

# 4 Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus

Reinhard Busse und Markus Wörz<sup>1</sup>

4

## Abstract

Schon seit einigen Jahren kann man im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmende Aktivität der Krankenhäuser bei ambulanten Leistungen beobachten. Diese Tendenz wurde auch durch gesetzgeberische Maßnahmen befördert. Trotzdem und nach wie vor bieten deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich eher wenige Leistungen ambulant an. Dieser Beitrag beleuchtet internationale Entwicklungen. Er stellt hierzu Typen von Gesundheitssystemen vor und beschreibt und analysiert die Stellung von ambulanten fachärztlichen Leistungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Er geht dann auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verbreitung von ambulanten Operationen ein. Die Themen werden anhand von zwei Gesundheitssystemen – England und Österreich – vertieft, die gleichzeitig unterschiedliche Typen von Gesundheitssystemen repräsentieren. Unter anderem zeigt sich die Entstehung von hybriden Organisationsformen, die die Trennlinie zwischen ambulant und stationär verwischen.

German hospitals have tended to increase their ambulatory services in recent years. This trend has been facilitated by legislative action. In spite of this, in international comparison the proportion of ambulatory services of German hospitals is still below average. This article presents a typology of different health care systems and the division of labour between the outpatient and inpatient sectors. It then describes and analyses the degree to which ambulatory surgery is carried out in different OECD countries. This is illustrated by a description of the developments in the health care systems of England and Austria. Amongst other things, it becomes clear that new forms of health care organisations emerge which transgress the dividing line between the outpatient and inpatient sectors.

## 4.1 Einleitung

Das Ziel einer besseren Verzahnung zwischen den traditionell getrennten Sektoren „ambulante Versorgung“ einerseits und „Krankenhaus“ andererseits ist ein gesundheitspolitisches Dauerthema in Deutschland – aber nicht nur hier. Obwohl jedes größere Reformgesetz der jüngeren Vergangenheit mindestens eine Maßnahme

<sup>1</sup> Für wissenschaftliche Hilfskrafttätigkeit bedanken wir uns bei Britta Zander.

enthielt, die sich auf diese Thematik bezog – zu denken ist hier beispielsweise an die Schaffung von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus durch das Gesundheitsreformgesetz von 1988 oder die Ermöglichung des ambulanten Operierens im Krankenhaus ohne vorherige Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (vgl. für ausführlichere Beschreibungen derartiger Reformschritte seit den 1980er Jahren: Busse und Riesberg 2005; Rosenbrock und Gerlinger 2006) – zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor durch eine relativ starke Abschottung zwischen ambulantem und stationärem Sektor aus. Aus deutscher Sicht stellt sich daher die Frage, wie die Arbeitsteilung zwischen diesen beiden Sektoren im Ausland geregelt ist und welche Gegebenheiten und Reformentwicklungen zu beobachten sind. Vielleicht überraschend kommt der Beitrag zu dem Schluss, dass die Entwicklung in vielen Staaten anders verläuft, d. h. Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor verlagert werden, ja dass ein solcher – zumindest hinsichtlich sekundärer bzw. fachärztlicher Leistungen – in England gerade geschaffen wird.

Der nächste Abschnitt skizziert zunächst kurz Typen von Gesundheitssystemen und geht darauf ein, wie das Verhältnis von Fach- und Allgemeinärzten und die Rolle der Krankenhäuser im ambulanten Versorgungssystem typischerweise ausgestaltet ist. Der darauf folgende Abschnitt beschreibt und analysiert Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Verbreitung von ambulanten Operationen, da in diesem Bereich am ehesten international vergleichbare Daten vorhanden sind. Zudem werden ambulante Operationen sowohl an Krankenhäusern als auch an sonstigen Einrichtungen durchgeführt. Sie sind mithin exemplarisch für die Fragestellung, ob eine Leistung ambulant oder am Krankenhaus erbracht werden soll. Dann wird auf wichtige Entwicklungen in zwei Gesundheitssystemen (England und Österreich) eingegangen, die gleichzeitig unterschiedliche Typen von Gesundheitssystemen repräsentieren.

