Dipl.-Psych. Nina Bucholtz
Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Daniela P. Chase, M.Sc.
Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert
Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie

Zusammenfassung

Obwohl eine sektorenübergreifende Versorgung in den letzten Jahren gestärkt wurde, stellt diese immer noch eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen dar. Gleichzeitig wurde bisher kaum systematisch untersucht, wie Kooperationen in der Praxis ausgestaltet und realisiert werden. Ziel der Studie war es, am Beispiel einer ambulanten augenmedizinischen Versorgergruppe existierende Kooperationsformen für augenchirurgische Leistungen zu erfassen und deren Relevanz im Versorgungsalltag zu untersuchen. Von einer Expertenrunde wurden dazu mögliche Kooperationsmodelle definiert. Zudem wurden Interviews mit N = 32 Leitern von ambulanten augenchirurgischen Zentren der OcuNet Gruppe zu deren Nutzung und deren Bedeutung für versorgungsrelevante Fragestellungen geführt. Insgesamt konnten acht Kooperationsformen identifiziert und nach ihrem Grad der Kooperation bewertet werden. Neben klassischen Formen, wie z.B. dem unvernetzten augenchirurgischen OP in der Trägerschaft von Vertragsärzten (als Praxis oder MVZ) oder dem Belegarztmodell, stellten sich auch kooperative Versorgungsformen mit anderen ambulanten Einrichtungen bzw. Krankenhäusern als häufige und relevante Modelle in der augenchirurgischen Versorgung heraus.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, Schnittstelle ambulant/stationär, Sektorenübergreifende Versorgung, Kooperationsformen, Augenheilkunde, Augenchirurgie

Die Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg gehört zu den bedeutendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen seit nunmehr mehreren Jahrzehnten. Auch wenn sich die medizinische Versorgung in Deutschland noch immer durch eine gute Erreichbarkeit sowie ein hohes Qualitätsniveau auszeichnet, bedrohen die vielfach diskutierten Versorgungsherausforderungen - Stichworte sind u.a. demografische Entwicklung, Multimorbidität, Ärztemangel und Kostenexplosion - zunehmend die Sicherstellung dieses Versorgungsniveaus. Unter der Annahme, dass der Versorgungsbedarf qualitativ und logistisch über traditionelle Organisationsformen nicht mehr ausreichend bedient werden kann, müssen die Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls neu konzeptioniert werden. Besonders in den letzten zehn Jahren implementierte der Gesetzgeber verstärkt eine Vielzahl an Gesetzen und Reformen zur Stärkung der intersektoralen Kooperation. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde erstmalig die Integrierte Versorgung in die deutsche Gesetzgebung aufgenommen und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 neuformuliert. Dies bildete die Grundlage für selektive Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern und war maßgeblich für den Bedeutungsgewinn sektorenübergreifender Versorgungsformen. Die jüngste Gesundheitsreform im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes (VstG), das zum Januar 2012 in Kraft getreten ist, schafft zwar erneut keinen Durchbruch für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, sie setzt jedoch punktuelle Voraussetzungen für eine bessere Verzahnung der Leistungssektoren. Mit der Änderung des § 87 b SGB V erfährt insbesondere die Bedeutung von Arztnetzen eine neue Dynamik. Ärzte werden durch die Möglichkeit gesonderter Vergütungsregelungen und Honorarvolumina für vernetzte Praxen wesentlich stärker motiviert, sich an kooperativen Modellen zu beteiligen.

>> Die Anzahl der Ärztenetze hat sich in den letzten 10 Jahren bereits von 200 auf 400 verdoppelt. Darin sind 30.000 Ärzte eingeschrieben. Aller Voraussicht nach werden die Zahlen, aber auch der Grad der Professionalisierung der Netze ansteigen. Als nächster Schritt sind überregionale oder nationale Ärzteketten denkbar.

Doch so wichtig Ärztenetze für die Verbesserung der medizinischen Versorgung auch sind – ganzheitliche Behandlungsabläufe ohne Therapiebrüche erfordern mehr als die Koordination der ambulanten ärztlichen Leistungen. Zu den bedeutendsten Herausforderungen im Gesundheitssystem gehört nach wie vor die Optimierung der Verzahnung zwischen den Leistungssektoren. Ein Aspekt, der sich auch bei der hier vorgestellten Befragung von N = 32 augenchirurgischen Zentrumsleitern bestätigte, wie Abbildung 1 verdeutlicht.

Die Stärkung der Integrierten Versorgung wird nahezu einhellig

Inwieweit stimmen Sie der Einschätzung, dass sektorenübergreifende Patientenversorgung eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen ist, zu?

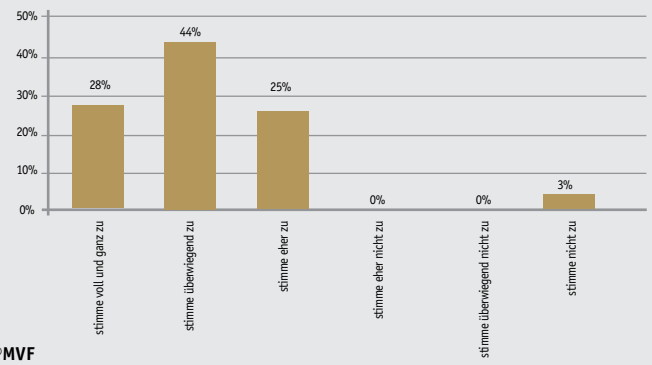


Abb. 1: Sektorenübergreifende Versorgung als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens. Quelle: Eigene Erhebung aufgrund einer Befragung von Leitern ambulanter augenchirurgischer Zentren.

von allen Akteuren im Gesundheitssystem als entscheidende Stellschraube für mehr Patientenorientierung und Effizienz in der medizinischen Versorgung gesehen und befürwortet. Doch kooperative Versorgungsformen werden sich nur durchsetzen, wenn die Initiative zu großen Teilen von den Ärzten ausgeht. Entsprechend der Vielzahl an rechtlichen Rahmenbedingungen hat sich eine ebenso große Bandbreite verschiedenster Kooperationsmodelle herausgebildet, die sich zum Teil schon als bedeutsame Komponenten in der Gesundheitsversorgung etabliert haben.

Stand der Versorgung in der Augenheilkunde

Die Augenheilkunde nimmt in der Entwicklung einer zunehmend ambulanten Versorgung eine Vorreiterrolle ein. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht eine immer umfassendere ambulante Versorgung, insbesondere in der Ophthalmochirurgie (Reuscher 2008; Berufsverband der Augenärzte o.J.). In einer Übersicht zu stationären und ambulanten Leistungsdaten zeigen Amelung et al. (2012) auf, dass in den letzten Jahren beispielsweise ein deutlicher Rückgang an Kataraktoperationen im stationären bei gleichzeitigem Anstieg von Kataraktoperationen im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist.

Dementsprechend unterscheidet sich die Versorgungsstruktur der Augenheilkunde stark von der Struktur der meisten anderen medizinischen Fachgebiete: Während nur etwas mehr als die Hälfte aller berufstätigen Ärzte im stationären Sektor arbeitet (54,3%), ist die überwiegende Mehrheit der Augenärzte (86,4%) ambulant tätig. Gleichzeitig lässt sich in der Augenheilkunde im Vergleich zu anderen Bereichen ein stärkerer Rückgang stationärer Fachabteilungen beobachten, der mit einer rückläufigen Zahl an Betten sowie fachabteilungsbezogenen Fällen einhergeht.

Auch kooperative und sektorenübergreifende Versorgungsformen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Immer mehr Augenärzte arbeiten in größeren Organisations- und Praxisformen wie zum Beispiel Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren (Amelung et al. 2012). So ist beispielsweise die Anzahl augenärztlicher Einzelpraxen zwischen den Jahren 2009 und 2010 um 4,8% gesunken. Die Anzahl überörtlicher und KV-übergreifender Gemeinschaftspraxen ist dabei gleichzeitig um 38,6% bzw. 33,3% gestiegen (KBV 2011). Darüber hinaus ist etwa ein Zehntel der berufstätigen Augenärzte sektorenübergreifend im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit an der stationären Versorgung beteiligt .

Neben der klassischen sektorenübergreifenden Versorgung der belegärztlichen Tätigkeit existieren weitere sektorenübergreifende Kooperationsmodelle. Einen Einblick bieten einzelne Versorgungsnetzwerke, wie z.B. die OcuNet Gruppe oder die AugenAllianz GbR, die eine Verzahnung des ambulanten und stationären Versorgungssektors umsetzen und den Patienten damit eine umfassende Versorgung „aus einer Hand“ ermöglichen (Hahn 2011; OcuNet 2012; AugenAllianz 2012). Unterschiedliche Kooperationsformen zwischen ambulant und stationär fördern dabei nicht nur eine integrierte Patientenversorgung, vielmehr kann die kooperative Zusammenarbeit auch für die beteiligten Leistungserbringer Erfolgsfaktoren mit sich bringen.

An welchen Stellen und in welcher Form bereits heute eine Kooperation zwischen den Sektoren realisiert wird, wurde bisher jedoch kaum untersucht und strukturiert dargelegt. Ziel dieser Studie war es daher, existierende Kooperationsformen am Beispiel der in der OcuNet Gruppe zusammen geschlossenen ambulanten augenchirurgischen Zentren und ihre Dimensionen aus Sicht des ambulanten Leistungserbringers zu beschreiben sowie ihre quantitative Relevanz abzuschätzen.

