

Urologie 2022 · 61:829–838
<https://doi.org/10.1007/s00120-022-01878-5>
Angenommen: 7. Juni 2022
Online publiziert: 6. Juli 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Die Zukunft des ambulanten Operierens

C. Deindl · A. Neumann

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) Berlin, Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- Historie und Status quo
- Patientenperspektive
- 30 Jahre Erfahrung
- Stagnation trotz Potenzial
- Forderungen an Politik und Kassen
- Mehr Kapazitäten erfordern mehr Ressourcen
- Praxisnachfolge entscheidet über Zukunft des ambulanten Operierens
- Positive Bilanz
- Fehlentwicklungen
- Potenziale und Herausforderungen an das ambulante Operieren
- Zusammenfassung

Zusammenfassung

Hintergrund: In den vergangenen 30 Jahren hat sich ambulantes Operieren zu einer unverzichtbaren Säule der Patientenversorgung in Deutschland entwickelt, ohne dass bisher sein gesamtes Potenzial zum Tragen kommt.

Fragestellung: Die Gründe für den Stillstand der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens und seines suboptimalen Status quo werden dargestellt.

Material und Methodik: Es werden die ambulanten OP-Zahlen aus Kliniken und Praxen und deren kritische Verlaufsanalyse dargelegt und verglichen.

Ergebnisse: Nach einem Maximum ambulanter Operationen in Praxen und Kliniken seit 2015 zeigt sich jetzt eine standortunabhängige Abnahme und Stagnation als Resultat einer Unterfinanzierung ambulanter OP-Strukturen und Ressourcenverknappung.

Schlussfolgerung: Ambulantes Operieren stellt eine patientenfreundliche und kostengünstige Alternative zu stationären Eingriffen dar unter der Voraussetzung, dass medizinische und soziale Indikation ein erhöhtes Risiko ausschließen. Der Ausbau des ambulanten Operierens hat bisher den kostenintensiven Kliniksektor entlastet und wird dies angesichts von Pflege- und Ärztemangel in noch größerem Umfang tun, sobald Politik und Kostenträger sich zu einer leistungsbezogenen und kostendeckenden Vergütung bekennen. Von der als positiv zu bewertenden Zukunft des ambulanten Operierens hängt auch die weitere Zukunft des Gesundheitswesens ab.

Schlüsselwörter

Gesundheitspolitik · Vergütung · „Diagnosis related groups“ · Patientenzufriedenheit · Leistungskatalog

Ambulantes Operieren blickt nicht ohne Stolz auf eine aus medizinischer Sicht über 30-jährige Erfolgsgeschichte zurück. Hätte der zugrunde liegende innovative Gedanke des ambulanten Operierens keine Zukunft gehabt, dann wäre diese millionenfach bewährte und fest etablierte Säule der modernen Patientenversorgung allenfalls als Tageschirurgie in den Kliniken verwurzelt geblieben. So aber haben ab Ende der 1970er- und Anfang der 1980er-Jahre operativ versierte Fachärzt:innen verschiedener Fachgebiete und parallel dazu Anästhesist:innen das ambulante Operieren in ihre neu gegründeten und eigenfinanzierten Praxen, ambulanten OP-Zentren und Praxiskliniken sukzessive verlagert.

Diese zukunftsweisende Entwicklung entspricht v.a. dem Patientenwunsch, möglichst zeitnah nach einem Eingriff wieder nach Hause entlassen zu werden, erfreut sich seit ihren Anfängen ungebrochen einer breiten Zustimmung und Inanspruchnahme und stieß trotz versorgungswissenschaftlicher Transparenz und Kommunikation dennoch auf nicht unerhebliche Bedenken und Widerstände aus den Reihen etablierter Kliniker [5,9]. Sogar renommierte Ordinarien waren sich nicht zu schade, ambulantes Operieren mit erhöhter Lebensgefahr gleichzusetzen und somit ex cathedra der weiteren Zukunft des ambulanten Operierens ein mögliches Ende zu bereiten [19, 25].



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Historie und Status quo

Die beschriebenen Vorbehalte sind schon seit geraumer Zeit ausgeräumt, weil hohe Operationszahlen mit großer Patientenzufriedenheit und guter Ergebnisqualität auf Dauer die besseren Argumente sind [8]. Dennoch ist die Zukunft des ambulanten Operierens trotz dieser Ausgangsposition weiterhin volatil, denn bisher gelang es ambulanten Operateuren und Anästhesisten nicht, neben Patienten und Angehörigen auch Gesundheitspolitik und Kostenträger von der Hochwertigkeit ihrer ärztlichen Leistungen so zu überzeugen, dass beide einer angemessenen sowie kosten deckenden Vergütung zustimmen [23, 26]. Hier gilt es, noch nachhaltiger politische Überzeugungsarbeit zu leisten, um die Zukunft des ambulanten Operierens in Praxen und Kliniken unter gleichen und akzeptablen Rahmenbedingungen langfristig zu sichern [15].

» Das ambulante Operieren hat in den letzten Jahrzehnten einen enormen Entwicklungsschub erfahren

Der Begriff „ambulant“ rührt ursprünglich vom von Patienten zu Patienten sich begehenden Chirurgen her [6]. Sowohl dessen Berufsbild als auch die Definition des ambulanten Operierens haben im Verlauf der Medizingeschichte und v.a. in den letzten Jahrzehnten einen enormen Entwicklungsschub erfahren. Ambulantes Operieren in Deutschland bedeutet im Grund nichts anderes, als dass Patienten die Zeit vor und nach ihrer Operation zu Hause verbringen und der ambulante Eingriff innerhalb der Aufenthaltsdauer der Patienten ohne stationäre Aufnahme zu erfolgen hat. Im AOP-Katalog (ambulantes Operieren und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus) sind ambulant durchführbare und stationärer ersetzende Operationen aufgeführt, die jeweiligen Vergütungen sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt und gelten für Praxen und Kliniken seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 [10].

