

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 04.09.2012

Anmerkung

In dieser Arbeit wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit des Textes die männliche Schreibweise der Wörter verwendet. Bei allgemeinen Personenbezügen sind stets beide Geschlechter gemeint, und es soll an dieser Stelle betont werden, dass der Verfasser dieses Textes Frauen zu keinem Zeitpunkt benachteiligen wollte.

Abstract

Hintergrund: Steigende Kosten im Gesundheitssystem und dem daraus resultierenden Bestreben, Kosten im Bereich der Gesundheitsausgaben zu sparen, wurden durch den Gesetzgeber Strukturen geschaffen, die dazu führen sollen, dass mehr Operationen ambulant durchgeführt werden. Ausgehend von dieser Situation sollte anhand eines häufigen Eingriffs, der generell als ambulant durchführbar gilt, die Frage nach Wirtschaftlichkeit und Vorteilen für den Patienten bei ambulanter Durchführung, gestellt werden.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der Frage nach Wirtschaftlichkeit und Vorteilen für den Patienten bei der ambulanten Durchführung einer Hernioplastik nach Lichtenstein unter Berücksichtigung der Hintergründe und Rahmenbedingungen dieses Themas.

Methode: Um das oben genannte Ziel zu erreichen, wurden relevante Hintergrundinformationen zum stationären und ambulanten Operieren sowie zur Fokusprozedur - der Hernioplastik nach Lichtenstein - recherchiert und aufbereitet. Anschließend wurden ökonomische Aspekte der Fokusprozedur unter Berücksichtigung der verschiedenen Abrechnungsformen im ambulanten und stationären Bereich betrachtet. Danach folgte eine Betrachtung der qualitativen Aspekte, aus welchen Vorteile für den Patienten abgeleitet werden können. Hierfür wurden Ergebnisse einer Studie der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Bewertung ambulanter Operationen aus der Patientenperspektive und die Ergebnispräsentation von 500 ambulant durchgeführten Hernioplastiken nach Lichtenstein aus einer chirurgischen Praxis genutzt.

Ergebnisse: Der ambulanten Durchführung der Fokusprozedur kann Wirtschaftlichkeit bestätigt werden, da die Abrechnung im ambulanten Setting zu einem wesentlich geringeren Betrag möglich ist als in einem stationären Setting. Des Weiteren könnten auch indirekte Kosten gespart werden, da die Möglichkeit besteht, schon nach kurzer Zeit die berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Objektiv messbare Vorteile für den Patienten konnten nicht erkannt werden, jedoch konnte auch festgestellt werden, dass dem Patienten durch eine ambulante Durchführung der Fokusprozedur keine Nachteile entstehen.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Anmerkung.....	II
Abstract	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	2
1 Einleitung.....	3
2 Stationäres Operieren in Deutschland.....	5
2.1 Operation - Definition.....	5
2.2 Rechtliche Hintergründe des Operierens	5
2.3 Abrechnung stationärer Operationen	6
2.4 Krankenhauslandschaft in Deutschland.....	6
3 Ambulantes Operieren in Deutschland	11
3.1 Ambulante Operation - Definition	11
3.2 Rechtliche Hintergründe des ambulanten Operierens.....	12
3.3 Abrechnung des ambulanten Operierens	13
3.4 Ausschlusskriterien für einen ambulanten Eingriff	14
3.5 Einrichtungen des ambulanten Operierens	16
3.6 Situation des ambulanten Operierens.....	16
3.7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren	18
4 Fokusprozedur	20
4.1 Pathologie der Hernia Inguinalis	20
4.2 Epidemiologie der Hernia Inguinalis	20
4.3 Hernioplastik nach Lichtenstein	21
5 Ökonomische Betrachtung der Fokusprozedur.....	23
5.1 Abrechnung der Fokusprozedur in den Settings ambulant und stationär	23
5.2 Indirekte Kosten.....	24
6 Qualitative Betrachtung	25
6.1 Studie der KBV.....	25
6.2 Ambulante Hernioplastik nach Lichtenstein.....	27
7 Diskussion.....	28
8 Fazit	32
Literaturverzeichnis	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Daten zur Krankenhauslandschaft in Deutschland, 1991 – 2007	S.7
Abbildung 2:	Betten je 100.000 Einwohner	S.8
Abbildung 3:	durchschnittliche Verweildauer in Tagen	S.8
Abbildung 4:	durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent	S.9
Abbildung 5:	Zunahme der stationären Fallzahlen im Beobachtungszeitraum	S.10
Abbildung 6:	ASA Klassifikation	S.15
Abbildung 7:	AOPs im Krankenhaus bei gesetzl. Krankenversicherten, 1996–2010	S.17
Abbildung 8:	Abrechnung der Fokusprozedur ambulant und stationär	S.23
Abbildung 9:	Erklärung zum Materialcode	S.24
Abbildung 10:	Nachuntersuchungsergebnisse von 423 Hernienoperationen	S.27
Abbildung 11:	postoperative Komplikationen	S.27

Abkürzungsverzeichnis

AOP	–	ambulante Operation
ASA	–	American Society of Anesthesiologists
BAO	–	Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
DIMDI	–	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
EBM	–	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-AEP	–	German – Appropriateness Evaluation Protocol
GBA	–	gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	–	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
G-DRG	–	German Diagnosis Related Groups
GKV	–	gesetzliche Krankenversicherung
ICD 10	–	intern. stat. Klassifikation der Krankheiten u. verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	–	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
MVZ	–	medizinische Versorgungszentren
OPS	–	Operationen- und Prozedurenschlüssel
KVB	–	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
SGB V	–	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StGB	–	Strafgesetzbuch

1 Einleitung

Technischer und wissenschaftlicher Fortschritt in der Medizin sowie eine dem demographischen Wandel folgende, immer älter werdende Gesellschaft stellen u.a. Gründe für die steigenden Kosten im Gesundheitssystem dar [1]. Um eine weitere Finanzierbarkeit dieses Systems gewährleisten zu können, ist der Gesetzgeber bemüht, Wege zu finden, um Kosten zu sparen und dem Bürger dennoch ein Höchstmaß an Qualität in der gesundheitlichen Versorgung zukommen zu lassen.

Eine Möglichkeit, diesem Bestreben zu folgen, kann aus dem Prinzip der ambulanten Eingriffe abgeleitet werden. Hierbei erfolgen die Aufnahme, Operation und Entlassung des Patienten innerhalb eines Tages [2]. Einer der Grundgedanken des ambulanten Operierens aus Sicht des Staates ist die Substitution teurer vollstationärer Eingriffe durch kostengünstigere, ambulant durchführbare Verfahren.

Als wichtige Grundlage für dieses staatliche Bestreben kann die generelle Zulassung von Krankenhäusern zum ambulanten Operieren durch das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993 betrachtet werden. Zwar konnte in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg an ambulant durchgeführten Eingriffen verzeichnet werden, doch auch wenn AOPs in Medienberichten sehr positiv dargestellt werden [3,4] und auch Krankenkassen mit ihrer Online-Präsenz die Vorteile des ambulanten Operierens bewerben [5,6] so bleibt der Anteil dieser Verfahren im internationalen Vergleich weit hinter Ländern wie beispielsweise den USA zurück [7].

Der operative Verschluss einer Hernia Inguinalis gehört zu den häufigsten Eingriffen [1], die generell auch ambulant durchführbar sind [8]. Dies bietet eine gute Basis, um einen Einblick in das wirtschaftliche Potential ambulanter Eingriffe zu bekommen. Es gibt eine Vielzahl von aktuell angewandten Operationsmethoden zum Verschluss einer Hernia inguinalis, die von offen chirurgischen Verfahren bis zu minimalinvasiven laparoskopischen Verfahren reichen und die alle ihre individuellen Vorteile besitzen. Im Zentrum dieser Arbeit steht das Netzimplantations-Verfahren nach Lichtenstein, welches häufig angewendet wird und als ambulant gut durchführbar gilt [9].

Gegenstand dieser Bachelorarbeit soll es sein, anhand dieser oben genannten Fokusprozedur sowohl wirtschaftliche als auch qualitative Aspekte des ambulanten Operierens zu betrachten und dabei auch auf die Patientenperspektive einzugehen.

Um dies leisten zu können, werden in den folgenden Abschnitten wichtige Begriffe definiert sowie für das Verständnis des Themas notwendige Informationen zusammengefasst und erläutert. Dies umfasst u.a. Informationen zu den Bereichen Krankenhauslandschaft in Deutschland, rechtliche Hintergründe zum stationären und ambulanten Operieren, Informationen zur Fokusprozedur und zu den Abrechnungsverfahren in den verschiedenen Settings (ambulant und stationär). Die Aufarbeitung dieser Hintergrundinformationen soll dem besseren Verständnis der Situation im Allgemeinen dienen. Ein gutes Verständnis der Gesamtsituation ist von Bedeutung, da die für diese Arbeit relevanten wirtschaftlichen und qualitativen Bereiche eng mit den zuvor genannten Bereichen verbunden sind.

Anschließend an die Aufarbeitung der relevanten Informationen erfolgt eine Diskussion, welche die zuvor gegebenen Informationen mit Bezugnahme auf die Kernthematik dieser Arbeit erörtert.

2 Stationäres Operieren in Deutschland

Dieses Kapitel fasst einige Kernelemente des stationären Operierens in Deutschland zusammen. Um einen objektiven Blick auf das ambulante Operieren in Deutschland erhalten zu können, ist es notwendig, einige Daten aus der deutschen Krankenhauslandschaft zu kennen sowie Hintergründe zum System der Abrechnung von stationären Eingriffen zu verstehen.

2.1 Operation - Definition

Der Begriff Operation lässt sich im medizinischen Sinne wie folgt definieren:

„beim lebenden Menschen aus ther. Gründen durchgeführter Eingriff mit dem Ziel, einen krankhaften Prozeß zu beseitigen, wobei die körperl. Integrität zeitweilig o. auch für immer aufgehoben sein u. ein Defekt entstehen kann. Die Durchführung einer O. bedarf des Einverständnisses der Pat., außer bei Lebensgefahr, Unzurechnungsfähigkeit o. Unmündigkeit, wobei der gesetzl. Vertreter seine Zustimmung geben muß.“ [10]

2.2 Rechtliche Hintergründe des Operierens

Es gibt eine Vielzahl von rechtlichen Rahmenbedingungen, die für alle Operationen gelten, und eine der wichtigsten Rahmenbedingungen ist die Tatsache, dass eine Operation unter strafrechtlichen Gesichtspunkten tatbestandsmäßig eine gefährliche Körperverletzung gem. § 224 (1) StGB darstellen kann [11]. Dies wird jedoch durch § 228 StGB (Einwilligung) relativiert, da einer Operation eine Indikationsstellung sowie im Allgemeinen eine Einwilligung des Patienten oder einer anderen, zur Einwilligung berechtigten Person vorhergeht [12].

In der Peripherie eines operativen Eingriffs existieren noch eine Vielzahl weiterer Gesetze und Richtlinien wie z.B. das Medizinprodukte Gesetz, was „den Verkehr mit Medizinprodukten“ [13] regelt, die Approbationsordnung der Ärzte oder die Zertifizierung von Einrichtungen, in denen die Eingriffe durchgeführt werden. Von hoher aktueller Präsenz sind auch die Bestimmungen aus dem Infektionsschutzgesetz und

aus der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes, wenn man die in den Medien immer wiederkehrende Berichterstattung über nosokomiale Infektionen und Multiresistenzen betrachtet.

2.3 Abrechnung stationärer Operationen

Stationäre Krankenhausleistungen werden in Deutschland seit 2003 optional und seit 2004 verpflichtend mit dem Entgeltungssystem der Diagnoses Related Groups (G-DRG, wobei das G für „German“ steht) berechnet. Die Einführung eines solchen Systems gründet sich auf der GKV-Gesundheitsreform aus dem Jahre 2000, wobei der § 17 b KHG die „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems“ festlegt [14]. Dieses ursprünglich aus Australien stammende System wird vom InEK in jährlichen Intervallen angepasst und weiterentwickelt. Es wird wie folgt definiert:

„Diagnosis Related Groups (DRGs), für Diagnosebezogene Fallgruppen, stellen ein ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem dar, bei dem die Krankenhaufälle auf Basis ihrer Diagnosen und erfolgten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet sind. Die DRGs unterscheiden sich anhand ihres klinischen Inhalts und Ressourcenverbrauchs und bilden die Grundlage für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen. Maßgeblich ist das jeweils im Berichtsjahr geltende G-DRG-Klassifikationssystem mit den entsprechenden gültigen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln.“ [15]

Der Erlös für eine Operation errechnet sich aus dem Basisfallwert mal dem Relativgewicht. [7] Eine Definition dieser Begriffe erfolgt hier nicht, da später nur vom Basisfallwert ausgegangen wird.

2.4 Krankenhauslandschaft in Deutschland

Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre, so sind in bestimmten Bereichen Trends zu erkennen. Neben vielen weiteren Daten, die in diesem Bereich erhoben werden, bieten die Zahl der aufgestellten Krankenhausbetten, die durchschnittliche Verweildauer der Patienten

und die durchschnittliche Auslastung der Krankenhausbetten eine gute Übersicht der Entwicklung in den letzten Jahren.

Die folgende Tabelle stellt Daten des statistischen Bundesamts aus den Jahren 1991 bis 2007 dar. [16]

Daten zur Krankenhauslandschaft in Deutschland

Jahr	Betten je 100.000 Einwohner	durchschnittl. Verweildauer in Tagen	durchschnittl. Bettenauslastung in %
1991	832	14,0	84,1
1992	803	13,2	83,9
1993	774	12,5	83,1
1994	759	11,9	82,5
1995	746	11,4	82,1
1996	725	10,8	80,6
1997	707	10,4	81,1
1998	697	10,1	82,3
1999	689	9,9	82,2
2000	681	9,7	81,9
2001	671	9,4	81,1
2002	664	9,2	80,1
2003	657	8,9	77,6
2004	644	8,7	75,5
2005	635	8,7	74,9
2006	620	8,5	76,3
2007	616	8,3	77,2

Abbildung 1, Daten zur Krankenhauslandschaft in Deutschland, Statistisches Bundesamt

Zur besseren Visualisierung der eingangs erwähnten Trends werden im folgenden Abschnitt die Daten aus den drei Bereichen der Tabelle in graphischer Form aufbereitet.

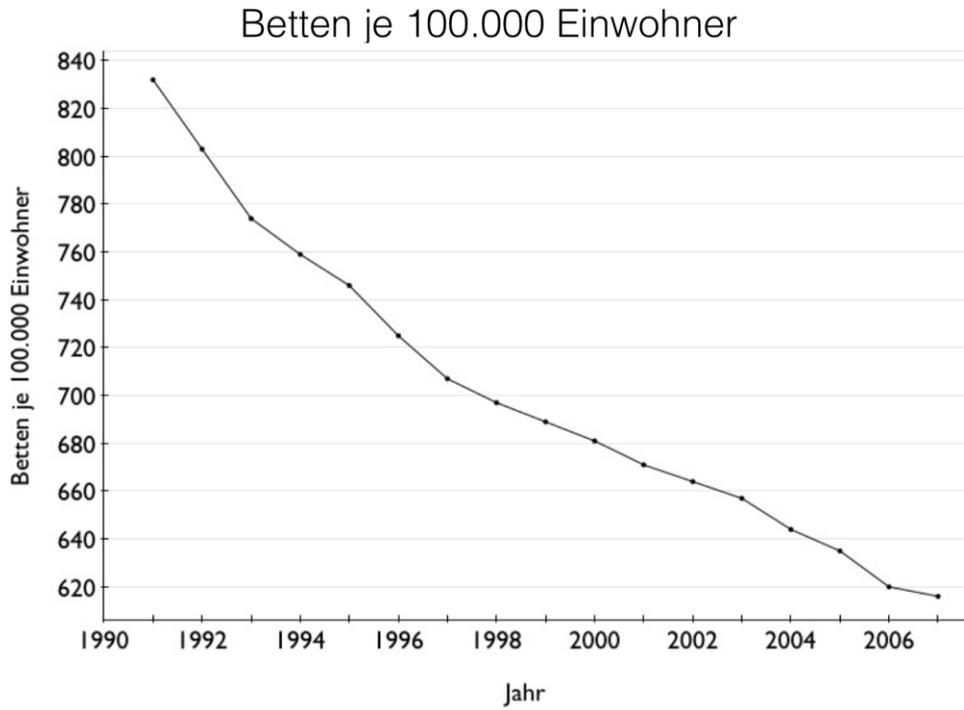


Abbildung 2, Betten je 100.000 Einwohner

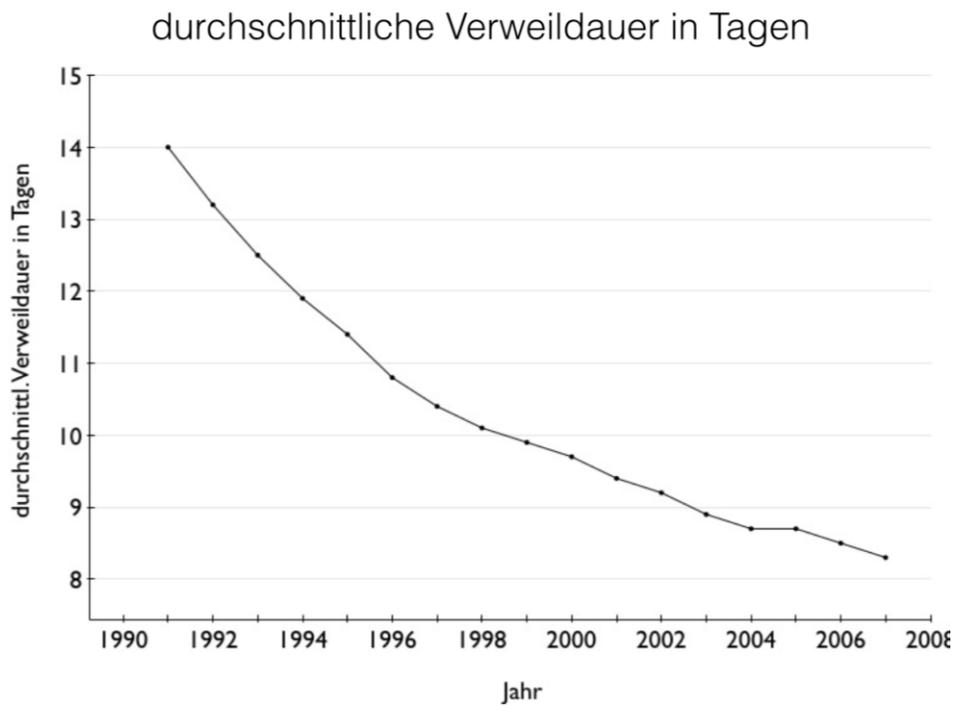


Abbildung 3, durchschnittliche Verweildauer in Tagen, 1991 - 2007, statistisches Bundesamt



Abbildung 4, durchschnittliche Bettenauslastung in Prozent, 1991 - 2007

Die deutlich zu erkennenden abfallenden Kurvenverläufe aus den ersten beiden Darstellungen legen den logischen Schluss nahe, dass unter der Voraussetzung einer wirtschaftlich motivierten Handlungsweise der Krankenhäuser eine Abnahme der Krankenhausbetten mit dem Absinken der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten korreliert. Ferner ist zu erwähnen, dass nach den Daten des statistischen Bundesamts auch die Zahl der Krankenhäuser im Beobachtungszeitraum in etwa die Entwicklung der Zahl der Krankenhausbetten widerspiegelt [16]. Mögliche Erklärungen zum Absinken der durchschnittlichen Verweildauer könnten mit dem Fortschritt in Medizintechnik und Behandlungsmethoden und nicht zuletzt mit der Einführung des G-DRG Systems erklärt werden, welches, neben anderen Faktoren, auch Bezug auf die Verweildauer der Patienten nimmt und Anreize für die Krankenhäuser schafft, Patienten nicht länger als es aus medizinischer Sicht notwendig erscheint in stationärer Betreuung zu belassen.

Diesem Prinzip folgend, könnte auch der starke Rückgang in der prozentualen Bettenauslastung um den Zeitraum der G-DRG Einführung in der dritten Darstellung erklärt werden.

Ein weiterer interessanter Aspekt bei der Betrachtung der Krankenhauslandschaft in Deutschland ist der, dass sich trotz der oben erwähnten Abnahme der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten sowie des Rückgangs in der durchschnittlichen Auslastung der Krankenhausbetten die Fallzahlen innerhalb des Beobachtungszeitraums um rund 18 % erhöht haben [16].

Fallzahl 1991	Fallzahl 2007	Zunahme an Fallzahlen im Beobachtungszeitraum
14.576.613	17.178.573	2.601.960

Abbildung 5, Zunahme der stationären Fallzahlen im Beobachtungszeitraum, statistisches Bundesamt

Erklärungen für diesen Anstieg können der Bevölkerungszuwachs im Beobachtungszeitraum [17], die älter und mit zunehmendem Alter morbider werdende Gesellschaft sowie Verbesserungen in diagnostischen Verfahren, bei denen mehr stationär behandelbare Erkrankungen erkannt werden [1], sein.

Zwar kann diese Entwicklung der Fallzahlen durchaus einen Einfluss auf die oben erwähnten Trends der Krankenhauszahlen bzw. der Krankenhausbetten und deren Auslastung gehabt haben, jedoch untermauert die Tatsache, dass die Kurvenverläufe trotz der Entwicklung der Fallzahlen eine Reduzierung der bereitgestellten Kapazitäten aufweisen, die Schlussfolgerung des stark wirtschaftlich orientierten Bestrebens der Krankenhäuser.

3 Ambulantes Operieren in Deutschland

Dieses Kapitel befasst sich mit den Rahmenbedingungen des ambulanten Operierens in Deutschland, wobei die Definition des AOP-Begriffs die Abgrenzung zum stationären Operieren verdeutlicht. Auch ist es wichtig, das spezielle rechtliche Konstrukt, welches ambulante Eingriffe in Deutschland regelt, zu kennen, da dies nicht nur die Grundvoraussetzungen für ambulant durchgeführte und durchführbare Eingriffe deutlich macht, sondern auch deren Grenzen aufzeigt. Wie auch im vorherigen Kapitel wird hier auf die Besonderheiten der Abrechnung sowie auf die Situation des ambulanten Operierens in Deutschland eingegangen.

3.1 Ambulante Operation - Definition

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit bezieht sich das ambulante Operieren auf einen elektiven Eingriff, da der Zeitpunkt der Operation vom Patienten und dem behandelnden Arzt gemeinsam bestimmt wird.

Die Rahmenbedingung, unter der eine Operation als ambulant angesehen werden kann, lässt sich wie folgt definieren: „*Eine ambulante Operation zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient bzw. die Patientin die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt. Ist eine stationäre Aufnahme z.B. aufgrund von Komplikationen erforderlich, handelt es sich nicht mehr um eine ambulante Operation, sondern um einen vollstationären Behandlungsfall.*“ [2]

Demnach trifft der zu operierende Patient am Tage seiner Operation in der Einrichtung, in der der Eingriff vorgenommen werden soll, ein und verlässt diese auch am selben Tag wieder. Je nach Art des Eingriffs kann das schon nach kurzer Zeit geschehen oder, wie im Falle eines Eingriffs unter Vollnarkose, auch nach einigen Stunden.

3.2 Rechtliche Hintergründe des ambulanten Operierens

Das ambulante Operieren ist in einen Rahmen rechtlicher Grundlagen eingebettet, die es ermöglichen sollen, teure vollstationäre Eingriffe durch kostengünstigere ambulante Verfahren zu substituieren.

Eine der Grundlagen dafür wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz geschaffen, welches 1993 die generelle Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren erteilte.

Der „*Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.*“ [18] – im weiteren Verlauf AOP-Vertrag- regelt in 23 Paragraphen die Rahmenbedingungen für ambulantes Operieren In Krankenhäusern.

Die für diese Arbeit relevanten Punkte aus den §§ 1,2,3 und 7 werden im Folgenden kurz genannt bzw. umschrieben.

§ 1 (1) Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen
gemäß § 115 b SGB V

„Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.“ [18]

§ 2 Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115 b SGB V

Der erste Absatz dieses Paragraphen beschreibt den Normalfall, in dem der Patient das Krankenhaus als Ort des ambulanten Eingriffs mittels einer Überweisung durch seinen Vertragsarzt zugewiesen bekommt. Es wird jedoch auch ein Hinweis auf die Möglichkeit gegeben, dass der Patient sich mit seinem Wunsch nach einer ambulanten Operation direkt in ein Krankenhaus begeben kann.

Der zweite Absatz stellt klar, dass die Entscheidung, einen Eingriff ambulant durchzuführen, in jedem Fall individuell und nach dem Zustand sowie den jeweiligen Umständen, in denen sich der Patient befindet, getroffen werden muss. Die generelle

ambulante Durchführbarkeit eines Eingriffs stellt keine Verpflichtung dar, ihn auch tatsächlich ambulant durchzuführen. [18]

§ 3 Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe nach § 115 b SGB V

In diesem Paragraphen wird auf einen Katalog verwiesen, der eine abschließende Auflistung aller ambulant durchführbaren Operationen beinhaltet. Dies ist ein aktuell 79 Seiten in drei Abschnitten umfassendes Dokument, in dem die verschiedenen Eingriffe nach OPS-Code oder EBM-Nummer aufgelistet sind. Es wird ebenfalls eine Kategorisierung der Eingriffe vorgenommen, in der zwischen Eingriffen, die in der Regel ambulant durchzuführen sind, und Eingriffen, die sowohl ambulant als auch stationär durchzuführen sind, unterschieden wird. Des Weiteren wird auf eine Liste mit Tatbestandskriterien zum Ausschluss einer ambulanten Operation sowie auf einen Katalog der G-AEP-Kriterien verwiesen, worauf in dem Abschnitt „Ausschlusskriterien für einen ambulanten Eingriff“ noch konkreter eingegangen wird. [18]

§ 7 Vergütung

Hier wird Bezug auf die Vergütung der in den Anlagen zum § 3 gegebenen ambulant durchführbaren Operationen genommen. Dieser Bereich wird in dem Abschnitt „Abrechnung des ambulanten Operierens“ noch genauer thematisiert. [18]

3.3 Abrechnung des ambulanten Operierens

Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V werden mittels des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vergütet.

Gem. § 87 (2) SGB V heißt es: „*Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, und in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander;*“. [19]

Die KBV definiert den EMB wie folgt:

„Der Einheitliche Bewertungsmaßstab, in Fachkreisen meist EBM abgekürzt, bezeichnet ein Verzeichnis, nach dem ambulante Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung definieren diese Leistungen und legen eine Abrechnungsziffer fest. Außerdem bestimmen sie jeweils eine Punktzahl. Die Punktzahlen legen die Relationen der Leistungen untereinander fest. Für eine Leistung, die mit hundert Punkten bewertet ist, erhält ein Arzt doppelt so viel Geld wie für eine, die mit 50 Punkten bewertet ist. Am 1. April 2005 trat der EBM 2000plus in Kraft. Dafür wurde der EBM systematisch überarbeitet, basierend auf einer betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation. Zum 1. Januar 2008 trat der EBM 2008 in Kraft, der noch weiter gehende Pauschalierungen als der EBM 2000plus enthält.“ [20]

3.4 Ausschlusskriterien für einen ambulanten Eingriff

Da nach dem AOP Katalog generell ambulant durchführbare Eingriffe auch ambulant durchgeführt werden sollen [18], ist es notwendig, die Kriterien zu bestimmen, unter denen ein Patient im Falle eines dieser Eingriffe stationär zu behandeln ist.

Der bereits im Abschnitt `Rechtlicher Hintergrund des ambulanten Operierens` erwähnte Katalog bietet eine Auflistung der sogenannten G-AEP Kriterien. Hierbei handelt es sich um 33 Kriterien, die sich in die folgenden sechs Kategorien unterteilen:

- A *„Schwere der Erkrankung“*
- B *„Intensität der Behandlung“*
- C *„Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)“*
- D *„Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen“*
- E *„Notwendigkeit intensiver postoperativer Betreuung in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen“*

F „Soziale Faktoren, aufgrund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten im Falle postoperativer Komplikationen nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen, - geprüft und dokumentiert -“ [21]

Zwar sind diese Kategorien für sich genommen selbsterklärend, jedoch muss erwähnt werden, dass sie zum Teil nur kombiniert Geltung finden. So beinhaltet Kategorie C Operationen und invasive Maßnahmen, die zum Ausschluss einer AOP zusätzlich noch ein Kriterium aus den Kategorien A, D oder F benötigen [21].

Unter Kategorie F sind fehlende Kommunikations-, Transport oder Versorgungsmöglichkeiten zusammengefasst sowie die Ermangelung von Einsichtsfähigkeit des Patienten [21].

Eine weitere und in ihrem Umfang wesentlich kürzere Methode der Klassifizierung, ob ein Patient dafür geeignet ist, ambulant operiert zu werden, ist die der ASA-Klassifikation. Hierbei wird der Patient im Vorfeld der Operation medizinisch begutachtet und infolgedessen einer von sechs Kategorien zugeteilt [22]:

ASA-Klassifikation

ASA I	gesunder Patient
ASA II	Patient mit leichter systemischer Erkrankung
ASA III	Patient mit schwerer systemischer Erkrankung
ASA IV	Patient mit lebensbedrohlicher systemischer Erkrankung
ASA V	moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird
ASA VI	hirntoter Patient, dessen Organe zur Organspende entnommen werden

Abbildung 6, ASA Klassifikation, [23]

Bei Patienten der Kategorien ASA I und ASA II gibt es aus medizinischer Sicht keine Gründe, einen ambulant durchzuführenden Eingriff abzulehnen. Bei einem Patienten

ten der Kategorie ASA III ist eine AOP nur nach einer genauen Analyse der jeweiligen Situation durchzuführen. [22]

Diese Methode der Klassifizierung ist zwar nicht in den rechtlichen Grundlagen für das Ambulante Operieren in Deutschland festgelegt, sie bietet den behandelnden Ärzten jedoch eine schnelle und effektive Möglichkeit, eine Entscheidung über ihr weiteres Vorgehen im Sinne der Patienten zu treffen.

3.5 Einrichtungen des ambulanten Operierens

Neben der bereits erwähnten generellen Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren und der Möglichkeit von niedergelassenen Ärzten, AOPs in ihrer Praxis durchzuführen, sollte hier noch eine weitere Einrichtung mit hoher Relevanz für die Durchführung ambulanter Eingriffe genannt werden:

Medizinische Versorgungszentren, so genannte MVZ sind ein weiterer wichtiger Anlaufpunkt, wenn es um die Durchführung ambulanter Eingriffe geht.

Der Gesetzgeber definiert MVZ wie folgt:

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.“ [24]

3.6 Situation des ambulanten Operierens

Beginnt man mit der Recherche nach Fallzahlen aus dem Bereich des ambulanten Operierens in Deutschland, so kann man schnell feststellen, dass hier längst keine so transparente Datenlage zur Verfügung steht, wie es im Bereich des stationären Operierens der Fall ist. Tabellarische Auflistungen oder graphische Aufarbeitungen in Form der bekannten Gesundheitsberichterstattungen des Bundes existieren derzeit noch nicht für ambulante Eingriffe oder werden bislang der Öffentlichkeit noch nicht zugänglich gemacht.

Ein Erklärungsversuch dafür könnte in der Verschiedenheit der Settings bestehen, in denen AOPs möglich sind. Es gilt schließlich nicht nur die ambulanten Eingriffe zu erfassen, die in Krankenhäusern, sondern auch diejenigen, die in MVZ oder in den Praxen niedergelassener Ärzte erfolgen.

Rohdaten zu diesen Eingriffen müssten der KBV vorliegen, jedoch könnte hier die personelle Infrastruktur fehlen, um die Daten zu anonymisieren und für die öffentliche Bereitstellung aufzuarbeiten. Ferner kann auch eine Umstellung der Abrechnungssysteme den Vergleich der Daten über den Verlauf von mehreren Jahren erschweren.

Trotz der unsicheren und z.T. widersprüchlichen Datenlage zu diesem Thema, die im Verlauf der Recherche zu dieser Arbeit sichtbar wurde, konnte eine tabellarische Auflistung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zumindest für den Bereich der ambulanten Operationen in Krankenhäusern eine Tendenz sichtbar machen.

Die folgende Tabelle zeigt Fallzahlen für den Bereich AOPs in Krankenhäusern bei gesetzlich Krankenversicherten beider Geschlechter für die Jahre 1996 bis 2010.

Die graphische Aufarbeitung der Fallzahlen, die neben der Tabelle zu sehen ist, soll der besseren Visualisierung der Tendenz dienen. [25]



Abbildung 7, AOPs im Krankenhaus bei gesetzlich Krankenversicherten, 1996 - 2010, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Dieser drastische Anstieg um über 1,4 Millionen Fälle innerhalb des nur 14 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraums macht deutlich, dass auch in Deutschland die Relevanz von ambulanten Eingriffen an Bedeutung gewinnt.

Es gilt zu bedenken, dass diese Zahlen nur einen Teilbereich des ambulanten Operierens abbilden und dass erst mit dem Einbeziehen der ambulant durchgeführten Eingriffe in MVZ und in den Praxen der niedergelassenen Ärzte ein tatsächliches Bild der Situation in Deutschland gezeigt werden kann.

3.7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren

Struktur und Verbindlichkeit sind wichtige Aspekte, wenn es um die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen geht, da das Einhalten von Richtlinien auf freiwilliger Basis oft nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt. Für den Bereich des ambulanten Operierens gelten in Deutschland gesetzlich geregelte Vorschriften, die ihre Grundlage im § 135 Abs. 2 SGB V haben.

Im § 1 Ziel und Inhalt der `Qualitätsvereinbarung ambulantes Operieren` heißt es:

„Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM, die Leistungen in Anlage 1 Abschnitt 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V betreffen, sowie für die Ausführung und Abrechnung von in Anlage 1 Abschnitt 2 und 3 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannten EBM-Leistungen“. [26]

Im weiteren Verlauf werden Themen wie beispielsweise die Genehmigung zur Durchführung ambulanter Eingriffe nach § 115b SGB V, die fachliche Befähigung zu deren Durchführung sowie die Bereiche der organisatorischen, hygienischen und der räumlichen bzw. apparativ-technischen Voraussetzungen geregelt. [26]

Die Einhaltung dieser Vorschriften soll ein Höchstmaß an qualitativen Rahmenbedingungen für das ambulante Operieren schaffen, was letztendlich jedem Patienten, der sich einem ambulanten Eingriff unterzieht, zugute kommt.

Hierbei ist es für Einrichtungen des ambulanten Operierens empfehlenswert, diese Maßnahmen zur Qualitätssicherung in hochstandardisierte Prozesse zu integrieren.

4 Fokusprozedur

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit den für diese Arbeit relevanten Details der Fokusprozedur und stellen neben allgemeinen Hintergrundinformationen auch dar, warum diese Prozedur ein wichtiger Indikator für die Bereiche Wirtschaftlichkeit und Qualität sein kann.

Klassifizierung nach ICD 10: K40 Hernia inguinalis

Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit wird diese Klassifizierung noch weiter eingegrenzt: *K40.9 „Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän“* [27]

4.1 Pathologie der Hernia Inguinalis

„Hernia inguinalis: Leistenhernie; häufigster Baucheingeweidebruch im Bereich des Leistenkanals. Meist Männer betroffen. Unterteilung in angeborene (Hernia inguinalis congenita) u. erworbene Formen sowie nach Lokalisation der Bruchpforte.“ [10]

Bei einem Leistenbruch treten intraabdominelles Fett und/oder ein Teil des Dünndarms durch eine Schwachstelle im Bereich der unteren Bauchmuskeln. Eine Hernia inguinalis tritt in der Leistengegend, der Region zwischen Bauch und Oberschenkel, auf. Diese Form der Hernie wird als inguinal bezeichnet, da Fettgewebe oder ein Teil des Dünndarms durch einen Bruch am Inguinalring, der Öffnung zum Leistenkanal, gleitet. Ein Leistenbruch wird durch eine Ausbuchtung auf einer oder auf beiden Seiten der Leiste sichtbar, und er kann jederzeit –vom Säuglingsalter bis zum Erwachsenenalter - auftreten, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Inguinalhernien vergrößern sich tendenziell im Laufe der Zeit. [28]

4.2 Epidemiologie der Hernia Inguinalis

Im Jahre 2009 lag die Hernia Inguinalis mit 148.272 Fällen auf Platz fünf der häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten männlichen Patienten. [29]

Für das Jahr 2010 lag der Verschluss einer Hernia inguinalis mit 176.693 Fällen und einem Anteil von 1,2% an allen vollstationär behandelten Patienten auf Platz 12 der vollstationär durchgeführten Operationen. Bei männlichen Patienten lag diese Operation mit 155.568 Fällen und einem Anteil von 2,2% sogar auf dem ersten Platz. [30]

4.3 Hernioplastik nach Lichtenstein

„Die Chirurgie der Leistenhernie eignet sich in besonderem Maße für die Tageschirurgie. Sie ist ein standardisiertes operatives Verfahren.“ [22]

Diese Arbeit bezieht sich bei der Betrachtung wirtschaftlicher und qualitativer Faktoren auf den ambulant durchgeführten Eingriff der Hernioplastik nach Lichtenstein. Die Entscheidung, dieses Verfahren zur Fokusprozedur dieser Arbeit zu erklären, ist darin begründet, dass es zum einen zu den Standardverfahren zählt und es sich zum anderen sehr gut für die ambulante Durchführung eignet. [9] Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass dies grundsätzlich auch für andere Operationsverfahren zum Verschluss einer Hernia inguinalis zutreffen würde.

Im Folgenden wird der Eingriff kurz beschrieben. Da eine detaillierte medizinische Beschreibung der gesamten Prozedur nicht zum Verständnis des Arbeitsthemas beitragen würde, wird der Vorgang mit einfachen Worten beschrieben.

OPS-Code des Eingriffs:

5-530.30 *„Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem Material: Offen Chirurgisch“ [31]*

Die Hernioplastik nach Lichtenstein ist ein offen chirurgisches Operationsverfahren, bei dem es nicht zur Verwendung minimal invasiver Techniken der Schlüssellochchirurgie kommt. Nach der Öffnung eines Zugangs wird die Bruchpforte mittels eines am Leistenring eingenähten flachen Kunststoffnetzes (ca. 8 x 12 cm) `spannungsfrei` überdeckt, was praktisch einen neuen inneren Leistenring schafft [32]. Anschließend wird die Zugangswunde durch eine Hautnaht verschlossen. Dieser Vorgang kann grundsätzlich in Lokalanästhesie vorgenommen werden. [9]

Die Patienten können im Allgemeinen ca. vier Stunden nach der Operation die Praxis mit einer Begleitperson verlassen und werden für die Zeit nach der Operation mit Schmerzmitteln versorgt. [9]

5 Ökonomische Betrachtung der Fokusprozedur

Nachdem sich die vorhergegangenen Kapitel mit den allgemeinen Hintergründen zu den Themen des stationären und des ambulanten Operierens sowie den Hintergründen zur Fokusprozedur auseinandergesetzt haben, nähert sich dieses Kapitel einem der Kernelemente dieser Arbeit – der Wirtschaftlichkeit ambulanter Eingriffe.

Um diese Annäherung zu erreichen, werden die verschiedenen Formen der Abrechnungsmöglichkeiten des stationären und des ambulanten Sektors unter Bezugnahme auf die Fokusprozedur miteinander verglichen und tabellarisch aufgearbeitet.

