

J. Busse
T. Standl
(Hrsg.)

Ambulantes Operieren

Rahmenbedingungen-Organisation-Patientenversorgung

J. Busse
T. Standl
(Hrsg.)

Ambulantes Operieren

Rahmenbedingungen-Organisation-
Patientenversorgung

Mit 27 Abbildungen

 Springer

Prof. Dr. Jörg Busse

Drachenfelsstraße 6
42699 Solingen

Prof. Dr. Thomas Standl

Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln
Gotenstraße 1
42653 Solingen

ISBN-13 978-3-540-00632-9 Springer Medizin Verlag Heidelberg

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.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007

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

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 geprüft werden.

Planung: Ulrike Hartmann und Dr. Anna Krätz, Heidelberg

Projektmanagement: Gisela Schmitt, Heidelberg

Copyediting: Dr. Katharina Ruppert, Münster

Layout und Einband: deblik Berlin

Satz: Stürtz GmbH, Würzburg

SPIN: 10884197

Vorwort

In Erwartung grundlegender Änderungen im deutschen Gesundheitswesen und neuer Rahmenbedingungen der stationären und ambulanten Versorgung von Patienten an Krankenhäusern befassten sich die Verantwortlichen des Städtischen Klinikums Solingen bereits 1993 mit der Planung einer operativen Tagesklinik zur Behandlung ambulanter operativer Patienten. Die Beteiligten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie der Verwaltung hatten sich zum Ziel gesetzt, eine Institution mit optimaler Organisation und bester medizinischer Betreuung und Versorgung ambulanter Patienten zu schaffen. Eine interdisziplinäre und interprofessionelle Projektgruppe erarbeitete darauf hin ein tragfähiges Konzept für die Einführung und Umsetzung des ambulanten Operierens. Mit der Eröffnung der Operativen Tagesklinik im September 1994 war das Städtische Klinikum Solingen einer der ersten Krankenhäuser in Deutschland, das eine solche Einrichtung erfolgreich in Betrieb nahm.

Die langjährige Erfahrung auf dem Gebiet des ambulanten Operierens am Krankenhaus und die Tatsache der Notwendigkeit der kontinuierlichen Adaptation eines bei Grundsteinlegung tragfähigen Konzeptes an die jeweiligen und ständig sich ändernden Rahmenbedingungen bildeten die Grundlage für die Entstehung dieses Buches. Anhand der Planung, Inbetriebnahme und Modifikation der Operativen Tagesklinik am Städtischen Klinikum Solingen und der Einrichtung eines ambulanten Operationszentrums am St. Johanneskrankenhaus in Dortmund werden beispielhaft mögliche Organisationsformen des ambulanten Operierens am Krankenhaus dargestellt. Vertreter von operativen Fächern, die maßgeblich am ambulanten Operieren teilnehmen, stellen die aktuellen Aspekte aus der Sicht ihrer jeweiligen Fachdisziplin vor. Obwohl ein Schwerpunkt des Werkes auf dem Thema »Ambulantes Operieren am Krankenhaus« liegt, möchte dieses Buch auch niedergelassene Anästhesisten und Chirurgen oder ambulant interventionell tätige Kollegen aller Fachdisziplinen ansprechen. Eine weitere Zielgruppe des Buches sind Verantwortungsträger der Administration an Kliniken und ambulanten Einrichtungen sowie Interessierte verwandter und angrenzender Berufe.

Auf Grund der ständigen und schnelllebigen Veränderungen im Gesundheitswesen im unserem Lande bildet das Buch die derzeitige Situation auf dem Gebiet des ambulanten Operierens und die Meinung kompetenter Fachvertreter zu diesem Zeitpunkt ab. Es versteht sich von selbst, dass sich ein solches Projekt den sich ständig ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen anpassen muss, was eine Herausforderung an die Herausgeber und den Verlag darstellt.

Die Herausgeber möchten sich an dieser Stelle bei allen Autoren und dem Verlag ganz herzlich für die kompetenten Beiträge und die tatkräftige Unterstützung bedanken und hoffen, dass das vorliegende Buch bei unseren Lesern einen Beitrag zum Verständnis der gesetzlichen, medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Aspekte des ambulanten Operierens liefern kann.

Geleitwort

»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 gekannten 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 um so 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 Ordnungsgeber »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
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen

Prof. Dr. med. B. Landauer
Präsident des Berufsverbandes
Deutscher Anästhesisten

* »Entschliefungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien«, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten, 4. Auflage, 2006, Seite 49-55.

Inhaltsverzeichnis

1	Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich	1	6	Ambulante Eingriffe bei besonderen Patientengruppen.....	91
	<i>J. Brökelmann</i>			<i>J. Mehler, A. Gottschalk</i>	
1.1	Entwicklung ambulanter Eingriffe.....	2	6.1	Anästhesie bei Kindern.....	92
1.2	Ambulante Eingriffe im internationalen Vergleich.....	5	6.2	Anästhesie bei geriatrischen Patienten.....	111
1.3	Bedeutung ambulanter Eingriffe im 21. Jahrhundert	6	6.3	Anästhesie bei Patienten mit Behinderungen.....	117
1.4	Zusammenfassung.....	6	7	Patientenaufklärung	123
2	Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte	9		<i>E. Biermann</i>	
	<i>G. W. Zimmermann</i>		7.1	Einleitung.....	124
2.1	Gesetzliche Grundlagen.....	10	7.2	Einwilligung	124
2.2	Betriebswirtschaftliche Aspekte.....	13	7.3	Aufklärung.....	127
3	Organisatorische Aspekte	31	8	Prämedikation und Voruntersuchung	133
	<i>Th. Standl, J. Busse</i>			<i>M. Czorny-Rütten, D. Patschke</i>	
3.1	Hintergrund.....	32	8.1	Prämedikation und Voruntersuchung.....	134
3.2	Konzept.....	32	8.2	Prämedikation im engeren Sinne.....	138
3.3	Lokalisation	32	9	Perioperative Medikation und präoperative Dauermedikation	141
3.4	Zuständigkeiten.....	33		<i>C. Pietruck, S. M. Kasper</i>	
3.5	Teilnehmende Leistungsbereiche.....	34	9.1	Hintergrund.....	142
3.6	Patientengut und Operationsindikation.....	34	9.2	Bedeutung der Medikamentenanamnese.....	142
3.7	Kontaktstelle und Sprechstunden für die Patienten	37	9.3	Medikamenteninteraktionen.....	142
3.8	Patientenaufnahme.....	42	9.4	Genußmittel- und Drogenkonsum.....	144
3.9	Koordination der Operationen.....	42	9.5	Vorgehen bei Patienten mit präoperativer Dauermedikation.....	146
3.10	Dienstanweisung für ambulante Operationszentren.....	42	9.6	Vorgehen in speziellen Fällen	154
3.11	Darstellung der baulichen und organisatorischen Umsetzung an zwei Modellen	43	9.7	Perioperative Antibiotika-, Endokarditis- und Thromboseprophylaxe.....	156
4	Operative Aspekte	53	10	Perioperative Schmerztherapie	161
	<i>H.-J. Meyer, Ch. Voigt, H.J. Graff</i>			<i>K. E. Clemens, E. Klaschik</i>	
4.1	Allgemein- und Viszeralchirurgie	54	10.1	Hintergrund.....	162
4.2	Orthopädie und Unfallchirurgie	58	10.2	Allgemeine Grundlagen	162
4.3	Urologie.....	66	10.3	Systemische medikamentöse Therapie	164
5	Eignung des Patienten	79	10.4	Nicht-medikamentöse Methoden zur Schmerztherapie	168
	<i>A. Koch</i>		10.5	Zusammenfassung	169
5.1	Vorbemerkungen.....	80	11	Komplikationen.....	171
5.2	Medizinische Voraussetzungen	80		<i>C. Döring</i>	
5.3	Kontraindikationen	82	11.1	Einleitung.....	172
5.4	Entlassungskriterien.....	88	11.2	Prävention.....	173
5.5	Schlussfolgerungen.....	88			

