

The BMC logo consists of a white horizontal bar at the top, followed by the letters 'BMC' in a bold, white, serif font. Below the letters is the text 'Bundesverband Managed Care e.V.' in a smaller, white, sans-serif font, and another white horizontal bar at the bottom.

**BMC**

Bundesverband  
Managed Care e.V.

Ergebnispapier der Projektgruppe  
»Ambulante Versorgungsunternehmen«

# »Wir unternehmen Gesundheit!«

Das vorliegende Ergebnispapier wurde entwickelt von der Projektgruppe »Ambulante Versorgungsunternehmen« im Bundesverband Managed Care e.V.

**Leitung der Projektgruppe:**

Dr. Albrecht Kloepfer, *Büro für gesundheitspolitische Kommunikation*

Dr. Ursula Hahn, *Geschäftsführerin, OcuNet Verwaltungs GmbH*

**Mitglieder der Projektgruppe:**

Jessica Beyer, *health care akademie*

Kristina Beyer, *MSD Sharp & Dohme*

RA Dr. Horst Bitter, *Rechtsanwaltssozietät Ehlers, Ehlers & Partner*

Sonja Hohe, *Unternehmen Gesundheit, Management und Service GmbH (UG-MaS)*

Dr. Jan-Peter Jansen, *Schmerzzentrum Berlin GmbH*

Dr. Stephan Kewenig, *POLIKUM Holding GmbH*

RA Wilhelm Kube, *patiodoc AG*

Thomas Müller, *Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe*

Henryk Steinbach, *UGOM GmbH & Co. KG*

Dr. Reinhard Thoma, *Algesiologikum GmbH*

Dr. Kati Wegner, *Pfizer Pharma GmbH*

März 2014

2 / 11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versorgungsunternehmen«

## Inhalt

<b>Was sind ambulante Versorgungsunternehmen?</b> .....	<b>4</b>
<b>Beispiele für AVUs</b> .....	<b>5</b>
<b>Potenziale ambulanter Versorgungsunternehmen</b> .....	<b>7</b>
I.    Integrierte, qualitativ hochwertige Patientenversorgung .....	7
II.   Sicherung der ambulanten (und stationären) Versorgung .....	8
III.  Evolution der ambulanten Angebotsstrukturen .....	9
IV.  Effektivitäts- und Effizienzsteigerung .....	10
<b>Politische Forderungen ambulanter Versorgungsunternehmen</b> .....	<b>11</b>

März 2014

3 / 11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versor-  
gungsunternehmen«

## Was sind ambulante Versorgungsunternehmen?

In der ambulanten Versorgung etablieren sich seit einigen Jahren neue Versorgungsformen bzw. Versorger wie Praxisnetze, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ. Aus diesen Formen heraus haben sich weitgehend unbemerkt innovative größere Betriebs- und Wirtschaftsformen entwickelt: Deutlich über die traditionelle Praxis hinausweisende Versorgungseinheiten übernehmen unmittelbare ambulante medizinische Versorgung von Patienten. Mit solchen ambulanten Versorgungsunternehmen positioniert sich eine neue Kategorie von Akteuren im deutschen Gesundheitswesen, die bislang kaum politische Wahrnehmung und die entsprechende Abbildung erfährt.

**Ein ambulantes Versorgungsunternehmen (AVU) ist eine professionelle Verbindung von Medizin und Management. Es ist durch eine Organisationsstruktur gekennzeichnet, die insbesondere folgende Kriterien aufweist:**

- ▶ Tätigkeit in unmittelbarer Patientenversorgung im ambulanten Sektor
- ▶ Verbindlich geregelte Zusammenarbeit aller Leistungserbringer innerhalb des AVU
- ▶ Gemeinsame Versorgungsziele und Qualitätsstandards
- ▶ Betriebs- und Wirtschaftsformen mit moderner Organisation (angestellte Ärzte, Ärztehaus, Arbeitsteilung etc.)
- ▶ Trägerschaft durch Leistungserbringer und/oder Trägergesellschaft bzw. Managementgesellschaft
- ▶ Bündelung von Managementfunktionen, wirtschaftlicher Verantwortung und disziplinarischer Kompetenz beim Träger
- ▶ Kooperation (z. B. verschiedene Leistungsstandorte, interdisziplinär, sektorübergreifend, Ärzte und andere Gesundheitsberufe)
- ▶ Nutzung elektronischer Patientenakte, digitale Vernetzung aller beteiligten Gesundheitsberufe

AVUs zeichnen sich durch diese verbindenden strukturellen Merkmale aus. In der konkreten Ausgestaltung wie auch in der Rechtsform sind sie jedoch sehr unterschiedlich. AVUs im engeren Sinne sind klassische hierarchische Betriebsformen. Dazu zählen in erster Linie große ambulante Einrichtungen im Eigentum eines oder weniger Ärzte bzw. eines Krankenhausträgers und in der Rechtsform einer (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ. Aber auch Versorgernetze können die strukturellen Voraussetzungen erfüllen, soweit die beteiligten unabhängigen Praxen tatsächlich Managementfunktion, wirtschaftliche Verantwortung und disziplinarische Kompetenz an die Netzspitze abgegeben haben.

Schon heute sind AVUs an vielen Stellen in der ambulanten Versorgung tätig und erreichen in einzelnen Regionen und/oder Indikationsgebieten einen relevanten Anteil am Versorgungsgeschehen. Jenseits der klassischen Arztpraxis verstehen sich AVUs als Teil der vielgestaltigen ambulanten Angebotslandschaft ergänzend zu etablierten Strukturen des ambulanten und stationären Sektors. Zugleich könnten AVUs mit ihren deutlich größer organisierten Versorgungsstrukturen auch das ideale »Missing Link« zur allmählichen Verschmelzung der in Deutschland nach wie vor getrennten Versorgungssektoren darstellen. Ihnen kommt damit eine Schlüsselfunktion bei der noch immer ungelösten und in Zeiten zunehmender chronischer Erkrankungen immer dringlicher werdenden Verzahnung der Sektorengrenzen zu. Mit der Etablierung Ambulanter Versorgungsunternehmen soll also nicht etwa einer zusätzlichen dritten Versorgungsebene das Wort geredet werden, sondern es soll beispielhaft ein neues Versorgungsparadigma erkennbar gemacht und gefördert werden, das geeignet erscheint, Wege aus der jahrzehntelangen versorgungsfeindlichen sektoralen Zergliederung des deutschen Gesundheitssystems aufzuzeigen.

## Beispiele für AVUs

- ▶ Beispiel *POLIKUM Gruppe* als »MVZ-Kette« für sektorenübergreifende, interdisziplinäre und KV-Grenzen überschreitende Einrichtung

Die POLIKUM Gruppe betreibt vier MVZ in Berlin und Leipzig mit bis zu 40 Haus- und Fachärzten und etwa 100 weiteren Mitarbeitern je Standort. In den Zentren arbeiten Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten und nicht-medizinisches Personal abgestimmt und interdisziplinär auf Basis einer gemeinsamen Patientenakte zusammen. Darüber hinaus bietet die POLIKUM Gruppe Ernährungsberatung, Physiotherapie, Podologie, ein ambulantes OP-Zentrum, eine ambulante Diabetes-Klinik, Case Management und ein Institut für klinische Studien. Verträge der integrierten Versorgung mit mehreren Krankenkassen koordinieren eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung der Patienten (Krankenhaus, Reha, Pflege). [www.polikum.de](http://www.polikum.de)

- ▶ Beispiel Schmerzzentrum Berlin als »Themen-MVZ« für interdisziplinäre, intersektorale, multimodale ambulante Schmerztherapie

Das *Schmerzzentrum Berlin* betreibt im Herzen Berlins ein MVZ mit rund 20 Ärztinnen und Ärzten aus acht Fachrichtungen. Ein besonderer Schwerpunkt besteht in der Entwicklung und Realisierung von Patienten-Seminaren im Sinne einer behavioral-edukativen Arbeit. Das Schmerzzentrum Berlin plant als erstes MVZ, ein Mini-Krankenhaus mit 22 stationären und acht tagesklinischen Plätzen in der Gesundheitslandschaft Berlins zu etablieren. Zurzeit läuft das Antragsverfahren zur Aufnahme in den Krankenhausplan. [www.schmerzzentrum-berlin.de](http://www.schmerzzentrum-berlin.de)

