

Haupt/Zeitz (Hrsg.)

Management-Handbuch Augenheilkunde

Kliniken, MVZ und Praxen erfolgreich führen

Auszug aus dem Werk

Beitrag 31 – S. 543-554

Dr. rer. medic. Ursula Hahn:

„Wandel der Angebotsstrukturen: Kooperation und Netzwerke – am Beispiel des OcuNet Verbunds“



Gesundheitswesen in der Praxis

Management-Handbuch Augenheilkunde

Kliniken, MVZ und Praxen erfolgreich führen

Herausgegeben von

Dr. rer. pol. Thomas Haupt

Dr. med. Martin Zeitz

Mit Beiträgen von

Elisabeth Blass

Daniel Burkhardt

Carola Diekmann

Sabine Finkmann

Jörg Förster

Henning Goebel

Dr. rer. medic. Ursula Hahn

Dr. rer. pol. Thomas Haupt

Tim Herbst

Ruth Jonen

Stephan Kaune

Tobias Kesting

Katy Kleffmann

Prof. Dr. habil. Arjan Kozica

Dr. iur. Andreas Meschke

Prof. Dr. med. Alireza Mirshahi

Stephan Moers

Madlen Müller

Peter Mussinghoff

Victoria Pollig

Julia Riemey

Ilka Sutor

Gerda-Marie Wittschier

Dr. med. Martin Zeitz

Interviews mit

Dr. med. Stefan Bültmann

Dr. med. Peter Heinz

Prof. Dr. med. Babac Mazinani

Sibylle Stauch-Eckmann

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Walter

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-848-4

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Umschlaggestaltung: Wachter Kommunikationsdesign, St. Martin

Titelbild: #673947754, IRINA SHI/Shutterstock.com

Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	IX
Teil I Einleitung	1
Marktübersicht und Entwicklungstrends in der Augenheilkunde (<i>Haupt/Zeit</i>)	3
Teil II Themen des Managements in der Augenheilkunde	15
1 Strategie und Taktik (<i>Zeit</i>)	17
Teil II.1 Personalmanagement	39
2 Employer Branding & Recruiting (<i>Kleffmann</i>)	41
3 Management und Führung in der Augenheilkunde (<i>Kozica/Haupt/Müller</i>)	59
4 Personalbedarfsplanung/Personaleinsatzplanung (<i>Pollig</i>)	73
5 Neue Rollen in der Augenheilkunde (<i>Mirshahi</i>)	87
6 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (<i>Jonen</i>)	95
Teil II.2 Prozessmanagement	107
7 Grundlagen des Prozessmanagements (<i>Pollig</i>)	109
8 Six Sigma-Methodik zur Prozessoptimierung (<i>Pollig</i>)	121
9 Prozessmanagement als Grundlage des Termin- und Slotmanagements (<i>Pollig</i>)	133

Teil II.3 Kommunikation	145
10 Kommunikation innerhalb des Teams (<i>Goebel</i>)	147
11 Patientenkommunikation (<i>Zeitz</i>)	163
12 IGeL-Management in der Augenarztpraxis (<i>Blass</i>)	179
13 Umweltmanagementsysteme (<i>Jonen</i>)	193
Teil II.4 Marketing	213
14 Marketing als Prozess (<i>Kesting</i>)	215
15 Moderne Marketingmethoden (<i>Kesting</i>)	229
16 Kooperations- und Zuweisungsmanagement (<i>Mussinghoff</i>)	241
17 OP-Management (<i>Diekmann</i>)	257
18 Abgabe oder Kauf einer Praxis oder eines MVZ (<i>Goebel</i>)	283
Teil II.5 Größenspezifische Managementthemen	297
19 Controlling von Zweigpraxen (<i>Herbst</i>)	299
20 Management einer Augengruppe (<i>Kaune</i>)	311
21 Pandemiemanagement am Beispiel von SARS-CoV-2 (<i>Haupt/Riemey/Kozica/Mirshahi</i>)	333
Teil II.6 Abrechnung	349
22 Der EBM – Die Abrechnung der gesetzlich kranken- versicherten Patienten (<i>Finkmann</i>)	351

23	Abrechnung privatärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (<i>Wittschier</i>).....	381
24	Abrechnung über Spezialverträge am Beispiel von VISYONET (<i>Sutor</i>).....	397
25	Stationäre Abrechnung und Abrechnungsprüfung (<i>Burkhardt</i>).....	407
26	Medizinrechtliche Aspekte (<i>Meschke</i>).....	421
27	Datenschutz (<i>Moers</i>).....	459
Teil III	Management bei häufigen Prozeduren	481
28	IVOM-Management (<i>Pollig</i>).....	483
29	Katarakt-Management (<i>Förster</i>).....	499
Teil IV	Megatrends der Augenheilkunde	519
30	Digitalisierung in der Augenheilkunde (<i>Mussinghoff</i>).....	521
31	Wandel der Angebotsstrukturen: Kooperation und Netzwerke – am Beispiel des OcuNet Verbunds (<i>Hahn</i>).....	543
32	Zukunftstrends im Personalmanagement (<i>Haupt</i>).....	555
Teil V	Zukunft der Augenheilkunde aus verschiedenen Perspektiven – Interviews	567
	Interview mit Dr. med. Stefan Bültmann.....	569
	Interview mit Dr. med. Peter Heinz.....	575
	Interview mit Prof. Dr. med. Babac Mazinani.....	579
	Interview mit Sibylle Stauch-Eckmann.....	585
	Interview mit Univ.-Prof. Dr. med. Peter Walter.....	589
	<i>Stichwortverzeichnis</i>	599
	<i>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</i>	605

Interessiert?

Weitere Informationen zum Werk finden Sie HIER
oder unter www.medhochzwei-verlag.de



Wandel der Angebotsstrukturen: Kooperation und Netzwerke – am Beispiel des OcuNet Verbunds

Dr. rer. medic. Ursula Hahn

	Rn.
1 Angebotsstrukturen und praxisübergreifende Zusammenschlüsse	1 – 4
2 Augenmedizinische Zentren differenzieren sich weiter auf...	5 – 8
3 Der OcuNet Verbund: „Qualität im Auge“ als treibende Kraft der Gründung	9 – 11
4 Zentren sichern augenmedizinische Versorgung	12 – 14
5 Berufspolitische Vertretung gewinnt an Bedeutung	15 – 17
6 Unterstützung im Versorgungsbetrieb – im Alltag vom Verbund profitieren	18
7 Beispiel Digitalisierung: Chance, Herausforderung und Pflicht .	19 – 21
8 Wie geht es weiter?	22 – 25
Literatur	

Schlagwortübersicht

	Rn.		Rn.
Angebotsstrukturen	1 – 4, 23, 25	Politische Vertretung	15 – 17
Berufsausübungsgemeinschaft	12	Telematikinfrastruktur	19 – 21
Digitalisierung	19	Trägervielfalt	8, 22 f.
Flächendeckende Versorgung	13 f.	Vertragsärztliche Zentren	5 – 8, 15
Medizinisches Versorgungszentrum	12		

Abstract: Medizinisch-technischer Fortschritt, rechtliche Rahmenbedingungen und Pioniergeist waren und sind die Triebfedern für Wandel in Angebotsstrukturen. Mit der Ausdifferenzierung von Praxen und Krankenhäusern entsteht der Bedarf nach spezifischen organisationsübergreifenden Vertretungen. Der OcuNet Verbund ist ein Beispiel für diese Entwicklung: Die Agenda des Verbundes fächerte sich – flankierend zu den Anforderungen – von einer Studienkooperative zu einer Servicezentrale und berufspolitischen Vertretung auf. Vor allem aber entwickelten sich die angeschlossenen Zentren weiter, die für das Stratum großer, filialisierender Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) mit großer Versorgungsbandbreite stehen. 2019 waren rund 10 % der vertragsärztlichen Fachärzte für Augenheilkunde in einem der Zentren tätig, sie betrieben knapp 9 % der augenmedizinischen Leistungsstandorte, davon die Hälfte in ländlichen Regionen, und verantworteten knapp 9 % der vertragsärztlichen Behandlungsfälle.

1 Angebotsstrukturen und praxisübergreifende Zusammenschlüsse

- 1 Die Konstante der ophthalmologischen Angebotsstrukturen ist der Wandel: Seit 25 Jahren sind die ophthalmologische Diagnostik und Therapie, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Aufstellung von Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Fachabteilungen nahezu ständig im Umbruch. Als Reaktion darauf haben sich zahlreiche praxisübergreifende Zusammenschlüsse mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Zielgruppen gebildet. Allen ist gemeinsam, dass sie keine gemeinsame Patientenversorgung anbieten. Vielmehr unterstützen sie ihre Mitglieder in deren fachlich-medizinischen oder mit dem Versorgungsbetrieb assoziierten Herausforderungen, verhandeln Selektivverträge, entwickeln das Fach weiter oder vertreten politische Interessen. Die Selbstverwaltung ist heterogen – sie reicht von Verband, Netzwerk, Allianz, Gesellschaft, Verbund bis zu Genossenschaft. Einige dieser praxisübergreifenden Zusammenschlüsse sind schnell wieder verschwunden, andere existieren noch heute und prägen die Augenheilkunde mit.
- 2 Schon in den „Berichten zur Lage des Faches“ aus 1998 und 2008 – beide im Biermann Verlag erschienen¹ – werden Dimensionen und Änderungsdynamik anschaulich beschrieben. Fortschritte in der Grundlagenforschung und nachfolgend in den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten kamen unmittelbar den Patienten zugute, deren Zahl u. a. aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitablauf zunahm.² Als Beispiel für eine temporäre Wechselwirkung von medizinisch-technischen Möglichkeiten und Angebotsstrukturen kann der Einsatz des HRT zur Erstdiagnostik und Verlaufskontrolle des Glaukoms gelten. Um die hohen investiven Kosten zu schultern, gründeten Praxisärzte gemeinsam augenärztliche Diagnostikzentren (ADC), die wiederum wurden durch einen

1 Biermann: Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Fachs. 1998; Biermann: Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Fachs. 2008.

2 Schuster u. a.: Augenheilkunde 2019 – Wo stehen wir? Eine Betrachtung der Versorgungssituation in Deutschland. In: Ophthalmologie 116/2019, S. 829–837.

Bundesverband vertreten. ADC waren nur für einige Jahre aktiv: Nach und nach investierten Praxen und MVZ in die Geräteausstattung, das Leistungsgeschehen verlagert sich dorthin.

