

Ambulantes Operieren: Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven

M. Friedrich¹, A.K. Ertan¹, A. Tanriverdi¹, C. Villena-Heinsen², W. Schmidt¹

¹Universitätsfrauenklinik und Poliklinik mit Hebammenlehranstalt (Direktor: Prof. Dr. med. Drs. h.c. W. Schmidt), D-66421 Homburg/Saar

²Frauenklinik der Stadtklinik Baden-Baden, Balgerstr. 50, 76532 Baden-Baden (Chefarzt: PD Dr. med. C. Villena-Heinsen)

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Drs. h.c. W. Schmidt, Direktor der Universitätsfrauenklinik mit Poliklinik und Hebammenlehranstalt, D-66421 Homburg/Saar; Tel.: 06841-168101, Fax: 06841-168110

Zusammenfassung

Je nach Autor können 10-80% aller Operationen ambulant durchgeführt werden. Das Durchführen ambulanter Operationen ist in Abhängigkeit vom persönlichen Engagement des Operateurs und seinem Können zu sehen. Anforderungen an die Berufspolitik beinhalten Basisdokumentation, realistische finanzielle Forderungen und Verlagerung des Finanzvolumens zwischen stationärer und ambulanter Behandlungen und Kontrolle hinsichtlich der Vorgehensweisen in stationärer, teilstationärer und ambulanter Therapie. Die Krankenkassen müssten sich bei zunehmender ambulanter Operationsfrequenz auf Modifikation der Zusatzversicherungen, Wähleistungen, Taggeldversicherungen und angemessene Honorierung der ambulanten Operationsleistung einstellen. Gleichmaßen sollte die Möglichkeit zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bestehen.

Schlagwörter: Ambulantes Operieren, Indikation, Forensisches Risiko Qualitätsmanagement

Historische Entwicklung

Das Ambulante Operieren erfuhr insbesondere im Fachbereich der Frauenheilkunde während der letzten 10 Jahre eine deutliche Verbreitung und zuweilen fast eine stürmische Entwicklung. Seit Beginn der 80er Jahre wird das Ambulante Operieren in Deutschland zunehmend diskutiert. Dabei handelt es sich jedoch bei ambulanten Operationen keinesfalls um eine Erfindung unserer Zeit. Bis zur Etablierung und Institutionalisierung von Krankenanstalten im 18. Jahrhundert ging der behandelnde Arzt zu seinem Patienten nach Hause. Erst anschließend wurde es üblich, daß die Patienten nicht in ihrer häuslichen Umgebung behandelt wurden, sondern in den entsprechend ausgerichteten Krankenanstalten. In der ambulanten (ambulante = wandeln, umhergehen) Chirurgie der heutigen Zeit ist es der Patient, der den „ambulanten“ Part übernimmt.

Jedoch führen nicht die ambulant chirurgischen Behandlungen an sich zur aktuellen Diskussion. Bereits seit Generationen üben niedergelassene Kolleginnen und Kollegen verschiedenster Disziplinen ambulante Operationen durch. Heutzutage stellen sich jedoch insofern neue Bedingungen, als daß sich neben niedergelassenen Kollegen auch Krankenhäuser an der

Summary

Depending on the author 10-80% of all operations can be performed as ambulatory surgery. Ambulatory surgery is dependent on personal engagement and on the training of the operating surgeon. The demand to the professional policy should contain realistic financial claims and the control of the proceedings in stationary, partially stationary and ambulatory therapy. At increasing frequency of ambulatory operations, the health insurances have to be adapted to modifications in additional insurances, in insurances for day traveling allowance and in realistic financial payment of fees.

Keywords: Ambulatory surgery, indication, forensic risk management of quality

ambulanten Versorgung beteiligen. Die Anforderung an die Aufklärungspflicht, die Dokumentation und anderweitige Qualitätssicherungsmaßnahmen sind heutzutage größer als in der vergangenen Zeit. Daneben sind die durchgeführten Behandlungen und Therapien selbst aufwendiger geworden. Dies äußert sich in einem ständig wachsenden Katalog ambulant durchgeführter Operationen, der neben einer eingehenderen Behandlungsstrategie auch eine organisatorische Mehrbelastung von Operateur, überweisendem Kollegen und Hausarzt erfordert. Auch die Rolle des Patienten erfährt durch größere Verantwortlichkeit eine Modifizierung, da die Entscheidung ambulante oder stationäre Therapien vom Patienten mitgetragen werden muß, solange Indikation und Eingriff dies erlauben. Somit sollte unabhängig vom geplanten Eingriff nach Kriterien der häuslichen Versorgung eine Selektion der ambulant behandelbaren Patienten erfolgen.

Indikationen für das ambulante Operieren in der Gynäkologie

Die Grenze zwischen ambulanter oder stationärer Operationsfähigkeit ist im Einzelfall schwer zu ziehen. Bei der Indikationsstellung für eine ambulant durchzuführende Operation ist daher immer zu prüfen, ob der Eingriff unter den gegebenen logistischen Bedingungen der persönlichen Situation der Pati-

entin gerecht wird, medizinisch unbedenklich möglich und mit keinem höheren Risiko als bei stationärer Durchführung belastet ist und in dem zur Diskussion stehenden Fall tatsächlich eine Kostenverminderung zur Folge hat.

Der Wunsch der Patientin nach einem ambulanten Eingriff ist für die ärztliche Entscheidung von großer Bedeutung und ein unbedingt zu berücksichtigender Faktor, kann jedoch im Interesse der Patientin nicht als alleiniger Maßstab gelten.

Tabelle 1: Indikationen des Ambulanten Operierens nach Rauskolb et al.

<p>1 Eingriff medizinisch unbedenklich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrasio, Abortcurettage, Abruptio (bis 10 Wochen) - Vaginalzysten, Septen Bartholinischer Abszeß/Zyste - Vulva-PE, Kondylomabtragung - Hysteroskopie - Laparoskopie (Chromopertubation, Sterilisation, etc.) - Pränataldiagnostik (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie, Plazentese) <p>2 Eingriff medizinisch eher bedenklich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abruptio nach 10 Wochen - Cerclage - Messerkonisation - Mammaoperationen bei unklarer Dignität - Laparoskopie bei EUG, Ovarialzysten, Myomenukleation
--

Forensisches Risiko

Von besonderer Bedeutung für das Durchführen von ambulanten Operationen ist das forensische Risiko. Hierbei sind im wesentlichen drei Sachverhaltszusammenhänge zu realisieren nämlich hinsichtlich Behandlungsfehlern, Organisationsmängeln und Aufklärungspflichtverstößen (Bock et al 1993). Hieraus ergeben sich mögliche Konsequenzen im Sinne von zivilrechtlicher Klage auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld bzw. Strafanzeige auf lückenhafte oder unterlassene Aufklärung. Nach Ulsenheimer et al (1993) führt das hohe forensische Risiko bei ambulanten Operationen zu einer defensiven Medizin mit einer Überdiagnostik, Überaufklärung, Überdokumentation, fehlender Risikobereitschaft, als auch Absicherung durch Formulare. Als hohes Risiko ist die hypothetische Unglückstria bestehend aus unbekanntem Patienten, unerfahrenen Anästhesisten und unerfahrenen Operateuren anzusehen.

Von besonderer Bedeutung ist die Aufklärungspflicht des Operateurs, welche sich aus der Diagnoseaufklärung, der erweiterten Risikoaufklärung als auch der therapeutischen Aufklärung zusammensetzt. Die therapeutische Aufklärung ist als Sicherungsaufklärung zu sehen und beinhaltet Beobachtung von Auffälligkeiten, Einhaltung der Nachsorgetermine, Hygienemaßnahmen, Verhalten bei Auftreten von Komplikationen, Verzicht auf das Führen eines Kraftfahrzeuges postoperativ (Bock et al 1993).

Qualitätsmanagement

Durch Maßnahmen der Qualitätssicherung wird versucht, neben der Wirksamkeit des ärztlichen Handelns auch die forensische Problematik zu mildern. Inwieweit eine ambulante Operation als medizinisch unbedenklich einzustufen ist, hängt im wesentlichen von der Art des Eingriffs und der dabei zu erwartenden Komplikationen, von der Qualifikation des Operateurs und von der Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Neben einer entsprechenden Qualifikation des Operateurs sind bei einer Intensivierung des ambulanten Operierens die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung als Grundvoraussetzung anzusehen. Qualitätssicherung beinhaltet, daß die Qualität auf jeder Stufe d.h. bei jedem Faktor verbessert, kontrolliert und/oder gesichert werden muß.

Tabelle 2: Qualitätsfaktoren beim Ambulanten Operieren (Brükelmann et al 1993)

<p>1 Strukturqualität (Versorgungsqualität)</p> <p><i>Personelle Voraussetzungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung des Arztes - Weiterbildung des Arztes - Fortbildung des Arztes - Qualifikation der Mitarbeiter <p><i>Sachliche und Organisatorische Voraussetzungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einrichtung der Praxis/Tagesklinik (Qualität der Geräteausstattung) - Organisation der Praxis/Tagesklinik - benutztes Material - benutzte Medikamente <p>2 Prozeßqualität (Behandlungsqualität)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung für Operationen - prä- und postoperative Konsile - Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen - postoperative Nachsorge <p>3 Ergebnisqualität (Beobachtungsqualität)</p> <p>-Zustand des Patienten = Behandlungserfolg, Komplikationen</p>

Qualitätsfaktoren des ambulanten Operierens umfassen die Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität. In der Strukturqualität wird die Versorgungsqualität sowie personelle und sachliche Voraussetzungen gesehen, Prozeßqualität beinhaltet die Behandlungsqualität wie Indikation, Konsile, Durchführung und postoperative Nachbetreuung, und Ergebnisqualität stellt die Beobachtungsqualität in dem Sinne dar, daß der Behandlungserfolg am Zustand des Patienten bzw. bei Auftreten von Komplikationen zu beurteilen ist (Brükelmann et al 1993; **Tabelle 2**).

Die Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung vom 13.06.1994 beinhaltet Voraussetzungen zu baulichen Anforderungen, apparativ technischen Anforderungen, Wascheinrichtungen, Instrumentarium und Geräte, Arzneimittel, Operationstextilien, Verband und Verbrauchsmittel, hygienische Voraussetzungen und personelle Voraussetzungen. Zu diesen Qualitätsstandards gehören Trennung von Opera-

tions- und Praxisbereich, Operationssäle in einer Mindestgröße von 20 qm (Operationssaal sollte kein Multifunktionsraum sein), getrennter septischer Bereich (allerdings nicht zwingend), Klimatisierung (nicht zwingend vorgesehen), scheuer-/desinfektionsgeeignete Oberflächen, Möglichkeit des liegenden Transportes, Dokumentation von Eingriffsspektren, Personalbedarf, technischen Hilfsmitteln und Standards und Hygieneplan (Deutsches Ärzteblatt 1993). So werden z.B. die Voraussetzungen für laparoskopisch durchgeführte ambulante Operationen in einer gesicherten Koordination zwischen Hausarzt, Narkosearzt und Klinik sowie in räumlichen Voraussetzungen entsprechend den Hygienevoraussetzungen als auch in den entsprechenden apparativen Voraussetzungen (Videoeinheit, Insuflator, etc.) gesehen. Desweiteren müssen die personellen Voraussetzungen mit Kenntnis der speziellen Technik gegeben sein.

Möglichkeiten zur Erfassung der Operationen inklusive der Komplikationen im Sinne der Qualitätssicherung sollten vorhanden sein. In diesem Sinne besteht eine Dokumentationspflicht für das Durchführen ambulanter Operationen, bei der präoperative Diagnose, Indikation, präoperative Vorbereitung, Aufklärung, Zustand des Patienten, Operationsnummer, Art und Dauer der Anästhesie, Art und Dauer der Operation, postoperative Diagnose, intra- und postoperative Komplikationen, sowie Infektionsstatistik festgehalten werden.

