkennbar, ob es sich um Leistungen des Krankenhauses oder einer vertragsärztlichen Praxis handelt. In Intersektoralen Facharztzentren arbeiten viele selbstständige und angestellte Fachärzte unter einem Praxis- bzw. MVZ-Dach zusammen. Da sich



die Aufgaben auf viele Ärzte verteilen, können mehr Patienten behandelt werden, aber auch die Erreichbarkeit für Notfälle ist leichter zu organisieren. Zugleich erlaubt die Arbeit in einem großen Team auch eine größere Spezialisierung. IFZ versorgen ihre Patienten i. d. R. über ein breiteres Spektrum als es dem Einzelkämpfer möglich wäre.

Gegenüber Hauptabteilungen weisen IFZ einige wesentliche Vorteile auf: Krankenhäuser bieten zwar häufig ambulante Operationen und auch einige ausgewählte ambulante konservative Leistungen, in der konservativen Basisversorgung sind sie jedoch eher nicht zu Hause. Das ist bei IFZ anders: Sie betreuen Patienten von der konservativen Basisversorgung über ambulante Operationen bis zur stationären Versorgung. Der Schwerpunkt liegt dabei klar bei den ambulanten Leistungen – die aktuellen Rahmenbedingungen „bestrafen“ bekanntlich Vertragsärzte für stationäre Versorgung. Und sie übernehmen oft Versorgungsverantwortung in der Fläche – Filialen an peripheren Standorten sichern bessere Flächendeckung. Die Mehrzahl der Standorte von im OcuNet Verbund zusammengeschlossenen augenmedizinischen IFZ ist in schlechter versorgten Regionen tätig (Hahn et al., 2018).

Vor allem aber „können“ IFZ beides: sowohl ambulante Leistungen – was nicht nur ambulantes Operieren und Spezialversorgung umfasst, sondern gerade auch den nach Fallzahlen mit Abstand größten Bereich der fachärztlichen Grundversorgung – als auch stationäre Versorgung. Tatsächlich sind die Versorgungskulturen in den beiden Sek-

toren hoch unterschiedlich. Das zeigt sich schon an der Fallzahl: Ein Facharzt für Augenheilkunde betreute z. B. 2012 in der Klinik 538 Patienten, sein Kollege in der ambulanten Versorgung dagegen 5.357 pro Jahr. Und selbstverständlich ist es auch eine Herausforderung, mit Fallvergütungen um die 25 Euro (das entspricht in etwa der durchschnittlichen KV-Quartalsvergütung pro augenmedizinischen Patient in der ambulanten Versorgung) zurechtzukommen, wenn man an DRG-Pauschalen gewöhnt ist.

Kooperation, nicht Konfrontation

Das IFZ richtet sich nicht gegen jemanden, im Gegenteil bietet es Vorteile für alle Beteiligten. Für den Patienten wird eine schnittstellenfreie Versorgung geboten. Alle relevanten Daten liegen für alle Behandlungsschritte vor. Aus einer Hand wird er über das gesamte Behandlungsspektrum von konservativer Grund- und Spezialversorgung über ambulante Operationen und – bei Bedarf – auch stationär betreut. Das IFZ hat die Möglichkeit, die Infrastruktur des Krankenhauses zu nutzen und weiß seine Patienten auch dann in guten Händen, sollte eine stationäre Versorgung einer oder mehrerer anderer Fachdisziplinen notwendig sein. Das Krankenhaus bekommt die Möglichkeit, sein Leistungsspektrum um ein Fach zu ergänzen, das ansonsten – vielleicht aufgrund niedriger Fallzahlen oder fehlender Fachärzte – nicht rentabel in einer Hauptabteilung darstellbar wäre. Und natürlich tragen die vom IFZ versorgten Patienten bei stationärer Versorgung auch zur Auslastung der Betten bei.



Eine weitere Facette in der vertragsärztlichen Landschaft

IFZ sind in den letzten Jahren nach und nach aus ganz traditionellen vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxen hervorgegangen, heute sind sie Seite an Seite mit anderen Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren tätig. Der insbesondere unter den jungen Medizinerinnen zu beobachtende Trend zur Anstellung und der Wunsch, im Team zu arbeiten, hat die Entwicklung sicher begünstigt. In größeren Einrichtungen sind flexible Arbeitszeiten oft leichter darzustellen, Subspezialisierungen sind hier explizit gewünscht.

Zugleich finden abgabewillige Praxisinhaber gerade an peripheren Standorten häufig keinen selbstständigen Nachfolger mehr. Die Übernahme dieser Sitze als Zweigpraxen

von IFZ ist oft aus der Not geboren: Vor die Wahl gestellt, ob der Standort mangels Nachfolger komplett verweist, werden Praxissitze übernommen und als mit einem angestellten Arzt besetzte Filialen in das IFZ integriert. Ohne diese Übernahme würde die Region gar nicht mehr versorgt. Eine Erhebung unter den im OcuNet Verbund verbandlich zusammengeschlossenen augenmedizinischen IFZ zeigt, dass die Filialen der Zentren mehrheitlich in tendenziell unterversorgten Regionen angesiedelt sind (Hahn et al., 2018).

Die Kooperation mit intersektoral tätigen IFZ hat aber noch andere Vorteile: Bei gemeinsamer Versorgung von Patienten ist der Übergang zwischen vertragsärztlichen Einrichtungen häufig unkomplizierter. Zudem kann sich der überweisende Arzt darauf verlassen, dass eine stationäre Versorgung nur ultima ratio sein wird.

Kritische Rahmenbedingungen trotz guter Eignung

IFZ sind nicht nur in den klassischen belegärztlichen Fächern – sprich Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Medizin, Orthopädie, Gynäkologie und eben Augenheilkunde – eine relevante Versorgungsstruktur. IFZ bzw. Varianten des IFZ Konzeptes spielen auch in anderen Bereichen eine wichtige (Versorgungs-)Rolle und gewinnen an Bedeutung. Beispiele hierfür sind die Schmerztherapie, die Kardiologie, die Hämatonkologie und die Psychiatrie. Dabei ist auch klar, dass IFZ keine omnipotente Versorgungsstruktur sind: Sie bietet sich primär nicht z.B. für eine Intensivstation, eine hoch interdisziplinäre Versorgungsherausforderung oder die hausärztliche Versorgung an. In ihren Versorgungsdomänen – am Übergang von ambulant nach stationär bzw. vice versa, bei Dominanz der (konservativen) ambulanten Versorgung, bei wohnortnahe Versorgungbedarf und einer ländlichen Umgebung – kommt ihr Versorgungspotenzial jedoch voll zur Geltung.

Aber auch IFZ brauchen die richtigen Rahmenbedingungen. Sie leisten derzeit die stationäre Versorgung unter dem Regelwerk für das Belegarztwesen. Das bedeutet, dass sie in ihrem Leistungsspektrum beschränkt sind (es dürfen nur die Operationen und Prozeduren dokumentiert werden, die explizit in Anlage 2 des EBM genannt werden) und deren Vergütung deutlich unzureichend ist. So liegt der Erlös bei belegärztlicher Versorgung um rd. 40 Prozent unter dem bei ambulanter, obwohl der zeitliche Aufwand für den Arzt höher ist (Hahn and Mussinghoff, 2017). IFZ werden dauerhaft nur funktionieren, wenn die dem EBM geschuldeten Leis-

tungsbeschränkungen wegfallen, der für Krankenhäuser übliche Verbotsvorbehalt muss kommen. Und natürlich geht es auch um Geld: Die derzeit desaströse Vergütung benötigt eine gründliche Überarbeitung.

Was wir uns wünschen: Dass sich der Gesetzgeber in dieser Legislaturperiode anders als in den vielen vorangegangenen weniger um neue intersektorale (und mit Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis durchaus schwierige) Versorgungsstrukturen kümmert, sondern sich vielmehr dem Erhalt und der Fortentwicklung existierender, funktionierender und etablierter Strukturen verschreibt. Wir stellen gerne unser Know-how zu Intersektoralen Versorgungszentren zur Verfügung.

Dr. rer. medic. Ursula Hahn, Geschäftsführerin des Ocu-Net Verbundes

Dr. Burkhard Awe, leitender Arzt des intersektoralen Facharztzentrums Augenärzte am Meer

& Literatur

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS 2018. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. In: GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (ed.).

HAHN, U., AWE, B., KOCH, J. & MÄRZ, M. 2018. Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, im Druck.

HAHN, U. & MUSSINGHOFF, P. 2017. Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 2017, 244-254.

SCHNEIDER, A. W. 2017. Intersektorale Versorgung der Zukunft. Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild? Uro-News, 21, 34-39.

Auf den Punkt

Zitat des Monats

„Wir wollen die Versorgungsrealität neu denken und nicht nur Technik um der Technik willen betreiben.“

Dr. Daniel Overheu, Projektleiter und Ärztlicher Leiter der Telemedizin des Josef-Hospital Delmenhorst, bei der Vorstellung des gemeinsamen Telemedizin-Projektes der KVN und Johanniter-Unfall-Hilfe; Quelle: Ärztenachrichtendienst, „Niedersachsen testet den „Arzt on demand““, 3. August 2018

Anzeige

Ehemaliges olympisches Dorf von 1936 in Berlin



Investment | Townhouses & Wohnungen | Rekonstruktionsdenkmal

investieren-wohnen.de

Ihre Ansprechpartner: Gero Bretz und Fred Kösterke
Handelsvertretung der pact Finanz AG · Lärchenstraße 3
30161 Hannover · 0511-349 19 60 · 0171 - 586 80 28