- ▶ Beispiel *OcuNet Gruppe* für fachrichtungsbezogene Zentren

In der OcuNet Gruppe sind indikationsbezogene große, über Deutschland verteilte augenmedizinische Zentren organisiert. In den Zentren arbeiten im Schnitt 17 Fachärzte für Augenheilkunde, die Bandbreite reicht von 5 bis 43 Augenärzten. Jeweils zwei bis sechs Fachärzte haben Leitungsfunktion bzw. sind Eigentümer. Die in der OcuNet Gruppe zusammengeschlossenen Zentren können daher als AVUs im engeren Sinne bezeichnet werden. [www.ocunet.de](http://www.ocunet.de)

- ▶ Beispiel *patiodoc AG* für Träger- und Managementgesellschaften von ambulanten Versorgungseinrichtungen

Das Unternehmen patiodoc unterstützt, entwickelt und betreibt deutschlandweit ambulante Formen medizinischer Zusammenarbeit, die die Belange einer professionellen medizinischen Versorgung berücksichtigen und gleichzeitig die ärztliche Autonomie gewährleisten. Dazu gehören beispielsweise sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, Ärztehäuser und Medizinische Versorgungszentren. Ziel von patiodoc ist es, die ambulante Versorgung der Patienten auch zukünftig auf hohem Niveau und unter Erhalt der freien Arztwahl zu sichern. [www.patiodoc.de](http://www.patiodoc.de)

- ▶ Beispiel *Algesiologikum* für sektorenübergreifende Versorgung von hoch chronifizierten Schmerzpatienten

Im Algesiologikum werden hoch chronifizierte Schmerzpatienten von einem interdisziplinären und multiprofessionellen Team sektorenübergreifend behandelt. Dieses Team besteht aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen, Ergo-, Physio- und Sporttherapeuten sowie Co-Therapeuten. Insgesamt können gleichzeitig über 100 Schmerzpatienten in vier kooperierenden Krankenhäusern der Regelversorgung (3 × München, 1 × Vilsbiburg) behandelt werden. Rund 7000 Patienten werden jährlich in den ambulanten Einrichtungen des Algesiologikums – dem Algesiologikum MVZ (München) und dem MVZ ASAm (Fürth) sowie in dem ambulanten Therapiezentrum mit einer physio- und ergotherapeutischen Praxis – versorgt. Neben der Regelversorgung bestehen in beiden MVZ Verträge der integrierten Versorgung nach § 140 a – d SGB V mit verschiedenen Krankenkassen. [www.algesiologikum.de](http://www.algesiologikum.de)

- ▶ Beispiel *Gesellschaft für Versorgungskonzepte in der Wundbehandlung (gvw)* für Organisation der Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen

Die gvw GmbH betreibt bislang neun ambulante Wundzentren, in denen angestellte pflegerische Wundmanager mit umfassender Spezialqualifikation gemeinsam mit niedergelassenen Wundspezialisten (Chirurgen, Gefäßchirurgen) Patienten mit chronischen Wunden versorgen. Aus einschlägigen Leitlinien und Expertenstandards abgeleitete ISO-zertifizierte Prozesse ermöglichen eine qualitätsgesicherte Multiplizierbarkeit. Sämtliche Prozesse werden durch ein wundspezifisches Dokumentationssystem gesichert, das alle einschlägigen Konsensuskriterien erfüllt. Die Wundpatienten werden zudem durch ein umfassendes Fallmanagement unterstützt sowie von lokalen Versorgernetzwerken, die von gvw organisiert sind. Das Wund-Know-how wird intensiv mit häuslichen Pflegediensten geteilt und es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Kliniken.

- ▶ Beispiel *UGOM* für Arztnetze mit potenziell multiplizierbarer Angebots- und Führungsstruktur

Das UGOM-Ärztinnenetz umfasst 94 Haus- und Fachärzte inkl. zwei MVZs sowie drei Krankenhäuser in der Region Amberg-Sulzbach, die im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V gemeinsam ca. 14.000 eingeschriebene Patienten der AOK Bayern versorgen. Die effiziente integrierte Patientenversorgung wird ermöglicht durch eine netzeigene elektronische Patientenakte, netzinterne Behandlungspfade und Weiterbildungen, ein eigenes Qualitätsmanagement mit Dekra-Zertifizierung, zusätzliche Präventionsleistungen und eine kontinuierliche Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in jeder Netzpraxis. Strukturgebende Erfolgsmerkmale bestehen u. a. in einer gesellschaftsrechtlich verankerten Mitverantwortung von Ärzten und Kliniken durch ihre Kapital- und Stimmrechtsbeteiligung als Kommanditisten der Gesellschaft und in der effizienten Verhandlung und Verwaltung von Verträgen durch Geschäftsführer und Netzbüro. [www.ugom.de](http://www.ugom.de)

- ▶ Nach § 87 b SGB V förderungswürdige Netze unter Moderation von KVen (z. B. Gesundheitsregion Siegerland GbR, Ärztenetz Medizin und Mehr Bünde)

Ziel der regionalen Versorgung durch Netze ist die umfassende ambulante Versorgung der Versicherten durch interdisziplinär fachübergreifende und sektorenübergreifende Steuerung der Versorgungsabläufe. Die Steigerung der Versorgungsqualität muss für Patienten erlebbar werden. Dieses Ziel wird durch die Definition und Organisation der fachübergreifenden Schnittstellen und entsprechenden Ablaufprozesse erreicht sowie durch ein akkreditiertes Qualitätsmanagement. Als weitere Besonderheit gelten ergänzende Versorgungsmodule zu den Themen Polypharmazie, Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, Versorgung von multimorbiden und alten Patienten sowie Wundmanagement. Weitere Bestandteile sind die IT-Vernetzung, ein stringentes Terminmanagement und erweiterte Praxisöffnungszeiten für Berufstätige.

März 2014

6/11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versorgungsunternehmen«

# Potenziale ambulanter Versorgungsunternehmen

Aus Sicht der Projektgruppe »Ambulante Versorgungsunternehmen« im Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) bieten AVUs für zahlreiche aktuelle Probleme des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf nahezu allen Ebenen Lösungsansätze.

  
**BMC**

Bundesverband  
Managed Care e. V.



## I. Integrierte, qualitativ hochwertige Patientenversorgung

AVUs reduzieren die Zahl qualitativer wie organisatorischer Schnittstellen in der Versorgung. Sie bieten unter einer unternehmerischen Führung Leistungen, die traditionell in getrennten Einrichtungen, Verantwortungsbereichen und Sektoren bzw. an verschiedenen Standorten vorgehalten werden. Ärzte verschiedener Fachdisziplinen oder Subspezialisierungen arbeiten in AVUs mit anderen Heilberufen zusammen.

Mit zunehmender Aufspaltung der Medizin in immer mehr Disziplinen und Subspezialisierungen benötigen gerade ältere Patienten die Versorgung durch mehrere Ärzte und Gesundheitsberufe. In einer einheitlichen Unternehmensstruktur lässt sich die Kooperation einfacher realisieren als in einer Versorgungslandschaft, die von unabhängigen und nicht oder eher zufällig vernetzten Einrichtungen geprägt ist. Ambulante Versorgungsunternehmen bieten das Potenzial, verschiedene Disziplinen oder Subspezialisierungen zur gemeinsamen Patientenversorgung fachlich zusammenzuführen (z. B. Operateure und konservativ tätige Ärzte, gemeinsame Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch verschiedene Fachgruppen). Die konkrete Leistungserbringung ist dabei grundsätzlich nicht auf einen Ort begrenzt.

Geregelte Kooperationen in den AVUs helfen, medizinische, pflegerische und pharmakologische Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden und eine strukturierte Patientenführung entlang von Behandlungspfaden zu sichern.

Die Versorgung insbesondere multimorbider und/oder chronisch kranker Menschen ist eine Gemeinschaftsaufgabe, an der neben Ärzten viele weitere Gesundheitsberufe beteiligt sind (z. B. gemeinsame Wundversorgung des diabetischen Fußes durch Diabetologen und Podologen). Ambulante Versorgungsunternehmen bieten gute Ansatzpunkte, die Arbeit von Ärzten und ergänzenden Gesundheitsberufen miteinander zu verzahnen. Die andere Perspektive auf das Versorgungsgeschehen im Versorgungsunternehmen eröffnet entsprechend Chancen für eine ganzheitliche und gesundheitsberufeübergreifende Versorgung der Patienten.

### Instrumente dieser Kooperationen in AVUs sind:

- ▶ Standards für innerärztliche Kommunikation und Austausch
- ▶ Kollegialer Austausch und Arbeitsteilung in der Alltagsversorgung
- ▶ Professionelle Organisationsstrukturen bis hin zu individuellem Case Management
- ▶ Standardisiertes fachliches Vorgehen z. B. als definierte Behandlungspfade über Fachdisziplinen und Sektoren hinweg

AVUs in ambulanter Trägerschaft sind im ambulanten Sektor verwurzelt und beherrschen die Kooperation mit anderen Versorgern und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Das erleichtert nicht nur die gemeinsame Versorgung von Patienten zusammen mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen innerhalb und außerhalb der AVUs. Es erlaubt den AVUs auch, sich flexibel in der regionalen Versorgungsstruktur gegenüber anderen Leistungserbringern zu positionieren und gemeinschaftliche Lösungen mit ihnen zur Sicherung eines regionalen Versorgungsbedarfs abzudecken.

Die ambulante Ebene ist der zentrale Bereich zur effektiven und effizienten Organisation der medizinischen Versorgung. AVUs sind aufgrund ihrer Organisationsstruktur in der Lage, die komplette medizinische Versorgung von Patienten aus der ambulanten Versorgung

März 2014

7/11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versorgungsunternehmen«

heraus zu koordinieren. Das bedeutet einerseits, dass der Schwerpunkt der Versorgung ambulant ist und damit stationäre Aufenthalte vermieden werden können. Andererseits kann der Leistungsumfang von AVUs aber auch die ambulante Versorgung mit einem subsidiär erforderlichen stationären Angebot verzahnen (z.B. AVUs in ambulanter Trägerschaft, die im Krankenhaus Versorgungskapazitäten vorhalten, oder Netzwerke, in die sowohl Praxen wie Krankenhäuser eingebunden sind).

Doch auch ohne eigene Tätigkeit an einem Krankenhaus bieten AVUs in ambulanter Trägerschaft Ansätze zur besseren Verzahnung der Sektoren: Als Partner von Krankenhäusern mit verschiedenen peripheren Standorten und aufgrund der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen sind sie professioneller Ansprechpartner »auf Augenhöhe« – beispielsweise im Rahmen des Entlassmanagements.

Voraussetzung für diese übergreifende Koordination der medizinischen Versorgung ist eine zeitgemäße IT-Unterstützung. AVUs bedienen sich in der Regel über alle Standorte und alle beteiligten Leistungserbringer hinweg einer gemeinsamen IT-Plattform, neue Standorte werden auf diese Weise rasch in das System integriert, schon um die innerbetriebliche Effizienz in der Kommunikation zu sichern. Die gemeinsame IT-Plattform stellt die Basis für eine Patientenbehandlung aus einer Hand dar und hilft, Patientenführung und Behandlungspfade im Versorgungsalltag sicherzustellen. Sie bietet zudem – neben administrativ-organisatorischen Ansatzpunkten (z.B. gemeinsame Dokumentation mit hinterlegten Warnsystemen) – kommunikative Elemente (Fallkonferenzen, gemeinsame Fortbildungen) und die Basis für standardisierte fachliche Vorgehensweisen (Behandlungspfade).

## II. Sicherung der ambulanten (und stationären) Versorgung

AVUs bieten Lösungsansätze zur Sicherung der ambulanten Versorgung in der Fläche. Sie ermöglichen Medizinerinnen und Medizinern eine Tätigkeit im ambulanten Sektor sowie Arbeit im Team ohne die unternehmerischen Risiken einer Selbständigkeit. Sie erschließen damit medizinisches Arbeitspotenzial für die ambulante Versorgung, sowohl bei älteren Ärzten mit Interesse an einem allmählichen Ausstieg aus dem Beruf wie auch beim medizinischen Nachwuchs.

Die Befragungen des Hartmannbundes<sup>1</sup>, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung<sup>2</sup>, der Ärzte- und Apothekerbank<sup>3</sup> und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland<sup>4</sup> sowie die praktischen Erfahrungen aus ambulanten und stationären Einrichtungen zeigen, dass viele junge Mediziner den Wunsch haben, als angestellte Ärzte zu arbeiten. Als Angestellte vermeiden die Nachwuchsärzte die als Nachteile empfundenen Herausforderungen der Selbständigkeit: Investitionsbedingte langfristige Bindung an einen Standort, Anforderungen des Wirtschaftsbetriebs Praxis, fehlende Teamanbindung.

AVUs bieten jungen (und älteren) Ärzten die Voraussetzungen, in Anstellung ambulant tätig zu werden. Da in AVUs regelhaft viele Mediziner tätig sind, lassen sich ohne größere Mühe flexible Lösungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Teilzeitarbeit und attraktive Arbeitszeitregelungen realisieren. Angestellte Ärzte halten im Regelfall auch die Versorgung an den peripheren Praxissitzen aufrecht: Ohne die investitionsbedingte Fixierung auf einen einmal gewählten Standort sind sie häufig bereit, an peripheren Standorten tätig zu werden.

1 Vgl. Hartmannbund (2012): Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation. Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes: »Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?«. [www.hartmannbund.de/uploads/2012\\_Umfrage-Medizinstudierende.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf) (abgerufen: 09.12.2013)

2 Vgl. Jacob, R.; Heinz, A. (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. In: Berufsmonitoring. Kassenärztliche Bundesvereinigung. [www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring\\_Medizinstudenten\\_BerlinKBV21\\_9\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf) (abgerufen: 09.12.2013)

3 Vgl. Heßbrügge, G. (2012): Berufsperspektiven: Ärzte sind überzeugt: Beruflicher Kooperation gehört die Zukunft. Dtsch Arztebl 109(26): A-1350 / B-1170 / C-1150

4 Vgl. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (2011): Von den Bedürfnissen einer neuen Medizinergeneration. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten zur Familienfreundlichkeit im deutschen Universitäts- und Klinikalltag. [http://bvmd.de/fileadmin/freundlie/bvmd-Umfrage\\_Familienfreundlichkeit.pdf](http://bvmd.de/fileadmin/freundlie/bvmd-Umfrage_Familienfreundlichkeit.pdf) (abgerufen: 09.12.2013)



Sie übernehmen Praxissitze als selbständige und unselbständige Filialen, die anderweitig vakant blieben. AVUs leisten im Zuge der Probleme bei der Nachbesetzung von Praxen und Arztsitzen einen Beitrag zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung. Sie gründen beispielsweise Filialen, indem sie Praxissitze an „unattraktiven“ Standorten aufkaufen. Anhand konkreter Beispiele lässt sich zeigen, dass diese Filialen häufig in ländlichen Regionen ohne gute Verkehrsanbindung angesiedelt sind. Besonders deutlich ist dies in den Flächenstaaten Brandenburg, Bayern und Niedersachsen zu erkennen<sup>5</sup>.

### III. Evolution der ambulanten Angebotsstrukturen

#### AVUs übernehmen traditionell eher im stationären Sektor angesiedelte Funktionen wie zum Beispiel:

- ▶ Weiterbildung von der Approbation bis zur Facharztprüfung
- ▶ Fortbildung und kontinuierlicher Austausch mit Fachärzten, medizinischem Fachpersonal und Gesundheitsberufen
- ▶ Mitwirkung bei Zulassungsstudien, Versorgungsforschung und Qualitätsstudien
- ▶ Sicherung von Versorgungs- und Real-Life-Forschung im ambulanten Setting

Vor allem mit der stärkeren Verlagerung von Patienten aus dem stationären in den ambulanten Sektor wird auch die Übernahme mittelbarer Funktionen des Gesundheitswesens durch den ambulanten Bereich erforderlich. AVUs schließen aufgrund ihrer Organisationsstruktur und Größe eine bislang nicht zu überwindende Lücke bei dieser Entwicklung.

- ▶ Schon heute werden vom ambulanten Sektor zahlreiche approbierte Ärzte zu Fachärzten weitergebildet. So können z. B. Hausärzte in der POLIKUM Gruppe die gesamte Weiterbildung mit Ausnahme der stationären Weiterbildungsphase ableisten.
- ▶ Fortbildung, kontinuierlicher Austausch und Fallkonferenzen mit Fachärzten, medizinischem Fachpersonal und Gesundheitsberufen sind Voraussetzung für die Zusammenarbeit in AVUs. Große ambulante Einrichtungen bieten darüber hinaus Fortbildungen auch für Kollegen und Kolleginnen außerhalb der eigenen Einrichtung an.
- ▶ AVUs bieten interne Beratung und Fortbildung zu Pharma- oder MedTech-Innovationen.
- ▶ AVUs wirken bei Zulassungsstudien, Versorgungsforschung und Qualitätsstudien mit. So haben z. B. die in der OcuNet Gruppe zusammengeschlossenen augenchirurgischen Zentren durch eigene Studie zu Qualitätssicherung in der Kataraktchirurgie erstmalig Benchmarks für gute Ergebnisqualität etabliert. Die Studie wurde in dem international wichtigsten Fachblatt Ophthalmology veröffentlicht<sup>6</sup>. Zudem haben sich die Zentren in der OcuNet Gruppe auf Basis eigener Erfahrungen nachhaltig in die berufspolitische Diskussion zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 a eingebracht<sup>7</sup>.
- ▶ AVUs tragen zur Sicherung von Versorgungs- und Real-Life-Forschung im ambulanten Setting bei. So ist beispielsweise die POLIKUM Gruppe Teilnehmer eines Vertrages zur Integrierten Versorgung zwischen einer Krankenkasse und einem Medizintechnik-Hersteller, der die Umsetzung eines neuen integrierten, interdisziplinären Screeningverfahrens und die anschließenden Therapie von Patienten mit Vorhofflimmern regelt. Ziel dieses Vertrages ist es, darzustellen, dass die Entdeckung der Erkrankung mit dem neuen Screeningverfahren schneller und

5 OcuNet Gruppe (2013): Medizinischer Jahresbericht 2012. Düsseldorf

6 Hahn, U.; Krümmenauer, F.; Kölbl, B.; Neuhann, T.; Schayan-Araghi, K.; Schmickler, S.; von Wolff, K.; Weindler, J.; Will, T.; Neuhann, I. (2011): Determinations of Valid Benchmarks for Outcome Indicators in Cataract Surgery. A Multicenter, Prospective Cohort Trial. Ophthalmology 118(11), 2105-12

7 Hahn, U.; Bertram, B.; Krümmenauer, F.; Reuscher, A.; Fabian, E.; Neuhann, T.; Schmickler, S.; Neuhann, I. (2013): Potenziale und Grenzen der geplanten obligatorischen Qualitätssicherung für Kataraktoperation (Qesü). Der Ophthalmologe 110(4), 370-76

März 2014

9/11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versor-  
gungsunternehmen«

zielgerichteter erfolgen kann und eine Aufnahme des Verfahrens in den EBM-Katalog der Krankenkassen sinnvoll ist.

Ambulante Versorgungsunternehmen realisieren allein oder in Kooperation mit Kostenträgern indikationsspezifische oder regionale Versorgungsprogramme, auch zur Erprobung vor Einführung in die Regelversorgung. Sie sind auf verschiedenen Ebenen Treiber eines zeitgemäßen und innovativen ambulanten Gesundheitswesens:

- ▶ AVUs haben das Potenzial, komplexe Versorgungsprogramme zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Beispiele hierfür sind die Verbesserung der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, die Behandlung chronischer Wunden oder die Einführung eines optimierten Arzneimittelensatzes und -managements.
- ▶ Sie fördern Markenbildung in der ambulanten Versorgung und helfen so, Suchaufwand von Patienten zu reduzieren. Dazu trägt das überörtliche Qualitätsversprechen ebenso bei wie die interne und externe Qualitätssicherung.
- ▶ Sie realisieren Delegation und Arbeitsteilung; neue ambulante ärztliche und nicht-ärztliche Berufsbilder entstehen (ärztliche Leitungsfunktion, Unternehmensführung, Case Management, Praxis- und Netzmanagement, Teamleitung, Netzassistenz u. v. m.) und bereits bestehende werden aufgewertet. Große ambulante Einrichtungen sind arbeitsteilig organisiert; ihr Betrieb setzt Fachkompetenz auch jenseits der Medizin voraus. Die steigende Zahl von Fachhochschulen, die Ärzte in ökonomischen Fragestellungen weiterbilden, sind Indiz für diese Entwicklung.

#### IV. Effektivitäts- und Effizienzsteigerung

Ambulante Versorgungsunternehmen tragen zur Vermeidung von Überversorgung und zur Reduktion von Schnittstellen bei, u. a. durch Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Sie leisten somit einen Beitrag zu Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen im Gesundheitssystem und damit zum effizienten Mitteleinsatz.

**Dies wird in AVUs erreicht durch:**

- ▶ eine integrierte und interdisziplinäre Patientenversorgung
- ▶ die Gewährleistung angewandter Qualitätssicherung durch hohe Fallzahlen
- ▶ die Versorgung nach dem Grundsatz ambulant vor stationär
- ▶ eine Senkung der Rate von Doppeluntersuchungen und Polypharmakologie im ambulanten Bereich
- ▶ die Optimierung von Schnittstellen der Versorgung
- ▶ eine höhere Versorgungstreue durch Fallmanagement, Compliance, Reminding, Vorsorgemanagement etc.
- ▶ patienten- und arbeitgeberfreundliches Terminmanagement
- ▶ die vielfältigen Kooperationsformen mit Krankenhäusern
- ▶ die Delegation von Arbeiten von Ärzten auf nicht-ärztliche Fachberufe
- ▶ die Generierung von Skaleneffekten in der medizinisch-technischen Ausstattung durch hohe Auslastung
- ▶ eine bessere Effizienz von Investitionen, beispielsweise durch Einkaufsgemeinschaften und die gemeinsame Nutzung von Geräten
- ▶ eine erhöhte Investitionsfähigkeit, die zu einem breiteren diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebot im ambulanten Bereich führt

## Epilog

### Politische Forderungen ambulanter Versorgungsunternehmen

AVUs sind neue, sich ständig weiterentwickelnde Organisationsformen. Rechtliche Schranken und faktische Benachteiligungen stehen dem entgegen. Die Projektgruppe »Ambulante Versorgungsunternehmen« im BMC fordert Politik und Selbstverwaltung auf, sich vom alleinigen Fokus auf selbständig geführte Praxen zu lösen. Zudem darf nicht nur in Krankenhäusern das Potenzial gesehen werden, den Herausforderungen der ambulanten Versorgung zu begegnen.

### Konkret regt die BMC-Projektgruppe die Umsetzung folgender politischer Maßnahmen an:

- ▶ Anerkennung der ambulanten Versorgungsunternehmen als gleichberechtigte und eigenständige Leistungserbringer
- ▶ Rechtliche Gleichstellung ambulanter Versorgungsunternehmen mit ambulanten Einrichtungen von Krankenhäusern
- ▶ Rechtliche Gleichstellung der verschiedenen Formen ambulanter Versorgungsunternehmen
- ▶ Keine Benachteiligungen der AVUs in der Vergütung gegenüber anderen ambulanten Organisationsformen
- ▶ Klarstellung der Gleichbehandlung, z. B. bei der Vergabe von Arztsitzen und zwischen angestellten und selbstständigen Ärzten
- ▶ Gleichstellung ambulanter Versorgungsunternehmen in der Forschungsförderung und in der Weiterbildung

März 2014

11/11

»Wir unternehmen  
Gesundheit!«

Ergebnispapier  
der Projektgruppe  
»Ambulante Versor-  
gungsunternehmen«