Ambulante Chirurgie/ Stationersetzende Leistungen

Anspruch und Wirklichkeit aus Sicht der Klinik

Politische Steuerungselemente haben in den Kliniken zu einer Zunahme ambulanter Operationen geführt. In den meisten Häusern, insbesondere denen der Maximalversorgung, wird der prozentuale Anteil dieser Eingriffe, gemessen an der Gesamtzahl der Operationen, gering sein.

Eigene Erfahrungen zeigten, dass der strukturelle, finanzielle und personelle Aufwand zum vorteilhaften Einsatz ambulanter Eingriffe hoch ist. Demgegenüber steht nach wie vor eine Mindererlössituation. Kompromisslösungen wie eine parallele Durchführung ambulanter und stationärer Eingriffe in einer zentralen Operationseinheit konterkarieren dabei den Ansatz der als kostengünstig postulierten Idee des ambulanten Operierens.

Um ambulante Operationen sinnvoll, etwa als Instrument der Belegungssteuerung, in den Kliniken zu etablieren, sind hausindividuelle Lösungen, ggf. in Kooperation mit niedergelassenen Chirurgen, zu entwickeln.

Historischer Hintergrund – Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme

Die Diskussion zum ambulanten Operieren ist eine Fortschrittsdiskussion. Chirurgie wurde jahrhundertlang ambulant durchgeführt. Erst mit Anbruch der modernen Medizin wurde sie in Europa, insbesondere Deutschland, ins Krankenhaus verlagert.

Der Satz: „Jede Gesellschaft hat die medizinische Versorgung, die sie verdient ...“, sinngemäß einer Kolumne der Frankfurter Allgemeinen Zeitung entnommen, bringt allenfalls überspitzt die derzeitigen Herausforderungen auf den Punkt. Außen vor bleibt dabei, warum die verschiedenen Gesundheitssysteme so sind, wie sie sind: Sie sind nichts anderes als ein Spiegelbild ihrer Gesellschaften und lassen daher Vergleiche untereinander nur bedingt zu, und zwar nicht nur hinsichtlich der Finanzierung und Finanzierbarkeit, sondern natürlich auch bezüglich der Ansprüche der Bevölkerung an die Quantität, die Qualität und die Wartezeiten, die mit Krankheitsbehandlungen einhergehen.

Entwicklung in Nordamerika

Während in Nordamerika die medizinische Versorgung mit der westwärts gerichteten Ausdehnung der Einwanderer einhergehen und sich quasi ein neues Gesundheitssystem entwickeln musste, waren in Europa bereits Krankenhäuser errichtet. Ein bildliches Beispiel hierzu bieten Fotografien, die am Rand der Schlacht von Gettysburg 1863 entstanden. Hier fand chirurgische Tätigkeit, in der Regel Amputationen, in Zeltlazaretten oder unter freiem Himmel neben dem Schlachtfeld statt, stationäre Krankenversorgung entwickelte sich hier erst später. Die Mayo-Klinik entstand 1889, als der Chirurg Mayo infolge einer Naturkatastrophe eine ortsgebundene Behandlung etablierte.

Im Gegensatz zu Deutschland waren in den USA die Chirurgen meist Landärzte ohne Mitarbeiter. Daher wurden die Operationen meist vom Chirurgen allein durchgeführt, was frühzeitig zu einer Spezialisierung beitrug und auch das ambulante Operieren selbst förderte. Selbstverständlich war es dabei auch üblich, dass der gesunde Behandler den Kranken in seinem Haus aufsuchte. So wurde 1809 vom amerikanischen Landarzt McDowell ein großer Ovarialtumor durch Laparotomie und Ovariectomie im Haus der Patientin erfolgreich versorgt [3].

Entwicklung in Europa, insbesondere Deutschland

Die medizinische Entwicklung in Deutschland, wo seit 1800 immer mehr Operationen in Krankenhäusern durchgeführt wurden, muss man auch aus dem Blickwinkel militärärztlicher Bedürfnisse des 18. Jahrhunderts sehen. Beispielsweise ließ König Friedrich Wilhelm II. von Preußen als Folge seiner Erfahrungen nach der Schlacht von Valmy 1795 in Berlin die so genannte chirurgische Pépinière, d. h. eine Pflanzstätte für Militärärzte, errichten. An ihr wurde ein medizinisches Studium, ergänzt durch militärische Kenntnisse und Sport, angeboten. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass diese Entwicklung vor militärischem Hintergrund zu einem hierarchischen System führte. Vergleichbar mit militärischen Rängen, etwa Offi-

ziersrängen, gab es bereits 1852 Ober- und nachgeordnete Ärzte.

Aus diesem System und einer generellen Förderung der Staatsuniversitäten hat sich die große Machtfülle der Professoren in Deutschland entwickelt. Es war völlig unvorstellbar, dass ein Chirurg nicht über eigene Krankenhausbetten oder seinen eigenen Operationsbereich verfügte. Dabei darf man nicht vergessen, dass Universitätsprofessoren in Deutschland schon immer das Recht zu ambulanten Operationen hatten. Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen dürfen erst seit 1992 im Rahmen des neu etablierten Gesundheitsstrukturgesetzes ebenfalls ambulante Eingriffe durchführen.

Des Weiteren gibt es in ganz Europa Berichte über ambulante kinderchirurgische Eingriffe schon Anfang des 20. Jahrhunderts. Außerdem kann man davon ausgehen, dass ein Großteil der primären akuten „Kleinchirurgie“ ambulant erfolgte.

Bewertung und Vergleichbarkeit

Die ambulante Chirurgie in den USA war nicht von Anfang an das vielzitierte Erfolgsmodell. So scheiterten dort die ersten ambulanten Operationszentren in den 1970er Jahren aufgrund betriebswirtschaftlicher Missstände. Dies war zum einen auf die mangelnden betriebswirtschaftlichen Kenntnisse der Chirurgen zurückzuführen, zum anderen auch auf die Erlössituation und sicher die fehlende Erfahrung mit erfolgreicher chirurgischer Patientenbehandlung in einem rein ambulanten Umfeld.

Obwohl in den USA Todesfälle nach etwa ambulanter Gallenblasenentfernung verzeichnet wurden, konnte sich dieses System durchsetzen. Dies liegt sicherlich auch an der fehlenden flächendeckenden Krankenversicherung, die die Patienten nötigt, kostengünstigere Behandlungsalternativen aufzugreifen [9]. Somit ist der Vergleich zwischen den USA und Deutschland möglicherweise auch zur Durchsetzung politischer Grundsatzänderungen im eigentlichen Sinne nicht statthaft.

Die Behauptung, in Deutschland würden nur 10% aller Eingriffe ambulant durchgeführt, ist sicherlich falsch. Nach Angaben der Krankenkassen liegt die Ge-

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:262–269 DOI 10.1007/s10039-009-1587-x
© Springer-Verlag 2010

C. Frank · S. Studier-Fischer

Ambulante Chirurgie/Stationersetzende Leistungen. Anspruch und Wirklichkeit aus Sicht der Klinik

Zusammenfassung

Der strukturelle, finanzielle und personelle Aufwand zum vorteilhaften Einsatz ambulanter Eingriffe ist hoch. Diese kosten zwar nur halb so viel wie stationäre Operationen, werden aber unter europäischem Durchschnitt vergütet, was bei allen Leistungserbringern zu einer Mindererlössituation führt. Dieser wird momentan klinikseitig häufig mit Kompromisslösungen begegnet, es müssen jedoch tragfähige individuelle Lösungen entwickelt werden. Dies wird am Beispiel der BG-Unfallklinik Ludwigshafen erläutert. Bei Beurteilung der Prozessabläufe der dort etablierten ambulanten Operationseinheit stellte sich zum einen die Schnittstelle Mensch („human resource – human interface“) als eine der Herausforderungen beim ambulanten

Operieren heraus. Zum anderen zeigte sich, dass durch eine angegliederte ambulante Operationseinheit bei guter Planung und Berücksichtigung des lokalen Umfeldes bestimmte Aspekte im Bereich des Patienten und Prozessmanagements optimiert werden können. Ein solcher Ausbau eines Krankenhauses kann aber auch kritisch gesehen werden. Eine Einbeziehung der lokal tätigen niedergelassenen Fachärzte ist ebenfalls möglich und sollte geprüft werden.

Schlüsselwörter

Ambulanter Eingriff · Stationärer Eingriff · Kosten-Erlös-Situation · Prozessoptimierung · Angegliederte ambulante Operationseinheit

Outpatient surgery/substituting inpatient services. Demand and reality from the clinic's perspective

Abstract

The structural, financial and personal expenditure required to make the implementation of outpatient surgery beneficial is high. Although the costs are half those of inpatient surgery, outpatient surgery is remunerated below the European average, resulting in a loss situation for all service providers. While this problem is often currently addressed on a clinic level with compromise solutions, viable individual solutions need to be developed. This is discussed using the BG Trauma Clinic (BG-Unfallklinik) in Ludwigshafen, Germany, as an example. An assessment of the processing stages of the outpatient surgical units established in Ludwigshafen demonstrated on the one hand that the human in-

terface was one of the challenges of outpatient surgery. On the other hand, it could be seen that, with an affiliated outpatient surgical unit and good planning and consideration of the local area, certain aspects in the field of patient and process management could be optimized. This kind of hospital expansion, however, is not without its critics. The opportunity to incorporate locally practising specialist physicians also exists and needs to be examined.

Keywords

Outpatient surgery · Inpatient surgery · Costs-proceeds situation · Process optimization · Affiliated outpatient surgical units

samtzahl der ambulant durchgeführten Operationen bei mindestens 40%. Auch Busse u. Standl [5] hielten fest, dass in Deutschland etwa 60% aller Operationen ambulant durchgeführt werden würden, also mehr als in Frankreich, wo im Jahr 2006 etwa 45% der Eingriffe ambulant vorgenommen wurden. In den USA und Kanada dagegen erfolgen 80% aller Eingriffe ambulant. Gründe hierfür sind, wie bereits angemerkt, die fehlende Krankenversicherung vieler Patienten und fehlende medizinische Einrichtungen in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten sowie systemimmanente Anreize für Operateure und Patienten.

Was bisher nicht erwähnt wurde, ist der Umstand, dass in den USA Patienten nach so genannten ambulanten Eingriffen in angegliederten Hoteleinrichtungen mit Kost und Logis versorgt werden, wo sich medizinisch ausgebildetes Pflegepersonal um die frisch Operierten kümmert. Diese quasistationäre Behandlung findet dann zwar nicht im Krankenhaus, aber unter medizinischer Aufsicht statt. Ob man da noch von einer rein ambulanten Behandlung sprechen kann, sei dahingestellt.

Soziopolitisches Szenario und Erlösseite

Unter dem Druck der demografischen Veränderungen und den Problemen der Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland will man eine Verschlankung des Gesundheitssystems erreichen. Man muss schon alleine aufgrund des zu erwartenden Anstiegs altersspezifischer Verletzungen und deren Folgen mit einer Zunahme von operationspflichtigen und stationär zu behandelnden Fällen rechnen. Demgegenüber stehen die Bestrebung, Krankenhausverweildauern und -betten zu reduzieren, sowie der politische Wunsch, zunehmend ambulante Operationen vorzunehmen, was sich auch im G-DRG-System („German diagnosis related groups“) niederschlägt. Die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für ambulante Operationen am Krankenhaus sind, wie angeführt, flächendeckend vorhanden und auch die Leistungskataloge sind erarbeitet [1, 8, 11, 12, 13, 14].

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit ambulanter chirurgischer Tätigkeit zeigt, dass solche Eingriffe mit hoher Qualität und Patientenzufriedenheit am Krankenhaus möglich sind [1, 4, 5, 9, 10, 11, 12]. Dies führte zur Aufarbeitung betriebswirtschaftlicher Fragestellungen, gerade hinsichtlich der Rentabilität der ambulanten Chirurgie am Krankenhaus. Dabei stellte sich heraus, dass stationäre Operationen etwa doppelt soviel kosten wie ambulante Eingriffe. Auf Kostenträgerseite wird aber unter europäischem Durchschnitt vergütet, und alle Leistungserbringer beklagen eine Mindererlössituation [1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 16].

Ausgangspunkt für die extremen Zuwächse ambulanter Operationen in den angloamerikanischen Ländern sowie auch im europäischen Ausland war der Wunsch, unverhältnismäßig lange Wartezeiten zu verkürzen [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Diese waren durch die Inanspruchnahme stationärer Kapazitäten für dringlichere Eingriffe bedingt, wodurch für bestimmte Operationen lange Wartezeiten entstanden. Man kann davon ausgehen, dass in den kommenden Jahrzehnten generell die Zahl der ambulanten Eingriffe weiter ansteigen wird. Ermöglicht wird diese Reaktion auf die sich ändernden Umstände gerade auch durch medizinischen Fortschritt [4, 6, 7, 16]. Diese Entwicklung zeichnet sich bereits heute ab und wird durch die konsequente Abfrage des Leistungskataloges § 115b SGB (Sozialgesetzbuch) V durch die Kostenträger über MDK-Einzelfallprüfungen (MDK: Medizinischer Dienst der Krankenkassen) belegt. Dies führt nicht selten zu erlösrelevanten Verweildauerkürzungen oder empfindlichen Rechnungsabschlägen im Rahmen von Fehlbelegungsprüfungen. Man kann also davon ausgehen, dass ein gewisser Prozentsatz der im Krankenhaus erbrachten Leistungen nicht mehr entsprechend des Aufwands vergütet wird.

Ambulante Operationen an Krankenhäusern

Historisch gesehen richteten sich die Krankenhäuser bisher evolutionär an ihrem Versorgungsauftrag aus. Dementsprechend war ein Krankenhaus der Maximalversorgung in der Unfallchirurgie bisher

für die Behandlung von Schwerstverletzten zuständig. Die klinikinternen Strukturen und Prozessabläufe sind hierauf ausgerichtet. Im Operationssaal schlägt sich dies in technisch aufwändigen, anspruchsvollen und auch komplikationsbehafteten Verfahren nieder.

Die typische Klientel für ambulante Operationen weist naturgemäß andere Charakteristika auf, hat andere Ansprüche und oft auch einen anderen Hintergrund.

Es stellt sich demzufolge die Frage, warum und wie ein Krankenhaus der Maximalversorgung diesen beiden vollkommen verschiedenen Versorgungssituationen, der Versorgung Schwerstkranker auf technisch aufwändigem Niveau und ambulanten Eingriffen, gleichzeitig gerecht werden soll.

Ambulante Operationseinheit an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen

In der BG-Unfallklinik (BG: Berufsgenossenschaft) wurde von der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie gemeinsam mit der Klinik für Verbrennungs-, Hand- und plastische Chirurgie vor mehreren Jahren eine ambulante Operationseinheit etabliert. Diese bietet an 4 Tagen ambulante Eingriffe für die Patienten an. Die ersten Erfahrungen während des laufenden Betriebs führten bereits zu strukturellen Veränderungen. Dennoch wurden die laufenden Prozesse im 2. Jahr im Zuge einer Kooperation mit einem Studenten der Betriebswirtschaft, Schwerpunkt Gesundheitsökonomie der Universität Mannheim, aufgearbeitet. Dadurch konnten wir die hausspezifische Situation breit umreißen und Optimierungspotenziale herausarbeiten.

Als günstig konnte man bewerten, dass an der BG-Unfallklinik Erfahrungen in Kurzzeitchirurgie und Tageschirurgie vorhanden waren. Beide oben angeführten Kliniken konnten deswegen die ambulante Operationseinrichtung problemlos etablieren, zumal eine große Expertise und Facharztstandard immer gewährleistet werden konnten. Synergien durch vorgehaltene Ressourcen wurden, wo möglich, genutzt. Dies gelang in erster Linie durch das Zurückgreifen auf gut ausgebil-

detes Personal, Instrumentarien, Apotheke und Sterilisationseinheit.

Bei der Umsetzung des Vorhabens ambulanter Operationen wurde auf den so genannten Strahlen-OP (Operationssaal) zurückgegriffen. Dies ist eine Operationseinheit, die völlig abgetrennt zur Behandlung von Strahlenunfällen vorgehalten wird. So konnte man mit diesem vollwertigen Operationsraum mit Ein- und Ausleitung die ambulante Versorgung problemlos in den Klinikalltag integrieren.

Datenerhebung und Bewertung

Zur Beurteilung der Prozessabläufe wurden extrem viele Daten erhoben und Zeiten abgestoppt. Diese deckten im Detail auf, wo Abläufe in der Wertschöpfungskette optimierbar waren.

Wartezeiten. Die Aufschlüsselung der Aufenthaltszeiten verschiedener Patienten beim chirurgischen Aufklärungsgespräch und bei der anästhesiologischen Prämedikation ergab einen akzeptablen Durchschnittswert von insgesamt unter 2 h. Es ließen sich allerdings auch wesentlich längere Zeiten feststellen: So kam es z. B. in einem Fall zu einer extrem langen Wartezeit auf die chirurgische Aufklärung, was allerdings auch darauf zurückzuführen war, dass der zu Operierende weit vor dem vereinbarten Termin zur Vorbereitung kam (■ Abb. 1, linke Seite). Solchen Situationen muss man mit entsprechenden Informationsblättern und klaren Terminangaben gegensteuern.

Trennung von stationären und ambulanten Operationen. In der Aufarbeitung wurde evident, dass die Schnittstelle Mensch, bezeichnet als „human resource – human interface“ eine der Herausforderungen beim ambulanten Operieren darstellt. Der ambulante Operationsbereich wird vom Haupt-OP aus pflegerisch und ärztlicherseits bedient. Je nach Dienstplan kam es dabei im ambulanten Operationsbereich zu häufig wechselndem Personal. Da die letzte Operation spätestens gegen 14 Uhr beendet werden sollte, wurde mit dem dann im ambulanten OP-Bereich freiwerdenden Personal im Haupt-OP gerechnet. Verzögerungen im ambulanten Operationsbereich schlugen sich daher direkt auf den Haupt-OP nieder. Es

Abb. 1 ▲ Patient links: Klage über zu lange Wartezeit, jedoch Ankunft 2 h vor vereinbartem Termin, rein für Vorbereitung des ambulanten Eingriffes in der Klinik verbrachte Zeit: <2 h, Abhilfe: eindeutige und unmissverständliche Terminvergabe

Abb. 2 ◀ Diskrepanz zwischen Fallzahlen und Erlösen (fehlende Kostendeckung)

kam zu Störungen im Organisationsablauf beider Operationseinheiten.

Entgegen der gängigen Vermutung, dass im Ambulanz-OP weniger rasch gearbeitet werden muss, zeigte sich, dass gerade hier höchste Disziplin zur Vermeidung von Wartezeiten, zu raschen Saalwechseln und zur Aufrechterhaltung des streng gestrafften Organisationsablaufs erforderlich ist. Ambulante Operationseinrichtungen können nur dann gewinnbringend funktionieren, wenn

- ein Höchstmaß an Teamfähigkeit vorhanden ist,
- klare Ziele transparent gemacht werden und
- alle, die in der Wertschöpfungskette mitarbeiten, konstruktiv zusammenarbeiten.

Hiermit gehen eine Ausweitung pflegerischer Tätigkeiten und Veränderungen der ärztlichen Aufgaben einher. Getreu dem Motto „time is money“ bedeuten viele Hände eine schnelle Aufgabenerfüllung. Historische Abgrenzungen der Arbeitsbereiche aller beteiligten Personalgruppen sind in einem solchen Umfeld nicht starr aufrechtzuerhalten.

Rasch war auch klar, dass eine räumliche Vermischung des ambulanten Operierens mit dem Haupt-OP nicht sinnvoll ist, denn bei keinem ambulanten Patienten darf die Operation wegen eines Notfalls verschoben werden und bei keinem Polytraumapatienten kann die Versorgung wegen einer ambulanten Metallentfernung verzögert erfolgen. Eine entsprechende räumliche Trennung ist für viele Krankenhäuser aber wahrscheinlich nur schwer zu realisieren und würde möglicherweise hohe Investitionskosten bei einer generell bedenklichen Vergütungs-

situation erfordern [6, 13, 15]. Ein ambulantes Operationszentrum aber kann nur dann gewinnbringend wirtschaften, wenn es sich klar an den Interessen des Marktes und den Vorgaben der Leistungserbringer ausrichtet [2, 3, 6, 7, 13, 15]. Dies bedeutet auch ein Höchstmaß an Flexibilität, z. B. seitens der Arbeitszeitmodelle bei langen Öffnungszeiten, und eine ausgewiesene Planungssicherheit sowohl für Patienten als auch für Operateure. Eine personelle und räumliche Vermischung ist daher nicht zu akzeptieren.

Vorteile des ambulanten Operierens an Krankenhäusern

Der Anteil ambulanter Operationen an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie macht etwa 2% aus. Die Frage, warum man sich mit diesem vergleichsweise kleinen Patientenanteil überhaupt beschäftigen sollte lässt sich Folgendermaßen beantworten:

- Unter idealen Voraussetzungen – dies betrifft auch die Weiterbehandlung – können möglicherweise weitere ambulante Patienten im eigenen Patientengut rekrutiert werden.
- Ein nicht geringer Anteil der bisher stationär erbrachten Leistungen wird von den Kostenträgern nicht mehr vergütet, was die unterschiedliche Wahrnehmung ambulanter Operationszahlen auf Seiten der abrechnenden Finanzabteilungen und der klinisch Tätigen erklärt.
- Für stationäre Patienten besteht ein wesentlich höherer Arbeitsaufwand, auch hinsichtlich Administration und Dokumentation. Werden diese Patienten im Nachhinein ambulant umgemeldet, kommt es zu einer erheb-

lichen Schieflage auf Ertragsseite, gemessen am Aufwand.

Hinsichtlich der Belegung des ambulanten Operationszentrums im betrachteten Zeitraum fällt ein Einbruch der Patientenzahlen im Juni und Dezember auf. Dieser ist auf ein Zusammentreffen von zur Verfügung gestellten Operationstagen mit Feiertagen zurückzuführen. Genutzt wurden dagegen die Tage in den Sommer- und Herbstferien. Insgesamt wurden aber die Kosten durch den Erlös nicht gedeckt (■ **Abb. 2**). Somit stellt sich die Frage, warum man sich Gedanken über das ambulante Operieren am Krankenhaus machen sollte, wenn ein hohes Investitionsvolumen, etwa zur Erstellung einer ambulanten Operationseinheit, für wenige Patienten und für Patienten mit wenig Erlöspotenzial bei per se fehlender Kostendeckung erforderlich ist. Um diese Frage beantworten zu können, muss man prinzipiell klären, wann und unter welchen Bedingungen ambulantes Operieren für die Gesamtklinik nutzbringend wird.

Aus dem derzeitigen Krankenhausalltag ist bekannt, dass immer mehr Patienten mit immer kürzeren Liegezeiten operiert werden und hierfür eine ausreichende Kapazität im Hauptoperationsbereich zur Verfügung stehen muss. Oberstes Ziel ist, bei höchsten Qualitätsansprüchen, eine Renditeoptimierung. Man müsste also in der zur Verfügung stehenden Zeit unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der Klinik möglichst hochwertige Eingriffe bevorzugen. Anders formuliert: Es ist ungünstig, wenn Warteschlangen für Patientengruppen mit notwendigen komplexeren und höher vergüteten Operationen entstehen, weil OP-Kapazitäten für prinzipiell ambulant durchführbare Eingriffe eingesetzt werden. Außerdem müssen Frischverletzte und Polytraumapatienten, die auch bei der Primärversorgung viel Zeit in Anspruch nehmen können, in das laufende Geschehen integriert werden. Ein Blick auf die Operationspläne zeigt sehr häufig, dass vorgesehene Eingriffe in der vorgesehenen Regelarbeitszeit nicht abgearbeitet werden konnten (■ **Abb. 3**), wofür es vielfältige Ursachen gibt.

Saalleerläufe für Putzen und die Bereitstellung steriler Instrumente oder an-

Abb. 3 ► OP-Ablaufsteuerung, rot überfällige, nicht in der geplanten Zeit bis 16:00 Uhr beendete Operationen, Spalte links, Text noch ausstehende Versorgung eines Frischverletzten

Abb. 4 ► Bessere Auslastung von OP-Kapazitäten bei Separation von Eingriffen an Patienten mit im Vergleich zur Vor- und Nachbereitung gleich langen oder kürzeren Schnitt-Naht-Zeiten (eingekreist)

ästhesiologische Vorbereitung sind Teil der Wertschöpfungskette und systemimmanent. Die Arbeit am Patienten zählt generell zur Wertschöpfungskette. Vor- und Nachbearbeitungszeiten sind genauso erforderlich wie die Operation selbst. Bei Eingriffen jedoch, bei denen die reine Tischzeit kürzer ist als die Vor- und Nachbereitung, scheint eine gesonderte Lösung sinnvoll (■ **Abb. 4**): Eine Überschlagsrechnung ergab, dass durch einen autarken Ambulanzoperationssaal pro Woche etwa ein OP im Hauptoperationbereich zusätzlich belegt werden könnte. Damit könnte man einerseits die Wartezeiten für Patienten mit einem höheren Case-Mix-Index verringern und möglicherweise bisherige Schwerpunkte ausweiten. Unter der Bedingung, dass die ambulanten Operationen am Haus blieben, könnte man generell einen Kapazitätszuwachs anstreben. Man würde dann auf die Einnahmen ambulanter Operationen nicht gänzlich verzichten und könnte mit anderen Patienten möglicherweise höhere Erträge erzielen. Grundvoraussetzung dafür ist, dass eine Erlösminderung auf Seiten der ambulanten Operationen nicht mit einer Renditeminderung einhergeht, wenn man Prozesse entsprechend verschlanken kann. Diese diskussionswürdige Überlegung lässt aber einen maßgeblichen Punkt völlig außer Acht: die Investitionskosten für ein räumlich abgetrenntes ambulantes OP-Zentrum. Zusätzlich zu diesem Investitionskosten- und Betriebskostenproblem sind auf Seiten des Krankenhauses, je nach Sprechstundentätigkeit, weitere Herausforderungen zu bewältigen: Als Operateur steht man in der Nachbetreuungsverantwortung, kann diese aber nur wahrnehmen, wenn man von der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) einen entsprechenden Versorgungsauftrag hat. Ansonsten muss eine andere Lösung gefunden werden.

Etablierung ambulanter Operationszentren an Krankenhäusern

Wie bereits erwähnt, ist das ambulante Operieren nur mit einem hohen Organisationsgrad möglich, und die derzeitige Vergütung ist nicht gerade anregend.

Prinzipiell positiv ist die Möglichkeit, Synergien durch bestehende strukturelle und personelle Ressourcen zu nutzen, etwa Apotheke, Zentralsterilisationseinheit oder gut ausgebildetes Personal mit Veränderungswunsch. Nicht auszuschließen ist außerdem eine Entlastung des ärztlichen und pflegerischen Stationspersonals durch eine Reduktion administrativer Tätigkeiten. Bedenkenswert ist auch ein zusätzlicher Marketingfaktor eines ambulanten Operationszentrums, welches Patientenzuströme für ein Krankenhaus generieren kann.

Damit bleiben für die Kliniken verschiedene Strategien, ambulante Operationen zu etablieren:

- Krankenhäuser können ein krankenhaushausintegriertes Modell im Zentraloperationssaal prüfen, was unserer Ansicht nach aber kaum Vorteile bringt.
- Krankenhausseparierte Lösungen in frei gewordenen Bereichen sind mit Investitionskosten verbunden, auch wenn die räumlichen Gegebenheiten günstig sind.
- Satellitenversorgung, im Sinne einer Auslagerung im Rahmen einer Kooperation mit niedergelassenen Kollegen ist denkbar. Hier bleibt aber der Weiterbildungsaspekt völlig unbeachtet. Dies müsste in einem denkbaren Kooperationsvertrag berücksichtigt werden.
- Mit einem entsprechend hohen Investitionsvolumen besteht die Möglichkeit, eine autonome Betriebseinheit des Krankenhauses zu etablieren.

Trotz der vielen positiven Aspekte, welche durch ein angegliedertes ambulantes Operationszentrum entstehen können, kann ein solcher Ausbau eines Krankenhauses unter Berücksichtigung der lokalen medizinischen Versorgungsverhältnisse auch kritisch gesehen werden. Eine Einbeziehung der lokal tätigen niedergelassenen Fachärzte, um bestehende Kooperationen zu nutzen oder auszuweiten und Probleme im Behandlungsverlauf zu vermeiden, muss jeweils geprüft werden.

Fazit

Die unterschiedlichen Erwartungshaltungen aller Beteiligten am ambulanten

Operieren sind bekannt, werden aber derzeit nicht ausreichend berücksichtigt.

Kostenträger. Sie versprechen sich ein günstigeres Verfahren. Gewünscht werden schnellere Rekonvaleszenzen und kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese werden in der Literatur immer wieder betont, wahrscheinlich aber beruhen sie nur auf einer geschickten Patientenselektion und ob man sie zukünftig aufrechterhalten kann, ist fraglich.

Leistungserbringer. Sie erwarten ein angemessenes Honorar, denn ambulante Chirurgie ist nicht billige Chirurgie, sondern qualitativ hochwertige ärztliche Kunst mit verschlankten Prozessen bei höchst standardisierten Eingriffen. Hierfür ist jedoch nicht jeder Patient geeignet!

Patient. Ihm geht es in erster Linie um Qualität und darum, dass ihm durch die ambulante Operation keine Nachteile entstehen.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass eine angegliederte ambulante Operationseinheit bei guter Planung und Berücksichtigung des lokalen Umfeldes durchaus Chancen für ein etabliertes Krankenhaus bietet, um bestimmte Aspekte im Bereich des Patienten- und Prozessmanagements zu optimieren.

Korrespondenzadresse

Dr. C. Frank

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,
BG-Unfallklinik Ludwigshafen,
Ludwig-Guttmann-Straße 13,
67076 Ludwigshafen
cfrank@bgu-ludwigshafen.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

1. Ansorg P, Julich K (1991) Ambulantes Operieren an einer Chirurgischen Hochschulklinik Mitteldeutschlands. *Chirurg [Suppl]* 62(11):210–211
2. Bert JM (2000) Pros and cons of practice-owned and office-based ambulatory surgery centers. *Am J Knee Surg* 13(4):245–248
3. Bowers J, Mould G (2005) Ambulatory care and orthopaedic capacity planning. *Health Care Manag Sci* 8(1):41–47
4. Brenner G (1995) Ambulante Chirurgie – internationale Erfahrungen. Die ambulante Chirurgie in Deutschland zwischen Bedarf und Wettbewerb. *Chirurg* 66:463–469
5. Busse J, Standl T (2007) Ambulantes Operieren. Rahmenbedingungen – Organisation – Patientenversorgung. Springer, Berlin Heidelberg New York

6. DeFazio-Quinn DM (1997) Ambulatory surgery – an evolution. *Nurs Clin North Am* 32(2):377–386
7. Dexter F, Epstein RH (2003) Scheduling of cases in an ambulatory center. *Anesthesiol Clin North Am* 21:387–402
8. Felsing HH, Blaul G (1997) Gedanken zur derzeitigen Situation des Ambulanten Operierens und zu einem neuen Finanzierungskonzept. *Chirurg [Suppl]* 68(5):134–136
9. Frank C, Kleinemeier E, Krämer P et al (2008) Etablierung einer ambulanten Operationseinheit. *Ambulante Chirurgie* 5.2008. Urban & Vogel, München
10. Fuhrmann J, Grimm H, Schnettler R (1997) Hat die ambulante Chirurgie am Klinikum der Maximalversorgung ihre Berechtigung? *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 114:590–593
11. Kettler D (1994) Ambulantes Operieren am Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme. *Zentralbl Chir* 119:453–454
12. Klug W (1995) Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Analyse des Krankengutes 1978–1994. *Zentralbl Chir* 120:598–603
13. Rüggeberg JA (1993) Ambulantes Operieren. *Chirurg* 32(9):174–177
14. Rüggeberg JA (1997) Ambulantes Operieren – gescheitertes Experiment? *Chirurg [Suppl]* 68(9):260–263
15. Small NC (2000) Building a successful practice-owned, office-based ambulatory surgery center. *Am J Knee Surg* 13(4):241–244
16. Stackelberg JM v. (1994) Ambulantes Operieren – Finanzierung aus der Sicht der Krankenkassen. *Zentralbl Chir* 119:477–482