5.1 Abrechnung der Fokusprozedur in den Settings ambulant und stationär

Dieser Abschnitt stellt die Grundbeträge dar, die in den verschiedenen Settings für die Durchführung der Fokusprozedur erstattet werden. Hierbei wird die AOP nach § 115 SGB V den stationären Abrechnungsverfahren über DRG in den Haupt- und in den Belegabteilungen der Krankenhäuser gegenübergestellt.

ICD 10: K40.9; OPS: 5-530.30

Setting	Gesamtvergütung
AOP nach § 115 SGB V	572,80 €
DRG Hauptabteilung	2.116,14 €
DRG Belegabteilung	1.749,26 €

Abbildung 8, Abrechnung der Fokusprozedur ambulant und stationär [7]

Zusätzlich zu dem Betrag für die AOP kommen Sachkosten nach Originalrechnung, z.B. für Netze und Nahtmaterial, sowie für Arzneimittel, wenn diese einen Wert von 40 € übersteigen, hinzu [7].

Die Beträge für das stationäre Operieren beziehen sich auf den Basisfallwert, ausgehend von der mittleren Verweildauer. Dazu kommt der Preis für den Materialcode 5-932.0 bzw. 5-932.1. [33]

5-93 Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien

OPS-Materialcode	Erklärung
5-932.0	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material
5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-) resorbierbares Material

Abbildung 9, Erklärung zum Materialcode [33]

5.2 Indirekte Kosten

Wenn man bei der Betrachtung der wirtschaftlichen Faktoren des ambulanten Operierens einmal über die Kosten, die dem Gesundheitssystem direkt entstehen, hinausblickt und sich auf die indirekten medizinischen Kosten konzentriert, kommt dem ambulanten Operieren noch eine wichtige ökonomische Perspektive hinzu.

Indirekte Kosten können in diesem Zusammenhang wie folgt definiert werden:

„Die indirekten Kosten bezeichnen Produktivitätsverluste wegen krankheitsbedingter Arbeitsausfälle. Die Arbeitsausfallzeiten umfassen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Wegfall von Restlebensarbeitszeit bei vorzeitigem Tod“ [34].

Da Patienten, die sich einer ambulant durchgeführten Hernioplastik nach Lichtens-tein unterzogen haben, am Tag ihrer Operation wieder entlassen werden und sich bis zum Erreichen der Schmerzgrenze hin belasten dürfen [9], ist es ihnen möglich, nach relativ kurzer Zeit wieder ihrer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, sofern diese nicht aus schwerer, den Körper belastender Arbeit besteht. Dies würde die arbeitsausfallbedingten Produktivitätsverluste auf einem geringeren Niveau halten können, als es bei einer vollstationär durchgeführten Operation der Fall wäre.

6 Qualitative Betrachtung

Dieses Kapitel setzt sich mit dem zweiten Kernaspekt dieser Arbeit auseinander, nämlich der Frage nach den Vorteilen für den Patienten, der eine Hernia inguinalis ambulant behandeln lässt. Diese Vorteile können auf der einen Seite in medizinische Kategorien unterteilt werden, sie können sich jedoch auch aus subjektiven Faktoren wie der Zufriedenheit mit der durchgeführten Operationsvariante ergeben.

Aufgrund der verfügbaren Datenlage können nicht immer konkrete Aussagen getroffen werden, die sich exakt auf die Fokusprozedur in Verbindung mit ihrer ambulanten Durchführung beziehen. Die verwendeten Daten lassen jedoch meist Rückschlüsse zu.

6.1 Studie der KBV

Da neben der medizinischen und der ökonomischen Perspektive auch die Zufriedenheit der Patienten mit dem ambulant durchgeführten Eingriff eine zentrale Rolle spielt, zeichnen die Ergebnisse einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Auftrag gegebenen Patientenbefragung deutliche Ergebnisse über die Bewertung ambulanter Operationen aus der Patientenperspektive.

Für diese im Jahr 2010 erschienene Studie wurden 1.910 ambulant operierten Patienten adressierte und frankierte Fragebögen ausgehändigt, die sie innerhalb von zwei Wochen ausgefüllt zurückschicken sollten. 824 der Patienten, die sich einer von vier ausgewählten ambulanten Operationen der Kategorie 2 (→ambulant und stationär durchführbar, wobei eine dieser Operationen der Verschluss einer Hernia inguinalis war) unterzogen hatten, sendeten diesen Fragebogen ausgefüllt zurück. Unter den zurückgesendeten Fragebögen gab es 306, die zu Patienten gehörten, die sich einer ambulanten Leistenhernienoperation unterzogen hatten. Zusätzlich zu den Patientenfragebögen wurde durch den Operateur und den Anästhesisten ein Fragebogen zur intraoperativen und unmittelbar postoperativen Leistung abgegeben.

Die Ergebnisse dieser Befragung lassen sich grob in drei Themenblöcke unterteilen:

- Gesamtzufriedenheit mit der AOP
- Beschwerden und postoperative unerwünschte Ereignisse
- Versorgung zu Hause

Aus der Vielzahl von überwiegend positiven Einzelergebnissen soll nur eine kleine Auswahl die Tendenz des Gesamtergebnisses veranschaulichen:

- Mit „sehr gut“ oder „gut“ bewerteten 97,5 % der Patienten den bei ihnen durchgeführten Eingriff.
- Bei einer Skaleneinteilung von 1 (sehr gut) bis zu 5 (sehr schlecht) erhielt die Gesamtbewertung des Eingriffs die Durchschnittsnote 1,4.
- Falls notwendig, würden sich auch 94,5 % der befragten Patienten erneut ambulant operieren lassen.
- Mit einer gleich bzw. ähnlich hohen Prozentzahl würden sich auch alleinstehende oder über 65 jährige Patienten erneut ambulant operieren lassen.

Auch die aus den Fragebögen der Operateure und Anästhesisten ermittelten Ergebnisse zeichneten ein äußerst positives Bild dieser vier ausgewählten ambulanten Eingriffe, bezogen auf ihre intraoperativen unerwünschten Ereignisse und auf Beschwerden im Aufwachraum.

Die Betreuung zu Hause nach der Operation wurde von den Patienten ebenfalls sehr gut bewertet.

Bezogen auf die Leistenhernie, trat in 6,9 % der Fälle ein postoperatives Ereignis auf, welches ambulant und in 1,0 % der Fälle stationär behandelt werden musste.

Die Dosierung der Schmerzmittel bietet noch Bedarf an Verbesserung, da 19,1 % der Patienten nach einer Leistenhernien-Operation „mittel“ bis „unerträglich“ Schmerzen angaben. [35]

6.2 Ambulante Hernioplastik nach Lichtenstein

Ergebnisse einer Auswertung von 500 in einer chirurgischen Praxis ambulant durchgeführten Hernioplastiken nach Lichtenstein zeigen die in den folgenden zwei Tabellen aufgeführten Ergebnisse [9]:

Nachuntersuchungsergebnisse von 423 Hernienoperationen

Patientenangaben	Anteil
völlig beschwerdefrei	84,6 %
Narbenziehen	10,5 %
Belastungsschmerz	6,6 %
bleibende Parästhesien	0,7 %
Fremdkörpergefühl	0,2 %
Wetterfühligkeit	10,9 %
Rezidive	3 %
Würde sich wieder ambulant operieren lassen	96 %

Abbildung 10, Nachuntersuchungsergebnisse von 423 Hernienoperationen

postoperative Komplikationen (n = 490)

Komplikationen	Anteil
revisionsbedürftige Hämatome	1,2 %
Serome	0,6 %
Hodenschwellung	0,2 %
Hodenatrophie	0,2 %
oberflächl. Wundinfekt	0,2 %
tiefer Wundinfekt	0,2 %
postoperative Vagotonie	1,4 %
stationäre Einweisung	0,2 %

Abbildung 11. postoperative Komplikationen

Auch diese Ergebnispräsentation zeichnet ein überwiegend positives Bild der ambulant durchgeführten Hernioplastik nach Lichtenstein. Sie spiegelt somit die Ergebnisse der zuvor genannten Studie wider.

7 Diskussion

Wie die Betrachtung der ersten Kapitel, die sich mit den Hintergründen zum stationären und zum ambulanten Operieren befassen, zeigt, handelt es sich bei diesem Themengebiet um ein äußerst komplexes Konstrukt, dessen gesetzliche Rahmenbedingungen sich ständig ändern. Somit muss von Jahr zu Jahr ein leichter oder stärker verändertes Bild der Situation betrachtet werden.

Der eingangs erwähnte Blick in andere Länder wie beispielsweise die USA gibt einen deutlichen Hinweis darauf, welches ungenutzte Potential auch in Deutschland noch existiert und dass AOPs hier noch lange nicht den Stellenwert einnehmen, wie es sich die Politik wünscht. Das Identifizieren expliziter Gründe, warum sich ambulant durchgeführte Eingriffe hierzulande noch nicht in der Form etabliert haben, wie es in vielen anderen Ländern mittlerweile der Fall ist, ist schwierig. Zu viele Faktoren bestimmen die Landschaft des stationären und des ambulanten Operierens, um mit den vorhandenen Daten eine valide Aussage treffen zu können.

Mögliche Gründe jedoch könnten auf der Arzt- und Patientenseite zu finden sein. Die im Verhältnis zur stationären Behandlung schlechter vergütete AOP schafft kaum Anreize für Ärzte oder Krankenhäuser, die Zahl der ambulanten Eingriffe zu erhöhen [35]. Sollte ein Arzt oder ein Patient - vielleicht auch im Einzelfall - medizinisch ungerechtfertigte - Gründe gegen einen ambulanten Eingriff haben, können mittels der Ausschlusskriterien sehr leicht Gründe konstruiert werden, die auch einen Eingriff der Kategorie 1 zu einem stationären Fall werden lassen können. Die zum Schutz der Sicherheit eines Patienten und zur Gewährleistung einer bestmöglichen medizinischen Versorgung aufgestellten Kriterien können also auch dahingehend verwendet werden, um persönliche Präferenzen von Arzt oder Patient durchzusetzen. Es könnte beispielsweise der in den G-AEP Kriterien unter Abschnitt F aufgelistete Bereich der mangelnden Einsichtsfähigkeit des Patienten [21] unterstellt werden. Hier soll jedoch auf keinen Fall der Eindruck erweckt werden, dass dies eine normale Vorgehensweise ist, um ambulant durchgeführte Eingriffe zu vermeiden - es wird lediglich auf die theoretische Möglichkeit hingewiesen.

Tatsächlich kann eine befürchtete mangelnde Compliance des Patienten einen behandelnden Arzt veranlassen, den Patient stationär behandeln zu lassen und ihn so noch

dichter an Aufsicht und ärztlicher Versorgung zu halten. Gerade bei größeren ambulant durchgeführten Eingriffen wie einer Hernioplastik nach Lichtenstein könnte ein übertriebenes Maß an Bewegungen beispielsweise einen Netzausriss zur Folge haben.

Betrachtet man das Kapitel, welches sich mit den ökonomischen Aspekten des ambulanten Operierens auseinandersetzt, kann relativ deutlich gesagt werden, dass allein anhand des Vergleichs der Abrechnungsbeträge des ambulanten mit den stationären Settings ein großes Einsparpotential durch AOPs besteht. Würde es gelingen, den Anteil an ambulant durchgeführten Prozeduren auf ein Maß zu erhöhen, welches das bisher ungenutzte Potential annähernd ausschöpfen würde, so würden sich große wirtschaftliche Vorteile für das deutsche Gesundheitssystem ergeben.

Rückt man bei der ökonomischen Perspektive die Thematik der indirekten Kosten in den Fokus, so kann man zwar auch hier das volkswirtschaftliche Potential von ambulanten Eingriffen erkennen; es zeigt sich aber auch, wie stark der Wille des Patienten die Möglichkeit beeinflusst, tatsächlich früher die berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Dass die Motivation ein wichtiger Faktor ist, zeigt auch die Ergebnispräsentation der 500 ambulant durchgeführten Hernioplastiken nach Lichtenstein. Hierbei konnte eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 5,7 Tagen bei Selbständigen und von durchschnittlich 18,6 Tagen bei lohnabhängig Beschäftigten festgestellt werden. Auch wird berichtet, dass viele Hausärzte trotz gegebener Informationen ihre Patienten noch immer über Wochen krankschreiben. [9]

Neben den Aspekten der Wirtschaftlichkeit waren die möglichen Vorteile für den Patienten der weitere wichtige Punkt dieser Arbeit. Alleine die Tatsache, dass ein Katalog über die vom Gesetzgeber als ambulant durchzuführenden und durchführbaren Eingriffe existiert, kann schon als Zeichen dafür gewertet werden, dass dem Patienten durch einen ambulant durchgeführten Eingriff kein Nachteil gegenüber einer vollstationären Behandlung entsteht. Um darüber eine Aussage treffen zu können, wurden die Ergebnisse einer Patientenbefragung über ihren ambulanten Eingriff betrachtet. Diese Studie umfasste vier Indikator-Operationen; eine davon war der Verschluss einer Hernia inguinalis[35]. Zwar war die Verfahrensweise des operativen Eingriffs in der Ergebnispräsentation nicht näher definiert, es kann jedoch davon

ausgegangen werden, dass auch die Hernioplastik nach Lichtenstein unter den angewendeten Verfahren war.

Die überaus positiven Ergebnisse dieser Studie lassen es zu sagen, dass aus der Sicht der Patienten eine AOP als qualitativ hochwertiger Eingriff zu betrachten ist. Dass sich 94,5 % der befragten Patienten erneut einer ambulanten Operation unterziehen würden, [35] könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Patienten selbst einen Vorteil durch den ambulant durchgeführten Eingriff zu erkennen glaubten. Da es sehr schwer ist, diese Daten mit Daten über Qualität und Zufriedenheit von vollstationär behandelten Patienten zu vergleichen, kann hier keine exakte Aussage darüber getroffen werden, ob tatsächlich Vorteile für ambulant operierte Patienten entstehen. Die in ihrer Masse nahezu ausschließlich positiven Ergebnisse aus der Befragung der Patienten, der Operateure und der Anästhesisten zeigen, dass die AOP eine in Qualität und Patientenzufriedenheit hochwertige Alternative zu vollstationär durchgeführten Eingriffen darstellt.

Die Präsentation der Ergebnisse aus 500 ambulant durchgeführten Hernioplastiken nach Lichtenstein konnte die hohe Qualität, die mit einer ambulanten Operation der Fokusprozedur möglich ist, zeigen; allerdings konnten auch hier keine Hinweise auf konkrete medizinische Vorteile eines ambulant durchgeführten Eingriffs gegeben werden [9].

Eine - wenn auch nur subjektiv zu beurteilende - Quelle potentieller Vorteile für den Patienten der sich für eine ambulante Operation entscheidet, kann sich in den Rahmenbedingungen ambulanter Eingriffe verbergen: Die Tatsache, die Nacht vor und die Nächte nach der Operation im eigenen Zuhause verbringen zu können, mag für viele Patienten von entscheidender Bedeutung sein.

Die Möglichkeit, sich kurze Zeit nach einer ambulant durchgeführten Hernioplastik nach Lichtenstein wieder (unter bestimmten Bedingungen) der beruflichen Tätigkeit zuwenden zu können, mag für manche Patienten auch unabhängig vom volkswirtschaftlichen Nutzen als Vorteil gewertet werden.

Als ein ständig wiederkehrendes Problem dieser Arbeit konnte die unzureichende Datenlage, vor allem im Bereich der Fallzahlen für das ambulante Operieren, identifiziert werden. Es ist nicht möglich, unter Nutzung der aktuell verfügbaren Daten eine exakte und der Realität entsprechende Einschätzung der Situation des ambulanten Operierens zu geben. Nur Aussagen, die sich der Situation annähern, sind möglich.

Auch ist es mit Ausnahme der Ergebnispräsentation von 500 ambulant durchgeführten Hernioplastiken nach Lichtenstein kaum möglich gewesen, konkrete Daten über die Fokusprozedur im ambulanten Setting zu finden, anhand derer sich Vorteile für den Patienten benennen lassen.

Im Verlauf dieser Arbeit wurde daher auf Daten zurückgegriffen, die sich dem Arbeitsthema möglichst annähern und die Rückschlüsse auf die einzelnen Bereiche des Themas zuließen.

8 Fazit

Ausgehend von den Informationen, die für diese Arbeit recherchiert und zusammengetragen wurden, kann gesagt werden, dass es kaum logische Gründe gegen eine noch stärkere Ausweitung ambulanter Operationen zu nennen gibt. Allerdings haben die zuvor erwähnten geringen wirtschaftlichen Anreize des ambulanten Operierens für Ärzte und Krankenhäuser sowie Personen, die unter die Ausschlusskriterien für ambulante Eingriffe fallen, das Potential, die Entwicklung zu einem stärker ambulant operierenden System zu bremsen.

Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit einer ambulant durchgeführten Hernioplastik nach Lichtenstein kann bestätigt werden. Zum einen sind die direkten Kosten, die durch die Erstattung der medizinischen Leistung eines ambulant durchgeführten Eingriffs entstehen, wesentlich geringer als in den stationären Abrechnungsvarianten. Zum anderen kann durch eine frühere Aufnahme der beruflichen Tätigkeit auch ein volkswirtschaftlicher Nutzen entstehen. Dieser ist allerdings von dem Aspekt abhängig, ob der Patient die berufliche Tätigkeit tatsächlich früher aufnimmt als ein vollstationär behandelte Patient.

Ob die ambulant durchgeführte Hernioplastik nach Lichtenstein neben der erwähnten Wirtschaftlichkeit auch Vorteile für den Patienten hat, konnte nicht festgestellt werden. Abgesehen von einigen Faktoren, die für manche Patienten evtl. subjektive Vorteile darstellen, kann lediglich gesagt werden, dass dieser ambulante Eingriff für den Patienten keinen Nachteil im Vergleich zu einer vollstationären Variante aufweist.

Abschließend bleibt zu sagen, dass allein die Wirtschaftlichkeit in Verbindung mit der hohen Qualität dieser ambulant durchgeführten Fokusprozedur ein positives Bild des ambulanten Operierens zeigt. Könnten diese Aspekte auch auf andere ambulant durchgeführte Eingriffe übertragen werden, so könnte dies als gute Möglichkeit betrachtet werden, die Ressourcen unseres Gesundheitssystems zu schonen und trotzdem die medizinische Versorgung der Patienten nicht zu verschlechtern.

Bessere Aufklärung der Patienten, Ausbau der Qualitätssicherungsmaßnahmen, weitere Standardisierung von Prozeduren und Abläufen sowie eine Verbesserung der

Anreize für Ärzte und Krankenhäuser, ambulant zu operieren, könnten wichtige Maßnahmen zu Verbesserung der Situation des ambulanten Operierens in Deutschland sein.

Für eine verbesserte Forschung auf diesem Gebiet sollte vor allem an der Verfügbarkeit valider Daten gearbeitet werden. Eine Aufarbeitung der Daten über ambulant durchgeführte Eingriffe in Stil und Umfang der Daten über vollstationär durchgeführte Eingriffe wäre dabei äußerst wünschenswert.

Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Daten des Gesundheitswesens 2011*

2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012). *Ambulante Operationen*, Abgerufen am 13.08.2012 von: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FI&p_sprache=D&p_suchstring=9697::Ambulantes%20Operieren,

3. Weltonline. (2000). *Durch ambulante Operation schneller gesund*. Abgerufen am 14.08.2012 von Axel Springer AG, <http://www.welt.de/print-welt/article509082/Durch-ambulante-Operation-schneller-gesund.html>

4. Weltonline. (1999). *Ambulantes Operieren liegt im Trend*. Abgerufen am 14.08.2012 von Axel Springer AG, <http://www.welt.de/print-welt/article576582/Ambulantes-Operieren-liegt-im-Trend.html>

5. Techniker Krankenkasse. (2012). *Ambulant Operieren*. Abgerufen am 14.08.2012 von Techniker Krankenkasse, <http://www.tk.de/tk/medizin-und-gesundheit/behandlungen/ambulant-operieren/18762>

6. DAK-Gesundheit. (2012) *Ambulant Operieren*. Abgerufen am 14.08.2012 von DAK-Gesundheit, https://www.dak.de/content/dakleistungen/ambulante_operationen.html

7. Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. (2010). *Ökonomische Betrachtung des ambulanten Operierens*. Oberender & Partner – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen

8. SGB V. (2012). *Anlage 1 zum Vertragnach § 115b SGB V*

9. K. Dietrich, J. Eichhorn. (2004). *Ambulante Hernioplastik nach Lichtenstein*. Der Chirurg 9. 2004

10. Zetkin/Schaldach (1956). *Lexikon der Medizin, 16. Auflage*, Fackelträger Verlag GmbH

11. Strafgesetzbuch. (2012). § 224 (1) gefährliche Körperverletzung

12. Strafgesetzbuch. (2012). § 228 Einwilligung

13. Medizinproduktegesetz. (2011). § 1 Zweck des Gesetzes

14. InEK GmbH. (2012). *DRG-Fallpauschalen (§ 17b KHG)*, Abgerufen am 17.08.2012 von InEK GmbH, http://www.g-drg.de/cms/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG

15. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012). *Diagnosis Related Groups (DRG)* Abgerufen am 22.08.2012 von Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn,

http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=3911&suchstring=DRG_definition&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=11430416&hlp_nr=3&p_janein=J

16. Destatis. (2008). *Krankenhauslandschaft im Umbruch*. Statistisches Bundesamt

17. Destatis. (2012). *Bevölkerung nach dem Gebietsstand*. Abgerufen am 22.08.2012 von Statistisches Bundesamt,

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev03.html>

18. Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V. (2012). – *Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP- Vertrag)*. GKV Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Kassenärztliche Bundesvereinigung.

19. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. (2012). *87 SGB VBundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte*.

20. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Abgerufen am 23.08.2012 von Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, [http://www.gbe-](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FI)

[bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FI](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FI)
[D&p_sprache=D&p_suchstring=11189::gest%FCtzter%20Punktwert](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FI)

21. Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V. (2012). *Anlage 2 – G-AEP Kriterien*

22. V. Schumpelick, M. Stumpf, R. Schwab. (2004). *Leistenhernienchirurgie als ambulante und kurzzeitstationäre Chirurgie*. Der Chirurg 2. 2004

23. American Society of Anesthesiologists. (2012). *ASA Physical Status Classification System*, Abgerufen am 24.08.2012 von American Society of Anesthesiologists, <http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>

- 24. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. (2012).** § 95 SGBV *Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung.*
- 25. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2012).** *Ambulante Operationen im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung*, Abgerufen am 30.08.2012 von Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=87100488&nummer=295&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=97673458
- 26. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach ³ 135 Abs. 2 SGB V. (2011).** *Abschnitt A Allgemeine Bestimmungen*
- 27. ICD 10 K40.9. (2012).** *Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän.* Abgerufen am 25.08.2012 von Dr. Björn Krollner, <http://www.icd-code.de/icd/code/K40.-.html>
- 28. National Institutes of Health. (2012).** *What is inguinal hernia?* Abgerufen am 16.08.2012 von U.S. Department of Health and Human Services, <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/inguinalhernia/#what>
- 29. Bundesministerium für Gesundheit. (2012).** *Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der der vollstationär behandelten Patienten in Deutschland 2008.*
- 30. Destatis. (2010).** *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.* Statistisches Bundesamt
- 31. DIMDI Medizinwissen. (2012).** *Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch.* Abgerufen am 25.08.2012, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2010/block-5-42...5-54.htm#code5-530>
- 32. Schumpelick, Bleese, Mommsen. (2006).** *Kurzlehrbuch Chirurgie, Teil 2-Spezielle Chirurgie.* Georg Thieme Verlag

33. DIMDI Medizinwissen. (2012). *Zusatzinformationen zu Operationen.*

Abgerufen am 26.08.2012 von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information,

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2010/block-5-93...5-99.htm>

34. Gabler Wirtschaftslexikon. (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluation.* Ab-

gerufen am 27.08.2012 von Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH,

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/gesundheitsoekonomische-evaluation.html>

35. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2010). *Qualitätsmaßnahme ambulante Operationen,*

