

Ambulante Chirurgie/ Stationersetzende Leistungen

Diskussion mit dem Auditorium

Bis weit in das letzte Jahrhundert hinein basierte unser Gesundheitswesen auf 2 Säulen. Im Wesentlichen wurde zwischen der stationären Behandlung, d. h. Krankenhausaufnahme mit mindestens einer Übernachtung, und der ambulanten Therapie, die in der Regel konservativ war, unterschieden. Als 3. Säule hat sich zwischenzeitlich das Ambulante Operieren als fester Bestandteil dieses Systems etabliert. Aufgrund des Auftrages der Absenkung des Gesundheitsbudgets gewinnt diese Säule zunehmend an Bedeutung. Im § 115b, Abs. 1, SGB (Sozialgesetzbuch) V sind die Bedingungen, unter denen ambulante Operationen durchzuführen sind, festgelegt. Zu diesem Paragraphen wurde ein Katalog erstellt, in welchem die Leistungen definiert wurden, die ambulant erfolgen sollten. Von den in diesem Katalog genannten OPS-Ziffern (OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel) bezieht sich die überwiegende Mehrzahl auf unfallchirurgisch-orthopädische Eingriffe. Auch für den Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) gewinnt das Ambulante Operieren zunehmend an Bedeutung.

Am 01.01.2005 wurden Grundsätze „Ambulantes Operieren“ [2] in Anlehnung an den Katalog „Ambulantes Operieren nach § 115b“ [1] von der Gesetzlichen Unfallversicherung definiert. In einigen Fällen besteht jetzt nicht nur die Möglichkeit, sondern die Verpflichtung für alle am Heilverfahren beteiligten

Ärzte, bestimmte Operationen ambulant durchzuführen.

Aktueller Stand

Um das Thema aus Sicht der Verwaltung zu beleuchten, war Herr *Andreas Schad* von der Bezirksverwaltung Böblingen der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft aufgefordert, Stellung zu beziehen. Er machte deutlich, dass diese Verpflichtung zu ambulanten Operationen im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren erst durch die deutliche Qualitätssteigerung in diesem Bereich möglich war. Aufgrund des besonderen gesetzlichen Auftrages der GUV ist die vollständige Rehabilitation des Unfallverletzten oberstes Ziel. Dieses muss inzwischen auch mit ambulanten Operationen erreicht werden. Bereits 4 Jahre nach Einführung der Grundsätze „Ambulantes Operieren“ [2] werden nach einer Hochrechnung für das Jahr 2008 etwa 21.000 ambulante Operationen auf Kosten der GUV durchgeführt. Etwa 55% dieser Eingriffe werden von niedergelassenen H- (Heilverfahrensarzt) und D-Ärzten (Durchgangsarzt), 28% von Krankenhäusern mit VAV-Zulassung (VAV: Verletzungsartenverfahren) und nur 1% in BG-Kliniken (BG: Berufsgenossenschaft) erbracht. Im Wesentlichen werden kleinere Eingriffe wie Kirschner-Draht-Entfernung und Fasziennähte ambulant vorgenommen. Nur etwa 0,6% der ambulant operierten Patienten werden in-

nerhalb von 14 Tagen nach ihrem ambulanten Eingriff stationär aufgenommen. Aufgrund dieser vorliegenden Zahlen geht man davon aus, dass nur in einem sehr geringen Prozentsatz schwerwiegendere Komplikationen nach ambulanten Eingriffen auftreten. Von besonderer Bedeutung aus Verwaltungssicht ist die finanzielle Entlastung der gesetzlichen Unfallkassen durch die ambulanten Eingriffe. Als Beispiel wurde die Metallentfernung nach Plattenosteosynthese am Tibiakopf mit gleichzeitiger Durchführung einer Arthroskopie genannt, bei welcher sich ein Einsparungspotenzial von 1100 EUR für den Kostenträger ergibt. Herr *Schad* zog in der Beurteilung der stationersetzenden Leistungen aus Verwaltungssicht ein positives Fazit.

Über die Herausforderungen bei der Umsetzung stationersetzender Leistungen aus der Sicht des niedergelassenen Chirurgen berichtete Herr *Dr. Haack* aus Stuttgart. Er beklagte in erster Linie die aus seiner Sicht ungerechte Bezahlung ambulanter Leistungen im Vergleich zu derselben Leistung, wenn sie unter stationären Bedingungen erfolgt. Er wies darauf hin, dass im Bereich des ambulant tätigen Chirurgen eine rein monistische Finanzierung der Betriebsstätten vorliegt und somit ein eindeutiger Wettbewerbsnachteil gegenüber Krankenhäusern besteht, die versuchen, den „Markt des ambulanten Operierens“ zu erobern und sich auf das duale Finanzierungssystem

stützen können. Aus Sicht von Herrn *Dr. Haack* ist der Einstieg der Krankenhäuser in den Sektor des Ambulanten Operierens häufig als reine Marketingstrategie zu verstehen, der keine betriebswirtschaftlich ausgewogene Kalkulation gegenüber steht. Seine wesentliche Forderung an die Politik und die Kostenträger waren jedoch eine Anhebung der Punktwerte des EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) und eine gerechtere Vergütung der ambulanten operativen Leistungen. Er wies auf die sehr hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei ambulanten Eingriffen hin, die durch die kontinuierliche Unterfinanzierung möglicherweise nicht aufrechterhalten werden kann, da in dem Finanzierungssystem keinerlei Anpassung an technische Neuerungen vorgesehen sind.

Aus der BG-Klinik in Ludwigshafen schilderte Herr *Dr. Frank* seine Erfahrung bei der Implementierung einer ambulanten Operationseinrichtung an einem Großklinikum. Neben der fehlenden Erfahrung mit ambulanten Operationen ist ein hoher logistischer Aufwand bezüglich Personalkapazität und Räumlichkeiten zu berücksichtigen. Herr *Dr. Frank* wies darauf hin, dass eine strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Chirurgie erfolgen muss, um erfolgreich arbeiten zu können.

„Kein ambulanter Patient darf wegen eines Notfalls ausfallen, kein Polytrauma wegen eines ambulanten Falles warten“,

so *Dr. Frank*. Er wies weiter darauf hin, dass selbst unter idealisierten Ablaufbedingungen das ambulante Operieren unter der augenblicklichen Erlössituation für Krankenhäuser unrentabel erscheint. So werden nach wie vor am BG-Klinikum Ludwigshafen nur etwa 1% bis maximal 2% der etwa 10.000 jährlich vorgenommenen Operationen ambulant durchgeführt. In den Krankenhäusern existieren aktuell weniger Betten als Operationskapazitätsprobleme. Letztere können seines Erachtens durch die Steigerung des ambulanten Operationsbetriebes abgeschwächt werden. Auch er stellte dem Betriebskostenproblem und der Nachbetreuungsverantwortung mit einem sehr hohen Organisationsaufwand eine aktuell unzureichende, unattraktive Vergütung gegenüber.

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:270–272 DOI 10.1007/s10039-009-1578-y
© Springer-Verlag 2010

W. Linhart

Ambulante Chirurgie/Stationersetzende Leistungen. Diskussion mit dem Auditorium

Zusammenfassung

Seit der Definition der Grundsätze „Ambulantes Operieren“ durch die Gesetzliche Unfallversicherung am 01.01.2005 besteht in einigen Fällen nicht nur die Möglichkeit, sondern die Verpflichtung für alle am Heilverfahren beteiligten Ärzte, bestimmte Operationen ambulant durchzuführen. Die unter dem 3. Hauptthema der 33. Unfallmedizinischen Tagung in Baden-Baden gehaltenen Vorträge sowie die sich anschließende Diskussion zeigten, dass hier noch erhebliche Diskrepanzen zwischen Anspruch und Realität bestehen. Politik und Kostenträger müssen einen akzeptablen Rahmen schaffen, der ambulantes Operieren betriebswirtschaft-

lich attraktiver abbilden lässt, als dies aktuell der Fall ist. Darüber hinaus muss das Problem der adäquaten Aus- und Weiterbildung unter den geänderten Rahmenbedingungen gelöst werden. Um die Entscheidungsträger entsprechend zu sensibilisieren, müssen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte als gleichgesinnte Partner auftreten.

Schlüsselwörter

Ambulante Chirurgie · Gesetzliche Unfallversicherung · Kosten-Erlös-Situation · Aus- und Weiterbildung · Gesetzliche Rahmenbedingungen

Outpatient surgery/substitution of inpatient services. Discussion with the auditorium

Abstract

Since the statutory accident insurance in Germany defined the principle of “outpatient surgery” on 01.01.2005, treating physicians have had not only the option, but in some cases the obligation for all involved in treatment to perform certain operations on an outpatient basis. The lecture held as part of the third main topic at the 33rd Trauma Medicine Conference in Baden-Baden (Germany), as well as the ensuing discussion showed that there are still significant discrepancies between demand and reality. Policymakers and insurance companies must create an acceptable frame-

work in which to make outpatient surgery appear more economically attractive than is currently the case. Moreover, the problem of adequate education and training within the new framework needs to be solved. In order to make the decision-makers aware of this issue, hospitals and medical practitioners need to act as like-minded partners.

Keywords

Outpatient surgery · Statutory accident insurance · Costs and revenues situation · Education and training · Legal framework

Diskussion

Ambulantes Operieren/stationsersetzende Maßnahmen sind gesetzlich verankert und somit ein „Muss“ im deutschen Gesundheitssystem. In einer teilweise sehr emotional geführten Diskussion zeigte sich, dass zu diesem Thema noch einiger Gesprächsbedarf zwischen niedergelassenen Unfallchirurgen und Krankenhäusern besteht. Von beiden Seiten wurden die unzureichende Vergütung und die unzureichende Unterstützung der Politik moniert. Angeregt wurde, dass Krankenhäuser vorhandene Operationskapazitäten und damit auch vorhandene Logistik in ambulanten Operationszentren, die von niedergelassenen Kollegen betrieben werden, nutzen.

Als besondere Herausforderung wurde die Weiterbildung der Assistenzärzte im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie angesprochen. Diese findet aktuell fast ausschließlich im Krankenhausbereich statt. Fallen die ambulanten Operationen aus dem Spektrum der Weiterbildungskliniken weg, fehlt ein wesentlicher Anteil an Eingriffen, die für die Facharztzulassung notwendig sind. Es bestehen berechtigte Zweifel, dass diese Weiterbildungsinhalte unter dem erheblichen Zeit- und Kostendruck in den privatwirtschaftlich geführten ambulanten Operationszentren strukturiert vermittelt werden können.

Politik und Kostenträger sollen einen akzeptablen Rahmen schaffen, der ambulantes Operieren betriebswirtschaftlich attraktiver abbilden lässt als dies aktuell der Fall ist. Darüber hinaus muss dem Problem der dringend notwendigen Ausbildung von jungen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie in diesem Konzept Rechnung getragen werden. Nur in einem kooperativen Miteinander wird es gelingen, die Entscheidungsträger auf dieses Problem und dessen hohe Brisanz hinzuweisen. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte müssen in dieser Diskussion als gleichgesinnte Partner auftreten und nicht als Kontrahenten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Linhart

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH,
Am Gesundbrunnen 20–26, 74078 Heilbronn
Wolfgang.Linhart@slk-kliniken.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz (1988) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus. BGBl I:2477
2. DGUV (2005) Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin