

Ambulantisierung: Die Augenheilkunde als Sonderfall der Facharztversorgung

Ursula Hahn

Die Augenheilkunde ist deutlich ambulantisierter als der Durchschnitt der vertragsärztlichen Fächer. Diese besondere Struktur hat weitreichende Konsequenzen: Die von der Krankenhauskommission geforderte Rückführung des fachärztlichen Leistungsgeschehens an oder in Krankenhäuser ist nicht tragfähig. Um die ophthalmologische Versorgung auch perspektivisch zu sichern, braucht es die richtigen Weichenstellungen.

Fachärztliche Versorgung findet in Praxen/MVZ einerseits und Kliniken andererseits statt. Diese komplementären Versorgungsstrukturen stehen immer wieder in der Kritik. Schon die übliche Bezeichnung „doppelte Facharztschiene“ suggeriert Redundanz. Der Vorwurf gilt regelhaft dem vertragsärztlichen Versorgungsstrang, der sich Anwürfen wie „vermeidbare“ Doppelstrukturen oder „schlechterer Effizienz oder unnötiger Bindung von knappem Personal und Finanzressourcen“ [1] gegenüber sieht. Die „Krankenhauskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ empfahl in der Periode Lauterbach sogar eine „kluge Reduktion der doppelten Facharztvorhaltung“ in dem Sinne, dass „nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern (inkl. Level II) tätig“ sein sollen [1].

Die Idee, dass fachärztliche Versorgung nur noch an oder mit Krankenhäusern erfolgen soll, zeugt von wenig Realitätsverständnis. In einem „online first“ veröffentlichten Artikel in „Das Gesundheitswesen“ [2] wird die fachübergreifende Bedeutung der beiden Stränge – des krankenhausbundenen und des vertragsärztlichen – nach Dichte des Versorgungsnetzwerks, Verteilung der Fachärzte sowie Fallzahlen auf Basis öffentlich zugänglicher Sekundärdatenquellen

nachgezeichnet. Das Fazit für alle fachärztlichen Fächer [2]: „2022 dominierte der vertragsärztliche Strang deutlich das Versorgungsnetzwerk in regionaler (vertragsärztlicher Anteil 96 %) und fachbezogener (89 %) Hinsicht. Auf ihn entfielen 86 % aller ambulanten/stationären Fälle und 90 % aller ambulanten Fälle. Etwas weniger als 50 % waren ambulant tätige Fachärzte (nach Köpfen) bzw. entfielen auf vertragsärztliche Vollzeit-äquivalente.“ Mit anderen Worten: Eine krankenhausbegleitete Zentralisierung der fachärztlichen Versorgung ist weit weg von kurz- und mittelfristiger Realisierbarkeit.

Die Augenheilkunde ist deutlich ambulantisierter als der Durchschnitt der vertragsärztlichen Fächer

Bekanntlich ist die Augenheilkunde im Konzert der fachärztlichen Fächer besonders: Die Ambulantisierung mit paralleler Verlagerung von Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung hat schon vor 40 Jahren begonnen. Andere Fächer haben – zumindest bislang – diesen Wandel nicht vollzogen. Es überrascht daher nicht, dass die Dominanz des Versorgungsstrangs außerhalb von Kliniken in der Augenheilkunde noch mal deutlich stärker ist als im Durchschnitt der fachärztlichen Fächer.

Um das Verhältnis in unserem Fach zu quantifizieren, wurden Metho-

dik und Berichtszeitraum des Referenzartikels auf die Augenheilkunde angewendet.

Nur vier Prozent der Leistungsstandorte in der Augenheilkunde sind krankenhausbunden

Der Indikator „Dichte des Versorgungsnetzwerks gesamt und nach Strängen“ berücksichtigt die Standorte, an denen fachärztliche respektive augenmedizinische Leistungen vorgehalten werden. Dazu zählen einerseits Praxen sowie MVZ und andererseits Krankenhäuser mit Augenabteilungen respektive den ophthalmologisch tätigen Ambulanzen.

Fachübergreifend kamen 2022 auf 8.555 Hauptabteilungen (alle Fachabteilungen: 9.554 Fachabteilungen [3] abzüglich 999 Belegabteilungen) 41.563 abrechnende Praxen und MVZ (hier nur abrechnende Hauptbetriebsstätten, zu den (häufigen) unselbstständigen Filialstandorten fehlen Daten). In der Augenheilkunde waren 2022 114 Hauptabteilungen tätig (Quelle: Auswertung von Qualitätsberichten) und 2.996 (Stand 2021, [4]) abrechnende Praxen und MVZ vertreten [5]. Fachübergreifend lag das Verhältnis von krankenhausbundenen zu vertragsärztlichen Standorten bei 17 % zu 83 %, in der Ophthalmologie machten krankenhausbundene Standorte gerade mal

Dichte des Versorgungsnetzwerks nach Hauptabteilungen einerseits und Praxen und MVZ andererseits, 2022

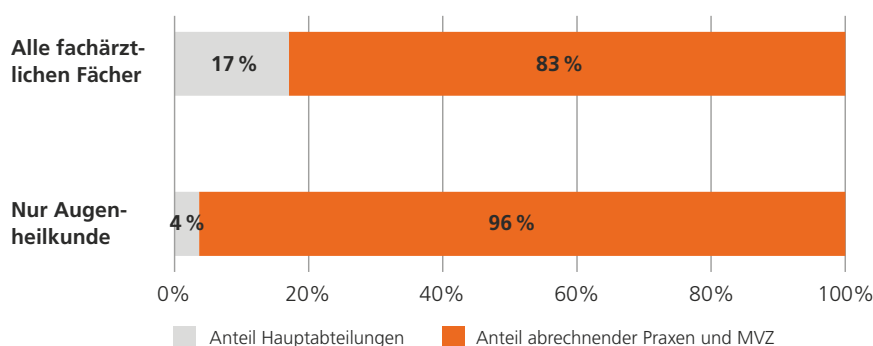


Abb. 1: Dichte des Versorgungsnetzwerks nach Krankenhausstandorten (grau) und abrechnenden Praxen/MVZ (orange) über alle Fächer und in der Augenheilkunde für das Jahr 2022

Alle Grafiken: U. Hahn

vier Prozent aller Leistungsstandorte aus. (►Abbildung 1).

Besonders großer Unterschied zum Durchschnitt: Wo Fachärzte und Fachärztinnen arbeiten

Die Verteilung von Fachärztinnen und Fachärzten auf die krankenhausbundene und niedergelassene Versorgung kann über zwei Wege analysiert werden. Die Bundesärztekammer (BÄK) berichtet die Anzahl von Fachärzten und Fachärztinnen nach „ambulant tätigen“ und „stationär tätigen“ [6]. Die Systematik ist nicht ganz trennscharf, denn die Angaben beruhen auf Selbstauskunft und am Krankenhaus tätige Fachärzte versorgen bekanntlich auch ambulant. Alternativ können Angaben zu den fachärztlichen Arbeitszeiten herangezogen werden, aber auch hier gibt es Unschärfen, denn es werden sektorenspezifisch unterschiedliche Parameter verwendet. Das Statistische Bundesamt [3] nennt die „Vollkräfte“ von fachärztlichen Angestellten der Krankenhäuser, die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziffert die Summe der „Teilnahmeumfänge“ von Fachärzten und Fachärztinnen [7].

In beiden Abgrenzungen ist der Anteil der am Krankenhaus tätigen

Ophthalmologen deutlich niedriger als im Fachgruppendurchschnitt. Nach Köpfen, also in der Abgrenzung nach BÄK, bezeichneten sich fachübergreifend 52 % der Fachärzte (ohne Fachärzte für Allgemeinmedizin und ohne Ärzte ohne Facharztstatus) als „stationär tätig“, der Anteil lag in der Augenheilkunde nur bei 14 %. In der Betrachtung nach Arbeitszeiten zeigt sich ein weitgehend identisches Bild: Fachübergreifend wird 52 % der gesamten fachärztlichen Arbeitszeit am Krankenhaus abgeleistet, in der Augenheilkunde sind es nur 13 % (►Abbildung 2).

Weiterbildungsassistenten werden in der vergleichenden Betrachtung

nicht berücksichtigt. Das Statistische Bundesamt meldet zwar ihre Gesamtzahl („Ärzte ohne Facharztstatus“ [3]), aber schlüsselt sie nicht nach Gebieten auf. In der Gesamtzahl sind damit auch Assistenten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, die nicht Gegenstand dieser Analyse sind, enthalten. Eine Datenquelle zu Weiterbildungsassistenten in der vertragsärztlichen Versorgung fehlt komplett. Vermutlich sind mehr Weiterbildungsassistenten an Krankenhäusern tätig, entsprechend stärker ist die ärztliche Manpower in diesem Sektor. Es ist aber nicht zu erwarten, dass der Unterschied zwischen dem fachübergreifenden und dem ophthalmologischen Verteilungswerten sich damit nivelliert.

99 Prozent aller ophthalmologischen Fälle sind ambulant, 93 Prozent in der Niederlassung versorgt

Der Indikator Fallzahlen bildet zwar gut die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ab. Das Problem allerdings ist, dass sich Unterschiede nach fachlichem, technischem und zeitlichem Aufwand nicht daraus ableiten lassen. In der Ophthalmologie wie in allen fachärztlichen Fächern wird de facto auf verschiedenen Leveln

Arbeitszeitanteile nach krankenhausbundenen Fachärzten/-innen und Fachärzten/-innen in der Niederlassung, 2022

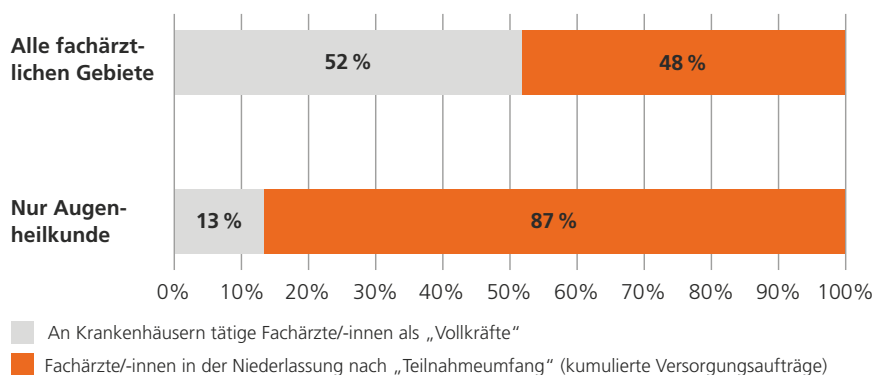


Abb. 2: Anteil der Arbeitszeiten bei krankenhausbundener (grau) respektive in Niederlassung (orange) anfallender fachärztlicher Tätigkeit für das Jahr 2022

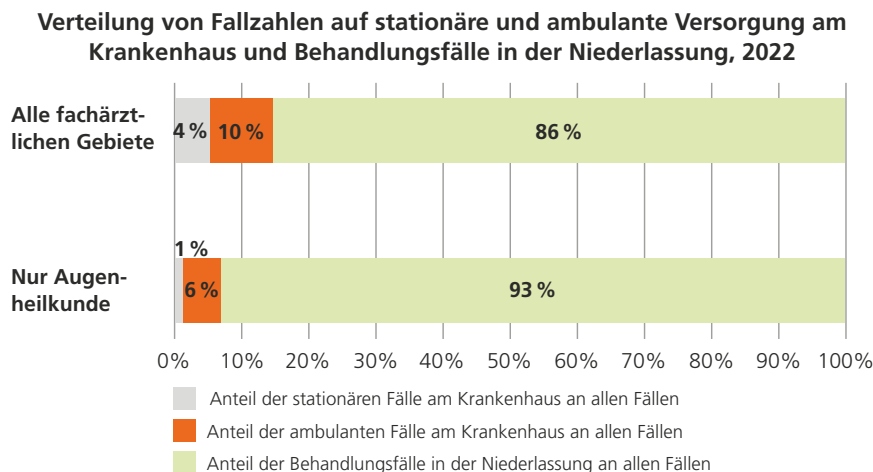


Abb. 3: Verteilung von Fallzahlen auf stationäre (grau) und ambulante (orange) Versorgung am Krankenhaus und Behandlungsfälle in der Niederlassung (hellgrün) für das Jahr 2022

versorgt. Die Hauptabteilung eines Maximalversorgers unterscheidet sich im Spektrum von dem eines Grundversorgers, die grundversorgende Praxis hat andere Patientenfälle als das spezialisierte, vertragsärztliche Zentrum.

Zu Recht kann also kritisiert werden, dass die Methodik des Referenzartikels die Unterschiede von Art und Zeitaufwand der unterschiedlichen Mixe an Fallcharakteristika nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse würden durch eine Gewichtung nach Aufwand genauer und belastbarer. Allerdings fehlen sowohl ein geeignetes Gewichtungsschema als auch Daten zur Zusammensetzung der Fallmixe. Der vorgeschlagene quantitative Ansatz stellt daher die bestmögliche Annäherung dar.

Um stationäre und ambulante Fälle an Krankenhäusern sowie ambulante Fälle in der Niederlassung auszuweisen, wurden mehrere Datenquellen kombiniert. Das Statistische Bundesamt liefert Daten zu den krankenhausgebundenen Fallzahlen[3]. Von den 58,2 Millionen krankenhausgebundenen Fällen 2022 entfielen 72 % auf ambulante Leistungserbringung (kran-

kenhausgebunden: 41,4 Mio. Fälle ambulant, 16,8 Mio. Fälle stationär). Die Daten berücksichtigen alle Fälle am Krankenhaus unabhängig vom Kostenträger. Die KBV beziffert die Behandlungsfallzahl bei GKV-Patienten für den gleichen Zeitraum mit 364,2 Mio. [7]

Das Statistische Bundesamt berichtet stationäre Fälle nach Fach – 2022 wurden in Augenabteilungen 304.090 stationäre Patienten versorgt –, die ambulanten, krankenhausgebundenen Fälle werden jedoch nicht nach Fächern aufgeschlüsselt. Abweichend von der Methodik im Referenzartikel wurden daher für die fachspezifische Aussage die ambulanten ophthalmologischen Fälle an Krankenhäusern auf Basis einer Veröffentlichung berechnet[8]. Eine Erhebung bei deutschen Augenhauptabteilungen ergab, „dass im Jahr 2019 insgesamt 84,1 % der Behandlungen in deutschen Augenkliniken ambulant erfolgten“. Aus der stationären Fallzahl lässt sich damit die ambulante krankenhausgebundene Fallzahl berechnen: Demnach wurden 2022 an ophthalmologischen Hauptabteilungen und deren Ambulanzen 1,9 Mio. Patienten ambulant ver-

sorgt. Laut KBV lag die von ophthalmologischen Praxen und MVZ betreute Zahl an Behandlungsfällen bei 28,6 Mio. [7]

Fachübergreifend entfielen damit auf stationäre Fälle 4 % der Summe aller Fälle, 86 % wurden von Niedergelassenen versorgt. In der Augenheilkunde lag der Anteil stationärer Fälle bei 1 % und 93 % wurden von Niedergelassenen versorgt (► Abbildung 3). Die Methodik geht fachübergreifend wie für die Augenheilkunde mit einer Unterschätzung der in der Niederlassung versorgten Fälle einher: Hier fehlen Angaben zu Privatversicherten (rund 10 % der Bevölkerung) und Patientenfällen aus Selektivverträgen, die nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. Gerade letztere Patientengruppe ist in der Augenheilkunde erheblich.

Konsequenzen (und Gefahren) für die Augenheilkunde

Augenheilkunde ist nach allen drei betrachteten Dimensionen für Versorgungsrelevanz noch stärker vertragsärztlich geprägt als der Durchschnitt der Fachärzte. Besonders auffallend ist die abweichende Verteilung der Fachärzte auf die beiden Sektoren: Während über alle Facharztgruppen über 50 % der Fachärzte in Krankenhäusern tätig sind, sind es in der Augenheilkunde nur 13 %. Aber auch die Bedeutung von krankenhausgebundenen Standorten ist deutlich niedriger. Während fachübergreifend auf eine Hauptabteilung fünf Praxen/MVZ kamen, waren es in der Augenheilkunde 26 Praxen/MVZ. Die überdurchschnittlich hohe Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung in der Augenheilkunde ist auch eine Folge der weit fortgeschrittenen Ambulantisierung, die sich ebenfalls in den Zahlen widerspiegelt.

Die besondere Struktur in der Augenheilkunde hat weitreichende Konsequenzen: Die von der Krankenhauskommission geforderte Rückführung des fachärztlichen Leistungsgeschehens an oder in Krankenhäuser ist schon für die Gesamtgruppe fachärztlicher Fächer keine realistische Option, in der Augenheilkunde ist sie überhaupt nicht tragfähig. Die vergleichsweise geringe stationäre Krankenhausrepräsentation (nach stationären Fällen wie nach Hauptabteilungen) in der Augenheilkunde wird durch gesetzliche Maßnahmen, die auf eine Ausdünnung der stationären Versorgung abzielen (siehe Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen und im Bund), weiter gefährdet. Das aber ist ein echtes Problem, denn im „Klassengefüge“ des deutschen Gesundheitswe-

sens ist eine starke stationäre Vertretung für die politische und fachliche Sichtbarkeit wichtig; das meiste Gehör bekommt unverändert die universitäre und stationäre Medizin.

Um die im Vergleich der Fächer atypische ophthalmologische Versorgung auch perspektivisch zu sichern, braucht es die richtigen Weichenstellungen. Dazu gehört, dass der vertragsärztliche Versorgungsstrang nachhaltig unterstützt und gefördert wird. Augenheilkunde ist ein Fach der Primärversorgung, ein flächendeckendes Netzwerk an ophthalmologischen Versorgungsstandorten ist notwendig: Das Fach ist für die Versorgung der (alternden) Bevölkerung wichtig. 2022 sahen 22 % der Versicherten der Barmer Krankenversicherung einen Augenarzt,

der Anteil der Versicherten mit einer augenärztlichen Diagnose lag sogar bei 28 % (Tabelle 2.2 und 2.4 von [9]). Zum anderen ist das Durchschnittsalter der Patienten und Patientinnen vergleichsweise hoch [10], u.a. weil die Inzidenz wichtiger ophthalmologischer Krankheitsbilder altersabhängig steigt [11]. Die vertragsärztliche Versorgung muss gefördert und befähigt werden, den Versorgungsherausforderungen zu begegnen – sei es in der Kinderophthalmologie [12], bei Krankheitsbildern mit komplexem Versorgungsbedarf oder im Spektrum von ambulanten und belegärztlichen Operationen.

Ein wichtiges Element zur Zukunftssicherung im Fach ist eine bessere Verankerung der Weiterbildung in der vertragsärztlichen

Holen Sie sich Ihren Wissensvorsprung!

CONCEPT OPHTHALMOLOGIE Newsletter – aktuell und top informiert!



Verpassen Sie keine aktuellen Meldungen aus der ophthalmologischen Branche:

- kompakt
- zweiwöchentlich
- schnell informiert

Jetzt kostenfrei zum Newsletter anmelden unter:
concept-ophthalmologie.de/newsletter



Versorgung. Die gute Vorbereitung auf die fachärztliche Tätigkeit der rund 2.000 augenmedizinischen Weiterbildungsassistenten [13] ist eine wichtige Aufgabe der ambulanten Versorgung. Rund ein Viertel der Assistenten lernt schon heute in der vertragsärztlichen Versorgung (Vortrag Dr. B. Gibis beim ZI-Forum „Ärztliche Aus- und Weiterbildung“, 8.11.2023). Einige der im OcuNet-Verbund organisierten vertragsärztlichen Zentren haben eine volle Weiterbildungsberechtigung, der OcuNet-Verbund organisiert zudem die akademisch geprägten eCamps. Die Themen orientieren sich an den Anforderungen der Weiterbildungsordnung, die Camps ergänzen die Weiterbildung in den Zentren und vermitteln Grundlagen zu Querschnittsthemen, klinischen Feldern und seltenen Krankheitsbildern [13]. Die Kapazitäten von 114 Hauptabteilungen und ihren Ambulanzen, davon 36 universitäre Abteilungen, würden sicher schon heute nicht reichen, um die notwendige Anzahl von neuen Fachärzten und -ärztinnen weiterzubilden. Die Bedeutung von vertragsärztlicher Weiterbildung wird weiter wachsen, auch in dem Maße, in dem durch Ambulantisierung und Krankenhausreformen die Bedeutung der krankenhausbundenen Versorgung schrumpft.

Aus der Perspektive der Patientenversorgung in der Augenheilkunde ist ein dichtes Netz an Praxen/MVZ wichtig. Es sprechen gute Gründe dafür, dass deren Dominanz in den nächsten Jahren eher noch zunimmt. Der Einfluss von regulativen und finanziellen Eckdaten – etwa ein finanzielles „Aushungern“ oder eine Ausgrenzung bestimmter Leistungsspektren – in der vertragsärztlichen Versorgung schlägt sich noch stär-

ker als in anderen Fächern auf die gesamte fachliche Versorgungssituation nieder. Die Sicherung und Stärkung der vertragsärztlichen Augenheilkunde ist damit nicht nur eine Frage der Versorgungsstruktur, sondern eine zentrale Voraussetzung für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und zukunftsfähige augenärztliche Versorgung.

Referenzen:

1. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung; Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. In: Gesundheit Bf, editor. Berlin 2024. p. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf.
2. Hahn U, Koch J, Kellner U. Doppelte Facharztschiene: Die Versorgungsbeiträge des vertragsärztlichen und des krankenhausbundenen Strangs zu ausgewählten Parametern der fachärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen. 2025.
3. Grunddaten der Krankenhäuser 2022; EVAS-Nummer 23111 [Internet]. Statistisches Bundesamt. 2023 [cited 20.12.2024]. Available from: https://www.destatis.de/DE/TheMen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile.
4. Hahn U. Weniger selbstständige Praxen und MVZ – gleich viele Leistungsstandorte. Concept Ophthalmologie. 2022;8:40–1.
5. Anzahl Praxen nach Praxisart, 2010 – 2022 [Internet]. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2024 [cited 15.07.2024]. Available from: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>.
6. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021 Berlin 2022 [Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/UEber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf.
7. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 1. Quartal 2023; Zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten (Stand: 28.05.2024) [Internet]. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2024 [cited 20.12.2024]. Available from: <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>.
8. Gass P, Mele B, Eter N, Hattenbach LO, Cursiefen C. Deutsche Augenkliniken versorgen Patienten stationär, überwiegend aber ambulant: Ergebnisse einer Umfrage von DOG, VOL und DOCH. Ophthalmologie. 2021;118(11):1089–90.
9. Barmer Arztreport 2024; Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA [Internet]. BARMER. 2025. Available from: <https://www.barmer.de/resource/blob/1255894/d58c1bd7c1a99c78a54d410c490920c8/dl-arztreport-2024-data.pdf>.
10. Schuster AK, Wolfram C, Bertram B, Pfeiffer N. Wer geht wie oft zum Augenarzt in Deutschland? Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Der Ophthalmologe. 2018;115(12):1042–9.
11. Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland 2023 [Internet]. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG). 2023. Available from: <https://dog.org/wp-content/uploads/sites/11/2023/09/DOG-Weissbuch-2023-1.pdf>.
12. Hahn U, Koch JM, Kellner U. Kinderophthalmologische Versorgung in großen ophthalmologischen Zentren im Vergleich zur gesamten Fachgruppe. Klin Monbl Augenheilkd. 2025;242(5):546–54.
13. Hahn U. Status quo, Vorteile und Herausforderungen: Ambulante Weiterbildung in der Augenheilkunde. Concept Ophthalmologie. 2023;9:44–7.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin OcuNet Verbund
Friedrichstr. 47
40217 Düsseldorf
zentrale@ocunet.de

Priv.-Doz. Dr. rer.
medic. Ursula
Hahn