Was die Struktur- und Prozessqualität angeht, so sind Klinikstandards verbindlich. Es wird dabei weder den dy-

namisch steigenden Kostenstrukturen in Kliniken und Praxen noch der Implementierung des medizinischen Fortschritts innerhalb des ambulanten Settings kalkulatorisch korrekt Rechnung getragen. Von dieser Abspaltung der ökonomischen Sicht auf das komplexe medizinische Produkt ambulantes Operieren und der Negation seines bewiesenen Mehrwertes sind alle regelmäßig ambulant operierenden Fachgebiete in Praxen und Kliniken betroffen [14, 16].

Durch kontinuierliche Verbesserungsprozesse v. a. im niedergelassenen, d. h. selbstständigen und selbsthaftenden Bereich, zeichnet sich ambulantes Operieren durch schlanke Strukturen und professionelle Teamarbeit aus. Beides ermöglicht eine fachlich breit ausgerichtete sowie flächendeckende chirurgisch-operative Versorgung der Patienten. Hinzu kommt die Etablierung schonender OP- und Anästhesieverfahren als innovatives und motivierendes Moment.

Patientenperspektive

Die Präferenz von Operationen im ambulanten Kontext begründen Patienten und Angehörige damit, dass sie in der Facharztpraxis von einem selbst gewählten Facharzt behandelt werden, zu dem ein persönliches Vertrauensverhältnis besteht, und sie anschließend die Genesungszeit zuhause verbringen können – in der Gewissheit, sich bei Bedarf vertrauensvoll an Operateur oder Anästhesisten wenden zu können. Diese Einschätzung umfasst die eigentliche Philosophie des ambulanten Operierens, nämlich den gesamten Behandlungsablauf aus einer zuverlässigen Hand. Damit ist ambulantes Operieren unstrittig zu einem festen Bestandteil und einer der tragenden Säulen der Patientenversorgung allgemein und speziell im Hinblick auf die Verwirklichung einer integrierten, fach- und sektorenübergreifenden Medizin geworden und nimmt deshalb eine Vorreiter- und Vorbildfunktion bei der anstehenden Ambulantisierungsoffensive ein. Dieser für alle sichtbare Leuchtturm ambulantes Operieren wurde im Übrigen auch aus den Steinen errichtet, die seiner Entwicklung immer wieder bewusst in den Weg gelegt werden, auch durch gezielte Infragestellung [25]. Notorischen

Zweifeln sei an dieser Stelle empfohlen, zur besseren Ein- und Weitsicht die Kasensbrille abzunehmen und gegen die Patientensichtbrille einzutauschen [12].

30 Jahre Erfahrung

Ambulante Operateure und Anästhesisten dürfen zu Recht mit ihrem Erfahrungsvorsprung von 30 Jahren auf ihre besondere Rolle bei der aktuellen Meinungsbildung und den anstehenden Entscheidungen bestehen. Wer in medizinisch-fachlichen Belangen und Fragen der Patientensicherheit die erforderliche Expertise vorweist, muss auch in so wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen wie der Ambulantisierung angehört und in seinen Empfehlungen respektiert werden [22]. Zu groß ist sonst die Gefahr weiterer unerwünschter Nebenwirkungen und Kollateralschäden. Von diesen ist auch das ambulante Operieren im Verlauf seiner Entwicklung nicht verschont geblieben, wie ein aktuell zu verzeichnender Rückgang der Patienten- und Eingriffszahlen nach einer schon seit 2015 zu beobachtenden Stagnation belegt [23]. Dazu beweist dieser Trend das Gegenteil der seit Anfang an unbewiesenen Unterstellung einer unkontrollierten Mengenausweitung und drohender Kostenexplosion. Und es ist der Punkt in der – wohlge- merkt medizinischen – Erfolgsgeschichte des ambulanten Operierens erreicht, an dem die bisherigen einrichtungsinter- nen Rationalisierungsmaßnahmen ihren Zenit erreicht bzw. überschritten haben und vorhandene personelle und finanzielle Ressourcen definitiv an ihre Grenzen angekommen sind [16]. Ein unter den derzeitigen Rahmenbedingungen erzwun- gener Ausbau ambulanter OP-Kapazitäten würde in keinem betriebswirtschaftlich mehr zu verantwortenden Aufwand-Nutzen-Verhältnis stehen und bestehende Ablaufstrukturen durch zusätzlichen Ressourcenmehrbedarf und somit bereits die nahe Zukunft des ambulanten Operierens gefährden.

Stagnation trotz Potenzial

Der 2015 eingetretene Stillstand früherer konstanter Steigerungsraten betrifft Kliniken und Praxen gleichsam; seither sind

Hier steht eine Anzeige.



Schwankungen in den Patientenzahlen und bestenfalls eine Plateaubildung zu verzeichnen [1]. Dies lässt sich mit Zahlen konkret belegen und sollte als Warnhinweis und Weckruf verstanden werden. Das Maximum der erfassten ambulanten Operationen in Kliniken betrug knapp 2 Mio., in den Praxen waren es 8,75 Mio. Zuletzt wurden aus dem niedergelassenen Bereich 2020 8 Mio. Eingriffe erfasst, was dem bereits 2008 erzielten Ergebnis entspricht. Retrospektiv verzeichnen Praxen in der Dekade zwischen 1998 und 2008 den größten Zuwachs an ambulanten Operationen, in Kliniken fand diese Entwicklung zeitlich versetzt von 2004 bis 2015 statt, mit einem Optimum von 7,1 % Anteil an allen Krankenhausbehandlungen [17].

» Durch ambulantes Operieren per se und dessen gezielten Ausbau kann man Einsparpotenziale generieren

Neben den genannten Vorteilen für Patienten wird auch das Gesundheitssystem durch ambulante Operationen begünstigt, dank einer im Vergleich zu stationären Eingriffen ablaufbedingt geringeren Inanspruchnahme von Kapazitäten und damit einhergehend geringeren Kostenanteils [3]. Damit ist grundsätzlich die Möglichkeit verbunden, durch ambulantes Operieren per se und durch dessen gezielten Ausbau relevante Einsparpotenziale zu generieren, wie P. Oberende bereits 2010 in seinem vom BAO initiierten Gutachten belegen konnte [24].

