

Urologie 2022 · 61:939–947
<https://doi.org/10.1007/s00120-022-01894-5>
 Angenommen: 22. Juni 2022
 Online publiziert: 12. Juli 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Sektorenübergreifende Versorgung im Landkreis Hamburg-Harburg: Beispiel einer urologischen Kooperation

Raisa S. Abrams-Pompe^{1,2} · Margit Fisch² · Kilian Rödder³ · Tim Neumann³ · Philip Reiß³ · Margarete Hoppe³ · Andreas W. Schneider⁴

¹ Klinik für Urologie, Klinikum Herford/RUB, Herford, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

³ Gemeinschaftspraxis für Urologie, Urologische Belegarztpraxis, Winsen (Luhe)/Buchholz, Deutschland

⁴ Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e. V., Heidenheim an der Brenz, Deutschland

Zusammenfassung

In diesem Beitrag

- **Probleme der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Deutschland**
Zunahme der uro(onko)logischen Krankheitsbilder • Individuelle Faktoren des sich wandelnden Arztberufs • Altersentwicklung der Ärzt*innen • Dokumentationspflicht • Finanzierung des Gesundheitssystems: Druck zur Ambulantisierung
- **Ein paar Bemerkungen zum Belegarztwesen**
- **Steckbrief der urologischen Kooperation**
- **Aufbau der so entstandenen sektorenübergreifenden urologischen Kooperation**
Versorgungsbereich 1: die klassische Gemeinschaftspraxis • Versorgungsbereich 2: die Belegarztpraxis • Versorgungsbereich 3: der universitäre Maximalversorger
- **Vorteile einer solchen sektorenübergreifenden Kooperation**
- **Sektorenübergreifende Facharztbildung: Kooperationsmodell zwischen einer bettenführenden Gemeinschaftspraxis und einem Maximalversorger**

Hintergrund: Die Sicherstellung der zukünftigen urologischen Versorgung über die Schnittstelle ambulant-stationär hinweg stellt durch die demografische Entwicklung mit zunehmendem Anteil an urologischen Krankheitsbildern bei gleichzeitig drohendem Ärzt*innenmangel sowie zunehmender Ambulantisierung auch komplexer urologischer Krankheitsbilder eine Herausforderung dar.

Ziel der Arbeit: Das im Folgenden dargestellte sektorenverbindende Kooperationsmodell zwischen universitärem Maximalversorger und Belegarztwesen kann hier als ideales Bindeglied der ambulant-stationären Patientenversorgung fungieren.

Material und Methoden: Seit 2016 besteht eine enge Kooperation zwischen der urologischen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in Winsen/Buchholz sowie dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Neben direktem Patiententransfer, engmaschiger Vor- und Nachbehandlung von Patienten rotieren zudem jährlich zwei Assistenzärzt*innen des UKE in die BAG.

Ergebnisse: Die BAG profitiert hierbei durch Planungssicherheit und Entlastung im Alltag. Das UKE durch Patiententransfer und operative sowie „basisuropologische“ Ausbildung der Assistent*innen. Durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und frühere Entlassung der Patienten in die ambulante Nachbehandlung werden Ressourcen geschont; eine sinnvolle Patientenvorselektion ermöglicht kleinere Eingriffe heimatnah über die BAG, wohingegen komplexe Fälle an einem Zentrum mit großer Expertise erfolgen.

Diskussion: Die Zusammenarbeit wird von allen Parteien ausnahmslos positiv und v. a. als ein Gewinn für das Patientenwohl gesehen, da aufgrund der guten Vernetzung eine reibungslose Versorgung gewährleistet werden kann. Eine solche Rotation urologischer Assistenzärzt*innen sollte als möglicher Baustein in die Weiterbildungsordnung der urologischen Facharztbildung integriert werden.

Schlüsselwörter

Ambulantisierung · Belegarztwesen · Weiterbildung · Sektorenübergreifende Versorgung · Work-Life-Balance



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Durch die demografische Entwicklung wird der Anteil an urologischen und uroonkologischen Krankheitsbildern in Zukunft weiter zunehmen. Der Druck durch die politisch geforderte Ambulantisierung auch komplexer urologischer Krankheitsbilder sowie multimorbider

Patienten stellt die Medizin, bei gleichzeitig konstantem Anteil an Ärzt*innen, mit zunehmendem Wunsch einer ausgeglichenen Work-Life-Balance vor eine große Herausforderung. Die im Folgenden dargestellte enge Kooperation zwischen universitärem Maximalversorger

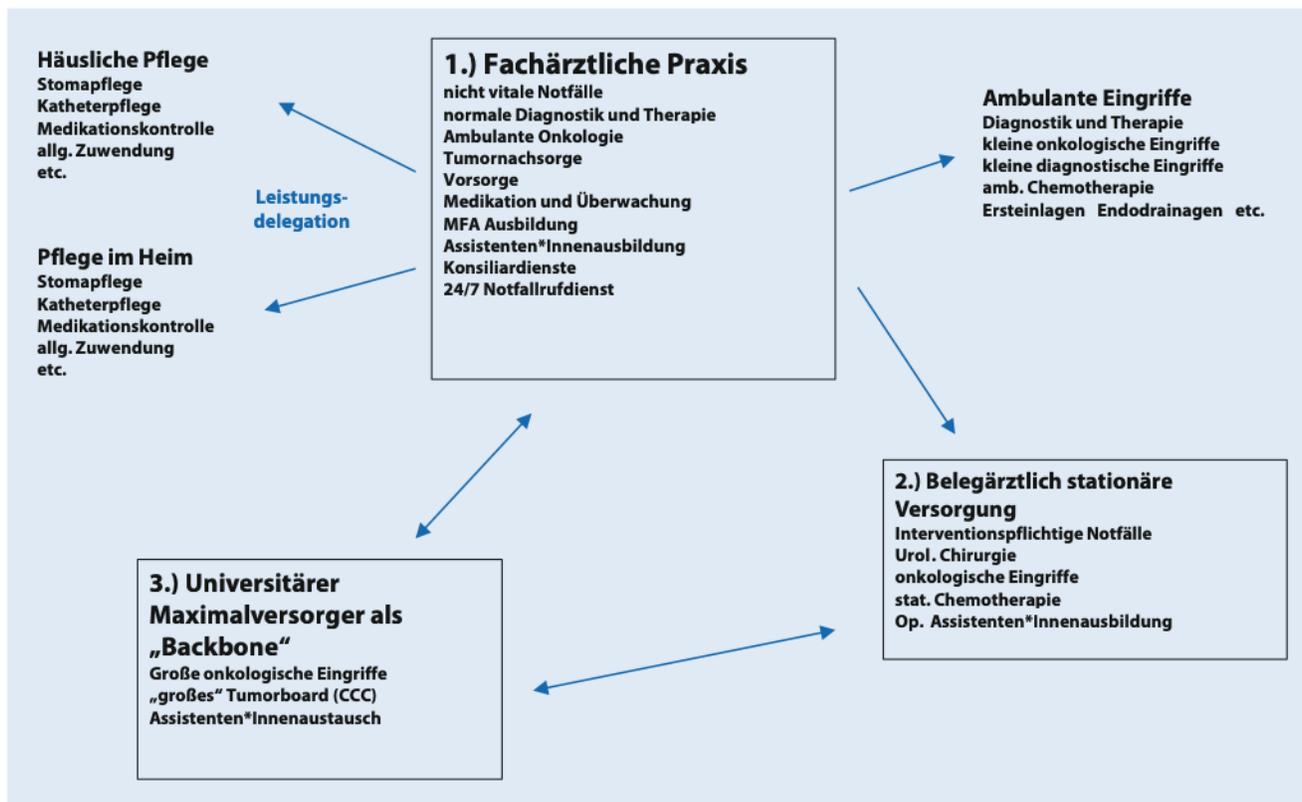


Abb. 1 ▲ Aufgaben und Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche der sektorenübergreifenden urologischen Kooperation zwischen der urologischen Berufsausübungsgemeinschaft und dem universitären Maximalversorger

und Belegarztwesen kann hier als ideales Vorbild der ambulant-stationären Patientenversorgung fungieren.

Die zukünftige ärztliche Versorgung in Deutschland wird von vielen Faktoren beeinflusst, die die Förderung von innovativen Versorgungskonzepten an der Schnittstelle ambulant-stationär dringend erforderlich machen.

» Die zukünftige ärztliche Versorgung in Deutschland wird von vielen Faktoren beeinflusst

So konstatierte der Deutsche Ärztetag im Mai 2022, dass eine fehlende Berücksichtigung und das Ausbleiben korrigierender Maßnahmen mittelfristig zur massiven Reduktion des ärztlichen Versorgungsangebotes, langfristig sogar zum Zusammenbruch der bisherigen Versorgungsstruktur – nicht nur auf dem Land, sondern auch im städtischen Bereich – führen wird [1]. Von dieser Entwicklung ist nicht nur, sondern gerade die urologische Versorgung betroffen.

Probleme der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Deutschland

Zunahme der uro(onko)logischen Krankheitsbilder

Durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung kommt es trotz Bevölkerungsrückgang in Deutschland zu einer absoluten Zunahme urologischer Krankheitsbilder [2]. Dieser Zunahme von 25% und mehr bis zum Jahre 2025 am bisherigen Versorgungsanteil aller Fachrichtungen der ambulanten Medizin steht ein nahezu konstanter Anteil von Urolog*innen gegenüber, der derzeit bei ca. 1,4–1,6% aller Fachärzt*innen liegt [3]. Ebenfalls der demografischen Entwicklung geschuldet ist die Zunahme der onkologischen Versorgungsaufgaben des urologischen Fachgebietes. Aktuelle Zahlen in Deutschland zeigen einen uroonkologischen Anteil an allen Tumorerkrankungen von >23% – mit steigender Tendenz [4]. Somit wird gerade die onkologische Versorgung urologischer Krankheitsbilder zur

Herausforderung für unser Fachgebiet und erfordert die Entwicklung und Vorhaltung entsprechender, möglichst interdisziplinär arbeitender, sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

Individuelle Faktoren des sich wandelnden Arztberufs

Ein weiterer Aspekt, der zu Versorgungsengpässen führen wird, ist der Wunsch junger Ärzt*innen nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance [5]. Dazu kommen gesetzliche Regelungen des Arbeitsschutzes, die zu beobachtende Feminisierung des Arztberufs sowie der höhere Anteil an Kolleg*innen in Angestelltenverhältnissen und in Teilzeit [6]. Auch die weiter anhaltende Landflucht der jüngeren Bevölkerung führt zur Verschlechterung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten bei vorläufig noch gutem Versorgungsgrad in Ballungszentren.

Hier steht eine Anzeige.



Altersentwicklung der Ärzt*innen

Darüber hinaus lässt die Altersentwicklung bei den Fachärzt*innen (2021 waren 67,5% der niedergelassenen Urolog*innen 50 Jahre und älter) in weniger als einem Jahrzehnt einen absoluten (Fach)ärztemangel erwarten [7]. Der Fachbereich Urologie ist dabei besonders stark von der Überalterung betroffen. Vorsichtige Schätzungen lassen vermuten, dass in den nächsten 15 Jahren ca. 75% der aktuell praktizierenden Urolog*innen in den Ruhestand treten werden [8].

Dokumentationspflicht

Zusätzlich reduzierend auf die für die Patientenbetreuung zur Verfügung stehenden Zeit wirkt sich der steigende Aufwand für Dokumentation trotz vermeintlicher Entlastung durch die zunehmende Digitalisierung aus.

Finanzierung des Gesundheitssystems: Druck zur Ambulantisierung

Wie in allen operativ tätigen Fachgebieten besteht auch in der Urologie ein deutlicher Trend zu kürzeren Liegezeiten und damit verbundener Leistungsverdichtung. Die Bedeutung der ambulanten Versorgung trotz der komplexeren Krankheitsbilder nimmt zu. Das jüngst publizierte IGES-Gutachten vom 1. April 2022 zur Neuordnung des § 115 b (AOP-Katalog) zeigt hier auch für das Fachgebiet Urologie deutliche Ansätze zur weiteren Ambulantisierung ehemals reiner stationär zu erbringender Leistungen, die zu einer erheblichen Zunahme ambulanter, stationersetzender Leistungen führen wird [9].

» Es besteht ein deutlicher Trend zu kürzeren Liegezeiten und damit verbundener Leistungsverdichtung

Zusätzlich scheint sich die Finanzierung des Gesundheitssystems dramatisch zu entwickeln. Bereits 2022 wird eine deutliche Erhöhung der Krankenkassenbeiträge erforderlich sein, sodass dringende Schritte zur Eindämmung der Kostenentwicklung notwendig sind. Ein entscheidender Faktor für die Entlastung des Gesundheitssystems wird aktuell in genau dieser

Ambulantisierung der Medizin gesehen. Ausgelöst durch die Stellungnahme des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigten Untersuchungen, dass im Rahmen der Umwidmung stationärer Leistungen in den ambulanten Versorgungsbereich erhebliche Finanzressourcen zur Verfügung stehen [10]. So werden allein durch die Identifizierung von „Anteilen ambulant-sensitiver Krankheiten (ASK) an der Gesamtfallzahl der Krankenhäuser“ Finanzreserven von mehr ca. 6 Mrd. € gesehen [11].

Leider gelang es der letzten Bundesregierung trotz der 2018 extra eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ nicht, eindeutige Eckdaten für die Kriterien einer Ambulantisierung der medizinischen Versorgung zu definieren. Lediglich ein im Januar 2020 erschienener „Zwischenbericht“ formulierte erste Ansätze und sieht erstmals seit Jahren das Belegarztwesen als eine Option in der Suche nach sektorenüberwindenden Versorgungsstrukturen [12]. Dieser Ansatz zur Förderung des Belegarztwesens in Deutschland wurde im November 2021 durch einen einstimmigen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz in Lindau unterstützt.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit das klassische Belegarztwesen in Kooperation mit einem universitären Maximalversorger einen belastbaren Beitrag zur sektorenverbindenden Patientenversorgung in der Urologie leisten kann.

Ein paar Bemerkungen zum Belegarztwesen

Im Unterschied zu der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bietet das Belegarztwesen an sich bereits eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen. Ein Belegarzt/-ärztin ist ein selbstständiger, vertragsärztlich tätiger Arzt/Ärztin, der einerseits in seiner Praxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder seinem Medizinischen Versorgungszentrum Patient*innen ambulant behandelt und sie andererseits bei Notwendigkeit einer stationären Versorgung in einer Belegabteilung eines Kranken-

hauses betreut. Das Krankenhaus stellt mit Ausnahme der ärztlichen Leistung alle anderen erforderlichen Dienstleistungen, Einrichtungen und Mittel für die stationäre Versorgung zur Verfügung. Dazu gehören u. a. OP-Ausstattung (Operationssaal), OP-Personal, Sachmittel und die pflegerische Versorgung auf der Station. Anders als in Hauptabteilungen sind die Ärzt*innen der Belegabteilungen nicht Angestellte des Krankenhauses; im Belegarztwesen schuldet der selbstständige Vertragsarzt/-ärztin und Belegarzt/-ärztin den Patient*innen die medizinische Behandlung.

Belegarzt*innen sind organisatorisch und finanziell unabhängig vom Krankenhaus, insbesondere vergütet das Krankenhaus nicht die Leistungen des Belegarztes/-ärztin. Die Tätigkeiten werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Das Krankenhaus stellt seine Leistungen über die Belegarzt-Diagnosis-Related-Group (belegärztliche DRG) der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung. Interessanterweise ist die belegärztliche DRG immer noch um derzeit durchschnittlich 38% niedriger dotiert als eine vergleichbare DRG für eine Hauptabteilung (HA-DRG).

» Das Belegarztwesen ermöglicht eine nahtlose ambulante, stationäre und nachstationäre Behandlung

Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegarzt*innen der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärzt*innen. Im Team lassen sich die Vorteile der belegärztlichen Versorgung (Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, kein Arztwechsel zwischen den Sektoren und damit besserer Informationsfluss, Reduzierung lästiger Doppeluntersuchungen, Versorgung auf Facharztstandard etc.) mit den geänderten Erwartungen an die Ausübung des ärztlichen Berufs kombinieren und stehen nicht im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Patient*innen an die Versorgungsqualität und -quantität. Mit mehreren Ärzt*innen ist z. B. der Notdienst

auf der Belegstation einfacher zu organisieren, die verschiedenen Ärzt*innen bringen zudem im Idealfall verschiedene Spezialisierungen mit, sodass ein breites Leistungsspektrum angeboten werden kann.

Ein weiterer Vorteil des Belegarztwesens bietet die Rechtssicherheit des sowohl im Sozialgesetzbuch V (SGB V § 121), im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG § 18) sowie im EBM (EBM Kap. 36) wohl definierten Belegarztstatus.

Das kooperative Belegarztwesen scheint somit für die sektorenübergreifende Betreuung urologischer Patient*innen in Kenntnis der demografischen Herausforderungen für eine Versorgung in Flächenstaaten als Basis geradezu prädestiniert. Über diese Basis hinaus bedarf es zur idealen, allumfassenden Patientenversorgung weiterer Strukturen, die nun durch die folgend beschriebene Kooperation mit einem universitären Maximalversorger ermöglicht werden.

Steckbrief der urologischen Kooperation

Im Zentrum des hier vorgestellten Versorgungskonzeptes stehen somit eine kooperativ organisierte Gemeinschaftspraxis mit Belegbetten sowie ein universitärer Maximalversorger. Die Gemeinschaftspraxis verfügt derzeit über insgesamt sechs Facharztstühle (Stand 01.06.2022) sowie zwei von der kassenärztlichen Vereinigung genehmigte Arztstellen für Assistent*innen in der Facharztzubereitung. Die überörtliche urologische Berufsausübungsgemeinschaft (urologische BAG) hat ihre Praxisstühle in der Kreishauptstadt Winsen sowie der Stadt Buchholz im Landkreis Harburg. Dieser umfasst derzeit 255.000 Einwohner mit steigender Tendenz. 15 urologische Belegbetten sind im Krankenhaus Buchholz aufgestellt. Dieses Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung führt neben der urologischen Belegabteilung zehn Hauptabteilungen und leistet zusammen mit dem Krankenhaus Winsen unter derselben Trägerschaft mit zusammen ca. 550 Betten die stationäre Versorgung des Landkreises Harburg. Schließlich gehören mehrere Reha-Einrichtungen sowie eine Vielzahl von Alten- und Pflegeheimen zum Landkreis. Die durch die ortsübergreifende urologi-

sche BAG betreuten Belegbetten im Krankenhaus Buchholz sind die einzigen genehmigten urologischen Betten im Krankenhausbedarfsplan des Landkreises Harburg. Drei weitere Einzelpraxen (zwei Vertragsärzte sowie eine Privatarztpraxis) ergänzen die fachärztliche urologische Versorgung des Landkreises, kooperieren, sind aber nicht mit dem hier vorgestellten Konstrukt vertraglich verknüpft.

