

# Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon

## Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie

URSULA HAHN,  
DANIELA CHASE,  
NINA BUCHOLTZ,  
ANIKA REICHERT,  
VOLKER AMELUNG

Dr. Ursula Hahn ist Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH in Düsseldorf

Nina Bucholtz ist freie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Versorgungsforschung, Berlin

Daniela Chase ist Beraterin Neue Versorgungsformen am Institut für angewandte Versorgungsforschung, Berlin

Anika Reichert ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Versorgungsforschung, Berlin

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Geschäftsführender Gesellschafter des Instituts für angewandte Versorgungsforschung in Berlin, Schwerpunktprofessur Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Er ist Vorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. und Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“

Die erfolgreiche sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist ein Schlüsselfaktor für hohe Qualität im Gesundheitswesen. Trotz einer Vielzahl erfolgreicher Ansätze gibt es nach wie vor erhebliche Optimierungspotenziale in diesem Feld. Die Barrieren liegen nicht primär in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern in der praktischen Umsetzung durch die Akteure. Ausnahmen stellen große ambulante Einrichtungen dar, die mit Krankenhäusern sektorenübergreifende Kooperationsformen realisieren. Sie weisen eine hohe Variationsbreite und Patientenrelevanz auf. Exemplarisch sollen im vorliegenden Beitrag die Kooperationspotenziale im Bereich der Augenchirurgie auf der Basis einer empirischen Erhebung aufgezeigt und gesundheitspolitisch abgeleitet werden.

### 1. Einleitung

Die Forderung nach (stärkerer) sektorenübergreifender Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist seit vielen Jahren eine Konstante der Gesundheitspolitik. Eine verbesserte Kooperation zwischen den Sektoren soll sowohl die Effektivität als auch die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung steigern. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen meint „die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung sind eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012).

Das Potenzial zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sieht der Gesetzgeber eher beim stationären als beim ambulanten Sektor: für die Ausdehnung ihrer Tätigkeit können Krankenhäuser auf den rechtlichen Rahmen z.B. zum ambulanten Operieren oder für die Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen zurück greifen. In der Praxis entwickelte sich eine andere Facette der sektorenübergreifenden Kooperation: Ärzte ambulanter Einrichtungen realisieren neben der klassischen Belegertätigkeit weitere Kooperationsformen mit Krankenhäusern. Kooperationsdimensionen sind Flächenanmietung auf dem Krankenhausgelände mit oder ohne Inanspruchnahme von sonstiger Infrastruktur und Funktionen des Krankenhauses für vertragsärztliche Leistungen, Kooperation im Sinne einer „Subunternehmertätigkeit“, Anstellung

im Krankenhaus parallel zur freiberuflichen Tätigkeit und Komplettintegration von Klinik- und ambulanten Leistungen.

Diese Kooperationsebene hat sich weitgehend unbemerkt entwickelt, es fehlt bislang jegliche wissenschaftliche Aufbereitung dazu. Auf Basis der Ergebnisse einer Befragung von ärztlichen Leitern großer ambulanter augenmedizinischer Zentren soll die Art, Intensität der Nutzung sowie Versorgungsrelevanz der von ambulanten Zentren genutzten Kooperationsformen an der ambulanten/stationären Sektorengrenze beschrieben werden. Ob und in welchem Maß gesundheitspolitische Erwartungen an sektorenübergreifender Kooperation mit der tatsächlichen Nutzung und Bedeutung kompatibel sind, wird auf Basis einer qualitativen Befragung der Ärzte zur Bedeutung der Kooperationsformen beleuchtet.

## 2. Vorarbeiten

### 2.1 Identifikation von genutzten Kooperationsformen

Im Rahmen einer Expertenrunde und auf Basis der Angaben der befragten medizinischen Leiter der ambulanten augenmedizinischen Zentren (AZ) wurden acht verschiedene Kooperationsformen von ambulanten Zentren mit Krankenhäusern bzw. anderen ambulanten Einrichtungen im Sinne eines explorativen Studienansatzes erarbeitet (Bucholtz, Hahn et al. 2014). Gegenstand der Versorgung sind die von den Zentren bzw. den dort tätigen Fachärzten für Augenheilkunde durchgeführten ambulanten bzw. stationären Operationen. Die in Abbildung 1 dargestellten Kooperationsformen sind in der Reihenfolge steigender Intensität der Kooperation aufgeführt. Die Einordnung ergibt sich zum einen aus der Nutzung von Ressourcen wie Räumen, Infrastruktur und Funktionen des Krankenhauses durch das AZ. Zum anderen ist die Perspektive des leitenden Arztes des AZ (AZ-Arzt) im Sinne der Unabhängigkeit in der Gestaltung der Versorgung von einem möglichen Kooperationspartner maßgeblich (Bucholtz, Hahn et al. 2014).