## 4.2 Typen von Gesundheitssystemen

Die Art und Weise, wie Staaten ihre Gesundheitssysteme organisieren, variiert im internationalen Vergleich – auch unter hochindustrialisierten Staaten – doch recht deutlich. Im Prinzip muss jedes Gesundheitssystem vier Funktionen erfüllen: Leistungen müssen erbracht werden; die Leistungen müssen finanziert werden; Human- und Sach-Ressourcen (Technologien und Infrastruktur) müssen bereitgestellt werden und die Verhältnisse der Leistungserbringer und anderer Akteure (insbesondere der Kostenträger) müssen gesteuert bzw. reguliert werden.

In Bezug auf die Finanzierungsaufgabe kann man Gesundheitssysteme danach unterscheiden, ob sie primär über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge oder über private Mittel finanziert werden (vgl. für einen ausführlichen Überblick und Reformentwicklungen in Hochlohnländern: Busse et al. 2006). Analog hierzu kann auch die Regulierung von Gesundheitssystemen danach differenziert werden, ob diese überwiegend durch den Staat, durch gesellschaftliche Akteure wie etwa Sozialversicherungsträger oder durch den Markt erfolgt. Leistungen der Gesundheitsversorgung werden typischerweise von staatlichen, privat-gemeinnützigen oder

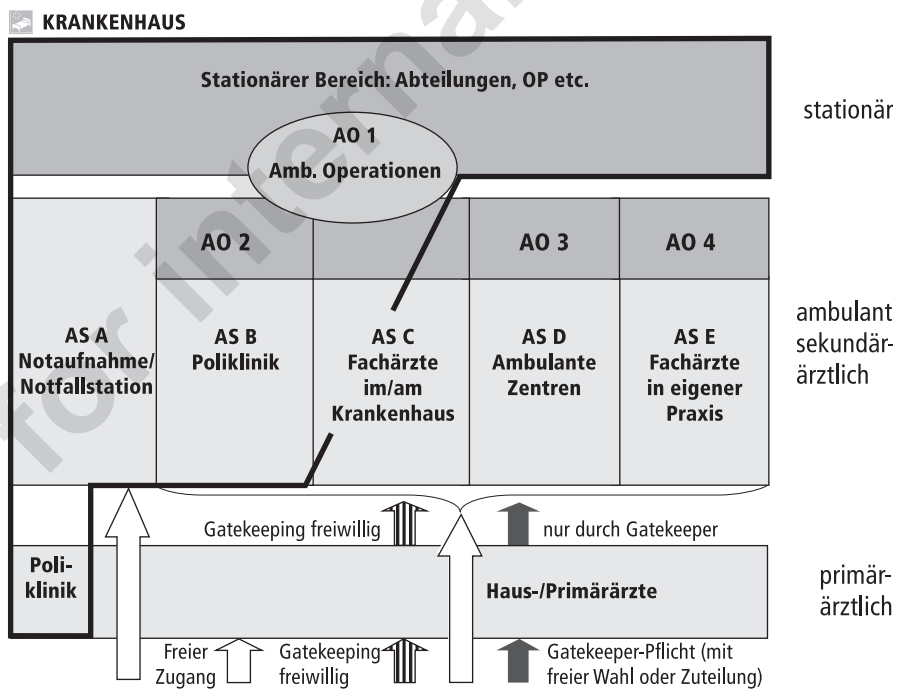
privat-erwerbswirtschaftlichen Einrichtungen erbracht (Wendt und Rothgang 2007). Die letztgenannten Kategorien der Regulierung und Leistungserbringung können weiter vertiefend betrachtet werden, etwa danach, wie der Zugang zur primär- bzw. hausärztlichen und zur ambulanten fach- bzw. sekundärärztlichen Versorgung erfolgt und wo diese jeweils angesiedelt sind.

In manchen Ländern, die typischerweise den staatlichen Gesundheitssystemen zugeordnet werden – wie etwa Dänemark, England oder Finnland – müssen sich Patienten bei einem Hausarzt einschreiben, der sich in der Region befindet, in der sie leben, um dessen Leistungen in Anspruch nehmen zu können. In anderen Ländern dagegen (z. B. in den Niederlanden) kann man sich bei beliebigen Hausärzten einschreiben, um diese konsultieren zu können, und in manchen Gesundheitssystemen ist der Zugang zum Hausarzt (z. B. in Schweden oder bis 2005 in Frankreich) völlig frei.

Eng damit verbunden sind die Zugangsmöglichkeiten zur fachärztlichen Versorgung (Ettelt et al. 2006, S. 3f.). In Ländern mit Hausarztssystemen erfolgt dieser Zugang in der Regel erst nach einer Überweisung des Hausarztes als Gatekeeper, in anderen Ländern (z. B. bislang in Frankreich) können Fachärzte sowohl ambulant als auch im Krankenhaus direkt aufgesucht werden (Calnan et al. 2006, S. 87);

Abbildung 4–1

**Prototypische Zugangs- und Gliederungsmöglichkeiten von primärer, ambulanter sekundärärztlicher und stationärer Versorgung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses**



in Frankreich wird das freiwillige Gatekeeping (d. h. Fachärzte werden erst nach Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht) dadurch gefördert, dass die Zuzahlungen halbiert werden. Diese Logik entspricht den deutschen Hausarztmodellen, in denen die Praxisgebühr gesenkt oder erlassen wird.

Die ambulante sekundär-ärztliche Versorgung kann grob in zwei Teile eingeteilt werden: die routinemäßige Versorgung mit oder ohne Überweisung aus dem primärärztlichen Bereich (ASB bis ASE in Abbildung 4–1) und die Notfallversorgung (ASA), die in allen Ländern ohne Überweisung möglich ist. Die Routineversorgung findet entweder im Krankenhaus in Polikliniken statt oder außerhalb des Krankenhauses in ambulanten Zentren oder in (Einzel-)Praxen. Fachärzte am Krankenhaus, d. h. Ärzte, die zwar räumlich dort angesiedelt sind (und z. T. Geräte mitnutzen), aber organisatorisch unabhängig sind, bilden eine mittlere Kategorie. Daneben hat sich das ambulante Operieren im Krankenhaus zu einem weiteren Feld von ambulanten Leistungen entwickelt und wird zunächst untersucht.

### 4.3 Ambulantes Operieren im internationalen Vergleich

Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein wichtiger Bedingungsfaktor, warum Operationen, die vormals einen stationären Aufenthalt erforderlich machten, mittlerweile überwiegend oder in manchen Ländern fast ausschließlich ambulant durchgeführt werden. Dass aber der medizinisch-technische Fortschritt nicht der alleinige Faktor sein kann, der festlegt, ob eine Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird, wird dadurch deutlich, dass im internationalen Vergleich deutliche Unterschiede in der ambulanten oder stationären Erbringung von Operationen bestehen. Neben dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung wird das ambulante Operieren von einer ganzen Reihe von Faktoren beeinflusst, bei denen zwischen organisatorischen und finanziellen Faktoren unterschieden werden kann (vgl. zum Folgenden Kroneman et al. 2001, S. 148f.). Eine wichtige Rahmenbedingung stellt die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten dar. In Gesundheitssystemen mit wenig Betten gibt es vermutlich eine höhere Bereitschaft bzw. einen höheren Druck zum ambulanten Operieren, um stationäre Kapazitäten zu entlasten. In Ländern mit einer hohen Bettenausstattung wird dagegen wahrscheinlich versucht, die vorhandenen Kapazitäten auch auszulasten, etwa gemäß Roemers Gesetz („a bed built is a bed filled“ – nach dem Gesundheitssystemforscher Milton I. Roemer). Da jedoch in nahezu allen OECD-Staaten zum Teil erhebliche Bettenreduktionen vorgenommen wurden, kann man annehmen, dass auch dadurch der Druck steigt, zum ambulanten Operieren überzugehen. Ambulantes Operieren braucht ein ausgebautes System der Primärversorgung. In Ländern mit fest etablierten Strukturen der Primärversorgung (z. B. gekennzeichnet durch eine starke Stellung des Hausarztes und der Gemeindepflege) lassen sich ambulante Operationen leichter realisieren als in Ländern, die stärker auf den stationären Sektor fokussiert sind. In Bezug auf den stationären Sektor ist zwischen Ländern zu unterscheiden, deren Krankenhäuser ambulante Abteilungen haben und solchen, die derartige Einrichtungen nicht haben. Für letztere erscheint es schwerer, ambulantes Operieren zu etablieren, da sie keine unterstützenden Strukturen am Krankenhaus haben.