Alle 6 Fachärzte für Urologie der urologischen BAG besitzen eine fundierte operative Facharztzubereitung mit teilweise mehrjähriger Oberarztzubereitung in den Kliniken ihrer Ausbildung. Die Praxisinhaber haben alle verschiedene „urologische Schulen“ durchlaufen, was sich in dem für eine Belegabteilung besonders breiten operativen Spektrum niederschlägt. Verschiedene Zusatzausbildungen wie Fachgebieten-Röntgen, Fach- und Sachkunde Laser, Andrologie, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, medikamentöse Tumorthherapie (Ärztammer) sowie die Zulassung zur onkologischen Versorgung als onkologisch verantwortlicher Arzt/Ärztin (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) liegen vor. Neben dem kompletten ambulanten Versorgungsangebot mit ca. 15.000 Behandlungsfällen pro Jahr betreut das Ärzteteam ca. 1200 stationäre Patient*innen jährlich in der Belegabteilung des Krankenhauses Buchholz, Tendenz mit 10% jährlich steigend.

Es besteht eine bundeslandübergreifende enge Kooperation mit dem urologischen Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) unter der Leitung von Klinikdirektorin Ordinaria Frau Prof. Dr. Margit Fisch. Als Maximalversorger steht diese Klinik für die Diagnostik und Therapie besonders komplexer Fälle zur Verfügung. Hier werden jährlich ca. 4700 stationäre Fälle behandelt sowie ca. 3700 Operationen durch die 8 Ober- und 26 Assistenzärzt*innen durchgeführt. Zusätzlich bietet das UKE eine Vielzahl an Spezialsprechstunden (z. B. rekonstruktive Urologie, Kinderurologie, Urodynamik, diverse Tumorsprechstunden etc.) für ambulante Patient*innen an. So wird ein breites Spektrum mit hoher Expertise für komplexe oder hoch-spezialisierte Fälle geboten. Dazu kommt die universitäre Infrastruktur, die z. B. die Diskussion komplexerer

Fälle in der interdisziplinären Tumorkonferenz ermöglicht. Jährlich rotieren 2 Assistenzärzt*innen des UKE im Rahmen der Facharztzubereitung für 12 Monate in die urologische BAG.

Aufbau der so entstandenen sektorenübergreifenden urologischen Kooperation

Versorgungsbereich 1: die klassische Gemeinschaftspraxis

Zu den anfallenden Aufgaben der oben vorgestellten urologischen BAG gehören die Versorgung nicht vitaler Notfälle, die Nachkontrolle nach operativen Eingriffen, die reguläre Diagnostik und Therapie urologischer Krankheitsbilder inklusive Vorsorgeuntersuchungen, die ambulante Onkologie mit deren Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Regelmäßige tägliche Videokonferenzen unter allen an der Patientenversorgung teilnehmenden akademischen Kolleg*innen sorgen im Rahmen von Fallvorstellungen insbesondere bei der Stellung von Operationsindikationen und onkologischen Therapieentscheidungen für die fachliche Abstimmung in Diagnostik und Therapie und garantieren unter Wahrung des „Mehraugenprinzips“ eine verlässliche und hochwertige Qualitätssicherung. Ebenfalls in der Facharztpraxis findet die Ausbildung des medizinischen nichtakademischen Fachpersonals (MFA-Ausbildung) statt sowie die Assistenz*innenausbildung, sofern sie den Bereich der ambulanten Urologie betrifft. Darüber hinaus findet von hier aus auch die Koordination der ärztlichen konsiliar-dienstlichen Betreuung der umliegenden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Landkreis Harburg statt. Ebenfalls von der Facharztpraxis organisiert wird die häusliche Pflege und Pflege in Seniorenheimen durch eigens für diese Aufgabe geschultes medizinisches Fachpersonal im Sinne der Leistungsdelegation (■ Abb. 1).

Versorgungsbereich 2: die Belegarztpraxis

Ist für eine adäquate Versorgung der Patient*innen eine anästhesiologische und/oder personell intensivere Betreuung erforderlich, findet diese in erster Linie in ei-

nem ambulanten Operationssetting statt. Zum Leistungskatalog gehören invasive diagnostische und therapeutische onkologische Eingriffe wie Wechsel oder Neueinlagen von Endodrainagen, Fusionsbiopsien an Niere und Prostata, komplexere Verbandswechsel, Erstgaben von Polychemotherapien, kleinere endourologische Eingriffe und andere Prozeduren mit erhöhtem Überwachungsaufwand.