Das sogenannte Eigenleistungsmodell (1) beschreibt die eigenverantwortliche Ausstattung und den Betrieb eines ambulanten OPs durch die Ärzte des AZ ohne Anbindung an einen stationären Träger (= Versorgungsform ohne Kooperation). Alle anderen Versorgungs-

**Abbildung 1: Übersicht und Erläuterung der acht existierenden Kooperationsformen zwischen ambulanten und stationären Versorgungssettings.**

<b>1) Eigenleistungsmodell ambulant</b>	Eigenverantwortliche Ausstattung und Betrieb eines ambulanten OPs durch AZ (ambulantes Zentrum) ohne Anbindung an ein Krankenhaus.
<b>2) Mietmodell</b>	<p><b>a) Mietmodell ohne Infrastruktur bei Krankenhaus</b> 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.</p> <p><b>b) Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen</b> AZ-Arzt mietet für ambulante Operationen der eigenen Patienten die OP-Infrastruktur und den Raum einer anderen ambulanten Einrichtung an.</p> <p><b>c) Mietmodell mit Infrastruktur bei Krankenhaus</b> 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.</p>
<b>3) Belegarztmodell (§ 121 SGB V)</b>	AZ-Arzt wird für stationäre Operationen seiner eigenen Patienten als Belegarzt an einem Krankenhaus tätig.
<b>4) Subunternehmermodell (§ 115b SGB V, § 20 Ärzte ZV, § 2 Abs 2 KH EntG)</b>	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.
<b>5) Teilzeitarbeitsmodell (§ 20 Ärzte-ZV)</b>	AZ-Arzt versorgt als in Teilzeit angestellter Chefarzt bei dem Krankenhaus die dortigen Patienten.
<b>6) Eigenleistungsmodell integriert</b>	Die ambulante und stationäre augenchirurgische Versorgung erfolgt in einem integrierten OP-Zentrum/Augenklinik (im Bettenplan) in eigenverantwortlicher Ausstattung und Betrieb des AZ.

formen basieren auf einer Kooperation mit einem stationären Träger bzw. einer anderen ambulanten Einrichtung. In den Mietmodellen (2) nutzt das AZ Ressourcen des Kooperationspartners. Das Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen (2b) ist ein Sonderfall, da die Kooperation nicht explizit die Sektorengrenze ambulant/stationär betrifft. Die mit den Krankenhäusern umgesetzten Mietmodelle 2a und 2c unterscheiden sich durch den Grad der Inanspruchnahme von Krankenhausressourcen. Im Modell 2a hat das Krankenhaus für das AZ unmittelbar nur die Funktion des Vermieters von Fläche, die Gestaltungshoheit in der Ausstattung und dem Betrieb der medizinischen Einrichtung entspricht der des Eigenleistungsmodells. Hingegen nimmt das AZ im Modell 2c auch Infrastruktur und andere Funktionen des Krankenhauses in Anspruch.

Belegarztmodell (3), Subunternehmermodell (4) und Teilzeitarbeitsmodell (5) beinhalten sowohl die Nutzung

von Krankenhausressourcen als auch die kooperative Gestaltung des Leistungsgeschehens. Der maximale Grad der Kooperation wird durch das sogenannte Eigenleistungsmodell integriert (6) verkörpert. Das AZ integriert hierbei den ambulanten OP und eine Augenklinik im Bettenplan; unter ausschließlicher Verantwortung des AZ erfolgt damit die gesamte augenchirurgische Versorgungstiefe.

### 2.2 Stichprobe: Ambulante augenmedizinische Großzentren

Die Erhebung wurde in ambulanten augenmedizinischen Zentren durchgeführt, die zu den größten Einrichtungen in Deutschland zählen und in der OcuNet Gruppe zusammen geschlossen sind. In den einbezogenen AZ arbeiten jeweils zwischen 5 und 70 (selbstständige und angestellte) Fachärzte für Augenheilkunde unter einer einheitlichen ärztlichen Führung zusammen. Die Zentren bilden

die konservative und operative Bandbreite des Fachs ab. Der Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Augen Chirurgie, rund 85 % der Operationen erfolgen ambulant. Die AZ sind häufig an mehreren Standorten tätig und betreiben mehrere und verschiedene Kooperationsformen nebeneinander.

**2.3 Befragungsinhalte**

Mit Leitern von 32 ambulanten augenchirurgischen Zentren wurden halbstrukturierte Telefoninterviews geführt. Die Zentrumsleiter (AZ-Arzt) wurden nach der Anzahl der augenchirurgischen Standorte gefragt und um Angabe gebeten, welche der Kooperationsformen dort jeweils genutzt werden. In einem nächsten Schritt sollten sie quantifizieren, wie hoch der Anteil der augenchirurgisch versorgten Patienten in den jeweiligen Formen ist.

Ein weiterer Teil der Befragung diente der Erhebung, welche Bedeutung eine Kooperation mit einem Krankenhaus bzw. einer anderen ambulanten Einrichtung für das jeweilige Zentrum hat. Dabei wurde nach der Attraktivität des Zentrums, der Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen, der Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes, der Weiterbildungsmöglichkeiten, der Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter und dem Zugang zu Selektivverträgen gefragt. Ferner wurden sie gefragt, ob die Kooperationen auch finanziell attraktiv sind.

**3. Ergebnisse**

**3.1 Nutzung der Kooperationsformen und Relevanz für Patientenversorgung**

Die 32 AZ bieten zwischen einem und zwölf Standorten Patienten ambulante oder stationäre Patientenbetreuung in den unterschiedlichen Kooperationsmodellen an (Median: 2), in der Summe werden von allen AZ insgesamt 94 augenchirurgische Standorte betrieben. Insgesamt 25 AZ geben an, Kooperationsbeziehungen mit mindestens einer anderen ambulanten Einrichtung oder mit einem Krankenhaus (Modelle 2 bis 6) zu unterhalten, davon geben 25 % an, mit mehr als einem stationären Leistungserbringer zu arbeiten (Md = 1, Min = 1, Max = 5). Tabelle 1 veranschaulicht die Nutzung der verschiedenen Kooperationsformen durch die AZ und die Relevanz in der Patientenversorgung.

**Tabelle 1: Realisierte Kooperationsformen und Relevanz für augenchirurgische ambulante bzw. stationäre Patientenversorgung**

	Nutzung		Relevanz für Patientenversorgung
	Anzahl AZ mit jeweiliger KF (in % der AZ)	Durchschnittliche Anzahl Standorte pro nutzendem AZ	Anteil amb. und stat. operierter Patienten (Median) nach KF, jeweils nur KF nutzende AZ
Alle Kooperationsformen (KF)	32 (100 %)	2,9	100 %
1. Eigenleistungsmodell ambulant	20 (63 %)	2,0	88 %
2. Mietmodell	22 (69 %)	1,3	75 %
2a. ohne Infrastruktur bei Krankenhaus	7 (22%)	1	*
2b. mit anderen ambulanten Einrichtungen	7 (22%)	1	*
2c. mit Infrastruktur bei Krankenhaus	14 (44%)	1,1	*
3. Belegarztmodell	18 (56 %)	1,1	7 %
4. Subunternehmermodell	6 (19 %)	1,3	13 %
5. Teilzeitarbeitsmodell	1 (3 %)	1	**
6. Eigenleistungsmodell integriert	1 (3 %)	1	**

\* Keine Aussage nach Subtyp des Mietmodells möglich

\*\* Wegen zu geringer Zahl von nutzenden AZ keine Angabe zu Patientenrelevanz

AZ = Augenmedizinische Zentren

KF = Kooperationsformen

Das Mietmodell ist noch vor dem Eigenleistungsmodell die von den meisten AZ genutzte Kooperationsform: 69 % der befragten AZ-Leiter geben an, an einem oder mehreren Standorten ein Mietmodell zu nutzen, während nur 63 % an einem oder mehreren Standorten ein Eigenleistungsmodell betreiben. Die durchschnittliche Zahl der Standorte pro AZ im Eigenleistungsmodell ist jedoch mit 2,0 höher als im Mietmodell mit 1,3, so dass über alle AZ gesehen insgesamt eine Anzahl von 37 Eigenleistungsmodellen und 29 Mietmodellen von den AZ realisiert werden.