Die bisherigen Einspareffekte dienen den verantwortlichen Entscheidungsträgern unwissentlich als Deckungsbeiträge für anderweitige Defizite oder werden bestenfalls in neue medizinische Bereiche reinvestiert. Der Aspekt regelmäßiger Reinvestitionen in die Strukturen des ambulanten Operierens und deren Ausbau wird dabei völlig außer Acht gelassen, wie überhaupt das ambulante Operieren unter den Schirm einer peinlich anmutenden Milchmädchenrechnung gestellt wurde, mit dem vorherrschenden Ziel, für jede ambulante Operation eine stationäre einzusparen. Diese schlichte Modellrechnung kann nicht aufgehen, schon allein aus dem Grund, dass der medizinisch-therapeutische Teil des Gesundheitssystems

ein im Wandel begriffener ist und per se einem ständigen Verbesserungsprozess unterliegt. So kompensiert das ambulante Operieren den weiter voranschreitenden Klinik- und Bettenabbau zusätzlich. Hier kann man in der Tat statt von einer nur stationärsersetzenden Intention des Gesetzgebers ebenso von einer stationärsersetzenden sprechen, wenn man die Entwicklung des Gesundheitssystems in den beiden letzten Dekaden betrachtet.

Die gesamte ambulante niedergelassene fachärztliche Medizin im Umfeld von geplanten bzw. umgesetzten Klinikschließungen trägt entscheidend zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wohnortnahen Patientenversorgung bei. Die getroffenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung kommen streckenweise Klinikschließungen gleich und beruhen auf der sicheren Annahme einer weiter funktionierenden ambulanten Patientenversorgung. Und dies im Gegensatz zu Kliniken ohne Unterstützungsmaßnahmen für ambulante Facharztpraxen oder Anerkennung der Praxismitarbeiterinnen in Form eines gewährten Coronabonus.

Forderungen an Politik und Kassen

Seit 3 Jahrzehnten ist der Generalverdacht, ambulante Medizin allgemein und insbesondere das anspruchsvolle, aufwändige ambulante Operieren seien Kostentreiber (also eine unnötige luxuriöse doppelte Versorgungsschiene) und folglich durch gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen (wie die gegen alle ökonomische Vernunft von oben verordnete Punktwertabsenkung im Rahmen des EBM 2000 plus) in ihren Entwicklungen zunehmend einzuschränken, ständiger Begleiter ambulanter Fachärzt:innen. Und dies gegen den erklärten Patienten- und Wählerwillen, der in Umfragen mit konstant hohen Zustimmungswerten für ambulant operierende Fachärzt:innen zum Ausdruck kommt [7].

Es ist an der Zeit, dem hohen Stellenwert einer dem gesellschaftlichen Wertewandel unterworfenen, aber mehrheitlich stabilen, von Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung die nötige politische Aufmerksamkeit und Respekterweisung entgegenzubringen. Diese Forderung beinhaltet, das ambulante Operieren als wesentlichen Bestandteil der chirurgisch-

operativen Versorgung der Patienten in Deutschland mit großem Steigerungspotenzial anzuerkennen und seine Weiterentwicklung (statt zu stören) gezielt zu fördern. Ein Blick auf die umfangreichen und nicht immer Sinn und Nutzen stiftenden GKV-Werbekampagnen (Gesetzliche Krankenversicherung) zeigt Möglichkeiten des Abflusses von Mitteln aus der aktiven Patientenversorgung und deren Zweckentfremdung für Gesundheitsleistungen als Sonderangebot und Marketinginstrument trotz angeblicher chronisch leerer Kassenlage.

Was aus Sicht der Patienten wirklich zählt, das sind immer noch ärztliche Kernkompetenzen, ihre Qualität und daraus resultierend Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit. Dieser Widerspruch zwischen dem Selbstverständnis patientennaher und -ferner Akteure zeigt einmal mehr den bereits vollzogenen Wandel unseres Gesundheitswesens vom Sozialsystem hin zu Gesundheitsmarkt und -wirtschaft und diesem Wandel bzw. seinen Ursachen und deren Folgen ist auch das ambulante Operieren unterworfen. Vom dazwischen liegenden ökonomischen Entwicklungspotential bleiben ambulante OP-Einrichtungen ausgeschlossen, da sie in wenig flexible und noch weniger reflektierten Rahmenbedingungen gezwängt sind. Diese Tatsache ist hinreichend belegt, bekannt und Gegenstand zahlreicher Bemühungen der davon betroffenen Berufsverbände, wie der Hinweis, dass bereits vor 2019 und dem Beginn der Pandemie die ambulanten OP-Fallzahlen vorwiegend in Praxen rückläufig waren. Dieser Effekt wurde durch COVID-19 („coronavirus disease 2019“) zusätzlich verstärkt und betrifft seither auch die im stationären Setting erhobenen Fallzahlen [1].

Marginalen Schwankungen ambulanter OP-Zahlen im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich seit Beginn 2019 und bis Jahresmitte 2021 lassen im besten Annahmefall einen leicht steigenden Trend herauslesen und sich mit der Fluktuation abgesagter elektiver Eingriffe aus den Kliniken zu niedergelassenen Operateuren erklären. Den gemeinsamen Bemühungen um eine bestmögliche Aufrechterhaltung der Patientenversorgung unter Pandemiebedingungen muss eine Diskussion über den Terminus elektiver Eingriff folgen. Er ist

der aktuellen Bedarfssituation anzupassen und neu zu definieren, auch in Hinblick auf den neuen und umfangreicheren AOP-Katalog und dessen machbarer Umsetzung, aber auch unter dem Gesichtspunkt einer Zunahme der jetzigen Kapazitätsengpässe und möglicher neuer Krisen oder Pandemielagen.

Mehr Kapazitäten erfordern mehr Ressourcen

Für eine signifikante Steigerung ambulanter Operationen im niedergelassenen Bereich ist die Aufstockung von Personal, Räumlichkeiten und Arbeitszeiten nötig. Die Möglichkeiten dafür werden durch fehlende Kapazitäten deutlich minimiert, die wiederum mit der beschriebenen Unterfinanzierung korrelieren.

» Kostendeckende Hygienezuschläge werden von allen Kostenträgern abgelehnt

Erschwerend kommt hinzu, dass seit einer Dekade kostendeckende Hygienezuschläge von allen Kostenträgern, trotz eindeutiger Kausalität auf der Grundlage der Umsetzung einer staatlich angeordneten Gesetzesnovellierung, abgelehnt werden [13]. Diese inakzeptable und mit den Regeln eines Rechtsstaates und dessen Grundsatze gebot von Treu und Glauben nur sehr schwer in Vereinbarung zu bringende Verweigerungshaltung findet ihre kompromisslose Fortsetzung auch in den Zeiten der Pandemie. Und dies ausdrücklich unter Beifall der verantwortlichen Gesundheitspolitik, die das Regelwerk eines „ehrbaren Kaufmanns“ im Umgang mit selbständigen fachärztlichen Freiberuflern bewusst außer Kraft gesetzt hat. Besser kann man den Tatbestand der ordnungspolitischen Dysfunktionalität an einem konkreten Beispiel nicht festmachen, ebenso die zum Dauerproblem gewordene Vergütungssystematik für ambulant operierende Facharztpraxen, welche wegen hoher Fixkosten trotz der extrabudgetären Vergütung des ambulanten Operierens ein hohes wirtschaftliches Risiko eingehen [26].

Diese Einschätzung zeigt darüber hinaus, dass die grundsätzlichen Rahmenbedingungen zu lange stagnieren und keine solide wirtschaftliche Basis für das am-

bulante Operieren darstellen. In diesem Kontext greift die von Busse et al. trefflich formulierte These bzgl. der Rahmenbedingungen für medizinischen Qualitätswettbewerb – bestehend aus politischer Verlässlichkeit und Mut zu Strukturveränderung [11]. Die Pandemie verstärkt diesbezügliche Defizite, darf aber nicht als ursächlicher Auslöser fehlinterpretiert werden, wozu die zeitliche Nähe von Pandemie, politischer Willenserklärung zur Ambulantisierung und IGES-Gutachten je nach Einzelinteressenslage durchaus verleiten kann.

Praxisnachfolge entscheidet über Zukunft des ambulanten Operierens

Jede weitere Negation gesundheitspolitischer Wahrheiten wird ihren Einfluss auf das Interesse an Praxisnachfolgen ausüben, die gerade bei der aktuellen Altersstruktur niedergelassener Fachärzt:innen verdichtet anstehen. Bisheriger, weiterer und zukünftiger Umgang mit Praxen und ihren fachärztlichen Inhaber:innen wird von niederlassungsinteressierten Klinikfachärzt:innen sehr wohl und kritisch differenziert wahrgenommen, beeinflusst den weiteren Berufsweg und die Entscheidung zwischen den Alternativen Klinikkarriere, Selbständigkeit und MVZ-Anstellung (medizinisches Versorgungszentrum). Damit steht und fällt auch die Zukunft des ambulanten Operierens, weshalb niedergelassene Operateure und Anästhesisten mit ihrer täglichen Praxisarbeit nicht nur gemeinsame Patienten, sondern auch involvierte Facharztkolleginnen und Kollegen in den Kliniken am besten davon überzeugen können, dass bei einer Niederlassung die sich eröffnenden Chancen die Risiken bei weitem überwiegen. Das ambulante Operieren kann dabei einen wichtigen Teil zur persönlichen Erfolgsgeschichte und beruflichen Zufriedenheit beitragen. Dass diese Gewissheit in die eigenen Fähigkeiten außerhalb einer Facharztpraxis in deren Umfeld nicht immer voraussetzen ist und folglich Handlungsmaximen Dritter auf die emotionale Ebene wie bewusst ausgelöste Neiddebatten verlagert werden, belegen die jüngsten unsauberen und tendenziösen öffentlichen Äußerungen über Ärzteeinkommen trefflich. Nicht zufällig und von

ungefähr geschehen solche Störmanöver in wiederkehrender Regelmäßigkeit und diesmal in auffälliger zeitlicher Abfolge zur Veröffentlichung des IGES-Gutachtens und dessen positiven Einschätzungen in Bezug auf das ambulante Operieren.

Positive Bilanz

Der ambulante Versorgungsbereich hat nicht erst in den letzten 2 Jahren bewiesen, wie leistungsfähig er trotz der beschriebenen Be- und Einschränkungen ist und dass die patientenorientierte Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken sich besser gestaltet als manchem patientenfernen und ideologielastigen Entscheidungsträger lieb sein kann. Wer trennt sich schon gerne von seiner Erfindung mit Namen doppelte Facharztschiene und erkennt an, dass nachhaltige Investitionen in dieses duale System mittel- und langfristig von gesamtgesellschaftlichem Nutzen sind und zugleich auch Engpässe in Krisenzeiten zu kompensieren helfen.

» Fortschritt braucht in der ambulanten Versorgung öffentliche sowie kollektive finanzielle Ressourcen

Jedoch braucht Fortschritt in der ambulanten medizinischen Versorgung öffentliche sowie kollektive finanzielle Ressourcen, weshalb von staatlicher Seite die Dauerfrage der Finanzierung zu klären ist. Sehr hilfreich ist dabei das Einsehen, dass das Gesundheitssystem keinen lästigen, nach Belieben manipulierbaren Kostenfaktor, sondern eine der wichtigsten Säulen der Gesellschaft darstellt und sich Qualitätskosten langfristig immer positiv auswirken, wie die Pandemie und ihre Brennglasfunktion für Defizite und deren hohen Fehlerfolgekosten beweisen.

Ambulantes Operieren verfügt über sehr hohes versorgungswissenschaftliches Potenzial und Ausbaufähigkeit, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Deren Gestaltung liegt nicht im Verantwortungsbereich ambulanter Operateure und Anästhesisten. Sie haben mit der Gründung eigener ambulanter Praxen, ambulanter OP-Zentren und Praxiskliniken und der Aufrechterhaltung dieser hochwertigen Infrastrukturen mit Eigenmitteln ihre

Fähigkeiten zum selbständigen, eigenverantwortlichen Handeln über 3 Jahrzehnte unter Beweis und sich damit einem täglichen Qualitätswettbewerb gestellt und sich trotz aller gegenteiligen externen Bemühungen bisher behauptet.

