

Aus der Klinik für Anästhesiologie
Professor Dr. med. K. Meissner
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Studie zum aktuellen Stand der
intersektoralen Zusammenarbeit – Eine
Umfrage zur Perspektive der
niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in
Deutschland**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Tim Peter Epperlein

aus

Grevesmühlen

Göttingen 2023

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer/in: Priv.-Doz Dr. med R. M. Wäschle
Zweitbetreuer/in: Prof. Dr. med. E. Hummers

Prüfungskommission

Referent/in: Priv.-Doz Dr. med R. M. Wäschle
Ko-Referent/in: Priv.-Doz Dr J. H. J. Hauswaldt
Drittreferent/in: Prof. Dr. R. Dressel

Datum der mündlichen Prüfung: 10.09.2024

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel
"Studie zum aktuellen Stand der intersektoralen Zusammenarbeit –
Eine Umfrage zur Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und
Ärzten in Deutschland" eigenständig angefertigt und keine anderen
als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu
haben.

Göttingen, den

.....
(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	III
1 Einleitung	1
1.1 Der ambulante Versorgungsbereich.....	3
1.1.1 Humanmedizin	3
1.1.2 Zahnmedizin	4
1.2 Der stationäre Versorgungsbereich	4
1.3 Die Aufgaben und Funktion der Universitätskliniken	5
1.4 Die Schnittstelle der Versorgungsbereiche.....	6
1.5 Fragestellung	9
2 Material und Methoden	11
2.1 Fragebogen	11
2.2 Umfrage und E-Mail-Verteiler	11
2.3 Datenauswertung.....	12
2.4 Deskriptive Statistik	12
3 Ergebnisse.....	14
3.1 Fragen zur Person der Befragten	14
3.2 Aktuelle Zusammenarbeit mit Universitätskliniken.....	16
3.3 Behandlungsqualität	21
3.4 Entwicklung der Zusammenarbeit und Verbesserungspotentiale.....	22
3.5 Vergleich des Universitätsklinikums mit dem nicht-universitären Krankenhaus	27
3.6 Subgruppeneinteilung und Ergebnisse.....	29
4 Diskussion.....	34
5 Zusammenfassung.....	46
6 Anhang	48
6.1 Fragebogen	48
7 Literaturverzeichnis	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Altersverteilung der Befragten in Jahrzehnten	14
Abbildung 2 Die 15 am häufigsten genannten klinischen Schwerpunkte der Befragten (max. 2 Antworten).....	15
Abbildung 3 Die 15 am häufigsten genannten klinischen Schwerpunkte der befragten Humanmediziner (max. 2 Antworten).	16
Abbildung 4 Die 15 meistgenannten Fachabteilungen, in die von Befragten eingewiesen wurde.....	16
Abbildung 5 Die 15 meistgenannten Fachabteilungen, in die von befragten Humanmedizinern eingewiesen wurde	17
Abbildung 6 Durchschnittliche Wartezeit auf Termine zur elektiven Aufnahme	17
Abbildung 7 Wartezeit auf Arztbrief nach Entlassung in Wochen.....	18
Abbildung 8 Wahrnehmung der fachlichen und sozialen Kompetenz von Ärzten in den Fachabteilungen, mit denen die Befragten in Kontakt kommen („keine Antwort“ von 2,5% (n=32) (fachliche Kompetenz) beziehungsweise 5,3% (n=69) (soziale Kompetenz)).....	19
Abbildung 9 Gründe für die Einweisung in Universitätsklinik-Abteilungen (max. 3 Antworten).....	20
Abbildung 10 Zufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen der entlassenen Patienten („keine Antwort“: 1,5%/19)	22
Abbildung 11 Beurteilung der Aussage "ich halte die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik insgesamt für deutlich verbesserungswürdig"? („Keine Antwort“: 1,6%/21)	23
Abbildung 12 Frage nach Maßnahmen, von denen die Zusammenarbeit mit der betreffenden Fachabteilung der Universitätsklinik wesentlich profitieren würde (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)	24
Abbildung 13 Wichtige zu ergreifende Maßnahmen einer Fachabteilung beziehungsweise der Universitätsklinik hinsichtlich einer besseren Zusammenarbeit (Mehrfachantwort, maximal 5 Antworten)	25
Abbildung 14 Worin sehen Sie die größten Zugewinne bei einer aus den oben markierten Maßnahmen resultierenden Verbesserung der Zusammenarbeit?.....	26
Abbildung 15 Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik insgesamt im Vergleich zu der mit dem nicht-universitären Haus, mit dem am häufigsten zusammengearbeitet wird	27
Abbildung 16 Gründe für häufigere Einweisungen in ein nicht-universitäres Haus (bis max. 3 Antworten möglich)	28
Abbildung 17 Einweisungszahlen in das am häufigsten eingewiesene Universitätsklinikum der Befragten	30
Abbildung 18 Wahrnehmung der fachlichen und menschlichen Kompetenz von Ärzten in den Fachabteilungen, mit denen die Befragten in Kontakt kommen	31
Abbildung 19 "Würden Sie die Fachabteilung Freunden oder Bekannten bei entsprechender Indikation empfehlen?".....	32
Abbildung 20 Die Zusammenarbeit mit der betreffenden Fachabteilung der Universitätsklinik würde wesentlich davon profitieren, wenn: (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)	32

Abkürzungsverzeichnis

BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IT	Informationstechnik
KE-RL	Krankenhauseinweisungsrichtlinien
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem
UN	United Nations (=Vereinte Nationen)

1 Einleitung

Die Vereinten Nationen postulierten in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 und nochmals im UN-Sozialpakt 1966 das Recht auf Gesundheit. Darin wird beschrieben, dass jeder Mensch das Recht habe, „ein für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ erlangen zu können. Voraussetzung dafür sei, dass jeder Mensch Zugang zu einer entsprechenden Gesundheitsversorgung habe (Vereinte Nationen 1966). Die Weltgesundheitsorganisation schrieb in ihrer Erklärung zur Konferenz von Alma-Ata 1974, dass Regierungen „für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich sind“. Der Schlüssel dafür sei die primäre Gesundheitsversorgung, deren Details auf Grundlage von soziokulturellen und politischen Merkmalen in den unterschiedlichen Ländern unterschiedlich ausgestaltet werden können, sowie deren Zugänglichkeit und Verfügbarkeit (Weltgesundheitsorganisation 1978). Im Zentrum der Gesundheitsversorgung sollte immer die Patientenorientierung stehen (Weltgesundheitsorganisation 2016).

Das deutsche Gesundheitssystem, historisch geprägt seit der Sozialpolitik des Kaiserreichs, ist im internationalen Vergleich kein staatliches Gesundheitssystem – wie es z. B. in den Niederlanden oder England besteht. Eher entspricht es einem selbstverwalteten Gesundheitswesen (Gerlinger 2017a). Trotzdem werden die Rahmenbedingungen größtenteils durch Bundesgesetze des Bundesministeriums für Gesundheit geschaffen. Laut der Bundeszentrale für politische Bildung lassen sich unter anderem das Bundesministerium sowie untergeordnete Behörden zu den sogenannten staatlichen Stellen zusammenfassen, der „ersten Gruppe“ im Aufbau des Gesundheitssystems. Untergeordnete Behörden sind unter anderem das Robert Koch-Institut oder das Paul-Ehrlich-Institut, weiterhin z. B. als beratendes Gremium der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem“ (SVR). Außerdem gehören zur ersten Ebene Strukturen der Länder und Kommunen. Zu den Aufgaben der Länder zählen sowohl die stationäre Gesundheitsversorgung als auch der öffentliche Gesundheitsdienst, weiterhin fallen die Universitätskliniken in die Zuständigkeitshoheit der Länder (Gerlinger 2017a).

Auf der zweiten Ebene befinden sich selbstverwaltete Körperschaften wie die Krankenkassen oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und ihre Verbände, weiterhin die Krankenhausgesellschaften (DKG) sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Diese entscheiden unmittelbar über die konkrete Ausgestaltung gesetzlicher Vorgaben durch beispielsweise Mantelverträge zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlichen Bundes- beziehungsweise Landesvereinigungen oder Krankenhäusern. Dabei umfassen Mantelverträge allgemeinere und häufig längerfristige Regelungen als andere

Tarifverträge und gehen dabei weniger ins Detail. Somit geben sie Tarifverträgen einen „Mantel“, also einen Rahmen. Die Kassenärztlichen (und auch Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen haben durch den Gesetzgeber den sogenannten Sicherstellungsauftrag übertragen bekommen, d. h. sie garantieren die ambulante ärztliche Versorgung inkl. des kassenärztlichen Notdienstes. Außerdem sind sie Interessenvertreter der niedergelassenen Ärzt*innen gegenüber den Krankenkassen, weiterhin werden durch sie Zulassungen an niedergelassene Ärzt*innen vergeben (Gerlinger 2017d).

Das wichtigste übergeordnete Gremium der Selbstverwaltung ist der gemeinsame Bundesausschuss. Dieses 2004 geschaffene Gremium ist besetzt sowohl durch Vertreter*innen der Leistungserbringer, also der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, als auch der Krankenkassen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zuständig ist der Ausschuss für die Beurteilung vorhandener und neuer sowie die Zulassung neuer Behandlungs- und Therapiemethoden (Gerlinger 2017d).

Bei der dritten Ebene handelt es sich um freie Verbände wie die Bundesverbände der Krankenkassen sowie ärztliche Verbände wie den Hartmann- oder den Marburger Bund, wissenschaftliche Fachgesellschaften, dem Verband der Privaten Krankenkassen und die Arzneimittelhersteller. Diese Organisationen wirken nicht direkt an der Ausgestaltung von Gesetzen mit, nehmen aber als Interessenvertreter Einfluss auf die Gesundheitspolitik (Gerlinger 2017b).

Historisch gewachsen gibt es Verhandlungen über Behandlungsbedingungen zwischen den selbstverwalteten Körperschaften, also zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bezüglich Therapiekonzepten und deren Vergütung. Diese Verhandlungen gibt es ebenfalls, getrennt von den oben genannten, zwischen GKV-Spitzenverband und den Krankenhausgesellschaften. Dadurch entstehen die nachfolgend erklärten Bereiche der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche (Gerlinger 2017c).

Die Leistungserbringung betrachtend ist das deutsche Gesundheitssystem sektoral gegliedert. Hier lassen sich der ambulante und der stationäre Sektor unterscheiden. Die Finanzierung und Vergütung der beiden Sektoren ist dabei unterschiedlich geregelt. Auch die Zuständigkeiten unterscheiden sich. Zu einer Überschreitung der Sektorengrenze kommt es nur in Ausnahmefällen durch die Leistungserbringer, jedoch aber durch die Patient*innen.

1.1 Der ambulante Versorgungsbereich

Die ambulante Versorgung umfasst alle Behandlungsleistungen, die von einem „niedergelassenen Allgemein- oder Gebietsarzt oder in der Ambulanz (Poliklinik) eines Krankenhauses vorgenommen werden“ (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018). Die größten Bereiche sind die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, weiterhin gehören die ambulante psychotherapeutische und die Heilmittelversorgung in das Spektrum der ambulanten Versorgung.

1.1.1 Humanmedizin

In der ambulanten ärztlichen Versorgung kann man 3 Bereiche unterscheiden. Dies sind die hausärztliche Versorgung, die fachspezialistische und die psychotherapeutische Versorgung. Im Jahr 2020 gab es in Deutschland 409.100 berufstätige Ärzt*innen. Von ihnen waren 161.400 ambulant tätig, 36.018 davon waren niedergelassene Allgemeinmediziner*innen (Bundesärztekammer 2020). In der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren 2020 55.012 hausärztlich tätige Mediziner*innen. Weiterhin gehörten rund 32.000 psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen der KBV an (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Dabei ist die KBV der Dachverband aller regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, von denen es im Bundesgebiet 17 gibt. Aufgabe der KVen und der KBV sind zum einen die Interessenvertretung „aller 181.000 freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020), weiterhin obliegt den KVen der Sicherstellungsauftrag. Dieser beschreibt, dass die KVen sicherzustellen haben, dass jede*r Versicherte „Zugang zu allen notwendigen und zweckmäßigen ärztlichen Leistungen in wirtschaftlichem und ausreichendem Umfang“ erhält (Haring 2019). Diesem Auftrag kommen die KVen durch die Zulassung von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur vertragsärztlichen Versorgung nach, wodurch gesetzlich versicherte Patient*innen behandelt und auch mit den Krankenkassen abgerechnet werden dürfen. Praxen ohne diese Zulassung fungieren als Privatpraxen. Außerdem gehören zu den Aufgaben von KBV und KVen u. a. die Organisation eines Bereitschaftsdienstes für die Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten und die sogenannte Bedarfsplanung, die regelt, wie viele Ärzt*innen einzelner Fachgruppen pro Einwohner*in wo sinnvoll sind.

Etwa 93% der Bevölkerung kontaktieren mindestens 1x jährlich eine*n niedergelassene*n Ärztin. 62,7% konsultierten mindestens 1x eine*n hausärztlich tätige*n Allgemeinmediziner*in, weiterhin 31,1% mindestens 1x eine*n hausärztlich tätige*n

Internist*in. Insgesamt entfielen 35,4% aller abgerechneten Behandlungsfälle auf hausärztlich tätige Mediziner*innen (Grobe 2021).

Eine weitere ambulante Versorgungsform neben niedergelassenen Facharzt*innen sind Krankenhausambulanzen, die entsprechend § 117 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ermächtigt sind, Patient*innen im Rahmen der ambulanten Versorgung zu behandeln.

1.1.2 Zahnmedizin

Die ambulante zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ist nahezu identisch der medizinischen Versorgung geregelt. So wird die ambulante Versorgung sichergestellt von den 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), die in der Dachorganisation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) organisiert sind. In diesen 17 KZVen und der KZBV sind alle etwa 61.000 Zahnarzt*innen, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, verpflichtend Mitglieder. Die ambulant erbrachten zahnmedizinischen Leistungen haben 2019 etwa 6,2% der gesamten GKV-Ausgaben ausgemacht (Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2021).

1.2 Der stationäre Versorgungsbereich

Der stationäre Versorgungsbereich umfasst alle Behandlungen, für die der Patient „mindestens eine Nacht in ein Krankenhaus aufgenommen und dort gepflegt, ärztlich behandelt oder auf sonstige Art medizinisch oder pflegerisch betreut wurde“ (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018). Hierbei ist per Definition des SGB V wichtig, dass Krankenhäuser „fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“ und beauftragt sind, durch „Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern und Geburtshilfe zu leisten“. Normalerweise erfolgt die stationäre Behandlung von Patient*innen nach vorherigem ambulanten Arztkontakt und daraus resultierender Einweisung, in schweren Fällen und Notfällen können Patient*innen jedoch auch stationäre Leistungen ohne vorherigen ambulanten Kontakt bzw. über den Rettungsdienst vermittelt in Anspruch nehmen.

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 1942 Akut-Krankenhäuser betrieben, 28,8% davon von einem öffentlichen, 34,1% von freigemeinnützigen und 37,1% von privaten Trägern (Haring 2019). Diese versorgten etwa 19,4 Millionen stationäre und etwa 21 Millionen ambulante Patient*innen (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2021). Unter den

Einrichtungen bestehen verschiedene Organisationsformen. So gibt es Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, welche die flächendeckende Versorgung garantieren und größtenteils Versorgungen auf den Gebieten der Inneren Medizin und der Chirurgie gewährleisten, teilweise ergänzt durch Abteilungen z. B. der Gynäkologie, der HNO oder der Augenheilkunde. Weiterhin gibt es Schwerpunktversorger, die häufig in mittleren bis größeren Städten verortet sind und ein breiteres Behandlungsspektrum abdecken, und Maximal- oder Zentralversorger, die ein hochdifferenziertes Behandlungs- und Leistungsspektrum sowie alle für eine umfassende Krankenversorgung notwendigen Disziplinen anbieten. Zu den Letztgenannten gehören auch die Universitätskliniken, die unter 1.3 nochmal gesondert betrachtet werden.

Die Organisation der Krankenhauslandschaft betrachtend ist der Bund zuständig für die wirtschaftliche Sicherung der Kliniken, die Länder haben die Verantwortung für die Infrastrukturen. Dabei sind die Krankenhäuser eingebunden in die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems. Dies passiert über die 16 Landesverbände, die gemeinsam mit 12 Spitzenverbänden die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden, welche als Dachverband Vertreter in den G-BA entsendet.

1.3 Die Aufgaben und Funktion der Universitätskliniken

In Deutschland gibt es 36 Universitätskliniken (VUD 2022). Diese unterscheiden sich von anderen Krankenhäusern durch ein anderes Aufgabenprofil, nämlich die enge Verbindung der Krankenversorgung mit den Bereichen der Forschung und Lehre. So sind Universitätskliniken im Bereich der Krankenversorgung wichtige Maximalversorger, gleichzeitig soll dort der medizinische und medizintechnische Fortschritt direkt in die Krankenversorgung einfließen. Außerdem haben die medizinischen Fakultäten der Universitätskliniken den Aus- und Weiterbildungsauftrag für den medizinischen Nachwuchs und zusätzlich den Auftrag zur medizinischen Forschung (Plamper und Pflugmacher 2010). Wegen dieses Zusammenspiels der verschiedenen Aufgaben und ihrer Rolle als überregionaler Maximalversorger sind Universitätskliniken häufig Anlaufpunkt für Patient*innen mit komplizierten oder seltenen Erkrankungen oder schweren Verläufen.

Pro Jahr versorgen die Universitätskliniken etwa 2 Millionen Patient*innen stationär, was ungefähr 10% aller stationären Krankenhausaufenthalte in Deutschland entspricht (Statistisches Bundesamt 2019). Weiterhin werden jährlich etwa 7,5 Millionen Patient*innen ambulant über die sogenannten Hochschulambulanzen versorgt (Statistisches Bundesamt 2018). Dabei nehmen Hochschulambulanzen eine Sonderrolle in der Krankenhauslandschaft

ein, in denen Patient*innen „in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Rahmen“ sowie Personen, „die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“, ambulant versorgt werden (Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung et al. 2016). Dabei können sie sowohl Leistungen anbieten, die Niedergelassenen teilweise nicht zur Verfügung stehen, als auch Spezialisten unterschiedlicher Disziplinen zu Behandlungen heranziehen.

Zwar gibt es unter den Universitätskliniken in Deutschland hinsichtlich ihres Leistungsspektrums und der Forschung Unterschiede, auch sozioökonomisch regional begründet, aber trotzdem ist ihnen gemein, dass sie sich aufgrund des Lehr- und Forschungsauftrags sowie ihrer Unternehmens- und Leistungskultur grundsätzlich von nicht-universitären Häusern unterscheiden (Klauber et al. 2015). Somit nehmen sie eine Sonderposition in der Krankenhauslandschaft in Deutschland ein und werden deshalb auch als „Supramaximalversorger“ bezeichnet.

1.4 Die Schnittstelle der Versorgungsbereiche

Durch die oben beschriebenen Strukturen besteht in Deutschland eine auch durch den Gesetzgeber geschaffene Trennung in den ambulanten und den stationären Sektor mit unterschiedlichen Verantwortlichen und Versorgungs- und Vergütungskonzepten. Aufgrund dieser Trennung der Leistungserbringungen kommt es bei Aufnahme ins Krankenhaus oder Entlassung aus diesem zurück in den ambulanten Rahmen zu einem Sektorenwechsel. Damit einher geht auch ein Wechsel der Zuständigkeit, da eine Behandlung über diese Schnittstelle hinweg gesetzlich geregelt nur in Ausnahmefällen in einem vertraglich ausgehandelten Rahmen möglich ist. Für den Großteil der Patient*innen bedeutet der Wechsel der Zuständigkeiten somit auch einen Behandler*innenwechsel mit dem Risiko des Informationsverlustes aufgrund mangelnder bzw. verzögerter und/oder fehlerhafter Kommunikation. So haben verschiedene Studien belegt, dass Defizite in dieser intersektoralen Kommunikation während stationärer Aufnahme oder Entlassung das Risiko von Versorgungsdefiziten der Patient*innen, eine fehlerhafte Medikation in der ambulanten Weiterbetreuung und auch die Wahrscheinlichkeit der Rehospitalisierung innerhalb weniger Wochen erhöhen (Choyce und Maitra 1996; Moore et al. 2003; Kripalani et al. 2007; Greenwald und Jack 2009; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012; Leppin et al. 2014). Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass es verschiedene Instrumente der Qualitätssicherung für die Arbeit und Behandlung in den jeweiligen Sektoren gibt, aber bisher wenige Instrumente bezüglich der Kontrolle und

Sicherstellung von Qualität und Patientensicherheit entlang der Sektorengrenze und bei Sektorenwechsel geschaffen wurden. Dies betrifft in besonderem Maße multimorbide und chronisch erkrankte Patient*innen, an deren Behandlung verschiedene Sektoren beteiligt sind und die einen häufigen Wechsel zwischen den Sektoren durchlaufen.

Vor diesem Hintergrund wurde 2017 der Rahmenvertrag der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen, der die Risiken des Sektorenwechsels in Ansätzen adressiert. Dieser verpflichtet die Krankenhäuser dazu, bei Entlassung aus dem stationären Bereich einen vorläufigen Brief auszuhändigen und diesem auch die Entlassmedikation anzufügen. Genauso ist der entlassende Arzt laut dieses Rahmenvertrags verpflichtet, bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt zum Weiterbehandelnden aufzunehmen, um die Schnittstellenkommunikation zu optimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen (GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2016).

Die elektive stationäre Aufnahme der Patient*innen, also der Wechsel vom ambulanten in den stationären Sektor, ist dabei geregelt durch § 39 des SGB V sowie den Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und die Krankenhauseinweisungsrichtlinien (KE-RL) des G-BA. In § 39 ist festgelegt, dass Versicherte „Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus“ haben. Dies gilt, „wenn die Aufnahme (...) nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“. Auch hat gemäß § 3 der KE-RL „die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut (...) vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, gegebenenfalls“ mit Einbindung weiterer ambulanter Ressourcen „die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung (...) ausreicht und stationäre Behandlung vermieden werden kann“. Grundsätzlich hat der Gesetzgeber also ambulanten Behandlungen den Vorrang vor stationären eingeräumt. Sollte der stationäre Aufenthalt dennoch notwendig werden, sollen Einweiser gemäß § 26 des BMV-Ä, wenn möglich, auch die beiden nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser angeben.

