

Standl · Lussi



Ambulantes Operieren

2. Auflage

- Rahmen-
bedingungen
- Organisation
- Patienten-
versorgung

Thomas Standl
Christoph Lussi
(Hrsg.)

Ambulantes Operieren

Rahmenbedingungen – Organisation – Patientenversorgung

Thomas Standl
Christoph Lussi
(Hrsg.)

Ambulantes Operieren

Rahmenbedingungen – Organisation – Patientenversorgung

2. Auflage

Mit 41 Abbildungen und 23 Tabellen

 Springer

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Thomas Standl
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln
Gotenstraße 1
42653 Solingen

Dr. Christoph Lussi
Praxis für Anästhesiologie
Schieferweg 8
42659 Solingen

ISBN-13 978-3-642-20686-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg ISBN 978-3-642-20687-0 (eBook)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.com

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007, 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Dr. Anna Krätz, Heidelberg
Projektmanagement: Claudia Bauer, Heidelberg
Projektkoordination: Heidemarie Wolter, Heidelberg
Lektorat: Maria Schreier, Laumersheim
Zeichnungen: Christine Goerigk, Ludwigshafen
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Herstellung: Crest Premedia Solutions Private Limited, Pune

SPIN: 12808595

Gedruckt auf säurefreiem Papier 3163 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort zur 1. Auflage

»Ambulantes Operieren« stellt eine bereits seit Jahrzehnten unter dem Motto »so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig« gesundheitspolitisch favorisierte Form der operativen Versorgung in Deutschland dar.

Vor allem das Deutsche Krankenhaus konfrontierte das Ambulante Operieren mit einem Paradigmenwechsel bisher nicht gekanntem Ausmaßes. Diesen zu vollziehen, taten und tun sich auch heute noch viele schwer. Eine der ersten, die sich dieser organisatorisch wie medizinisch gleichermaßen anspruchsvollen Herausforderung klinikseitig stellten, waren die Herausgeber des vor Ihnen liegenden Werkes.

Sie gründeten 1994 in Solingen wohl die erste, in Deutschland Maßstäbe setzende operative Tagklinik »in der Klinik« und betreiben diese bis heute mit beachtlichem Erfolg. Mehr als 23000 erfolgreich ambulant operierte Patienten sprechen für sich!

Der zunehmende monetäre Druck, unter dem unser Gesundheitssystem leidet, zwingt geradezu, immer mehr und immer ältere Patienten ambulant statt stationär zu operieren. Dass hier im Wesentlichen auf Kosten der Patienten gespart wird, haben diese noch gar nicht wahrgenommen. Zu sehr nämlich setzen sie den stationären Krankenhausaufenthalt mit der Schwere ihrer Erkrankung bzw. des operativen Eingriffs gleich. Die »gefühlte« Erleichterung über eine ambulante Durchführbarkeit lässt die Patienten die unweigerlich folgenden Unannehmlichkeiten daheim, z.B. das Aufsuchen von Bad und Schlafzimmer mit Krücken, meist im ersten Stock der deutschen Eigenheime gelegen, von aufzuglosen Mietshäusern einmal ganz abgesehen oder den Angehörigen- oder Taxi-»gestützten« Transport zu notwendigen Behandlungs- und Nachschauterminen etc. nur allzu leicht vergessen bzw. verdrängen. Mittlerweile aber sind es nicht nur die Kranken, die Einschränkungen hinnehmen müssen, sondern auch diejenigen, die bereit sind, eine derartige Behandlung durchzuführen. Denn trotz aller berufspolitischer Bemühungen, kann diese kaum mehr kostendeckend erbracht werden. Dies ist auch einer der Gründe, dass Krankenhäuser und zwar je größer umso mehr, trotz massiven ordnungspolitischen Drucks des Gesetzgebers, immer noch zögern, sich auf ambulantes Operieren einzulassen.

Gerade Ambulantes Operieren erfordert neben einer exzellenten Organisation, hohe medizinische Qualität und sich ressourcenmäßig am Limit des Vertretbaren bewegendes Arbeiten. Da im Falle von ambulanten Praxen und Tageskliniken der Schutz des Krankenhauses fehlt, der Fehler und Organisationsmängel leichter »verzeiht« und der Kranke kurz nach der Behandlung diesbezüglich schutzlos und im wesentlichen auf sich selbst und seine Familie gestellt wieder nach Hause entlassen wird, ist diese Behandlungsform äußerst anspruchsvoll. Dies bestätigt leider auch die steigende Zwischenfallshäufigkeit bei und nach ambulanten Eingriffen.

Um den Hauptakteuren, nämlich Operateur und Anästhesist derartige Erfahrungen zu ersparen und ihnen in diesem vom Verordnungsgeber »verminten« Terrain Sicherheit zu geben, haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten im

letzten Jahr veranlasst, eine »Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie« herauszugeben.

Um allen, die sich mit dem Thema »Ambulantes Operieren« auseinandersetzen wollen oder müssen, den Einstieg in diese nach wie vor komplexe Materie zu erleichtern, dient vorliegendes Buch. Wir kennen kaum Autoren, die auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen und Expertise berufener wären, über dieses Thema zu informieren und wünschen daher dem »Ambulanten Operieren« eine weite Verbreitung und dem geneigten Leser einen entsprechenden Erkenntnisgewinn.

Prof. Dr. med. M.-J. Polonius

ehemaliger Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

Prof. Dr. med. B. Landauer

ehemaliger Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Vorwort

Kaum ein Bereich im Gesundheitswesen bietet sowohl niedergelassenen Ärzten als auch Kliniken die Möglichkeit, zum einen fachspezifische Aspekte und Besonderheiten patientenbezogen und kundenorientiert umzusetzen und zum anderen die politisch gewünschte sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu verwirklichen. In den letzten Jahren konnten unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit – wie ambulante Operationszentren (AOZ), Praxen oder Ärztehäuser, medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder klinikambulantes Operieren mit Anbindung von Niedergelassenen an Krankenhäuser – erfolgreich umgesetzt werden.

Das Städtische Klinikum Solingen war 1994 eines der ersten Krankenhäuser in Deutschland, das eine Operative Tagesklinik in einem Klinikum der Maximalversorgung einrichtete. Im Jahr 2007 erfolgte eine unter Kostengesichtspunkten notwendige Umstrukturierung der Operativen Tagesklinik; im Jahr 2008 wurde dann im Zuge einer Neustrukturierung das Ambulante Operationszentrum im Hauptgebäude des SKS Solingen gGmbH in geänderten Räumlichkeiten etabliert, um das klinikambulante Operieren zukunftsfähig zu machen.

Ebenfalls im Jahr 2007 entstand auf Basis der mehr als 10-jährigen Erfahrung klinikambulanten Operierens das Lehrbuch »Ambulantes Operieren«. In der 1. Auflage wurde die Sichtweise eines ambulant operierenden Krankenhauses in den Vordergrund gestellt. Zudem dominierten medizinische Fachthemen, die in den ersten Jahren des klinikambulanten Operierens – bevor sich zunehmend Standards etablierten – festgeschrieben werden sollten, sich aber in sehr kurzfristigen Zeiträumen kontinuierlich veränderten. Andere wichtige Bereiche wie das ambulante Operieren im niedergelassenen Sektor oder in Operationsmodellen wie dem MVZ fanden noch wenig Beachtung.