Im Folgenden werden zunächst alle existierenden Kooperationsformen exemplarisch erläutert. Im Anschluss werden diese in die Erfahrungen der OcuNet Gruppe eingebettet und die Ergebnisse dargestellt.

Übersicht über Kooperationsformen, die ambulante augenchirurgische Zentren nutzen

1) Eigenleistungsmodell ambulant
- Eigenverantwortliche Ausstattung und Betrieb eines ambulanten OPs durch AZ (ambulantes Zentrum) ohne Anbindung an ein Krankenhaus.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV (Kassenärztliche Vereinigung) oder die KK (Krankenkasse).

2) Mietmodell

a) Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen
- AZ-Arzt mietet für ambulante Operationen der eigenen Patienten die OP-Infrastruktur und Raum einer anderen ambulanten Einrichtung an.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt eine Nutzungspauschale an die vermietende ambulante Einrichtung.

b) Mietmodell mit Infrastruktur bei Krankenhaus
- AZ-Arzt mietet für ambulante (in Ausnahmefällen auch stationäre) Operationen der eigenen Patienten im Krankenhaus Räumlichkeiten und weitere versorgungsrelevante oder medizinische Infrastruktur (wie z.B. Geräte, OP-Personal, Zentralsteri) an.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt an das Krankenhaus Miete bzw. Nutzungsentgelte

c) Mietmodell ohne Infrastruktur bei Krankenhaus
- AZ-Arzt mietet Räumlichkeiten für ambulante (in Ausnahmefällen auch stationäre) Operationen der eigenen Patienten im Krankenhaus an, ohne weitere versorgungsrelevante oder medizinische Infrastruktur (wie z.B. Geräte, OP-Personal, Zentralsteri) zu nutzen.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt Miete an das Krankenhaus.

3) Belegarztmodell
- AZ-Arzt wird für stationäre Operationen seiner eigenen Patienten als Belegarzt an einem Krankenhaus tätig.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK.

4) Subunternehmermodell
- AZ-Arzt wird für Patienten des Krankenhauses am Krankenhaus als „Subunternehmer“ tätig. Die Tätigkeit umfasst z.B. ambulantes Operieren im Krankenhaus nach dem AOP-Vertrag (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) gemäß §115b SGB V oder konsiliarärztliche Tätigkeit.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Der AZ-Arzt erhält von dem Krankenhaus ein Honorar.

5) Teilzeitarbeitsmodell
- AZ-Arzt versorgt als in Teilzeit angestellter Chefarzt bei dem Krankenhaus die dortigen Patienten.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Der AZ-Arzt erhält vom Krankenhaus ein festgesetztes Gehalt.

6) Eigenleistungsmodell integriert
- Die ambulante und stationäre augenchirurgische Versorgung erfolgt in einem integrierten OP-Zentrum/Augenklinik (im Bettenplan) in eigenverantwortlicher Ausstattung und Betrieb des AZ.
- Die Abrechnung der ambulanten wie stationären Leistungen des AZ erfolgt über die KV bzw. die KK.

Abb. 2: Übersicht und Erläuterung der acht existierenden Kooperationsformen zwischen ambulanten und stationären Versorgungssettings.

Kooperationsmodelle in der ambulanten ophthamologischen Augenchirurgie

Entwicklung und Darstellung der Kooperationsmodelle

In einem ersten Schritt galt es, die in den ambulanten Zentren etablierten Kooperationsmodelle in der ophthalmologischen Augenchirurgie zu identifizieren und voneinander abzugrenzen. Im Sinne eines explorativen Studienansatzes wurden über Expertenrunden verschiedene Kooperationsformen in der ambulanten und stationären augenchirurgischen Patientenversorgung aus der Perspektive von ambulanten augenchirurgischen Zentren (AZ) untersucht. Der Begriff ambulantes augenchirurgisches Zentrum umfasst unter vertragsärztlicher Trägerschaft stehende Einrichtungen wie MVZ oder (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaften mit Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung.

Mit Hilfe ergänzender, halbstrukturierter Interviews mit insgesamt 32 medizinischen Leitern ambulanter Zentren konnten die Modelle vervollständigt werden, sodass sich insgesamt acht Kooperationsmodelle unterscheiden lassen. Zentrale Elemente waren hierbei die Interpretation zentrumsspezifischer Angaben bezüglich der Versorgungssituation sowie der Kooperationsart und -güte.

Für die Ableitung von Kooperationsmodellen wurden verschiedene Merkmale der ophthalmo-chirurgischen Versorgungssituation mit Hilfe von Praxisbeispielen herangezogen: (a) vertragsrechtliche Aspekte, (b) Art und Erbringer der medizinischen Leistungen, (c) Organisation der Zusammenarbeit, (d) Infrastruktur wie z.B. örtliche Vernetzung oder Nutzung von Geräten und (e) Zahlungsflüsse zwischen den Versorgungspartnern. Auf dieser Grundlage konnten acht verschiedene Kooperationsmodelle definiert werden, welche in Abbildung 2 näher erläutert werden.