Die Subtypen des Mietmodells werden mit unterschiedlicher Häufigkeit genutzt. An einem oder mehreren Standorten realisieren 20 AZ eine Kooperation mit einem Krankenhaus; 14 AZ (= 44 % aller AZ) nutzen dabei jenseits der angemieteten Fläche auch Infrastruktur und Dienstleistungen. Die Funktion des Krankenhauses beschränkt sich bei 7 AZ (= 22 %) ausschließlich auf die Vermietung von Flächen. Sieben AZ (= 22 %) werden in Kooperation mit anderen ambulanten Einrichtungen augenchirurgisch tätig.

Sowohl das Eigenleistungs- als auch das Mietmodell haben große Relevanz für die augenchirurgische Patientenversorgung. Soweit ein AZ ein Eigenleistungs-

modell an einem oder mehreren Standorten betreibt, versorgt es dort im Median 88 % aller augenchirurgischen Patienten. Soweit ein AZ eines oder mehrere der Mietmodelle realisiert, beträgt der Anteil der hier operierten Patienten 75 %.

Das Belegarztmodell hat mit 56 % ebenfalls einen hohen Verbreitungsgrad unter den AZ, der Anteil der hier versorgten (stationären) Patienten ist mit 7 % aber vergleichsweise gering. Die Nutzung der erst aufgrund der jüngeren Sozialgesetzgebung möglich gewordenen Kooperationsformen – das Subunternehmermodell und das Teilzeitarbeitsmodell – sowie das Eigenleistungsmodell integriert werden vergleichsweise selten eingesetzt; soweit eines der Modelle zum Einsatz kommt, ist der Anteil der hier versorgten Patienten ebenfalls gering.

**3.2 Bedeutung von Kooperationen für ambulante Zentren**

Die Leiter der 26 AZ, die ein Kooperationsmodell mit einem anderen stationären oder ambulanten Träger realisieren (Modelle 2 – 6), wurden gebeten, die Bedeutung der Kooperation anhand vorgegebener Dimensionen an einer vierstufigen Skala von „keine Bedeutung“ bis „sehr große Bedeutung“ zu

**Tabelle 2: Einschätzung der Bedeutung von Kooperationen für das eigene Ambulante Zentrum.**

	Keine	Geringere	Große	Sehr große
Bedeutung der Kooperationen für die Attraktivität des Zentrums	3,8 %	11,5 %	26,9 %	57,7 %
Bedeutung der Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen	34,6 %	30,8 %	19,2 %	15,4 %
Bedeutung der Kooperationen für die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots	8,0 %	20,0 %	24,0 %	48,0 %
Bedeutung der Kooperationen für Weiterbildungsmöglichkeiten	8,0 %	12,0 %	36,0 %	44,0 %
Bedeutung der Kooperationen für die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter	23,1 %	15,4 %	38,5 %	23,1 %
Bedeutung der Kooperationen für den Zugang zu Selektivverträgen	34,6 %	7,7 %	23,1 %	34,6 %

Hier nur Ambulante Zentren (AZ), die selber Kooperationen (Modelle 2 – 6) nutzen (n=26).

bewerten. Tabelle 2 fasst die Ergebnisse zusammen.

Sehr große oder große Bedeutung hat die Kooperation demnach für die Attraktivität des Zentrums (84,6 %), Weiterbildungsmöglichkeit (80,0 %), für die Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes (72,0 %), für die Gewinnung von ärztlichen Mitarbeitern (61,6 %) und für den Zugang zu Selektivverträgen (57,7 %). Die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen ist mit 34,6 % positiver Zustimmung (große oder sehr große Bedeutung) demgegenüber eher von untergeordneter Relevanz.

Die finanzielle Attraktivität von Kooperationen wird von 46,2 % als mäßig und von 42,3 % als sehr attraktiv bewertet, lediglich 2 der 26 befragten AZ-Leiter sehen keinen finanziellen Vorteil in der Kooperation.

#### 4. Diskussion

Eine unzureichende sektorenübergreifende Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors ist nach Einschätzung vieler Fachleute eine der wesentlichen Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Seit 1989 (Gesundheitsreformgesetz und dreiseitige Verträge) bemüht sich der Gesetzgeber um den Ausbau der Zusammenarbeit; der Fokus liegt dabei auf Regelungen, die es Krankenhäusern erlauben, ambulante Leistungen anzubieten. So erfolgte mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 die Zulassung von Krankenhäu-

sern zu ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen (§ 115b Sozialgesetzbuch V (SGB V)). Das GKV Modernisierungsgesetz ermöglicht seit 2004 durch die Novellierung des § 95 SGB V die Ansiedlung (ambulant tätiger) Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) an Krankenhäusern. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 sah die Einführung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus bei gravierenden Erkrankungen (§ 116b SGB V) vor und mit dem GKV-Versorgungsgesetz in 2012 wurde geregelt, dass die Krankenhäuser Institutsambulanzen für Geriatrie betreiben (§ 118a SGB V).

Die wenigen Erhebungen und Daten lassen darauf schließen, dass bisher die Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung seitens der Krankenhäuser nur zögerlich genutzt wurden. Das Statistische Bundesamt und der Sachverständigenrat berichten, dass 20 Jahre nach Einführung des § 115b erst rund 2/3 der Krankenhäuser ambulante Operationen anbieten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Die Zahl ambulanter Operationen nahm erst seit 2004 – und damit im zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung der DRGs – deutlich zu (Statistisches Bundesamt 2013). Ferner unterhalten nur rund 1/3 der Krankenhäuser ein MVZ (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. 2013, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Nach aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden von den insgesamt 1.750 MVZ

nur rund 40 % von Krankenhäusern betrieben (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012). Das in 2010 vergleichsweise geringe Engagement könnte dadurch erklärbar sein, dass laut Angaben des Krankenhausbarometers nur je 29 % der Krankenhäuser mit den MVZ ein ausgeglichenes Ergebnis oder einen Überschuss erzielen konnten (Blum, Löffert et al. 2010).

Die gesetzlichen Möglichkeiten des ambulanten Sektors, an der Sektorengrenze zu kooperieren, sind im Vergleich zu denen der Krankenhäuser weniger umfangreich. Die belegärztliche Tätigkeit von Vertragsärzten nach §121 SGB V hat dabei die mengenmäßig größte Bedeutung, ist aber gleichwohl noch gering; in 2011 waren nur 3,7 % aller Betten Belegbetten, in der Augenheilkunde lag der Anteil mit 18,6 % allerdings höher (Statistisches Bundesamt 2012). Das Vertragsarztänderungsgesetz von 2004 ermöglicht Vertragsärzten zudem eine Anstellung im Krankenhaus parallel zu ihrer Tätigkeit im ambulanten Sektor (§ 20 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung).

#### 4.1 Ambulanter Sektor als Schrittmacher für sektorenübergreifende Kooperation

Möglicherweise hat eine jüngere Entwicklung im ambulanten Sektor dazu beigetragen, dass sektorenübergreifende Kooperation jenseits gesetzlicher Instrumente eine neue Dynamik erlebt. In der gesamten ambulanten Medizin, aber im Besonderen auch in der Augenheilkunde, nutzen Vertragsärzte die durch das Vertragsarztänderungsgesetz implementierten Möglichkeiten, um größere Einheiten in der Rechtsform des MVZ oder der überörtlichen Gemeinschaftspraxis zu bilden, andere Ärzte anzustellen und Filialen zu eröffnen (Amelung, Bucholtz et al. 2012, Müller 2012, Gibis, Armbruster et al. 2012). Innerhalb der Augenheilkunde ist diese Entwicklung bereits deutlich vorangeschritten, wobei die an der Befragung beteiligten Zentren Vorreiter dieser Entwicklung sind (Hahn 2011).