Dem hier vorgestellten Modell ist dabei zu eigen, dass patientenindividuelle Umstände, die für eine belegärztlich stationäre Leistungserbringung sprechen, auch wenn die Leistungen potenziell ambulant erbringbar wären, jederzeit niederschwellig und ohne großen organisatorischen Aufwand realisiert werden können. Diese im aktuellen IGES-Gutachten (April 2022) genannten „Kontextfaktoren“ wurden und werden im belegärztlichen Setting seit jeher als Entscheidungshilfe herangezogen und unter der Forderung „so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie unbedingt nötig“ zusammengefasst.

Zu den „lang ambulanten“ oder „kurz belegärztlich-stationären“ Prozeduren der Urologie gehören dabei – neben den immer zu prüfenden sozialen patientenspezifischen Gegebenheiten – größere endourologische Operationen (laserchirurgische Resektionen, perkutane Steinoperationen, perkutane plastische Eingriffe, größere Blasenresektionen etc.), tumorchirurgische Eingriffe an Blase oder Nieren (z. B. Nieren- oder Blasenresektionen) sowie die operative Therapie vital bedrohlicher Notfälle z. B. bei drohender Urosepsis.

Versorgungsbereich 3: der universitäre Maximalversorger

Für die Durchführung hochkomplexer Eingriffe (z. B. Zystektomie mit Anlage einer Neoblase, radikale Prostatektomie, Lymphadenektomie etc.) oder hochspezialisierter Eingriffe (z. B. rekonstruktive Chirurgie von Harnröhrenstrikturen, geschlechtsangleichende Operationen, chirurgische Therapie kinder-urologischer Fehlbildungen) steht in dieser sektorenübergreifenden Versorgungskette der kooperierende Maximalversorger bereit und übernimmt für solch hochselektiven Eingriffe die vollstationäre Versorgung als

„Backbone“. Hier ist auch die Anbindung an das interdisziplinäre Tumorboard des Hubertus Wald Tumorzentrums – Universitäres Cancer Center Hamburg (UCCH) – lokalisiert, mit dem die urologische BAG eng zusammenarbeitet und im Rahmen regelmäßiger (telematisch unterstützter) Konferenzen Falldiskussionen durchführt.

Vorteile einer solchen sektorenübergreifenden Kooperation

Die enge sektorenübergreifende Kooperation zwischen diesen hier vorgestellten Versorgungsbereichen sorgt für einen schnellen Informationsaustausch, rasche Verlegung in die jeweils zielführende medizinische Betreuungsebene und ist damit besonders für eine ressourcensparende und patientenfreundliche Versorgung prädestiniert. Durch die enge Zusammenarbeit können kleinere Eingriffe heimatnah durchgeführt werden, wohingegen komplexere Operationen an einem Zentrum mit entsprechender Expertise erfolgen. Durch eine solche Patientenvorselektion werden nicht nur die Fallzahl und der Patiententransfer an den Maximalversorger erhöht sondern gleichzeitig Ressourcen geschont, da weniger komplexer Fälle über die urologische BAG versorgt werden können. Die „gleiche Philosophie“ der beiden Kooperationspartner sorgt hierbei dafür, dass Patient*innen optimal vorbereitet werden und somit z. B. unnötige Doppeldiagnostik vermieden wird. Im Anschluss an komplexere Eingriffe werden die Patienten zeitnah in der Praxis nachbetreut und können früher aus dem stationären Setting entlassen werden.

» Durch die sektorenübergreifende Kooperation können kleinere Eingriffe heimatnah durchgeführt werden

Auch die onkologische Versorgung ist bei komplexen Krankheitsverläufen dem klassischen dualen System überlegen. So wechseln bei onkologischen Erkrankungen in der Urologie Phasen der problemarmen (ambulanten) Versorgung (z. B. Medikamentengabe, Untersuchungen etc.) mit komplexeren Behandlungsabschnitten (z. B. Tumorrezidivoperationen, Drainage-

geeinlagen etc.) ab, die nur stationär möglich sind. Bei getrennten Sektoren drohen Informationsdefizite zwischen der Niederlassung und dem Krankenhaus, die durch die enge Kooperation der urologischen BAG mit dem universitären Maximalversorger nicht auftreten. Die hohen Anforderungen der ASV sowie der Onkologievereinbarung an die Praxisorganisation (24-stündige Rufbereitschaft, Rufbereitschaft auf Facharztniveau, hohe technische Anforderungen an die Räumlichkeiten, Zugriff auf Intensivstation und Reanimation etc.) kann zudem idealtypisch erfüllt werden.

Die feste Rotation von 2 Assistenzärzt*innen des UKE auf aktuellem Wissensstand gibt der urologischen BAG Planungssicherheit. Da die Rotation innerhalb einer vollen Weiterbildungsermächtigung erfolgt und die Rückkehr an die universitäre Einrichtung garantiert ist, entfällt so die sonst schwierige und zeitaufwendige Akquiesierung von Assistent*innen gerade im ländlichen Bereich und mit begrenzter Weiterbildungsermächtigung.

Sektorenübergreifende Facharztbildung: Kooperationsmodell zwischen einer bettenführenden Gemeinschaftspraxis und einem Maximalversorger

Welche Vor- und Nachteile hat diese Zusammenarbeit für die Assistent*innen und sollte sie in Zukunft in die urologische Weiterbildungsordnung integriert werden? Diese Frage stellte sich zu Beginn der Kooperation zwischen dem UKE und der urologischen BAG. Die 2016 initiierte enge Zusammenarbeit beinhaltet die Rotation von 2 Assistenzärzt*innen der urologischen Abteilung des Universitätsklinikums für insgesamt 1 Jahr in die Belegarztpraxis. Die rotierenden Assistent*innen befinden sich in der Regel in der 2. Hälfte der Facharztausbildung (überwiegend 4./5. Ausbildungsjahr). Seit Beginn haben bislang insgesamt 16 angehende Urolog*innen an dem Kooperationsmodell teilgenommen. Eine finanzielle Förderung sowie vertragliche Unterstützung des Projekts erfolgen sowohl durch die Ärztekammer Niedersachsen als auch durch die Kassenärztliche Vereinigung. In Bezug auf den medizinisch-rechtlichen

Hier steht eine Anzeige.



Aspekt dieser Kooperation besteht eine Mitbetreuung durch einen Juristen.

Die optimale Versorgung der Patient*innen v.a. an der Schnittstelle ambulant/stationär stellt eine enorme Herausforderung für eine kooperativ organisierte bettenführende Vertragsarztpraxis dar. Zum einen wird Hilfe in der Patientenversorgung sowie bei der Durchführung der Operationen im ambulanten sowie stationären Rahmen benötigt. Zudem stellt die interkollegiale Kommunikation, Dokumentation (z.B. Arztbriefe, DRG, Anfragen an den MDK) sowie Therapieabstimmungen (z.B. Planung und Patientenvorstellung einer interdisziplinären Tumorkonferenz) eine große Herausforderung dar, die Unterstützung verlangt. Aus Sicht der Belegärzt*innen resultiert hier eine große Entlastung im Arbeitsalltag. Zusätzlich gibt es durch die jährliche Rotation der UKE Assistent*innen Planungssicherheit. Bewerbungsgespräche und Suche nach geeigneten Assistent*innen entfällt. Ein weiterer Vorteil dieses sektorenübergreifenden Modells besteht in der niederschweligen Kommunikation mit der Universitätsklinik als Maximalversorger, durch welche die Mit- und Weiterbehandlung komplexer uroonkologischer Krankheitsbilder möglich gemacht wird.

Die Assistenzärzt*innen wiederum nehmen die Erfahrung in der sektorenverbindenden Zusammenarbeit im Rahmen der Facharztausbildung als große Bereicherung mit hohem Wissenszuwachs wahr. Hierbei geht es v.a. um die „Basisurologie“, welche an einer Universitätsklinik mit häufig hochkomplexen Krankheitsbildern weniger im Fokus des Alltags liegt. Ferner bekommen die Assistent*innen die Möglichkeit, das gesamte urologische Tätigkeitsspektrum sowie den Alltag in der Niederlassung kennenzulernen. Relevante Aspekte des Gesundheitssystems (Abrechnung, Leistungsverzeichnisse etc.) sowie sektorenübergreifende gesundheitsökonomische Regelwerke (OPS, g-DRG, ICD-10, EBM, GOÄ etc.) werden im Rahmen der Tätigkeit vermittelt. Auch die praktischen Operationsfertigkeiten sowie der sichere Umgang mit Diagnostik in der Urologie werden in diesem Jahr erweitert. Vor allem wird den jungen Ärzt*innen durch dieses Kooperationsmodell eine potenzi-

elle Alternative im Berufsbild aufgezeigt und wirkt somit unterstützend für die persönliche berufliche Zukunftsplanung.

» Die sektorenübergreifende Kooperation wird in vielerlei Hinsicht als Gewinn bewertet

Aus Sicht des Universitätsklinikums wird die sektorenübergreifende Kooperation in vielerlei Hinsicht als Gewinn bewertet. Im Rahmen des Austauschprogramms kommen die Assistent*innen in Kontakt mit der praxisnahen Urologie. Zudem haben die angehenden Urolog*innen die Möglichkeit ihre praktischen Fertigkeiten zu vertiefen und Erfahrungen in den Standardeingriffen zu sammeln.

Fazit für die Praxis

- Zusammenfassend ist zu sagen, dass hier vorgestellte sektorenverbindende Kooperationsmodell zwischen der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf sowie der urologischen BAG Winsen/Buchholz von allen Parteien ausnahmslos als positiv und bereichernd empfunden wird. Vor allem ist die Zusammenarbeit ein Gewinn für das Patientenwohl, da aufgrund der guten Vernetzung eine reibungslose Versorgung gewährleistet werden kann.
- Die optimale Aus- und Weiterbildung junger Assistenzärzt*innen als Basis für ein expandierendes Fachgebiet kann durch derartige Kooperationen unterstützt werden und sollte somit in der Zukunft als möglicher Baustein in die Weiterbildungsordnung der urologischen Facharztausbildung integriert werden.
- Nicht zuletzt soll dieses Modell andere Kliniken und Belegpraxen zur Nachahmung anregen – und dies nicht nur in der Urologie.

Korrespondenzadresse



Dr. Raisa S. Abrams-Pompe
Klinik für Urologie, Klinikum Herford/RUB
Schwarzenmoorstr. 70, 32049 Herford,
Deutschland
rapompe@gmail.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. S. Abrams-Pompe, M. Fisch, K. Rödder, T. Neumann, P. Reiß, M. Hoppe und A. W. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/126-deutscher-aerztetag-2022/>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
2. Winter A, Vohmann C, Wawroschek F et al (2015) Zunahme des uroonkologischen Versorgungsbedarfs durch demographischen Wandel. *Urologe* 54:1261–1268. <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3698-7>
3. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
4. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html. Zugegriffen: 14. Juni 2022
5. Miksch A, Hermann K, Joos S et al (2012) „Work-Life-Balance“ im Arztberuf – geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwartungen von Medizinstudierenden. *Præv Gesundheitsf* 7:49–55. <https://doi.org/10.1007/s11553-011-0314-1>
6. Ziegler S, Zimmermann T, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Bussche H (2017) Male and female residents in postgraduate medical education – A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS J Med Educ* 34(5):Doc53. <https://doi.org/10.3205/zma001130>
7. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
8. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
9. <https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop->

- katalog/index_ger.html. Zugegriffen: 14. Juni 2022
10. <https://www.bdc.de/ambulantisierung-in-deutschland-aufwind-durch-aktuelle-gesetzesreformen/>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
11. <https://www.bibliomedmanager.de/news/ambulantisierungspotenzial-von-bis-zu-6-milliarden-euro-in-kliniken>. Zugegriffen: 14. Juni 2022
12. https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-01-14-BLAG_5%C3%9CV_Fortschrittsbericht-%C3%9Cbearbeitung.pdf. Zugegriffen: 14. Juni 2022

Cross-sectoral patient care in the district of Hamburg Harburg: an example of urological cooperation

Background: Ensuring future urological care at the interface between out- and inpatient care is challenging due to demographic developments with an increasing proportion of urological diseases, the simultaneous threat of a shortage of physicians, and the increasing outpatient treatment of complex urological diseases.

Objectives: The cross-sectoral cooperation model between a university maximum care provider and the urologic joint practice with a hospital affiliation (BAG) presented below can serve as an ideal model for outpatient–inpatient care.

Materials and methods: Since 2016, there has been close cooperation between the BAG in Winsen/Buchholz and the University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE). In addition to direct patient transfer and the continuous pre- and posttreatment of patients, two residents from the UKE rotate to the BAG every year.

Results: The BAG benefits from this cooperation through planning security and support in everyday patient care, while the UKE benefits from patient transfer as well as surgical and “basic urological” training of residents. By avoiding duplicate examinations and earlier discharge of patients into outpatient follow-up care, resources are spared. Meaningful patient preselection enables minor interventions to be performed close to home via the BAG, whereas complex cases are carried out at a center of excellence.

Conclusions: The cooperation is seen positively by all parties without exception and, above all, as a benefit for the patient’s wellbeing. The optimal training and further education of young urologists in this expanding field can thus be supported and should be integrated into urological resident training.

Keywords

Outpatient care · Attending physicians · Residency · Intersectoral care · Work-life balance



Jetzt kostenlos **Update Newsletter** bestellen!

Von Anästhesie bis Urologie – die Update Newsletter von SpringerMedizin.de liefern Ihnen regelmäßig Aktuelles und Wissenswertes aus allen medizinischen Fachgebieten:

- CME-Beiträge aus den Fachzeitschriften von Springer Medizin
- umfassende Übersichtsbeiträge und interessante Kasuistiken
- aktuelle internationale Studien
- Kongress-Highlights und Themen-Specials
- News aus Berufs- und Gesundheitspolitik

Jetzt Newsletter auswählen und kostenlos bestellen unter www.springermedizin.de/mynewsletters