Relevanz verschiedener Kooperationsmodelle in der ambulanten und stationären ophthalmochirurgischen Versorgung

Zur Bewertung der Nutzungshäufigkeit und Relevanz der verschiedenen Versorgungsmodelle wurden halbstrukturierte Interviews mit 32 ambulanten augenchirurgischen Zentren (AZ), die in der OcuNet Gruppe zusammengeschlossen sind, geführt. Die Zentren gehören mit einem jährlichen Leistungsumfang von mindestens 4.000 augenchirurgischen Operationen pro Zentrum zu den größten augenchirurgischen Einrichtungen in Deutschland. Etwa 85% der augenchirurgischen Leistungen werden ambulant durchgeführt und bilden somit den Tätigkeitsschwerpunkt der AZ. Die Zentren sind dabei häufig an mehreren Standorten vertreten und haben unterschiedliche Kooperationsformen parallel in ihrem Alltag implementiert (OcuNet 2012).

Die Zentrumsleiter wurden gebeten anzugeben, welche der Kooperationsmodelle in ihrem Zentrum genutzt werden. Darüber hinaus sollten die Leiter die Bedeutung ihrer Kooperationen für die Attraktivität ihrer Praxis, für die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen, für die Aufrechterhaltung ihres Leistungsangebotes, für Weiterbildungsmöglichkeiten, für die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter und für den Zugang zu Selektivverträgen einschätzen. Ferner wurden sie gefragt, ob die Kooperationen auch finanziell attraktiv sind.

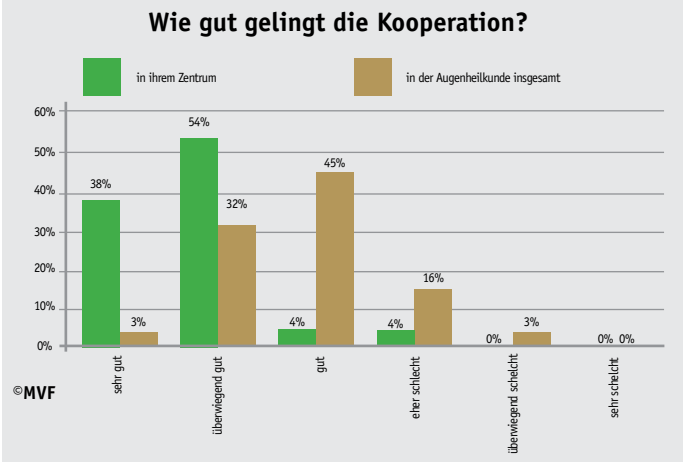


Abb. 4: Bedeutung von Kooperationen für die Qualität der augenärztlichen Versorgung.

In Abbildung 3 ist der Anteil der Zentren dargestellt, die das jeweilige Kooperationsmodell nutzen. Das Eigenleistungsmodell ambulant und das Belegarztmodell stellten sich dabei als die beiden Kooperationsmodelle heraus, die in mehr als der Hälfte der Zentren zu finden sind. Auch Mietmodelle werden von vielen Zentren genutzt, wobei dabei das Mietmodell mit Infrastruktur bei Krankenhaus für ambulantes Operieren am häufigsten von den Zentrumsleitern genannt wurde. Das Subunternehmermodell und das Teilzeitarbeitsmodell nutzen nur fünf bzw. ein Zentrum.

Kooperative Versorgungsformen werden dabei von der Mehrheit der Befragten als sehr bedeutend für eine qualitativ hochwertige

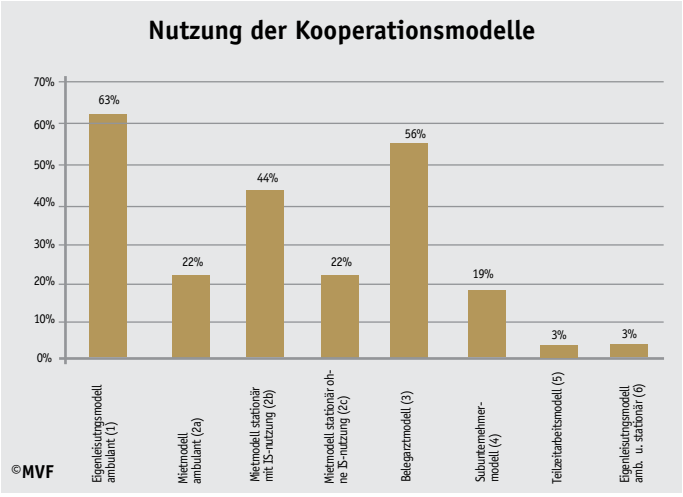


Abb. 3: Anteil der AZ, die das jeweilige Kooperationsmodell an einem oder mehreren Standorten nutzen. Bezifferung bezieht sich auf Abbildung 2, IS = Infrastruktur.

Einschätzung der Bedeutung von Kooperationen

Bedeutung der Kooperationen für	keine	geringere	große	sehr große
die Attraktivität der Zentrums	6,3%	15,6%	28,1%	50,0%
die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen	40,6%	28,1%	15,6%	15,6%
die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots	9,7%	22,6%	29,0%	38,7%
Weiterbildungsmöglichkeiten	9,7%	12,9%	35,5%	41,9%
die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter	21,9%	15,6%	40,6%	21,9%
den Zugang zu Selektivverträgen	34,4%	6,3%	28,1%	31,3%

Tab. 1: Einschätzung der Bedeutung von Kooperationen für das eigene AZ.

augenärztliche Versorgung bewertet (vgl. Abbildung 4). AZ, die mit Krankenhäusern oder anderen ambulanten Einrichtungen kooperieren, schätzen diese zumeist auch als erfolgreich ein. Für die Augenheilkunde insgesamt werten die meisten Zentren Kooperationen hingegen als weniger Erfolg bringend.

Die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen ist für die meisten AZ dabei von keiner oder geringer Bedeutung (vgl. Tabelle 1). Für die Attraktivität ihres Zentrums, für Weiterbildungsmöglichkeiten sowie für die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter werden Kooperationen von den meisten Zentren hingegen sehr große oder große Bedeutung zugesprochen. Auch für die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots werden Kooperationen von den meisten Zentren als bedeutend eingeschätzt.

Kooperationen werden von den meisten Zentren als finanziell sehr attraktiv (38%) oder mäßig attraktiv (45%) bewertet. Nur 17% der Zentren gaben an, dass Kooperationen überhaupt nicht finanziell attraktiv sind.

Dimensionen von Kooperationsformen

Neben der quantitativen Bewertung der Kooperationsmodelle sollen diese auch qualitativ nach ihrem Grad der Kooperation eingeordnet werden. Dabei wird die Einordnung der Modelle aus der Perspektive des leitenden Arztes in einem ambulanten Zentrum (AZ-Arzt) vorgenommen. Der Grad der Kooperation wurde danach bemessen, inwieweit Ressourcen (Räume, Infrastruktur, Patientenstamm, Funktion) vom AZ-Arzt kooperativ bezogen auf ein Krankenhaus oder eine andere ambulante Einrichtung genutzt werden. Abbildung 5 zeigt die Ergebnismatrix, wobei in der Horizontalen der Grad der Kooperation abgetragen ist. Die Vertikale ordnet die Modelle nach ihrer Flexibilität für den AZ-Arzt ein. Es wird davon ausgegangen, dass die Flexibilität der Kooperation für den AZ-Arzt mit seiner steigenden Weisungsgebundenheit durch den jeweiligen Kooperationspartner abnimmt.

Das Eigenleistungsmodell ambulant (1) stellt nach dieser Einordnung die am wenigsten kooperative Form der Leistungserbringung dar, da keinerlei Ressourcen kooperativ genutzt werden. Gleichzeitig ist der Arzt an keine kooperativen Vorgaben gebunden und vollständig flexibel in der Gestaltung seiner Leistungserbringung.

Das Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen für ambulante Operationen (2a) bietet zwar keine Integration mit dem stationären Sektor, es ist jedoch denkbar, dass die örtliche Nähe zwischen den kooperierenden ambulanten Zentren eine verbesserte Versorgung für den Patienten bei gleichzeitig geringerem Investitionsaufwand für den einzelnen Arzt ermöglicht. Die Mietmodelle bei Krankenhaus

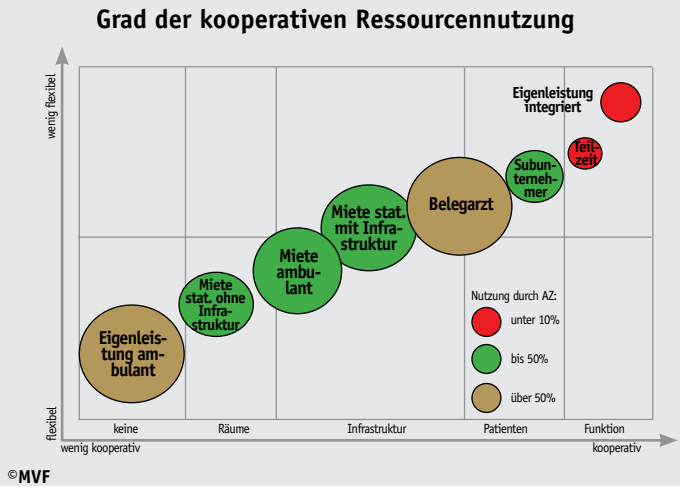


Abb. 5: Qualitative Einordnung der Kooperationsmodelle zwischen ambulant – stationär nach Grad der Kooperation aus Sicht des AZ-Arztes. Die Einordnung erfolgte anhand der Nutzung bestimmter Ressourcen sowie einer Abschätzung der Flexibilität der Kooperation.

Literatur

Agentur deutscher Ärztenetze (2013): URL: http://www.deutsche-aerztenetze.de (zugegriffen am 24.01.2013)

Amelung, V./Bucholtz, N./Brümmer, A./Krauth, C. (2012): Sehen im Alter: Versorgungsstrukturen und - herausforderungen in der Augenheilkunde. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Amelung, V./Wolf, S. (2012): Integrierte Versorgung - vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2012.

AugenAllianz (2011): AugenAllianz - Die Augenärzte: Überregionaler Kooperations- und Qualitätsverbund. In: http://www.augenallianz.de/download.php?file=AA_praesentation.pps (abgerufen am 15.11.2012).

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (o.J.): Klarheit schaffen: Weichen stellen für die Zukunft der Augenheilkunde in Deutschland. In: http://cms.augeninfo.de/fileadmin/PDF/BVA_Eigendarstellung.pdf (abgerufen am 15.04.2013).

Bowles, D./Greiner, W. (2012): Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitsausgaben. In: GGW, 12(4), 7-17.

Bundesärztekammer (2011): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 2000 bis 2010: Ergebnisse der Ärztestatistik. In: http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3 (abgerufen am 15.11.2012).

Hahn, U. (2011): Sektorenübergreifende Verzahnung der augenmedizinischen Versorgung mit Wurzeln in der ambulanten Medizin - Portrait der OcuNet Zentren und der OcuNet Gruppe. In: Amelung, V. E./ Eble, S. / Hildebrand, H. (Hrsg.) (2011): Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: 233–240.

Hildebrandt, H. (2013): Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum, 78, 2- 4.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011): Bundesarztregister der KBV. In: http://daris.kbv.de/daris.asp (abgerufen am 15.11.2012).

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Alterstruktur und Arztzahlentwicklung (Vol. 5). Berlin: Bundeszahnärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Lange, A./Braun, S./Greiner, W. (2012): Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55, 643-651.

OcuNet (2012): Medizinischer Jahresbericht 2011. Düsseldorf: OcuNet GmbH & Co.KG.

Reuscher, A. (2008): Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann, H. (Hrsg. 2008). Augenheilkunde in Deutschland: Bericht zur Lage eines Faches, 115-117. Köln: Biermann Verlag GmbH.

Statistisches Bundesamt (2008): Krankenhauslandschaft im Umbruch. In: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2008/Krankenhaeuser/begleitheft_krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.11.2012).

Sachverständigenrat (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. In: http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14 (abgerufen am 15.11.2012).

Sachverständigenrat (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. In: http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378 (abgerufen am 15.04.2013).

für ambulante Operationen mit und ohne Nutzung der Infrastruktur (2 b/c) erreichen eine „tatsächliche" Kooperation zwischen ambulant und stationär, da der AZ-Arzt Räumlichkeiten in einem Krankenhaus anmietet bzw. die Infrastruktur des Krankenhauses mitbenutzt. Es wird angenommen, dass durch die örtliche Nähe zum Krankenhaus ein Nutzen für die Patientenversorgung generiert werden kann. Ein möglicher notwendiger Übergang in die sonstige stationäre Versorgung (z.B. innnere Medizin) kann besser koordiniert werden. In allen Mietmodellen ist der Arzt an die Bedingungen der gemieteten Räumlichkeiten sowie die Qualität und Bereitstellung der kooperativ genutzten Infrastruktur gebunden und deshalb etwas eingeschränkter in seiner Flexibilität.

Ähnlich zum Mietmodell mit Infrastrukturnutzung (2b) lässt sich das Belegarztmodell (3) hinsichtlich des Grades der Kooperation einordnen. Auch hier werden umfangreiche stationäre Ressourcen genutzt, wobei der Patientenstamm der des AZ-Arztes bleibt.

Als wiederum stärker kooperative Versorgungsformen werden das Subunternehmer- (4) und das Teilzeitmodell (5) eingeordnet, da der AZ-Arzt hier die Patienten des kooperierenden Krankenhauses mitbehandelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Arzt zunehmend Zeit auf Station verbringt und routinemäßig in den Umgang mit Kollegen, in sämtliche Prozesse und die Gerätenutzung eingebunden ist. Während der Subunternehmer je nach Leistungsaufkommen einen undefinierten Patientenkreis behandelt, stellt das Teilzeitmodell eine Form der sehr intensiven Kooperation dar, weil der ambulante AZ-Arzt zu einem gewissen Prozentteil seiner Zeit komplett in das Klinikgeschehen eingebettet ist. Er trägt dabei eine feste Funktion in der Klinikstruktur (z.B. Chefarzt). Auch die kontinuierlichere Anwesenheit und Patientenversorgung wird mit einer stärkeren Arzt-Patienten-Beziehung und Vertrautheit mit der Patientenhistorie als vorteilhaft für die Patientenversorgung interpretiert. Klinikalltagsrelevante Entscheidungen können auf Basis von Selbsterfahrung aus beiden Settings getroffen werden. Gleichzeitig ist der AZ-Arzt als Teilzeitangestellter jedoch mehr gebunden als der Subunternehmer, der in der Regel flexiblere und kurzfristiger angelegte Verträge bedient.

Der maximale Grad der Kooperation wird durch das sogenannte Eigenleistungsmodell integriert (6) verkörpert. Das AZ trägt dabei die alleinige Verantwortung für den ambulanten OP sondern zusätzlich für eine Augenklinik. Es liegt nahe, dass diese Kooperation ambulant – stationär einfacher aufgrund der räumlichen und persönlichen Nähe der Mitarbeiter, unkomplizierten Kommunikationswegen und Verständnis für infrastrukturelle und organisatorische Ablaufprozesse im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung gelingt. Beide „Kooperationspartner" (Klinik und AZ) müssen hier jedoch auch vollständig miteinander agieren, sodass der AZ-Arzt den vergleichsweise geringsten Grad seiner individuellen Flexibilität erfährt

Bei der qualitativen Einordnung der Kooperationsmodelle wird die immense Komplexität der Thematik deutlich. Diese Darstellung - aus der Sichtweise des ambulanten AZ-Arztes auf Basis ausgewählter Kriterien - erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt vielmehr einen ersten Versuch der Abstraktion der Komplexität stationär-ambulanter Kooperationen dar. Es ist davon auszugehen, dass die Perspektive des Patienten, des stationären Leistungserbringers oder die der organisatorischen, rechtlichen Instanz zu einer anderen Anordnung geführt hätte, da bestimmte Kriterien unterschiedlich stark gewichtet werden.

Näher zu betrachten wäre auch die Übertragbarkeit des Modells auf andere Fachdisziplinen. Die Eignung der jeweiligen Fachdisziplin für eine sektorenübergreifende Kooperation spielt eine große Rolle für das Funktionieren der Zusammenarbeit. Beispielsweise könnte die geringe Anzahl an Augenärzten auf lokaler Ebene eine stärkere Verbundenheit untereinander nach sich ziehen, was eine Voraussetzung für die Kommunikation und Koordination als Grundpfeiler der Integrierten Versorgung ist. Die Augenchirurgie als relativ überschaubares Fachgebiet bezogen auf die Anzahl der mengenmäßig bedeutsamen Operationsindikationen steht hier beispielhaft für eine sich eignende Fachrichtung. Auch ist nicht davon auszugehen, dass die Kooperationsintensität der hier betrachteten AZ repräsentativ für alle anderen operativ tätigen Vertragsärzte für Augenheilkunde ist; die berücksichtigten AZs gehören nach Arztzahl, Operationszahl und Versorgungstiefe zu den größten innerhalb der Fachgruppe; es spricht viel dafür, dass eine gewisse Größe der ambulanten Einrichtung Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Kooperation jenseits der klassischen Form (also Eigenleistungs- und Belegarztmodell) ist.

Fazit

Die Überwindung von Versorgungsbrüchen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch eine stärkere Kooperation der Leistungserbringer gehört nach wie vor zu den bedeutendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen. Eine große Bandbreite verschiedenster Kooperationsmodelle hat sich einerseits durch verstärkte gesetzgeberische Anreize sowie andererseits durch die Initiative engagierter Ärzte bereits herausgebildet.

Der Bereich der Augenchirurgie lebt nicht nur den Vorsatz „ambulant vor stationär", zumindest bei den großen ambulanten Einrichtungen werden innovativen, kooperativen und sektorenübergreifenden Versorgungsformen zunehmende Bedeutung beigemessen.

Mit der Definition acht verschiedener Kooperationsformen der ophthalmo-chirurgischen Versorgung wurde ein erstes Modell vorgestellt, wie die Versorgung an der Schnittstelle ambulant – stationär aus der Perspektive ambulanter Leistungserbringer unter den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen organisiert werden kann: Neben der klassischen sektorenübergreifenden Versorgung (belegärztliche Tätigkeit und ambulante operative Versorgung ausschließlich in der eigenen ambulanten Einrichtungen) lassen sich weitere Kooperationsmodelle in der Praxis beobachten, die bisher jedoch noch nicht systematisch untersucht wurden. Neben einer gemeinsamen Patientenversorgung können Kooperationen dabei auch durch andere Merkmale, wie z.B. die räumliche Nähe oder die Anmietung von medizinischer Infrastruktur, gekennzeichnet sein.