Quellenabhängig entscheidet in bis zu 80% der Einweisungen die zuweisenden Ärzt*innen, in welchem Krankenhaus die Patient*innen vorstellig werden (Zehnder 2015; Pfannstiel et al. 2016; de Cruppé und Geraedts 2017). Dies deckt sich mit Befragungen aus dem europäischen Ausland. So gaben in Dänemark 76% von allgemeinmedizinisch tätigen

Umfrageteilnehmer*innen an, dass für ihre zuletzt eingewiesenen Patient*innen sie selbst das Krankenhaus ausgewählt zu haben. Wichtige Kriterien waren eine kurze Entfernung zum Wohnort der Patient*innen und Vorerfahrungen von Patient*innen und Ärzt*innen (Birk und Henriksen 2012). Auch in den Niederlanden und in Schweden zeigten Studien, dass eher die Allgemeinmediziner die Wahl des Krankenhauses für den Patienten übernehmen als ihn beratend zu unterstützen (Winblad 2008; Victoor et al. 2013). In einer Befragung von rund 2000 Patient*innen nach stationärer Aufnahme in Deutschland dagegen gaben 63% an, selbstständig das Krankenhaus ausgewählt zu haben (de Cruppé und Geraedts 2017). Für die Patient*innen sind dabei die wichtigsten Informationsquellen eigene Vorkenntnis des Krankenhauses, Angehörige sowie ihre ambulanten Behandler*innen. Fachkompetente Informationen werden nicht über verschiedene Rankings, Qualitätsberichte oder sonstige objektive Angaben bezogen, sondern häufig nur über die Behandler*innen beziehungsweise Einweiser*innen. Diese wiederum stuften den Stellenwert von Qualitätsberichten in ihrem Alltag und in der Patientenberatung als eher gering ein (Hermeling und Geraedts 2012). Dies liegt unter anderem daran, dass ihnen in diesen Berichten Erfahrungen von Patient*innen und Ärzt*innen mit dem Krankenhaus sowie Angaben zur Prozessqualität fehlten (Geraedts et al. 2007; Kolb et al. 2018). Auch scheint es ein Problem, dass die Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser für fachliche Laien schwer lesbar und wenig verständlich sind (Friedemann et al. 2009). So nehmen häufig Hausärzt*innen die Rolle des fachkundigen Lotsen ein. Vom Gesetzgeber ist dies teilweise auch angedacht, um den Patient*innen in dem potenziell unübersichtlichen Gebiet der Gesundheitsversorgung und besonders an beschriebener Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu unterstützen und zu führen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Gesundheitspolitisches Ziel dabei ist sowohl die Minimierung von unnötigen oder doppelt durchgeführten Untersuchungen durch die Sektorenüberschneidung, somit die Vermeidung von Unter- oder Überversorgung als auch eine Kostenoptimierung im Gesundheitssystem (Ludt et al. 2013; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Gerade vor diesen Hintergründen lohnt sich erneut ein Blick auf europäische Nachbarn wie die Niederlande, Dänemark oder Finnland. Hier fungieren Allgemeinmediziner*innen, teilweise mit Zusatzqualifikationen, als sogenannte „Gatekeeper“, das heißt, Patient*innen müssen zuerst einen Hausarzt aufsuchen, bevor sie fachärztlich vorstellig werden können. Somit kann eine Vorselektion erfolgen und eine bedarfsgerechtere Steuerung wird ermöglicht. Mit der Einführung dieser „Gatekeeper“ ist es einigen europäischen Nachbarn gelungen, die starre Trennung der Sektoren zu überwinden (Klauber et al. 2021). Laut einer

Metastudie von Sripa et al. aus 2019 ermöglicht das „Gatekeeping“ weniger stationäre Aufnahmen, eine höhere Qualität der Patientenversorgung gerade in Hinsicht auf die Prävention sowie geringere Ausgaben im gesamten Gesundheitssystem. Dem gegenüber stehen höhere Ausgaben im ambulanten Sektor zusammen mit höheren Besuchsraten von Allgemein- oder Primärversorgern (Sripa et al. 2019).

So ist diese Schnittstelle und somit auch die Rolle der Einweiser*in ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor für die Krankenhäuser. Wiederholt wird in der Literatur zur Profitoptimierung sowie Markt- und Markenentwicklung in Krankenhäusern das Einweisermanagement, die Beziehungspflege zu Einweiser*innen und die Verbesserung der Zusammenarbeit thematisiert (Burghardt 2016). Dabei beschreibt das Einweisermanagement „eine markt- und kundenorientierte Form der Klinikführung, die den Aufbau, die Intensivierung und gegebenenfalls die Wiederaufnahme langfristiger Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten auf Basis einer ganzheitlichen und differenzierten Einweiserstrategie mit dem Ziel der gegenseitigen Nutzenstiftung zur Aufgabe hat“ (Raab und Drissner 2011). Weiterhin geht es um ein „strategisches Konzept, das klare Ziele in Bezug auf die Marktpartner beinhaltet, eine Positionierung (...) für die wichtigsten Einweiser(gruppen) erarbeitet und dann einen jeweils passenden, oft individuellen Maßnahmenplan pro niedergelassenem Arzt offeriert“ (Pfannstiel et al. 2016).

Diese Marktoptimierung macht es sowohl für Patient*innen als auch für Einweiser*innen zusätzlich schwierig, das am besten passende Krankenhaus für die Bedürfnisse der Patient*innen zu identifizieren.

1.5 Fragestellung

In diesem o.g. Kontext erfolgten in der Vergangenheit vereinzelt Befragungen von Kliniken zu ihrem Einweisermanagement und der -beziehungspflege von Befragern mit wirtschaftlichem Schwerpunkt (Burghardt 2016). Dies ergab eine Suche bei den Plattformen PubMed und Google Scholar mit Suchbegriffen die intersektorale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen betreffend. Schwerpunkt dieser Arbeiten ist wiederholt die Prozess- und Gewinnoptimierung für Krankenhäuser (Thill 2010; Raab und Drissner 2011; Pfannstiel et al. 2016; Albrecht et al. 2017; Köhler und Gründer 2017; Matusiewicz et al. 2019).

Weiterhin wurden in Studien Patient*innen über ihre Erfahrungen an Schnittstellen der Sektoren befragt (Koch et al. 2010; Pieper 2011; Ludt et al. 2013; de Cruppé und Geraedts 2017). Jedoch erfolgte in Deutschland nur vereinzelt die Befragung von Einweiser*innen,

also Niedergelassenen, zur Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Dies wurde normalerweise im Rahmen von lokalen Befragungen zur gezielten krankenhausspezifischen Optimierung durchgeführt (Kohn et al. 2008; François et al. 2014). Eine nationale Erhebung zum Meinungsbild von Einweiser*innen erfolgte bisher in Deutschland nicht. Eine detailliertere Betrachtung von lokalen Befragungen und ihren Ergebnissen, auch im internationalen Vergleich, erfolgt im Diskussionsteil.

Aus diesem Grund wurde die folgende Befragung niedergelassener Ärzt*innen in Deutschland durchgeführt und diese zu ihren Erfahrungen und ihrer Perspektive zur Zusammenarbeit mit Universitätskliniken befragt. Ziel der Befragung mittels eines strukturierten Fragebogens war es, die Wahrnehmungen ambulant tätiger Ärzt*innen über die Arbeit, Probleme und Potentiale an dieser Schnittstelle in einem überregionalen Kontext zu objektivieren und Optimierungsansätze auszumachen.

Der Fokus auf die Zusammenarbeit mit Universitätskliniken erklärt sich durch deren oben beschriebene Sonderrolle als überregionaler Maximalversorger, die in der Regel gegebene klare Zuordenbarkeit zu den einzeln befragten Einweiser*innen und eine dadurch eher gegebene Vergleichbarkeit innerhalb des Bundesgebietes.

2 Material und Methoden

2.1 Fragebogen

Die Auswahl der Fragen erfolgte durch Vertreter eines universitätsmedizinischen Vorstands, ärztliche Mitarbeiter*innen der Universitätsmedizin Göttingen und einen niedergelassenen Kollegen, ehemaliges Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Der resultierende Fragebogen wurde durch niedergelassene Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen pilotiert.

Der Fragebogen umfasste 41 Fragen zu folgenden Aspekten:

- Fragen zur Person der Umfrageteilnehmer*innen
- Fragen zur aktuellen Zusammenarbeit mit Universitätskliniken
- Fragen zur Wahrnehmung der Behandlungsqualität der Universitätskliniken durch die Befragten
- Fragen zur Wahrnehmung der Entwicklung der Zusammenarbeit und Verbesserungspotentiale
- Fragen zum Vergleich des Universitätsklinikums mit dem nicht-universitären Krankenhaus, in das am häufigsten eingewiesen wird

Bei dem Fragebogen handelt es sich um eine semi-quantitative Erhebung, um Meinungen und Eindrücke der antwortenden Niedergelassenen aufzugreifen. Dabei zielten die Fragen konkret auf die Zusammenarbeit mit der jeweiligen Universitätsklinik. Dies bezweckt eine bessere Objektivierbarkeit aufgrund der eindeutigen Zuordenbarkeit von Kooperationspartnern in der Auswertung der Daten.

Die Fragetypen bestanden aus dichotomen Fragen, Fragen mit 4-stufiger und 6-stufiger Likertskala und Fragen mit Mehrfachantworten. Weiterhin gab es am Ende des Fragebogens für die Befragten die Möglichkeit, in einem Freitextfeld weitere Anregungen zu geben. Der durch Pilotierung ermittelte erforderliche Zeitaufwand für die Bearbeitung betrug etwa 13 Minuten.

Der Fragebogen befindet sich im Anhang.

2.2 Umfrage und E-Mail-Verteiler

Alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen wurden auf Landesebene im Vorfeld über diese Umfrage informiert und um Unterstützung gebeten. Dabei erklärten sich 7 KVen dazu

bereit, ihre Mitglieder über die Umfrage zu informieren und sie zur Beteiligung zu ermuntern. 10 KVen erklärten sich einverstanden mit der Umfrage, wollten allerdings ihre Mitglieder nicht informieren.

Die anonyme Umfrage wurde mittels der Onlineplattform SurveyMonkey am 14.02.2019 gestartet. Dabei enthielt die versandte E-Mail einen Link zur Bearbeitung eines einzelnen, online bereitgestellten Fragebogens. Für diese Umfrage wurde von der Firma Address Publisher im Dezember 2018 ein E-Mail-Verteiler erworben, der möglichst alle niedergelassenen Ärzte in Deutschland beziehungsweise eine größtmögliche Zahl dieser umfassen sollte. Der Verteiler umfasste 103.836 E-Mail-Adressen, davon blieben nach eingehender Bereinigung E-Mail-Adressen von 60.150 Ärzt*innen und 23.085 Zahnmediziner*innen im gesamten Bundesgebiet. Die Bereinigung erfolgte durch gezielte Filterung. So wurden E-Mail-Adressen mit Klinikbezug entfernt, wenn sie sich nicht einem MVZ zuordnen ließen. Weiterhin wurden nicht-ärztliche E-Mail-Adressen (zB Physiotherapie, Ergotherapie) entfernt. Außerdem gab es im Verteiler eine Auflistung des Berufes und klinischen Schwerpunktes zu jeder E-Mail-Adresse. Nach stichprobenartigen Kontrollen wurden alle E-Mail-Adressen, die mit anderen Berufsbezeichnungen als „Arzt/Ärztin“ versehen waren und keine Angabe des klinischen Schwerpunktes hatten, entfernt. Es wurden anschließend im Abstand von einigen Wochen zwei automatisierte, elektronische Erinnerungen an die Befragten aus dem Verteiler versandt, die noch nicht geantwortet hatten. Die Datenerhebung wurde im August 2019 geschlossen. Bis zu diesem Zeitpunkt waren 1295 Fragebogen abgeschlossen beantwortet. Von den angeschriebenen 60.150 Humanmediziner*innen haben 1095 und von 23085 Zahnmediziner*innen haben 200 den Fragebogen abschließend beantwortet. Dies würde bei 83.235 Kontaktierten einer Rücklaufquote von 1,6% entsprechen.

2.3 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten und die Bildung von Subgruppen erfolgte über das Onlinetool SurveyMonkey (Momentive Europe UC, Irland) und in Excel (Microsoft 365, Microsoft©, USA).

2.4 Deskriptive Statistik

Da bei verschiedenen Fragen Mehrfachantworten zugelassen waren, wurde die Anzahl der gegebenen Antworten auf die Anzahl beantworteter Fragebögen bezogen. Diese

Herangehensweise führte dazu, dass bei Fragen mit Mehrfachantworten eine kumulative Prozentzahl über 100% möglich ist.

3 Ergebnisse

3.1 Fragen zur Person der Befragten

Das nach o.g. Ausschlusskriterien berücksichtigte Teilnehmer*innenkollektiv der Umfrage belief sich auf 1295 ärztliche Kolleg*innen. Dabei sind 36,7% (n=475) der Umfrageteilnehmer*innen weiblich, 63,3% (n=820) männlich. Das durchschnittliche Alter der Befragten lag im Median in den 50ern (Abbildung 1)

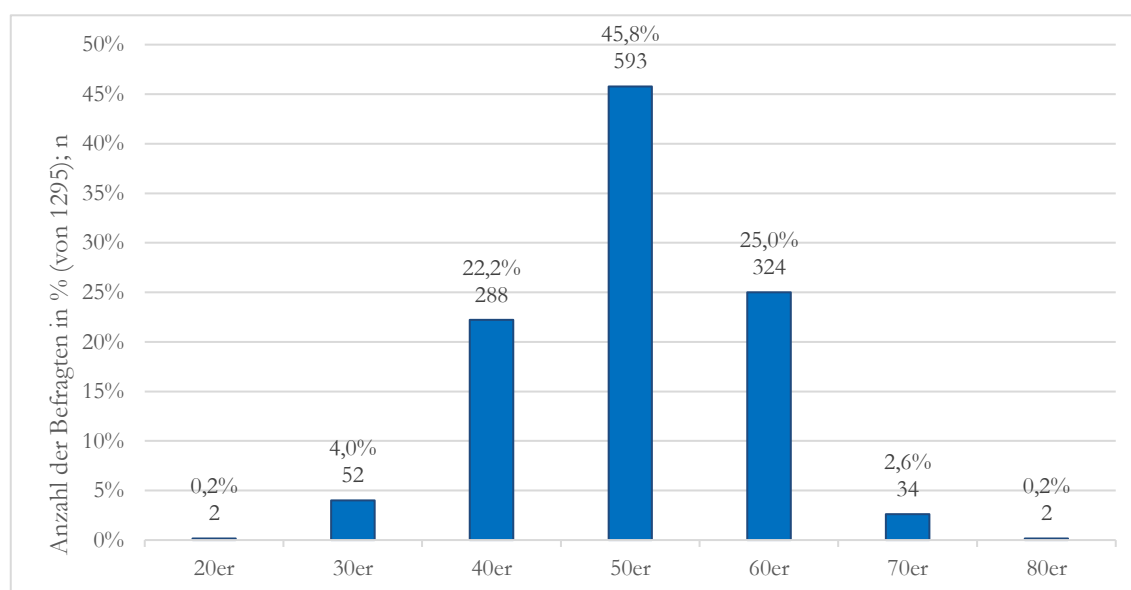


Abbildung 1 Altersverteilung der Befragten in Jahrzehnten

Bemerkung: Die Angabe erfolgt jeweils in Prozent und absoluter Anzahl (n)

42% (n=539) der Umfrageteilnehmer*innen waren zumindest zeitweise an einer Universitätsklinik angestellt, 58% (n=756) haben zu keinem Zeitpunkt an einer Universitätsklinik gearbeitet. Vor ihrer Niederlassung waren die Befragten im Median 8 Berufsjahre an Krankenhäusern angestellt. Im Median waren sie seit 16 Jahren in ihrer aktuellen Praxis tätig.

Die Entfernung der jeweiligen Praxen zum nächsten Universitätsklinikum betrachtend zeigte sich eine recht homogene Verteilung. Bei 18,4% (n=238) der Befragten betrug die Entfernung zum nächsten Universitätsklinikum bis zu 5 km, bei 28,6% (n=371) zwischen 6 und 20 km, bei 26,5 (n=343) zwischen 21 und 50 km und bei ebenfalls 26,5% (n=343) mehr als 50 km.

Der überwiegende Teil der antwortenden Kolleg*innen war Eigentümer*in einer Praxis (n=81,1%/1050). 26,5% (n=343) waren Teil einer Gemeinschaftspraxis und 8,5% (n=110) arbeiteten in einer Praxisgemeinschaft. Des Weiteren waren 2% (n=26) angestellt und 1,8% (n=23) in einem MVZ tätig.

Die angegebene Anzahl durchschnittlich eingewiesener Patient*innen je Einweiser*in in eine Universitätsklinik pro Jahr belief sich im Median auf 15. Dabei gaben 45,9% (n=594) der Befragten an, bis zu 10 Patient*innen pro Jahr eingewiesen zu haben, 29,6% (n=383) Niedergelassene wiesen zwischen 11 und 30 Patient*innen ein, 12,4% (n=160) zwischen 31 und 50 Patient*innen und 12,2% (n=158) wiesen über 51 Patient*innen pro Jahr in eine Universitätsklinik ein.

Befragt nach ihrem klinischen Schwerpunkt bestand die Möglichkeit, bis zu 2 Schwerpunkte zu nennen. Die größte Gruppe der Teilnehmer*innen gab als einen klinischen Schwerpunkt die Allgemeinmedizin (22,2%/288) an, folgend von Zahnmediziner*innen (15,4%/200) und der allgemeinen Inneren Medizin (11,9%/154) (siehe Abbildung 2).

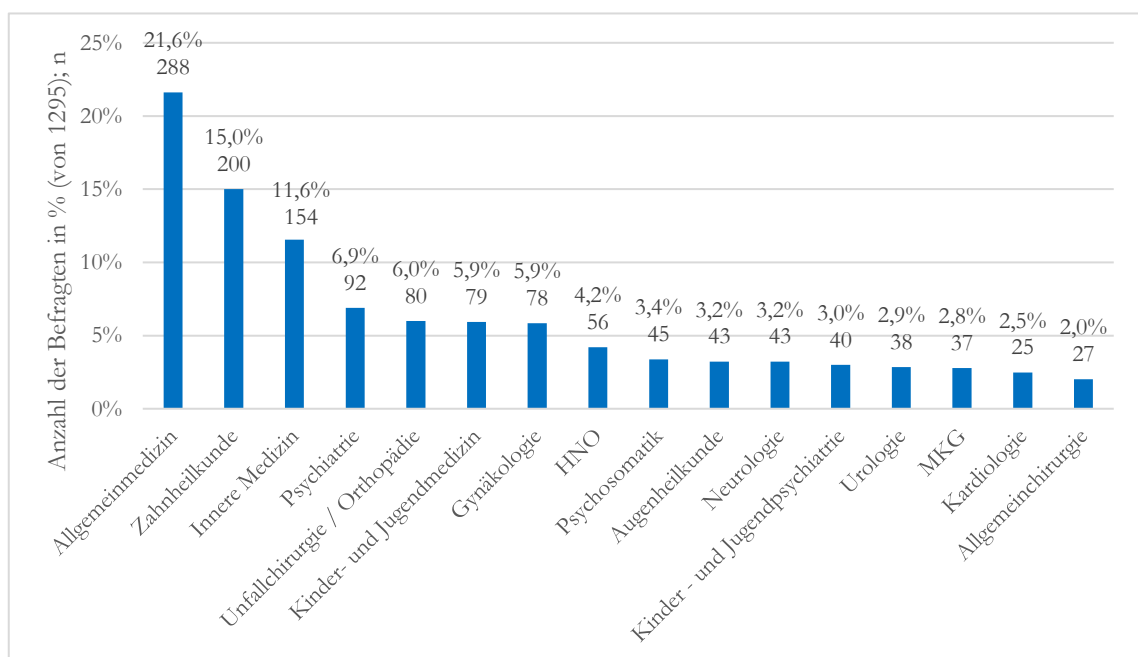


Abbildung 2 Die 15 am häufigsten genannten klinischen Schwerpunkte der Befragten (max. 2 Antworten).

Nur die Humanmedizin betrachtend ergibt sich die Verteilung wie in Abbildung 3 dargestellt.

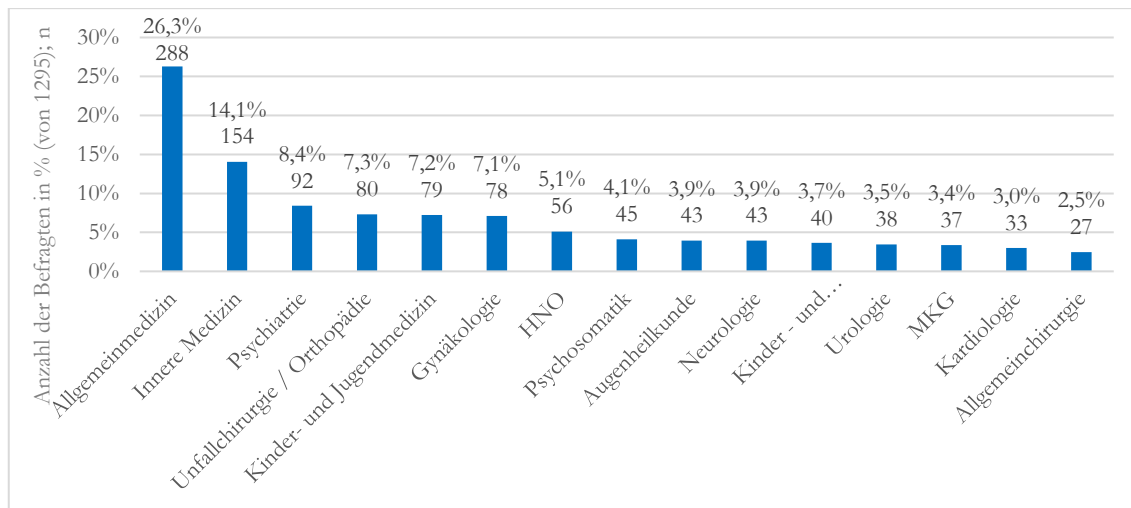


Abbildung 3 Die 15 am häufigsten genannten klinischen Schwerpunkte der befragten Humanmediziner (max. 2 Antworten).

3.2 Aktuelle Zusammenarbeit mit Universitätskliniken

Hinsichtlich der Fachabteilung, in die überwiesen wurde, war die MKG mit 12,9% der Einweiser*innen (n=167) am häufigsten vertreten (Abbildung 4). Die Humanmedizin betrachtend wiesen die meisten Einweiser*innen in die Innere Medizin (7,3%/95), in die Orthopädie und Unfallchirurgie (6,6%/85) und in die Gynäkologie (6,1%/79) ein (Abbildung 5).

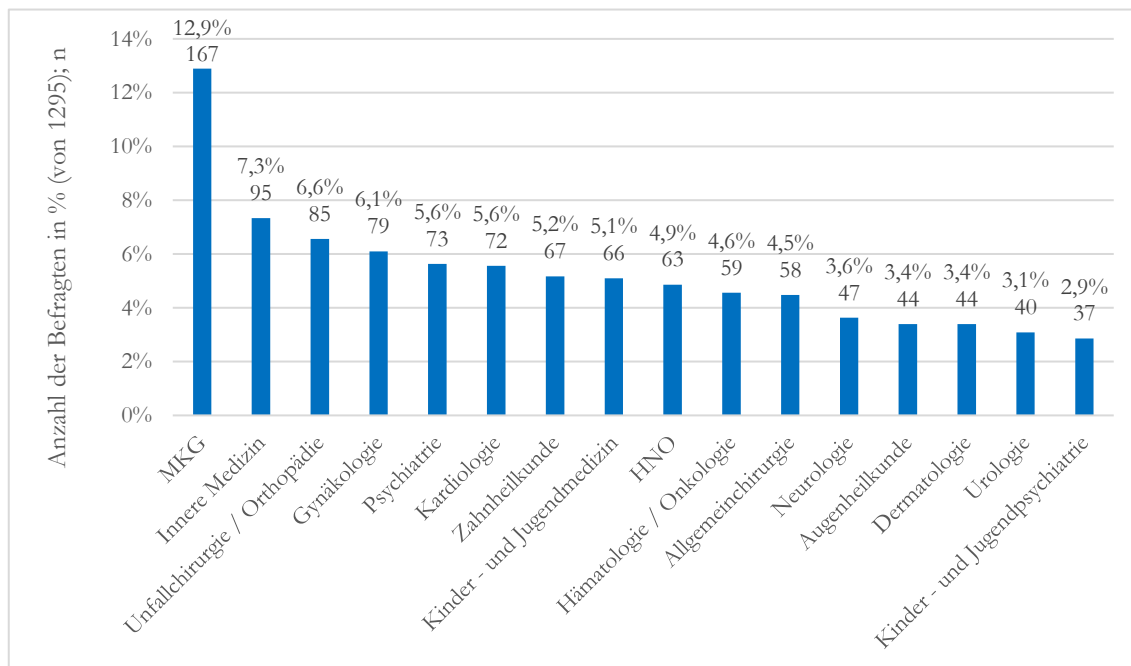


Abbildung 4 Die 15 meistgenannten Fachabteilungen, in die von Befragten eingewiesen wurde

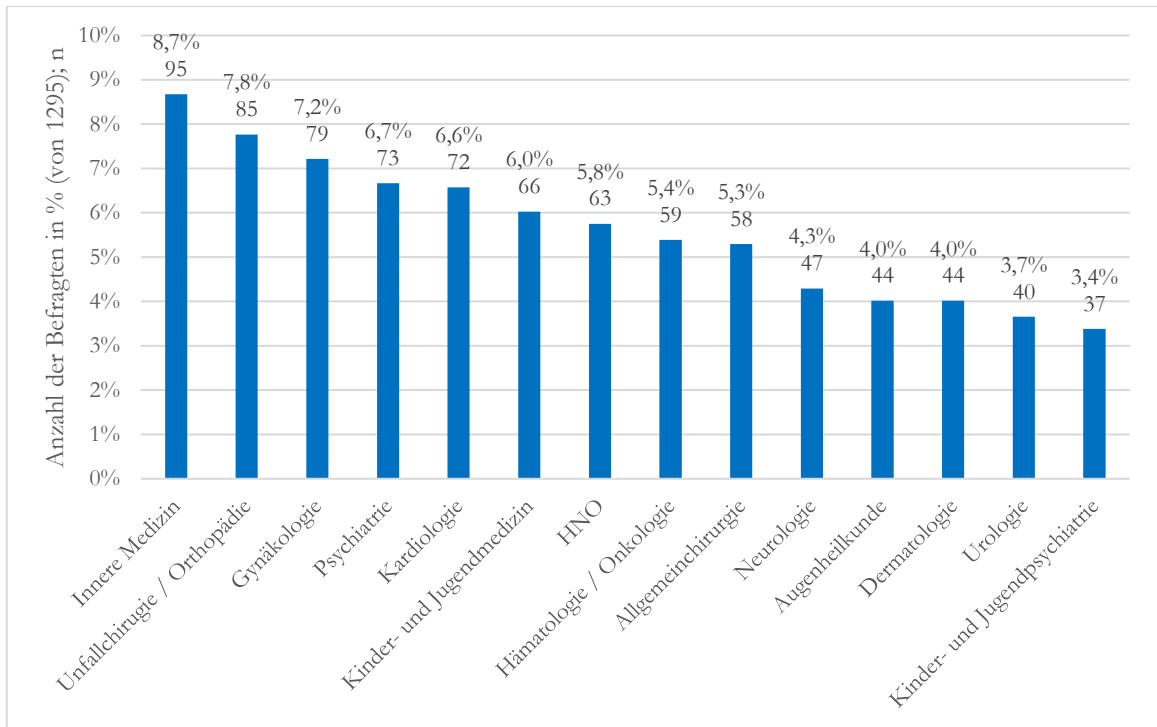


Abbildung 5 Die 15 meistgenannten Fachabteilungen, in die von befragten Humanmediziner*innen eingewiesen wurde

Auf einen Termin zur elektiven, also geplanten stationären Aufnahme mussten die von den Befragten in eine Universitätsklinik eingewiesenen Patient*innen im Median 14 Tage warten. Wegen der sehr breiten Streuung der Antworten sind diese nochmal in Abbildung 6 dargestellt.

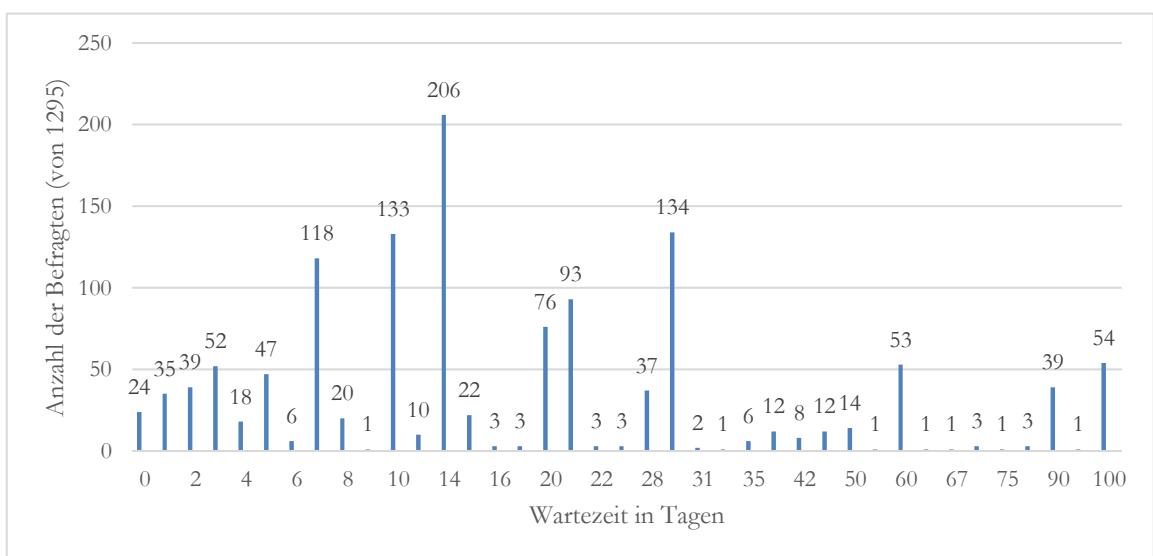


Abbildung 6 Durchschnittliche Wartezeit auf Termine zur elektiven Aufnahme

Bei im stationären Verlauf auftretenden Komplikationen wurden nach eigenen Angaben 29,5% (n=382) der Einweiser*innen „sehr selten“ informiert, „selten“ und „eher selten“ 9,1% bzw. 17,7% (n=118 bzw. n=229). 11,3% der Befragten (n=146) gaben an, dass sie im Falle von Komplikationen „sehr häufig“ informiert wurden. Weitere 11,4% (n=148) gaben an, „häufig informiert worden zu sein, 7,6% (n=98) „eher häufig“. „Keine Antwort“ wählten 13,4% (n=174) der Befragten. Über eine Anschlussheilbehandlung informiert oder in die Planung eingebunden wurden 7,3% (n=95) „sehr häufig“, 8,1% (n=105) „häufig“ und 8,0% (n=104) „eher häufig“. Der überwiegende Teil wurde „sehr selten“ (39,3%/509), „selten“ und „eher selten“ (8,9%/115; 19,6%/254) in die poststationäre Therapie eingebunden. 8,8% (n=113) gaben hierauf „keine Antwort“.

Auf die Frage, wie lange die niedergelassenen ärztlichen Kolleg*innen auf Arztbriefe im Anschluss an stationäre Therapien in Universitätskliniken warteten, gaben diese eine breite zeitliche Spanne an (Abbildung 7). Im Median vergingen 4 Wochen, bis die zuweisenden Ärzt*innen einen Entlassbrief erhielten.

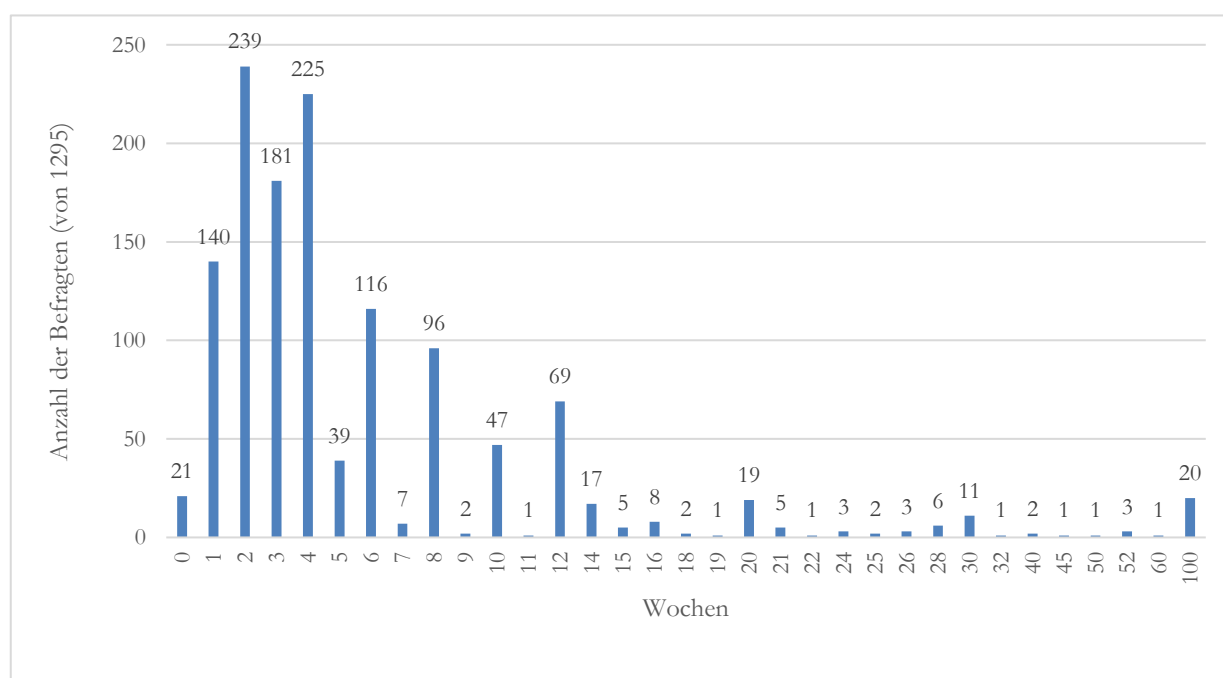


Abbildung 7 Wartezeit auf Arztbrief nach Entlassung in Wochen

Bei Nachfragen zu eingewiesenen Patient*innen und deren aktuellem Zustand gelang 45,5% der (n=589) Befragten, „eher häufig“ oder häufiger, problemlos einen ärztlichen Ansprechpartner zu erreichen, der kompetent über den Patienten informieren konnte (eher häufig: 22,2%/288; häufig: 14,0%/181; sehr häufig: 9,3%/120). 27% der Antwortenden

(n=350) gelang dies „eher selten“, 10,7% (n=138) beziehungsweise 14,4% (n=187) „selten“ beziehungsweise „sehr selten“. „Keine Antwort“ gaben 2,5% der Antwortenden (n=31).

Die von den Umfrageteilnehmer*innen empfundene fachliche und soziale Kompetenz der in der jeweiligen Fachabteilung tätigen Kollegen verteilt sich wie in Abbildung 8 dargestellt.

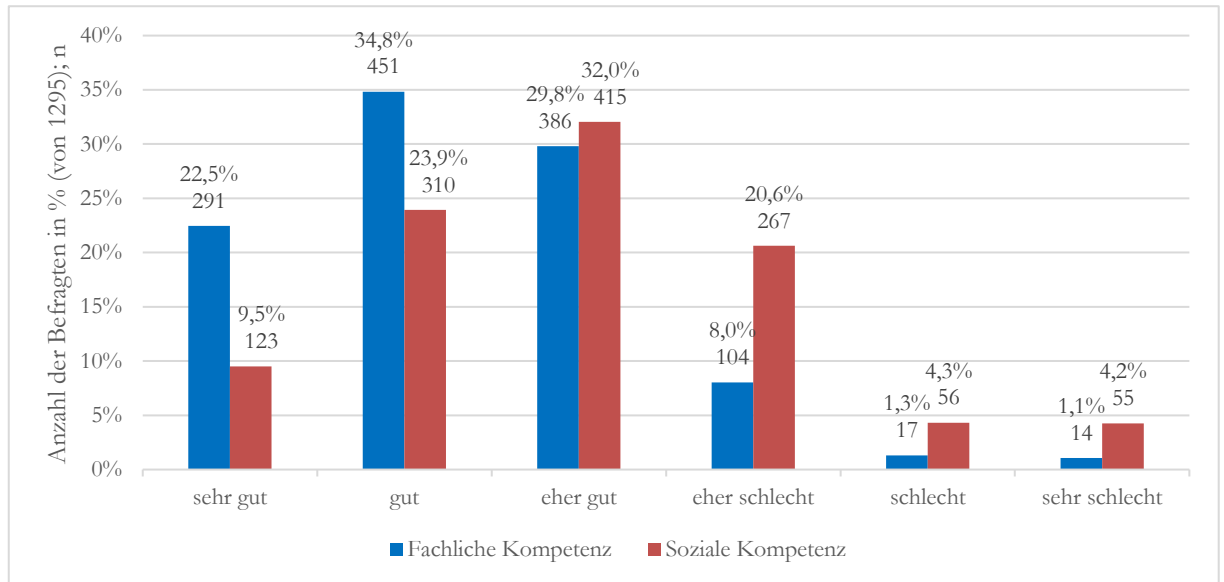


Abbildung 8 Wahrnehmung der fachlichen und sozialen Kompetenz von Ärzten in den Fachabteilungen, mit denen die Befragten in Kontakt kommen („keine Antwort“ von 2,5% (n=32) (fachliche Kompetenz) beziehungsweise 5,3% (n=69) (soziale Kompetenz))

Auf die Frage, wie häufig sie die Entlassmedikation ihrer Patient*innen nach Behandlung in der Fachabteilung der Universitätsklinik, in die am häufigsten eingewiesen wurde, auf Generika umstellen würden, gaben 10,3% der Befragten (n=134) an, dies „sehr häufig“ zu tun, 12,1% (n=157) stellten „häufig“ und 16,6% (n=215) „eher häufig“ auf Generika um. 25,7% (n=333) taten dies „eher selten“, 7,3% (n=94) bzw. 12% (n=156) „selten“ bzw. „sehr selten“. 15,9% (n=206) der Antwortenden gab hierauf „keine Antwort“.

22% antworteten auf die Frage, wie häufig sie stationär verordnete Medikamente nach Entlassung ersatzlos absetzen würden, dass sie dies „eher häufig“ oder häufiger tun würden (eher häufig: 13%/143; häufig: 6%/72; sehr häufig: 3%/36). „Sehr selten“ setzen 29% der Befragten (n=324) stationär verordnete Medikamente ab, „selten“ tun dies 12% der Umfrageteilnehmer*innen (n=141) und weitere 37% (n=417) „eher selten“. „Keine Antwort“ gaben 12,5% (n=162).

Als Grund für eine Einweisung in die am häufigsten gewählte Fachabteilung der Universitätsklinik gaben die meisten Teilnehmer*innen (71,8%/930) an, dass dies wegen des Angebots besonderer diagnostischer und/oder therapeutischer Möglichkeiten erfolgen

würde, als zweithäufigster Grund wurde von 40,6% der Befragten (n=526) die medizinische Versorgungsqualität genannt (Abbildung 9). Unter „anderen“ genannten Gründen waren zum Teil die sektorale Zugehörigkeit zu Kliniken für Psychiater*innen und ärztliche Psychotherapeut*innen (5 Teilnehmer*innen), weiterhin die Komplexität des Falles (3 Teilnehmer*innen) und eine notwendige Therapieeskalation, die eine stationäre Einweisung notwendig machten (7 Teilnehmer*innen).

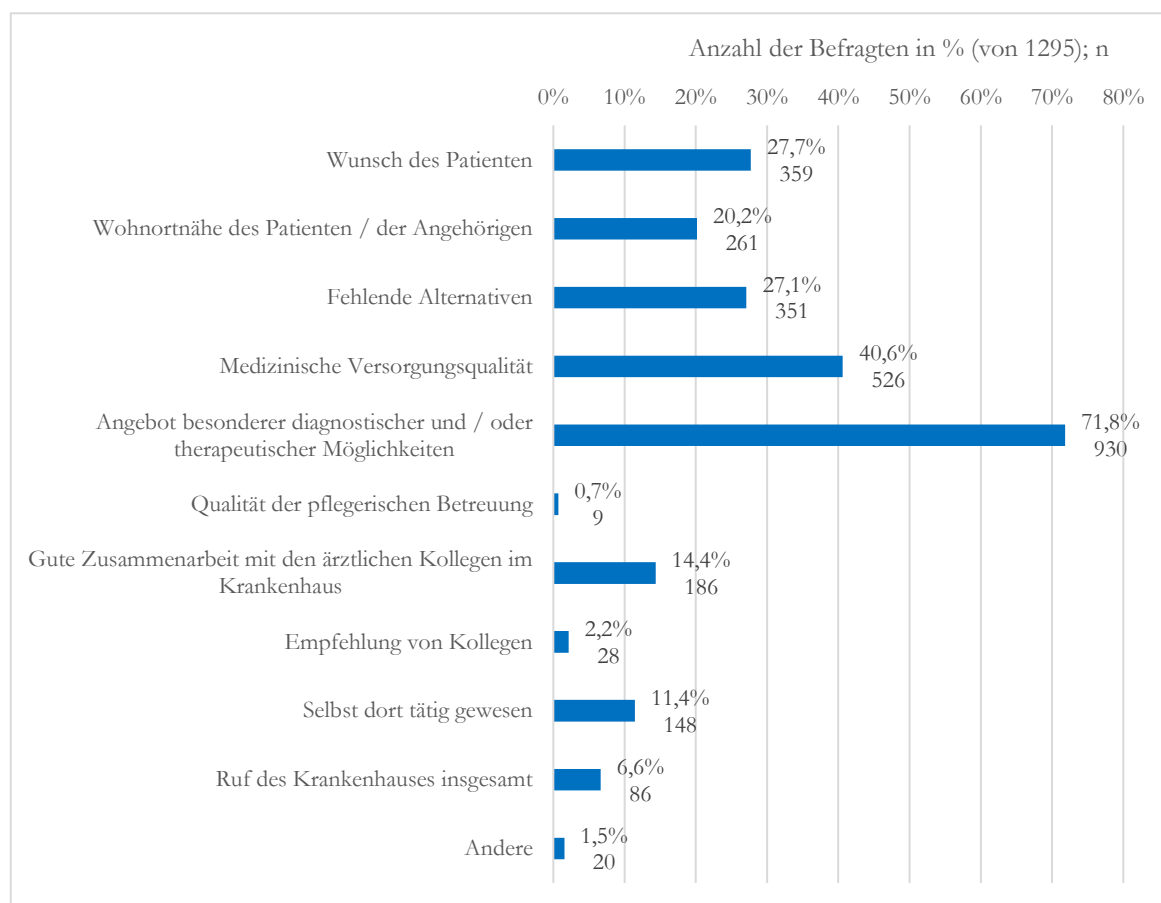


Abbildung 9 Gründe für die Einweisung in Universitätsklinik-Abteilungen (max. 3 Antworten)

Die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung betrachtend gaben 70,7% der Antwortenden an, „eher zufrieden“ oder zufriedener mit der Zusammenarbeit zu sein (eher zufrieden: 34,1%/441; zufrieden: 27,0%/350; sehr zufrieden: 9,7%/125), „eher unzufrieden“ oder unzufriedener waren laut eigener Aussage 28% der Befragten (n=363) (eher unzufrieden: 17,9%/232; unzufrieden: 5,5%/71; sehr unzufrieden: 4,6%/60). 1,2% (n=16) der Umfrageteilnehmer beantwortete diese Frage mit „keine Antwort“.

Anschließend wurden den Befragten einige Aussagen zur am häufigsten zuweisenden Universitätsklinik präsentiert, zu denen sie gebeten wurden, Stellung zu beziehen. So gaben 42,1% der Antwortenden an, dass es „eher zutrifft“ bis „vollkommen zutrifft“, dass die

Universitätsklinik ‚über ein übergeordnetes, zentrales Einweisermanagement verfügt‘, während 45,6% dies als ‚eher‘ bis ‚überhaupt nicht zutreffend‘ bezeichnen würden (trifft vollkommen zu: 5,4%/70; trifft zu: 20,5%/266; trifft eher zu: 16,1%/209; trifft eher nicht zu: 18,5%/240; trifft nicht zu: 14,3%/185; trifft überhaupt nicht zu: 12,8%/166; keine Antwort: 12,3%/159). Die Aussage, dass das vorhandene Einweisermanagement ausgereift sei und nur noch minimaler Anpassungen bedürfe, traf für 31,9% der Antwortenden ‚eher‘ bis ‚vollkommen‘ zu, während 53,9% es als ‚eher nicht‘ bis ‚nicht zutreffend‘ einstufen (trifft vollkommen zu: 2,8%/36; trifft zu: 12,4%/160; trifft eher zu: 16,8%/217; trifft eher nicht zu: 20,2%/262 ; trifft nicht zu: 16%/207; trifft überhaupt nicht zu: 17,7%/229; keine Antwort; 12,4%/184). Für 61,4% der Befragten traf die Aussage, dass es ‚der Universitätsklinik gelingt, ein Fortbildungsangebot zu präsentieren, das hinsichtlich Häufigkeit und Qualität der Veranstaltungen attraktiv und ausgewogen ist‘, ‚eher‘ bis ‚vollkommen‘ zu (trifft vollkommen zu: 6,8%/88; trifft zu: 27,2%/352; trifft eher zu: 27,4%/355; trifft eher nicht zu: 15,9%/207; trifft nicht zu: 7,8%/101; trifft überhaupt nicht zu: 6,1%/79; keine Antwort: 8,7%/113). Das Vorhandensein einer ‚funktionierenden IT-gestützten Übermittlung von Befunden zwischen Praxis und Universitätsklinik‘, die ‚reibungsfrei funktioniert und Doppeluntersuchungen vermeidet‘, bezeichneten 69,3% als ‚eher nicht zutreffend‘ bis ‚vollkommen nicht zutreffend‘ (trifft vollkommen zu: 1,9%/24; trifft zu: 5,8%/75; trifft eher zu: 7,8%/101; trifft eher nicht zu: 14%/181; trifft nicht zu: 15,5%/227%; trifft überhaupt nicht zu: 37,8%/489; keine Antwort: 15,3%/198). Die diese Frage abschließende Aussage, dass ‚die Universitätsklinik ein funktionierendes, digitales Einweiserportal hat, das Ihnen als Einweiser Zugriff zu fallspezifischen (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe, etc.) und organisatorischen (z.B. Darstellung zur Verfügung stehender Betten) Informationen benutzerfreundlich erlaubt‘, beurteilten 74,2% als ‚eher nicht‘ bis ‚überhaupt nicht‘ zutreffend (trifft vollkommen zu: (0,6%/8; trifft zu: 2,9%/37; trifft eher zu: 3,3%/43; trifft eher nicht zu: 9,9%/129; trifft nicht zu: 17,1%/222; trifft überhaupt nicht zu: 47,1%/610; keine Antwort: 19%/246).

3.3 Behandlungsqualität

Angesprochen auf poststationär auftretende Komplikationen bei vorher in der Abteilung der Universitätsklinik behandelten Patient*innen gaben 81,4% an, dass diese ‚eher selten‘ oder seltener aufgetreten seien (eher selten: 52,0%/674; selten: 17,7%/229; sehr selten: 11,7%/151). 9,7% der Umfrageteilnehmer*innen (n=126) gaben an, dass ‚eher häufig‘ Komplikationen aufgetreten sind, 2,9% (n=37) ‚häufig‘ und bei 0,6% (n=8) sind bei den

behandelten Patient*innen poststationär „sehr häufig“ Komplikationen aufgetreten. 5,4% (n=70) gaben hierauf „keine Antwort“.

87,5% der Befragten (n=1133) gaben im Anschluss an, dass sie mit den Behandlungsergebnissen „eher zufrieden“ oder zufriedener waren, 11,1% (n=143) gaben an, „eher unzufrieden“ oder unzufriedener zu sein (Abbildung 10).

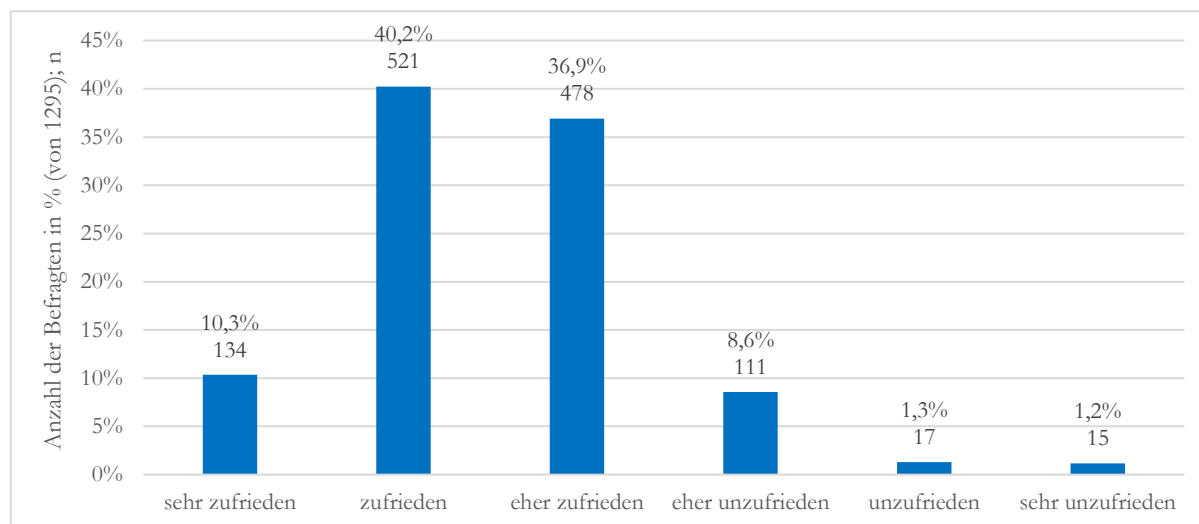


Abbildung 10 Zufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen der entlassenen Patienten („keine Antwort“: 1,5%/19)

Gefragt, ob sie die bisher thematisierte Fachabteilung der Universitätsklinik Freunden oder Bekannten bei entsprechender Indikation empfehlen würden, antworteten 24,4% (n=316), dass sie dies „ganz sicher“ tun würden, 54,6% (n=707) würden dies „wahrscheinlich“ tun, die Abteilung „eher nicht“ empfehlen würden 17,4% (n=225) und die Abteilung Freunden oder Bekannten „auf keinen Fall“ empfehlen würden 3,6% (n=47) der Befragten.

3.4 Entwicklung der Zusammenarbeit und Verbesserungspotentiale

Trotz der Tatsache, dass 79% der Befragten (n=1023) die Abteilung „wahrscheinlich“ oder „ganz sicher“ Freunden und Bekannten empfehlen würden, beurteilten 67,3% der Umfrageteilnehmer*innen (n=872) die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik insgesamt als „deutlich verbesserungswürdig“ (trifft eher zu: 25,9%/335; trifft zu: 23,5%/304; trifft vollkommen zu: 18,0%/233). 31% (n=402) beurteilten diese

Aussage dagegen als „eher nicht zutreffend“ (19,5%/252), „nicht zutreffend“ (8,4%/109) und „überhaupt nicht zutreffend“ (3,2%/41) (Abbildung 11).

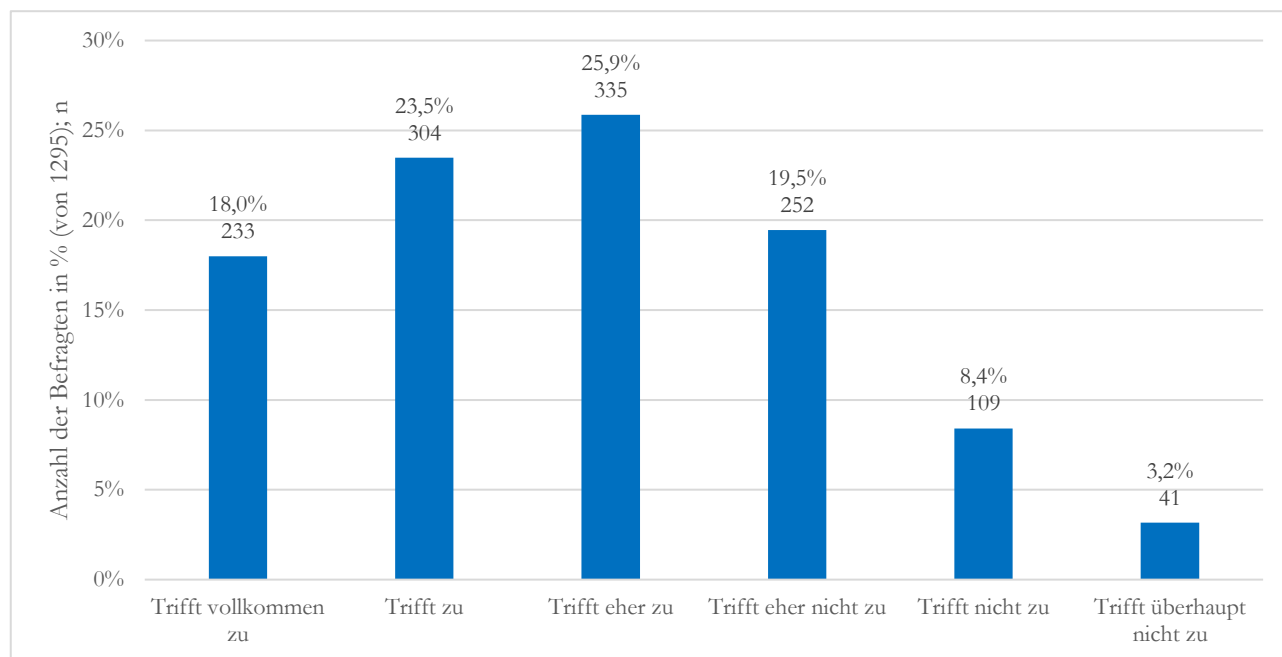


Abbildung 11 Beurteilung der Aussage "ich halte die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik insgesamt für deutlich verbesserungswürdig"? („Keine Antwort“: 1,6%/21)

Die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik über die vergangenen 10 Jahre und ihre Entwicklung betrachtend gaben 26,5% der Umfrageteilnehmer*innen an, dass sich die Zusammenarbeit in dem Zeitraum „verbessert“ (n=343) und 5,9%, dass sie sich „deutlich verbessert“ (n=77) habe, 47,6% (n=616) empfanden die Zusammenarbeit über die Jahre „gleich bleibend“ und sahen keine Entwicklung, weder zum Positiven noch zum Negativen. 20% der Befragten (n=259) nahmen eine Verschlechterung der Zusammenarbeit wahr (verschlechtert: 17%/220; deutlich verschlechtert: 3%/39).

Das größte Potential für die Verbesserung der Zusammenarbeit sahen 49,2% der Antwortenden (n=638) in der Verkürzung der „Wartezeit für Befundberichte bzw. Entlassungsbriefe nach einem stationären Aufenthalt“. Nächsthäufig nannten 48,6% (n=629) die Verbesserung der menschlichen Zusammenarbeit, wenn also die Zusammenarbeit auf Augenhöhe stattfinden würde. Für 41,6% (n=649) würde auch die Verkürzung der Wartezeiten der Patient*innen eine relevante Verbesserung herbeiführen. Für 13,3% (n=172) war die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität ein relevanter Punkt für eine bessere Zusammenarbeit, eine zeitnahe Rücküberweisung an die Einweiser*in mit anschließender ambulanter Anbindung empfanden 25% (n=324) als wichtigen Faktor.

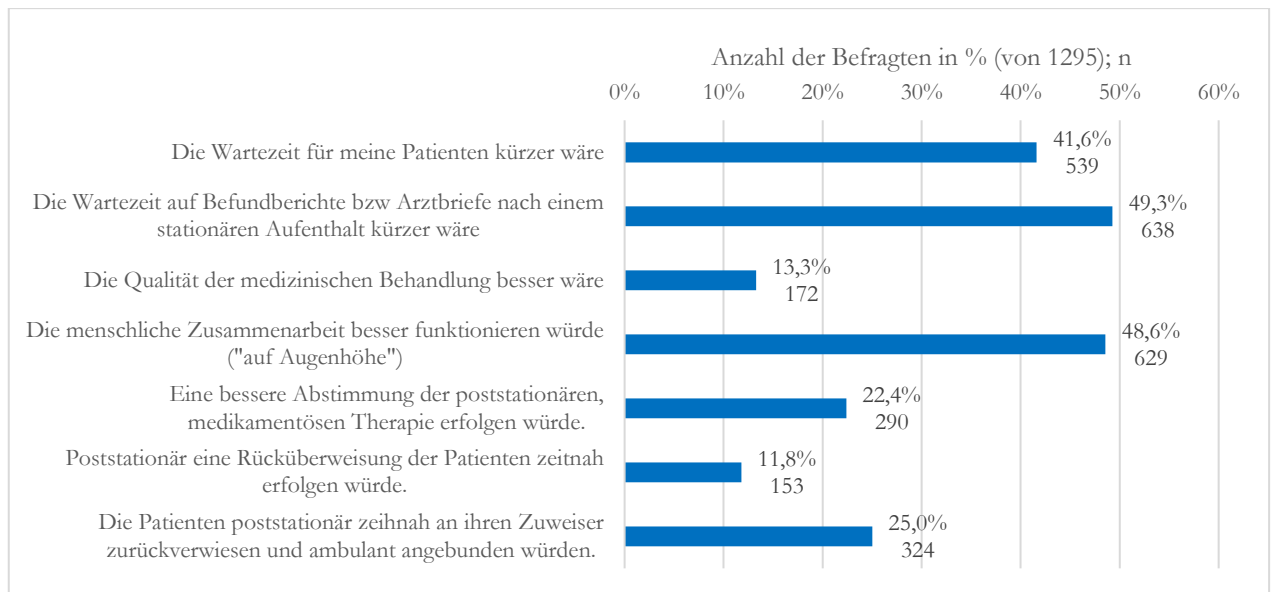


Abbildung 12 Frage nach Maßnahmen, von denen die Zusammenarbeit mit der betreffenden Fachabteilung der Universitätsklinik wesentlich profitieren würde (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)

Gefragt nach konkreten Maßnahmen, die sie für eine bessere Zusammenarbeit für relevant halten würden, nannten 55,1% (n=714) der Umfrageteilnehmer*innen als die wichtigste Maßnahme die „Verbesserung der Zusammenarbeit der prä- und poststationären Betreuung“, weiterhin sahen 37,1% (n=480) ein großes Potential in der verbesserten IT-gestützten Kommunikation durch direkte Verbindung der Praxis-IT-Systeme mit dem Krankenhausinformationssystem. 25,7% (n=333) nannten die bessere zwischenmenschliche Vernetzung als Ansatzpunkt der verbesserten Zusammenarbeit, also durch regelmäßige Treffen zur engeren Vernetzung ambulanter und stationärer Behandler*innen z.B. in Form regelmäßiger „Get-Together“ bzw. „Ärzttestammtische“. Der Vorschlag verbesserter regelmäßiger gemeinsamer Fortbildungsangebote für Niedergelassene und Krankenhausärzt*innen war für 23,7% (n=307) ein möglicher Ansatz (Abbildung 13). Die Möglichkeit, eigene oder nicht angebotene Prioritäten im Freitext widerzugeben, nutzen 169 Umfrageteilnehmer*innen. Am häufigsten, nämlich von 4,4% (n=57 Kolleg*innen) genannt, wurde die Verbesserung der Erreichbarkeit (konkretisiert z.B. durch telefonische Sprechzeiten) und konkrete und feste Ansprechpartner. Weiterhin sprachen 3,2% (n=42) der Befragten sich für eine Verbesserung der medizinischen Kommunikation aus, sei es prästationär, poststationär in Form von Rücküberweisungen oder zeitnahen Arztbriefen, die für Behandler*innen relevante Informationen enthalten, als auch intrastationär zur besseren Abstimmung der Behandlungsoptionen im therapeutischen Verlauf. Auch gaben 1,9% (n=25) an, dass eine Verbesserung des Personalschlüssel sowohl für pflegerisches als auch ärztliches Personal eine sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung der Zusammenarbeit wäre.

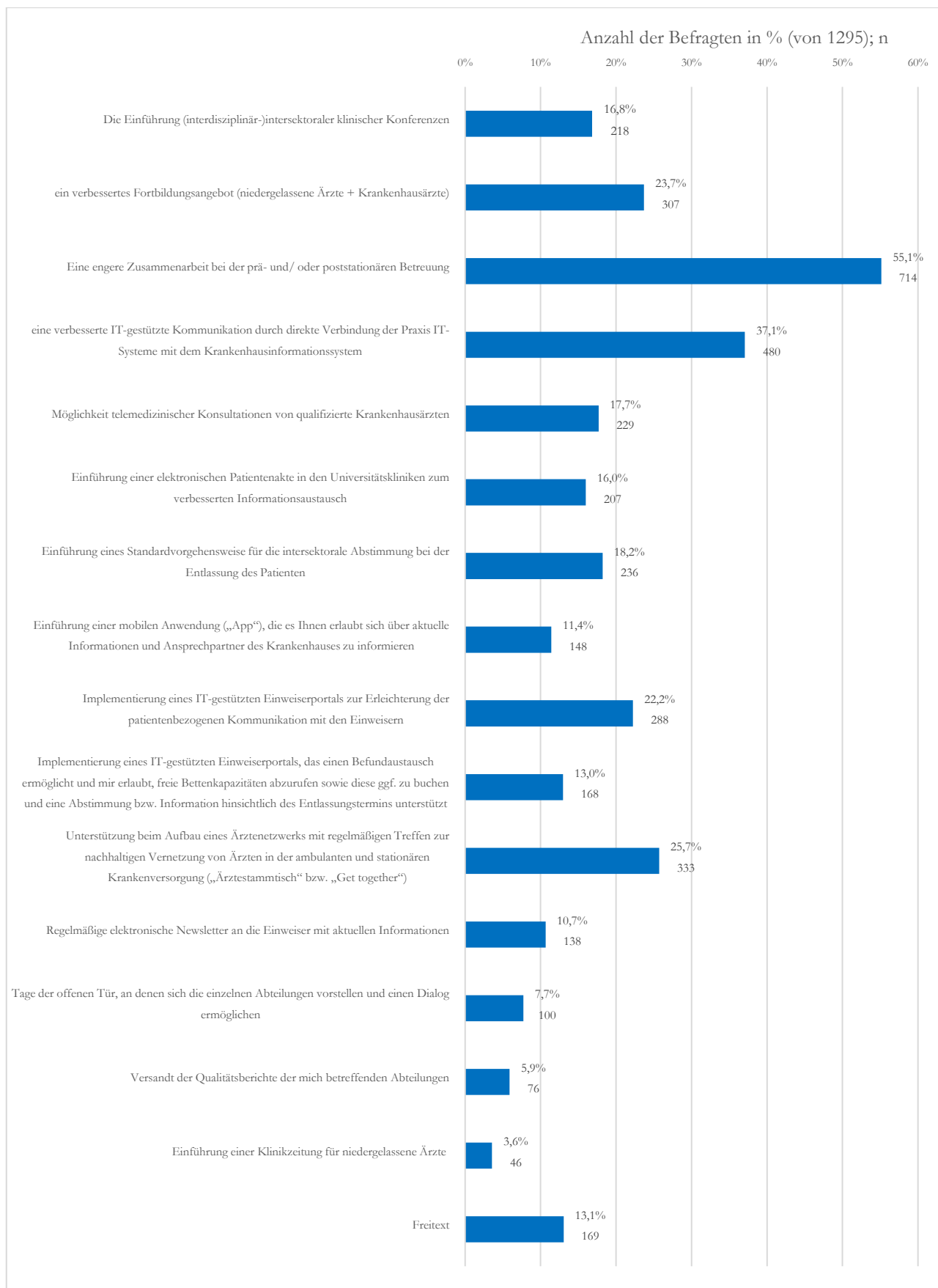


Abbildung 13 Wichtige zu ergreifende Maßnahmen einer Fachabteilung beziehungsweise der Universitätsklinik hinsichtlich einer besseren Zusammenarbeit (Mehrfachantwort, maximal 5 Antworten)

Im Anschluss wurden die Umfrageteilnehmer*innen gefragt, worin sich diese Verbesserung konkret ausdrücken würde, worin sie also die größten Zugewinne sehen würden. Auch hier bestand die Möglichkeit der Mehrfachantwort mit bis zu 3 Antworten. Für 48,5% (n=628) wäre der kontinuierliche Informationsaustausch der größte Zugewinn, für 45,7% (n=592) würde sich die Behandlungsqualität durch die vorgenannten Maßnahmen verbessern. Eine Arbeitserleichterung für ihre Praxis würden 36,5% (n=473) erwarten. Eine Kosteneinsparung war für nur 4,1% (n=54) ein großer Zugewinn im Rahmen der Verbesserung der Zusammenarbeit. Detailliert erfolgt die Darstellung in Abbildung 14.

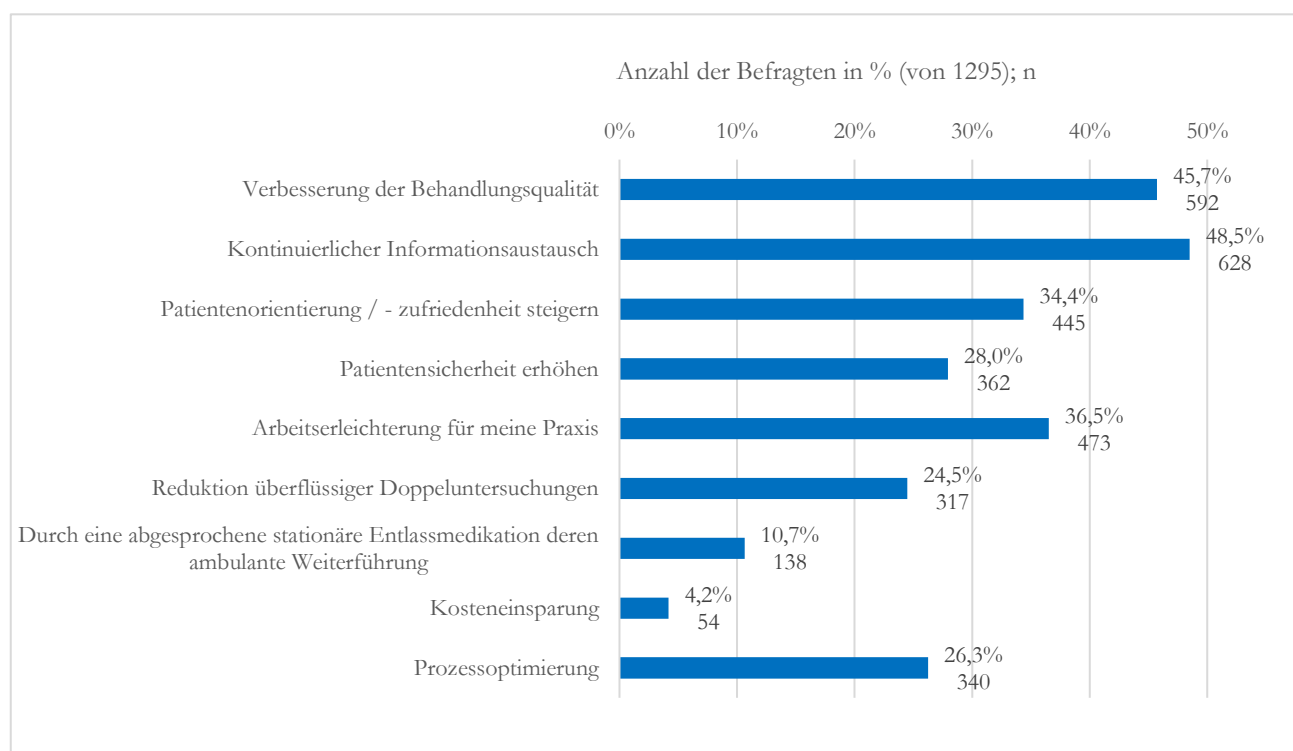


Abbildung 14 Worin sehen Sie die größten Zugewinne bei einer aus den oben markierten Maßnahmen resultierenden Verbesserung der Zusammenarbeit?