Die Herausgeber der 2. Auflage sehen es daher als wesentliche Aufgabe an, dem ambulanten Operieren im niedergelassenen Bereich und den unterschiedlichen Kooperationsmodellen einen angemessenen Umfang einzuräumen. In gleichem Maße wurden medizinische Fragestellungen, die inzwischen in mehrjähriger Routine umgesetzt wurden, gekürzt. Wichtig ist den Herausgebern, dass nicht nur die Akteure des ambulanten Operierens von medizinischer Seite zu Wort kommen, sondern dass auch berufspolitische Aspekte sowie die Gesichtspunkte der Kostenträger einfließen. So zielt dieses Lehrbuch in seiner 2. Auflage nicht nur auf Fachexperten aus den operativen Fächern und der Anästhesiologie ab, sondern spricht gleichermaßen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Funktions- und Pflegedienst, Arzthelferinnen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aller am ambulanten Operieren beteiligten Fächer sowie Verantwortliche im Bereich der Krankenhausökonomie und der Krankenversicherungen an. Neben medizinischen Fragestellungen und Expertenwissen im operativen und anästhesiologischen Bereich werden ökonomische und ablauforganisatorische Fragestellungen, auch im Hinblick auf spezielle Patientengruppen wie Kleinkinder oder geriatrische Patienten behandelt. Da Veränderungen im Gesundheitswesen im Bereich des ambulanten Operierens durch jährliche Änderungen des Katalogs und Anpassung der Rahmenbedingungen sehr schnelllebig sind, war den Herausgebern die Aktualität des Lehrbuchs besonders wichtig.

In diesem Zusammenhang gilt der besondere Dank der Herausgeber allen beteiligten Autoren für die zeitnahe und kompetente Ausarbeitung der jeweiligen Fachkapitel. Gerade in der heutigen Zeit ist es unter den enormen Belastungen im Gesundheitssystem nicht selbstverständlich, publikatorisch aktiv zu sein und den erheblichen zeitlichen Aufwand für Lehrbuchbeiträge zu leisten. Des Weiteren möchten sich die Herausgeber herzlich bei Frau Dr. Anna Krätz, Frau Claudia Bauer und Frau Maria Schreier vom Springer Verlag für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Umsetzung dieser völlig neu gestalteten und erweiterten 2. Auflage des Lehrbuchs bedanken. Die unkomplizierte und verständnisvolle Unterstützung von Verlagsseite war den Herausgebern bei der Umsetzung dieses Buchprojekts eine wertvolle Hilfe. Besonderer Dank gilt auch Frau Silvia Kettner aus dem Städtischen Klinikum Solingen für die freundliche und hilfsbereite Unterstützung bei der redaktionellen Überarbeitung der Buchkapitel.

Die Herausgeber hoffen, mit der 2. Auflage dieses Lehrbuchs, das in seiner Konzeption im deutschsprachigen Raum bislang konkurrenzlos ist, einen breiten interessierten Leserkreis aus dem Bereich Krankenhausökonomie und Medizin bis hinein in medizinische Randgebiete zu erreichen. Die Herausgeber möchten ein Nachschlagewerk für Interessierte und auch Denkanstöße und Diskussionsgrundlage für Experten auf diesem Gebiet liefern.

Prof. Dr. Th. Standl, Dr. Ch. Lussi

Solingen, März 2012

Autorenverzeichnis

Appel, Thorsten, PD Dr. Dr.

MKG-Chirurg
Praxisklinik für MKG
Bonn-Rhein-Sieg
Alte Heerstraße 56
53757 Sankt Augustin

Becke, Karin, Dr.

Chefärztin der Anästhesie
Cnopfsche Kinderklinik
St.-Johannis-Mühlgasse 19
90419 Nürnberg

Biermann, Elmar, Dr.

Justitiar BDA und DGAI
Geschäftsstelle der DGAI
Roritzer Str. 27
90419 Nürnberg

Büchel, Wolfgang

Glehner Weg 14
41464 Neuss

Chon Seung-Hun, Dr.

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Städtisches Klinikum
Solingen gGmbH
Gotenstraße 1
42653 Solingen

Dolderer, Manuel

Wittener Institut für
Strategie und Management
(Wisum)
Alfred-Herrhausen-Str. 44
58455 Witten

von Eiff, Wilfried, Prof. Dr. Dr.

CKM Center for Hospital
Management
Röntgenstr. 9
48149 Münster

Follmann, Patrick, Dr.

Klinik für Urologie und
Kinderurologie
Städtisches Klinikum
Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Freeseemann, Harbert, Dr.

Auf den Truben 28
26789 Leer/Ostfriesland

Geyer, Götz, Prof. Dr.

Chefarzt
Klinik für Hals-, Na-
sen-, Ohrenheilkunde,
Kopf- und Halschirurgie
Städtisches Klinikum
Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Gottschalk, André, PD Dr., MBA

Klinik für Anästhesiologie,
Intensiv- und Schmerz-
medizin
Diakoniekrankenhaus Frie-
derikenstift gGmbH
Humboldtstraße 5
30169 Hannover

Gottschalk, Antje, Dr.

Klinik für Anästhesiologie
und operative Intensiv-
medizin
Universitätsklinikum
Münster
Albert-Schweitzer-Straße
33
48129 Münster

Grapengeter, Martin, Dr.

Mittelweg 25i
26789 Leer

Herminghaus, Anna, Dr., DESA

Klinik für Anästhesiologie
und Intensivmedizin
RTH Christoph 8
Klinikum Lünen – St.-Ma-
rien-Hospital
Altstadtstr. 23
44534 Lünen

Heuser, Markus, Prof. Dr.

Chefarzt
Klinik für Urologie und
Kinderurologie
Städtisches Klinikum
Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Hofer, Harald, Dipl.-Volks- wirt, Dr. med.,

Arzt für Anästhesiologie
Scheepermannsweg 32
46535 Dinslaken

Höher, Paul G., Prof. Dr.

Facharzt für
Krankenhaushygiene
Bremerstraße 26B
42109 Wuppertal

Kordes, Maria

CKM Center for Hospital
Management
Röntgenstr. 9
48149 Münster

Krabbe-Steggemann, Cornelia

Steggemann Architekten
Hofmate 4
48683 Ahaus

Lussi, Christoph, Dr.

Praxis für Anästhesiologie
Schieferweg 8
42659 Solingen

Mehler, Joachim, Dr.

Beethovenstr. 62
53115 Bonn

Menn, Karsten

Schlegelstr. 18
42719 Solingen

Mertz, Selinde, Dr.

Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. der Otto-von-Guericke-Universität
Anästhesiologie und Intensivtherapie
Leipzigerstr. 44
39120 Magdeburg

Meyer, Hans Joachim, Prof. Dr. Dr. h.c.

Chefarzt
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Neumann, Axel Rainer, Dr.

Arzt für Chirurgie
Präsident des Bundesverbands für Ambulantes Operieren e.V.
Sterntorbrücke 1
53111 Bonn

Pandya, Michael

Funktionsoberarzt, Ambulantes OP-Zentrum
Klinik für Anästhesie, Operative Intensiv- und Palliativmedizin
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Rapp, Stephan, Dr.

Chefarzt der Klinik Kitzinger Land
Kommunalunternehmen des Landkreises Kitzingen
Keltenstraße 67
97318 Kitzingen

Rüth, Jonathan

Bahnhofstraße 27
58452 Witten

Rutt, Georg Th., Dr.