Anders die Entwicklung bei den ambulanten operativen Zentren: Phakoemulsifikation, Kleinschnittchirurgie, Intraokularlinse und örtliche Anästhesieverfahren bildeten die medizinisch-technischen Voraussetzungen³, bereits ab Mitte der 1980er Jahre begannen erste Operationszentren, Katarakte auch ambulant zu operieren.⁴ Dazu gehörte Mut, Pionier- und Unternehmergeist.⁵ Eine gezielte Förderung über Strukturverträge ab den 1990er Jahren hat dazu beigetragen, dass sie sich als feste Größe in der ophthalmologischen Angebotslandschaft etablieren konnten.⁶ Ihre Zahl ist im Laufe der Jahre stetig gestiegen, in 2017 schätzte die Intraokularlinsen vertreibende Industrie die Zahl der Praxen, Gemeinschaftspraxen und MVZ, die Kataraktpatienten ambulant versorgten, auf rund 750.⁷ Ihre Rolle hat sich mit Einführung der Intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (ab Anfang der 2000er Jahre) bei verschiedenen bis dahin nicht behandelbaren volumenstarken chronischen und das Sehvermögen beeinträchtigenden Krankheitsbildern weiter stabilisiert.

Auch die krankenhausgebundenen Angebotsstrukturen sind einem Wandel unterworfen. Die Zahl der ophthalmologischen Fachabteilungen ist rückläufig⁸, allerdings geht dies nahezu ausschließlich zulasten von Belegabteilungen.⁹ Die Zahl an Hauptabteilungen – 36 Universitätskliniken und 68 nicht-universitäre Augenkliniken in 2010¹⁰ – hat sich wenig geändert. Seit einigen Jahren steigen die stationären Fallzahlen wieder, allerdings mit niedrigeren Steigerungsraten als in anderen Fächern.¹¹ Deutlich geändert hat sich die Bedeutung der ambulanten

3 Neuhann: Der Starschnitt: In 40 Jahren vom 19. ins 21. Jahrhundert. In: Ophthalmologie 31/2019, S. 107–112.

4 Reuscher: Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann (Hrsg.): Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Faches. 2008, S. 115–118.

5 Neuhann: Der Starschnitt: In 40 Jahren vom 19. ins 21. Jahrhundert. In: Ophthalmologie 31/2019, S. 107–112.

6 Reuscher: Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann (Hrsg.): Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Faches. 2008, S. 115–118.

7 Wenzel u. a.: Ambulante Intraokularchirurgie 2016. Ergebnisse der Umfrage von DGII, DOG, BVA und BDOC. In: Ophthalmologie 2/2017, S. 185–194.

8 Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. Online: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> [abgerufen am 21.1.2022].

9 Volkert/Scholten: Gutachten: Das Belegarztwesen im sektorenübergreifenden Wettbewerb: Versorgungsspektrum, Interdependenzen und Versorgungsunterschiede. 2019. Online: <https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/zi-gutachten-belegarztwesen-endbericht.pdf> [abgerufen am 21.1.2022].

10 Hahn u. a.: Determination of Valid Benchmarks for Outcome Indicators in Cataract Surgery. A Multicenter, Prospective Cohort Trial. In: Ophthalmology 118/2011, S. 2105–2112.

11 Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. Online: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> [abgerufen am 21.1.2022].

Versorgung an Krankenhäusern: Eine Veröffentlichung zu einer u. a. im Auftrag der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) durchgeführten Erhebung beziffert für 2019 den Anteil der ambulanten an allen krankenhausgebundenen augenmedizinischen Fällen auf 84,1 %.¹²

2 Augenmedizinische Zentren differenzieren sich weiter auf

- 5 Die ursprünglich recht homogene Gruppe der vertragsärztlichen Operationszentren – die ersten wurden von Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen gegründet, die Pioniere waren vormals häufig schon als Belegärzte tätig – hat sich im Laufe der Jahre ausdifferenziert. In den Operationszentren wurden mehr Ärzte tätig, sodass Anzahl und Anteil der kleinen ambulanten Operationszentren rückläufig sind.¹³ Verschiedene Effekte kamen zusammen. Nicht nur stieg die Nachfrage nach ambulanten Operationen, mit der Auffächerung der Versorgungsangebote entwickelte sich auch eine Arbeitsteilung zwischen den Fachärzten. Der Trend zu Anstellung erlaubt größere ärztliche Teamstärken, anders als bei Gemeinschaftspraxen mit vielen selbstständigen Partnern, ist die Entscheidungsfindung in gemischten Teams i. d. R. einfacher. Mit sinkender Niederlassungsbereitschaft der nachwachsenden Fachärztesgeneration wurden zudem vakante Sitze von den Zentren übernommen. In der Folge filialisierten viele der augenmedizinischen Zentren, sie versorgen an mehreren, häufig auch ländlichen Standorten.¹⁴
- 6 Größenwachstum nach Anzahl der Ärzte wie nach Standorten folgt auch einer zentrumsspezifischen Logik¹⁵: Regulative Anforderungen z. B. zu IT, Datenschutz, Beschäftigungsverhältnissen und Hygieneanforderungen, Investitionen und Sachkosten sowie größere Versorgungsbandbreiten lassen sich in größeren Einheiten grundsätzlich besser darstellen. Die Arbeit in Teams kann sowohl für Weiterbildungsassistenten und Fachärzte als auch für qualifiziertes nichtärztliches Personal attraktiv sein. Diesen potenziellen Vorteilen stehen höheres unternehmerisches Risiko, zeitlicher Einsatz in Managementaufgaben, geringere Produktivität von angestellten Ärzten und Kosten von zentralen Services gegenüber; alles Dimensionen, die nicht in der Vergütung von Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt sind.

12 Gass u. a.: Deutsche Augenkliniken versorgen Patienten stationär, überwiegend aber ambulant: Ergebnisse einer Umfrage von DOG, VOL und DOCH. In: *Der Ophthalmologe* 11/2021, S. 1089–1090.

13 Wenzel u. a.: Umfrage von BDOC, BVA, DGII und DOG zur ambulanten und stationären Intraokularchirurgie. Ergebnisse für das Jahr 2018. In: *Ophthalmologie* 31/2019, S. 347–357.

14 Hahn u. a.: Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24/2019, S. 69–77.

15 Hahn/Hager: Neue Player – Neue Chancen? Neue Organisationsmodelle und die Logik größerer Einheiten in der ambulanten Versorgung. In: *Welt der Krankenversicherung* 40/2021, S. 40–45.

Einige der Zentren haben sich zu Vollversorgern weiterentwickelt: neben konservativer und ambulant-chirurgischer Versorgung bei ausgewählten Indikationen haben sie ihre Versorgungsbandbreite auf spezialaugenärztliche konservative Diagnostik und Therapie sowie auf das Spektrum chirurgischer Indikationen erweitert. I. d. R. versorgen sie chirurgische Patienten sowohl ambulant als auch stationär, das Belegarztwesen als Andockstelle für den stationären Leistungsarm ist für sie eine wichtige Versorgungsstruktur. 7

Nachdem in der Krankenhausversorgung Trägervielfalt bereits langjährig etabliert ist, erlaubt die Sozialgesetzgebung bei MVZ seit 2004 andere Träger als Vertragsärzte. In der Augenheilkunde wie in anderen humanmedizinischen Fächern gehören Zentren mit und ohne Beteiligungskapital mittlerweile zur vertragsärztlichen Versorgungslandschaft¹⁶, ein erstes Gutachten zu Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch MVZ mit Kapitalbeteiligung wurde bereits veröffentlicht¹⁷. 8

3 Der OcuNet Verbund: „Qualität im Auge“ als treibende Kraft der Gründung

Unter den Gründern des OcuNet Verbundes in 2002 waren viele Pioniere der ambulanten Kataraktoperation, ihre Praxen waren für die damalige Zeit nach Fall- und Arztzahlen bereits groß.¹⁸ Sie wollten sich mit dem Verbund ein Instrument schaffen, um den Herausforderungen der „Ambulantisierung“ und des Wachstums zu begegnen und sich zugleich in der ophthalmologischen Fachöffentlichkeit zu behaupten. Der Gegenwind war massiv, nicht nur Krankenhäuser beurteilten die Leistungsfähigkeit ambulanter niedergelassener Operateure und deren Komplikationsmanagement mit Skepsis.¹⁹ 9

Wichtig war daher zunächst – für Patienten, Kollegen, Kostenträger auch erkennbar – gute Versorgungsqualität zu gewährleisten und sichtbar werden zu lassen. Ganz im Sinne des Slogans „Qualität im Auge“ wollten die Zentren so Vorreiter für Qualitätssicherung sein und Standards in der chirurgischen und konservativen Augenheilkunde setzen. Dazu realisierten und realisieren sie Qualitätssicherungs- 10

16 Ladurner/Walter/Jochimsen: Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). 2020. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf [abgerufen am 21.1.2022].

17 Neubauer/Minartz/Niedermeier: Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. 2020. Online: https://www.bbm.de/app/download/7852627281/IfG-BBMV_Gutachten.pdf?t=1607948376 [abgerufen am 21.1.2022].

18 OcuNet Gruppe: Medizinischer Jahresbericht 2003. 2004.

19 Reuscher: Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann (Hrsg.): Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Faches. 2008, S. 115–118.

projekte, klinische Forschungsvorhaben und Versorgungsforschung. Konzeption, Durchführung, Auswertung und Veröffentlichungen gehörten zu den Aufgaben der OcuNet Zentrale; dabei arbeitete sie später auch eng mit der Universität Witten-Herdecke zusammen. Ergebnisse wurden und werden im Sinne von Benchmarks an die Zentren zurückgemeldet, national und international publiziert und auf Kongressen vorgestellt (z. B. Hahn u. a. (2011)²⁰, Hahn u. a. (2015)²¹).

- 11 Zur Programmatik von „Qualität im Auge“ gehörte auch die wechselseitige Unterstützung der Zentren u. a. bei der Zertifizierung und dem Qualitätsmanagement. Weitere zu diesem Tätigkeitsfeld gehörende Aktivitäten umfassen Kooperationen mit anderen Akteuren der Versorgung wie z. B. mit einer gesetzlichen Krankenkasse zur Therapie bei der Amblyopie²² und dem Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) zur Gestaltung und Umsetzung einer Fortbildungsreihe, um Weiterbildungsassistenten und Medizinische Fachangestellte für die nicht-medizinische Beratung von Sehbehinderten zu qualifizieren.²³ Seit Gründung engagiert sich OcuNet im Initiativkreis von „Sehen im Alter“ des DBSV.