Mechanismen der Finanzierung und Vergütung haben einen Einfluss auf ambulantes oder stationäres Operieren. Tagesgleiche Pflegesätze bieten keinen Anreiz zum ambulanten Operieren, vielmehr tendenziell eher dazu, den Patienten möglichst lange stationär zu behalten. In diesem Zusammenhang spielt auch die Vergütung der Operateure eine Rolle als Anreizmechanismus für oder gegen ambulantes Operieren. Krankenhäuser oder auch das Management von freistehenden ambulanten Versorgungszentren, welche in neue ambulante Operationseinrichtungen investierten, sind eher dazu geneigt, ambulantes Operieren voranzutreiben als Krankenhäuser, in denen nicht bzw. lediglich in den herkömmlichen Strukturen ambulant operiert wird.

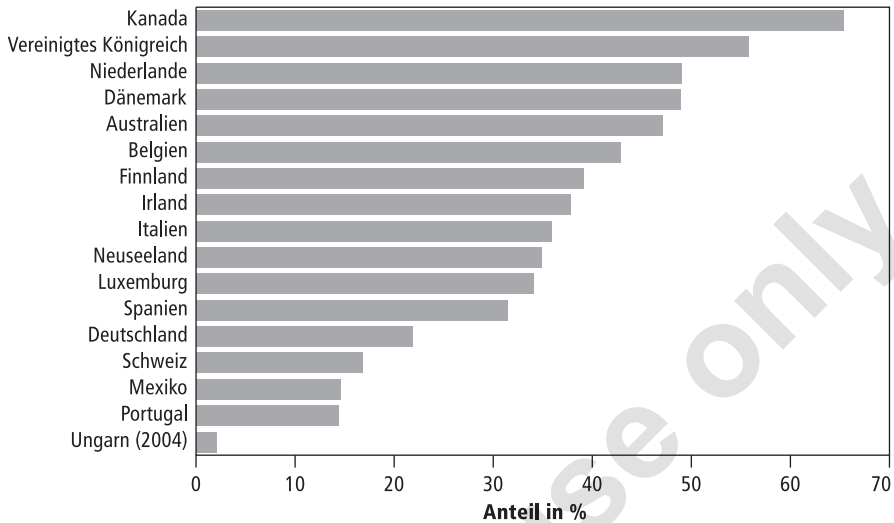
Dieser letzte Aspekt führt dazu zu klären, in welchen Einrichtungen ambulante Operationen überhaupt vorgenommen werden. Im internationalen Vergleich lassen sich vier Organisationsformen unterscheiden, in denen ambulant operiert wird (Castoro et al. 2007, S. 11):

- *Krankenhäuser*; ambulante Operationen werden dort in den gleichen Operationssälen wie für stationäre Patienten durchgeführt. Ambulante Patienten werden von demselben medizinischen und pflegerischen Personal versorgt wie die stationären Patienten („AO 1“ in Abbildung 4–1).
- *Spezielle separate Einrichtungen an Krankenhäusern*; hier gibt es spezielle Operationssäle und Stationen für ambulante Operationen, die von den stationären Bereichen räumlich getrennt sind („AO 2“).
- *Freistehende ambulante Versorgungszentren*; diese sind mit den obigen Einheiten praktisch identisch und unterscheiden sich lediglich darin, dass sie nicht an Krankenhäuser angegliedert sind. Solche Einrichtungen haben den potenziellen Vorteil, dass die Versorgung patientennäher erfolgen kann („AO 3“).
- *Niedergelassene Arztpraxen* mit kleinen angegliederten Operationseinrichtungen („AO 4“).

Der Umstand, dass in ganz verschiedenartigen Einrichtungen ambulant operiert wird, macht internationale Vergleiche – die ohnehin schon mit Schwierigkeiten behaftet sind – noch komplexer. Abbildung 4–2 zeigt den Anteil ambulanter Operationen an den gesamten Operationen (nur elektive Eingriffe) in den Staaten der OECD.<sup>2</sup> Die Abbildung illustriert eine enorme Spannweite. Der Anteil an ambulanten Operationen war 2005 mit 2,1 % in Ungarn am niedrigsten und in Kanada mit 65,4 % am höchsten. Diese Daten der OECD und die in Abbildung 4–1 enthaltenen Aussagen werden durch eine Erhebung der Internationalen Assoziation für ambu-

<sup>2</sup> Neben dem bereits erwähnten Umstand, dass ambulante Operationen sowohl in Krankenhäusern als auch in anderen Einrichtungen vorgenommen werden können und manche Staaten nur den an Krankenhäusern durchgeführten Anteil angeben (hierzu zählt Deutschland), benennt die OECD zwei weitere Einschränkungen der Datenvergleichbarkeit: Einige Länder berichten lediglich den während des Krankenhausaufenthalts vorgenommenen chirurgischen Haupteingriff, andere Erfassungssysteme dagegen beinhalten auch weitere chirurgische Eingriffe (z. B. Irland und das Vereinigte Königreich). Während die meisten Länder nur den Anteil der invasiven Eingriffe angeben, wie dies auch der Definition der OECD entspricht, geben manche Länder (hierzu zählen wiederum Irland und das Vereinigte Königreich) auch diagnostische und therapeutische Verfahren an (OECD 2008).

Abbildung 4–2

**Der Anteil an ambulanten Operationen an allen Operationen (nur elektive Eingriffe) in den Staaten der OECD 2004<sup>3</sup>**

Datenquelle: OECD Health Data 2008, Version Juni 2008

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

lantes Operieren (International Association for Ambulatory Surgery – IAAS) in der Tendenz bestätigt. Bei dieser Erhebung wurde in 19 Ländern bei 30 verschiedenen Operationsarten jeweils der Anteil der ambulant erbrachten Operationen abgefragt. Auch bei dieser Studie zeigte sich eine ähnliche große Bandbreite wie bei den oben dargestellten Daten der OECD. Über alle 30 Operationsarten hinweg reicht die Bandbreite von 10% ambulant erbrachten Operationen in Polen zu über 80% in den USA und Kanada. Die Untersuchung zeigte zudem teilweise erhebliche Unterschiede innerhalb der verschiedenen Operationsarten (Toftgaard und Parmentier 2006). Für das Jahr 2004 ergibt sich allerdings kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an ambulanten Operationen und der Bettenzahl: Korreliert man die Anzahl der Betten pro tausend Einwohner mit dem Anteil an ambulanten Operationen, so liegt der Koeffizient nahe bei Null. Die Unterschiede sind auf eine Vielzahl von Bedingungsfaktoren zurückzuführen, die jedoch hier nicht näher analysiert werden können.

<sup>3</sup> Für die hier nicht aufgeführten Staaten (dies sind: Türkei, Slowakische Republik, Polen, Norwegen, Korea, Japan, Island, Tschechische Republik, Vereinigte Staaten, Schweden, Griechenland, Frankreich und Österreich) wurden der OECD keine Daten geliefert.

## 4.4 Gegebenheiten und Entwicklungstrends in ausgewählten Ländern

Obwohl mit vielen Einschränkungen behaftet, können auf der Basis der OECD-Daten trotzdem internationale Vergleiche in Bezug auf ambulantes Operieren unternommen werden. In Bezug auf das ambulante Leistungsangebot von Krankenhäusern liegen keine international vergleichbaren Daten vor. Aus diesem Grund wird im Folgenden schlaglichtartig die Entwicklung in zwei Ländern, Österreich (ein typisches Sozialversicherungsland) und England (das Ursprungsland des Nationalen Gesundheitsdienstes), beleuchtet.

4

### 4.4.1 Österreich

Die österreichische soziale Krankenversicherung ist dem deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung ähnlich (Wendt und Rothgang 2007, S. 17f.). Die Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung ist in Österreich aber etwas anders als in Deutschland. Bei der ärztlichen ambulanten Versorgung kann man drei Segmente unterscheiden, nämlich freie Praxen (AS E in Abbildung 4–1), selbstständige Ambulatorien (AS D) und Spitalsambulanzen (AS B). Zu allen drei Segmenten besteht im Grundsatz freier Zugang. Von den 37447 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten waren im Jahr 2003 19209 oder 51,3% niedergelassen und überwiegend in Einzelpraxis tätig (Hofmarcher et al. 2006, S. 127). Diese Einrichtungen stellen in der Regel die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten dar. Die dort arbeitenden Ärzte sind selbstständig; sie können keine weiteren Ärzte anstellen, es besteht aber die Möglichkeit zum Zusammenschluss in Gruppenpraxen. Demgegenüber erlaubt es die organisatorische Form des selbstständigen Ambulatoriums, weiteres Personal (sowohl aus dem ärztlichen als auch dem nichtärztlichen Bereich) einzustellen (Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 7). Selbstständige Ambulatorien sind eine Kombination aus Krankenhaus und Arztpraxis. In rechtlicher Hinsicht sind sie Krankenhäuser und unterliegen dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Krankenanstalten führen die selbstständigen Ambulatorien jedoch normalerweise keine Betten und sind nicht zu einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung verpflichtet. Die absolute Anzahl der Spitalambulanzen hat von 2002 bis 2006 von 836 auf 755 abgenommen. Die Zahl der dort Beschäftigten hat allerdings im gleichen Zeitraum von 9074 auf 9825 zugenommen. Ärztinnen und Ärzte machen ungefähr ein Viertel des Personals aus; häufig in Ambulatorien arbeitende Berufsgruppen sind zudem physiotherapeutische Dienste, zahnärztliches Hilfspersonal und Gesundheits- und Krankenpflege (Bundesministerium für Gesundheit 2008; Hofmarcher et al. 2006). Hinsichtlich wahrgenommener Aufgabenbereiche lassen sich mehr als die Hälfte der Ambulatorien den Bereichen physikalische Behandlung, bildgebende Verfahren und Zahnbehandlung zuordnen. Ambulatorien konzentrieren sich zum einen überwiegend in großen Städten und zum anderen in tourismusintensiven Regionen. Die meisten Ambulatorien werden in der Form einer GmbH geführt. Ca. 16% aller selbstständigen Ambulatorien gehören den Sozialversicherungsträgern (Bundesministerium für Gesundheit 2008).