Gefragt nach der Beurteilung der Aussage, ob die Verbesserung der Zusammenarbeit, unter Betrachtung der Maßnahmen, die in den vorhergehenden Fragen durch die Umfrageteilnehmer angegeben wurden, die Bindung der Befragten zu der Universitätsklinik positiv beeinflussen würden, stimmten 54,7% (n=709) der Aussage „absolut zu“, weitere 40% (n=518) stimmten zumindest „teilweise zu“, nur 3,9% der Befragten (n=50) stimmten „eher nicht zu“ und 1,4% (n=18) stimmten „absolut nicht zu“.

3.5 Vergleich des Universitätsklinikums mit dem nicht-universitären Krankenhaus

Nachdem die Umfrageteilnehmer*innen bislang nach ihrer Zusammenarbeit mit der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik gefragt wurden, wurde im Anschluss nach der Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik im Vergleich zu einem nicht-universitären Krankenhaus, mit dem am häufigsten gearbeitet wurde, gefragt. Hier gaben 41% der Umfrageteilnehmer*innen (n=531) an, dass sie die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik als „eher schlechter“ empfinden, 9% (n=117) fanden sie „schlechter“ und 8,3% (n=108) „deutlich schlechter“. Dagegen antworteten 7,6% (n=99), dass sie die Zusammenarbeit „deutlich besser finden“, 9,8% (n=127) fanden sie „besser“ und 24,2% (n=313) „eher besser“.

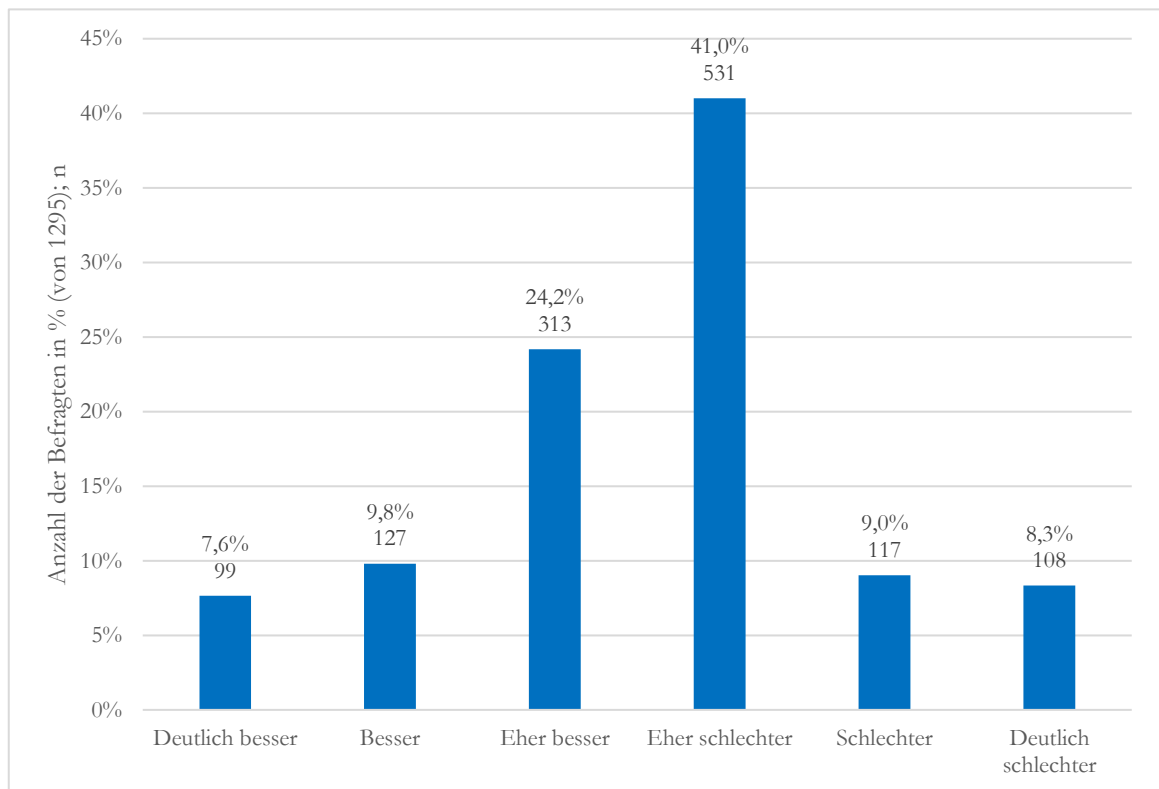


Abbildung 15 Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik insgesamt im Vergleich zu der mit dem nicht-universitären Haus, mit dem am häufigsten zusammengearbeitet wird

Zeitgleich gaben 68,6% der Befragten (n=889) an, dass sie „eher seltener“ oder noch seltener in ein Universitätsklinikum einweisen im Vergleich zu dem nicht-universitären Haus. 31,3% (n=406) wiesen „eher häufig“ oder häufiger dorthin ein. (viel häufiger: 9,0%/116; häufiger: 9,2%/119; eher häufig: 13,2%/171; eher seltener: 36,6%/474; seltener: 12,7%/165; viel seltener: 19,3%/250)

Der wichtigste Grund für die Einweisung in ein nicht-universitäres Haus war für 46,5% der Antwortenden (n=602) die bessere Erreichbarkeit des Krankenhauses für ihre Patient*innen bzw. deren Angehörige, weitere 41,3% (n=535) nannten die besser funktionierende zwischenmenschliche Kommunikation „auf Augenhöhe“. Die kürzere Wartezeit für die Patient*innen war für 37,6% (n=487) ein weiterer Punkt (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Abbildung 16). Weiterhin bestand die Möglichkeit, weitere Gründe als Freitext anzugeben. Diese Möglichkeit nutzten 196 Umfrageteilnehmer*innen. Hier gaben 2% (n=26e) an, dass die universitäre Versorgung häufig nicht notwendig sei und das lokale Krankenhaus für die häufigen Einweisungen ausreichend. 1,2% (n=15) gaben den ausdrücklichen Patientenwunsch als Grund für die Einweisung ins nicht-universitäre Haus an.

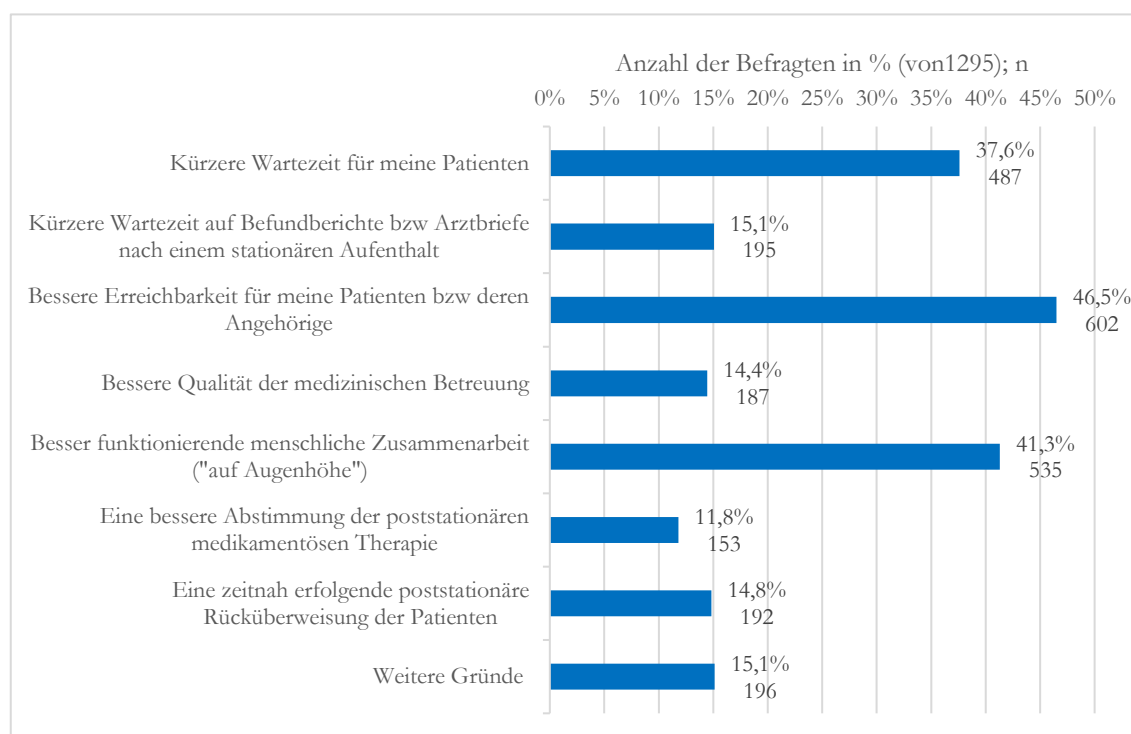


Abbildung 16 Gründe für häufigere Einweisungen in ein nicht-universitäres Haus (bis max. 3 Antworten möglich)

Allgemein gefragt nach dem Krankenhaus, in welches die Einweiser*innen am häufigsten einweisen, gaben 46% (n=594) an, in ein kommunales Krankenhaus am häufigsten einzuweisen, 11,7% (n=152) wiesen in ein Haus eines privaten Trägers und 19,6% (n=254) in ein konfessionelles Haus ein. 22,8% (n=295) wiesen am häufigsten in ein Universitätsklinikum ein.

Zum Abschluss wurden die Umfrageteilnehmer*innen gefragt, ob sie schon früher durch die Fachabteilung der Universitätsklinik hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt wurden. Von 1295 Befragten verneinten dies 80% (n=1036), lediglich 20% (n=259) wurden nach eigenen Angaben bereits befragt. Auch die Frage, ob sie schon durch Mitarbeiter*innen der Universitätsklinik hinsichtlich einer Verbesserung der Zusammenarbeit angesprochen wurden, verneinten 82,5% (n=1069), 17,5% (n=226) wurden schon angesprochen. Am häufigsten erfolgte die Nachfrage durch den Chefarzt der Abteilung (43,2%/112), gefolgt vom Oberarzt der Abteilung (22,8%/59), 7,3% (n=19) wurden von der Geschäftsführung, 4,2% (n=10) von Einweisermanagementmitarbeitern und 12,1% (n=29) von Mitarbeiter*innen des Qualitätsmanagements angesprochen. Den Eindruck, dass sich aufgrund der Antworten im Rahmen der Befragungen etwas verändert hat, hatten 41% der Befragten (n=143).

Die abschließende Möglichkeit, in einem Freitext weitere Ergänzungen und Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten anzugeben, wurde von 474 Befragten genutzt. Nach Kategorisierung dieser Antworten äußerten sich 30% (142 Befragte) nochmals bezüglich verbesserter Erreichbarkeit der Klinikärzt*innen und fest benannter Ansprechpartner*innen. Von 49,6% der Kolleg*innen (n=235) wurde die Verbesserung der Kommunikation genannt. Weitere wiederholt genannte Punkte sind die Verkürzung von Wartezeit und ein verbessertes Terminmanagement (4,4%/21), eine bessere Einbindung von Niedergelassenen und Rücksprache bezüglich prä- und poststationären Abläufen (8,6%/41), gemeinsame Fortbildungen, Fallkonferenzen und persönlicher Austausch (5,3%/25), eine Verbesserung der Behandlungsqualität (5,3%/25), ein besserer Personalschlüssel (4%/19) sowie allgemein eine verbesserte Zusammenarbeit (7,8%/37).

3.6 Subgruppeneinteilung und Ergebnisse

Nach der Betrachtung des gesamten Kollektivs erfolgte die Aufteilung des Kollektivs in verschiedene Subgruppen und die detaillierte Gegenüberstellung dieser Gruppen sowie die Betrachtung dieser Ergebnisse.

Eine Unterteilung erfolgte in Zahn- und Humanmediziner*innen. So bearbeiteten 200 Zahn- und 1095 Humanmediziner*innen den Fragebogen. Im Anschluss erfolgt die Beleuchtung einiger Fragen zur exemplarischen Gegenüberstellung.

Im Rahmen der Befragung gaben die Zahnmediziner*innen eine geringere Zahl von Zuweisungen in die jeweilige Fachabteilung der Universitätskliniken an (Abbildung

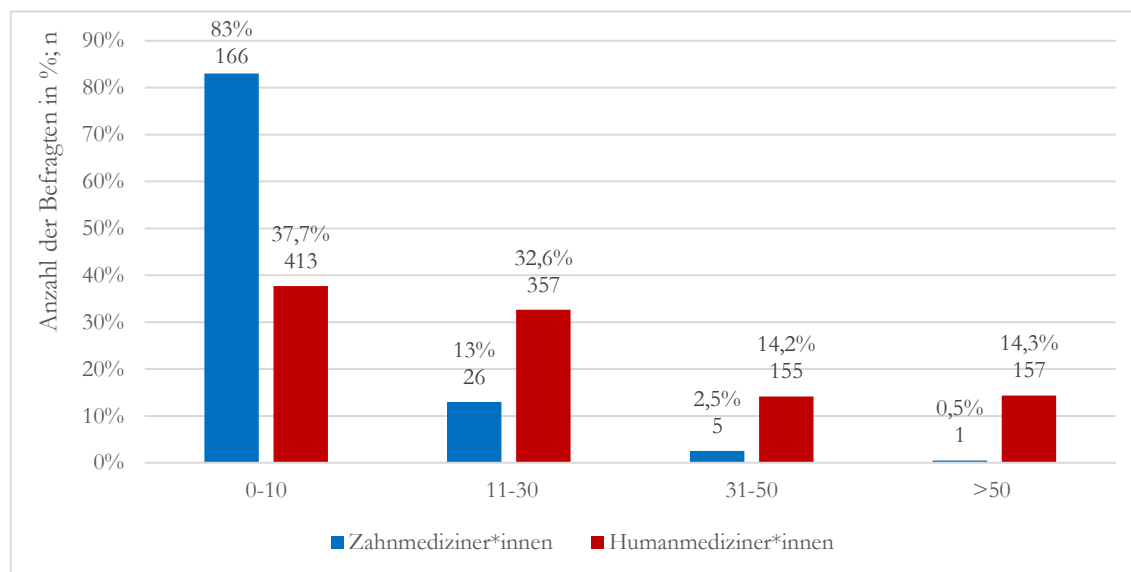


Abbildung 17 Einweisungszahlen in das am häufigsten eingewiesene Universitätsklinikum der Befragten

17Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.)

Verglichen mit Humanmediziner*innen weisen Zahnmediziner*innen häufiger in Universitätskliniken ein als in andere Krankenhäuser („Wohin überweisen Sie Ihre Patienten für einen stationären Aufenthalt am häufigsten?“; Universitätsklinik: 51%/102; kommunales Krankenhaus: 32%/64; privates Krankenhaus: 10,5%/21; konfessionelles Krankenhaus: 6,5%/13). Humanmediziner weisen eher in kommunale Häuser ein (48,6%/532), gefolgt von konfessionellen Häusern (22%/241), Universitätskliniken (17,7%/194) und privaten Häusern (12%/131).

Auf die Frage nach der Einschätzung der fachlichen und menschlichen Kompetenz der in den jeweiligen Abteilungen der Universitätskliniken, in die am Häufigsten eingewiesen wurde, antworteten die Zahn- und Humanmediziner*innen wie in Abbildung 18 dargestellt.

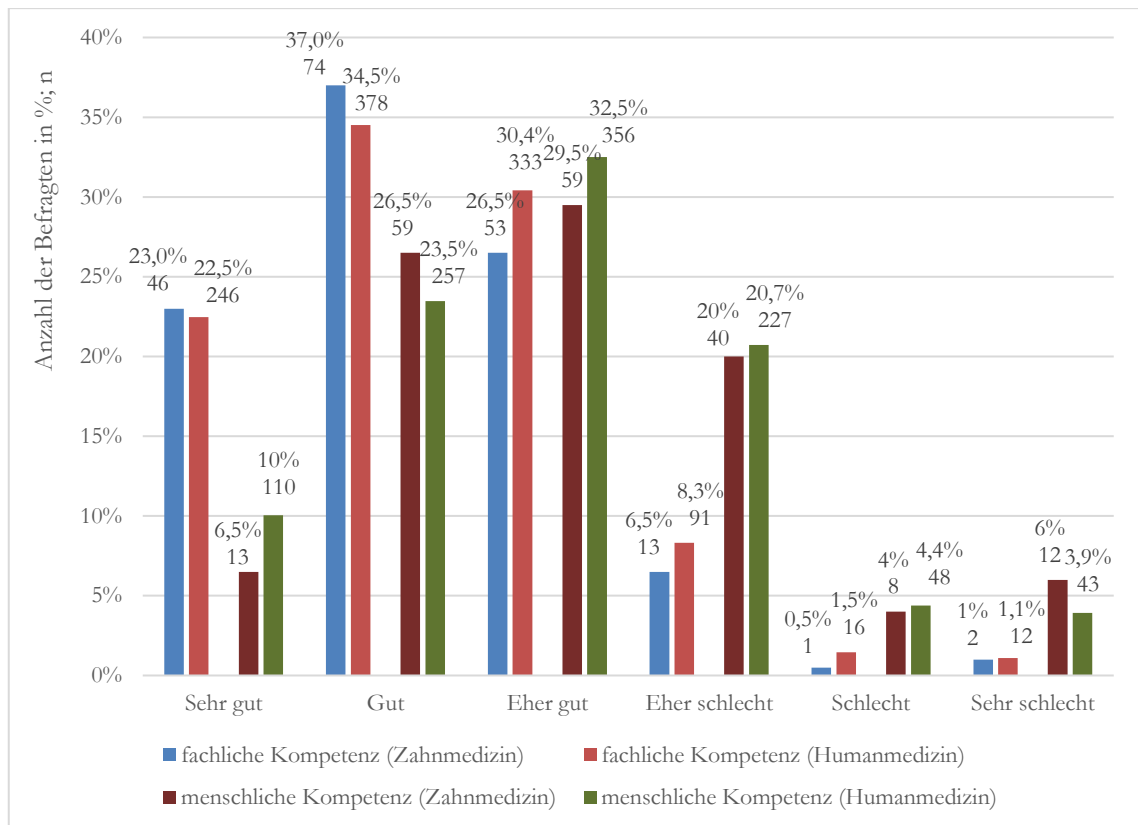


Abbildung 18 Wahrnehmung der fachlichen und menschlichen Kompetenz von Ärzten in den Fachabteilungen, mit denen die Befragten in Kontakt kommen

Gefragt nach ihrer Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik äußerten sich 72% der Zahnmediziner*innen „eher“ bis „sehr zufrieden“ (eher zufrieden: 28%/56; zufrieden: 34,5%/69; sehr zufrieden: 9,5%/19), während 25,5% angaben, „eher“ bis „sehr unzufrieden“ zu sein (eher unzufrieden: 15%/30; unzufrieden: 4%/8; sehr unzufrieden: 6,5%/13).

Die Humanmediziner*innen betrachtend nahmen 70,7% die Zusammenarbeit eher positiv bis sehr positiv wahr (eher zufrieden: 35,2%/385; zufrieden: 25,7%/281; sehr zufrieden: 9,8%/107), während 28,5% „eher“ bis „sehr unzufrieden“ waren (eher unzufrieden: 18,4%/202; unzufrieden: 5,8%/63; sehr unzufrieden: 4,3%/47).

Die Verteilung der Antworten auf die Frage, ob die Befragten die Abteilung Freunden und Bekannten empfehlen würden, ist in Darstellung 19 abgebildet.

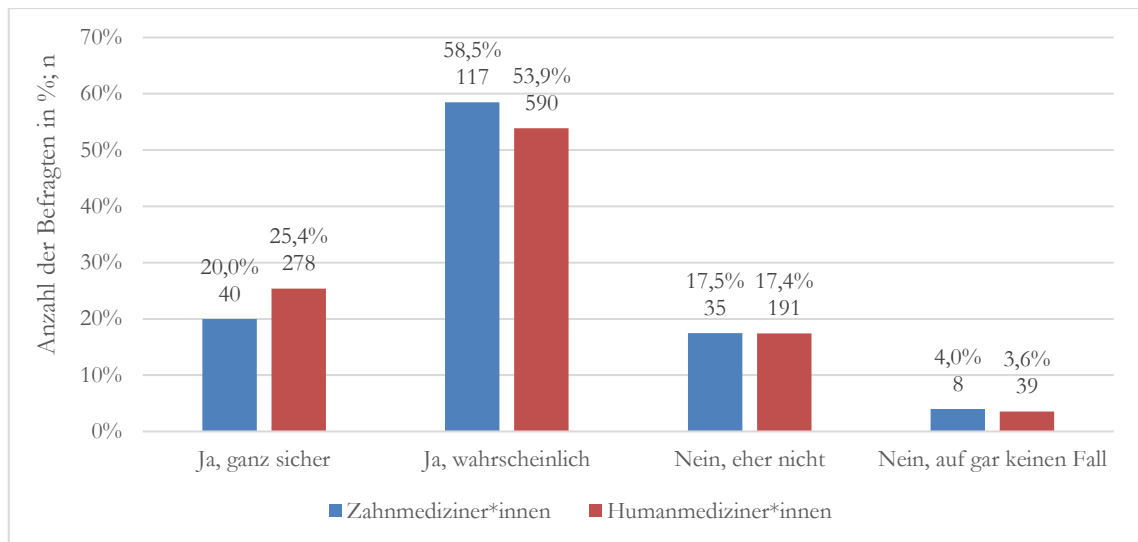


Abbildung 19 "Würden Sie die Fachabteilung Freunden oder Bekannten bei entsprechender Indikation empfehlen?"

In Abbildung 20 ist dargestellt, durch welche Veränderungen die Zusammenarbeit mit den Abteilungen nach Wahrnehmung der Befragten profitieren würde.