Frauenarzt und Geburtshilfe
Violstraße 92
47800 Krefeld (Bockum)

Schmickler, Stefanie, Dr.

Augenärzte Gemeinschaftspraxis
Domhof 15
48683 Ahaus

Schmickler, Franz-Peter

Liegnitzstr. 4
48683 Ahaus

Schwarz, Hans-Jörg

Leiter Patientenmanagement
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Standl, Thomas, Prof. Dr.

Chefarzt
Klinik für Anästhesie, Operative Intensiv- und Palliativmedizin
Medizinischer Direktor
Stellv. Geschäftsführer
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Steggemann, Winnfried

Steggemann Architekten
Hofmate 4
48683 Ahaus

Voigt, Christian, Prof. Dr.

Chefarzt
Klinik Unfallchirurgie, Orthopädie, Handchirurgie
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Warweg, Sebastian

C3 Kliniken Holding GmbH
Violstraße 92
47800 Krefeld

Weberus, Christian, LL.M. (Oec.)

Referent des Medizinischen Direktors
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Wilhelm, Wolfram, Prof. Dr., DEAA

Chefarzt
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
RTH Christoph 8
Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital
Altstadtstr. 23
44534 Lünen

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen

1	Entwicklung und Bedeutung des ambulanten Operierens	3
	<i>H. Hofer</i>	
1.1	Geschichte	4
1.2	Entwicklung in Zahlen	4
1.3	Ambulantes Operieren – Warum?	5
1.4	Volkswirtschaftliche Aspekte	6
1.5	Zusammenfassung	7
	Literatur	7
2	Politische Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen	9
	<i>W. von Eiff, M. Kordes</i>	
2.1	Anlass	10
2.2	Konzeptansatz und rechtliche Grundlagen	10
2.3	Gesundheitspolitische Ziele	13
2.4	Flankierende Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung	17
2.5	Fazit und Ausblick	19
	Literatur	19
3	Ökonomische Aspekte	21
	<i>A. Neumann, K. Menn</i>	
3.1	Ambulantes Operieren aus Betreibersicht	22
3.2	Ambulantes Operieren aus Sicht der Kostenträger	30
	Literatur	34
4	Ablauforganisation und Planung	35
	<i>M. Pandya</i>	
4.1	Einleitung	36
4.2	Voraussetzungen	36
4.3	Umsetzung des ambulanten Operierens im Alltag	41
4.4	Zusammenfassung	42
	Literatur	43

II Ambulantes Operieren im Krankenhaus

5	Bauliche Voraussetzungen und Hygiene	47
	<i>P.G. Höher, W. Büchel</i>	
5.1	Einleitung	48
5.2	Gesetzliche Regelungen und Vorgaben	48
5.3	Allgemeine gesetzliche Regelung zum ambulanten Operieren	49
5.4	Betriebsformen, Hygienestrukturen	50
5.5	OP-Abteilung und Eingriffsraum	50
5.6	Anforderungen an Flächen, Bauteile und Einrichtung	52
5.7	Be- und Entlüftung, Klimatisierung	54

5.8	Notstromversorgung	55
5.9	Einrichtung von OP-Saal und Eingriffsraum	55
5.10	Hygieneplan	55
	Literatur	56
6	Personalwesen	57
	<i>C. Weberus</i>	
6.1	Allgemeines	58
6.2	Empfehlung/Leitlinie	58
6.3	Praktisches Beispiel	58
6.4	Zusammenfassung	59
	Literatur	59
7	Organisationsablauf	61
	<i>T. Standl</i>	
7.1	Einleitung	62
7.2	Konzept	62
7.3	Lokalisation	63
7.4	Zuständigkeiten und Leistungsbereiche	64
7.5	Patientengut und Operationsindikationen	64
7.6	Ablauforganisation	65
7.7	Darstellung eines AOZ in einem Klinikum der Maximalversorgung	71
	Literatur	74
8	Kosten und Erlöse des ambulanten Operierens im Krankenhaus	77
	<i>H.J. Schwarz</i>	
8.1	Vorbemerkungen	78
8.2	Erlöse	78
8.3	Kosten	87
8.4	Zusammenfassung	90
	Literatur	90
III Praxisambulantes Operieren		
9	Bauliche Voraussetzungen und Hygiene	95
	<i>W. Steggemann, C. Krabbe-Steggemann</i>	
9.1	Einleitung	96
9.2	Grundlagen	96
9.3	Bedarfsplanung	97
9.4	Planungen	99
9.5	Endlich: Bau!	102
9.6	Zusammenfassung	103
10	Personalwesen	105
	<i>C. Lussi</i>	
10.1	Einleitung	106
10.2	Rechtsvorschriften	106

10.3	Unterschiede zum Krankenhaus	106
10.4	Spezielle Aufgabenbereiche der OP-Einheiten	107
10.5	Personalmanagement	108
10.6	Konflikte	109
10.7	Zusammenfassung	109
	Literatur	109
11	Organisationsablauf	111
	<i>C. Lussi</i>	
11.1	Einleitung	112
11.2	Organisationsstruktur	112
11.3	Ablauforganisation	114
11.4	Zusammenfassung	116
	Literatur	116
12	Kosten und Erlöse, QM und Patientenzufriedenheit	117
	<i>S. Warweg, M. Dolderer, J. R��th</i>	
12.1	Einleitung	118
12.2	ökonomische Aspekte	118
12.3	Qualität als notwendige Voraussetzung und Wettbewerbsvorteil	122
	Literatur	125
IV	Medizinische Aspekte	
13	Patientenaufklärung	129
	<i>E. Biermann</i>	
13.1	Einleitung	130
13.2	Einwilligung	130
13.3	Aufklärung	133
	Literatur	138
14	Prämedikation	139
	<i>M. Grapengeter, H.W. Freesemann</i>	
14.1	Einleitung	140
14.2	Evaluation und Vorbereitung des Patienten	140
14.3	Prämedikation, Diagnostik und Nüchternheit bei Kindern	148
14.4	N��chternzeiten	150
14.5	Prämedikation	150
	Literatur	150
15	Anästhesiologische Aspekte	153
	<i>W. Wilhelm, A. Herminghaus, T. Standl, S. Rapp, A. Gottschalk</i>	
15.1	Allgemeinanästhesie	154
15.2	Regionalanästhesie	164
15.3	Atemwegsmanagement	170
15.4	Postoperative Schmerztherapie	175
	Literatur	181

16	Operative Aspekte	185
	<i>H.J. Meyer, S.H. Chon, C. Voigt, M. Heuser, P. Follmann, H.J. Graff†, G.T. Rutt, T. Appel, St. Schmickler, G. Geyer</i>	
16.1	Allgemein- und Viszeralchirurgie	186
16.2	Ambulante Operationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie	191
16.3	Ambulantes Operieren in der Urologie	197
16.4	Gynäkologie	206
16.5	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	211
16.6	Augenheilkunde	217
16.7	HNO-Heilkunde	224
	Literatur	229
17	Besondere Patientengruppen	233
	<i>S. Mertz, K. Becke, J. Mehler, A. Gottschalk</i>	
17.1	Anästhesie bei Kindern	234
17.2	Anästhesie bei geriatrischen Patienten	251
17.3	Anästhesie bei Patienten mit Behinderungen	258
	Literatur	262
	Stichwortverzeichnis	265