Diese ambulanten Zentren verfügen vermutlich mehr als klassische freiberufliche Praxen über das fachliche, strukturelle und unternehmerische Potenzial für die Etablierung und den Betrieb einer Kooperation mit einem großen und professionell geführten Partner

wie einem Krankenhaus. Auf den Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und erfolgreicher sektorenübergreifender Kooperation hat bereits der Sachverständigenrat hingewiesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Wie komplex die Verhandlungen sein können, wird am Beispiel eines in die Befragung eingeschlossenen AZ-Arzt deutlich. Er berichtete, dass nach zähen und schwierigen Verhandlungen mit der Krankenhausleitung und dem zuständigen Sozialministerium, das vormals klassische Belegarztmodell durch eine arbeitsteilige Kooperation mit dem Krankenhaus ersetzt wurde. Die realisierte Lösung sieht vor, dass die Kosten des neu gebauten ophthalmochirurgischen OP in den Räumlichkeiten der Klinik zwischen Klinikum und dem ambulanten AZ aufgeteilt wurden. Der laufende Betrieb der ambulanten wie stationären augenchirurgischen Versorgung erfolgt in dem so entstandenen reinen Augen-OP ausschließlich in der Verantwortung des AZ. Das Klinikum muss im eigenen Zentral OP keine Kapazitäten vorhalten, neben einigen übergeordneten administrativen Funktionen verblieb als Versorgungsaufgabe lediglich der Betrieb der Augenabteilung (also der stationären Betten).

## 4.2 Große Häufigkeit und Vielfalt von genutzten Kooperationsformen

Die Ergebnisse der konkreten Befragung zeigen deutlich eine hohe Kooperationsintensität an der Sektorengrenze durch die großen augenchirurgischen Zentren (Tabelle 1): Nur 6 der 32 (= 19%) in die Befragung einbezogenen AZ operieren ohne jegliche Kooperation mit einem anderen Träger im Eigenleistungsmodell. Die weiteren 14 AZ mit Eigenleistungsmodell nutzen daneben mindestens eine weitere Kooperationsform an mindestens einem weiteren Standort.

Die AZ nutzen neben der klassischen Form der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern – der belegärztlichen Tätigkeit – eine große Variationsbreite von Kooperationsformen (siehe Tabelle 1). Besonders häufig sind Mietmodelle, die AZ mieten innerhalb der Krankenhäuser entweder

nur Fläche (Modell 2 a) oder nutzen zusätzlich auch sonstige Infrastruktur des Krankenhauses wie z.B. Zentralsteril, Hausdienste, Ausstattung der OPs oder Krankenhauspersonal (Modell 2 c). Letztere Kooperationsvariante setzen 14 AZ an einem oder mehreren Standorten ein, erstere nur halb so viele AZ (nämlich 7) an maximal einem Standort. Von den anderen Kooperationsformen ist nur das Subunternehmermodell mit insgesamt 6 nutzenden AZ noch häufig; das Teilzeitarbeitsmodell und das Modell Eigenleistung integriert werden jeweils nur von einem AZ realisiert.

Zwar werden bezogen auf die AZ mehr Kooperationsmodelle als Eigenleistungsmodelle realisiert, aber die absolute Zahl der im Eigenleistungsmodell betriebenen Standorte ist höher als die bei der wichtigsten Kooperationsform, dem Mietmodell. Folgende Ursachen können dafür maßgeblich sein: Mit dem Ausbau eines ambulanten augenchirurgischen Angebotes durch Vertragsärzte Anfang der 80ziger Jahre war das Eigenleistungsmodell die einzig relevante Kooperationsform, so dass aus historischen Gründen dieses Modell (noch) überwiegt. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass der Verbreitungsgrad von Krankenhäusern für eine suffiziente augenchirurgische Versorgung zu gering ist. Wichtige augenchirurgische Indikationen sind jedoch chronische Erkrankungen (Beispiel Altersbedingte Makuladegeneration), die regelmäßige augenchirurgischen Interventionen bedürfen. Diese Patienten leiden oftmals nicht nur unter einer deutlichen Einschränkung der Sehfähigkeit, sondern sind zumeist alt und häufig

## **Krankenhäuser nutzen Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung nur zögerlich.**

fig multimorbide (Wolfram and Pfeiffer 2012). Die fehlende Mobilität bedingt, dass ophthalmochirurgische Angebote patientennah zur Verfügung stehen müssen; das Versorgungsnetz ist alleine mit stationären Einrichtungen nicht darstellbar. Mehrere Zentren führten in den Interviews zudem an, dass ihre Gestaltungshoheit ein wichtiger Faktor für das Gelingen der Kooperation mit

dem jeweiligen Krankenhaus war. Es bleibt zu spekulieren, dass nicht jedes Krankenhaus dazu bereit sein wird, die Gestaltungskompetenzen mit einem Vertragspartner aus dem ambulanten Sektor zu teilen.

## 4.3 Hohe Relevanz der Kooperationsformen für ambulante und stationäre augenchirurgische Patientenversorgung

Die Kooperationen sind auch für die Patientenversorgung hoch relevant. Es ist wenig überraschend, dass stationäre Operationen in Kooperation zwischen dem ambulanten Zentrum und dem Krankenhaus im Zuge des Belegarztmodells erfolgten. Die Befragung zeigt aber, dass die Kooperation gerade auch bei ambulanten Operationen, der mengenmäßig weit überwiegenden Leistungsart in der Ophthalmochirurgie, zum Tragen kommt. Zentren, die die jeweiligen Modelle nutzen, versorgten ungefähr die gleiche Patientenzahl ambulant in einer Eigeneinrichtung ohne Kooperation (Modell 1) und in einer der verschiedenen Kooperationsformen (Modelle 2 bis 6).

## 4.4 Erfüllen die Kooperationsmodelle die gesundheitspolitischen Erwartungen an sektorenübergreifende Kooperation?

Von sektorenübergreifender Zusammenarbeit wird eine höhere mittelbare und unmittelbare Effektivität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und besserer Effizienz der Mittelverwendung erwartet (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Ein Ziel der Befragung war zu evaluieren, ob die AZ-Leiter der Kooperation eine Bedeutung beimessen, die den gesundheitspolitischen Erwartungen an sektorenübergreifende Zusammenarbeit entspricht. Es lässt sich zeigen, dass die AZ-Leiter mittelbar und unmittelbar versorgungsrelevanten Dimensionen der Kooperation große oder sehr große Bedeutung zumessen. In diesem Sinne hoch gerankte Dimensionen sind zum einen „Weiterbildungsmöglichkeit“ und zum anderen „Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes“. Im Zuge der

Verlagerung der Weiterbildung junger Ärzte zu Fachärzten aus Kliniken zu Einrichtungen des ambulanten Sektors ist ein weiterer Ausbau entsprechender Kapazitäten im ambulanten Sektor perspektivisch zwingend (Feldmann 2013). Die hohe Bedeutung der „Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes“ spricht dafür, dass die Zentren mit ihren Kooperationen ein umfassendes augenchirurgisches Angebot anbieten können, das ohne Therapieabbrüche und Verweisung an andere medizinischen Einrichtungen die gesamte Bandbreite der Versorgung umfasst.

Im Rahmen der freien Antworten wurden weitere Aspekte angeführt, die auf einen Abbau der Schnittstellen an der Sektorengrenze durch die Kooperati-

## **Ambulante Zentren nutzen für ihre ambulanten wie stationären augenchirurgischen Leistungen Kooperationen mit Krankenhäusern.**

onen zwischen AZ und Krankenhäusern deuten: Viele AZ werten es als Vorteil, am gleichen Ort die Kapazitäten für ambulante wie für stationäre Operationen vorzuhalten. Perioperativ kann in Abhängigkeit von der Patientensituation entschieden werden, wie ein Patient versorgt wird. Bei Bedarf können darüber hinaus andere am Krankenhaus angesiedelte Fachdisziplinen zur Versorgung der eigenen augenchirurgischen Patienten hinzugezogen werden bzw. die Ärzte der Zentren können selber zur Mitversorgung der Patienten anderer Fachgruppen vor Ort sein. Einzelne AZ nennen die Möglichkeit zur Beteiligung an mono- und interdisziplinären Forschungsvorhaben bzw. eine Zusammenarbeit zwischen Zentrum, Klinik und unabhängigen augenärztlichen Praxen bei der Organisation des Notdienstes als Vorteile der Kooperation.