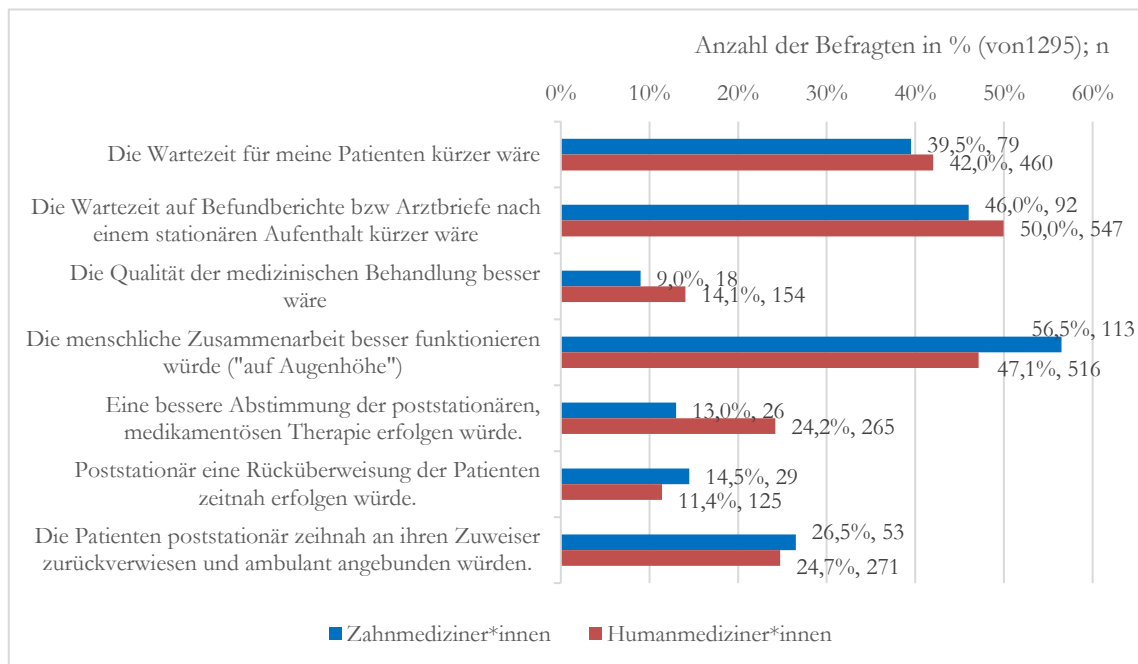


Abbildung 20 Die Zusammenarbeit mit der betreffenden Fachabteilung der Universitätsklinik würde wesentlich davon profitieren, wenn: (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)

Eine weitere detaillierte Betrachtung der Antworten erfolgte bei Befragten, die „eher“ bis „sehr zufrieden“ sowie „eher“ bis „sehr unzufrieden“ hinsichtlich der Zusammenarbeit mit

der Fachabteilung der Universitätsklinik waren (917 „eher“ bis „sehr zufriedene“ Befragte; 363 „eher“ bis „sehr unzufriedene“ Befragte).

Auch wurden die Antworten der Umfrageteilnehmer*innen, die „eher“ bis „sehr zufrieden“ mit den Behandlungsergebnissen ihrer entlassenden Patient*innen nach Behandlung in der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik sowie „eher“ bis „sehr unzufrieden“ waren, detailliert gegenübergestellt (1134 „eher“ bis „sehr zufriedene“ Befragte; 143 „eher“ bis „sehr unzufriedene“ Befragte).

Weiterhin erfolgte die Aufteilung des Kollektivs nach Alter (2.-4. Lebensjahrzehnt: 342 Befragte, 5. Lebensjahrzehnt: 593 Befragte, 6.-8. Lebensjahrzehnt: 360 Befragte), nach Einweisungszahlen (0-10 Patient*innen/Jahr: 579 Befragte, 11-30 Patient*innen /Jahr: 383 Befragte, 31-50 Patient*innen /Jahr: 160 Befragte, >50 Patient*innen /Jahr: 158 Befragte) und nach Entfernung zur Universitätsklinik (0-5km: 238 Befragte, 6-20km: 371 Befragte, 21-50km: 345 Befragte, >50km: 344 Befragte).

Weitere gebildete Subgruppen waren der Vergleich, ob die Befragten ihre Patient*innen häufiger oder seltener in Universitätskliniken im Vergleich zu dem häufigsten nicht-universitären Haus einweisen würden („eher“ bis „viel häufiger“: 406 Befragte, „eher“ bis „viel seltener“: 892 Befragte) und ob die Befragten vor ihrer Niederlassung (zeitweise) an einer Universitätsklinik angestellt waren (ja: 296, nein: 757).

Eine weitere Gegenüberstellung erfolgte durch Ärztinnen und Ärzte unter 50 Jahren (155 Ärztinnen, 180 Ärzte).

4 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zeigen, dass ein Großteil der an der Umfrage teilgenommenen niedergelassenen Kolleg*innen mit der intersektoralen Zusammenarbeit insgesamt eher zufrieden ist, allerdings auch deutliche Optimierungspotenziale gesehen werden. Dabei handelt es sich um die erste Studie, die die intersektorale Zusammenarbeit in Deutschland aus der Einweiserperspektive differenziert und unabhängig untersucht hat.

Die Verteilung des Geschlechts und Alters der Umfrageteilnehmer*innen entspricht der Verteilung der Ärzt*innen im Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 2021a; Statistisches Bundesamt 2021b). Auch die Verteilung der Fachbereiche der humanmedizinischen Umfrageteilnehmer*innen entspricht der Gesamtverteilung der Niedergelassenen in der Bundesrepublik (Statistisches Bundesamt 2021c).

Ein zentrales Ergebnis dieser Umfrage ist, dass die Antwortenden insgesamt zufrieden mit der intersektoralen Zusammenarbeit waren. So gaben über $\frac{2}{3}$ der Umfrageteilnehmer*innen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung an, zufrieden zu sein. Auch würde ein vergleichbarer Anteil der Antwortenden ihren Freunden oder Bekannten die kooperierende Fachabteilung bei entsprechender Indikation empfehlen. Trotzdem stimmen $\frac{2}{3}$ der Antwortenden der Aussage zu, dass die Zusammenarbeit deutlich verbesserungswürdig ist. Die Ausgangssituation wird also bereits eher positiv wahrgenommen, obgleich doch eine Mehrheit der Antwortenden einen deutlichen Optimierungsbedarf sieht.

Die Behandlungsqualität sowie die fachliche Kompetenz der Kliniker*innen wurden überwiegend positiv wahrgenommen. Hier sahen nur wenige Befragte größere mögliche Verbesserungspotentiale. So bewerteten über $\frac{3}{4}$ der Umfrageteilnehmer*innen die Behandlungsergebnisse positiv, knapp 90% nahmen die fachliche Kompetenz der Kliniker*innen positiv wahr. Dies deckt sich mit dem Grad an Zufriedenheit mit der Patientenbehandlung durch ambulante Behandler*innen in lokalen Befragungen. So bewerteten in einer lokalen Befragung von Kohn et al. 95,3% (n=43) der Befragten die Zusammenarbeit mit der lokalen Universitätskinderklinik als „sehr gut“ bis „befriedigend“ (Kohn et al. 2008). Bei einer lokalen Befragung von Albrecht und Töpfer 2011 mit 116 Teilnehmer*innen gaben jeweils über 80% als Einweiskriterien die gute fachliche Kompetenz der klinischen Kolleg*innen, die positive Erfahrung bei der bisherigen Zusammenarbeit sowie die gute fachliche Betreuung an (Albrecht et al. 2017). Ähnliches schildern die Kollegen François et al aus Frankreich in ihrer Befragung von

327 Niedergelassenen, die Einweiser*innen der Universitätsklinik in Grenoble waren. Diese Arbeit wird für Vergleiche berücksichtigt, da das französische und das deutsche Gesundheitssystem viele Gemeinsamkeiten haben und strukturell ähnlich aufgebaut sind. Auch hier wurden durch die Befragten Behandlungsqualität und Fachkompetenz positiver wahrgenommen als andere Befragungsfelder der Zusammenarbeit (François et al. 2014). Diese Einschätzung der Qualität sowie angepasste abgeleitete Maßnahmen sind auch für Krankenhäuser wichtig, befinden sie sich untereinander „nicht nur in einem Kosten-, sondern auch in einem Qualitätswettbewerb“ (Roeder et al. 2015).

Ein zentraler und häufig genannter Kritikpunkt der Antwortenden war die Wartezeit auf den Entlassbrief. Diese wurde im Mittel mit 4 Wochen angegeben. Nur 20% der Antwortenden erhielten den Entlassbrief innerhalb der ersten Woche. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich bei Kohn et al, bei dem 65,1% der Befragten Zeiträume über 4 Wochen von Entlassung bis Erhalt des Arztbriefes angaben (Kohn et al. 2008). Sowohl bei François et al als auch bei Albrecht und Töpfer waren die Entlassbriefe, die Zeit bis zum Erhalt und die Qualität der Briefe unter den drei relevantesten genannten Verbesserungsansätzen, ohne dass konkrete Zahlen genannt wurden (Kohn et al. 2008; François et al. 2014; Albrecht et al. 2017). Da dieser Brief aktuell noch häufig die einzige Möglichkeit für den ambulant Betreuenden ist, sich ein vollständiges Bild vom stationären Aufenthalt, durchgeführten Maßnahmen sowie Komplikationen und von der poststationären medikamentösen Therapie zu machen, ist die Zeit von 4 Wochen ein deutlich zu langes Zeitintervall für diesen zentralen Aspekt der Schnittstellenkommunikation. Hier besteht aus Sicht der Niedergelassenen deutlicher Verbesserungsbedarf. So geben auch fast 50% der Antwortenden in der vorliegenden Studie an, dass eine Verkürzung der Wartezeit auf den Entlassbrief bzw. auf Befunde eine relevante Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Universitätskliniken und Niedergelassenen sowie damit auch der Bindung zur jeweiligen Universitätsklinik bedeuten würde. Die Bedeutung dieses Aspekts wird auch durch den Rahmenvertrag der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unterstrichen. Dieser verpflichtet die Krankenhäuser seit Oktober 2017 dazu, einen vorläufigen Brief auszuhändigen und diesem auch die Entlassmedikation anzufügen. Genauso ist der entlassende Arzt laut dieses Rahmenvertrags verpflichtet, bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt zum Weiterbehandelnden aufzunehmen (GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2016). Allerdings wurde im Rahmen dieser Umfrage nicht zwischen vorläufigem und endgültigem Arztbrief unterschieden.

Die Weitergabe relevanter, patientenbezogener Informationen ist ebenfalls ein zentraler Aspekt dieser Schnittstelle. So gaben eine Mehrzahl der Antwortenden an, dass sie bei Komplikationen ihrer eingewiesenen Patient*innen während des stationären Aufenthalts selten informiert würden, auch erfolgten selten Benachrichtigungen hinsichtlich geplanter Anschlussheilbehandlungen. Über die Hälfte der Antwortenden gab an, dass sie während des stationären Aufenthalts ihrer Patient*innen eher bis sehr selten problemlos ärztliche Kolleg*innen erreichen konnten, die kompetent über ihre Patient*innen informieren konnten. Ein Teil der Antwortenden merkte an, dass sie durch jahrelange persönliche Kontakte immer Ansprechpartner*innen hätten, jedoch ist dies kein praktikabler bzw. zielführender Ansatz zur Behebung des bestehenden Problems der Erreichbarkeit. Auch dieses Thema wurden in den Studien von Kohn, François sowie Albrecht und Töpfer wiederholt adressiert (Kohn et al. 2008; François et al. 2014; Albrecht et al. 2017). Damit handelt es sich hier um ein bereits länger und überregional bestehendes, strukturelles Problem. Hier werden eindeutige Ansprechpartner*innen und zuverlässige Kontaktdaten, die den Einweiser*innen z.B. online transparent gemacht und regelmäßig aktualisiert werden, benötigt, um die intersektorale Versorgungsqualität zu verbessern. François et al berichten dazu, dass nach ihrer initialen Befragung eine Arbeitsgruppe eingesetzt wurde, die, wie auch Kripalani et al 2007, postulierten, dass eine unzureichende intersektorale Kommunikation negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patient*innen haben kann. Dabei wurde betont, dass die unzureichende Kommunikation multifaktoriell bedingt sei. Einfluss hätten schlecht organisierte Versorgungswege sowie der Mangel allgemeiner Informationen (z.B. ein fehlendes Verzeichnis von Krankenhausärzt*innen, ein Mangel an Betten- und Personalressourcen), nicht näher bezeichnete träge Strukturen im System sowie ein fehlendes gemeinsames Informationssystem, hier eine gemeinsame Patientenakte. Als konkrete Maßnahmen wurden die Einrichtung spezieller Hotlines für ambulante Konsultationen und die Entwicklung eines Telefonverzeichnisses der Klinikärzt*innen angeregt. Auch wurde ein standardisiertes Entlassmanagement eingeführt sowie die Website der Klinik überarbeitet und übersichtlicher gestaltet. Um den zwischenmenschlichen Kontakt zu intensivieren, wurden regelmäßige gemeinsame Treffen der Kliniker*innen und Niedergelassenen angeregt sowie „Tage der offenen Tür“ in der Klinik eingeführt, damit Niedergelassene die aktuellen Abläufe kennenlernen konnten. François et al gaben dabei selbst an, dass die Limitierung ihrer Arbeit unter anderem darin bestehe, dass nur Einweiser einer einzelnen Universitätsklinik befragt wurden (François et al. 2014). Nichtsdestotrotz fällt eine große Schnittmenge der von den Kollegen präsentierten Ergebnisse mit unseren aktuellen Umfrageergebnissen auf. So gab in unserer Umfrage auch etwa die Hälfte der

Umfrageteilnehmer*innen im abschließenden Freitext an, dass für sie eine Verbesserung der Kommunikation relevant ist. Weitere 30% haben den Freitext dazu genutzt, um eine verbesserte Erreichbarkeit der Klinikärzt*innen und feste Ansprechpartner*innen als relevante Verbesserungsmöglichkeit zu nennen. Weiterhin gaben knapp $\frac{1}{5}$ an, dass sie „eher“ bis „sehr häufig“ Medikamente ersatzlos absetzen würden, auch gaben $\frac{1}{3}$ an, „eher“ bis „sehr häufig“ Medikamente auf Generika umzustellen. Auf welche Medikamente sich die Kolleg*innen genau bezogen und ob die Um- und Absetzungen aus Kostengründen geschehen sind, aus fehlender Nachvollziehbarkeit der Verordnung oder aus anderen Gründen, hat der Fragebogen dabei jedoch nicht abgebildet.

Vor den oben genannten Hintergründen stellen die Optimierung der Kommunikation und der Wartezeit auf den Entlassbrief zentrale Ansatzpunkte im Rahmen einer Prozessoptimierung an der Sektorengrenze dar und umfassen eine Anpassung der Priorisierung sowie der klinikinternen Abläufe. Fehlende Informationen eines stationären Aufenthalts können in der ambulanten Weiterbehandlung zu einer relevanten Einschränkung der Versorgungsqualität führen. So konnte in verschiedenen Arbeiten gezeigt werden, dass Kommunikationsmängel an dieser Schnittstelle zu einem deutlichen erhöhten Risiko zeitnaher Rehospitalisierung und fehlerhafter Medikamentenanpassungen führen (Moore et al. 2003; Kripalani et al. 2007; Greenwald und Jack 2009). Zeitgleich konnten Befragungen wie von Kalanithi darstellen, dass schon eine einmalige Kontaktaufnahme von Klinikärzt*innen während des stationären Aufenthalts des Patienten die Einweiserzufriedenheit signifikant erhöht und damit die Versorgung der Patient*innen entlang der Schnittstelle verbessert werden kann (Kalanithi et al. 2013). Erfolgreich durchgeführte Optimierungsmaßnahmen bieten also das Potential, die Einweiserzufriedenheit und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die genannte notwendige Verbesserung der Erreichbarkeit ließe sich, wie von den französischen Kolleg*innen umgesetzt, durch mobile Diensttelefone gewährleisten, wobei der entscheidende Aspekt die Transparenz nach außen darstellt. Diese sollte auf der Klinikhomepage oder - sogar noch besser, weil weniger missbräuchlich nutzbar - in einem entsprechend eingerichteten Einweiserportal erfolgen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, bei neu etablierten Funktionseinheiten Einführungsveranstaltungen und Informationsmaterial für die niedergelassenen Kolleg*innen zur Verfügung zu stellen. Ein Einweiserportal kann in Zukunft auch für die Kommunikation zwischen den Sektoren und insbesondere für die Befundübermittlungen eingesetzt werden. Hier besteht insofern eine Relevanz für Optimierung, dass nur etwa jede*r Fünfte die IT-gestützte Befundübermittlung als „eher“ bis „vollkommen“ reibungslos funktionierend bezeichnen würde und nur knapp jeder

Zehnte das Vorhandensein eines funktionierenden digitalen Einweiserportals als „eher“ bis „vollkommen zutreffend“ bezeichnen würde. Alternativ zur Einrichtung eines Einweiserportals wäre eine standardisierte Übermittlung von Befunden in Form von E-Mails zu prüfen. In beiden Fällen ist eine zentrale Voraussetzung, dass man die Datensicherheit über entsprechend gesicherte Zugänge wie z.B. VPN-Tunnel gewährleistet.

In dem Zusammenhang ist ein wiederholt geäußertes Problem die generelle IT-gestützte Kommunikation. So stimmten nur 15,5% der Befragten „vollkommen“ bis „eher“ zu, dass die IT-gestützte Kommunikation zwischen Klinikum und Praxis reibungslos laufen würde und überflüssige Doppeluntersuchungen dadurch vermieden werden könnten. Aber $\frac{1}{3}$ gaben gefragt nach konkreten Maßnahmen zur Zusammenarbeitsverbesserung eine verbesserte IT-gestützte Kommunikation zur Verbindung von Praxis- mit Krankenhaus-IT an, weiterhin nannte etwa jeder Fünfte „die Implementierung eines IT-gestützten Einweisersystems“ zur Erleichterung patientenbezogener Kommunikation. Ein etabliertes gemeinsames IT-basiertes System böte auch die Möglichkeit, konstruktive Rückmeldungen zu den Arbeitsabläufen von Einweisung und Entlassung im Rahmen eines solchen Entlassmanagements zu etablieren. So beschrieben Jiwa et al in einer Studie 2004, dass sich durch Etablierung eines schriftlichen Feedbacks bezüglich der Einweisungsunterlagen im Verlauf die Qualität dieser Unterlagen verbessert habe und dies auch von den Einweisenden durchaus positiv wahrgenommen wurde und zu einer verbesserten Zusammenarbeit führte (Jiwa et al. 2004).

Das Potential der Digitalisierung betrachtend lohnt sich auch ein Blick ins europäische Ausland. So haben beispielsweise die Niederlande vor mehr als 15 Jahren die Plattform „ZorgDomain“ eingeführt, über die ein digitaler und standardisierter Informationsaustausch zwischen ambulanten Leistungserbringern wie Allgemeinmediziner*innen, ambulanter Pflege und Krankenhäusern möglich ist. Auch beinhaltet diese Plattform eine Schnittstelle zur elektronischen Patientenakte, auf die bei Notwendigkeit alle beteiligten Leistungserbringer zugreifen können.

In Dänemark wurde vor knapp 20 Jahren unter anderem die elektronische Patientenakte eingeführt, parallel wird seitdem eine Integration aller Versorgungsbereiche vorangetrieben. Zentrale Plattform dabei ist das Gesundheitsportal „sundhed.dk“. Auch hier werden Informationen gebündelt und sind sowohl durch beteiligte Leistungserbringer als auch durch die Patient*innen abruf- und einsehbar. In weiteren Ländern gibt es ähnliche Programme. (Klauber et al. 2021)

Dies zeigt, dass andere europäische Länder im Bereich der Gesundheitsdigitalisierung schon weiter fortgeschritten sind und wo Möglichkeiten und Potentiale für das deutsche Gesundheitswesen in diesem Bereich liegen mit möglichen daraus resultierenden Verbesserungen im Bereich der sektoralen Zusammenarbeit. Konkrete Ansätze sind hier in der Etablierung einer patientenspezifischen Kommunikationsplattform zu sehen, über die die ärztlichen Kolleg*innen sektorenübergreifend miteinander Informationen austauschen können, im Versand eines elektronischen Arztbriefes via E-Mail sowie in der Verwendung einer elektronischen Patientenakte. An einigen Kliniken und in einigen Bereichen entstehen bereits solche Strukturen, bisher sind wir aber noch weit entfernt von großflächiger Abdeckung.

Ein weiterer relevanter Aspekt der Kommunikation sind die Softskills. So wurde die menschliche Kompetenz der Klinikärzte*innen von 2/3 der Antwortenden mit gut und damit im Vergleich zur fachlichen Kompetenz, die zu 87,1% mit eher gut oder besser angegeben wurde, relativ weniger positiv eingeschätzt. Etwa die Hälfte der Umfrageteilnehmer*innen gaben an, dass von einer besseren menschlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe die Zusammenarbeit mit der universitären Fachabteilung profitieren würde. Der Mangel dieser Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist auch für etwa die Hälfte der Antwortenden ein wesentlicher Grund, Patient*innen eher an ein nicht-universitäres Krankenhaus zu überweisen. Dieses Optimierungspotential kann u.a. durch eine entsprechende Sensibilisierung der klinischen ärztlichen Leitungsebene und durch Kommunikationstrainings realisiert werden. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung von Kommunikation und Zusammenarbeit beziehen sich auf den intensiveren Austausch und Dialog zwischen Klinikern und Niedergelassenen. Hier bestehen sowohl die Möglichkeiten für regelmäßige gemeinsame Fortbildungen als auch für „gemeinsame Stammtische“ beziehungsweise „Get-Together“. In einigen Regionen und Häusern gibt es diesen Austausch bereits, ein deutlicher Ausbau dieser informellen Schnittstellenkommunikation scheint jedoch angebracht.

Ebenfalls kann ein regelmäßiger Klinik-Newsletter für die Niedergelassenen, idealerweise per Mail, eine Möglichkeit sein, die gegenseitige Wahrnehmung zu optimieren. Über diesen können relevante Informationen wie z.B. geänderte Ansprechpartner*innen und Umstrukturierungen kommuniziert werden.

Die Ergebnisse zur Differenzierung zwischen Universitätskliniken und nicht-universitären Krankenhäusern ergaben eine häufigere Einweisung in nicht-universitäre Krankenhäuser. So fanden über die Hälfte der Antwortenden die Zusammenarbeit mit den nicht-universitären

Krankenhäusern besser und 41,6% favorisierten die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik. Als Gründe für die Einweisung in nicht-universitäre Häuser gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass die Erreichbarkeit für die Patient*innen besser sei. Auch die besser funktionierende menschliche Zusammenarbeit sowie die kürzere Wartezeit für ihre Patient*innen waren relevante Punkte. Die Behandlungsqualität, die Wartezeit auf Befundberichte oder die bessere poststationäre Abstimmung waren nur für weniger als jeweils 20% ausschlaggebend für die Klinikwahl. Das heißt, dass die zuletzt genannten Punkte anscheinend auch Problembereiche der nicht-universitären Häuser sind. Hier liegt also für alle Kliniken Optimierungspotential im „Wettbewerb um Einweiser“.

In der Literatur zum Einweisermanagement und der Einweiserpflege für Kliniken wird empfohlen, Niedergelassene bezüglich der Zusammenarbeit zu befragen, um Meinungen abbilden und Verbesserungspotentiale darstellen zu können (Thill 2010). Vor diesem Hintergrund ist interessant zu sehen, dass in dieser Umfrage lediglich jede*r Vierte der Umfrageteilnehmer*innen angab, bereits bezüglich ihrer Zufriedenheit und der Verbesserung der Zusammenarbeit befragt worden zu sein. Dabei erfolgte am häufigsten mit 43,2% die Befragung durch die Chefärzt*innen und in 22,8% durch Oberärzt*innen der kooperierenden Abteilungen. Die Befragung durch die klinischen Kollegen*innen ist eine wichtige Kommunikationsgrundlage für eine zielführende intersektorale Zusammenarbeit. Allerdings wäre es im Sinne der Krankenhäuser wichtig, diesen Prozess zentral durch die Krankenhausleitung positiv zu verstärken und zu unterstützen. Dazu gehört u.a. auch die Umsetzung der Befragung mit standardisierten abteilungsspezifischen Fragebögen und deren Auswertung. So ist auch die notwendige wiederholte Durchführung solcher Befragungen in gewissen Zeitabständen zu gewährleisten. Damit würden eine Entwicklung der Zusammenarbeit, aber auch neu auftretende Optimierungspotentiale erfasst werden. Allerdings sind neben der Durchführung solcher Befragungen auch die Umsetzung resultierender Optimierungspotentiale essenziell. So gaben 41% der Teilnehmer*innen an, dass sie eine Verbesserung nach der Befragung wahrgenommen haben. Damit besteht hier noch ein gewisses zusätzliches Entwicklungspotential. Eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit an dieser Sektorengrenze hat konkrete positive Auswirkungen für das jeweilige Krankenhaus. So stimmen 94,7% der Umfrageteilnehmer*innen der Aussage: „Eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik würde meine Bindung zu der Universitätsklinik positiv beeinflussen.“ zu.

Schließlich gaben $\frac{2}{3}$ der Kolleg*innen, die grundsätzlich eher bis sehr unzufrieden mit der Zusammenarbeit waren, die fachliche Kompetenz ihrer klinischen Kontaktpersonen als eher

bis sehr gut an (gegenüber 87,1% aller Antwortenden). Auch waren $\frac{2}{3}$ dieser Kolleg*innen mit den Behandlungsergebnissen „eher“ bis „sehr zufrieden“ (gegenüber 87,4% aller Befragten).

Während der detaillierten Betrachtung der Ergebnisse erfolgten auch Unterteilungen der Befragten und Umfrageteilnehmer*innen in Subgruppen zur besseren Objektivierung von Ergebnissen. So wurden die Befragten unterteilt entsprechend ihres Fachgebietes, ihres Alters, des angegebenen Geschlechts, der Entfernung der Praxis zum kooperierenden Universitätsklinikum, der Dauer der Niederlassung, der Menge der eingewiesenen Patienten pro Jahr und weiterer Kriterien. Auch erfolgte die getrennte Ergebnisbetrachtung von Zahn- und Humanmediziner*innen. Bei der Betrachtung der Subgruppen ließ sich feststellen, dass die Befragten um eine möglichst objektive und differenzierte Sicht der Universitätskliniken bemüht waren. So gaben 67% der Kolleg*innen, die grundsätzlich eher bis sehr unzufrieden mit der Zusammenarbeit waren, die fachliche Kompetenz ihrer klinischen Kontaktpersonen als eher bis sehr gut an (gegenüber 87,1% aller Antwortenden). Auch waren $\frac{2}{3}$ dieser Kolleg*innen mit den Behandlungsergebnissen „eher“ bis „sehr zufrieden“ (gegenüber 87,4% aller Befragten).

Interessant bei der Subgruppengruppenbetrachtung ist auch, dass eine vormalige Beschäftigung der Antwortenden an einem Universitätsklinikum die Ergebnisse in der Umfrage weder nennenswert positiv noch negativ verändert. Die Antwortenden äußerten sich ähnlich den Umfrageteilnehmer*innen, die vor ihrer Niederlassung nicht an Universitätskliniken angestellt waren. Das bedeutet, dass eine Verzerrung der Ergebnisse durch persönliche Vorerfahrungen zumindest in diesem Punkt keine Relevanz zu haben scheint.

Bei der Betrachtung der Subgruppen entsprechend der Zahl eingewiesener Patient*innen pro Jahr lohnt sich ein kurzer Exkurs in den Bereich des Einweisermanagements. Hier werden Einweiser*innen entsprechend der Zahl eingewiesener Patient*innen und des Potentials für Steigerungen häufig in den Kategorien A, B und C erfasst. Dabei entspricht die Kategorie A Ärzt*innen mit einer hohen Zahl an Einweisungen und einem geringen Potential für Erhöhungen. Kategorie B entspräche Einweiser*innen mit mittleren Zahlen und hohem Potential und Kategorie C sehr niedrigen Zuweisungszahlen und unbekanntem Potential. Angewandt auf die Erfassung in diesem Fragebogen entsprächen die Vieleinweiser*innen mit über 50 Patient*innen pro Jahr damit Kategorie A, Einweiser*innen mit bis zu 10 Patienten Kategorie C. Interessant bei dieser Betrachtung ist, dass kein Unterschied zwischen den Subgruppen in der geäußerten Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit

festzustellen war. Dies ist insofern überraschend, sollten Kliniken sich um ihre Einweiser*innen bemühen. Dauerhafte Bemühungen um Vieleinweiser*innen sollten sich in solchen Befragungen durch unterschiedliche Werte darstellen lassen, Bemühungen um Einweiser*innen mit Potential eine Folge solcher Befragungen sein.

Auch äußern sowohl Kolleg*innen mit vorheriger Tätigkeit an Universitätskliniken als auch Vieleinweiser*innen, also 2 Gruppen, bei denen man engere Verflechtungen mit den Klinikkolleg*innen annehmen kann, dass sowohl die Erreichbarkeit als auch die zwischenmenschliche Kommunikation sowie die Wartezeit auf Arztbriefe zentrale Probleme seien.

Bei der Betrachtung von Zahnmediziner*innen als Subgruppe in der Befragung fällt auf, dass in Deutschland etwa 72000 Zahnmediziner*innen niedergelassen sind (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2021), an der Befragung nahmen aber 200 Zahnärzte teil. Also betrug der Anteil der Zahnmediziner*innen in Deutschland zuletzt etwa 30% der Gesamtzahl an Mediziner*innen, der Anteil der Zahnmediziner*innen an der Umfrage aber etwa nur 15%. Dies ist besonders vor dem Hintergrund interessant, dass von etwa 164.000 niedergelassenen Humanmediziner*innen etwa 60000 im Rahmen dieser Befragung kontaktiert wurden (36,5%) und von etwa 72000 in Praxen tätigen Zahnmediziner*innen etwa 23000 (31,9%).

Im Vergleich der beiden Subgruppen Humanmediziner*innen und Zahnärzt*innen fiel auf, dass viele Wahrnehmungen beider Gruppen vergleichbar sind. Abweichungen finden sich aber im Zuweisungsverhalten – so überweisen Zahnärzt*innen deutlich häufiger in Universitätskliniken als Humanmediziner*innen (51,1% der Zahnärzt*innen weisen am häufigsten in Universitätskliniken ein, bei Humanmediziner*innen sind es 17,7%). Die genannten Gründe für die Einweisungen an die Universitätsklinik decken sich dabei aber wieder mit denen der Humanmediziner*innen, fehlende Alternativen oder das Angebot besonderer medizinischer Leistungen sind ähnlich häufig in den Antworten vertreten wie beim Gesamtkollektiv oder den Humanmediziner*innen.

Auch nach der detaillierten Betrachtung der Subgruppen verändern sich die bereits oben genannten Empfehlungen für die Praxis nicht, sie werden jedoch durch diese Betrachtung nochmals unterstrichen, sodass sie hier erneut kurz zusammengefasst werden können.

Es sollte eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit der Abteilungen etabliert werden. Diese kann flächendeckend durch spezielle Dienstnummern, wie in einigen Abteilungen bereits üblich, oder ein koordinierendes Sekretariat für den regulären Tagdienst umgesetzt werden. Außerdem sollte eine klare Benennung von Ansprechpartner*innen erfolgen. Auch die

Einrichtung eines Einweiserportals, über das auf elektronischem Weg Arztbriefe und Befunde sowohl von Einweiser*innen (zur Aufnahme) als auch von der Klinik (für Entlassungen) übermittelt werden können, erscheint sinnvoll. Die Abteilungen sollten weiterhin eine durch angepasste Priorisierung und Optimierung der klinikinternen Abläufe eine Verkürzung der Wartezeit auf Arztbriefe anstreben. Auch eine Umstellung dieser Arztbriefe aus ihrer antiquierten Papierform hin zu einer digitalen Form erscheint angebracht. Für eine Verbesserung des gemeinsamen Dialogs und Austausches empfehlen sich regelmäßige Treffen, gemeinsame Fortbildungen oder „Get-Together“. Auch regelmäßige Kliniknewsletter für die Niedergelassenen mit gefilterten relevanten Informationen scheinen eine gute Möglichkeit. Nicht zuletzt sollten Kliniken eine regelmäßige Befragung von Niedergelassenen anstreben sowie die Ergebnisse daraus und auch abgeleitete Maßnahmen kommunizieren.

Eine Umsetzung dieser Maßnahmen würde voraussichtlich eine Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit herbeiführen, was als Haupteffekt eine Verbesserung der Patientenversorgung und -sicherheit mit sich bringt. Weiterhin kann eine verbesserte Zusammenarbeit die Arbeitszufriedenheit beider Sektoren verbessern, auch würde es zum Abbau der „Mauer“ entlang der Sektorengrenze beitragen. Dabei ist klar, dass durch Fachabteilungen und Krankenhäuser differenziert betrachtet werden muss, für welche der oben genannten Maßnahmen vor Ort ein tatsächliches Optimierungspotential besteht.

Limitierungen

Die Befragung und ihre Ergebnisse unterliegen Limitierungen. So wurde mit einem kommerziell erworbenen Emailverteiler gearbeitet, der aus ursprünglich 103.000 E-Mail-Adressen bestand. Im Rahmen der Qualitätskontrolle und aufgrund fehlender Zustellbarkeit wurden offensichtlich ungeeignete E-Mail-Adressen entfernt, sodass der Verteiler auf 83.235 E-Mail-Adressen reduziert wurde. Es ist jedoch davon auszugehen, dass von diesen verbliebenen E-Mail-Adressen eine relevante Anzahl nicht mehr gültig war bzw. abgefragt wurde, da nur 34.027 tatsächlich geöffnet wurden. Des Weiteren wurden nur bei 4177 dieser geöffneten E-Mails der Umfragelink angeklickt. Inwieweit hier Überschneidungen mit den fehlerhaft im Verteiler befindlichen Adressen, die die Mails geöffnet haben, bestanden, lässt sich nicht ermitteln. Ebenso ist unklar, ob die eher geringe Anzahl der aktivierten Links lediglich aufgrund einer fehlenden Bereitschaft zur Umfrageteilnahme bestand. Einige E-Mailantworten zeigten eine gewisse Umfragemüdigkeit bei den niedergelassenen Kolleg*innen. Auch spiegelten einige Antworten eine gewisse Frustration hinsichtlich der

intersektoralen Forschungsarbeit wider, die zwar Studien, aber keine Veränderungen im System erreicht. Ein weiterer limitierender Faktor hinsichtlich der Beteiligungsbereitschaft ist der zeitliche und wirtschaftliche Druck im ambulanten Bereich. Diese Rückmeldungen decken sich mit den Antworten einer Studie, in der Allgemeinmediziner bezüglich ihrer Teilnahme beziehungsweise Nicht-Teilnahme an wissenschaftlichen Studien befragt wurden. Dort gaben die Befragten an, dass sie häufig keine Zeit für Zusätzliches wie Umfrageteilnahmen hätten, auch fühlten sie sich abgeschreckt von vielen marktwirtschaftlichen Umfragen von sogenannten „Forschungsinstituten“. Weiterhin sahen einige Niedergelassene in dieser Umfrage in wissenschaftlichen Befragungen keinen Mehrwert für ihren Alltag und fühlten sich und ihre Meinungen in wissenschaftlichen Diskussionen nicht ausreichend abgebildet und wahrgenommen (Hummers-Pradier et al. 2008).

Insgesamt ist die Rücklaufquote kritisch zu diskutieren, denn die 1295 Rückmeldungen von humanmedizinischen und zahnmedizinischen Kolleg*innen lassen sich nur im Verhältnis zu den 83.150 kontaktierten Ärzt*innen sehen, wobei, wie oben beschrieben, nur ein begrenzter Anteil tatsächlich erreicht wurde. Man muss allerdings davon ausgehen, dass die Rücklaufquote eher gering und damit diese Ergebnisse nicht als repräsentativ einzuschätzen sind. Nichtsdestotrotz halten wir die hier gefundenen Verbesserungspotentiale für relevant, da über 1000 niedergelassene Kolleg*innen ihre Perspektive detailliert dargestellt haben.

Außerdem muss bei dieser Studie auch berücksichtigt werden, dass lediglich die Perspektive und Erfahrungen der niedergelassenen Kolleg*innen erfragt wurde. Die intersektorale Zusammenarbeit ist allerdings keine Einbahnstraße. Die Perspektive der Krankenhäuser ist für das Gesamtbild genauso relevant und sollte im Rahmen weiterer Studien erhoben werden. So konnte in einer Studie bereits gezeigt werden, dass gerade im Bereich Kommunikation aus Sicht der Krankenhausärzte ebenfalls Verbesserungspotentiale bestehen (Berendsen et al. 2009).

Eine weitere Limitierung besteht durch die Beschränkung der Umfrage auf Universitätskliniken. Diese Beschränkung entstand zum einen aus der leichteren Vergleichbarkeit, da Universitätskliniken im Regelfall eine gewisse Vergleichbarkeit bezüglich ihrer Größe, Betten- und Abteilungszahl und auch der Ausstattungen bieten. Außerdem haben die meisten Niedergelassenen nur ein Universitätsklinikum in ihrer Region, sodass eine klare Zuordenbarkeit der eigenen Erfahrungen für den Befragten gegeben ist. Weiterhin treten in großen Organisationsstrukturen wie Universitätskliniken häufig

Optimierungspotentiale deutlicher zutage als in kleineren, weniger komplexen Krankenhäusern.

Ein weiterer kritischer Ansatz ist die Wortwahl des „Arztbriefes“ in der Befragung. Hier wurde nicht zwischen vorläufigem und endgültigem Arztbrief unterschieden und auch nicht der Wert des vorläufigen Briefes für den Niedergelassenen evaluiert. Diese Einordnung berücksichtigend scheint das Thema aber trotzdem für die Niedergelassenen von großer Relevanz zu sein, wurde es wiederholt in der Umfrage auch selbstständig angesprochen.

Im Fragebogen erfolgte auch die Befragung nach Um- und Absetzen von während des klinischen Aufenthalts angesetzten Medikamenten durch den befragten Niedergelassenen. Hier fehlte die konkrete Nachfrage, welche Medikamente dies am häufigsten betraf.

Die allgemeine Arbeit betrachtend ist auch kritisch zu sehen, dass der Fragebogen nicht korrekt gegendert wurde. Dies wurde in der Auswertung, soweit ohne Veränderung der Originalfragen möglich, berücksichtigt.

5 Zusammenfassung

Die intersektorale Zusammenarbeit im Gesundheitssystem im Bereich der Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Sektor hat eine große Relevanz für die Gesundheit der Patient*innen. So erhöht sich bei schlechter oder verzögerter Kommunikation während der Entlassung das Risiko von Versorgungsdefiziten der Patienten. Auch vermeidet eine gute Kommunikation in diesem Bereich unnötige oder doppelt durchgeführte Untersuchungen durch die Sektorenüberschneidung und somit eine Unter- oder Überversorgung. Außerdem ist diese Schnittstelle ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor für die Krankenhäuser. Eine nationale Erhebung zum Meinungsbild von Einweiser*innen erfolgte bisher in Deutschland nicht, weshalb in dieser Umfrage niedergelassene Ärzt*innen in Deutschland zu ihren Erfahrungen und ihrer Perspektive zur Zusammenarbeit mit Universitätskliniken befragt wurden.

Dabei wurde ein Online-Fragebogen mit 41 Fragen 2019 an 83.235 niedergelassenen Ärzt*innen im gesamten Bundesgebiet versandt. Es wurden im Abstand von jeweils 4 Wochen drei automatisierte, elektronische Erinnerung an die Befragten aus dem Verteiler versandt, die noch nicht teilgenommen hatten. Die Datenerhebung wurde im August 2019 geschlossen und bis zu diesem Zeitpunkt waren 1295 Fragebogen abgeschlossen beantwortet.

Zentrale Ergebnisse dieser Umfrage sind, dass über zwei Drittel der Befragten insgesamt zufrieden mit der intersektoralen Zusammenarbeit waren, trotzdem ein Großteil die Zusammenarbeit als deutlich verbesserungswürdig ansieht. Auch Behandlungsergebnisse und Behandlungsqualität wurden positiv beurteilt, ebenfalls die fachliche Kompetenz der Kliniker*innen, mit denen die Befragten Kontakt hatten.

Wiederholte Kritikpunkte und Ansatzpunkte für Verbesserungen waren die Wartezeit auf den Entlassbrief, die bisher im Mittel mit 4 Wochen angegeben wurde, eine Verbesserung der Kommunikation entlang der Schnittstelle bezüglich Therapien über die Grenze der Schnittstelle hinweg, eine verbesserte Erreichbarkeit der Klinikärzt*innen sowie feste Ansprechpartner. Wiederholt angesprochen wurden eine Verbesserung der menschlichen Zusammenarbeit und eine Kommunikation auf Augenhöhe. Ebenfalls wiederholt geäußert wurde die Verbesserung IT-gestützte Kommunikation. Weiteres Optimierungspotential bieten regelmäßige Befragungen der Einweiser*innen durch die Kliniken. Aktuell wird dies nur in sehr geringem Maße praktiziert und aus Sicht der Einweiser*innen erfolgen die Befragungen durch Chef- oder Oberärzt*innen der Abteilung.

Empfohlene abzuleitende Maßnahmen aus dieser Umfrage sind eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit der Abteilungen, z.B. durch spezielle Dienstnummern oder Diensttelefone oder ein koordinierendes Sekretariat für den regulären Tagdienst. Außerdem sollte eine klare Benennung von Ansprechpartnern erfolgen. Auch die Einrichtung eines Einweiserportals, über das Arztbriefe und Befunde sowohl von Einweiser*innen (zur Aufnahme) als auch von der Klinik (für Entlassungen) übermittelt werden können, erscheint sinnvoll. Die Abteilungen sollten weiterhin eine durch angepasste Priorisierung und Optimierung der klinikinternen Abläufe eine Verkürzung der Wartezeit auf Arztbriefe anstreben. Für eine Verbesserung des gemeinsamen Dialogs und Austausches empfehlen sich regelmäßige Treffen, gemeinsame Fortbildungen oder „Get-Together“. Dieser kontinuierliche Austausch würde voraussichtlich auch die wiederholt kritisierte Kommunikation auf Augenhöhe verbessern. Auch regelmäßige Kliniknewsletter für die Niedergelassenen mit gefilterten relevanten Informationen scheinen eine gute Möglichkeit. Nicht zuletzt sollten Kliniken eine regelmäßige Befragung von Niedergelassenen anstreben, die Ergebnisse daraus und auch abgeleitete Maßnahmen kommunizieren.

Eine Umsetzung dieser Maßnahmen würde voraussichtlich eine Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit herbeiführen, was vor allem zu einer Verbesserung der Patientenversorgung und -sicherheit führen dürfte. Weiterhin kann eine verbesserte Zusammenarbeit die Arbeitszufriedenheit beider Sektoren verbessern, auch würde es zum Abbau der „Mauer“ entlang der Sektorengrenze beitragen. Nicht zuletzt wird eine Kostenoptimierung entstehen, da unter anderem Wiederaufnahmen durch Versorgungsprobleme rückläufig sein werden, Doppeluntersuchungen vermieden werden können und weniger Ressourcen durch Schwierigkeiten bei der Schnittstellenkommunikation gebunden werden.

6 Anhang

6.1 Fragebogen

1. Wie lange müssen Ihre Patienten durchschnittlich auf einen Termin zur elektiven stationären Aufnahme in der Universitätsklinik warten? (In Tagen)
2. In welche Fachabteilung Ihrer kooperierenden Universitätsklinik überweisen Sie am häufigsten Patienten zur stationären Aufnahme?
3. Wenn während des stationären Aufenthalts Komplikationen bei einem Ihrer Patienten auftreten oder er verstirbt, wie regelmäßig werden Sie dann durch die behandelnden Krankenhausärzte informiert?
 - a. Sehr häufig
 - b. Häufig
 - c. Eher häufig
 - d. Eher selten
 - e. Selten
 - f. Sehr selten
4. Wie häufig werden Sie hinsichtlich der Anschlussheilbehandlung (Auswahl einer poststationären Rehabilitations-/ Pflegeeinrichtung) informiert und/oder eingebunden?
 - a. Sehr häufig
 - b. Häufig
 - c. Eher häufig
 - d. Eher selten
 - e. Selten
 - f. Sehr selten
5. Wie lange warten Sie durchschnittlich auf den endgültigen, umfassenden Arztbrief bzgl. der stationären Versorgung nach Entlassung Ihres Patienten aus der Universitätsklinik? (In Wochen)
6. Wie häufig können Sie problemlos einen ärztlichen Ansprechpartner telefonisch erreichen, der Sie über den von Ihnen eingewiesenen Patienten und seinen aktuellen Zustand kompetent informieren kann?
 - a. Sehr häufig
 - b. Häufig
 - c. Eher häufig
 - d. Eher selten
 - e. Selten
 - f. Sehr selten
7. Wie empfinden Sie die fachliche Kompetenz der Ärzte in der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik?
 - a. Sehr gut
 - b. Gut
 - c. Eher gut
 - d. Eher schlecht
 - e. Schlecht

- f. Sehr schlecht
8. Wie empfinden Sie die menschliche Kompetenz der Ärzte in der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik?
- Sehr gut
 - Gut
 - Eher gut
 - Eher schlecht
 - Schlecht
 - Sehr schlecht
9. Wie häufig stellen Sie die Entlassmedikation bei Ihren Patienten nach Behandlung in der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik ohne Berücksichtigung von Wechseln auf Generika um?
- Sehr häufig
 - Häufig
 - Eher häufig
 - Eher selten
 - Selten
 - Sehr selten
10. Wie häufig setzen Sie stationär verordnete Medikamente ersatzlos ab?
- Sehr häufig
 - Häufig
 - Eher häufig
 - Eher selten
 - Selten
 - Sehr selten
11. Warum überweisen Sie Patienten an die kooperierende Fachabteilung der Universitätsklinik? (Mehrfachantwort max. 3 Antworten)
- Wunsch des Patienten
 - Wohnortnähe des Patienten/ der Angehörigen
 - Fehlende Alternative
 - Medizinische Versorgungsqualität
 - Angebot besonderer diagnostischer und/oder therapeutischer Möglichkeiten
 - Qualität der pflegerischen Betreuung
 - Gute Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen im Krankenhaus
 - Empfehlung von Kollegen
 - Selbst dort tätig gewesen
 - Ruf des Krankenhauses insgesamt
 - Andere
12. Wie zufrieden sind Sie insgesamt hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik?
- Sehr zufrieden
 - Zufrieden
 - Eher zufrieden
 - Eher unzufrieden
 - Unzufrieden
 - Sehr unzufrieden

13. Wie beurteilen Sie die folgende Aussage in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik insgesamt?

- Die Universitätsklinik verfügt über ein übergeordnetes, zentrales Einweisermanagement.
 - a. Trifft vollkommen zu
 - b. Trifft zu
 - c. Trifft eher zu
 - d. Trifft eher nicht zu
 - e. Trifft nicht zu
 - f. Trifft überhaupt nicht zu

- Das Einweisermanagement der Universitätsklinik ist ausgereift und bedarf nur minimaler Anpassungen.
 - a. Trifft vollkommen zu
 - b. Trifft zu
 - c. Trifft eher zu
 - d. Trifft eher nicht zu
 - e. Trifft nicht zu
 - f. Trifft überhaupt nicht zu

- Das Fortbildungsangebot der Universitätsklinik ist hinsichtlich Häufigkeit und Qualität der Veranstaltungen attraktiv und ausgewogen.
 - a. Trifft vollkommen zu
 - b. Trifft zu
 - c. Trifft eher zu
 - d. Trifft eher nicht zu
 - e. Trifft nicht zu
 - f. Trifft überhaupt nicht zu

- Die IT-gestützte Übermittlung von Befunden zwischen mir und der Universitätsklinik läuft reibungslos und hilft überflüssige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
 - a. Trifft vollkommen zu
 - b. Trifft zu
 - c. Trifft eher zu
 - d. Trifft eher nicht zu
 - e. Trifft nicht zu
 - f. Trifft überhaupt nicht zu

- Die Universitätsklinik hat ein funktionierendes, digitales Einweiserportal, das Ihnen als Einweiser Zugriff auf fallspezifische (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe, etc.) und organisatorische (z.B. Darstellung zur Verfügung stehender Betten) Informationen benutzerfreundlich erlaubt.
 - a. Trifft vollkommen zu
 - b. Trifft zu
 - c. Trifft eher zu
 - d. Trifft eher nicht zu
 - e. Trifft nicht zu
 - f. Trifft überhaupt nicht zu

14. Wie häufig treten poststationär Komplikationen bei diesen Patienten auf?
- Sehr häufig
 - Häufig
 - Eher häufig
 - Eher selten
 - Selten
 - Sehr selten
15. Wie zufrieden sind Sie mit den Behandlungsergebnissen bei Ihren entlassenen Patienten nach Behandlung in der jeweiligen Fachabteilung der Universitätsklinik?
- Sehr zufrieden
 - Zufrieden
 - Eher zufrieden
 - Eher unzufrieden
 - Unzufrieden
 - Sehr unzufrieden
16. Würden Sie die Fachabteilung der Universitätsklinik Freunden oder Bekannten bei entsprechender Indikation empfehlen?
- Ja, ganz sicher
 - Ja, wahrscheinlich
 - Nein, eher nicht
 - Nein, auf gar keinen Fall
17. Wie beurteilen Sie die folgende Aussage: „Ich halte die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik insgesamt für deutlich verbesserungswürdig.“
- Trifft vollkommen zu
 - Trifft zu
 - Trifft eher zu
 - Trifft eher nicht zu
 - Trifft nicht zu
 - Trifft überhaupt nicht zu
18. In den zurückliegenden 10 Jahren hat sich die Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik wie folgt entwickelt:
- Deutlich verbessert
 - Verbessert
 - Gleich geblieben
 - Verschlechtert
 - Deutlich verschlechtert
19. Die Zusammenarbeit mit der betreffenden Fachabteilung der Universitätsklinik würde wesentlich davon profitieren, wenn (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)
- die Wartezeit für meine Patienten kürzer wäre.
 - die Wartezeit auf Befundberichte bzw. Arztbriefe nach einem stationären Aufenthalt kürzer wäre.
 - die Qualität der medizinischen Behandlung besser wäre.
 - die menschliche Zusammenarbeit besser funktionieren würde („auf Augenhöhe“).
 - eine bessere Abstimmung der poststationären, medikamentösen Therapie erfolgen würde.
 - poststationär eine Rücküberweisung der Patienten zeitnah erfolgen würde.

- g. die Patienten poststationär zeitnah an ihren Zuweiser zurückverwiesen und ambulant angebunden würden.
20. Ich halte folgende Maßnahmen einer Fachabteilung beziehungsweise der Universitätsklinik hinsichtlich einer besseren Zusammenarbeit für wichtig (Mehrfachantwort, maximal 5 Antworten)
- a. die Einführung (interdisziplinär-)intersektoraler klinischer Konferenzen.
 - b. ein verbessertes Fortbildungsangebot (niedergelassene Ärzte + Krankenhausärzte)
 - c. eine engere Zusammenarbeit bei der prä- und/ oder poststationären Betreuung
 - d. eine verbesserte IT-gestützte Kommunikation durch direkte Verbindung der Praxis IT-Systeme mit dem
 - a. Krankenhausinformationssystem
 - e. Möglichkeit telemedizinischer Konsultationen von qualifizierten Krankenhausärzten
 - f. Einführung einer elektronischen Patientenakte in den Universitätskliniken zum verbesserten Informationsaustausch
 - g. Einführung eines Standardvorgehensweise für die intersektorale Abstimmung bei der Entlassung des Patienten
 - h. Einführung einer mobilen Anwendung („App“), die es Ihnen erlaubt sich über aktuelle Informationen und Ansprechpartner des Krankenhauses zu informieren.
 - i. Implementierung eines IT-gestützten Einweiserportals zur Erleichterung der patientenbezogenen Kommunikation mit den Einweisern
 - j. Implementierung eines IT-gestützten Einweiserportals, das einen Befundaustausch ermöglicht und mir erlaubt, freie Bettenkapazitäten abzurufen sowie diese ggf. zu buchen und eine Abstimmung bzw. Information hinsichtlich des Entlassungstermins unterstützt.
 - k. Unterstützung beim Aufbau eines Ärztenetzwerks mit regelmäßigen Treffen zur nachhaltigen Vernetzung von Ärzten in der ambulanten und stationären Krankenversorgung („Ärzttestammtisch“ bzw. „Get-Together“)
 - l. Regelmäßige elektronische Newsletter an die Einweiser mit aktuellen Informationen
 - m. Tage der offenen Tür, an denen sich die einzelnen Abteilungen vorstellen und einen Dialog ermöglichen.
 - n. Versandt der Qualitätsberichte der mich betreffenden Abteilungen der Universitätsklinik
 - o. Einführung einer Klinikzeitung für niedergelassene Ärzte
 - p. Sonstiges (bitte angeben)
21. Worin sehen Sie die größten Zugewinne bei einer aus den oben markierten Maßnahmen resultierenden Verbesserung der Zusammenarbeit? (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)
- a. Verbesserung der Behandlungsqualität
 - b. Kontinuierlichen Informationsaustausch (fachlich vs patientenspezifisch)
 - c. Patientenorientierung/-zufriedenheit steigern
 - d. Patientensicherheit erhöhen
 - e. Arbeitserleichterung für meine Praxis
 - f. Reduktion überflüssiger Doppeltuntersuchungen
 - g. Durch eine abgesprochene, stationären Entlassmedikation deren ambulanten Weiterführung

- h. Kosteneinsparung
 - i. Prozessoptimierung
22. Wie beurteilen Sie die folgende Aussage: „Eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Universitätsklinik würde meine Bindung zu der Universitätsklinik positiv beeinflussen.“?
- a. stimme ich absolut zu
 - b. stimme ich teilweise zu
 - c. stimme ich eher nicht zu
 - d. stimme ich absolut nicht zu
23. Wie beurteilen Sie insgesamt die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik im Vergleich zu der mit dem nicht-universitären Krankenhaus, mit dem Sie am häufigsten zusammenarbeiten?
- a. deutlich besser
 - b. besser
 - c. eher besser
 - d. eher schlechter
 - e. schlechter
 - f. deutlich schlechter
24. Wie häufig weisen Sie Patienten in die Universitätsklinik im Vergleich zu dem nicht-universitären Krankenhaus ein?
- a. viel häufiger
 - b. häufiger
 - c. eher häufiger
 - d. eher seltener
 - e. seltener
 - f. viel seltener
25. Falls Sie häufiger in ein nicht-universitäres Krankenhaus überweisen, liegt das daran, dass (Mehrfachantwort, maximal 3 Antworten)
- a. die Wartezeit für meine Patienten kürzer ist.
 - b. die Wartezeit auf Befundberichte bzw. Arztbriefe nach einem stationären Aufenthalt kürzer ist.
 - c. die Erreichbarkeit für meine Patienten bzw. deren Angehörige besser ist.
 - d. die Qualität der medizinischen Behandlung besser ist.
 - e. die menschliche Zusammenarbeit besser funktioniert („auf Augenhöhe“).
 - f. eine bessere Abstimmung der poststationären, medikamentösen Therapie erfolgt.
 - g. eine poststationäre Rücküberweisung der Patienten zeitnah erfolgt.
 - h. Weitere Gründe
26. Wohin überweisen Sie Ihre Patienten für einen stationären Aufenthalt am häufigsten?
- a. Kommunales Krankenhaus
 - b. Privates Krankenhaus
 - c. Konfessionelles Krankenhaus
 - d. Universitätsklinik
27. Was ist Ihr Geschlecht?
- a. Weiblich
 - b. Männlich

28. Wie alt sind Sie? (Geben Sie bitte nur die Zehnerstelle an; Bsp: Alter 45 Jahre - Antwort: 4)
29. Wie lange haben Sie vor Ihrer Niederlassung im Krankenhaus (inkl. Weiterbildungszeit) gearbeitet? (in Jahren)
30. Waren Sie vor Ihrer Niederlassung (zeitweise) an einer Uniklinik angestellt?
- Ja
 - Nein
31. Welches ist Ihr klinischer Schwerpunkt? (bitte geben Sie maximal 2 Antworten entsprechend Ihres Schwerpunktes an.)
- Allgemeinmedizin
 - Allgemeinchirurgie
 - Anästhesie
 - Arbeitsmedizin
 - Augenheilkunde
 - Dermatologie
 - Endokrinologie
 - Gastroenterologie
 - Gynäkologie
 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Hämatologie / Onkologie
 - Innere Medizin
 - Kardiologie
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Labormedizin
 - Mikrobiologie/ Hygiene/ Infektiologie
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Nephrologie
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Nuklearmedizin
 - Physikalische und Rehabilitative Medizin
 - Psychiatrie
 - Psychosomatik
 - Pneumologie
 - Radiologie
 - Rheumatologie
 - Sportmedizin
 - Thorax-Herz-Gefäß-Chirurgie
 - Unfallchirurgie / Orthopädie
 - Urologie
 - Zahnheilkunde
 - Andere (bitte angeben)
32. Wie viele Patienten überweisen Sie im Jahr an die Fachabteilung der Universitätsklinik?
33. Wie weit ist Ihre Praxis von der Universitätsklinik entfernt?
- 0-5 km

- b. 6-20 km
 - c. 21-50 km
 - d. > 50 km
34. Wie lautet die Postleitzahl des Universitätsklinikums mit dem Sie primär zusammenarbeiten? (z.B. 03729 oder 94352)
35. Seit wann arbeiten Sie in der aktuellen Praxis? (Bitte geben Sie das Jahr an, z.B. 2003)
36. Wie lange sind Sie insgesamt schon niedergelassen? (in Jahren)
37. Sind Sie bzw. handelt es sich um: (Mehrfachantwort)
- a. Eigentümer
 - b. Angestellter
 - c. Eine Gemeinschaftspraxis
 - d. Eine Praxisgemeinschaft
 - e. Ein MVZ
38. Wurden Sie bereits durch die Fachabteilung der Universitätsklinik hinsichtlich Ihrer Zufriedenheit befragt?
- a. Ja
 - b. Nein
39. Wurden Sie schon durch Mitarbeiter der ansässigen Universitätsklinik hinsichtlich einer Verbesserung der Zusammenarbeit angesprochen?
- a. Ja
 - b. Nein
40. Wenn Ja, durch wen:
- a. Geschäftsführung/Vorstand
 - b. Mitarbeiter des Einweisermanagements
 - c. Mitarbeiter des Qualitätsmanagements
 - d. Chefarzt der Abteilung
 - e. Oberarzt der Abteilung
 - f. Andere (bitte angeben)
41. Haben Sie den Eindruck, dass sich aufgrund Ihrer Antworten im Rahmen einer solchen Befragung etwas geändert hat?
- a. Ja
 - b. Nein
42. Bitte geben Sie uns hier weiterführende Hinweise (insb. Verbesserungsmöglichkeiten) für Ihre Zusammenarbeit mit der ansässigen Universitätsklinik.

7 Literaturverzeichnis

- Albrecht DM, Töpfer A, (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. 2. Auflage; Springer-Verlag GmbH Deutschland, Berlin, Heidelberg 2017
- Bayerisches Landesamt für Statistik: Bevölkerung in Bayern 2017 nach Gesundheitsmerkmalen. Fürth 2018
- Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J (2009): How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* 9, 143
- Birk HO, Henriksen LO (2012): Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC Health Serv Res* 12, 126
- Bundesärztekammer (2020): Ärztestatistik 2020. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf; abgerufen am 30.07.2021
- Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021): Daten und Fakten 2021. <https://www.kzbv.de/kzbv-daten-fakten-2021-web.media.9ce3f8780bf20b911ab55d7001e13973.pdf>; abgerufen am 26.08.2021
- Burghardt K: Einweiser- und Patientenbeziehungsmanagement im Krankenhaus. 1. Auflage; Springer Fachmedien, Wiesbaden 2016
- Choyce MQ, Maitra AK (1996): Satisfaction with the accident and emergency department a postal survey of general. *J Accid Emerg Med* 280–282
- de Cruppé W, Geraedts M (2017): Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 17, 720
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021). <https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/>; abgerufen am 26.08.2021
- Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung, GKV-Spitzenverband KdöR, Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (2016): Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V.
- François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A (2014): Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique* 26, 189–197
- Friedemann J, Schubert H-J, Schwappach D (2009): Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 71, 3–9
- Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T (2007): Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Serv Res* 7, 157
- Gerlinger T (2017a): Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/251612/gesundheitswesen-im-ueberblick>; abgerufen am 28.08.2021

- Gerlinger T (2017b): Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 3: Freie Verbände. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251969/die-wichtigsten-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-3-freie-verbaende/>; abgerufen am 16.10.2022
- Gerlinger T (2017c): Merkmale des deutschen Gesundheitswesens. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/251611/merkmale-des-deutschen-gesundheitswesens>; abgerufen am 28.08.2021
- Gerlinger T (2017d): Wichtige Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 2: Selbstverwaltung und angegliederte Institutionen. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
<https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251840/wichtige-akteure-im-deutschen-gesundheitswesen-teil-2-selbstverwaltung-und-angegliederte-institutionen/>; abgerufen am 16.10.2022
- GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (2016): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.
- Greenwald JL, Jack BW (2009): Preventing the Preventable: Reducing Rehospitalizations Through Coordinated, Patient-Centered Discharge Processes. *Prof Case Manag* 14, 135–140
- Grobe TG: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (BARMER Arztreport). Band 27; BARMER, Berlin 2021
- Haring R: Gesundheitswissenschaften (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). 1. Auflage; Springer, Berlin, Heidelberg 2019
- Hermeling P, Geraedts M (2012): Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? *Gesundheitswesen* 75, 155–159
- Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W (2008): Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 25, 105–112
- Jiwa M, Walters S, Mathers N (2004): Referral letters to colorectal surgeons: the impact of peer-mediated feedback. *Br J Gen Pract* 54, 123–126
- Kalanithi L, Coffey CE, Mourad M, Vidyarthi AR, Hollander H, Ranji SR (2013): The Effect of a Resident-Led Quality Improvement Project on Improving Communication Between Hospital-Based and Outpatient Physicians. *Am J Med Qual* 28, 472–479
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020).
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>; abgerufen am 30.07.2021
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, (2020). <https://www.kbv.de/html/437.php>; abgerufen am 30.07.2021
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte (Vertragszahnärzte); Jahrbuch 2021. Band Jahrbuch 2021; Köln 2021
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J: Krankenhaus-Report 2015. Springer, Berlin, Heidelberg 2015

- Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2021. Springer, Berlin, Heidelberg 2021
- Koch K, Schürmann C, Sawicki P (2010): The German Health Care System in International Comparison. *Dtsch Aerzteblatt Int* 108, 255–261
- Köhler A, Gründer M: Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus. Springer, Berlin, Heidelberg 2017
- Kohn D, Würz J, Brähler E, Nickel P, Kapellen T, Kiess W (2008): What is important to paediatric practitioners regarding their working relationships with a university hospital? *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 102, 307–312
- Kolb B, Emmert M, Sander U, Patzelt C, Schöffski O (2018): Do German public reporting websites provide information that office-based physicians consider before referring patients to hospital? A four-step analysis. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 137–138, 42–53
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW (2007): Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 297, 831–841
- Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, Wang Z, Erwin PJ, Sylvester T, Boehmer K, et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Intern Med* 174, 1095–1.107
- Ludt S, Heiss F, Glassen K, Noest S, Klingenberg A, Ose D, Szecsenyi J (2013): Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? *Gesundheitswesen* 76, 359–365
- Matusiewicz D, Stratmann F, Wimmer J (Hrsg.): Marketing im Gesundheitswesen: Einführung - Bestandsaufnahme - Zukunftsperspektiven (FOM-Edition). Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden 2019
- Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T (2003): Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* 18, 646–651
- Pfannstiel MA, Rasche C, Mehlich H (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. 1. Auflage; Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden 2016
- Pieper C (2011): Health care transition in Germany- Standardization of procedures and improvement actions. *J Multidiscip Healthc* 215–221
- Plamper E, Pflugmacher I (2010): Universitätskliniken – Unternehmen im Wettbewerb. *ZögU*, 38, 2010, 76–96
- Raab A, Drissner A: Einweiserbeziehungsmanagement: Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen. 1. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart 2011
- Roeder N, Bunzemeier H, Franz D (2015): Potenzieller Widerspruch zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit: Perspektive eines Krankenhauses. *Z Für Herz-Thorax- Gefäßchirurgie* 29, 254–261

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.
- Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G (2019): Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract* 69, e294–e303
- Statistisches Bundesamt (2018). https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=82730521&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=910&p_ansnr=90497328&p_version=2&D.000=3&D.001=3&D.922=1&D.331=2&D.100=1#LINKS; abgerufen am 26.08.2021
- Statistisches Bundesamt (2019). https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=82730521&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=519&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=; abgerufen am 26.08.2021
- Statistisches Bundesamt (2021a). https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=96896725&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=65&p_ansnr=62716618&p_version=7&D.000=3&D.003=2&D.734=1&D.489=3; abgerufen am 10.06.2021
- Statistisches Bundesamt (2021b). https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=26149276&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=656&p_ansnr=32621990&p_version=5&D.000=3&D.001=3&D.002=2&D.003=3&D.395=3&D.928=1&D.100=3; abgerufen am 10.06.2021
- Statistisches Bundesamt (2021c). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_30&D.000=PAGE&D.001=PAGE&D.002=PAGE&D.003=PAGE&D.395=DOWN&D.928=ACROSS&D.100=PAGE; abgerufen am 14.05.2020
- Thill K-D: Einweisermarketing für Krankenhäuser. 1. Auflage; Gabler, Wiesbaden 2010
- Vereinte Nationen (1966): Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.
- Victoor A, Noordman J, Sonderkamp JA, Delnoij DMJ, Friele RD, van Dulmen S, Rademakers JJDJM (2013): Are patients' preferences regarding the place of treatment heard and addressed at the point of referral: an exploratory study based on observations of GP-patient consultations. *BMC Fam Pract* 14, 189
- VUD (2022). <https://www.uniklinika.de/die-deutschenuniversitaetsklinika/zahlen-und-fakten/>; abgerufen am 16.10.2022
- Weltgesundheitsorganisation: Erklärung von Alma-Ata. 1978
- Weltgesundheitsorganisation (2016): Stärkung patientenorientierter Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO: ein Handlungsrahmen für eine integrierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Winblad U (2008): Do physicians care about patient choice? *Soc Sci Med* 67, 1502–1511

Zehnder A (2015): Lieber Google fragen als den Einweiser: PWC-Healthcare-Barometer 2015.
Kma - Klin Manag Aktuell 20, 15–15

Danksagung

Mein allergrößter und ehrlicher Dank geht an meinen Doktorvater Herrn Priv.-Doz Dr. med Reiner M. Wäschle, dessen Betreuung im Rahmen dieser Disseration von Anfang bis Ende einfach großartig war und der mir stets mit Rat und großartigen Hinweisen zur Seite stand. Ich habe den fachlichen (und manchmal auch weniger fachlichen) Austausch jederzeit sehr genossen und kann in keinsten Weise in Worte fassen, wieviel mir Ihre Unterstützung bedeutet hat.