4 Zentren sichern augenmedizinische Versorgung

- 12 Die Kooperation im OcuNet Verbund erwies sich als so erfolgreich, dass er seit der Gründungsphase in verschiedenen Wellen um weitere augenmedizinische Zentren gewachsen ist. Vor allem aber haben sich die angeschlossenen Zentren weiterentwickelt. Sie stehen für das Stratum der ophthalmologischen vertragsärztlichen Versorgungsstruktur – den großen und nach fachlicher sowie regionaler Aufstellung ausdifferenziert versorgenden Zentren²⁴. Die Zentren werden als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ tätig. Sie sind nach Fall- und Arztlzahl groß, filialisieren und bieten Weiterbildung für angehende Fachärzte an. Alle Zentren haben ein breites Leistungsspektrum, Generalisten und ausgewiesene Spezialisten für z. B. Hinterabschnitt oder spezielle auch seltene Krankheitsbilder arbeiten arbeitsteilig zusammen. Die deutlich überwiegende Zahl der Zentren versorgt sowohl ambulant als auch stationär. Einige der Zentren stehen als Voll-

20 Hahn u. a.: Determination of Valid Benchmarks for Outcome Indicators in Cataract Surgery. A Multicenter, Prospective Cohort Trial. In: *Ophthalmology* 118/2011, S. 2105–2112.

21 Hahn u. a.: Konzeption und Inhaltsvalidierung eines Fragebogens zu Informationsbedürfnissen bezüglich Dienstleistungen und Ansprechpartnern von sehbehinderten Menschen (FIDAS). In: *Klin Monbl Augenheilkd* 232/2015, S. 1402–1409.

22 OcuNet Gruppe: „App auf Rezept“: Neuer Vertrag mit BARMER GEK über webbasierte Therapie für Kinder mit Amblyopie. 2014. Online: <https://www.ocunet.de/de/presse/publikationen/presse/pressemitteilungen/pm-app-auf-rezept.html> [abgerufen am 21.1.2022].

23 Hahn: Beratung für Sehbehinderte. Augenarztpraxen als Lotsenstellen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109/2012, S. A833–A834.

24 OcuNet Gruppe (Hrsg.): *Versorgung der Zukunft*. 2016. Online: https://www.ocunet.de/assets/uploads/PDF/presse/ifz_Schwerpunktheft.pdf [abgerufen am 21.1.2022].

versorger dem Leistungsangebot vieler Universitätskliniken nicht nach. Innerhalb des OcuNet Verbundes sind Zentren beider Trägertypen – mit und ohne Beteiligungskapital – organisiert. Nach gemeinsam getragener Überzeugung der Zentren des Verbundes haben beide ihre Berechtigung in der Versorgung. Zwar gehören nicht alle ophthalmologischen Zentren mit diesem Profil zum Verbund, seine Mitglieder sind nach aller Kenntnis für diese Gruppe repräsentativ.²⁵

Qualitativer Vorteil aus dem Blickwinkel von Patienten ist die Versorgung aus einer Hand. An der Mehrzahl der Standorte wird wohnortnah augenärztlich konservativ versorgt, ist eine (komplexere) Diagnostik oder Therapie erforderlich, dann wird für den Patienten – so er dies wünscht – ein Termin an dem entsprechenden anderen Standort vereinbart; gemeinsame Behandlungsstandards und Weitergabe von Patientendaten tragen zu einer Behandlung ohne Abbrüche bei. Die Größe gestattet zudem auch speziellere Angebote, die seltener nachgefragt werden und daher für kleinere Einheiten aus ökonomischen Gründen nicht darstellbar sind. So kann z. B. Kindern aus einem ganzen Versorgungsbereich das Angebot einer Sehschule gemacht werden, bei der dann auch Orthoptisten in Vollzeit tätig sind. Ein anderes Beispiel für flächendeckende Versorgung und kurze Wege in einer Region: die Diagnostik und Verlaufskontrolle von altersbedingter Makuladegeneration kann vor Ort und wohnortnah erfolgen, Diagnostik wird über elektronische Portale an das operative Zentrum weitergeleitet, wo ein Reading vorgehalten wird. 13

Auch die quantitative Relevanz ist erheblich: Ohne den Versorgungsbeitrag der im OcuNet Verbund organisierten Zentren wäre eine flächendeckende ophthalmologische Versorgung nur schwer sicherzustellen. Das zeigen Daten einer OcuNet internen Erhebung im Abgleich mit den veröffentlichten branchenweiten Daten. Im November 2019 versorgten in allen im OcuNet Verbund organisierten Zentren zusammen 9,7 % der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Fachärzte für Augenheilkunde.²⁶ Auf die Zentren entfielen im 2. Quartal 2019 8,6 % der konservativen und operativen Behandlungsfallzahlen (Nenner: ophthalmologische Behandlungsfälle laut KBV²⁷). Die Zentren versorgten in diesem Quartal an 323 Standorten. Unter der Prämisse, dass vertragsärztliche Augenmedizin an rd. 3.800 Praxisstandorten angeboten wird, gehört jeder 11. Praxisstandort zu einem der Zentren. Auch der Anwurf der regionalen und fachlichen „Rosinenpickerei“ geht ins Leere. Erhebungen in 2016 und 2020 zeigen: Mehr als die Hälfte aller Leistungsstandorte der Zentren sind in ländlichen Regionen (Bedarfspla- 14

25 OcuNet Gruppe (Hrsg.): Versorgung in Vielfalt. 2018. Online: https://www.ocunet.de/assets/uploads/PDF/presse/ifz_Schwerpunktheft2.pdf [abgerufen am 21.1.2022].

26 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2018. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. 2019.

27 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 2. Quartal 2019. Zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten. 2020. Online: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Tabellen.xlsx [abgerufen am 21.1.2022].

nungsregionstypen 4 und 5) angesiedelt und rund 80 % der Standorte halten auch oder ausschließlich konservative Leistungen vor.²⁸

5 Berufspolitische Vertretung gewinnt an Bedeutung

- 15 Daraus ergibt sich zwangsläufig auch eine gewisse politische Verantwortung. Und so ist es nur natürlich, dass in der Arbeit des Verbundes die Vertretung der berufspolitischen Anliegen in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen hat. Ein wichtiges Ziel auch für den aktuellen Aufsichtsrat des OcuNet Verbundes um den Vorsitzenden Dr. Jörg Koch, Münster, ist dabei, die Perspektive über die Augenheilkunde hinaus zu öffnen. Es geht auch und gerade um die generische Versorgungsstruktur großer vertragsärztlicher Zentren ohne Ansehen ihrer fachlichen Zugehörigkeit. So ist z. B. das Belegarztwesen als formale Basis der stationären Versorgung für Zentren wichtig. Im Interesse eines fachübergreifenden Schulterschlusses arbeitet die Geschäftsführerin des OcuNet Verbundes daher im Vorstand des Bundesverbandes der Belegärzte (BdB) mit. Als erster kleiner Erfolg ist zu werten, dass das Belegarztwesen nach langen Jahren in gesundheitspolitischen Überlegungen des Bundes und der Länder wahrgenommen und als sektorenübergreifender Lösungsansatz diskutiert wird.
- 16 Ein wichtiges politisches Anliegen ist, Leistungsfähigkeit und Versorgungsbeitrag von großen Zentren stärker in den Fokus der Gestalter im Gesundheitswesen – also auch bei Politik, Kostenträgern und Fachöffentlichkeit – zu rücken. Die Vielfalt strukturell unterschiedlicher Versorgungsorganisationen, die für unterschiedliche Versorgungspotenziale stehen, wird bislang zu wenig wahrgenommen. Intersektorale Versorgung und Sichtbarkeit der Diversität von Organisationsformen sind daher wichtige Themenbereiche, in denen sich OcuNet beim Bundesverband Managed Care (BMC) aktiv einbringt.
- 17 Für relevante Themen, die die Ophthalmologie als Ganzes betreffen, agiert OcuNet im Schulterschluss mit anderen ophthalmologischen Verbänden und Organisationen. Ein übergreifendes Engagement hat dazu beigetragen das Bürokratiemonster einer alle Kataraktpatienten umfassenden obligatorischen Datenerfassung zu verhindern.²⁹ Approbationsordnung und Weiterbildungsordnung sind für alle wichtig, stellen sie doch sicher, dass ausreichend Nachwuchs ins Fach kommt. Dass für die Augenheilkunde in der – dann doch nicht verabschiedeten – großen Revision der Approbationsordnung keine verpflichtenden universitären Leistungsnachweise vorgesehen waren, haben wir deutlich kritisiert. Ein kleines Fach wie die Augenheilkunde muss zu gemeinsamen Themen auch

28 Hahn u. a.: Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 24/2019, S. 69–77.

29 Hahn u. a.: Potentiale und Grenzen der geplanten obligatorischen Qualitätssicherung für Kataraktoperation (Qesü). In: Der Ophthalmologe 110/2013, S. 370–376.

geschlossen auftreten. Dazu steht der Verbund mit seinem Know-how und seinen Kontakten immer wieder bereit.

6 Unterstützung im Versorgungsbetrieb – im Alltag vom Verbund profitieren

Für die dem Verbund angeschlossenen Zentren ist der unmittelbare Nutzen aus Serviceleistungen ein wichtiges Element. Ziel ist, die Zentren in ihrem Versorgungsbetrieb zu unterstützen. Das geschieht über Einzelaktivitäten wie Recherchen, Aufbereitung und Konzeption zu übergeordneten Themenfeldern wie z. B. Abrechnungsfragen, Vertragsgestaltung, Marktbeobachtung, Aspekten der Personalführung, Praxismanagement und -organisation und Zulassungsfragen. Fachliche Fortbildungsangebote und spezielle Weiterbildungsseminare für Nachwuchsaugenärzte (OcuNet Camp³⁰) gehören ebenso dazu, wie kollegial aufbereitete fachliche Informationen für den Praxisalltag wie der „Leitfaden zur therapieorientierten retinalen Diagnostik“. Die Medien der Kommunikation zwischen Zentrale und den Leitungen bzw. den Fachleuten der Zentren umfassen themen- und zielgruppenspezifische Newsletter, eMeetings mit Fachvortrag und anschließender Diskussion zu ausgewählten Fragestellungen sowie Einzelunterstützung und -beratung. Als besonders nutzenstiftend gelten Erfahrungsaustausche, die von der Zentrale organisiert und moderiert werden. Die jeweils mit einer Thematik befassten Mitarbeiter aus den Zentren legen wechselseitig ihre Problemanalysen und Lösungen offen. Voraussetzung dafür ist ein Grundvertrauen untereinander – Offenheit ist eine der wesentlichen Stützen der OcuNet Arbeit. 18

7 Beispiel Digitalisierung: Chance, Herausforderung und Pflicht

Ein aktuell wichtiges operatives Themenfeld ist die Telematikinfrastruktur (TI) und Digitalisierung – aus Sicht der Zentren vor allem Baustelle, perspektivisch aber auch mit der Hoffnung für schlankere Arbeitsabläufe verknüpft. Der Verbund bereitet Daten auf, verpflichtet Fachleute, die zu einzelnen Themenfeldern schulen, und bereitet die Informationsflut entlang der spezifischen Anforderungen der Zentren auf. Im Laufe der Zeit haben wir so ein Netzwerk mit den für die Umsetzung der TI verantwortlichen Organisationen aufgebaut, das wir auch nutzen, um unsere Ideen zur Weiterentwicklung der TI einzubringen. 19

30 OcuNet Gruppe: OcuNet Verbund setzt mit OcuNet Camp auf akademisch geprägte Ärzte Weiterbildung. 2021. Online: <https://www.ocunet.de/de/ocunet/ocunet-verbund/projekte/weiterbildung.html> [abgerufen am 21.1.2022].