Insgesamt legen die Befragungsergebnisse nahe, dass die Kooperationen zwischen den AZ und Krankenhäusern zu einer unmittelbaren und mittelbaren Effektivitätssteigerung der Versorgung beitragen. Die Beurteilung mit Blick auf eine eventuelle Effizienzsteigerung ist demgegenüber uneinheitlich. Die Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses (Tabelle 2) hat aus dem Blickwinkel

der AZ die geringste Bedeutung für eine Kooperation, die finanzielle Attraktivität der Kooperation wird nicht einheitlich bewertet.

### **5. Fazit**

Die Befragung der Leiter von 32 großen, ambulanten augenmedizinischen Zentren zeigt eine gewachsene Dimension der sektorenübergreifenden Kooperation, die bislang noch nicht systematisch untersucht wurde. Unter Beibehaltung ihrer Selbstständigkeit nutzen die Zentren für ihre ambulanten wie stationären augenchirurgischen Leistungen Kooperationen mit Krankenhäusern; die Kooperationsdimensionen umfassen Flächenanmietung auf dem Krankenhausgelände mit oder ohne Inanspruchnahme von sonstiger Infrastruktur und Funktionen des Krankenhauses für vertragsärztliche Leistungen, Kooperation im Sinne einer „Subunternehmertätigkeit“, Anstellung im Krankenhaus parallel zur freiberuflichen Tätigkeit und Komplettintegration von Klinik- und ambulanten Leistungen.

Die Kooperationsintensität zeigt sich sowohl in der großen Variationsbreite als auch in der hohen Zahl an Standorten, in denen die Kooperationsformen realisiert werden. Zudem erweist sich die Patientenrelevanz der Kooperation als hoch: Die Kooperationen zwischen den ambulanten Zentren und den Krankenhäusern kommen nicht nur bei stationären Operationen zum Tragen. Nach Auffassung der befragten Zentrumsleiter sind die Kooperationen bezogen auf mittelbar und unmittelbar versorgungsrelevante Dimensionen von großer und sehr großer Bedeutung; die Kooperationen erfüllen damit auch berufspolitische und qualitative Erwartungen an sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Ob und in welchem Umfang die gefundenen Ergebnisse auch auf andere Fachgebiete bzw. ambulante Einrichtungen mit abweichender Betriebsgröße übertragbar sind, muss Gegenstand weiterführender Untersuchungen sein. Im Sinne einer systematischen Analyse eines Anreizsystems für die hier beschriebenen Formen der Kooperation wäre es zudem sinnvoll, die Sichtweise der Krankenhäuser zu evaluieren. ■

## Literatur

**Amelung, V., N. Bucholtz, et al. (2012).** Sehen im Alter; Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**Blum, K., S. Löffert, et al. (2010).** Krankenhaus Barometer Umfrage 2010. Krankenhaus Barometer. D. K. Institut. Düsseldorf.

**Bucholtz, N., U. Hahn, et al. (2014).** „Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie.“ Monitor Versorgungsforschung In print.

**Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2013).** Foliensatz\_Krankenhausstatistik\_STAND: 2013-01-23 (pdf, 353 KB)

**Feldmann, R. (2013).** „Bericht des KBV Vorstandes Dipl. Med. Regina Feldmann auf der Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 1. März 2013 in Berlin.“ from [www.kbv.de/43231.html](http://www.kbv.de/43231.html).

**Gibis, B., S. Armbruster, et al. (2012).** MVZ-Survey 2011; Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. MVZ-Survey. K. Bundesvereinigung. Berlin, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

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

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012).** „Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 3. Quartal 2007 bis 3. Quartal 2011.“ Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. from <http://www.kbv.de/koop/8791.html>.

**Müller, S. (2012).** „VStG: MVZ am Wendepunkt; Bedeutung der MVZ für die ambulante Versorgung.“ Arzt und Krankenhaus 3: 69-74.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. S. z. B. d. E. i. Gesundheitswesen. Bonn.

**Statistisches Bundesamt (2012).** Grunddaten der Krankenhäuser 2011; Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden.

**Statistisches Bundesamt (2013).** „1,9 Millionen ambulante Operationen im Krankenhaus.“ Zahl der Woche. from [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/dzw/2013/PD13\\_014\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/dzw/2013/PD13_014_p002.html).

**Wolfram, C. und N. Pfeiffer (2012).** Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland. Weißbuch. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft.