

Versorgung der Zukunft



Inhalt

4	Herausforderung Versorgung	20	Die Jungen im Blick
6	Ambulant und stationär unter einem Dach	23	Eine Brücke zwischen ambulant und stationär
10	Verschiedene Standorte – zum Wohl der Patienten	24	Analyse des Reformbedarfs
13	Ein Konzept für den demografischen Wandel	26	Ja, aber ... Kritik an IFZ
14	Forschung gehört zum Konzept	28	Die Zukunft ist auch IFZ
17	Der wesentliche Erfolgsfaktor war Vertrauen	30	OcuNet: 19mal Qualität im Auge
18	Wo stehen wir in der sektorenübergreifenden Vernetzung?	32	Grafik
		34	Impressum
		35	IFZ – die Struktur im Überblick



Grußwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Intersektorale Facharztzentren – da ist Ihr erster Gedanke möglicherweise: Schon wieder so ein neuer sperriger Begriff im Gesundheitswesen. Es stimmt: Intersektorales Facharztzentrum oder auch die Abkürzung IFZ gehen einem nicht ganz leicht von den Lippen. Aber es lohnt sich, sich den Begriff zu merken. Denn es steckt viel zukunftsweisendes Programm darin.

IFZ betreuen ihre Patienten intersektoral: von der ambulanten Grund- und Spezialversorgung über ambulante Operationen bis zur stationären Behandlung. Sie sorgen für kurze Wege, weil sie beispielsweise mit eigenen Leistungsstandorten auf dem Gelände von Krankenhäusern angesiedelt sind. In Intersektoralen Facharztzentren arbeiten viele selbstständige und angestellte Fachärzte mit einheitlicher Vertretung nach außen zusammen. Arbeitsteilig versorgen sie deshalb Patienten über das gesamte Spektrum ihres Faches. Und: Intersektorale Facharztzentren gründen häufig Filialen in ländlichen Regionen und tragen damit zur flächendeckenden Versorgung bei.

Sie haben IFZ noch gar nicht wahrgenommen? Sie sind keine Fiktion, denn es gibt sie bereits vielerorts in Deutschland, in etlichen Fachgebieten. Aber diese kooperative Arbeits- und Versorgungsform wurde bislang tatsächlich wenig wahrgenommen. Einen eigenständigen Namen hatte sie ja auch noch nicht.

Mit diesem IFZ Schwerpunktheft wollen wir das ändern. Wir – damit ist die OcuNet Gruppe gemeint, ein verbandlicher Zusammenschluss von augenmedizinischen Intersektoralen Facharztzentren. Wir stellen Ihnen in Reportagen einige OcuNet Zentren vor, erläutern deren Versorgungsansätze, lassen Experten mit ihren Meinungen zum Potenzial von IFZ zu Wort kommen, kommentieren die Systemhindernisse für Intersektorale Facharztzentren.

Warum das alles? Weil wir davon überzeugt sind, dass unsere Intersektoralen Facharztzentren heute schon einen wichtigen Beitrag zur Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung leisten. Und weil wir glauben, dass ihr Potenzial in Zukunft noch wichtiger werden wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Jörg Koch

Dr. rer. medic. Ursula Hahn



Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin der
OcuNet Verwaltungs GmbH

Dr. med. Jörg Koch
Vorsitzender des Aufsichtsrates
der OcuNet Gruppe

Herausforderung Versorgung

Die Akteure im Gesundheitswesen mögen sich an vielen Punkten uneins sein. Aber am folgenden Punkt sind sie es nicht: Für eine gute, weiterhin flächendeckende Versorgung bedarf es erheblicher Anstrengungen.

Die Bevölkerung in Deutschland wird immer älter. Sie benötigt schon allein deshalb sektorenübergreifende Versorgungsmodelle – um nämlich die Belastungen durch Krankheiten im Alter für den Einzelnen tragbar und für die Gemeinschaft finanzierbar zu machen. Und es müssen intelligente Konzepte umgesetzt werden, um wenigstens ansatzweise eine flächendeckende medizinische Versorgung zu garantieren.

„ In Deutschland wird es bis 2030 allein für über 60-Jährige rund 7,7 Millionen mehr ophthalmologische Behandlungsfälle geben.

Alle diese Herausforderungen betreffen auch die Augenheilkunde. Die Autoren des Weißbuchs zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland aus dem Jahr 2012 sind sogar der Meinung: in besonderem Maß. „Mehr als andere Fachbereiche ist die Augenheilkunde von der demografischen Alterung

der Bevölkerung betroffen, die zu einem enormen Zuwachs des Versorgungsbedarfs führt“, heißt es im Weißbuch. Auch „neue Diagnose- und Therapieverfahren wie zum Beispiel intravitreale Therapien bei der häufigen Altersabhängigen Makuladegeneration haben die Möglichkeiten der augenärztlichen Arbeit in den letzten Jahren erweitert.“ Die Nachfrage in diesem Fachgebiet sei groß und werde noch weiter steigen.

Dies gilt dem Weißbuch zufolge, obwohl es dank der neuen Möglichkeiten schon jetzt einen Rückgang der Inzidenz von Neuerblindungen und schweren Sehbehinderungen gibt. Und es gilt selbst unter der Annahme, dass ein besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu besserer Lebensqualität im Alter und längerem Sehvermögen führt. In Deutschland, so lautete die Hochrechnung, wird es bis 2030 allein für über 60-Jährige rund 7,7 Millionen mehr ophthalmologische Behandlungsfälle geben.

„ Die Ärztedichte in den Regionen entspricht nicht überall dem regionalen Bedarf.

Dass dieser steigende Bedarf eine große Herausforderung ist, hat auch die Bertelsmann Stiftung im Jahr 2014 in ihrem Faktencheck Gesundheit zum Thema Ärztedichte festgestellt. Die Ärztedichte in den Regionen entspreche nicht überall dem regionalen Bedarf, so das Fazit. Gerade in Ostdeutschland sei die Augenärztedichte gemessen am relativen Versorgungsbedarf zu gering.

„ Das Beharrungsvermögen vieler im System erschwert eine Versorgung.

Dass trotz steigender Arztzahlen vor allem „Basisversorger“ im ambulanten Bereich fehlen werden, hatte der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Eberhard Wille bereits im Jahr 2010 in einem Gutachten mit verschiedenen Szenarien vorgerechnet. Selbst wenn man zum Beispiel von einem Bevölkerungsrückgang um 3,5 Prozent in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2030 ausgehe, werde die Gesamtnachfrage nach ambulanten Leistungen steigen – und zwar um rund zehn Prozent bei Augenärztinnen und Augenärzten.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren eine Vielzahl von Instrumenten entwickelt, damit die Akteure im Gesundheitswesen die oben genannten Herausforderungen bewältigen können. Anreize zu einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung, vor allem einer intersektoralen Versorgung aus einer Hand mit dem Schwerpunkt auf der ambulanten Leistungserbringung, wurden immer wieder gesetzt. „Ambulant vor stationär“ – das ist immer noch geltende Maxime. Doch die Möglichkeiten von Zentrumszuschlägen, neuen Institutsambulanzen oder vor- und nachstationärer Behandlung erweiterten eher das Spektrum der Krankenhäuser als das des originär ambulanten Bereichs. Durchschlagende Verbesserungen blieben aus, nicht zuletzt wegen unzureichender finanzieller Anreize.

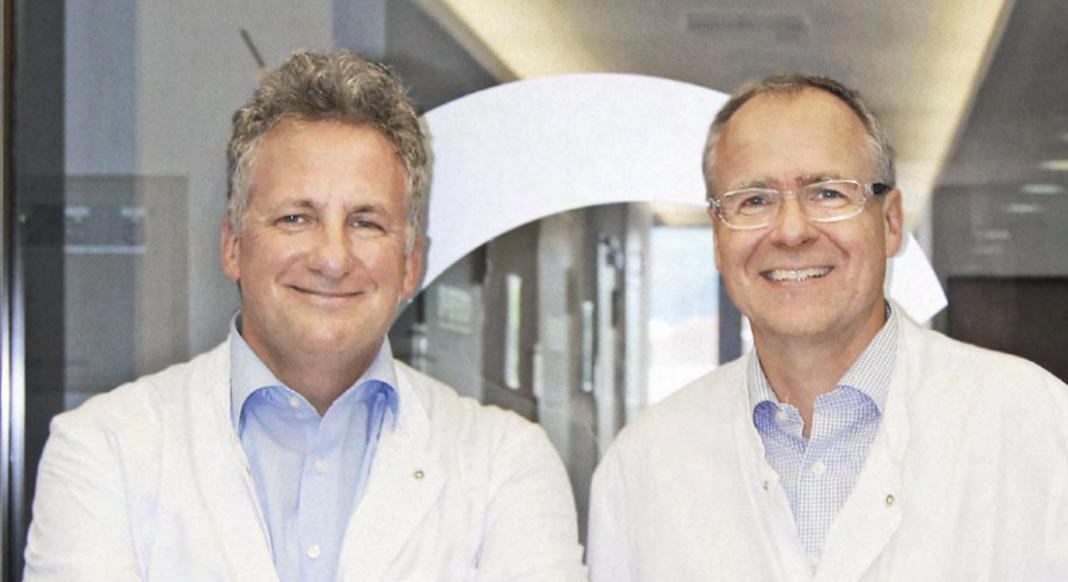
„ Ambulant vor stationär – das ist immer noch geltende Maxime.

Aber auch das Beharrungsvermögen vieler im System erschwert eine Versorgung, die

sowohl einer älter werdenden Gesellschaft entgegenkommt wie denen, die sie übernehmen im Fall der Augenheilkunde: jungen Augenärztinnen und Augenärzten auf der Suche nach ihrem beruflichen Weg, Medizinischen Fachangestellten auf dem Land, OP-Schwestern in Universitätsstädten, Orthoptistinnen mit Familie. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2003 darauf hingewiesen, dass chronisch Kranke und alte Menschen das Versorgungsgeschehen dominierten. Doch das medizinische System sei darauf nicht eingestellt. In den letzten Jahren ist zudem stärker in den Blick gerückt, welche Wünsche und Vorstellungen die sogenannten Leistungserbringer von morgen an das System haben. Auch in Bezug darauf trifft die Diagnose des Rates von 2003 zu.

Bereits im Jahr 2000 hatten sich die Experten mit dem Thema Bedarfsgerechtigkeit befasst und auch hier erhebliche Mängel festgestellt. Sie verlangten eine Umorientierung, wohl wissend, dass diese nur schwer zu erreichen sein würde: „Sie verlangt eine grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen, von Wissen und Werten. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der professionellen Akteure wie ihrer Institutionen. Strukturen und Grenzen innerhalb des Systems müssen sich an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt.“

Die Umorientierung ist noch nicht erfolgt. Aber – es gibt Akteure, die sich auf den Weg gemacht haben. Zum Beispiel in der Augenheilkunde.



3 **B**

Intersektorales
Facharztzentrum (IFZ)

Augenpraxis ►
◄ Augenklinik

IFZ Ärzte
Dr. med. Christoph Mathey (links)
Dr. med. Stephan Spang

Ambulant und stationär unter einem Dach

Wer ins Tuttlinger Augenzentrum kommt, der sagt oft: „Ich gehe ins Krankenhaus.“ Auf den ersten Blick stimmt das. Denn die Augen Partner Gruppe ist dort im Klinikum untergekommen. Doch ihre beiden Bereiche, das ambulante Augenzentrum und die Augenklinik, sind organisatorisch nicht Teil der Klinik.

„Ambulant und stationär – das ist heute kein Schwarz und Weiß mehr wie früher“, sagt Dr. med. Stephan Spang. In Tuttlingen versorgt der niedergelassene Augenarzt in Form einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. med. Christoph Mathey und weiteren selbstständigen und angestellten Kolleginnen und Kollegen Patienten. Ihre Augen Partner Gruppe ist eine überregionale Gemeinschaft von Augenärzten im Süden Baden-Württembergs.

» Das Spektrum: die gesamte augenärztliche Versorgung.

Das Spektrum umfasst die gesamte augenärztliche Versorgung. Das bedeutet: Bei einem roten Auge, einem Verdacht auf Altersweitsichtigkeit oder mit einem schielenden Kind wird man in Tuttlingen konservativ behandelt. Die Augen Partner Gruppe als Intersektorales Facharztzentrum (IFZ) ist dort aber zugleich als ein Zentrum fürs ambulante augenärztliche Operieren aufgestellt. Und als Belegärzte

können Spang, Mathey und Kollegen ihre Patienten außerdem stationär versorgen. Dafür haben sie eine ganze Etage im Klinikum gemietet und nutzen außerdem weitere Bereiche dort, beispielsweise Stationsbetten.

Vom einen zum anderen Versorgungsbereich sind es nur ein paar Schritte: Wartezimmer, Praxisräume, Sehschule, OP-Räume und Stationsbetten liegen alle nahe beieinander. Kein Schwarz und kein Weiß mehr, das bedeutet: Die Übergänge sind in der Augenheilkunde längst fließend. Wenn Spang bei einem Patienten ambulant einen grünen Star diagnostiziert, dann kann er diesen bei Bedarf auch stationär aufnehmen und selbst die Glaukom-Operation vornehmen. Hat Mathey in der Sprechstunde bei einem Patienten Probleme des hinteren Augenabschnitts entdeckt, muss er ihn zur Operation nicht in ein anderes, weit entfernt liegendes Krankenhaus überweisen, sondern kann ihm vor Ort helfen, indem er ihm selbst bei einem stationären Eingriff beispielsweise eine Membran von der Netzhaut peelt.

» Die Übergänge sind in der Augenheilkunde längst fließend.

„In unser Zentrum kommen ganz normale Augenarztpatienten. Aber wir operieren auch ambulant und stationär. Dass wir das alles unter einem Dach tun, unterscheidet uns von anderen“, sagt Mathey. Vor seiner Tätigkeit in Tuttlingen haben er wie auch

» Wir versuchen selbst, stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Spang in leitenden Funktionen in Kliniken gearbeitet. An ihrer augenchirurgischen Arbeit hat sich im Zentrum nichts geändert, betonen beide: Operiert wird im IFZ nach wie vor das gesamte Spektrum der Augenheilkunde. Aber, betont Mathey: „Hier kenne ich die Patienten, die ich operiere,

teilweise schon länger. Ich versorge sie nach einer Operation weiter und kann sehen, was diese bewirkt hat und was man in diesem Bereich vielleicht noch besser machen kann. Das gefällt mir sehr.“

Das Gros der augenärztlichen Operationen wird längst ambulant gemacht. Nur wenige Patienten müssen stationär aufgenommen werden, in Tuttlingen wie anderswo. „Wenn sie in der Klinik bleiben, zieht das häufig eine Nachfrage der Krankenkassen nach sich, ob das notwendig war“, berichtet Spang. „Dabei operieren wir gern ambulant und versuchen selbst, stationäre Aufenthalte zu vermeiden.“ Auf rund 9.000 kleinere und größere Operationen kommen Spang, Mathey und Kollegen in Tuttlingen pro Jahr. „Wir können uns von der Qualität und von der Menge her mit größeren Häusern messen“, finden die beiden Augenärzte. In den ambulanten Sprechstunden werden außerdem mittlerweile circa 70.000 Patienten pro Jahr versorgt.

Dass das Zentrum in der Klinik untergekommen ist, hat viele Vorteile. „Der Weg in die Notaufnahme ist kurz. Es gibt teilweise Synergieeffekte beim Einkauf. Wir nutzen die Sterilisation mit und können auf die Radiologie zugreifen. Und eine nette Cafeteria im Haus für unsere Patienten gibt es auch“, zählt Spang auf. Umgekehrt betreuen die Augenärzte des Zentrums Klinikpatienten mit, wenn die Kollegen der dortigen Stationen dies wünschen.

» Wir können uns mit großen Häusern messen.

Neben den normalen Belegbetten für ihre stationären Patienten können die Augenärzte die Komfortstation des Krankenhauses mitnutzen, die es gibt – für Patienten nämlich, die lieber schon eine Nacht vor einer ambulanten Operation kommen wollen, weil sie weiter weg auf dem Land wohnen. Oder weil sie allein leben und entscheiden: Ich will

lieber noch zwei Tage nach einer OP in der Klinik bleiben, auch wenn die Krankenkasse das nicht zahlt – und gut versorgt sein. „Unsere enge Kooperation mit dem Krankenhaus ist für alle Beteiligte – aber vor allem für den Patienten – von Nutzen“, erläutert Mathey. Wichtig ist den beiden aber, dass das Augenzentrum gegenüber dem Krankenhaus als selbstständiger Partner auftritt.

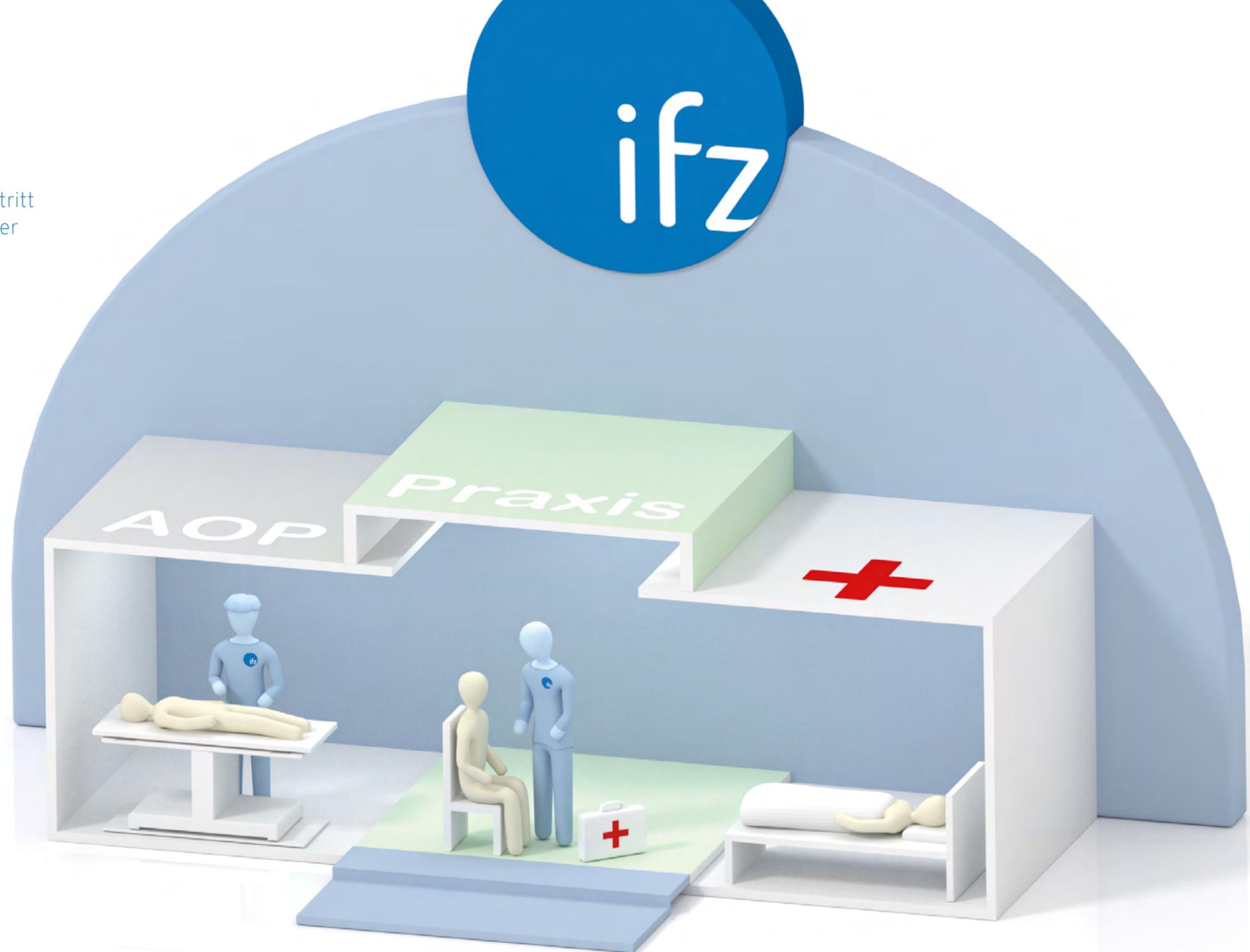
„Das Zentrum tritt als selbstständiger Partner auf.“

Die Honorierung ihrer Arbeit ist für Mathey und Spang aber ein anhaltendes Ärgernis. „Wir bekommen für die konservative ambulante Versorgung gerade einmal 21 Euro pro Patient und Quartal“, rechnen sie vor. Nur durch die ambulanten Operationen (AOP) und ihr großes Leistungsangebot können sie die konservative Versorgung quersubventionieren – und aufrechterhalten. Ein weiteres Ärgernis: In Hauptabteilungen an Krankenhäusern, an denen angestellte Ärzte die Patienten versorgen, können alle Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Bestimmte neuere Operationen sind hingegen in den Abrechnungsverzeichnissen von Belegärzten noch gar nicht vorgesehen. Wer sie durchführt, setzt sich der Gefahr aus, dass er der Falschabrechnung verdächtigt wird, und muss sich außerdem noch mit verhältnismäßig wenig Honorar zufriedengeben. Mit einer alternativen Lösung – Selektivverträgen – stößt man bei Krankenkassen nicht immer auf Interesse.

Und schließlich: Streng genommen lohnt sich bei der derzeitigen Honorierung eine belegärztliche Tätigkeit für keine Seite. Krankenhäuser erzielen

deutlich mehr Umsatz bei einer Operation in ihrer Hauptabteilung als mit einer belegärztlich vorgenommenen Operation. Und Belegärzte erhalten mehr Honorar, wenn sie einen Eingriff ambulant vornehmen statt stationär. Für Krankenkassen ist eine belegärztliche Versorgung allerdings finanziell attraktiv – sie kostet eben weniger als eine Versorgung in einer Hauptabteilung. Aber dadurch geraten sowohl Belegärzte wie Krankenhäuser mit Belegabteilungen auf Dauer ins Hintertreffen. So besteht die Gefahr, dass gut funktionierende Kooperationen zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten, wie sie beispielsweise am Krankenhaus Tuttlingen gelebt werden, keine Zukunft mehr haben.

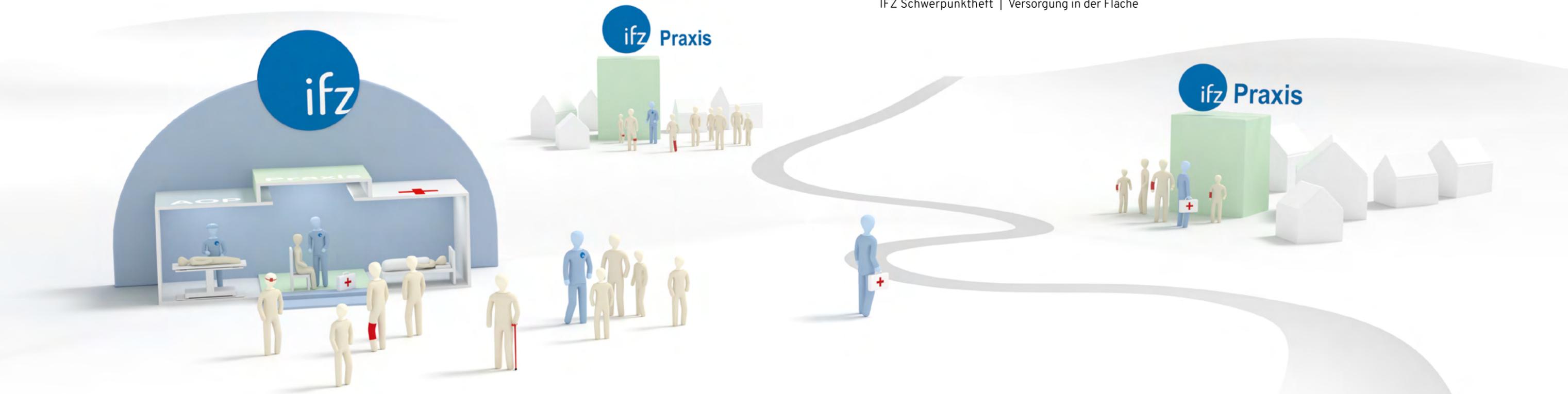
Gegen die Kollegen in Hauptabteilungen haben Spang und Mathey natürlich nichts einzuwenden – wohl aber gegen die Bevorzugung stationärer Strukturen.