Die Spitalsambulanzen sind das dritte Segment, in dem ambulante Versorgung stattfindet. Sie sind unmittelbar an ein Krankenhaus angegliedert und dienen sowohl der Notfallversorgung als auch der fachärztlichen Akutversorgung, d. h. auch für Nachsorge- und Vorsorgeuntersuchungen. Die Spitalsambulanzen füllen zum Teil Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich aus und zwar in Regionen, in denen es eine geringe Dichte an fachärztlicher Versorgung gibt. Es gibt zudem viele Spezialambulanzen, die sowohl personell als auch hinsichtlich der Infrastruktur den organisatorischen Hintergrund eines Krankenhauses benötigen (Bundesministerium für Gesundheit 2008; Hofmarcher et al. 2006).

Während in manchen Bereichen zwischen selbstständigen Ambulatorien und niedergelassenen Praxen eine Konkurrenzsituation herrscht, ist die Rolle der Spitalsambulanzen differenzierter zu sehen. In vielen Fällen sind die Leistungen der Spitalsambulanzen nicht substitutiv, sondern ergänzend zu den Leistungen der anderen niedergelassenen Anbieter.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte ist in den letzten Jahren in Österreich stark angestiegen. Es lässt sich aber nicht eindeutig klären, ob dieser Anstieg auch auf abrechnungstechnische und dokumentarische Gründe zurückzuführen ist. So werden etwa zum Teil auch ambulante Behandlungen (einschließlich der hier interessierenden ambulanten Operationen) den stationären Fällen zugerechnet oder es werden bei stationären Nach- und Folgebehandlungen Patient/innen jedes Mal neu aufgenommen und entlassen und somit als neuer Aufenthalt bzw. Fall angesehen (Hofmarcher et al. 2006, S. 136).

Gegenwärtig gibt es eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, den Behandlungsauftrag der Spitalsambulanzen einzuschränken und neue Kooperationsformen zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu schaffen, die die Versorgung wohnortnaher erbringen<sup>4</sup>.

#### 4.4.2 England

Das englische Gesundheitssystem ist der klassische Fall eines Landes mit einem Nationalen Gesundheitsdienst, dem NHS. Die primärärztliche Versorgung wird durch ein System der hausärztlichen Versorgung wahrgenommen. Patienten können sich bei einem Hausarzt (General Practitioner – GP) ihrer Wahl einschreiben. Diese Wahlmöglichkeit ist jedoch auf ein bestimmtes geographisches Gebiet eingeschränkt (Robinson und Dixon 1999). Die fachärztliche Versorgung war – und ist immer noch – ganz überwiegend an den Krankenhäusern angesiedelt. Fachärzte betreuen dort sowohl stationäre Patienten als auch Patienten in Polikliniken (AS B in Abbildung 4–1). Daneben bestehen die „Accident & Emergency“-Bereiche (AS A), die für Notfälle gedacht sind; allerdings werden diese z. T. auch ohne stationäre Aufnahme, d. h. rein ambulant behandelt, sodass zwei separate Bereiche ambulanter sekundär-ärztlicher Versorgung am Krankenhaus existieren (bzw. mit dem ambulanten Operieren sogar drei). Ein wichtiges Element des NHS besteht in einem

<sup>4</sup> Siehe dazu [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/presse\\_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1192460872898](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/presse_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1192460872898).



strikten Gatekeeping-System, d. h. die Patienten können Fachärzte nicht direkt aufsuchen, sondern benötigen zuvor eine Überweisung ihres GP.

Diese zentrale Rolle des Krankenhauses auch als Anbieter von ambulanten fachärztlichen Leistungen wird jedoch auch kritisch gesehen. Im Jahr 2006 gab das englische Gesundheitsministerium das Weißpapier „Our Health, Our Care, Our Say“ heraus (Department of Health 2006). Dieses Weißpapier – dem Instrument der Regierung, ihre Ziele und Absichten bekannt zu machen, zu begründen und sie somit auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen – formulierte u. a. die Zielsetzung, die Versorgung dezentraler zu organisieren, um fachärztliche Behandlung auch lokaler anbieten zu können. Unter expliziter Bezugnahme auf die Entwicklung in Deutschland und die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren und auf die HMO Kaiser Permanente in den USA werden die Vorteile einer wohnortnäheren Versorgung illustriert (Department of Health 2006, S. 128ff.). In einem Folgebericht des britischen Gesundheitsministeriums wurde darauf verwiesen, dass in England ca. 90 % aller fachärztlichen Konsultationen in Krankenhäusern stattfinden, während es etwa in den USA nur 50 % sind (Department of Health 2007, S. 32).

Teilweise existieren schon erste Erfahrungen mit dem Aufbau von poliklinischen Strukturen durch das Modellprojekt NHS LIFT (Local Improvement Finance Trust). Dieses Programm begann im November 2004 und seither wurden einige gemeindebasierte Versorgungszentren geschaffen. Erste Erfahrungen mit diesen Versorgungszentren deuten darauf hin, dass es nicht gelang, Leistungen aus den Krankenhäusern in erheblichem Umfang in diese Versorgungszentren zu verlagern (die geschätzten Leistungsverlagerungen betragen lediglich ungefähr 10 %, wobei mehr Verlagerungen in ländlichen und weniger in städtischen Regionen stattfanden) (Imison et al. 2008).

Mit diesen Entwicklungen verbunden ist eine Initiative des englischen Gesundheitsministeriums, die Kapazitäten im Nationalen Gesundheitsdienst deutlich zu erweitern, insbesondere um damit Wartezeiten für Behandlungen zu verkürzen (Department of Health 2002). Ein wichtiger Bestandteil dieses Vorhabens ist die Schaffung neuartiger Behandlungszentren (treatment centres; AS D in Abbildung 4–1) sowohl innerhalb des NHS als auch mittels privatwirtschaftlich betriebener Zentren (sogenannte independent sector treatment centres – ISTC). Das Leistungsangebot der Behandlungszentren beschränkt sich auf einen ausgewählten Bereich des elektiven Spektrums – insbesondere (ambulante) Operationen und diagnostische Leistungen. Die Abkopplung der Behandlungszentren von der Notfallversorgung ist fester Bestandteil der Strategie, um geplante Leistungen durch Notfälle nicht stornieren zu müssen. Die Behandlungszentren finden sich in herkömmlichen Krankenhäusern, in größeren Hausarztpraxen oder in Einrichtungen privater Betreiber, aber auch in neuartigen mobilen Anlagen etwa für Kataraktchirurgie oder Magnetresonanztomographie (Commisson for Healthcare Audit and Inspection 2007). Die erste Ausschreibung des englischen Gesundheitsministeriums für ISTC erging im Jahr 2003. Im Januar 2008 gab es 42 solcher ISTCs. Wie die neuen Behandlungszentren insbesondere des privaten Sektors abschneiden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar. Bemängelt wurde, dass die Datenqualität einen Vergleich und damit eine Evaluation der Reformbestrebungen noch nicht zulässt (Commisson for Healthcare Audit and Inspection 2008; Pollock und Godden 2008).

## 4.5 Schlussfolgerungen für Deutschland

Die englische Fallstudie zeigt vor dem Hintergrund der deutschen Situation, dass die Debatten um die Organisation der ambulanten fachärztlichen Versorgung sehr unterschiedlich sein können. Während bei uns – zumindest für bestimmte Leistungen – von einer Überwindung der „doppelten Facharztschiene“ die Rede ist, wird eine solche Dopplung in England gerade aufgebaut. Österreich stellt gewissermaßen eine Zwischenposition dar.