X	Inhaltsverzeichnis	
11.3	Prophylaxe	173
11.4	Indikationen zur stationären Aufnahme	174
11.5	Management postoperativer Komplikationen	175
	Anhang.....	179
	Stichwortverzeichnis	209

Autorenverzeichnis

Biermann, Elmar, Dr.

Justitiar des Berufsverbandes
Deutscher Anästhesisten
Roritzer Str. 27
90419 Nürnberg

Brökelmann, J., Prof. Dr.

Karhäuserstr. 18
53129 Bonn

Busse, J., Prof. Dr.

Drachenfelsstr. 6
42699 Solingen

Clemens, K.E., Dr.

Universität Bonn
Malteser Krankenhaus Bonn
Abteilung für Anästhesiologie,
Intensivmedizin,
Palliativmedizin und
Schmerztherapie
Von-Hompeschstr. 1
53123 Bonn

Czorny-Rütten, M., Dr.

Abteilung für Intensivmedizin
und Schmerztherapie
St.-Marien-Krankenhaus
Wüllener Str. 101
48683 Ahaus

Döring, C.

Klinik für Anästhesie
und operative Intensivmedizin
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Gottschalk, A., PD Dr.

Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin
und Schmerztherapie
Knappschafts-Krankenhaus
Bochum-Langendreer
Universitätsklinik
In der Schornau 23-25
44892 Bochum

Graff, H. J., PD Dr.

Klinik für Urologie und
Kinderurologie
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Kasper, S.M., Prof. Dr.

Institut für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin
Klinikum Bremerhaven
Reinkenheide
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Göttingen
Postbrookstr. 103
27574 Bremerhaven

Klaschik, E., Prof. Dr.

Universität Bonn
Malteser Krankenhaus
Abteilung für Anästhesiologie,
Intensivmedizin, Palliativmedizin
und Schmerztherapie
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn

Koch, A.

Klinik für Anästhesie
und operative Intensivmedizin
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Mehler, J., Dr.

Praxis für Kinderanästhesie
Prinz-Albert-Str. 26
53113 Bonn

Meyer, H.-J., Prof. Dr., FACS

Klinik für Allgemeine
und Viszeralchirurgie
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Patschke, D., Prof. Dr.

Kinderheimstr. 3
45770 Marl

Pietruck, C., Dr.

Klinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Marien-Krankenhaus gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln
Dr. Robert-Koch-Str. 18
51465 Bergisch Gladbach

Standl, Th., Prof. Dr.

Klinik für Anästhesie und
operative Intensivmedizin
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Voigt, C., Prof. Dr.

Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Städtisches Klinikum Solingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Köln
Gotenstr. 1
42653 Solingen

Zimmermann, G.W., Dr.

Kassenärztliche Vereinigung
Hessen
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt/Main

Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich

J. Brökelmann

- 1.1 Entwicklung ambulanter Eingriffe -2**
 - 1.1.1 Geschichte der ambulanten Eingriffe bis zum 18. Jahrhundert -2
 - 1.1.2 Entwicklung im 19. Jahrhundert -2
 - 1.1.3 Entwicklung im 20. Jahrhundert -3

- 1.2 Ambulante Eingriffe im internationalen Vergleich -5**
 - 1.2.1 Häufigkeit ambulanter Eingriffe -5
 - 1.2.2 Finanzielle/ versicherungstechnische Gesichtspunkte -6
 - 1.2.3 Qualitätsgesichtspunkte -6

- 1.3 Bedeutung ambulanter Eingriffe im 21. Jahrhundert -6**
 - 1.3.1 Technisch-medizinischer Fortschritt -6
 - 1.3.2 Kostengesichtspunkte -6
 - 1.3.3 Patientenrechte -6

- 1.4 Zusammenfassung -6**
 - Literatur -7**

1.1 Entwicklung ambulanter Eingriffe

1.1.1 Geschichte der ambulanten Eingriffe bis zum 18. Jahrhundert

Altertum und Mittelalter

Seit alters her werden ärztliche Eingriffe ambulant vorgenommen. So beschreibt bereits Homer die chirurgische Versorgung von Pfeilverletzungen, und in Alexandria/Ägypten war die Technik der ambulanten Gefäßligatur bekannt. Jedenfalls wissen wir von den Hospitälern im römischen Reich und im Mittelalter, dass sie nur zur Pflege von Kranken genutzt wurden und nicht zur Durchführung chirurgischer Eingriffe oder für eine stationäre Betreuung nach einem chirurgischen Eingriff.

Beginn der Neuzeit

Paré (1510–1590), Begründer der neuzeitlichen Chirurgie, sammelte seine Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung von Kriegsverletzten auf dem Schlachtfeld. Die Professoren der Universitäten hatten damals keine Krankbetten. So wissen wir von dem Chirurgen Kaulen, der seit 1776 an der ersten Bonner Universität das Fach Medizin als einziger Vertreter repräsentierte, dass ihm keine Krankbetten zur Verfügung standen, er also sein Handwerk ambulant durchführte (Brökelmann 1986).