„Das Honorar ist ein anhaltendes Ärgernis.“

„Wir operieren im Zentrum dieselben Patienten wie manche Kliniken, ambulant oder stationär, aus einer Hand versorgt – aber wir bekommen deutlich weniger Geld als die Kliniken. Zusätzlich müssen wir unsere Geräte allein finanzieren und erhalten keine Investitionskosten“, sagt Spang. Im augenärztlichen Bereich seien ambulantes und stationäres Angebot so eng zusammengedrückt, dass die bessere Bezahlung der Kliniken nicht mehr zu rechtfertigen sei – schon gar nicht angesichts der Effizienz in den Praxen, finden beide. „Auch die ganzen Overheadkosten unserer großen Organisation bekommen wir nicht bezahlt“, ärgert sich Spang. „Dabei helfen uns schlanke Abläufe doch, viele Patienten effizient zu versorgen.“

„Wir müssen unsere Geräte allein finanzieren.“



Verschiedene Standorte – zum Wohl der Patienten

Die Augen Partner Gruppe versorgt nicht nur in Tuttlingen unter dem Dach des dortigen Krankenhauses eine Vielzahl von Patienten. Als überörtliche Gemeinschaft von Praxen und operativen Standorten ist sie in einem Umkreis von 40 Kilometern Anlaufpunkt für Menschen mit Augenleiden. Moderne Technik hilft dabei, Wege zu sparen.

Das Augenzentrum in Tuttlingen mit ambulantem und stationärem Versorgungsangebot ist das administrative Zentrum für die anderen Standorte in der Region. In

„Jeder Partner übernimmt Verantwortung.“

der Verwaltungssprache ist Tuttlingen die Hauptbetriebsstätte einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft von Augenärzten und ihren Mitarbeitern, erklären Dr. med. Stephan Spang und Dr. Christoph Mathey.

Die beiden vertreten nach außen hin das Intersektorale Facharztzentrum (IFZ). Doch beide legen Wert auf die Feststellung, dass es in der Gesellschaft kollegial und kooperativ zugeht. Jeder Partner übernimmt Verantwortung sowohl für den eigenen Praxisstandort als auch für die Belange der gesamten Partnerschaftsgesellschaft.

Die Augen Partner Gruppe versorgt als Gemeinschaft von Praxen und operativen Standorten in Hechingen, Überlingen, Donaueschingen sowie Spaichingen eine Vielzahl weiterer Patienten in einem Umkreis von 40 Kilometern um Tuttlingen herum. An allen IFZ Standorten werden Patienten konservativ versorgt, an manchen darüber hinaus noch operativ. In Überlingen beispielsweise ist vor kurzem ein neues ambulantes Operationszentrum im Helios Spital entstanden, eine

„Wir müssen versuchen, gemeinsam die ganzen Patientenströme zu beherrschen.“

Konstruktion wie in Tuttlingen also. In Spaichingen ist die Praxis, die zur Augen Partner Gruppe gehört, ebenfalls im Klinikum zu finden – aber dort wird nicht operiert, sondern ein Kollege

bietet an zweieinhalb Tagen das gesamte Spektrum der konservativen Augenheilkunde an. Alle Standorte sind durch ein gemeinsames, hochmodernes Computernetzwerk verbunden. Es ermöglicht den Austausch von Patientenbefunden in Echtzeit und erspart so vielen Patienten, gerade in den ländlichen Regionen, lange Wege.

Die Menschen werden immer älter, und deshalb steigt der Bedarf an augenärztlicher Versorgung. Das Einzugsgebiet der Augen Partner Gruppe ist groß, die Zahl der augenmedizinischen Praxen vergleichsweise gering – eine Situation, wie sie häufig in ländlichen Regionen anzutreffen ist. Der Anspruch vieler Patienten, auch im Alter gut zu sehen, sorgt für wachsende Patientenzahlen in Tuttlingen. Und nicht nur dort: „In der Region haben alle Augenärzte genug Patienten“, stellt Spang klar. „Wir müssen versuchen, gemeinsam die ganzen Patientenströme zu beherrschen.“

Nur durch sehr effiziente Abläufe im normalen Sprechstundenbetrieb und beim Operieren kann dies gelingen, sind Spang wie Mathey überzeugt. An den Standorten des Augen Partner Zentrums dominieren kurze Wege vom einen zum anderen Bereich. Alle nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind in unterschiedlichen Bereichen spezialisiert, um die Ärztinnen und Ärzte möglichst umfassend zu entlasten. Das geht über Aufgaben in der Patientenversorgung hinaus. Eine IFZ Mitarbeiterin, erzählt Spang, habe die Abrechnung der

„Alle nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind spezialisiert.“

gesamten Verträge zur Intravitrealen operativen Medikamenteneingabe übernommen. Diese Therapie kommt bei Erkrankungen wie der feuchten altersbedingter Makuladegeneration (AMD) zum Einsatz, die bis vor wenigen Jahren nicht therapierbar war und bei vielen Patienten zur Erblindung führte. Allerdings hat nahezu jede Krankenkasse einen etwas anderen Vertrag entwickelt.

» Angebote, die für eine Einzelpraxis unrentabel wären.

Durch die Größe der Gemeinschaft sind zudem Angebote möglich, die für eine Einzelpraxis unrentabel wären. In Tuttlingen gibt es beispielsweise eine Sehschule für Kinder, die eine Orthoptistin führt, also eine nicht-medizinische Fachkraft für ophthalmologische Spezialgebiete (*Orthoptik und Pleoptik*). Unter Aufsicht eines der Augenärzte vor Ort versorgt sie beispielsweise schielende Kinder oder Schlaganfallpatienten in der Reha-Phase.

Dass in der Region eine Vielzahl von Bürgern augenärztlich versorgt werden kann, obwohl viele junge Augenärztinnen und Augenärzte nicht mehr nur aufs Land wollen, ist auch ein Erfolg dieser Gemeinschaft. Mittlerweile ist es allerdings fast unmöglich, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gruppe für ein gemeinsames Foto auf eine grüne Wiese zu bekommen, wie das noch 2014 gelang.

Denn alle heißt inzwischen: 15 Augenärztinnen und -ärzte, sieben Optiker, drei Orthoptistinnen, weitere über 80 nicht-ärztliche Angestellte. „Selbst bei unseren vielfältigen Strukturen ist es allerdings schwer, Nachwuchs zu gewinnen und zu halten“, sagt Spang. Dass es schwer ist, hat seiner Meinung nach mit gesetzgeberischen Vorgaben und der Politik der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Krankenkassen zu tun. „Wenn wir nach jungen Kolleginnen oder Kollegen suchen, dann wünschen sie sich meist eine Anstellung“, erläutert Spang. „Doch eine Praxis dürfen wir nicht allein mit angestellten Ärztinnen oder Ärzten besetzen. Aber selbstständige Partner wie wir wollen die Kollegen eben oft erst einmal nicht sein.“

Regelmäßiger Stress entsteht auch, wenn ein Kollege oder eine Kollegin sich verändern will, weggeht – und dann in maximal sechs Monaten ein Nachfolger für den freigewordenen Praxissitz gefunden werden muss. „In dieser Zeit schafft man das oft nicht

» Wenn wir eine Entlastung wollen, bekommen wir sie nicht.

und hat deshalb schnell den Sitz verloren. Dann werden die ohnehin überlasteten Kollegen mit den zurückgelassenen Patienten noch weiter belastet“, kritisiert Mathey. Auch die rigide Politik der Zulassungsausschüsse mit Vertretern der KV und der Krankenkassen finden die beiden Augen Partner Gruppe schwer auszuhalten. „Wir haben derart viele Patienten, dass wir einen weiteren Sitz und einen weiteren Kollegen gut gebrauchen könnten“, so Mathey. „Wir arbeiten wirklich viel. Aber wenn wir eine Entlastung wollen und bezahlen würden, bekommen wir sie nicht.“ Spang ergänzt: „Für eine überregionale Versorgung ist es auch ein Problem, in einem anderen Versorgungsbereich einen Sitz zu bekommen.“

Warum sie weitermachen als Gemeinschaft der Augen Partner Gruppe? „Wir halten unsere Strukturen für einen Fortschritt in der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung“, sagt Mathey. „Sie machen uns Spaß und bringen das System weiter. Vielen Politikern ist wahrscheinlich noch gar nicht klar, dass es eine Versorgung aus einer Hand wie unsere im IFZ schon gibt. Da müssen wir ansetzen.“

» Junge Kolleginnen und Kollegen wünschen sich meist eine Anstellung.

» Wir halten unsere Strukturen für einen Fortschritt.

Ein Konzept für den demografischen Wandel

„Das Gesundheitswesen in unserem Land befindet sich im Wandel, was sich unter anderem darin ausdrückt, dass die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung immer mehr verwischen. Daher halte ich Intersektorale Facharztzentren (IFZ) wie beispielsweise die Augenkliniken der OcuNet Gruppe für durchaus zukunftsweisend.

Diese sind insbesondere im ländlichen Raum eine gute Möglichkeit, die stationäre Versorgung in abgewandelter Form durch Vertragsärzte sicherzustellen. Hiervon konnte ich mich bereits im Rahmen von zwei Besuchen bei Intersektoralen Facharztzentren der OcuNet Gruppe und im Zuge dieser Besuche in Gesprächen mit den dort tätigen Augenärzten überzeugen. Unter anderem war ich am 22. März 2016 am Standort Überlingen zu Gast. Hauptthema war die Zukunft der ambulanten und stationären Versorgung von Vertragsärzten.

Das Konzept wie beispielsweise in Tuttlingen mit zwei operativen Standorten und mehreren ambulanten Betriebsstätten halte ich besonders vor dem Hintergrund des demographischen Wandels für wichtig. Eine im Durchschnitt stetig älter werdende Bevölkerung, deren Behandlungsbedarf dadurch steigt, profitiert davon, dass Zentren

wie die der OcuNet Gruppe neue Ansätze und Modelle der medizinischen Versorgung aufzeigen.

In dieser Legislaturperiode hat sich die Große Koalition intensiv mit dem Wandel der Versorgungsanforderungen in der Bundesrepublik Deutschland auseinandergesetzt. Mit mehreren Pflegestärkungsgesetzen und dem Strukturfonds für die Umwandlung von Krankenhäusern sind in diesem Zusammenhang wichtige Herausforderungen angegangen worden – um nur zwei Beispiele aus den letzten Jahren zu nennen.

Der Strukturfonds wird helfen können, um manche Krankenhausstandorte in etwas anderes, im Hinblick auf die zu erwartenden Anforderungen Vernünftiges, umzuwandeln. Das kann auch die Schaffung von ambulanten Strukturen sein, die von der Qualität her möglicherweise besser sind als das, was bisher da war.

Kleine Belegabteilungen haben angesichts der medizinischen und der versorgerischen Erfordernisse der Zukunft eher keine Perspektiven mehr. Doch eine stationäre Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in abgewandelter Form wie im Bereich der Augenheilkunde ist weiterhin von Bedeutung, um die ländliche Versorgung zu sichern.“

Lothar Riebsamen ist als Bundestagsabgeordneter der CDU Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags. Er ist Sprecher seiner Fraktion für das Thema Krankenhaus und war mit diesem Thema in den letzten Jahren gut ausgelastet.

Erfahrungen mit diesem Thema hat er als ehemaliger Verwaltungsdirektor und Aufsichtsrat kommunaler Kliniken gesammelt.





IFZ Ärzte*
St. Franziskus-Hospital
Münster

Forschung gehört zum Konzept

Wertschätzung des Menschen und wissenschaftliche Neugier – dieses Motto hat sich die Augenärzteabteilung am St. Franziskus-Hospital in Münster gegeben. Sie sieht sich damit auch als Problemlöser für Kollegen.

„Wir sind sehr sauber in der Rücküberweisung.“

Ein umfangreiches ambulantes Behandlungsspektrum, Ansiedelung direkt am Krankenhaus, mit Belegbetten dort, und kontinuierliche wissenschaftliche Arbeit – das alles gehört zum Konzept. „Wir wollten die große räumliche Nähe zum Krankenhaus, von Anfang an“, betont Dr. med. Jörg M. Koch, Leitender Arzt. Wir – das waren damals, 1993, Koch und sein Kollege Prof. Dr. med. Daniel Pauleikoff. Die beiden „wollten das, was wir aus unserer Tätigkeit am Universitätsklinikum Essen kannten, in kleinerem Rahmen fortsetzen – also auch weiter wissenschaftlich arbeiten“. Heute ist die Augenärzteabteilung am St. Franziskus-Hospital ein großes eigenständiges Intersektorales Facharztzentrum (IFZ) der Augenheilkunde.

Ihre selbstgewählte Aufgabe haben Koch und Pauleikoff im Lauf der Jahre, gemeinsam mit Kollegen und einer wachsenden Zahl von nicht-ärztlichen Mitarbeitern, auf verschiedene Arten gelöst. Dabei konzentrierten sie sich von Anfang an darauf, nur

* V.l.n.r.: Dr. med. Albrecht Lommatzsch, Dr. med. Jörg Koch, Prof. Dr. med. Arnd Heiligenhaus, Dr. med. Matthias Gutfleisch, Prof. Dr. med. Daniel Pauleikhoff, Dr. med. Carsten Heinz, Dr. med. Suphi Taneri, Dr. med. Meike Zeimer, Dr. med. Georg Spital.



„Wissenschaftliches Arbeiten heißt spielerisches Lernen.“

auf Überweisung zu arbeiten. „Unser Konzept lautete: Wir sind die Problemlöser von Augenärzten“, so Koch. Deshalb gehören eine umfangreiche Forschung und regelmäßige Publikationen mit zum Arbeitsalltag. Wer am zentralen Empfang des Augenzentrums anruft, wird deshalb stets gefragt, ob er auch eine Überweisung hat: „Da sind wir pingelig. Und wir sind immer sehr sauber in der Rücküberweisung.“

Mittlerweile überweisen rund 300 augenärztliche Praxen kontinuierlich Patienten an die Augenärzte am St. Franziskus. Das Team dort übernimmt jährlich rund 5.000 große Augenoperationen und mehr als 10.000 intravitreale Medikamenteneingaben. Zurzeit 35 Augenärzte, darunter 15 Fach- und 20 Assistenzärzte, bieten ein weites ambulantes und stationäres Behandlungsspektrum bei Katarakt, Erkrankungen der Hornhaut und des äußeren Auges, Netzhautablösung, Makuladegeneration und -dystrophien, Glaukomen, Uveitis oder anderen entzündlichen Augenerkrankungen sowie in refraktiver Chirurgie. Ihre Arbeit können sie nur bewältigen, weil im Augenzentrum mittlerweile auch rund 90 nicht-ärztliche Mitarbeiter angestellt sind. Das ganze Team am und im St. Franziskus ist auf rund 120 Frauen und Männer angewachsen.

„35 Augenärzte bieten ein weites Behandlungsspektrum.“

Die Augenärzte am St. Franziskus-Hospital: Dahinter steckt ein Konzept von ambulanter plus stationärer Versorgung aus einer Hand als IFZ, das auf Anhieb nicht leicht zu erfassen ist. Kommt man am Hohenzollernring 74 in Münster an, sieht man den vorderen Bereich des Krankenhauses und daneben als separates, langgestrecktes Gebäude das Augenzentrum, quasi Bereich 1. Dort gibt es einen glasüberdachten Empfang, eine Fülle von Behandlungsräumen, Büros, Wartebereichen, Personalräumen vom Keller bis unters Dach. Doch das Augenzentrum besteht nicht nur aus Bereich 1 am St. Franziskus, sondern auch aus Bereich 2 im St. Franziskus.

Geht man mit Koch ein paar Schritte vom Empfang über die kleine Zufahrtsstraße hinweg und dann im Krankenhaus um ein paar Ecken herum, dann ist man in Bereich 2. Dort liegen die Operationssäle des Augenzentrums für ambulante und stationäre Eingriffe, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit genutzt werden. Hinzu

„Der wesentliche Erfolgsfaktor war Vertrauen“

kommen weitere Büros, Wartebereiche und Behandlungsräume mit hochmodernen Lasern, vor allem für Patienten der refraktiven Chirurgie, die nach einem Eingriff ohne Brille oder Kontaktlinsen sehen wollen oder deren anderweitige Hornhautprobleme behandelt werden müssen. Insgesamt ca. 2.000 Quadratmeter sind für sämtliche Problemlösungen am Auge vorhanden.

Nachwuchsprobleme? Eigentlich nicht, überlegt Koch: „Wir haben viel weniger Probleme als andere Regionen, weil Münster eine attraktive Stadt ist und eben auch eine Universitätsstadt. Außerdem haben wir die volle Weiterbildungsmöglichkeit und bieten eine fundierte und breite Weiterbildung.“ Die Assistenzärzte rotieren durch das Zentrum und die Klinikbereiche und damit auch durch alle Spezialsprechstunden. Wie an der Klinik untersuchen sie den Patienten und stellen ihn dann einem erfahrenen Facharzt vor. Zweimal pro Woche sei Fortbildung von allen für alle. Weil es

„Zu forschen und ein Labor zu haben, das gehörte von Anfang an zu unserem Konzept.“

den leitenden Ärzten am Herzen liegt, verpflichten sie auch alle Assistenzärzte, wissenschaftlich zu arbeiten: „Wissenschaftliches Arbeiten heißt spielerisches Lernen“, findet Koch.

„Zu forschen und ein Labor zu haben, das gehörte von Anfang an zu unserem Konzept“, betont Koch. „Wir wollten einfach auch

unsere eigene Arbeit hinterfragen – und publizieren.“ Heute führt das Augenzentrum beispielsweise regelmäßig Studien für die Industrie durch. Allein vier der Mitarbeiterinnen sind Study nurses. „Wir betreiben ein richtiges Grundlagen-Forschungslabor, in dem vier Biologen arbeiten, zwei davon promoviert“, berichtet Koch.

Entzündungsprozesse zum Beispiel will das Team in Münster noch besser verstehen und behandeln können. Das Grundlagen-Forschungslabor sei ein teures Steckenpferd, so Koch. „Aber es hält uns als Team mit zusammen. Denn einige Kollegen arbeiten sehr gern wissenschaftlich und wollen forschen. Und so ein Labor passt auch zu uns. Wir sichern ja zu, umfassend Probleme am Auge zu lösen.“ Aber wissen die niedergelassenen Überweiser diese Forschungsarbeit wirklich zu schätzen? Koch ist davon überzeugt. Sie hätten vielleicht nicht immer die Zeit, englischsprachige Fachartikel des Teams zu lesen, aber deutschsprachige sehr wohl. Und weil die Kollegen des Augenzentrums am St. Franziskus auch regelmäßig Fortbildungen veranstalteten, vermittelten sie auch, „dass wir unter anderem ernstzunehmende Wissenschaftler sind. Dieses Engagement übersetzen die Kollegen in Kompetenz der Patientenversorgung. Und die besitzen wir ja auch.“

Kurz nachdem ich 1991 im Hospital zu arbeiten begonnen hatte, kamen zwei junge Ärzte und erklärten, sie wollten unsere stark geschrumpfte augenärztliche Belegabteilung übernehmen. Ihr Vorschlag: Wir bieten der Klinik ein breites Versorgungsspektrum, quasi eine Versorgung auf dem Niveau einer Hauptabteilung. Das hörte sich, vorsichtig formuliert, sehr sportlich an.

Aber die Geschäftsführung prüfte den Vorschlag und gab ihr Einverständnis. So fing es an, und so ist es geblieben: Wir haben uns immer abgesprochen, strategische Interessen abgeglichen, uns Schritt für Schritt weiterentwickelt. Rückblickend würde ich sagen: Der wesentliche Erfolgsfaktor war Vertrauen.

Mittlerweile steht ein Ärztehaus mit 21 Praxen auf unserem Gelände. Das augenärztliche IFZ war für das Miteinander ambulant-stationär immer ein Vorbild. Natürlich hat man auf Krankenhausseite in so einer Konstellation kein Weisungsrecht gegenüber den Ärzten. Sie sind schließlich selbstständig. Das wurmt viele Kliniken. Deshalb braucht es verschiedene Voraussetzungen, damit solch ein Modell funktioniert. Sehr wichtig ist die hohe Identifikation der Niedergelassenen mit dem Krankenhaus. Außerdem müssen sie großes

Verständnis für die dortigen Abläufe und Anforderungen haben. Wenn ich eine Patientenakte benötige, benötige ich eine Patientenakte – keine Ansammlung von Blättern, und das vielleicht erst nach Tagen.

Umgekehrt muss man bereit sein, die Niedergelassenen einzubinden, damit sie sich nicht wie das fünfte Rad am Wagen fühlen. Die Augenärzte sind bei uns in die Berichts- und Planungsstruktur integriert und zudem institutionell verankert: Prof. Daniel Pauleikhoff ist stellvertretender Ärztlicher Direktor. Und: Die gemeinsamen Ziele müssen stimmen. Da halte ich es übrigens für einen Vorteil, dass auf beiden Seiten Unternehmer sitzen. Aber die Chemie muss auch im Team eines Intersektoralen Facharztzentrums selbst stimmen. Dazu braucht es Leitfiguren, die alles zusammenhalten. Zudem müssen Krankenhaus wie Niedergelassene bereit sein, die Jüngeren einzubinden.

Wenn alles passt, ermöglicht die gemeinsame Struktur – Praxis, Belegarzt, Krankenhaus – ein qualitativ hochstehendes Angebot, wirkliche High-End-Medizin. Und das, verbunden mit einer schlanken, preiswerten, durchgängigen Versorgung der Patienten, ist es doch, was alle im System wollen.

Burkhard Nolte ist Geschäftsführer des St. Franziskus-Hospitals Münster.

Er hat zusammen mit dem damaligen Geschäftsführer Rudolf Kösters die Gründung des Augenzentrums mitgetragen und dessen Weiterentwicklung begleitet und unterstützt.





Dr. Dominik Graf von Stillfried
Geschäftsführer
Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in Deutschland

Wo stehen wir in der sektorenübergreifenden Vernetzung?

Das Modell Intersektoraler Facharztzentren (IFZ) weist Wege in die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung. In den kommenden Jahren müssen neue Antworten auf veränderte Rahmenbedingungen gefunden werden. Dazu gehören

- der rapide steigende Anteil angestellter Ärzte und Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung,
- die sich verändernde Arbeitsteilung zwischen vertragsärztlicher und stationärer Versorgung im Zuge einer fortschreitenden Ambulantisierung in der Medizin,
- die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung in der Breite ihrer zunehmenden Subspezialisierung auch in ländlichen Räumen mit ausgedünnter Bevölkerung und
- neue Strukturen in der Notfallversorgung, die der insbesondere in den Ballungszentren steigenden Zahl von Krankenhausaufenthalten ohne ärztliche Einweisung entgegenwirken können.

Warum bieten IFZ hierfür vielversprechende Lösungsansätze?

1 Die Diskussion um die steigende Direktinanspruchnahme der Krankenhäuser („Selbsteinweisungen“) und die Einrichtung wirksamer Portalpraxen zeigt, dass diese auch während der Praxisöffnungszeiten, also im Prinzip fast rund um die Uhr, besetzt sein müssen, um die Rettungsstellen von Fällen zu entlasten, die keine echten Notfälle darstellen. Wenn Versicherte Krankenhäuser zunehmend direkt aufsuchen, weil sie dort fachübergreifende Versorgung aus einer Hand erwarten, werden sich Portalpraxen perspektivisch zu fachübergreifenden, ambulanten Versorgungszentren entwickeln müssen.

2 Völlig undenkbar ist aber, solche ambulanten Versorgungszentren an jedem Krankenhaus einzurichten. Würde an (nur) 500 Krankenhausstandorten ein kinderärztlicher Notdienst im 16/7-Betrieb eingerichtet, müsste jeder niedergelassene Kinderarzt einmal wöchentlich eine 8-Stunden-Schicht leisten. Sollte jeder Kinderarzt eine solche Schicht nur einmal pro Monat leisten, müsste dafür die Zahl der Kinderärzte verdreifacht werden. Diese Kapazität besteht nicht, auch nicht unter Berücksichtigung der in Krankenhäusern tätigen Kinderärzte. Erforderlich ist also eine Konzentration fachübergreifender Versorgungszentren an ausgewählten Krankenhausstandorten. Ob, wie und wo dies realisiert werden kann, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Betroffenen vor Ort entscheiden.

3 In vielen ländlichen Regionen wäre dies ein möglicher Weg, die ‚knappe Ressource‘ Facharzt an verkehrstechnisch günstigen Standorten zu konzentrieren. Dies dürfte die Besetzung von Arztsitzen erleichtern und sich effizienzsteigernd auswirken, da nach dem Prinzip des Belegarztes auch die Fachkompetenz in der stationären Versorgung verbreitert werden könnte. Dem Schrumpfungsprozess vieler ländlicher Krankenhausstandorte auf chirurgische und internistische Kernkompetenzen ließe sich entgegenwirken. In den Ballungsräumen muss die Zahl der Direktzugänge zum Krankenhaus durch die Krankenhausplanung auf Standorte mit vertragsärztlichen Anlaufstellen konzentriert werden. So würden die stationären Versorgungskapazitäten zugunsten einer Ambulantisierung der Versorgung reduziert werden können. Insgesamt ist davon eine steigende Versorgungsqualität zu erwarten.

4 Soll dem Anreiz zur Belegung vorhandener stationärer Kapazitäten entgegenge- wirkt werden, darf die Trägerschaft von ambulanten Versorgungszentren an den Krankenhausstandorten nicht den Krankenhäusern zufallen. Und: Im Idealfall wäre das Erdgeschoss der Krankenhausstandorte künftig Sphäre der vertragsärztlichen Versorgung. Der eigentliche stationäre Bereich begänne im ersten Stock, für Patienten nur durch ärztliche Einweisung aus der Sphäre der vertragsärztlichen Versorgung erreichbar. In diesem Szenario wäre die Kontinuität der Behandlung durch eine Renaissance des belegärztlichen Prinzips zu realisieren.

5 In größeren Versorgungszentren lassen sich flexiblere Arbeitszeiten, Teamarbeit und Bündelung von Subspezialisierungen gut realisieren, sowohl mit angestellten als auch mit selbstständigen Ärzten. Wie internationale Erfahrungen zeigen, dürfte es in diesem Kontext auch leichter sein, im Wege etwa von Telekonsilen spezifische Kompetenzen zwischen Versorgungszentren auszutauschen, sollte dies zur Behandlung bestimmter Patienten erforderlich sein. Zugleich bieten diese ambulanten Einrichtungen das notwendige Umfeld, um jungen Ärztinnen und Ärzten künftig eine primär ambulant ausgerichtete Weiterbildung anzubieten. Wo nötig, kann diese durch die stationäre Versorgung in räumlicher Nähe ergänzt werden.

Neben einer für viele junge Ärzte offenkundigen Attraktivität enthält das IFZ Konzept auch den Kern für die Entwicklung notwendiger infrastruktureller Lösungen, die Antworten auf die absehbaren Herausforderungen im Gesundheitswesen geben können.

Die bereits praktizierten Lösungen im Bereich der augenärztlichen Versorgung stimmen zuversichtlich, dass eine solche Entwicklung aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte heraus auf den Weg gebracht werden kann.

Die an regionale Bedürfnisse angepasste Entwicklung zukunftsweisender Strukturen könnte aber durch eine Gesetzgebung beschleunigt werden, die diese nach dem Grundsatz ambulant vor stationär konsequent fördert.

Die Jungen im Blick



„Ich freue mich, wenn ich höre, wie zufrieden die Patienten sind.“

IFZ Ärztin
Dr. med. Stefanie Schmickler

Die große Praxis des Augen-Zentrum-Nordwest in Ahaus und ihre dazugehörige Augenklinik liegen zwar 1,5 Kilometer voneinander entfernt. Die zum Zentrum gehörenden Filialarztpraxen sind noch weiter weg. Doch an den Bedürfnissen junger Kollegen ist das Zentrum nahe dran.

„Alles. In Sicht.“ Dieser ältere Slogan ploppt immer noch auf, wenn man im Internet nach dem Intersektoralen Facharztzentrum (IFZ) in Ahaus sucht. Auch wenn das neue Motto „Alles Gute für Ihre Augen!“ heißt – der alte Leitspruch passt in mehrfacher Hinsicht noch. Er passt auf das umfassende diagnostische und therapeutische Angebot, wo sowohl Patienten mit einer Bindehautentzündung versorgt werden als auch solche, die eine Hornhauttransplantation benötigen. Und er passt dazu, dass das Zentrum mit der Fortführung von Praxen wie beispielsweise in Nottuln die augenärztliche Versorgung der Bevölkerung in entlegeneren Regionen im Blick hat. Zum Augen-Zentrum gehören auch noch Arztpraxen in Gronau, Lingen,

Münster, Meppen, Bad Bentheim und Burgsteinfurt.

Man kann „Alles. In Sicht.“ aber auch auf die Weitsicht beziehen, mit der die beiden Zentrumsinhaber Dr. med. Stefanie Schmickler und Dr. med. Olaf Carlsburg die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass junge Augenärztinnen und Augenärzte sich gern für eine Tätigkeit in dieser Ecke des Münsterlandes entscheiden.

Schmickler kann sich noch gut an die Zeiten erinnern, als ihre heute erwachsene Tochter klein war und sie berufliches Engagement und Mutterschaft möglichst gut vereinbaren wollte. „Ich wollte nach drei Monaten wieder arbeiten gehen



„Aber es ist nicht so einfach wie vor 20 Jahren, Nachwuchs zu gewinnen.“

IFZ Arzt
Dr. med. Olaf Carlsburg

an acht Standorten rund 100.000 Patienten pro Jahr. Das IFZ hat die volle Weiterbildungermächtigung. Wer sich hier zum Facharzt qualifiziert, kann alles lernen, was er braucht, von der konservativen Versorgung bis hin zu komplexen Augenoperationen. Schmickler engagiert sich zudem als fachliche Leiterin der OcuNet Camps, einem zentrumsübergreifenden Weiterbildungsangebot. Auch ihre eigenen Weiterbildungsassistenten besuchen die Camps und profitieren dabei von namhaften Referenten. Ihre Assistenzärzte schätzen Schmickler wie Carlsburg: „Mit denen haben wir wirklich Glück. Aber es ist nicht so einfach wie vor 20 Jahren, Nachwuchs zu gewinnen.“ Deshalb gehen beide Inhaber auf die Bedürfnisse der Jüngeren ein.

(siehe auch Interview mit Dr. med. Hendrik Buhl). Bis auf Schmickler und Carlsburg sind alle Ärztinnen und Ärzte angestellt, haben aber eine Umsatzbeteiligung. Von patientenfernen Tätigkeiten wie Materialbestellung, Abrechnung und Ähnlichem werden sie durch die zentrale Verwaltung weitgehend entlastet. Bei entsprechender Qualifikation können sie neben ihrer konservativen Tätigkeit Augenoperationen vornehmen.

Was ihr am besten gefällt an der Arbeitsform, die sie gewählt und mit ihrem Kollegen Carlsburg ausgebaut hat? „Dass es ein Team gibt, auf das man zählen kann und dass sich über Erfolge freut“, sagt Schmickler. „Ich freue mich auch, wenn ich höre, wie zufrieden die Patienten sind und dass sie keine Angst haben. Und mit den Kolleginnen und Kollegen im Umfeld kommen wir sehr gut klar. Einmal im Jahr veranstalten wir eine Fortbildung. Neben dem Fachprogramm ist dann immer Zeit, auch einmal über anderes als den Beruf zu sprechen.“



und habe deshalb früh nach einer Kinderfrau gesucht“, erzählt sie. „Sie sollte ins Haus kommen, damit ich beruhigt operieren kann.“

Inzwischen hat das IFZ eine eigene Tagesmutter unter Vertrag. Wenn Väter und Mütter entgegen der Planung noch Patienten versorgen, arbeitet sie auch länger. Unterstützt werden die jungen Ärztinnen und Ärzte zudem bei der Suche nach einem Kindergartenplatz. Auch das St. Marien-Krankenhaus, auf dessen Gelände der operative Bereich des Augen-Zentrum-Nordwest seit 2009 in einem Neubau untergekommen ist, hat schon mit freien Plätzen ausgeholfen. Mittlerweile versorgen 15 Fach- und fünf Assistenzärztinnen und -ärzte

Neben der Unterstützung bei der Suche nach einer guten Kinderbetreuung bieten sie eine gut strukturierte, umfassende Weiterbildung und viel OP-Erfahrung – was nicht selbstverständlich ist. Wer möchte, kann Teilzeit arbeiten – wie, wird im Einzelfall besprochen



„ In einem größeren operativen Team tätig zu sein – das passt.

Dr. med. Hendrik Buhl, angestellter Augenarzt
Augen-Zentrum-Nordwest
Fragen: Sabine Rieser

HERR DR. BUHL, WARUM HABEN SIE SICH DAFÜR ENTSCHEIDEN, AM AUGEN-ZENTRUM-NORDWEST ZU ARBEITEN?

Das hatte verschiedene Gründe. Ich habe sehr gern an der Universitätsklinik in Münster gearbeitet. Aber erfahrene Kollegen raten ja, die Weiterbildungsstätte auch einmal zu wechseln. Und mir wurde klar, dass mir die Arbeit an Forschungsprojekten und Publikationen, die an einem Universitätsklinikum erwartet wird, nicht zu 100 Prozent entspricht. Dr. Schmickler und Dr. Carlsburg sicherten mir eine umfassende Weiterbildung zu. Das hat geklappt. Ich war viel im OP und konnte auch im konservativen Bereich sehr viel von den erfahrenen Kolleginnen und Kollegen lernen.

MITTLERWEILE SIND SIE ALS FACHARZT ANGESTELLT. WIE UND WO ARBEITEN SIE JETZT AM ZENTRUM?

Seit Januar 2015 bin ich grundsätzlich immer montags in Ahaus und teile mir den Tag dort zwischen Operationen und einer Sprechstunde bis in den Abend hinein auf. An den anderen Tagen arbeite ich unterschiedlich lange in der Augenarztpraxis in Nottuln und versorge konservativ Patienten. Auch dafür war die Weiterbildung im Zentrum hilfreich. Die Umstellung von der Weiterbildung in einer Klinik auf die selbstständige Tätigkeit in einer Praxis fällt einem normalerweise schwer. Man versorgt in dieser Zeit ja weniger Patienten und stellt sie häufig noch einmal dem Oberarzt vor. Im Zentrum in Ahaus lernt man, selbstständig zu

arbeiten, kann aber immer erfahrene Kollegen hinzuziehen. Deshalb ist mir die Umstellung auf die Praxis in Nottuln ziemlich leichtgefallen.

WELCHE ROLLE SPIELT IHRE FAMILIE BEI DER ARBEITSAUFTEILUNG?

Eine große. Meine Frau arbeitet als Gynäkologin im Krankenhaus in Coesfeld. Wir haben zwei kleine Jungen von zwei und vier Jahren, deshalb müssen wir unsere Arbeitszeiten gut aufeinander abstimmen. Ich arbeite am Anfang der Woche mehr und habe dann donnerstags am Vormittag und freitags am Nachmittag frei. Meine Frau ist Donnerstag und Freitag lange in die Klinik, dann kommt meine Schwiegermutter zu uns. Unser Großer geht in die Kita, der Kleine startet im Januar. Bis jetzt läuft es ganz gut.

SIE WOHNEN IN COESFELD, EINER KLEINSTADT. VERMISSEN SIE MÜNSTER?

Nein. Wir konnten uns früher gar nicht vorstellen, von Münster wegzuziehen. Aber nun haben wir viel Platz und einen großen Garten, alles, was wir brauchen, um die Ecke, und beruflich haben wir es beide sehr gut getroffen. Meine Frau arbeitet gern am Krankenhaus in Coesfeld, und ich fühle mich auch sehr wohl im Zentrum. Eine reine Brillenpraxis hätte ich mir nicht vorstellen können. Aber in einem größeren Team operativ tätig zu sein und zusätzlich in einer Praxis, alles mit Kollegen, die man im Zweifel um Rat fragen kann – das passt.

Eine Brücke zwischen ambulant und stationär

Intersektorale Facharztzentren bilden – wie der Namen schon sagt – eine Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie stärken die Ansätze der sektorenübergreifenden Versorgung. Für Patienten bieten sie zudem die attraktive Möglichkeit, eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu erhalten mit einer durchgehenden Behandlungsoption.

Ich selbst konnte mich bei einem Besuch in Lohr vom dortigen Leistungsspektrum überzeugen. Dort sind drei Einrichtungen unter einem Dach vereint: die Gemeinschaftspraxis, das OP-Zentrum sowie eine Augen-Laser-Klinik. Ein Netz aus angegliederten Arztpraxen in Karlstadt, Marktheidenfeld, Hammelburg sowie Würzburg ergänzt dieses augenärztliche Angebot.

Der Ansatz Intersektoraler Facharztzentren wie in Lohr ist für dünner besiedelte Regionen hilfreich. Die enge Kooperation mit anderen Arztpraxen und Krankenhäusern ist zukunftsweisend. Dass es neben klassischen freiberuflichen Praxen nun auch große ambulante Zentren gibt, finde ich begrüßenswert. Sie tragen nicht nur dazu bei, die Versorgung in der Fläche sicherzustellen, sondern auch, junge Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten

Sabine Dittmar ist als Bundestagsabgeordnete der SPD Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags. Sie ist Sprecherin ihrer Fraktion für die Themen ambulante Versorgungsstrukturen, GKV-Finanzierung, Apotheken.

Dittmar ist Allgemeinärztin, ihr Heimatwahlkreis ist Bad Kissingen. Sie hat ihre hausärztliche Gemeinschaftspraxis, die sie im Fränkischen mit ihrem Ehemann führte, im Jahr 2010 zugunsten der Politik aufgegeben.

Versorgung weiterzubilden und dort möglicherweise dauerhaft zu halten. Zudem lassen sich innovative Versorgungsansätze in Intersektoralen Facharztzentren gut realisieren.

Gerade für die junge Ärzteschaft ist die Arbeit dort meist auch deshalb attraktiv, da sie den Ansprüchen an eine ausgeglichene Work-Life-Balance entgegenkommt und ein interessantes, modernes und teamorientiertes Arbeitsumfeld bietet. Viele junge Ärztinnen und Ärzte fühlen sich „draußen“, in einer Praxis, alleingelassen. Ihnen fehlt die Rückkoppelung, der Austausch mit anderen, wie er im klinischen Bereich üblich ist. In einem größeren Team ist dieser Austausch gut möglich.

Neue Versorgungsmodelle, die Überwindung von Sektorengrenzen und die Verzahnung der Leistungen sind politisch gewollt und können seit kurzem durch Mittel aus dem Innovationsfonds gefördert werden. Wichtig ist es, dass die innovativen Modelle, die sich bewährt haben, später in die Regelversorgung überführt werden. Hinzu kommt, dass wir gerade die Arbeit in kooperativen Versorgungsformen, ob Medizinische Versorgungszentren, Ärztenetze oder IFZ, weiter entbürokratisieren und flexibilisieren müssen.



Analyse des Reformbedarfs

Intersektorale Facharztzentren unterscheiden sich von den sonstigen Strukturen im ambulanten System. Aufgrund vielfältiger Restriktionen bleiben sie aber hinter den Möglichkeiten zurück, die ihr Versorgungsansatz grundsätzlich umfasst.

Reformen für eine bessere belegärztliche Versorgung

Die stationäre Versorgung in einem IFZ erfolgt formal als belegärztliche Betreuung. Diese ist weitgehend schnittstellenfrei, kontinuierlich, wohnortnah – und kostengünstig. Anreize zur unnötigen stationären Versorgung werden nicht gesetzt.

Die Rahmenbedingungen sind jedoch seit Jahren für alle am Belegarztwesen beteiligten Akteure ungünstig. Für Krankenhäuser und noch mehr für Belegärzte ist die Vergütung unattraktiv. Der belegärztliche Leistungskatalog ist aufgrund der Begrenzungen in der für Vertragsärzte / Belegarztärzte maßgeblichen Gebührenordnung, dem EBM, zu klein. Für IFZ fallen diese Aspekte besonders stark ins Gewicht, weil sie fallzahlstarke Belegabteilungen haben. Übergangsweise können sie die finanziellen Nachteile durch Quersubventionierung oder Selektivverträge abfedern. Langfristig gefährden diese Restriktionen jedoch die Zukunft der intersektoralen Versorgung.

Das Belegarztwesen benötigt sicher Bereinigungen. Belegärztliche Strukturen müssen fachspezifische Vorgaben zu Struktur- und Ergebnisqualität in Form von Größe der Einrichtung, Fallzahl, Leistungsbandbreite und räumlicher Nähe der Partner akzeptieren. Dafür muss die Finanzierung aber ausreichend sein – und das Leistungsspektrum muss dem medizinischen und technischen Erkenntnisstand im Fach entsprechen dürfen.

Für Reformen ist es unerheblich, ob das Belegarztwesen weiterhin sektorenspezifisch aus getrennten „Töpfen“ (*EBM für Vertragsarzt / Belegarzt – DRG für Krankenhaus*) oder aus einem „Topf“ bezahlt wird. Für Letzteres wären zum Beispiel Hybrid-DRG denkbar, so dass das IFZ das Krankenhaus für die in Anspruch genommenen Leistungen bezahlt. Ein auskömmlich finanziertes IFZ Modell könnte als Blaupause für Regionen dienen, in denen Haupt- in Belegabteilungen umgewidmet oder Krankenhausstandorte ausgedünnt beziehungsweise geschlossen werden.

Reformen für eine leichtere Anstellung von Ärzten

Rund zwei Drittel der in die vertragsärztliche Versorgung nachrückenden Ärzte wollen angestellt arbeiten. Größere ambulante Einrichtungen wie Medizinische Versorgungszentren (*MVZ*) und Berufsausübungsgemeinschaften (*BAG*) werden damit als Arbeitgeber immer wichtiger. Der Wandel in Richtung Anstellung muss aber durch geeignete Rahmenbedingungen flankiert werden.

Anstellungen sind zwar betriebsformübergreifend leichter möglich als früher. Trotzdem sind Hürden geblieben. So sind Steuer- und Sozialversicherungsrecht noch unzureichend harmonisiert. Ein selbst-

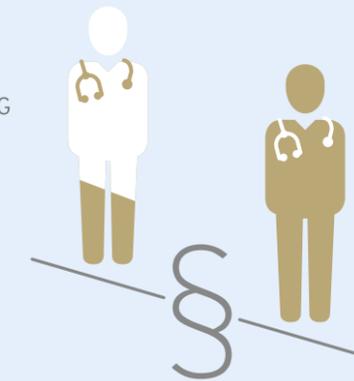
UMSÄTZE VON KRANKENHÄUSERN UND VERTRAGSÄRZTEN / BELEGÄRZTEN

am Beispiel einer Operation des grauen Stars (*Katarakt*), (*DRG C08B, OPS 5-144,3a*), Vergütungen / Honorare 2015

Perspektive Vertragsarzt / Belegarzt

€ 278 Operation in der BELEGABTEILUNG

€ 499 AMBULANTE Operation*



Perspektive Krankenhaus

Operation in der HAUPTABTEILUNG € 1.690

Operation in der BELEGABTEILUNG € 1.250

AMBULANTE Operation* € 499

* jeweils zuzüglich Sachkosten

ständiger Vertragsarzt ist von der Gewerbesteuer befreit, wenn er „aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird“, so das Einkommensteuergesetz. Er bleibt es auch im Fall der Anstellung von Kollegen, solange er aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf deren Tätigkeit Einfluss nimmt. Die Beachtung der möglichen Kollision von steuerlichen Rechtsnormen und Versorgungsaspekten machen in der Praxis unnötigen Aufwand, im Falle der Nichtbeachtung drohen jedoch weitreichende Konsequenzen.

Für Ärzte, die zugleich Arbeitgeber jüngerer Kollegen sind, entstehen ein höherer zeitlicher Aufwand und Kosten. Damit verbunden ist z.B. auch die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften (*Arbeitsschutzgesetze, Haftungsübernahmen, Beratungsleistungen*). Dieser Aufwand muss in den Gebührenordnungen abgebildet werden.

Wettbewerbsnachteile zu Lasten von medizinischen Einrichtungen, die ärztliche Kollegen anstellen, können nicht gewollt sein. Nachwuchsmediziner wollen vor allem als Angestellte ambulant arbeiten. Dazu müssen die Rahmenbedingungen passen. Eine besondere Problematik tritt auf, wenn Zentren Nachwuchsärzte weiterbilden. Auch Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung soll nach dem Willen des Gesetzgebers finanziell gefördert werden, allerdings nur in überwiegend konservativ tätigen Praxen. IFZ, die durchgängig eine Spezialisierung aufweisen, werden so diskriminiert.

Reformen zugunsten einer flächendeckenden Versorgung

Dass IFZ eine flächendeckende Versorgung anbieten können, ist neben der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung einer ihrer spezifischen Vorteile. Doch von Region zu Region unterschiedliche Positionen der Zulassungsausschüsse, Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Gerichte erschweren oft eine bedarfsgerechte Standortübernahme oder -gründung durch IFZ. So können überörtliche BAG zwar an verschiedenen Standorten tätig werden. Überall muss jedoch mindestens ein selbstständiger Arzt Patienten versorgen. Diese Anforderung ist angesichts der Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses für die Anstellung oft nur schwer zu erfüllen.

MVZ wiederum dürfen immer nur einen Hauptstandort haben. Um in der Fläche tätig zu sein, muss eine Trägergesellschaft gegründet werden, die mehrere MVZ betreibt. Das bedeutet mehr Aufwand und mehr Kosten. Trotz einer gegenteiligen Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums lehnen es die Zulassungsausschüsse ab, dass MVZ einen angestammten Sitz außerhalb des eigenen Bedarfsplanungsbereichs etwa als Zweigpraxis mit einem angestellten Arzt übernehmen. Auch ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts wirft Probleme auf: Danach muss ein Arzt, der nach Zulassungsverzicht weiter arbeiten möchte, mindestens drei Jahre lang als Angestellter unter neuer Leitung tätig sein, damit sein Praxissitz dem Zentrum nicht verloren geht.



Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin der
OcuNet Verwaltungs GmbH

Ja, aber ... Kritik an IFZ

Wie jede andere Versorgungsform im deutschen Gesundheitswesen müssen sich auch Intersektorale Facharztzentren Kritik gefallen lassen. Aber stimmt für die OcuNet Zentren, was IFZ vorgeworfen wird?

1 AMBULANTE ZENTREN BETREIBEN ROSINENPICKEREI. WIRKLICH SCHWIERIGE FÄLLE WERDEN VON IHNEN NICHT ANGENOMMEN, SONDERN AN DIE HAUPTABTEILUNGEN VON KRANKENHÄUSERN VERWIESEN.

Wie schwer krank die in augenärztlichen IFZ versorgten Patienten sind, lässt sich so einfach nicht angeben, denn dafür gibt es keine Datenbasis. Allerdings lassen sich aus der täglichen Versorgungspraxis heraus Belege gegen den Vorwurf der Rosinenpickerei finden. IFZ sind in aller Regel Kompetenzzentren für die augenärztlichen Praxen in ihrer Region. Von dort werden ihnen Patienten zur Mitbehandlung überwiesen – aber nur, solange die Qualität der Behandlung stimmt und in den IFZ das ganze Diagnostik- und Therapiespektrum abgedeckt wird. Auch die jährlich von OcuNet erhobene Statistik zu den Indikationsgebieten der operativen Patienten in den Zentren zeigt die große Bandbreite des Leistungsspektrums.

Die OcuNet Gruppe ist als freiwillige Qualitätsinitiative entstanden. Die dort verbandlich organisierten Zentren führten Studien zu patientenbezogener Versorgungsqualität durch. Die Ergebnisse sind zum Teil in international anerkannten Zeitschriften veröffentlicht. Einige der IFZ in der OcuNet Gruppe sind darüber hinaus auf internationalem Niveau an Forschung und Entwicklung neuer diagnostischer und medikamentöser Verfahren beteiligt. Wissenschaftliche Arbeit kostet Zeit und Geld. Die Zentren engagieren sich dafür aus der Motivation heraus, gute Medizin zu leisten.



2 GROSSE IFZ KÖNNEN DANK IHRER FINANZKRAFT DEN MARKT FÜR PRAXISSITZE „LEERKAUFEN“. KLEINERE PRAXEN HABEN DAS NACHSEHEN.

Mit Blick sowohl auf die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch auf die Preise für Arztsitze kann pauschal nicht von einer Verdrängung die Rede sein. Findet sich ein Arzt, der als Selbstständiger einen Arztsitz übernehmen will, dann hat er nach dem Sozialgesetzbuch V Vorrang. Institutionelle Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) dürfen als Praxisnachfolger erst berücksichtigt werden, wenn sich kein Vertragsarzt zur Übernahme bereit erklärt hat.

Es ist nicht zu bestreiten, dass manchmal mehrere Leistungserbringer Interesse an der Übernahme eines frei werdenden Praxissitzes haben. Dann geht es üblicherweise um attraktive städtische Standorte. IFZ benötigen ausreichend Arztsitze an ihrem „Kopfstandort“, damit angestellte Ärzte an den peripheren Standorten in gewissem Umfang auch am „Kopfstandort“ tätig werden können. Ohne diese Zusage lassen sie sich auf eine Tätigkeit in einer ländlichen Gegend nicht ein. Dort wiederum gibt es kaum eine Konkurrenz um Sitze. Häufig ist es so, dass nur das IFZ bereit ist, ländliche Sitze zu übernehmen. Ohne diese Übernahme würde die Region augenärztlich gar nicht mehr versorgt.

3 IFZ SIND DOCH NUR EIN EINFALLSTOR FÜR INVESTOREN INS GESUNDHEITSWESEN. SIE SIND NICHT AN VERSORGUNG INTERESSIERT, SONDERN WOLLEN DAS GESUNDHEITSWESEN NUR FÜR DIE EIGENE GEWINNMAXIMIERUNG AUSBEUTEN.

Investoren, die Eigentümer von medizinischen Einrichtungen sind, sind im deutschen Gesundheitswesen nichts Neues. Bei Kliniken (und angegliederten MVZ) hat dies eine lange Tradition. Doch was im einen Sektor akzeptiert ist, wird für den anderen abgelehnt. Dabei sind die Gründe für die Einbindung externer Investoren vergleichbar: Je größer das Unternehmen, umso schwieriger ist es, alle Investitionen aus privaten Mitteln zu finanzieren oder personelle Erfordernisse allein zu regeln. Zudem ist die Expertise von Managern aus anderen Branchen für die Führung großer Dienstleistungseinrichtungen häufig von Vorteil.

Die große Mehrheit der IFZ in der OcuNet Gruppe ist inhabergeführt, allerdings gibt es auch einige, bei denen Investoren die Mehrheit halten. Schlechtere Medizin bedeutet das nicht, im Gegenteil: Ihre Leiter sind besonders stark bemüht, ein hohes fachliches Niveau zu sichern und Gesetze sowie Compliance-Regeln gewissenhaft umzusetzen. Sie wissen, dass sie quasi unter Beobachtung stehen. Auch innerhalb der OcuNet Gruppe hat die Entwicklung zu Diskussionen geführt. Nach übereinstimmender Auffassung überwiegen jedoch die Gemeinsamkeiten, nicht die Unterschiede, allen voran das Ziel: Primat des ärztlichen Ethos und des kollegialen Miteinanders.

4 IFZ ÄRZTE KÖNNEN ALS BELEGÄRZTE IHRE KOLLEGEN IM KRANKENHAUS NICHT VOLLSTÄNDIG ERSETZEN, WEIL DIESE TAG UND NACHT FÜR NOTFÄLLE DA SIND.

Ein berechtigter Einwand, allerdings: Weil die augenärztlichen IFZ der OcuNet Gruppe am Krankenhaus angesiedelt sind, sind die Ärzte dort im Notfall schnell greifbar. Das ist schon heute so: als Belegärzte haben die Zentren für die eigenen stationären Patienten und auch stationäre Patienten anderer Fachrichtungen immer Rufbereitschaft.

Die Zukunft ist auch IFZ

Was halten Experten im Gesundheitswesen, die selbst kooperative Strukturen vorantreiben, von Intersektoralen Facharztzentren?
Was trauen sie diesem Versorgungsmodell zu?

Drei Antworten aus unterschiedlichen Ecken des Gesundheitswesens.



Sonja Froschauer,
Geschäftsführerin Bundesverband ambulante
spezialfachärztliche Versorgung e.V., München

Alleine in der Einzelpraxis –

für viele junge Ärztinnen und Ärzte ist dieses Arbeitsmodell undenkbar. Denn einerseits wünschen sie sich flexiblere Arbeitsmodelle, andererseits schätzen sie den Austausch im Team, gerade angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Facharztmedizin. Intersektorale Facharztzentren (IFZ) können hier die Chance bieten, junge Ärzte für eine vertragsärztliche Tätigkeit zu motivieren. Sie können somit einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung liefern.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verfolgt einen interdisziplinären und sektorenübergreifenden Ansatz. Voraussetzung zur Teilnahme ist die Bildung eines interdisziplinären Teams sowie von Kooperationen über die Sektorengrenzen hinweg. Dieser umfassende Teamansatz bedingt allerdings eine Professionalisierung der Managementstrukturen in den teilnehmenden Einrichtungen. IFZ stellen somit die Kern-Zielgruppe für die ASV dar, da dort die Strukturen für Vernetzung und professionelles Patientenmanagement bereits gegeben sind.



Prof. Dr. Volker Amelung,
Vorstandsvorsitzender Bundesverband
Managed Care, Berlin

Ambulante Versorgung

wird vornehmlich durch Kleinunternehmen bestimmt. Der Arzt beziehungsweise die Ärztin in der (Einzel-) Praxis sind nicht nur die dominierende Organisationsform, diese prägt zugleich auch die Wahrnehmung der gesamten ambulanten Versorgung.

Koordinierte Versorgung von Patienten ist so durchaus möglich, aber abhängig vom Engagement des Einzelnen. Intersektorale Facharztzentren gehören zu einem relativ neuen Typus von Versorgungsunternehmen, die aufgrund von Größe und Aufstellung für „Mittelstand“ stehen. Ihre Potenziale im Hinblick auf eine koordinierte und effiziente Patientenversorgung sind teamorientiertes Arbeiten und übergreifende Patientendokumentation unter einem Unternehmensdach, Vermeidung von Versorgungsabbrüchen und bessere Flächenabdeckung über Filialen und mit Hilfe angestellter Ärzte.

Intersektoralen Versorgungsunternehmen ist zu wünschen, dass sie den langen Atem und die Widerstandskraft mitbringen, die es für einen Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen braucht.



Franz Knieps,
Vorstand des BKK-Dachverbands,
Berlin

Die Herausforderungen

an das deutsche Gesundheitswesen sind vielfältig und komplex: Demografischer Wandel, technischer Fortschritt, Landflucht, Auflösung sozialer Bindungen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf mögen als Stichworte genügen. Zur Bewältigung gibt es keine einfachen Lösungen über Regulierungen. Klar ist aber, dass die alten, auf Abgrenzung und Revierverteidigung ausgerichteten Organisationsstrukturen die absehbaren Versorgungsprobleme nicht lösen. Das gilt ebenso für die tradierte Arbeitsteilung zwischen ambulant und stationär wie für die kleinteilige Organisation in Einzelpraxen. Auch das hierarchische Verhältnis zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen hat sich überlebt.

Deshalb bedarf es neuer integrativer Organisations- und Betriebsformen, die darauf ausgerichtet sind, Fehlentwicklungen zu beheben und Herausforderungen zu meistern. Dies können nur Organisationsformen sein, die Kommunikation statt Bürokratie, Koordination statt Doppelarbeit, Kooperation statt Über- und Unterordnung, Integration statt Trennung anbieten. Kurz gesagt: Wir brauchen flexible, integrativ ausgerichtete Zentren wie die IFZ.

OcuNet: 19mal Qualität im Auge



Intersektorales Facharztzentrum



In der OcuNet Gruppe sind insgesamt 19 Intersektorale Facharztzentren (IFZ) mit in der Summe über 180 Leistungsstandorten in der Augenheilkunde verbandlich organisiert. Wie sie arbeiten, was sie inhaltlich verbindet, aber auch, welche Resonanz ihre Arbeit findet – all dies war Thema der vorherigen Seiten des Schwerpunkthefts. Doch welchen Beitrag zur Versorgung leistet die OcuNet Gruppe? Wie groß sind die IFZ? Wie gestalten sich die Kooperationen mit Krankenhäusern? Antworten darauf in Form einer Faktenübersicht finden sich auf den folgenden Seiten.

Die 19 IFZ stehen für eine neue, moderne Art der Patientenversorgung: für kooperative ambulant-stationäre Strukturen, für moderne belegärztliche Versorgungsformen, für ein Miteinander von selbstständigen und angestellten Fachärzten bei klaren Leitungsstrukturen, für ein umfassendes augenärztliches Versorgungsangebot auch in der Fläche.

In den meisten Regionen Deutschlands kann man sich in einem IFZ der OcuNet Gruppe versorgen lassen. Sie sind als Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder als Berufsausübungsgemeinschaft organisiert und gehören zur vertragsärztlichen Versorgung. Allen gemeinsam ist, dass sie nach der Anzahl der Fachärzte, der nicht-ärztlichen Mitarbeiter und der Patienten groß sind: Im Durchschnitt arbeiten in einem IFZ 19 selbstständige oder angestellte Fachärzte und mehr als 100 nicht-ärztliche Mitarbeiter (2015). Ein weiteres Merkmal der Zentren ist, dass sie unter einheitlicher Leitung und gemeinsamer Außenvertretung stehen.

Groß sind die Zentren auch im Hinblick auf ihren Leistungsumfang: Zusammengerechnet versorgen sie rund 15 Prozent aller Augenpatienten in Deutschland, die (*ambulant oder stationär*) chirurgisch behandelt werden müssen. Außerdem betreuen sie rund fünf Prozent der nicht-operativen Patienten. Alle Zentren bieten die ganze Bandbreite der konservativen und operativen augenmedizinischen Versorgung an. Als regionale Schwerpunktzentren decken sie dabei auch Leistungsbereiche ab, die aufgrund ihrer Finanzierung oder der geringen Patientenzahlen andernorts nicht vertreten sind. Beispiele hierfür sind die Kinderaugenheilkunde oder die elektrophysiologische Diagnostik.

Jedes IFZ hat seine eigene Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte, jedes reagiert aber auf die Versorgungserfordernisse in der Region. Deshalb verfügt der weit überwiegende Teil über Filialen: 15 der 19 Zentren haben Zweigpraxen oder weitere Standorte gegründet. Im Durchschnitt hat jedes dieser 15 Zentren elf Standorte, an dem einer oder mehrere Leistungsschwerpunkte

angeboten werden. Die sogenannten Kopfstandorte der Zentren mit Filialen sind typischerweise in Klein- und Mittelstädten angesiedelt.

84 Prozent der Standorte bieten nicht-operative (*konservative*) Leistungen an, entweder ausschließlich oder in Kombination mit anderen Leistungsbereichen. 42 Prozent der Standorte bieten ambulante Chirurgie an, 14 Prozent eine stationäre Versorgung.

Schwerpunkt der meisten OcuNet Zentren sind Regionen, die nach dem Kriterium einer guten flächendeckenden Versorgung als problematisch gelten. 55 Prozent der Standorte mit einem konservativen Leistungsspektrum liegen in den Bedarfsplanungsregionen 4 (*mitversorgter Bereich*) und 5 (*selbstversorgter Bereich*), also den am dünnsten besiedelten Gegenden. Entsprechendes gilt für 55 Prozent der Standorte mit ambulanten Operationseinrichtungen und sogar für 68 Prozent der Standorte mit stationärem Angebot.

IFZ ohne Filialen sind in Städten wie München, Berlin oder Münster angesiedelt. Diese sind selbstverständlich auch in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig: Dazu arbeiten sie eng mit selbstständigen Praxen in ihrer Stadt oder der Umgebung zusammen und sehen sich für diese als Spezialisten oder Problemlöser für bestimmte Patientengruppen. Sie übernehmen daneben Aufgaben der sogenannten mittelbaren Patientenversorgung: Sie sind auf internationalem Niveau in der klinischen Forschung tätig, kooperieren dazu eng mit anderen Fachbereichen in den Krankenhäusern, in denen sie teilweise auch belegärztlich tätig sind, und tragen so zur Weiterentwicklung der augenärztlichen Versorgung bei.

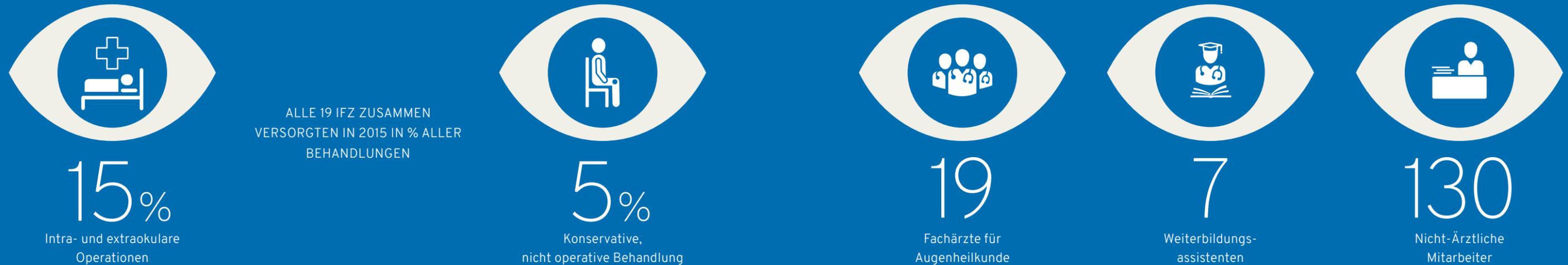
Eine intersektorale Versorgung wird von allen IFZ in Kooperation mit Krankenhäusern realisiert. Der Umfang dieser Kooperationen variiert jedoch: Unter den OcuNet IFZ finden sich auch solche mit klassischen Belegabteilungen, das heißt: Die Ärzte der Zentren kommen ausschließlich zur stationären Versorgung ins Krankenhaus. An der Mehrzahl der stationären Standorte ist die Kooperation allerdings viel weiter gefasst. An sechs der 22 stationären Standorte haben die IFZ zusätzlich einen ambulanten Operationsaal im Krankenhaus angemietet, an sieben weiteren Standorten sind stationäres, ambulant-operatives und konservatives Leistungsspektrum allesamt auf dem Gelände des Krankenhauses angesiedelt. Das Zentrum ist über einen Belegarztvertrag oder über Miet- beziehungsweise Kooperationsverträge mit dem jeweiligen Krankenhaus verbunden. Es bleibt aber in all diesen Konstellationen ein selbstständiger Partner.

Die OcuNet Gruppe selbst ist Austauschplattform, Studienzentrale, Dienstleister und Interessenvertretung für alle 19 Zentren – aber kein augenärztliches Großunternehmen. Sie unterstützt die angeschlossenen IFZ, zum Beispiel in Form von speziellen Weiterbildungsseminaren für Nachwuchsaugenärzte (*OcuNet Camp*). Hinzu kommen wissenschaftliche und anwendungsorientierte Projekte. So wurden in einer klinischen Studie auf Basis von Daten aus den Zentren Zielgrößen für die Ergebnisqualität augenchirurgischer Indikationen abgeleitet. OcuNet engagiert sich weiterhin in diversen Initiativen, zum Beispiel bei „Sehen im Alter“ des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbands sowie in der Projektgruppen- und Vorstandsarbeit des Bundesverbandes Managed Care e.V..

Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren

... sind in der OcuNet Gruppe verbandlich organisiert und versorgen operativ und nicht-operativ Patienten in großer Zahl

... sind Mittelständler. Im Schnitt arbeiteten pro IFZ in 2015



... leben Kooperationen mit Krankenhäusern und sind über weitere Standorte / Filialen in der Fläche präsent



IMPRESSUM

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zu diesem Schwerpunktheft zu Intersektoralen Facharztzentren haben, so schreiben bzw. faxen Sie uns, oder senden Sie uns eine E-Mail. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne kostenlos weitere Schwerpunkthefte zu. Sie können sich im Internet ausführlich über die OcuNet Gruppe informieren.

OcuNet GmbH & Co. KG
Friedrichstraße 47, 40217 Düsseldorf
Telefon: 02 11 - 179 32 66, Fax: 02 11 - 179 32 67
zentrale@ocunet.de
www.ocunet.de

HERAUSGEBER
OcuNet GmbH & Co. KG, Düsseldorf
2016

TEXT & REDAKTION
Dr. rer. medic. Ursula Hahn (V.i.S.d.P.), Düsseldorf
Sabine Rieser, Berlin

GESTALTUNG
Anke Lange, Düsseldorf

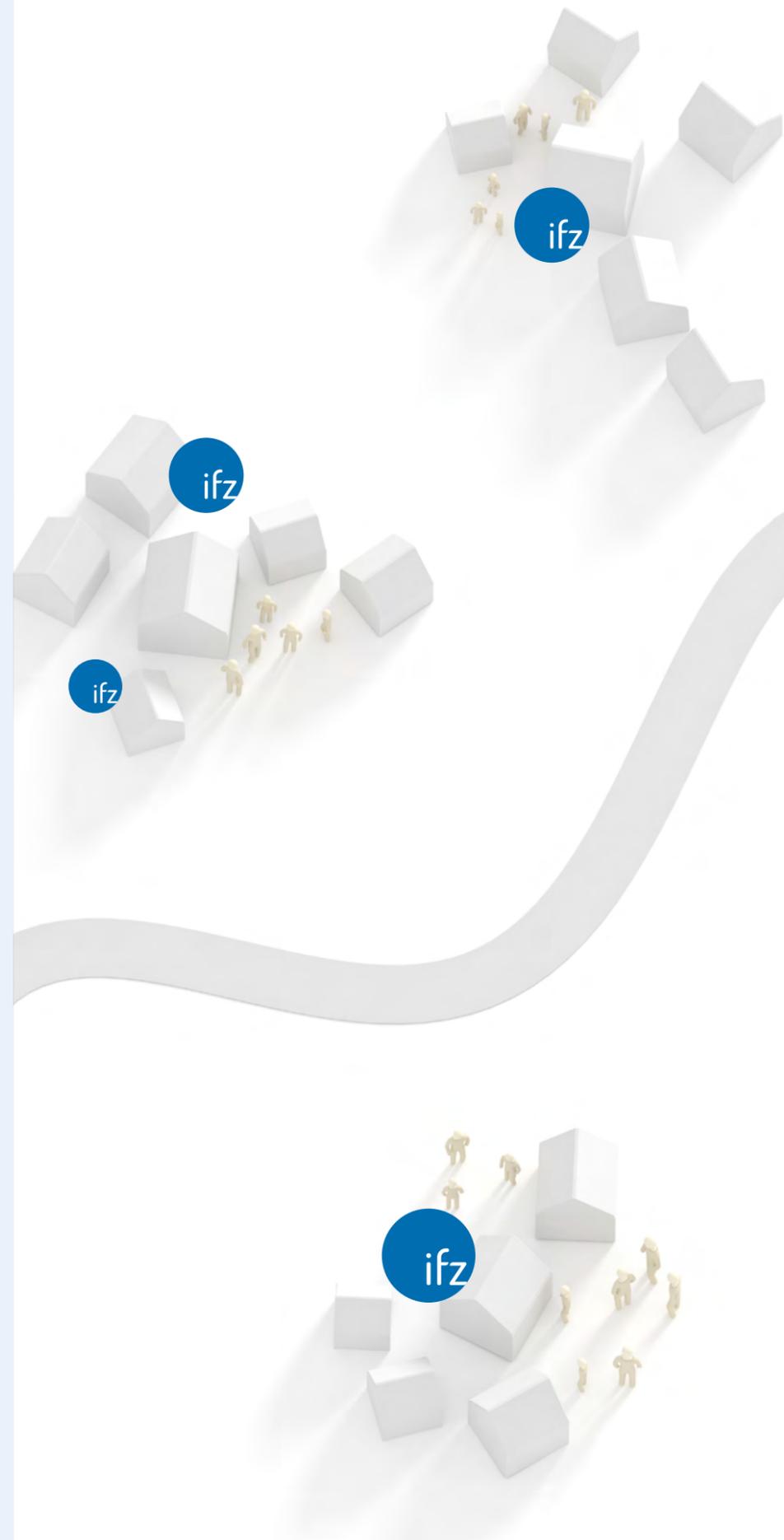
DRUCK
PMS Reichhart, Alsdorf

FOTOGRAFIE & ILLUSTRATIONEN
Thomas Schultze, thomas schultze fotografie,
Düsseldorf

FOTONACHWEISE
Thomas Schultze (S. 3, 26), Augenzentrum
Tuttlingen (S. 6), Privat (S. 13, 17, 28), Augen-
ärzteabteilung am St. Franziskus-Hospital Münster
(S. 14, 16), ZI (S. 18), Augen-Zentrum-Nordwest
(S. 20, 21, 22), Die Hoffotografen (S. 23),
BMC e.V. (S. 29), BKK-Dachverband (S. 29).

ISBN-Nr.:
978-3-9811177-9-0

Alle Rechte vorbehalten. All rights reserved.
Kein Teil dieses Schwerpunktheftes darf ohne
Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner
Form, sei es auf mechanischem, digitalem
oder sonst möglichem Weg reproduziert oder
unter Verwendung von mechanischen bzw.
elektronischen Datenverarbeitungsanlagen
gespeichert, systematisch ausgewertet
oder verbreitet werden.



Intersektorale Facharztzentren – die Struktur im Überblick

Intersektorale Facharztzentren (IFZ) sind mittelständische medizinische Einrichtungen. Dort werden Patienten in erster Linie ambulant, bei Bedarf jedoch auch stationär behandelt. IFZ sind als Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder als Berufsausübungsgemeinschaften organisiert. Sie gehören zur vertragsärztlichen Versorgung. In IFZ arbeiten **SELBSTSTÄNDIGE MIT ANGESTELLTEN ÄRZTEN** sowie einer Vielzahl weiterer Mitarbeiter zusammen – und zwar unter einheitlicher Leitung und gemeinsamer Außenvertretung.

In der Regel bestehen IFZ aus mehreren konservativen und/oder operativen Standorten in einer Region. Oft befinden sich „Kopfstandorte“ für größere Patientenzahlen und mit einem umfassenderen Leistungsspektrum in der Stadt, während kleinere Zweigpraxen in eher ländlichen Regionen angesiedelt sind. Dadurch können IFZ Patienten **IN EINEM GROSSEN EINZUGSGEBIET** versorgen. Im Interesse einer guten Patientenversorgung kooperieren IFZ regelhaft und überregional mit vom Zentrum unabhängigen Praxen.

Ärztinnen und Ärzte in IFZ begleiten Patientinnen und Patienten über den **KOMPLETTEN BEHANDLUNGSPROZESS** hinweg. Das bedeutet zum Beispiel für ein augenärztliches Zentrum: Dort arbeitende, unterschiedlich spezialisierte Augenärztinnen und Augenärzte betreuen ihre Patienten von der konservativen Grundversorgung über ambulante Operationen bis hin zur stationären Intervention. Diese Kooperation im Team, die gemeinsame Patientendokumentation und gemeinsame Betreuungsstandards sind Garanten einer **SCHNITTSTELLENARMEN PATIENTENVERSORGUNG**.

Die Kooperation mit Krankenhäusern ist dabei wichtig: Für stationäre Operationen haben viele IFZ dort Belegbetten. Sie sind aber auch häufig mit ihren ambulanten Leistungen an **KLINIKSTANDORTEN** tätig. Das heißt: Sie mieten zusätzlich Räume des Krankenhauses für die ambulante konservative und für die ambulante chirurgische Patientenversorgung an. Sie behalten dabei aber ihre **SELBSTSTÄNDIGKEIT** als vertragsärztliche Einrichtung.

Versorgung