Die Befragung von Leitern großer ambulanter augenärztlicher Einrichtungen zeigte deutlich, dass neben den klassischen Versorgungsformen (ambulante Versorgung im eigenen Zentrum und belegärztliche Tätigkeiten) andere vertragsrechtliche Kooperationsformen genutzt werden. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen zudem die große Bedeutung, die kooperativen Versorgungsformen für eine qualitativ hochwertige Versorgung aus der Sicht der befragten Leiter von ambulanten Einrichtungen haben. In einem nächsten Schritt sollten die hier betrachteten Einschätzungen um weitere Perspektiven ergänzt werden. Kleinere Zentren, Praxen mit weniger Erfahrungen in diesem Bereich und anderen Rahmenbedingungen und Krankenhäuser würden die Bedeutung kooperativer Versorgung möglicherweise anders bewerten. Darüber hinaus sollte die Auswirkung von Kooperationen auf die Qualität der Versorgung in weiteren Studien auch anhand von objektiven Leistungsdaten näher untersucht werden. <<

Crossing Healthcare Sectors Successfully: An Empirical Study on In- and Outpatient Ophthalmic Surgical Care

Integrated health care has been strengthened in recent years but is still representing a great challenge in the German health care system. At the same time organization and implementation of cooperation integrating inpatient and outpatient care have not been examined systematically. Therefore, the objective of the current study was to understand existing forms of cooperation and its relevance in routine care using the example of a big ophthalmic surgery group. Possible cooperation forms of ophthalmic surgical care were defined by an expert group. Then, N = 32 manager of inpatient ophthalmic surgery center were interviewed. In total, eight different forms of cooperation could be identified. Well established forms with a low degree of interconnection as well as new forms with a high degree of interconnection between inpatient and outpatient care have been shown to be frequently existing and relevant for routine ophthalmic surgical care.

Keywords

Integrated health care, integration of inpatient and outpatient care, ophthalmology, ophthalmic surgery care

Autorenerklärung

Prof. Amelung, Daniela Chase und Anika Reichert sind Mitarbeiter des inav. Nina Bucholtz ist freie Mitarbeiterin des inav und wurde mit der Analyse der Daten zu dieser Befragung beauftragt. Das inav wurde mit der Analyse von der OcuNet Gruppe beauftragt und führte diese gemeinschaftlich mit Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, durch.

Dipl.-Psych. Nina Bucholtz
ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Sie studierte an der Universität des Saarlandes, der Universidad Autónoma de Madrid und der Humboldt-Universität zu Berlin und war in der Vergangenheit unter anderem an der Technischen Universität Berlin und der Universitätsklinik Charité in Berlin tätig. Ihre Mitarbeit am inav umfasst v.a. die Planung und Auswertung von Versorgungsforschungsstudien. Kontakt: bucholtz@inav-berlin.de



Dr. rer. medic. Ursula Hahn
ist Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, einem Zusammenschluss großer ambulanter augenchirurgischer Zentren. Sie studierte Volkswirtschaft an der Universität Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf. Hahn arbeitete zunächst als gesundheitspolitische Referentin des Vorstandsvorsitzenden bei der Deutschen Krankenversicherung, dann als Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte ihrer Arbeit betreffen freiwillige Qualitätssicherung und Entwicklung von Angebotsstrukturen in der Augenheilkunde. Kontakt: zentrale@ocunet.de



Daniela P. Chase, M.Sc.
ist Beraterin für angewandte Versorgungsforschungsfragen am inav. Sie studierte Ökotrophologie an der Universität Gießen und der Universidad Complutense de Madrid sowie Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik, Innovationen und Management an der Maastricht University (NL). Ihre Tätigkeiten am inav umfassen die Durchführung von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Analysen sowie die Beratung bei Projekten zur inhaltlichen wie organisatorischen Neugestaltung des Versorgungsmanagements in unterschiedlichen Indikations- sowie Versorgungsbereichen. Kontakt: chase@inav-berlin.de



Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. In der Vergangenheit arbeitete sie mit dem WidO in Berlin sowie dem Forschungsinstitut IDC der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth zusammen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in ökonomischen, ordnungspolitischen Analysen im Gesundheitswesen sowie gesundheitsökonomischen Evaluationen und Versorgungsstudien.
Kontakt: reichert@inav-berlin.de



Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung
ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftlehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin. Kontakt: amelung@inav-berlin.de