- 20 Aus Sicht der Zentren sind die notwendigen Erweiterungen von Hard- und Software im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur zwar eine fachliche und finanzielle Herausforderung, mehr noch bewegen sie die Konsequenzen für die Arbeitsabläufe an jedem einzelnen (großen) Praxisstandort und in der Vernetzung der Standorte sehr detailliert untereinander. Wie kann der Arzt die „Qualifizierte elektronische Signatur“ (QES) leisten, ohne dass die erprobten Abläufe ins Stocken geraten (etwa, weil sich der Arzt in jedem Behandlungsraum (zeitaufwändig) wieder neu einloggen muss oder gar eine Unterschrift leisten muss, wenn schon der nächste Patient im Behandlungszimmer ist). Unsere Erfahrung ist, dass sich die Idee von TI-gebundenen Arbeitsabläufen und die Finanzierungsregeln vielfach am Leitbild der kleineren und nicht-filialisierenden Praxen orientieren. Umso wichtiger ist gerade hier der engmaschige Kontakt der Zentren untereinander, die sich wechselseitig mit ihren Ideen und Lösungsansätzen weiterbringen.
- 21 Der aktuelle Stand der TI ist eine Baustelle, selbst Fundamente wie Kommunikation in der Medizin (KIM) laufen nicht rund. Trotzdem – die Zentren sehen das Potenzial in der Digitalisierung: Bei einer internen Umfrage im September 2021 haben sie mehrheitlich (den perspektivischen) Nutzen der TI-Komponenten auch für die Zentren bestätigt.

8 Wie geht es weiter?

- 22 Das Fach hat sich in wenigen Jahrzehnten von einer weitgehend dichotomen Struktur – stationäre Hauptabteilungen auf der einen und eher kleine konservative Praxen, vereinzelt mit belegärztlich stationärem Spektrum, auf der anderen Seite – zu einer ausdifferenzierten Angebotslandschaft gewandelt. Das wirkt sich auch auf das Gefüge und die Wettbewerbssituation der Akteure des Fachs aus. Friktionen sind unvermeidlich, vielleicht auch, weil die Augenheilkunde in mehrerlei Hinsicht – z. B. mit Blick auf Ambulantisierung, Zentrenbildung, Filialisierung und Trägervielfalt – im Kanon der medizinischen Fächer eine Vorreiterrolle einnimmt.
- 23 Der Wandel der Angebotsstrukturen ist unverändert im Gange, auch wenn die Treiber heute eine andere Genese haben als vor 30 Jahren. Die absehbaren Motoren sind alle schon aufgerufen und umfassen z. B. Mangel an Fachärzten und nicht-ärztlichen Mitarbeitern, steigende Zahl an augenärztlich zu versorgenden Patienten, Konzentration mit immer mehr (angestellten) Ärzten in weniger Praxen und MVZ, zunehmende Trägervielfalt, politischen Wille zu weiterer Ambulantisierung und stärkerer Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung, Delegation/Substitution von Leistungen anderer Gesundheitsberufe sowie die Digitalisierung mit Einsatz von KI und telemedizinischen Behandlungsansätzen. Zu jeder dieser Entwicklungen bedarf es einer Positionierung, jede wird spezifischen Anpassungsbedarf auslösen. Nicht nur für große Zentren, auch für andere Gruppen gibt es Bedarf an „Außen- und Innenvertretung“.

Zielsetzung, Arbeitsagenda und Zielgruppen der zwanzigjährigen Arbeit des OcuNet Verbundes haben sich parallel zu den Herausforderungen für die darin organisierten Zentren weiterentwickelt. Die Bilanz umfasst Projekte als Studienkooperative und in der politischen Debatte. Gemeinsam wurden Qualitätsmaßstäbe und Innovationen für Versorgung und Weiterbildung entwickelt. OcuNet gibt über die Augenheilkunde hinaus dem Phänomen „große Zentren in der vertragsärztlichen Versorgung“ eine Sichtbarkeit. Die Debatte zu Organisationsformen und Versorgungsstrukturen wird auch perspektivisch die politische Arbeit des OcuNet Verbundes bestimmen. Wünschenswert wäre ein fachübergreifend konsentiertes Vorgehen großer Zentren, mit unserer Erfahrung unterstützen wir entsprechende Initiativen. Unverändert wird es notwendig bleiben, die aus Sicht großer Zentren problematischen rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen zu benennen und Alternativen einzuführen. 24

Die Heterogenität der Organisationsformen in der Augenheilkunde wie in anderen Fächern ist ein Wert an sich; es gibt nicht die eine omnipotente Struktur, die alles leisten kann. Große Praxen und MVZ sind ein Angebot, aber eben nur im Gesamtfeld der ambulanten und stationären Versorgung. Eine sachliche und offene Debatte zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen kann nur im Sinne des Fachs und im Interesse guter Patientenversorgung sein. Mehr Transparenz zu allen Versorgungsorganisation, deren Leistungsfähigkeit und Beitrag zur Versorgung sollte die wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der Versorgung sein. 25

Literatur

- Biermann, H.*: Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Fachs. Zülpich 1998.
- Biermann, H.*: Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Fachs. Zülpich 2008.
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft*: Augenkliniken sind unverzichtbar in der Aus- und Weiterbildung des augenärztlichen Nachwuchses. 2021. Online: https://www.dog.org/wp-content/uploads/2021/2002/PM-DOG-KBV-Konzeptpapier_F-2021.pdf [abgerufen am 21.1.2022].
- Gass, P. u. a.*: Deutsche Augenkliniken versorgen Patienten stationär, überwiegend aber ambulant: Ergebnisse einer Umfrage von DOG, VOL und DOCH. In: *Der Ophthalmologe* 11/2021, S. 1089–1090.
- Hahn, U.*: Beratung für Sehbehinderte. Augenarztpraxen als Lotsenstellen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109/2012, S. A833–A834.
- Hahn, U. et al.*: Determination of Valid Benchmarks for Outcome Indicators in Cataract Surgery. A Multicenter, Prospective Cohort Trial. In: *Ophthalmology* 118/2011, S. 2105–2112.
- Hahn, U. et al.*: Intersektorale augenmedizinische Facharztzentren und Versorgung auf dem Land. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24/2019, S. 69–77.
- Hahn, U. et al.*: Konzeption und Inhaltsvalidierung eines Fragebogens zu Informationsbedürfnissen bezüglich Dienstleistungen und Ansprechpartnern von sehbehinderten Menschen (FIDAS). In: *Klin Monbl Augenheilkd* 232/2015, S. 1402–1409.
- Hahn, U. et al.*: Potentiale und Grenzen der geplanten obligatorischen Qualitätssicherung für Kataraktoperation (Qesü). In: *Der Ophthalmologe* 110/2013, S. 370–376.

Wandel der Angebotsstrukturen: Kooperation und Netzwerke

- Hahn, U./Hager, L.: Neue Player – Neue Chancen? Neue Organisationsmodelle und die Logik größerer Einheiten in der ambulanten Versorgung. In: Welt der Krankenversicherung 40/2021, S. 40–45.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 2. Quartal 2019. Zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten. 2020. Online: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Tabellen.xlsx [abgerufen am 21.1.2022].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2018. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Berlin 2019.
- Ladurner, A./Walter, U./Jochimsen, B.: Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). In: (Zi) ZfdkVidBD (Hrsg.): Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Berlin 2020. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf [abgerufen am 21.1.2022].
- Neubauer, G./Minartz, C./Niedermeier, C.: Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. In: Gutachten erstellt mit Unterstützung des Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e. V. München 2020. Online: https://www.bbmV.de/app/download/7852627281/IfG-BBMV_Gutachten.pdf?t=1607948376 [abgerufen am 21.1.2022].
- Neuhann, T.: Der Starschnitt: In 40 Jahren vom 19. ins 21. Jahrhundert. In: Ophthalmologie 31/2019, S. 107–112.
- OcuNet Gruppe: „App auf Rezept“: Neuer Vertrag mit BARMER GEK über webbasierte Therapie für Kinder mit Amblyopie. 2014. Online: <https://www.ocunet.de/de/presse/publikationen/presse/pressemitteilungen/pm-app-auf-rezept.html> [abgerufen am 21.1.2022].
- OcuNet Gruppe: Medizinischer Jahresbericht 2003. Düsseldorf 2004.
- OcuNet Gruppe (Hrsg.): Versorgung der Zukunft. 2016. Online: https://www.ocunet.de/assets/uploads/PDF/presse/ifz_Schwerpunktheft.pdf [abgerufen am 21.1.2022].
- OcuNet Gruppe (Hrsg.): Versorgung in Vielfalt. 2018. Online: https://www.ocunet.de/assets/uploads/PDF/presse/ifz_Schwerpunktheft2.pdf [abgerufen am 21.1.2022].
- Reuscher, A.: Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann, H. (Hrsg.): Augenheilkunde in Deutschland. Bericht zur Lage eines Faches. Köln 2008, S. 115–118.
- Schuster, A. K. et al.: Augenheilkunde 2019 – Wo stehen wir? Eine Betrachtung der Versorgungssituation in Deutschland. In: Ophthalmologie 116/2019, S. 829–837.
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. Online: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> [abgerufen am 21.1.2022].
- Volkert, A./Scholten, N.: Gutachten: Das Belegarztwesen im sektorenübergreifenden Wettbewerb: Versorgungsspektrum, Interdependenzen und Versorgungsunterschiede. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität Köln 2019. Online: <https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/zi-gutachten-belegarztwesen-endbericht.pdf> [abgerufen am 21.1.2022].
- Wenzel, M. et al.: Ambulante Intraokularchirurgie 2016. Ergebnisse der Umfrage von DGII, DOG, BVA und BDOC. In: Ophthalmologie 31/2017, S. 185–194.
- Wenzel, M. et al.: Umfrage von BDOC, BVA, DGII und DOG zur ambulanten und stationären Intraokularchirurgie. Ergebnisse für das Jahr 2018. In: Ophthalmologie 31/2019, S. 347–357.