Trotz aller genannter Einschränkungen bei der Datenvergleichbarkeit in Bezug auf ambulantes Operieren deuten die hier präsentierten Informationen darauf hin, dass es in Deutschland durchaus noch Potenzial für eine Steigerung der Fallzahlen bei ambulanten Operationen gibt, unabhängig davon, ob diese nun in einem Krankenhaus durchgeführt werden oder in einer sonstigen Einrichtung. Dies wird besonders deutlich bei dem direkten Vergleich der Anteile der ambulanten Operationen in Ländern wie Kanada (vgl. Abbildung 4–2). Bei Auswertung der OECD-Daten ist allerdings zu beachten, dass sich das ambulante Operieren in Deutschland stärker als in anderen Ländern im ambulanten Sektor entwickelte. Daher sind die Zahlen der OECD in Bezug auf Deutschland als grobe Unterschätzung zu sehen, da sie nur die ambulanten Operationen in Krankenhäusern wiedergeben und die Entwicklungen im ambulanten Sektor nur unzureichend berücksichtigen.

Sowohl die OECD-Daten als auch die beiden vorgestellten Schlaglichter aus Österreich und England zeigen einen Trend auf, der mit dem Schlagwort „Ambulantisierung“ grob umschrieben werden kann. Vor allem vor dem Hintergrund steigender Patientenerwartungen und -autonomie, steigender Entwicklungen im Bereich des medizinisch-technischen Fortschritts und auch der Erwartung potenzieller Kostenvorteile, die durch eine Verlagerung von Operationen in den ambulanten Bereich generiert werden können, gewinnen diese Entwicklungen hin zur Durchführung ambulanter Leistungen am Krankenhaus und auch in mit dem Krankenhaus verbundenen, aber nicht unbedingt an ihnen angesiedelten Versorgungszentren zunehmend an Bedeutung. Beachtenswert sind ebenfalls die eindeutigen Vorteile, die für die Patienten eines Versorgungszentrums entstehen, unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung in den einzelnen Ländern.

## 4.6 Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit, Familie u. Jugend. Selbständige Ambulatorien in Österreich. Wien 2008.
- Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2005.
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Financing Health in high-income countries. In: Gottret P, Schieber G (Hrsg.). Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. Washington DC: The World Bank 2006, 279–310.
- Calnan M., Hutton J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RB, A. Rico A, Boerma WG (Hrsg.), Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Philadelphia Buckingham: Open University Press 2006, 85–104.

- Castoro C, Bertinato L, Baccaglini L, Drace CA., McKee M. Day Sugery. Making it Happen. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief. 2007.
- Commisson for Healthcare Audit and Inspection. Independent sector treatment centres. A review of the quality of care. London 2007.
- Commisson for Healthcare Audit and Inspection. Independent sector treatment centres: the evidence so far. London 2008.
- Department of Health 2002. Growing Capacity. A new role for external healthcare providers in England. Zugriff unter [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH\\_4009238](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4009238).
- Department of Health. Our Health, Our Care, Our Say. London 2006.
- Department of Health. Our NHS, Our Future. NHS Next Stage Review. Interim Report. London 2007.
- Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S, McKee M. Health Care outside hospitals. Accessing generalist and specialist care in eight countries. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief 2006.
- Hofmarcher MM, Rack H, Riesberg A.. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. 2006.
- Imison C, Naylor C, Maybin J. Under one roof? Will polyclinics deliver integrated care? London: King's Fund 2008.
- Kroneman M W, Westert G P, Groenewegen P P, Delnoij DM. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. *Ambulatory Surgery* 2001, Jg. 9: 147–54.
- OECD. OECD-Gesundheitsdaten 2008. Statistiken und Indikatoren für 30 Länder. Juni 2008.
- Pollock A M, Godden S. Independent sector treatment centres: evidence so far. *BMJ* 2008, Jg. 336: 421–4.
- Robinson R, Dixon A.. Health Care Systems in Transition: United Kingdom. Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 1999.
- Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber 2006.
- Toftgaard C, Parmentier G. International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B (Hrsg.). *Day Surgery. Development and Practice*. London: International Association for Ambulatory Surgery 2006, 35–60.
- Wendt C, Rothgang H. Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen (TranState Working Papers 61) Bremen: Sfb 597 Staatlichkeit im Wandel, Universität Bremen 2007.