1.1.2 Entwicklung im 19. Jahrhundert

Ambulante Eingriffe

Auch im 19. Jahrhundert fanden die meisten chirurgischen Eingriffe offenbar ambulant statt. Wir wissen unter anderem von dem Berliner Augenarzt Albrecht von Graefe, der durch seine Augenoperationen weltberühmt wurde, dass er Patienten in seiner Praxis operierte und, wenn beide Augen verbunden wurden, er die Patienten gegebenenfalls in einem gemieteten Zimmer unterbrachte (Jaeckel 1994). Selbst große und lebensgefährliche Eingriffe wie Laparotomien wurden ambulant durchgeführt: 1809 operierte der amerikanische Landarzt McDowell einen großen Ovarialtumor durch Laparotomie und Ovariektomie im Hause der Patientin, die diese Operation viele Jahre gesund überlebte (Speert 1973).

Krankenhäuser

Etwa um 1800 fanden in zunehmendem Maße Eingriffe auch in Krankenhäusern statt. Es vollzog sich in den Krankenhäusern ein Übergang von der »Herberge zum lieben Gott« in eine vom Landesherrn geförderte »Werkstätte zur Beseitigung fehlerhafter Körperzustände« (Jetter 1987). Nach der Niederlage Preußens durch die Franzosen 1806 fand in Preußen ein Umdenken statt, das in die Stein-Hardenberg'schen Reformen mündete. So wurden das System der Selbstverwaltung der Kommunen eingeführt und neue Staatsuniversitäten eingerichtet. Über die zweite Universität von Bonn, gegründet 1818, wissen wir u.a. (Brökelmann 1986): Der Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie G.W. Stein d.J. hatte 28 Krankbetten für geburtshilfliche und gynäkologische Fälle. Zusätzlich hatte er eine Praxis (Poliklinik) in der Stadt, in der er mit den Studenten ambulante Eingriffe durchführte. Erst sein Nachfolger im Amt hatte einen Assistenten. Assistenten haben offenbar bis zum Ende des Jahrhunderts ambulante Eingriffe in der Poliklinik durchgeführt.

Mit Ausbreitung der Narkosetechnik nach 1847 wurden um 1880 die meisten chirurgischen Abteilungen in Deutschland nach den neuen Gesichtspunkten der Anästhesie sowie Sepsis und Antisepsis eingerichtet. Gleichzeitig kam es zu einer Verlagerung von ambulanten Eingriffen in das Krankenhaus, denn dort konnte der Arzt mit den neuen Anästhesieverfahren besser operieren als in Privatwohnungen oder in der Poliklinik.

In Preußen bzw. Deutschland kam es zu einer besonderen Entwicklung, dem Ausbau des deutschen Chefarztsystems. Dieses ist ein hierarchisches System, das aus der Preußischen Militärakademie Berlin, der sogenannten »Pipinière« stammte. Dort gab es 1852 schon Oberärzte und offenbar auch Unterärzte. Die preußische Militärakademie galt als die beste Medizinschule Deutschlands, sie hat zahlreiche deutsche Nobelpreisträger hervorgebracht. Da die Professoren der preußischen Militärakademie gleichzeitig Professoren der Charité Berlin waren, wurde das hierarchische Chefarztsystem von dort auf die Universitäten Deutschlands übertragen. Es war nahe liegend, dass der beste Operateur, der Chefarzt, in »seinem« Operationsraum operierte und nicht unter »primitiven« Bedingungen in der Wohnung der Kranken oder in einer Poliklinik.

Im Gegensatz zu Deutschland waren in den USA die operierenden Ärzte meist Landärzte oder Belegärzte; sie hatten also keine »Mannschaft« von Assistenten zu ihrer Verfügung. Was der Arzt vor Ort erledigen konnte, führte er ambulant aus. Das Operieren ohne Mannschaft förderte unter anderem ein Spezialistentum, das sich in der weltberühmten »Mayo-Klinik« niederschlug. Diese Spezialisten haben immer eigenverantwortlich gehandelt.

Die Machtfülle der deutschen Professoren und das Vorhandensein von nachgeordneten Ärzten hat sicher dazu beigetragen, dass immer mehr Eingriffe, die ambulant hätten durchgeführt werden können, in der Universitätsklinik bzw. im Krankenhaus mit nachfolgender stationärer Beobachtungszeit erfolgten.

Krankenversicherungswesen

Der wirtschaftliche Aufschwung der Gründerjahre der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts führte dazu, dass ärztliche Eingriffe entsprechend dem gestiegenen Einkommen der Patienten vergütet wurden. Private Krankenversicherungen etablierten sich. 1883 folgte die gesetzliche Krankenversicherung mit dem Arbeiterkrankenversicherungsgesetz und Kassenärzten als Beginn der Sozialgesetzgebung. 1896 entstand dann die preußische Gebührenordnung (»Preugo«), die erst nach dem 2. Weltkrieg durch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgelöst wurde.

1.1.3 Entwicklung im 20. Jahrhundert

Ambulante Eingriffe

In Deutschland ist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts keine Zunahme der ambulanten Eingriffe bekannt geworden. Anders hingegen im Ausland: 1909 berichtete Nicoll in Glasgow über 9.000 ambulant durchgeführte kinderchirurgische Eingriffe ■ Tab. 1.1. In den USA richtete Waters 1916 eine Praxis für Anästhesie ein, das erste ambulante Operationszentrum (Wetchler 1997). Ab 1960 wurden an Krankenhausabteilungen aus Kostengründen zunehmend ambulante Eingriffe durchgeführt. 1970 wurde die erste Tagesklinik (surgicenter) in Phoenix/Arizona, USA, fertiggestellt, die bis heute existiert. 1991 gab es in den USA schon 1.221 Tageskliniken. Diese waren meist kleine Krankenhäuser ohne Übernachtungsmöglichkeit.

1968 fing in Deutschland Professor Bourmer an, im Krankenhaus Kinder ambulant zu operieren, ähnlich wie es Nicoll schon zu Beginn des Jahrhunderts in Glasgow getan hatte. 1979 richtete er das erste Symposium für Ambulantes Operieren in Deutschland aus. Von 17 Referenten waren 13 Kliniker und 4 niedergelassene Ärzte. Bourmer berichtete über 3.000 kinderchirurgische Eingriffe mit einer »Infektionsrate im Promillebereich«. Auf dem Symposium wurde erwähnt, dass die Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Tübingen Tubensterilisationen ambulant durchführte.

Eine Besonderheit Deutschlands ist der Ausbau von Arztpraxen zu operativen Einheiten. So müssen Chirurgen und Orthopäden als Durchgangszärzte für die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung als Folge von Arbeitsunfällen einen speziellen Operationsraum vorhalten und können in diesem Operationsraum natürlich auch ambulante Eingriffe vornehmen (Brug u. Fritz 1985). Seit 1976 wurden auch gynäkologische Praxen und Anästhesie-Praxen zu operativen Einheiten ausgebaut. Im Jahre 1981 sollen 20–25% aller Operationen der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant durchgeführt worden sein. Seit 1982 gab es OP-Zuschläge für ambulante Operationen und seit 1986 auch eine Qualitätssicherung in gynäkologischen Praxen Niedersachsens (Dohnke 1988).

Während Universitäts-Polikliniken schon immer die Möglichkeit hatten, ambulante Eingriffe vorzunehmen, wurde dieses den übrigen Krankenhäusern erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 erlaubt.

Die wichtigsten Faktoren, die Ambulantes Operieren in letzter Zeit zu einem Erfolg werden ließen, sind in der folgenden Übersicht aufgelistet.

Wichtige Fortschritte für ambulante Eingriffe (1990–2000)

- TIVA (totale intravenöse Anästhesie)
- Verbesserung der Endoskopiegeräte (Kamera, Instrumente etc.)
- Video-Operieren mit Vergrößerung
- Peritoneallavagen (intra- und postoperativ)
- Operieren mit Lupenbrille
- Feines Nahtmaterial (resorbierbar, nicht-resorbierbar)

- EDV zur Dokumentation, Statistik, Qualitätssicherung
- Verbesserte Telekommunikation (Faxgerät, Mobilfunk etc.)
- Motorisierung der Bevölkerung

Krankenhäuser

Die beiden Weltkriege des 20. Jahrhunderts haben sicher die Bedeutung der Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung gestärkt. In Deutschland wurde das Krankenhausnetz weiter ausgebaut. Auf-

grund der strikten Trennung von ambulantem und stationärem Sektor seit 1955 (Gesetz zum Kassenarztrecht) waren die Krankenhäuser bis 1992 nicht ermächtigt, ambulante Eingriffe vorzunehmen.

Universitätskliniken – Polikliniken

Die Universitätskliniken hatten seit dem 19. Jahrhundert die Möglichkeit, in Polikliniken ambulante Eingriffe durchzuführen. Dafür waren die Polikliniken im 19. Jahrhundert auch eingerichtet worden (Brökelmann 1986). Ambulante Eingriffe scheinen aber dort nicht im größeren Umfang vorgenommen worden zu sein.

■ Tab. 1.1. Geschichte der ambulanten Eingriffe im 20. Jahrhundert

1909	James H. Nicoll, Glasgow, berichtet über 9 000 ambulante, kinderchirurgische Eingriffe (Wetchler 1997)
1916	Ralph Waters, »Vater« des Fachgebiets Anästhesiologie in den USA, richtet eine Praxis für Anästhesie in Sioux City, Iowa ein (Wetchler 1997)
Ab 1960	In den USA zunehmend ambulante Eingriffe an Krankenhäusern
1968	Bourmer beginnt ambulante Kinderchirurgie in Deutschland
1970	Erste Tagesklinik (surgicenter) in Phoenix/Arizona, USA
1976	Ambulante Tubensterilisationen in der Praxis (Hoffmeister u. Dohnke 2001)
1977	1. fachübergreifende Tagesklinik in Göttingen (Breitwieser u. Doench 1978)
1979	1. ambulantes Operationszentrum (AOZ) von Anästhesisten (Paschen 2007)
1979	1. Symposium für Ambulantes Operieren in Deutschland (Bourmer 1979)
1981	20–25% aller Operationen (GKV) ambulant (Brenner et al. 1992)
1982	OP-Zuschläge für ambulante Operationen in der GKV
1986	Qualitätssicherung Gynäkologie in gynäkologischen Praxen (Dohnke 1988)
um 1989	Einführung in Tageskliniken von Narkosegas-Monitoring, EKG-Überwachung, Fax, Praxis-PC etc.
ab 1990	Patientinnenbefragungen nach ambulanten Eingriffen (Brökelmann 1993)
1991	1. europäischer Kongress für Ambulantes Operieren in Brüssel
1991	In den USA gibt es 1221 Tageskliniken
ab ca. 1992	Operieren über Videokette
1992	Gründung des Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO)
1993	Öffnung der Krankenhäuser für Ambulante Operationen
1995	Gründung der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)
2000	Einführung von TIVA (Totale intravenöse Anästhesie) bei ambulanten Eingriffen

1.2 Ambulante Eingriffe im internationalen Vergleich

1.2.1 Häufigkeit ambulanter Eingriffe

Im Jahre 1998 veröffentlichten De Lathouwer und Poullier einen ersten internationalen Vergleich über ambulante Eingriffe. Es folgten weitere internationale Vergleiche in 2000 (De Lathouwer u. Poullier 2000) und 2006 (Toftgaard u. Parmentier 2006).

Die Häufigkeit der ambulanten Eingriffe im internationalen Vergleich, und zwar bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv, wird in **Tab. 1.2** widergespiegelt. Deutschland liegt hier an 12. Stelle.

Mit welcher Häufigkeit die Leistenbruchoperation in den einzelnen Ländern ambulant stattfand, ist aus **Abb. 1.1** zu ersehen. Während in den USA, Dänemark und Kanada über 80% der Leistenbruchoperationen ambulant erfolgten, wurden diese in Deutschland überwiegend stationär vorgenommen.

Die Tatsache, dass die Häufigkeit der ambulanten Eingriffe in den einzelnen Ländern sehr verschieden ist, weist darauf hin, dass es nicht medizinische, sondern u. a. finanzielle, versicherungstechnische, geographische oder politische Gründe sind, die bestimmen, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird. So werden in Afrika aus finanziellen Gründen noch heute die meisten Menschen ambulant versorgt (Loefler 2000).

Tab. 1.2. Quoten des ambulanten Operierens im internationalen Vergleich (nach Toftgaard u. Parmentier 2006)

Länder	Bezogen auf definiertes Vergleichskollektiv (»Korb«)
Kanada	83,8%
USA	83,5%
Dänemark	79,3%
Australien	74,0%
Niederlande	69,8%
Belgien	69,0%
Norwegen	68,0%
Schweden	66,7%
England	62,5%
Finnland	62,4%
Schottland	62,0%
Deutschland	60,7%
Spanien	54,0%
Frankreich	44,9%
Hongkong	42,5%
Italien	41,0%
Portugal	18,5%

OP-Rate

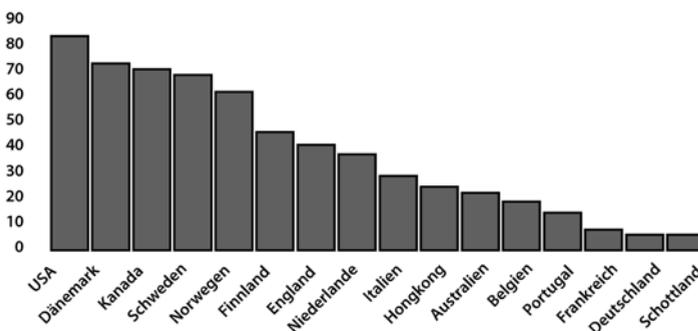


Abb. 1.1. Ambulante Operationsraten bei der Leistenbruch-Operation in verschiedenen Ländern (nach Toftgaard C, Parmentier G [2006] mit freundlicher Genehmigung)

1.2.2 Finanzielle/ versicherungstechnische Gesichtspunkte

Von den USA wissen wir, dass es eine prozentuale Eigenbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten gibt. Dieses fördert offenbar die ambulante Durchführung von Eingriffen.

In Deutschland hat ein staatlich finanzierter Vergleich von ambulant und stationär durchgeführten Tracer-Operationen ergeben, dass die Kosten bei stationärer Erbringung doppelt so hoch sind wie bei ambulanter Durchführung. Dieses galt auch für totale Fallkosten, das heißt Fallkosten inklusive Folgekosten nach Entlassung aus den operativen Einheiten (Eichhorn u. Eversmeyer 1999).

Im europäischen Vergleich liegen die Vergütungen für ambulante Eingriffe in Deutschland weit unter denjenigen der Nachbarländer, auch im privatärztlichen Bereich (Rulf et al. 2000). Hierin könnte ein Grund für die Unterrepräsentation ambulanter Chirurgie in Deutschland liegen.

1.2.3 Qualitätsgesichtspunkte

Die frühen Berichte von Nicoll aus Schottland waren in sich überzeugend, ebenso Bourmers Bericht über 3.000 kinderchirurgische Eingriffe auf dem 1. Symposium »Ambulantes Operieren« 1979. Aus den damaligen Diskussionen kann man entnehmen, dass als Hauptursache für Infektionen bei stationärer Behandlung die Keime auf den Stationen angesehen wurden (Hospitalismus). Eine 10-Jahre-Qualitätssicherung mit Hilfe von Patientinnen-Fragebögen zeigte kürzlich, dass die Ergebnisqualität ambulanter Eingriffe hauptsächlich von der Qualität der Leistung des Operateurs abhängt (Brökelmann u. Bung 2002).

1.3 Bedeutung ambulanter Eingriffe im 21. Jahrhundert

1.3.1 Technisch-medizinischer Fortschritt

Schon heute ist abzusehen, dass es besonders Fortschritte auf dem Gebiet der Anästhesie sind, wie

z.B. TIVA (totale intravenöse Anästhesie), die die ambulanten Eingriffe noch kürzer und sicherer werden lassen. Nach einer TIVA ist eine Straßenfähigkeit wahrscheinlich schon nach wenigen Stunden gegeben. Auch auf anderen Gebieten wird der technisch-medizinische Fortschritt der letzten zehn Jahre ■ Tab.1.2 sich fortsetzen, so dass davon auszugehen ist, dass es immer weniger Indikationen für eine stationäre Durchführung operativer Eingriffe geben wird.

1.3.2 Kostengesichtspunkte

Wegen der knapper werdenden Ressourcen werden die Patienten in Zukunft immer mehr an den Kosten beteiligt werden müssen. Sie werden deshalb auf Preis und Qualität der operativen Leistung achten.

Für ambulante Operationen ist erwiesen, dass Kosten und Qualität am günstigsten sind, wenn eine operative Einheit, das heißt ein OP-Raum mit dem dazugehörigen OP-Team, gut ausgelastet ist. Mehrere nebeneinanderliegende OP-Räume haben per se keine geringeren Praxiskosten als eine OP-Einheit (Brökelmann 2001).

Krankenversicherungen werden immer häufiger die totalen Fallkosten berechnen und sie zur Grundlage für Leistungsverträge machen.

1.3.3 Patientenrechte

Die Durchsetzung der Patientenrechte, das heißt der Bürgerrechte, wird zu mehr Transparenz von Kosten und Qualität im Gesundheitswesen führen und damit die Medizin wesentlich beeinflussen. Im Zeitalter des mündigen Bürgers werden patientenfreundliche Lösungen wie ambulante Eingriffe sich ausbreiten.

1.4 Zusammenfassung

Seit alters her werden ärztliche Eingriffe ambulant durchgeführt. Nur zeitweilig, besonders im 20. Jahrhundert, wurden in Europa und den USA auch kleinere und mittelgroße Eingriffe stationär geleistet und nachgefragt. Das zunehmende Kostenbewusstsein zwingt dazu, heute wieder so viel ambulant wie möglich zu leisten.

Literatur

- Bourmer H (Hrsg) (1979) Ambulantes Operieren. Symposium am 26./27. Januar 1979 in Mainz. Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
- Breitwieser P, Doench K (1978) Die Tagesklinik – ein Modell partieller Praxisgemeinschaft. *Der niedergelassene Arzt* 27, 5: 80
- Brenner G, Heuer J, Koch H, Pfeiffer A (1992) Wirtschaftliche Aspekte des ambulanten Operierens. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD
- Brökelmann J (1986) Kleine Chronik der Universitäts-Frauenklinik Bonn. *Bonner Universitätsblätter* 27–41
- Brökelmann J (1993) Ambulantes Operieren – Der neue Weg in der Gynäkologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Brökelmann J (2001) Betriebswirtschaft der OP-Einheit. *ambulant operieren* 1: 14–17
- Brökelmann J, Bung P (2002) Komplikationsraten in der ambulanten operativen Gynäkologie. *Frauenarzt* 43: 1046–1051
- Brug E, Fritz K (Hrsg) (1985) Ambulantes Operieren in der Chirurgie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- De Lathouwer C, Poullier JP (1998) Ambulatory surgery in 1994–1995: The state of the art in 29 OECD countries. *Ambul Surg* 6: 43–55
- De Lathouwer C, Poullier JP (2000) How much ambulatory surgery in the world in 1996–1997 and trends? *Ambulatory Surgery* 8: 191–210
- Doench K (1997) Ambulante Operationen in Klinik und Praxis. Hippokrates, Stuttgart
- Dohnke H (1988) Ambulantes Operieren. *Dt. Ärztebl* 85, 43: 2966–2968
- Eichhorn S, Eversmeyer H (1999) Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis aus Sicht der Medizin, des Patienten und der Ökonomie. Multizentrische Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren. Thieme, Stuttgart New York
- Hoffmeister U, Dohnke H (2001) 25 Jahre ambulante Laparoskopie in Deutschland. *ambulant operieren* 1: 4–5
- Jaeckel G (1994) Die Charité. Die Geschichte eines Weltzentrums der Medizin. Ullstein, Berlin
- Jetter D (1987) Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. DuMont, Köln
- Loefler IJP (2000) The paradox of ambulatory surgery in the third world. *Amb Surg* 8: 113
- Paschen H (2007) Persönliche Mitteilung
- Rulf W, Cowlard R et al. (2000) Fees for outpatient operations in Germany: development, evaluation and European comparison. *Amb Surg* 8: 179–183
- Speert H (1973) *Iconographia gyniatrica. A pictorial history of gynecology and obstetrics.* F.A. Davis Co, Philadelphia
- Toftgaard C, Parmentier G (2006) International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: *Day Surgery. Development and Practice.* Lemos P, Jarrett P, Philip B (eds) International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), Clássica Artes Gráficas, Porto
- Wetchler BV (1997) A quarter century of accepting the challenges while avoiding the pitfalls of ambulatory surgery. *Amb Surg* 5: 101–104

Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte

G.W. Zimmermann

- 2.1 Gesetzliche Grundlagen –10**
 - 2.1.1 Wie beteiligt sich das Krankenhaus am ambulanten Operieren? –10
 - 2.1.2 Qualitätssicherung –10
 - 2.1.3 Der Katalog ambulanter Operationen (AOP-Katalog) –11
 - 2.1.4 Praxisgebühr –12

- 2.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte –13**
 - 2.2.1 Abrechnungsumfang –13
 - 2.2.2 Besonderheiten bei belegärztlicher Behandlung –14
 - 2.2.3 Rechnungsstellung –14
 - 2.2.4 Abrechnung der präoperativen Diagnostik –14
 - 2.2.5 Anforderung bzw. Abrechnung der präoperativen Diagnostik –15
 - 2.2.6 Untersuchungs- und Behandlungskomplexe –18
 - 2.2.7 Gesprächsleistungen –19
 - 2.2.8 Weitergehende Labordiagnostik –19
 - 2.2.9 Abrechnung der operativen Leistungen und der Anästhesien –21
 - 2.2.10 Anästhesieleistungen –22
 - 2.2.11 Operationsleistungen –22
 - 2.2.12 Abrechnungseinschränkungen am OP-Tag plus 2 Tage –23
 - 2.2.13 Simultaneingriffe –24
 - 2.2.14 Postoperative Überwachung –24
 - 2.2.15 Postoperative Behandlung –25
 - 2.2.16 Arztbriefe –25
 - 2.2.17 Flankierende Leistungen –26
 - 2.2.18 Abrechnung von Kosten neben den Gebühren –26

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Seit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 1.1.1993 sind Krankenhäuser berechtigt, außerhalb des üblichen Zulassungsverfahrens und der Bedarfsplanung ambulante Operationen durchzuführen (§ 115b SGB V). Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auf der Grundlage der Vertragsgebührenordnungen mit den Primärkassen (BMÄ) und den Ersatzkassen (E-GO).

2.1.1 Wie beteiligt sich das Krankenhaus am ambulanten Operieren?

Die Teilnahme des Krankenhauses am ambulanten Operieren nach § 115b SGB V unterliegt nicht der Bedarfsplanung wie z. B. die Erteilung einer Ermächtigung eines Krankenhausarztes oder eines ganzen Krankenhauses zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Sie erfolgt auf Antrag an

- die Landesverbände der (Primär-) Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen
- die zuständige Kassenärztliche Vereinigung
- den Zulassungsausschuss (nach § 96 SGB V)

Die Meldung erfolgt in maschinenlesbarer Form, die zurzeit folgende Pflichtangaben enthalten muss:

Daten des Krankenhauses	
Ort	
Postleitzahl	
Adresse	
IK des Krankenhauses	
Beginn des ambulanten Operierens gem. AOP-Vertrag vom 18.3.2005	
Anzeige gültig ab	
Ansprechpartner für Rückfragen	
Telefonnummer für Rückfragen	

Diese Angaben müssen ergänzt sein durch die maschinenlesbare Nennung von:

- Leistungen, aus dem Katalog, die ambulant erbracht werden sollen (EBM-Ziffern)
- sowie die abteilungsbezogenen Leistungsbereiche (z. B. Gynäkologie, Chirurgie etc.), auf die sich die Meldung bezieht

Meldeformulare, die diese Auflage erfüllen, stehen unter den folgenden Internetadressen abrufbar zur Verfügung:

http://www.krankenhaus-aok.de/m05/m05_03/index.html

http://www.vdak-aev.de/meldeformular_115b_abs1.htm

§ Rechtsprechung

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. März 2005 (B 3 KR 4/03 R): »Wenn ein Krankenhaus die zur Wirksamkeit der ergänzenden Zulassung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V erforderliche Mitteilung über die Teilnahme an diesem Programm nicht abgegeben hat, ist die Zulassung nicht wirksam geworden.«

Eine fehlende oder unvollständige Meldung nach den o.g. Vorgaben kann somit dazu führen, dass trotz ordnungsgemäßer Durchführung und Abrechnung einer ambulant operativen Leistung im Krankenhaus kein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger resultiert! Das Meldeverfahren sollte deshalb ernst genommen und regelmäßig aktualisiert werden (§ 1 des AOP-Vertrages, ► Anhang).

Die Meldung ist aber auch deshalb notwendig, damit die Kassen ihrer Verpflichtung zur Prüfung der Einhaltung der notwendigen Qualitätsnormen gerecht werden können.

2.1.2 Qualitätssicherung

Nach § 3 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V muss das Krankenhaus zusammen mit der abteilungsbezogenen Meldung der ambulanten Operationen eine Erklärung abgeben, dass die Anforderungen aus dieser Vereinbarung erfüllt sind. Eine gleichlautende Erklärung muss an die zu-

ständige Landeskrankenhausgesellschaft abgegeben werden!

Nach § 12 Abs. 1 der Vereinbarung sind zur Sicherung der Qualität bei Eingriffen gem. § 115b SGB V in Anlage 1 Leistungsbereiche für die fachgebietsspezifische datengeschützte Qualitätssicherung festgelegt. Diese sind unbeschadet der berufsrechtlichen Dokumentationspflichten ab dem 1.1.2007 verbindlich zu dokumentieren. Die Dokumentationsauflage bezieht sich dabei zunächst auf folgende Eingriffe:

- Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
- Kataraktoperation
- Varizenchirurgie
- Konisation der Cervix uteri

Nähere Informationen zu diesem Thema erteilen die zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften. Seit dem 01.10.2006 ist eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft. Dort sind speziell für den Krankenhausbereich gültige Frequenzregelungen als Voraussetzung für die Leistungserbringung definiert (Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung).

2.1.3 Der Katalog ambulanter Operationen (AOP-Katalog)

Das Krankenhaus darf nur Operationen aus Bereichen durchführen, die es auch stationär anbietet und die Bestandteil des jeweils gültigen AOP-Kataloges sind.

Der aktuelle Katalog ambulanter Operationen gliedert sich in drei Abschnitte:

- **Abschnitt 1** beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im EBM in Anhang 2 zu Kapitel IV.31 enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS-Kodes sowie die Zuordnungen in die Kategorien 1 und 2. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige EBM. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 1 gilt jedoch die Leistungsbeschreibung des OPS (und nicht der jeweiligen EBM-Leistungen). Beachtenswert ist, dass die Auflistungen von Operationen im Anhang 2 des EBM und des Abschnittes 1 des AOP-Kataloges nicht vollständig übereinstimmen müssen

- **Abschnitt 2** beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im EBM außerhalb des Anhanges 2 zu Kapitel IV.31 aufgeführt sind. Hier finden sich im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS und den Kategorien auch Angaben über die dazugehörigen EBM-Leistungen. Dies resultiert daraus, dass für diese Leistungen im EBM keine eindeutige Zuordnung von OPS-Kodes zu EBM-Ziffern existiert. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 2 gilt ebenfalls die Leistungsbeschreibung des OPS (und nicht der EBM-Ziffern)
- **Abschnitt 3** enthält ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Leistungen gem. § 115b SGB V ohne OPS-Zuordnung, d.h. hier werden ausschließlich EBM-Leistungen aufgeführt. Aufgrund inhaltlicher Differenzen in der Leistungsbeschreibung von EBM und OPS wurde auf eine Zuordnung von OPS-Kodes zu den einzelnen EBM-Leistungen verzichtet. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 3 gilt hier die Leistungsbeschreibung des EBM

Da seit dem 1.1.2005 bestimmte Operationen laut Katalog nur noch ambulant erbracht werden dürfen (mit allerdings definierten Ausnahmen), sind die einzelnen Leistungen in den drei Abschnitten des Kataloges nochmals in zwei Kategorien eingeteilt:

- Kategorie 1 entspricht den ursprünglich mit einem Stern »*« gekennzeichneten Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können (müssen)
- Leistungen der Kategorie 2 hingegen können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden

Entsprechend den Bestimmungen des § 2 Absatz 2 des AOP-Vertrages kann aus dem als Anlage 1 zu § 3 des Vertrages beigefügten »Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe« jedoch nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der die Leistung durchführende Arzt ist vielmehr verpflichtet, »in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berück-

sichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt werden kann. Die Entscheidung ist zu dokumentieren«.

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang die Anlage 2 (zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG), die »Allgemeine Tatbestände« enthält, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann!

Anzuerkennen sind demnach

- **allgemeine individuelle Tatbestände** wie eine
 - fehlende Kommunikationsmöglichkeit mit dem Patienten
 - fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt
- **Morbiditätsbedingte Tatbestände** wie
 - klinisch relevante Begleiterkrankungen
 - besondere postoperative Risiken
 - schwere Akuterkrankungen
 - erhöhter Behandlungsaufwand

Die Krankenkassen können die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen lassen! Seit dem 01.10.2006 sind zwischen den Spitzenverbänden der Kassen und DKG neue G-AEP-Kriterien vereinbart, die eine Erleichterung bei der Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Leistungserbringung gewährleisten sollen (siehe Anhang).

Beachtenswert ist hier, dass nach § 39 SGB V Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) haben, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. In einer **amtlichen** Begründung (Bundesrat-Drucksache 12/3608, S. 81) zu dieser gesetzlichen Regelung wird dabei konkretisiert,

dass der Vorrang der ambulanten Behandlung gemäß Satz 2 sich sowohl auf das ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V als auch auf die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrages bezieht. Dies wiederum bedeutet, dass bei einem Patienten, der mit einer Einweisung zur stationären Operation kommt, die der Kategorie 1 des AOP-Kataloges zugeordnet ist, eine stationäre Behandlung nur dann durchführbar ist, wenn eine oder mehrere der o.g. Kriterien erfüllt sind.

Wichtig

Nach § 115a Abs. 2 SGB V kann die Möglichkeit der vorstationären Behandlung dazu genutzt werden, Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um die Erforderlichkeit einer ambulanten Operation oder eines sonstigen stationärsetzenden Eingriffs zu klären oder den Eingriff vorzubereiten! Ist also ein gewisser diagnostischer Aufwand notwendig, um die Frage der ambulanten oder stationären Durchführung einer OP zu begründen, können die notwendigen Leistungen über die vorstationäre Pauschale berechnet werden. In diesem Fall ist die Vorlage einer Krankenhauseinweisung erforderlich.

2.1.4 Praxisgebühr

Wenn eine Einweisung zur stationären Behandlung vorliegt und es nicht zur stationären, sondern ambulanten Behandlung kommt, wird die Praxisgebühr fällig. Ansonsten gilt nach § 2 des AOP-Vertrages, dass ambulante Operationen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheines durchgeführt werden sollen.

Falls ein Versicherter hingegen ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten OP aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. In diesem Fall muss das Krankenhaus die Zuzahlung (Praxisgebühr) einziehen, da es sich bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V um eine ambulante ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Abs. 4 SGB V handelt

§ Gesetzestext § 28 Abs. 4 SGBV

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr **für jede erste Inanspruchnahme** eines an der ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, **die nicht auf Überweisung** aus demselben Quartal erfolgt, als Zuzahlung 10 Euro an den Leistungserbringer.

Hier ist zu beachten, dass nach § 4 der Rahmenempfehlung zur Erhebung der Praxisgebühr (Mahnverfahren) in den Fällen unmittelbarer Vergütung der ambulanten Leistungen durch die Krankenkassen (§§ 115b, 116b, 117–119 und 140a SGB V) abweichend von Satz 1 nach der (erfolglosen) Zahlungsaufforderung durch das Krankenhaus der weitere Zahlungseinzug durch die Krankenkasse erfolgt.

Das Krankenhaus muss somit einen Patienten, der die Praxisgebühr nicht entrichtet hat, einmalig mahnen. Danach geht das Einzugsverfahren an die zuständige Krankenkasse über.

Nach § 18 Absatz 1 und 2 des AOP-Vertrages sind einbehaltene Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V vom Krankenhaus gesondert auszuweisen und der Rechnungsbetrag um die einbehaltenen Zuzahlungen zu bereinigen. Die Kennzeichnung kann durch die hierfür bundesweit einheitlich vorgesehenen Kennziffern erfolgen ■ Tab. 2.1:

■ Tab. 2.1. Kennziffern für die Praxisgebühr

Beschreibung	Kennziffer
Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von Zuzahlungen nachgewiesen worden ist!	80032
Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist (von 10 Tagen) ist abgelaufen	80044
Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist (von 10 Tagen) ist nicht abgelaufen	80045
Portokosten für die schriftliche Zahlungsaufforderung und Übermittlung der Quittung	80046

2.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte

Bei der Abrechnung der Leistungen entsprechend den Bestimmungen des § 115b SGB V und der Kosten mit den Kassen gilt es, eine Vielzahl von Besonderheiten zu beachten!

Darüber hinaus wurde der EBM zum 1.4.2005 vom Bewertungsausschuss überarbeitet. Das Kapitel »Ambulante Operationen« ist in diesem Zusammenhang völlig neu gestaltet worden und orientiert sich nun am OPS-Code-System.

2.2.1 Abrechnungsumfang

Die Abrechnung der Leistungen, die ein Krankenhaus auf der Grundlage des § 115b SGB V erbringt, beschränkt sich zwar auf den Katalog der im Rahmen des § 115b SGB V zur ambulanten OP zugelassenen Operationen (§ 3 AOP-Vertrag), zusätzlich können aber alle übrigen Abrechnungspositionen des EBM herangezogen werden, wenn diese Leistungen im Zusammenhang mit einer ambulanten OP notwendig sind (§§ 4, 5, 6 des AOP-Vertrages)!

Im Gegensatz zu Leistungen, die im Rahmen einer Ermächtigung erbracht werden, gibt es beim ambulanten Operieren keine Einschränkung auf die persönliche Leistungserbringung durch einen bestimmten Arzt des Krankenhauses!

§ Rechtsprechung

Die Zulassung des Krankenhauses zur Durchführung ambulanter Operationen führt außerdem dazu, dass vorher erteilte Ermächtigungen von Krankenhausärzten zur Erbringung entsprechender operativer Leistungen nach § 116 SGB V oder § 31a Ärzte-Zulassungsverordnung (ZV) enden (BSG-Urteil vom 19. Juni 1996: 6 Rka 15/95).

Ein Facharztstandard (§ 14 AOP-Vertrag) muss hingegen bei der Durchführung der Kernleistungen gewährleistet sein!

§ Rechtsprechung

Dieser Facharztstandard ist auch dann gewährleistet, wenn während einer OP ein Facharzt (entsprechender Fachrichtung) die Aufsicht führt (BGH vom 15.6.1993: VI ZR 175/92 bzw. § 14 AOP-Vertrag ab 1.1.2004)!

2.2.2 Besonderheiten bei belegärztlicher Behandlung

Erfolgt die ambulante Operation durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die belegärztliche Leistung ist auf der Rechnung des Krankenhauses als gesonderter Posten auszuweisen. Die Leistungen aus dem »Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe« und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus hingegen von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet. Dies gilt z. B. für die vom Krankenhaus im Rahmen der Operation durch den Belegarzt durchgeführten Anästhesieverfahren (§ 18 Absatz 1 und 2 bzw. § 7 Abs. 4 AOP-Vertrag).

2.2.3 Rechnungsstellung

Eine Abrechnung von Leistungen nach dem AOP-Vertrag ist nicht möglich, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten OP stationär aufgenommen wird! Hingegen ist eine solche Abrechnung (neben Pflege-satz bzw. Fallpauschale) möglich, wenn ein solcher Zusammenhang nicht besteht (§ 7 Abs. 3 AOP-Vertrag)!

Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation gemäß der Anlage 1 sowie gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 des AOP-Vertrages umfasst.

Die Leistungen aus dem »Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe« und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus von der zuständigen Krankenkasse vergütet. Die Prüfung der Plausibilität, Wirtschaftlichkeit und Qualität der berechneten Leistungen erfolgt ebenfalls direkt durch die zuständigen Krankenkassen!

Das Krankenhaus soll nach Abschluss des Falles einer ambulanten Operation der zuständigen Krankenkasse innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übermitteln. Als Versandtag gilt der Tag der Absendung der Rechnung. Ist der letzte Tag der 4-Wochen-Frist ein arbeitsfreier Tag, verlängert sich

die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag (§ 18 Abs. 3–5 AOP-Vertrag).

Die Krankenkassen müssen die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Zahlungsverzug können folgerichtig Verzugszinsen in Rechnung gestellt werden.

Wichtig	
Die nach § 3 bzw. 4, 5 und 6 des AOP-Vertrages zu vergütenden Leistungen werden seit dem 01.01.2007 nach einem festen Punktwert vergütet, der regional unterschiedlich sein kann.	

2.2.4 Abrechnung der präoperativen Diagnostik

§ 4 Abs. 1 des AOP-Vertrages sieht vor, dass zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115b SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung stellt!

Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten! Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen!

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der überweisende Arzt nur einen exakt definierten Umfang an präoperativ notwendigen Leistungen zur Verfügung stellen muss, der in den präoperativen Komplexleistungen des EBM benannt wird. Es handelt sich dabei um die folgenden Leistungspositionen:

EBM	Leistungsbeschreibung	Punkte
31010	OP-Vorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	750