Fehlentwicklungen

Die nächste sich abzeichnende Eskalationsstufe ruft fachfremde, kapitalstarke Privatinvestoren auf den Plan mit der gesundheitspolitischen nonverbalen Einladung, doch in den ambulanten Gesundheitsmarkt einzusteigen. Die inzwischen vorliegenden Abrechnungsdaten sprechen die Sprache der Rendite- und Gewinnmaximierung. Beides ist für anonyme Investoren wie ausländischen Pensionsfonds inzwischen gegenüber Politik und Kostenträgern salonfähig geworden, während der Einzelvertragsarztpraxis, den Fachärzten einer BAG und Ärzte-MVZ weiterhin ihr in der Regel bereits gekürztes Honorar als Ausdruck höchster Profitgier vorgehalten wird. Wer sich auf Augenhöhe mit Vertretern der Konzern- und Finanzwirtschaft wähnt, übersieht dabei geflissentlich, dass die klinische und ambulante medizinische Versorgungskette nur so stabil und sicher ist wie die Investorenkette dazu bereit ist und zulässt. Und alles nur, um sich nicht mehr den permanenten und impertinenten Verbesserungsvorschlägen der sog. Leistungserbringer und ihren konstruktiven Dialogbedürfnissen auszusetzen?

Mit dem stellenweise bereits eingeleiteten Niedergang der ambulanten, selbständigen und freiberuflichen operierenden Facharztmedizin verliert das deutsche Gesundheitssystem einen wichtigen Bestandteil seines noch verbliebenen Tafelsilbers. Deshalb darf der Ausbau der Ambulantisierung nicht mit einem Abbau der eigentlichen Garanten für medizinisch-ärztliche Kompetenz und zuverlässige Leitungsbereitschaft einhergehen. Ambulantes Operieren ist als dritte Säule der Patientenversorgung ein fester, verlässlicher soziokultureller Bestandteil unserer Gesellschaft geworden und verdient es, wertgeschätzt, vor weiteren Defiziten geschützt und mit gezieltem Ressourceneinsatz bedarfsgerecht gefördert zu werden.

Potenziale und Herausforderungen an das ambulante Operieren

Um beiden Aspekten gerecht zu werden, müssen alte Wahrheiten wie die der Beitragsstabilität und die daraus abgeleitete unzureichende Gesamtvergütung sowie das Abstreiten der Zuständigkeit für die Übernahme von Hygiene- und Qualitätskosten auf den Prüfstand und entsorgt werden. Zeitgleich gilt es, das öffentliche Interesse am hohen Gut Gesundheit zu reaktivieren und damit die kollektive Bereitschaft für höhere Beiträge vorzubereiten. Der zu erzielende gesamtgesellschaftliche Nutzen und sein Mehrwert rechtfertigen den für den anstehenden und überfälligen Um- und Ausbau des ambulanten Operierens benötigten Mitteleinsatz.

Die Gesundheitspolitik sollte ergebnisoffen diesen bevorstehenden Transformationsprozess moderieren und im Konsens erzielte Beratungsergebnisse ordnungspolitisch zeitnah umsetzen. Die bisherige paternalistisch anmutende Vorgehensweise ist überholt, weniger vom Mainstream als von den eigenen Misserfolgen. An diese würde sich nahtlos das über 2 Jahrzehnte vernachlässigte und von allen Parteien bewusst übergangene Projekt ambulantes Operieren anreihen, gefolgt vom Scheitern des aktuell politisch angesagten Leuchtturmprojekts Ambulantisierung des Gesundheitssystems [21].

Nur unter dieser Grundvoraussetzung ist die Aufnahme weiterer ambulant durchführbarer Leistungen in den AOP-Katalog und dessen Erweiterung von 2879 auf 5355 Leistungen [1, 2] realistisch und Erfolg versprechend. Alles andere entspräche lediglich einer nochmaligen Verdopplung von ambulanten OP-Zahlen und zeitgleicher Multiplikation der dargelegten Problemzonen.

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung einer positiven Zukunft des ambulanten Operierens ist zweifelsfrei eine stufenweise individuelle Beurteilung der Patienten nach objektiven Schweregraden statt der bisherigen Handhabung mit unterschiedlichen und subjektiv überlagerten Komorbiditäten [2]. Damit ist eine objektive und verbindliche Risikoadjustierung vorgegeben und die Nachverfolgbarkeit, ob ein Patient durch einen ambulanten

chirurgischen Eingriff ein erhöhtes Risiko zu erwarten hat oder lediglich einer intensivierten ambulanten bzw. teilstationären Nachsorge bedarf, haben sich ambulant operierende Einheiten in Struktur und Organisation diesen neuen Anforderungen und Inhalten des Leistungskatalogs anpassen. Im Umkehrschluss allerdings muss sich parallel dazu die Vergütung an diesem Qualitätszuwachs orientieren und von bisherigen laienhaft anmutenden Wertschöpfungsmythen, wie die Schnitt-Nahtzeit als Bewertungsmaß und Rechtfertigung zum systematischen Abwerten ambulanter Eingriffe, definitiv verabschieden.

» Ambulantes Operieren wäre ein Zugewinn für das unter Pflege- und Ärztemangel stehende Gesundheitswesen

Nicht nur der BAO empfiehlt ein schrittweises, in Absprache vereinbartes Vorgehen, an dessen Anfang der proaktive Konsens zuerst unter den niedergelassenen und anschließend mit den klinischen fachärztlichen ambulanten Operateuren und Anästhesisten stehen muss. Dies betrifft die bedarfsgerechte und nach internationalen Standards zu erfolgende Neudefinition des Komplexes ambulantes Operieren über die bisherige von der Versorgungsrealität überholte Gleichsetzung mit Tageschirurgie hinaus. Das verschafft neue Handlungs- und Entscheidungsspielräume und erleichtert für alle Beteiligten Eingriffe ambulant ausschließlich nach medizinischen und nicht etwaigen ökonomischen Kriterien durchzuführen. Der bisher übliche Diskussionsbedarf für und wider stationäre postoperative Überwachungen entfällt damit. In der Folge werden an anderer Stelle dringend benötigte Kapazitäten frei. Ein elementarer Zugewinn für das unter dem Druck von Pflege- und Ärztemangel stehende Gesundheitswesen. Damit findet auch eine Kultur des einseitigen Misstrauens ihr Ende, die dem seit drei Jahrzehnten von weit über hundert Millionen ambulant operierten Patienten ihren Operateuren und Anästhesisten ausgesprochenen vollen Vertrauen zum Trotz Politik und Kostenträger gestattet, unverhohlen ihr unbegründetes, oft noch fadenscheiniges Misstrauen gegen ambulante Operateure und

Hier steht eine Anzeige.



Anästhesisten offen und medienwirksam zur Schau zu stellen.

Für einen geordneten Neuanfang des ambulanten Operierens ist der vorliegende Umfang des neu überarbeiteten AOP-Katalogs zu mächtig. Zu Beginn erscheint die Beschränkung auf die häufigsten ambulanten Operationen eine sinnvolle Lösung zu sein, über deren Umsetzung es zeitig zu diskutieren gilt. Je übersichtlicher und in der Handhabung alltagstauglicher, umso größer die allgemeine Akzeptanz, umso schneller sind Umsetzbarkeit und die Implementierung begleitender Analysen unter medizinisch-qualitativen und ökonomischen Gesichtspunkten, wie die Erfassung von Investitions- und Betriebskosten in Hinblick auf ein optionales Endprodukt Hybrid-DRG („diagnosis related groups“) für Praxen und Kliniken [18]. Die bisherigen EBM- und DRG-Systematiken bilden diese Parameter nicht ausreichend transparent ab und tragen dadurch zu den beschriebenen Versorgungs- und Finanzierungsdefiziten bei.

Stichhaltige Argumente von fachärztlicher Seite bedürfen von Anfang an einer stichprobenartigen Qualitätssicherung, auch zur Dokumentation der eigenen Leistungspotenziale und als Rechtstitel eigener Vergütungsansprüche. Um einen zeitraubenden Richtungsstreit zu umgehen, kann die Frage einer praktikablen Qualitätssicherung durch die Übernahme des seit 20 Jahren gerade im Rahmen von Selektivverträgen bewährten AQS1-Patientensicherheitsfragebogens [4, 8], mit der Option seiner regelmäßigen Modifizierungen und digitalen Ausführung, beantwortet werden.

Ferner gilt es, sich auf einen definierten Zeitraum zu einigen, innerhalb dessen die Transformation vom stationären in das ambulante Setting sowie die differenzierte Förderung für Kliniken und bereits bestehender ambulante OP-Einrichtungen abgeschlossen ist und – als *conditio sine qua non* – eine für Praxen und Kliniken einheitliche Vergütung greift.

Der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und v.a. den klinischen Kolleg:innen sei hiermit signalisiert, dass deren Vorbehalte gegenüber dem ambulanten Operieren auf der derzeitigen nicht tragfähigen EBM-Basis gerechtfertigt sind und deshalb eine eigenständige,

gemeinsame AOP-Vergütungssystematik erforderlich ist. In einer Übergangsphase kann die unverhandelbare standortunabhängige Vergütungsanhebung für Kliniken in begründeten Fällen höher ausfallen als Kompensation für den anstehenden und zu bewältigenden aufwändigen Strukturwandel. Aber nach Fristablauf und erfolgter Umstellung hat eine einheitliche (d.h. sektorenverbindende) AOP-Vergütung inklusive einer Kostenerstattungsdynamik zu erfolgen. Eine Wiederholung der im Entwurf gelungenen und von der Politik zum Misslingen genötigten Aktion EBM 2000 plus darf und kann nicht akzeptiert werden. Ambulantes Operieren beruht auf dem Wunsch der Patienten nach dieser Versorgungsform und dem Wissen und Können der ambulanten Operateure und Anästhesisten, diese Patienteninteressen in der Praxis des Versorgungsalltags umzusetzen. Ab 1993 wurde dieser neu etablierte Behandlungspfad als gesundheitspolitisches Mittel zum vorrangigen Zweck der Krankenhauskostendämpfung uminterpretiert und dient seither zugleich zur Rechtfertigung einer chronischen Unterfinanzierung medizinisch erbrachter Leistungen in Praxen und Kliniken.

Retrospektiv hätten niedergelassene Fachärzt:innen und Klinikkolleg:innen diesem Konstrukt niemals zustimmen dürfen, ebenso wenig KBV und DKG; sie sind in die Falle der einseitigen Kostenminimierung getappt und seitdem in der Funktion als subalterne Leistungserbringer gefangen.

Sollten sich die Interessensvertreter der Praxen und Kliniken in den nächsten Wochen und Monaten nicht zu einer vernunftbasierten Einigung für einen gemeinsamen Aktionsplan durchringen, droht folgendes nicht unrealistisches alternatives Szenario:

- keine stufenweise und differenzierte Umsetzung des AOP-Katalogs, sondern zum nächstmöglichen Zeitpunkt vollumfänglich gültig und umzusetzen,
- kein Hybrid-DRG und Beibehaltung des EBM für Praxen und Kliniken ohne Anhebung der Vergütung und ohne Kostenneuberechnung,
- absoluter Zwang zum ambulanten Operieren unter Berufung auf das MDK-Reformgesetz [20],

- weiterer Verlust fachärztlicher Therapie- und Gestaltungsfreiheit, dafür auf beide Sektoren übergreifend.

Zusammenfassung

In diesem Sinne verdienen gemeinsame Forderungen von Praxen und Kliniken wie die nach einer einheitlichen Vergütung des ambulanten Operierens höchste Priorität.

Nur wenn ambulante Operationen für Praxen und Kliniken leistungsgerecht und kostendeckend vergütet werden, können mehr ambulante Operationen durchgeführt, bedarfsgerechte zusätzliche ambulante OP-Strukturen geschaffen und damit auch in der Zukunft mittel- bis langfristig eine optimale ambulante operative Versorgung der Patienten gewährleistet werden.

» Mehr ambulante Operationen sind möglich und gleichzusetzen mit einer Intensivierung der Ambulantisierung

Die Überwindung der durch die COVID-19-Pandemie wie im Brennglas verstärkt sichtbar gewordenen Herausforderungen und die Umsetzung der vorhandenen Potenziale beim ambulanten Operieren hängen nun vorrangig von den Änderungen seiner bisherigen kontraproduktiven Rahmenbedingungen ab. Einen ersten wichtigen Schritt und Einschnitt in verfestigte und sinnfreie Verweigerungshaltung, Besitzstandswahrung und Stillstandfetischismus stellt zweifelsohne die Veröffentlichung des IGES-Gutachtens dar und seiner Botschaft: mehr ambulante Operationen sind möglich und gleichzusetzen mit einer Intensivierung der Ambulantisierung. Die alles entscheidende Frage bleibt offen und ist nur auf demokratischen Weg zu lösen: wessen kompetenten Händen vertraut die davon betroffene Gesellschaft dieses richtungsweisende Großprojekt an? Eine Teilantwort liefert die Gegenfrage: wer kommt angesichts der beschriebenen Fehleranalyse dafür nicht in Frage?

Die erhöhte Aufmerksamkeit, die derzeit der Gesundheitsversorgung zuteil wird, fördert den Bedarf nach Veränderung und Diskussionen um Weiterentwicklungen und Verbesserungen von Defiziten und Schwachstellen des Gesundheitssystems. Dazu zählen vor allem die Unter-

finanzierung des ambulanten Operierens und die sich in diesem Kontext aktuell eröffnenden Möglichkeiten, bereits in Erprobung befindliche Ansätze wie Hybrid-DRG oder bewährte Selektivverträge für die Ermittlung einer sektorenverbindenden Vergütung und damit einhergehend zur Überwindung bisheriger Sektorengrenzen in die Praxis umzusetzen. Erst wenn diese Hürden überwunden sind, kann über den Eintritt in die Phase einer gemeinsamen Patientenakte gesprochen werden. Parallelveranstaltungen nach Art und Vorgehensweise der Digitalisierung sind nicht nachahmenswert, wenn es um die Neudefinition des Begriffes ambulante Medizin und ihres umfangreichen und ausbaufähigen Teilbereiches ambulantes Operieren und dessen Anschluss an europäische und internationale Standards geht [7].

Das politische Bekenntnis zur Ambulantisierung darf nicht wieder zum bloßen Lippenbekenntnis verkümmern, sondern muss als Chance gesehen werden, den klinischen Sektor durch Überführung von diagnostischen, therapeutischen sowie operativen Prozeduren in ambulante, nicht-vollstationäre Behandlungsabläufe zu entlasten. Deshalb darf der einzige Impetus nicht im Einsparen an finanziellen Ressourcen ohne Rücksicht auf die Ressource Mensch bestehen. Vielmehr stehen zielgerichteter Umgang mit nicht unbegrenzten, aber kontinuierlich anzupassenden Ressourcen und die unbedingte Vermeidung weiterer Fehlerkosten im Vordergrund. Und nicht wie bisher die stets gescheiterten Versuche, Gesundheitskosten zu senken, bei wachsendem Bedarf und steigenden Qualitätskosten. Die Beibehaltung und der sukzessive Ausbau des ambulanten Operierens werden dazu beitragen, die Gesundheitsausgaben im operativen Bereich nachhaltig zu stabilisieren und wieder kalkulierbar werden zu lassen.

Sollten sich der Gesetzgeber und in seinem Fahrwasser die Kostenträger dieser Logik und Einsicht weiter verweigern, dann drohen im bestanzunehmenden Verlauf die Konservierung des Status quo und somit Stagnation mit abfallender Tendenz beim ambulanten Operieren und weiterhin hohe stationäre Fallzahlen. Realistischer erscheint das Szenario eines weiteren und

zunehmenden Fallzahlrückgangs ambulanter Operationen in Praxen und Kliniken und weitere Klinik- und Praxisschließungen aus Gründen der Unrentabilität bzw. der ungeklärten Nachfolgefrage. Im Gegenzug wird ein weiterer Zulauf in das Berufsbild des dauerangestellten Facharztes mit begrenzter Haftung in investorengeführten MVZ von Kapitalgesellschaften zu beobachten sein. Es steht außer Zweifel, dass diese Variante keine individuelle berufliche Perspektive von Dauer für eine akademisch geprägte Berufslaufbahn sein kann. Damit würde der Facharztstatus zu einem weisungsgebundenen Ausbildungsberuf degradiert werden und neben der Option Selbständigkeit auch noch seiner Freiberuflichkeit verlustig gehen.

Nach medizinischen und versorgungswissenschaftlichen Kriterien kann die Zukunft des ambulanten Operierens als positiv bewertet werden. Allerdings nicht losgelöst von gesundheitspolitischen Unabwägbarkeiten und Rahmenbedingungen sowie deren Einflussnahme auf Ressourcen und den damit korrelierenden Zukunftsaussichten des Arztberufs und seiner fachlich-operativen Subspezialisierungen. Deshalb bedarf es einer aktiven fachärztlichen Mitbeteiligung an der aktuellen Diskussion und am Meinungsbildungsprozess bei der Ausgestaltung der Ambulantisierung.

Fazit für die Praxis

- Durch kontinuierliche Verbesserungen v.a. im niedergelassenen Bereich, zeichnet sich ambulantes Operieren durch schlanke Strukturen und professionelle Teamarbeit aus.
- Durch ambulantes Operieren kann man Einsparpotenziale generieren.
- Aus Sicht der Patienten zählen v.a. ärztliche Kernkompetenzen, ihre Qualität und daraus resultierend Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit.
- Kostendeckende Hygienezuschläge werden von allen Kostenträgern abgelehnt.
- Die nächste sich abzeichnende Eskalationsstufe ruft fachfremde, kapitalstarke Privatinvestoren auf den Plan, mit der gesundheitspolitischen nonverbalen Einladung, in den ambulanten Gesundheitsmarkt einzusteigen.
- Ein unter den derzeitigen Rahmenbedingungen erzwungener Ausbau ambulanter OP-Kapazitäten würde in keinem betriebswirtschaftlich mehr zu verantwortenden Aufwand-Nutzen-Verhältnis

stehen und bestehende Ablaufstrukturen durch zusätzlichen Ressourcenmehrbedarf – und somit bereits die nahe Zukunft des ambulanten Operierens – gefährden.

Korrespondenzadresse



Dr. med. C. Deindl, MBA

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)
Berlin
Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin,
Deutschland
kontakt@deindl.org

Dr. med. C. Deindl Facharzt für Kinderchirurgie und Chirurgie, MBA, Präsident Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO e.V.)

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Deindl und A. Neumann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach §115b Abs. 1a SGB V. https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2022/aop-katalog/index_ger.html. Zugegriffen: 6. Mai 2022
2. Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V Kurzfassung. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27939/IGES_AOP_Gutachten_Kurzfassung_032022_ger.pdf. Zugegriffen: 10. Mai 2022
3. Baierlein J, Priestersbach A (2016) Gesundheitsökonomische Betrachtungen des ambulanten Operierens Einsparpotenziale durch ambulantes Operieren. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 472–478
4. Bäcker K (2016) AQS1-Patientensicherheitsfragebogen: Qualitätsdokumentation, Langzeitergebnisse und Versorgungsforschung. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken,

- perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 149–161
5. Brökelmann JD (1993) Prinzipien des ambulanten Operierens. In: Ambulantes Operieren – Der neue Weg in der Gynäkologie. Springer, Berlin, Heidelberg, S 11
 6. Brökelmann JD (2016) Einführung und Exkurs in die historische Entwicklung des ambulanten Operierens in Deutschland – Stauts quo im internationalen Vergleich. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 3–11
 7. Brökelmann JD (2015) Ambulantes Operieren International – Erfahrungen aus 20 Jahren. <https://www.bdc.de/ambulantes-operieren-international-erfahrungen-aus-20-jahren/>. Zugegriffen: 10. Mai 2022
 8. Brökelmann JD, Rüggeberg J, Bäcker K, Mayr R (2007) Klinisch relevante Qualitätsindikatoren. *Ambul Oper* 3/2007:151–152
 9. Brökelmann JD, Bäcker K (2010) Clinical indicators for ambulatory surgery. *Ambul Surg* 16(2):34–37 (<https://www.iaas-med.com/files/Journal/FINAL16.2/brockelman.pdf>)
 10. Bundesgesetzblatt (1992) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) 2285–2286. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl192s2266.pdf. Zugegriffen: 10. Mai 2022
 11. Busse R, Ganten D, Huster S et al (2016) Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale). https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf. Zugegriffen: 10. Mai 2022
 12. Candidus WA (2016) Bedeutung und Stellenwert des ambulanten Operierens aus Sicht der betroffenen Bürger, Patienten und Versicherer. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 162–165
 13. Deindl C (2016) Hygienestandards: Gemeinsame Aufgabe von Ordnungspolitik, Kostenträgern und Ärzten. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management, Bd. 2016. de Gruyter, Berlin, Boston, S 77–82
 14. Deindl C (2016) Kritische Anmerkungen zur allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklung und den Folgen für ambulantes Operieren. Ökonomie und Qualität in der ambulanten Chirurgie. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 483–487
 15. Deindl C (2016) Kritische Anmerkungen zur allgemeinen gesundheitspolitischen Entwicklung und den Folgen für ambulantes Operieren. Geändertes Anforderungsprofil für Ärzte und ambulante Operateure: Operieren allein reicht nicht mehr. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 488–489
 16. Deindl C (2016) Kritische Anmerkungen zur allgemeinen gesundheitspolitischen Entwick-

The future of outpatient surgery

Background: Over the past 30 years, outpatient surgery has developed into an indispensable pillar of patient care in Germany, without its full potential coming to light.

Question: What are the reasons for the stagnation of further development of outpatient surgery and its suboptimal status quo?

Materials and methods: Presentation and comparison of outpatient surgery numbers from clinics and practices, and a critical analysis of their development.

Results: After reaching a maximum number of outpatient operations in practices and clinics in 2015, there has been a location-independent decrease and stagnation due to underfunding of outpatient surgical structures and a shortage of resources.

Conclusion: Outpatient surgery represents a patient-friendly and cost-effective alternative to inpatient interventions, provided that that medical and social indications rule out an increased risk. The expansion of outpatient surgery has so far provided relieve to the cost-intensive hospital sector and—in view of the shortage of nurses and physicians—will do so to an even greater extent as soon as politicians and payers commit to remuneration that is performance-related and actually covers the costs. Furthermore, the future of the healthcare system also depends on the future of outpatient surgery, which is to be assessed as positive.

Keywords

Health policy · Remuneration · Diagnosis related groups · Patient satisfaction · Service catalog

- lung und den Folgen für ambulantes Operieren. Aktueller und zukünftiger Stellenwert des ambulanten Operierens im gesundheitspolitischen Wandel. In: Deindl C (Hrsg) Manual Ambulantes Operieren – Techniken, perioperative Verfahren und Management. de Gruyter, Berlin, Boston, S 489–495
17. Destatis (2017) 7 % aller Krankenhausbehandlungen sind ambulante Operationen. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/ZahlderWoche/2017/PD17_13_p002.html. Zugegriffen: 6. Mai 2022
18. Dittrich S (2020) Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen. *KU Gesundheitsmanagement* 89:58–61
19. Dudziak R (2006) Über die Rolle und die Bedeutung der „Begleitperson“ bei ambulanten Operationen. *Anaesthesist* 55:331–333
20. Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz). Bundesgesetzblatt Teil I. Bonn: Bundesanzeiger Verlag 2019, 2789–2816. https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/aop-katalog/index_ger.html. Zugegriffen: 10. Mai 2022
21. Graf von der Schulenberg J-M (2006) Reformnotwendigkeit und Reformbedarf: Wo stehen die Leuchttürme? In: Rebscher H (Hrsg) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. *Economica*, Heidelberg, S 127–140
22. Neumann A, Bäcker K (2015) Qualitätssicherung ambulantes Operieren. *Dtsch Arztebl* 112(25):A-1132/B-944/C-916
23. Neumann A (2022) Ambulantes Operieren Stand und Perspektiven. *Gynakol Prax* 49:127–132
24. Oberender P (2010) Ökonomische Betrachtungen des ambulanten Operierens. Gutachten, Stand: 09.04.2010. Oberender & Partner. Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Bayreuth
25. Peter K (2006) Ist das Gesamtkonzept des ambulanten Operierens in Frage zu stellen? *Anaesthesist* 55:225–226
26. Vescia F (2008) Vergütung ambulant und stationär durchgeführter Operationen in Bayern. Angleichung an die Fallpauschalen der DRG er strebenswert. *Ambul Oper* 4/2008:186–186