Grundlagen

- Kapitel 1** **Entwicklung und Bedeutung des ambulanten Operierens – 3**
H. Hofer
- Kapitel 2** **Politische Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen – 9**
W. von Eiff, M. Kordes
- Kapitel 3** **Ökonomische Aspekte – 21**
A. Neumann, K. Menn
- Kapitel 4** **Ablauforganisation und Planung – 35**
M. Pandya

Entwicklung und Bedeutung des ambulanten Operierens

H. Hofer

- 1.1 Geschichte – 4
- 1.2 Entwicklung in Zahlen – 4
- 1.3 Ambulantes Operieren – Warum? – 5
- 1.4 Volkswirtschaftliche Aspekte – 6
- 1.5 Zusammenfassung – 7
- Literatur – 7

1.1 Geschichte

Das Konzept des ambulanten Operierens ist keine Erfindung des 20. Jahrhunderts. Schon in der Antike wurden Operationen ambulant durchgeführt, und noch um 1830 war es ein Vorrecht der Adligen und des gehobenen Bürgertums, Operationen und Krankenpflege zu Hause erfahren zu dürfen. Aufgrund mangelnder Anästhesie und Analgesie beschränkten sich die Eingriffe jedoch auf kurze und unvermeidbare Operationen wie Fremdkörperentfernungen, Reposition von Frakturen oder Abszesseröffnungen. Wird in westlichen Ländern heute eine von zehn Personen pro Jahr operiert, so bedeutet dies eine Steigerung gegenüber der Zeit vor 200 Jahren um das 500-Fache. Die Mortalität war damals aufgrund von Stressreaktionen und Wundinfektionen dramatisch hoch [1, 11].

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden Kriegsverletzte zunächst am Rand der Schlachtfelder in Zelten oder Hütten gesammelt und behandelt. Um diese Zeit entstanden die ersten Krankenhäuser, die jedoch den eher armen Bevölkerungsschichten vorbehalten waren.

Erst nach 1840, mit der Entdeckung von Anästhetika wie Lachgas, Äther oder Chloroform und deren Verwendung in der Medizin, wurden umfangreichere Operationen möglich. Nur kurze Zeit später führten die Konzepte der Antisepsis, Asepsis, der allgemeinen Hygiene und später dann die Entdeckung der Antibiotika zu bis dato ungeahnten Möglichkeiten in der Chirurgie – jedoch überwiegend als stationäre Eingriffe.

Bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts kann in Deutschland von einer Institution »ambulantes Operieren« nicht die Rede sein. Ganz anders die Situation in Großbritannien und den USA. Schon 1909 berichtete J.H. Nicoll der British Medical Association von etwa 9.000 Patienten, die im Glasgow Royal Hospital for Sick Children ambulant operiert wurden. 1916 errichtete Dr. Ralph Waters in Sioux City, Iowa, die erste anästhesiologische Klinik für kleinere chirurgische Eingriffe und zahnärztliche Behandlungen. Schon 2 Jahre später beschäftigte er 50 Ärzte und Zahnärzte und meinte: »The future of such a venture, I believe, is bright.«

Im Jahr 1970 wurde in Phoenix, Arizona, das erste Ambulatory Surgical Center (ASC) durch

Dr. Wallace Reed eröffnet. Inzwischen werden in den USA jährlich über 22 Millionen Operationen in 5.000 ASCs durchgeführt [11].

In Deutschland begann Prof. Bourmer ab 1969 mit ambulanter Kinderchirurgie und richtete 1979 das erste Symposium für Ambulantes Operieren aus, wobei die Referenten überwiegend aus dem Klinikbereich kamen. Erst 1987 übernahmen der Hartmannbund und später auch die Politik den Wahlspruch »Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig«. Die Förderung des ambulanten Operierens wurde erstmalig im Jahr 1992 gesetzlich durch den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer verankert, wobei es der Gesetzgeber zu diesem Zeitpunkt versäumte, einen Modus zu etablieren, der einen freien Fluss der Mittel zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ermöglichte [1].

Nach dieser Zeit kam es in Deutschland zu einem sprunghaften Anstieg der Anzahl an Praxiskliniken und ambulanten Operationszentren (AOZ). Obwohl die Vergütungssituation alles andere als optimal gelöst ist, wird sowohl in Praxen, Praxiskliniken, AOZ und auch in den Krankenhäusern zunehmend mehr ambulant operiert.

1.2 Entwicklung in Zahlen

Seit Beginn der statistischen Erfassung ambulanten Operationsfälle in Deutschland im Jahr 1996 hat sich deren Anzahl im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mehr als verdoppelt (■ Tab. 1.1).

Diese Entwicklung der Fallzahlen korreliert mit den GKV-Ausgaben für ambulante Operationen, wobei eine überproportionale Zunahme im Krankenhaus deutlich wird (■ Tab. 1.2).

Verglichen mit den Zahlen des ambulanten Operierens in den USA ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. In den USA werden zwei Drittel aller operativen Eingriffe ambulant durchgeführt, in Deutschland nur ein Drittel [4, 12, 13]. Allein von 1996 bis 2006 hat sich in den USA die Zahl der ambulanten Operationen von 20,8 Millionen auf 34,7 Millionen erhöht, wobei die vom Krankenhaus unabhängigen Operationszentren den größten Zuwachs zu verzeichnen hat-

■ **Tab. 1.1** Ambulante Operationsfälle im Bereich der GKV in Deutschland [6]

Jahr	Ambulante Operationen
1996	3.847.498
2000	5.351.853
2001	5.244.572
2002	5.273.372
2003	5.566.314
2004	5.670.979
2005	6.850.365
2006	7.320.066
2007	7.569.975
2008	7.914.873
2009	7.860.791

ten. Verglichen mit den krankenhausgebundenen Operationszentren wurden dort auch die kürzeren Operationszeiten und geringeren postoperativen Liegezeiten registriert. Interessant an dieser Erhebung aus dem Jahr 2006 ist die Tatsache, dass sich deutlich mehr Frauen als Männer einem ambulanten Eingriff unterzogen [3].

Neue endoskopische und atraumatische Operationstechniken sowie gut steuerbare und mit weniger Nachwirkungen behaftete Narkosemittel werden dazu beitragen, diese Entwicklung voranzutreiben.

1.3 Ambulantes Operieren – Warum?

Durchsucht man die Literatur zu diesem Thema, stellt sich heraus, dass gerade in volkswirtschaftlich starken Ländern wie den USA oder in westeuropäischen Staaten das ambulante Operieren propagiert wird. Eigentlich müssten ambulante Eingriffe gehäuft in denjenigen Staaten durchgeführt werden, die nicht die nötigen finanziellen Mittel aufbringen können, den Patienten medizinische Pflege und Übernachtung zu bieten. Gründe, dass dies nicht so ist, sind vermutlich die mangelnden infrastrukturellen Bedingungen, wie Kommunikationsmög-

lichkeiten und Transportwege, die zwingend mit dem ambulanten Operieren verbunden sind [11].

Die entscheidenden Schlagworte heute sind:

- Patientensicherheit,
- Prozess- und Ergebnisqualität,
- Wirtschaftlichkeit,
- Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Zunehmend wurden in den letzten Jahren Gesetze und Verordnungen erlassen, die die Patientensicherheit und die Qualität erhöhen sollen. Beispielhaft seien die geforderten Qualitätsstandards des § 115b SGB V, die gesetzesähnlichen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts, das Infektionsschutzgesetz oder das Medizinprodukte-Betreibergesetz (MPG) erwähnt.

Im Rahmen einer Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in Kooperation mit dem Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO) und der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) aus dem Jahr 2010 wurden Patientenverläufe bei 4 definierten Eingriffen aus unterschiedlichen Fachgebieten bewertet, die in Deutschland noch häufig vollstationär durchgeführt werden [8]. Bei den Eingriffen handelte es sich um:

- Verschluss einer Hernia inguinalis (Allgemeinchirurgie),
- submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums (HNO),
- Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus (Myom) (Gynäkologie),
- arthroskopische Refixation und Plastik am Kapsel-Band-Apparat des Schultergelenks (Orthopädie).

Die Studie ergab, dass die genannten Eingriffe sicher und zur Zufriedenheit der Patienten durchgeführt wurden. Die postoperative Komplikationsrate – gemessen an der Zahl der Krankenhauseinweisungen in den ersten 30 postoperativen Tagen – war mit 1,1% (Krankenkassendaten) bzw. 3,2% (Patientenangaben) angesichts der Operationsarten gering und entsprach im internationalen Vergleich der dort evaluierten Qualität ambulanter Operationen.

■ Tab. 1.2 GKV-Ausgaben für ambulante Operationen [2]

Jahr	Ambulante Operationen außerhalb von Krankenhäusern (in 1.000 Euro)	Ambulante Operationen in Krankenhäusern (in 1.000 Euro)
1999	613.764	84.243
2000	665.743	105.943
2001	794.862	131.338
2002	908.912	160.152
2003	932.475	211.028
2004	936.053	357.358
2005	988.650	400.255
2006	1.367.654	458.400
2007	1.517.991	536.508
2008	1.592.054	599.296

- **Angesichts dieser Studienergebnisse kann die Frage heute nicht mehr lauten »Kann ich diese Operation ambulant durchführen?«, sondern die Frage muss lauten »Gibt es irgendeinen Grund, den Patienten im Krankenhaus übernachten zu lassen bzw. ändert sich etwas am Ergebnis, wenn der Patient stationär behandelt wird?«.**

Zur Beantwortung dieser Fragen müssen zudem folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- geringeres Risiko nosokomialer Infektionen bei ambulanten Eingriffen [5];
- geringere postoperative kognitive Dysfunktion (POCD), wenn der Patient – insbesondere Kinder oder ältere Patienten – postoperativ direkt in das heimische Umfeld entlassen werden kann [10];
- verminderte Immobilisation mit verbesserter Durchblutung, geringerer Thrombosegefahr, besserer Lungenbelüftung, vermindertem Krankheitsgefühl bei ambulanter Durchführung;
- bessere Kommunikationswege im Setting »ambulantes Operieren«, sei es am Krankenhaus, im OP-Zentrum oder in der Praxis – meist wird der Patient von der Aufnahme bis zur Entlassung vom gleichen Team betreut, und dies reduziert Missverständnisse und Informationsverluste.

1.4 Volkswirtschaftliche Aspekte

1.4.1 Vergütungssysteme

Grundsätzlich erfolgt die Honorierung medizinischer Leistungen in Deutschland über drei – möglicherweise demnächst vier – Wege:

- Die Diagnosis Related Groups (DRG) und die damit verbundenen Honorare werden zur Vergütung stationärer Behandlungen herangezogen.
- Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Basis zur Vergütung ambulanter Leistungen im Rahmen der GKV,
- die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Basis der Vergütung für Leistungen im Rahmen der privaten Krankenversicherung (PKV).
- Das Inkrafttreten einer Gebührenordnung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes ist für den 01.01.2012 geplant.

Im Bereich der GKV sind die zur Verfügung stehenden Mittel sektoral budgetiert, sodass eine Einsparung etwa im stationären Bereich nicht zwingend mit einer erhöhten Geldmenge im ambulanten Bereich korrespondiert. Gesundheitspolitiker haben in den letzten Jahren versucht, diese sektorale Budgetierung aufzubrechen, jedoch immer

nur im Rahmen von Gesetzesinitiativen und selten über ein verändertes Honorierungsniveau.

Vergleicht man die DRG- und EBM-Honorare für gleiche Operationen, so wird deutlich, dass das Honorar für den ambulanten Eingriff (EBM) mit Beträgen zwischen 15% und 33% des gleichen Eingriffs unter stationären Bedingungen (DRG) vergütet wird [14]. Inwieweit hier die zu schaffende Gebührenordnung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes einen Ausgleich bewirkt, bleibt abzuwarten.

1.4.2 Allokationsprobleme

Es ist nicht weiter verwunderlich, dass die oben beschriebenen unterschiedlichen Vergütungssysteme zu Fehlanreizen und Fehlallokationen vorhandener Ressourcen führen, ist es doch für Krankenhäuser in der Regel lukrativer, einen bestimmten Eingriff stationär zu erbringen, wobei § 115b SGB V Grenzen setzt und viele Operationen als zwingend ambulant definiert. So ist der »klassisch ambulante« Eingriff, die Arthroskopie des Kniegelenks, noch immer der zweithäufigste operative Eingriff beim vollstationären Patienten [7].

Oberender konnte in einer 2010 durchgeführten Studie nachweisen, dass allein durch die Verlagerung von 25 operativen Eingriffen vom stationären in den ambulanten Sektor zwischen 25 und 515 Millionen Euro – in Abhängigkeit des betrachtenden Patientenkollektivs – eingespart werden könnten [9].

Aufgrund der sektoralen Budgets wurde Beitragsstabilität zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zum volkswirtschaftlichen Effizienzkriterium. Wenn man jedoch das allgemein gültige volkswirtschaftliche Prinzip der Effizienz auf das Operieren übertragen würde, so bedeutet dies, dass Effizienz erst dann eingetreten ist, wenn mit den vorhandenen Mitteln eine weitere Operation nur dann durchgeführt kann, wenn an anderer Stelle weniger operiert wird. Die o.g. Studie widerlegt, dass wir volkswirtschaftlich auch nur annähernd an diesem Punkt angekommen sind. Durch eine Verlagerung vieler ambulant durchführbarer Operationen in diesen Bereich würden – ohne Qualitätsverlust – Mittel frei, die wesentlich effizienter

eingesetzt werden könnten. Notwendig hierzu ist ein Aufbrechen der Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär und eine betriebswirtschaftlich vernünftige und ausreichende Honorierung der ambulanten Leistungen, da in einer Marktwirtschaft dem Preis einer Ware oder Dienstleistung die Funktion der Verteilung zukommt.

1.5 Zusammenfassung

Das ambulante Operieren ist keine Erfindung des 20. Jahrhunderts, doch musste es in Deutschland neu entdeckt werden. Ökonomischer Druck und nicht zuletzt die Nachfrage durch die Patienten werden dazu führen, dass das ambulante Operieren in Zukunft einen noch größeren Stellenwert einnimmt. Im internationalen Vergleich der westlichen Länder nimmt Deutschland hier nur einen Platz im Mittelfeld ein. Voraussetzung für eine Effizienzsteigerung ist jedoch eine Neuordnung des Vergütungssystems, um Anreize zur Fehlallokation der beschränkten Versicherungsgelder zu minimieren.

Literatur

- 1 Brökelmann J (2006) Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, Standl T (Hrsg) *Ambulantes Operieren*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- 2 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) KJ 110 Jahre. <http://www.bmg.bund.de>. Abgerufen 12.01.2011
- 3 Center of Disease Control CDC – National Center for Health Statistics Homepage. <http://www.cdc.gov/nchs/>. Abgerufen 14.01.2011
- 4 Cullen KA et al. (2009) *Ambulatory surgery in the United States 2006*. National Health Stat Reports
- 5 Gastmeier P et al. (2003) Erläuterungen zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance von postoperativen Wundinfektionen in Einrichtungen für das ambulante Operieren. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- 6 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg) *Art der ärztlichen Leistung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl)*. <http://www.gbe-bund.de>. Abgerufen 14.01.2011
- 7 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg) *Die 50 häufigsten Operationen der vollstationären Patientin-*

nen und Patienten in Krankenhäusern. <http://www.gbe-bund.de>. Abgerufen 14.01.2011

- 8 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hrsg) (2010) Qualitätsmaßnahme Ambulante Operationen, München
- 9 Oberender & Partner (2010) Ökonomische Betrachtung des Ambulanten Operierens. Gutachten, Stand 09.04.2010, Bayreuth
- 10 Ouellette RG, Ouellette M (2010) Understanding post-operative cognitive. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- 11 Raeder J (2010) Clinical Ambulatory Anesthesia. Cambridge Clinical Guides, Cambridge
- 12 Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg) (2009) 41,8 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren bei stationären Patienten 2008. Pressemitteilung Nr. 443 vom 20.11.2009
- 13 Tofgard C, Parmentier G (2006) International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. International Association for Ambulatory Surgery
- 14 Vescia F (2009) Betrachtung der zukünftigen Finanzierung des Ambulanten Operierens in Bezug auf die gleichen Leistungen stationär im Krankenhaus. Berufsverband Deutscher Anästhesisten Bayern

Politische Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen

W. von Eiff, M. Kordes

- 2.1 Anlass – 10
- 2.2 Konzeptansatz und rechtliche Grundlagen – 10
- 2.3 Gesundheitspolitische Ziele – 13
- 2.4 Flankierende Maßnahmen zur Effizienzsteigerung
und Qualitätssicherung – 17
- 2.5 Fazit und Ausblick – 19
- Literatur – 19

2.1 Anlass

Demographischer Wandel, ständige medizintechnische Neuerungen und akuter Personalmangel stellen das deutsche Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Die Krankenhäuser sind mit ca. 33% der GKV-Ausgaben der kostenintensivste Leistungsbereich im Gesundheitswesen. Um den kostenträchtigen vollstationären Bereich zu entlasten, hat der Gesetzgeber das ambulante Operieren in das Gesundheitsstrukturgesetz (1992) aufgenommen. Zwar sind die ökonomischen und patientenbezogenen Vorteile des ambulanten Operierens im internationalen Vergleich nicht umstritten; dennoch hat sich diese Versorgungsform in Deutschland eher zögerlich etabliert.

2.2 Konzeptansatz und rechtliche Grundlagen

2.2.1 Ambulantes Operieren

➤ **Ambulantes Operieren in Deutschland ist definiert als »Eingriff, bei dem der Patient die Nacht vor und nach dem Eingriff zu Hause verbringt« [12].**

Der Eingriff soll ohne Minderung von Qualität oder Sicherheit gegenüber einer stationären Behandlung durchgeführt werden. An welchem Ort der Eingriff vorgenommen wird, spielt keine übergeordnete Rolle. Es muss jedoch eine eigenständige organisatorische Einheit existieren, die dafür sorgt, dass Patienten ohne Gefährdung operiert und behandelt werden können [12]. Die Veranlassung für eine ambulante Operation sollte in der Regel durch einen Überweisungsschein erfolgen. Handelt es sich um einen Notfall, ist allerdings auch die Versicherungskarte mit dem Personalausweis zulässig. Ohne Überweisungsschein ist das Krankenhaus verpflichtet, die Praxisgebühr von 10 Euro einzuziehen [5].

2.2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das ambulante Operieren wurden erstmals durch das am 01.01.1993 in Kraft getretene »Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung – GSG« geschaffen. Die Regelungen ambulanter Operationen und stationärer Operationen sind in § 115b Abs. 1 SGB V enthalten.

■ AOP-Vertrag

Der Spitzenverband der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sowohl einen Katalog der ambulant durchführbaren Operationen (AOP-Vertrag) als auch die Vergütungsregeln für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbart. Aufgrund der sich jährlich ändernden Operationsprozeduren und deren Abrechnungsregelungen (OPS-Codes) wird dieser Katalog kontinuierlich angepasst.

➤ **Aktuell gilt der überarbeitete AOP-Vertrag, der am 1. Januar 2011 vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verabschiedet wurde.**

Der Fokus liegt insbesondere auf der Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen im Niedergelassenen- sowie im Krankenhausbereich. Der Vertrag beinhaltet in Anlage 1 alle Operationen, die vom Krankenhaus ambulant durchgeführt werden dürfen. Der Katalog soll nicht dazu verpflichten, alle zur ambulanten Operation fähigen Leistungen auch tatsächlich ambulant durchzuführen. Es wird unterschieden zwischen

- Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden dürfen, und
- Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Leistung erbracht werden kann.

Die Entscheidung obliegt dem behandelnden Arzt, der den individuellen Einzelfall zu betrachten hat. Der Arzt entscheidet letztendlich über Art und Umfang des Eingriffs und hat sich zu vergewissern, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch

im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als auch ggf. pflegerisch angemessen versorgt werden kann.

■ ■ Teilnahme eines Krankenhauses am ambulanten Operieren

➤ Für die Teilnahme eines Krankenhauses am ambulanten Operieren ist es gemäß § 115b SGB V erforderlich, einen Antrag an

- die Landesverbände der (Primär-)Krankenkassen,
- die Verbände der Ersatzkassen,
- die zuständige kassenärztliche Vereinigung und

den Zulassungsausschuss (nach § 96 SGB V) zu stellen und die Teilnahme genehmigen zu lassen.

Ohne diesen Antrag besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber den Kostenträgern [14]. Der Antrag ist nicht von der Bedarfsplanung abhängig. Grundsätzlich darf ein Krankenhaus nur diejenigen ambulanten Operationen durchführen, die dort auch stationär angeboten werden [5]. Der Antrag erfolgt in maschinenlesbarer Form über ein Formular des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Dort sind, neben den allgemeinen Daten des jeweiligen Krankenhauses, die Leistungen aus dem Katalog des ambulanten Operierens mit der zugehörigen EBM-Ziffer anzugeben. Zudem müssen diejenigen abteilungsbezogenen Leistungsbereiche gemeldet werden, in denen ambulante Eingriffe erbracht werden sollen.

■ ■ Vergütung ambulanter Leistungen

Die Vergütung der ambulanten Leistungen bei GKV-Patienten erfolgt gemäß den im AOP-Vertrag festgelegten Regelungen und auf Grundlage des jeweils gültigen EBM. Ambulant erbrachte Leistungen für Privatpatienten und Selbstzahler können anhand der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden.

Bis zum 01.01.2009 unterlagen ambulant erbrachte Operationen einer Budgetdeckelung, die sich bei Krankenhäusern ausschließlich auf den monetären Bereich eines Budgets bezog. Niedergelassene Operateure hatten sogar noch eine mengenmäßige Begrenzung.

➤ Seit 2009 unterstehen ambulante Operationen besonders förderungsfähigen Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen und neben dem normal geltenden Preis eines EBM-Punkts mit einem Zuschlag vergütet werden.

■ ■ Facharztstandard

Grundsätzlich ist geregelt, dass Leistungen nur nach Facharztstandard erbracht werden dürfen. Die Eingriffe sind gemäß ihres Gefährdungsgrads in folgende Kategorien gegliedert:

- Operationen,
- kleine invasive Eingriffe,
- invasive Untersuchungen,
- vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen sowie
- Endoskopien¹.

■ ■ Anforderungen an die Ausstattung

Auch wenn der Ort der Leistungserbringung nicht so hoch ins Gewicht fällt, so gibt es doch detaillierte Anforderungen an die bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Ausstattung. Diese gilt es einzuhalten, denn ggf. kommt es zu Überprüfungen und Bereichsbegehungen [7].

➤ Die Anforderungen sind in der am 18.09.2006 in Kraft getretenen »Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien« gem. § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V enthalten.

2.2.3 Das Konzept des ambulanten Operierens

■ Aus Sicht des Patienten

Aus Sicht des Patienten bieten ambulante Operationen die Möglichkeit, nach der Behandlung schnell in die häusliche Umgebung zurückzukehren. Gerade für Kinder und ältere Menschen ist dies eine deutliche Verbesserung. Auch die Gefahr einer

1 Diese Unterteilung erfolgte auf Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts.

Wundinfektion ist für den Patienten durch die kurze Verweildauer deutlich geringer. Darüber hinaus hat der Patient deutlich mehr Mitspracherecht und Einflussmöglichkeiten als bei einem stationären Aufenthalt. Der Patient kann den Operateur frei wählen und mit diesem Ort und Termin der Operation vereinbaren. Auch die Organisation der häuslichen Nachsorge kann ggf. eigenverantwortlich erfolgen.

Generell werden nur Operationen ambulant durchgeführt, die ein minimales Risiko mit sich bringen. Die Entscheidung, ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, trifft der behandelnde Arzt. Der durchführende Arzt ist verpflichtet, »in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten, die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben«. ² Bei der Entscheidung spielt die individuelle Konstitution des Patienten eine erhebliche Rolle. Der Arzt muss entscheiden, ob der Patient in der Lage ist, die prä- und postoperativen Verhaltensmaßnahmen einzuhalten, also inwieweit der Patient die notwendige Compliance mitbringt [12]. Letztendlich kann die Operation nur durchgeführt werden, wenn auch der Patient mit dem ambulanten Eingriff einverstanden ist; dazu hat er eine Einwilligungserklärung zu unterschreiben. Studien haben belegt, dass die Gesamtzufriedenheit der ambulant operierten Patienten vergleichsweise hoch ist, und dass diese Form der Leistungserbringung gerne angenommen wird [1]. Trotz allem ist das ambulante Operieren im Bewusstsein der Öffentlichkeit nicht signifikant verbreitet. Eine mangelnde Aufklärung führt dazu, dass zahlreiche Patienten dieser Operationsform mit Vorurteilen und Skepsis gegenüberstehen.

■ Aus ökonomischer Sicht

Aus ökonomischer Sicht bietet die Förderung des ambulanten Operierens dem deutschen Gesundheitssystem einen entscheidenden Vorteil. Die

Gesamtausgaben können durch eine Verlagerung bestimmter Operationen vom stationären in den ambulanten Bereich deutlich gesenkt werden. Allerdings sind die in der Literatur zum Teil nachlesbaren Einsparpotenziale von mehr als einer halben Million Euro pro Jahr [6] weder vom Bewertungsansatz nachvollziehbar noch in dieser Höhe unumstritten.

■ Aus medizinischer Sicht

Aus medizinischer Sicht hat die Entwicklung von neuen und schonenden Operations- und Narkoseverfahren dazu beigetragen, ein großes Spektrum an ambulant durchführbaren Operationen zu entwickeln [3]. Bei der Entscheidungsfindung werden spezielle Selektionskriterien angewendet, die vom Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. in Leitlinien festgelegt wurden:

- Für die Eignung des Patienten zur ambulanten Durchführung einer Operation ist es bedeutsam, dass die Risiken einer Nachblutung sowie von pulmonalen Komplikationen nach der Operation minimal sind.
- Die Eingriffe nach einer OP dürfen keine spezielle Pflegebedürftigkeit verlangen und müssen eine rasche Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme zulassen.
- Für die Eignung des Patienten für eine ambulante Operation sind sowohl soziale Aspekte, medizinische sowie bestimmte Entlassungskriterien zu beachten.
- Die räumlichen sowie die häuslichen Betreuungsmöglichkeiten müssen geprüft werden [8].

■ Aus Sicht des Krankenhauses

Aus Sicht eines Krankenhauses mit hoher Bettenauslastung bietet das ambulante Operieren

- zum einen eine Möglichkeit, die frei gewordenen Bettenkapazitäten für schwere Fälle zu nutzen, und
- zum anderen eine zusätzliche Erlösquelle, durch die Abkopplung aus dem stationären Budget.

Beide Leistungen in einem Krankenhaus anzubieten, lohnt sich insbesondere aufgrund

2 § 6 Abs. 1 Satz 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2.3 • Gesundheitspolitische Ziele

- der Größenvorteile gegenüber einer niedergelassenen Arztpraxis,
- der hohen technischen und apparativen Ausstattung sowie
- der bestehenden Infrastruktur.

Vertragsärzte können zusätzlich miteingebunden werden, indem ihnen Infrastruktur und Ausstattung zur Verfügung gestellt werden, damit sie ihre Operationen am Krankenhaus kostengünstiger durchführen können. Das Krankenhaus generiert damit zusätzliche Einnahmen durch Nutzungsentgelte. Es ist zudem davon auszugehen, dass ein Vertragsarzt, der am Krankenhaus operiert, die Qualität der medizinischen Leistungen in diesem Haus kennt und auch weiterempfiehlt bzw. Patienten für stationäre Eingriffe an das Krankenhaus überweist.

2.3 Gesundheitspolitische Ziele

■ Gesetzliche Vorgabe

- **Gemäß § 39 Absatz 1 SGB V setzt der Gesetzgeber die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit fest; d.h., dass Patienten nur dann einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung haben, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulantes Operieren oder stationäresersetzung Maßnahmen erreicht werden kann.**

Diese Vorgabe stützt das gesundheitspolitische Ziel, vermehrt teure stationäre operative Leistungen durch kostengünstigere ambulante Eingriffe zu ersetzen. Mit dem § 39 SGB V sind klare Versorgungsregeln etabliert, die eine Versorgungskaskade bewirken (■ Abb. 2.1).

Durch wirksame, bereichsübergreifende Organisationsstrukturen (ambulant und stationär) wird eine effiziente Auslastung der technischen, apparativen sowie räumlichen Ausstattung erreicht, und die frei gewordenen Bettenkapazitäten können wiederum für schwerere Fälle genutzt werden:

- Zum einen führt dies zu einer effizienten und wirtschaftlichen Leistungsaufteilung zwischen den Sektoren,

- zum anderen profitieren die Krankenkassen und somit die Solidargemeinschaft durch geringere Ausgaben pro Operation.

Gesamtwirtschaftlich gesehen führt eine schnelle Genesung des Patienten durch geringere körperliche und psychische Belastungen zu einer früheren Rückkehr in das Berufsleben.

■ Entscheidung pro oder contra ambulante Operation

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen jedoch, dass es immer noch genügend Anreize gibt, eine Entscheidung für oder gegen eine ambulante Operation nicht aus medizinischen Gründen zu treffen, sondern aufgrund übergeordneter finanzieller und standespolitischer Kriterien. Dies liegt u.a. darin begründet, dass die Kurzzeitchirurgie vollständig in den Bereich der stationären Versorgung fällt, ambulante Leistungen jedoch aus dem System der Vertragsärzte stammen und somit zwei konträre Gruppen mit völlig unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten zusammengeführt werden:

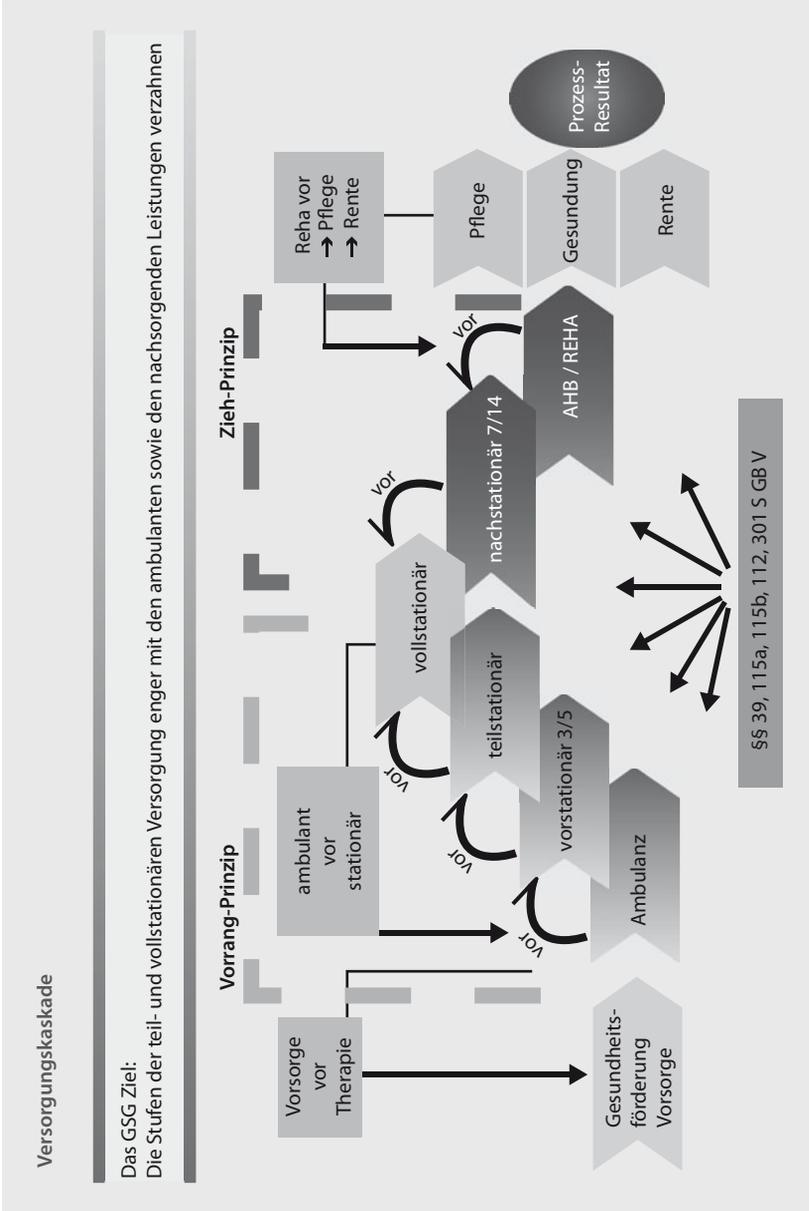
- Stationäre Leistungen werden über Fallpauschalen (DRGs) abgerechnet,
- ambulante Leistungen über den EBM [4].

Den Krankenhäusern sollte mit der Ausgliederung aus dem stationären Budget ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, zusätzliche Leistungen zu erbringen und somit eine weitere Erlösquelle zu generieren (■ Abb. 2.2); aus Sicht des Krankenhauses besteht jedoch ein viel größerer Anreiz, den Patienten stationär zu behandeln. Eine Abrechnung über DRG-Fallpauschalen hat im Schnitt einen bis zu 7-mal höheren Erlöswert als eine ambulante Vergütung [12]. In ■ Tab. 2.1 und Tab. 2.2 werden die Erlöse einer ambulanten bzw. stationären Operation einer Hernia inguinalis einander gegenübergestellt.

Die Erlöse einer ambulant bzw. stationär durchgeführten Tonsillektomie lassen sich anhand von ■ Tab. 2.3 und Tab. 2.4 vergleichen.

■ Abrechnung ambulanter Leistungen

Bis zum Jahr 2009 erfolgte die Abrechnung ambulanter Leistungen unter Budgetbegrenzungen. Seit dem 1. Januar 2009 gelten die ambulanten Operationen als besonders förderungswürdige Leistun-



■ Abb. 2.1 Die Versorgungskaskade

Primäre Erlösquellen

Die Vergütung der Krankenhausbehandlung richtet sich nach dem medizinischen Kerngeschäft

Stationäre Behandlung (DRG-Fallpauschalen)			Ambulante Behandlung		Wahlh. Unterkunft	Nutzungs-entgelt
vorstationäre Behandlung	Voll / teilstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung	AOP	Notfall Ermächtigung	Vergütung 1- und 2-Bett	Chefarztverträge
§ 115a SGB V	§§ 7 und 8 KEntgG »DRGs«	§ 115a SGB V	AOP-Katalog (Dreiseitige-Verträge) EBM-Katalog	KV-Abrechnung (EBM-Katalog) § 116b SG BV (hochspez. Leistungen) Notfallvergütung	Gemeinsame Empfehlung gemäß § 22 Abs.1 BpF IV / § 17 Abs.1 KH EntgG	Altverträge Neuverträge

Cave: Zielvereinbarungen

© CKM.

■ Abb. 2.2 Erlösquellen im Krankenhaus

■ Tab. 2.1 Erlös: Ambulante Operation einer Hernia inguinalis

OPS-Code	Kategorie	EBM-Ziffer	Punkte	Vergütung	
5530.30	OP-Vorbereitung	31012	1.060	37,15	
Beschreibung Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischem Material, offen chirurgisch	Operation	31153	6.285	220,27	
	Überwachungskomplex	31505	2.915	102,16	
	Nachbehandlung Überweiser	31608	660	23,13	
	Anästhesie	31823	4.360	152,81	
	Briefversand (Kurzmitteilung nach § 8)	40120		0,55	
	Vergütung gesamt				536,07
	zzgl. Sachkosten nach Originalrechnung: z.B. Netze, Nahtmaterial, Narkosegas, Sauerstoff				

(Eigene Darstellung in Anlehnung an [15, 16, 17])