Im Rahmen der Auswertung von Qualitätssicherungsbögen von insgesamt 4961 Patienten aus 31 Praxen beschreiben Brökelmann et al (1993) Komplikationen in 0,28% während der Operation, in 0,04% während der Überwachungsphase und in 0,12% nach der Entlassung. 0,24% der Patientinnen mußten zur Überwachung oder Weiterbehandlung in ein Krankenhaus verlegt werden. Diese Verlegungen fanden nach Hysteroskopien (operativ), nach kleinen Eingriffen wie Condylo- mentfernungen und nach Laparoskopien statt. Siebert (1994) beschreibt bei 2494 Operationen bezüglich der großen Eingriffe wie vordere und hintere Kolporrhaphie, Antefixationsoperation, Laparotomie bei EUG, vaginale und abdominale Hysterektomie sowie Sectio caesarea 2 postoperative Komplikationen (Scheidenstumpfinfiltrat mit Fieber nach vaginaler Hysterektomie). Bei den mittelgroßen Operationen ereignete sich eine Stichverletzung des Darmes durch die Verresnadel und bei einer weiteren Patientin kam es zu einer intraabdominalen Blutung nach Verletzung eines epigastrischen Gefäßes. Nach Siebert et al. ist praxisambulantes Operieren und eine entsprechende ambulante Nachsorge eine Frage des persönlichen, ärztlichen Könnens und des persönlichen Engagements. Die Autoren halten 80% aller gynäkologischen Eingriffe risikolos und erfolgreich für ambulant durchführbar. Sie sehen eine gute Anästhesie und anästhesiologische Nachsorge als auch die Beherrschung von Notfällen und Komplikationen, die gesicherte Pflege durch Angehörige, regelmäßige Hausbesuche sowie die Rufbereitschaft des Operateurs und Anästhesisten als Selbstverständlichkeit an.

Demnach scheinen die oft hinterfragten Qualitätsstandards beim Ambulanten Operieren mehr als ausreichend gewährleistet zu sein. Dies wird zusätzlich durch eine prospektive Studie des ZI und der DKV von 1997 belegt, in der Vorteile des

Patienten beim ambulanten Operieren durch kürzere Operationszeiten (Choelzystektomie: ambulant 47 min – stationär 74 min; Menishektomie: ambulant 21 min – stationär 35 min) aufgezeigt werden.

Kostenanalyse

Im einer der größten Tageskliniken Deutschlands werden ca. 9000 Operationen jährlich von 6 Operateuren durchgeführt (Brökelmann 1998). Somit operiert jeder Operateur ungefähr 1400 Operationen pro Jahr entsprechend dem jährlichen Operationsvolumen einer gynäkologischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses. Das Spektrum der in den Tageskliniken und Schwerpunktpraxen durchgeführten Operationen hat sich heutzutage sogar auf Hysterektomien sowie die verschiedenen Operationstechniken des Mammakarzinoms ausgeweitet. Trotz der Öffnung der Krankenhäuser 1993 für das Ambulante Operieren werden aus finanziellen Gründen nur 1% aller ambulanten Operationen im Krankenhaus durchgeführt. Während in den USA ca. 75% aller Operationen derzeit ambulant durchgeführt werden, sind es in Deutschland nur ungefähr 20%. Für diese Diskrepanz gibt es vielfältige überwiegend nichtmedizinische Erklärungen u.a. insbesondere finanzielle Aspekte. Wie aus der Tabelle 3 ersichtlich sind die Kosten der ambulanten Operationen durch die Vergütung der KV nur zu ca 35 - 40% gedeckt.

Tabelle 3: Kosten und Vergütung ambulanter Operationen 1998 (in DM) (DKI/ZI-Studie) (Brökelmann 1998)

	Kosten		Praxis ambulante	Vergütung KV bei 9Pfl. pro Pkt.	Kostendeckung
	Krankenhaus Stationär	ambulant			
Tubensteri- lisation	3518,-	2145,-	1916,-	756,-	39%
Adnex- tumoren	5205,-		2717,-	914,-	34%

1991 wurden etwa 1,8 Mio. Operationen ambulant durchgeführt. Hiervon erfolgten ca. 5% in Krankenhäusern (91000). Die Kosten ambulanter Operationen in Arztpraxen betragen durchschnittlich 157 – 994 DM, während die Kosten stationärer Behandlungen in Kliniken zwischen 1398 – 5007 DM für entsprechende Behandlungsfälle betragen. Nach den Schätzungen des Instituts für Kassenärztliche Versorgung können etwa 10% aller stationären Fälle ambulant therapiert werden (1,3 Mio. Fälle). Das Kostenverhältnis einer ambulanten zur stationären Therapie beträgt 1:7,6. Somit sind 6,7% aller Krankenhaustage einzusparen; dies entspricht 14,6 Mio. Krankenhaustage. Zusammenfassend käme es dadurch zu einer Einsparung von 4 Mrd. DM pro Jahr.

1990–1992 stiegen die Operationsleistungen von 2,72 Mio. auf 3,6 Mio. pro Jahr an. Etwa 10% der stationären Fälle können ambulant therapiert werden. Die Krankenhausbehandlung ist durchschnittlich etwa achtmal teurer als die ambulante Behandlung. Bei steigender ambulanter Operationsfrequenz kam es zu einem Punktwerteverfall von bis zu 30%, während gleichzeitig die Anästhesieleistung in das Budget integriert ist.

Tabelle 4: Kostenanalyse Ambulantes Operieren (Haller 1993)

- 1,3 Mio (9,6%) aller Spitalfälle geeignet für ambulantes Operieren
- Kostenverhältnis ambulante-stationär durchgeführter Operationen: 1:7,6
- 14,6 Mio Spitaltage (6,7% aller Spitaltage) jährlich einzusparen

Somit ergab sich eine Tatsache, daß nur ca. 20% aller operativen Eingriffe kostendeckend honoriert werden, so daß trotz Kostenersparnis eine ungenügende Honorierung der ambulanten Operationen besteht. Ebenfalls zu erwähnen ist die Ausbildungsproblematik bei zunehmender ambulanter Operationsfrequenz. Durch das Verlegen der Operationen in den ambulanten Bereich wird die Weiterbildung von Assistenzärzten erschwert und somit die Beeinträchtigung der zukünftigen ärztlichen Versorgung (Rauskolb et al 1993). Um ambulante Operationen auch im Krankenhaussektor durchführen zu können, müssen entsprechende Anforderungen wie organisatorische Umstrukturierung (Fachpersonal, Räumlichkeiten, etc.), unternehmerisches Denken und Erstellen von Operationskatalogen an das Krankenhaus gestellt werden.

Gleichzeitig ist allerdings dieses Interesse durch ein Überangebot an Betten, verkrustete Strukturen und Abwehrhaltung gefährdet. So zeigt der OECD-Bericht von 1997, der sich speziell mit dem deutschen Gesundheitssystem befaßt, mehrere alarmierende und interessante Ergebnisse. Es wird festgehalten, daß in Deutschland 85.000 überflüssige Krankenhausbetten vorhanden sind und Deutschland bei Betten pro Einwohner und Verweildauer in Krankenhäusern eine absolute europäische Spitzenposition besetzt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Daten aus dem OECD-Bericht 1997

1 Krankenhausbetten / 10.000 Einwohner	
- Deutschland	72
- Frankreich	46
- Niederlande	39
2 Verweildauer im Krankenhaus (Tage)	
- Deutschland	14,9
- Frankreich	11,2
- Niederlande	10,8

Akzeptanz der Patienten

Nach Untersuchungen in verschiedenen gynäkologischen Kliniken fanden Sievers et al (1994) heraus, daß sich postoperativ 61% von befragten 762 Patientinnen gegen eine ambulante Operation entschieden. Es zeigte sich bei näherer Analyse, daß 27% der Ja-Sagern zu Nein gewechselt hatten. Die meisten Patientinnen wählten die stationäre Behandlung, weil das Krankenhaus ihren Sicherheitsbedürfnissen eher entsprach.

Dies lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die dringend notwendige, intensive postoperative Betreuung und auf die enge Zusammenarbeit zwischen Operateur und Hausarzt bzw. überweisendem Arzt. Der hohe personelle Aufwand und das Risiko des Durchführenden verlangt nach einer kostendeckenden Honorierung. Ansonsten wird sowohl in Krankenhäusern als auch in Praxen oder Praxiskliniken der Trend zum ambulanten Operieren verlangsamt oder gar gestoppt werden, was den Verlust einer für viele Patienten günstige Alternative bedeuten würde.

Literatur

- Bock RW. Die Aufklärung des Patienten im Zusammenhang mit der ambulanten Durchführung von Operationen. *Frauenarzt* 34 (1993): 1055-1059.
- Brökelmann J. Positionspapier: Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren. *Frauenarzt* 34 (1993): 877-878.
- Brökelmann J. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen heute und morgen. *Ambulantes Operieren* (1998): 143-144.
- Brökelmann J, Dohnke H, Blumenroth C. Qualitätssicherung in der ambulanten operativen Gynäkologie. *Frauenarzt* 34 (1993): 873-876.
- Bundesärztekammer: Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen. *DÄ* 91 (1994): 1628-1630.
- Clade H. Ambulantes Operieren: Wo es in der Praxis hakt. *DÄ* 90 (1993): 1361-1362.
- Clade H. Ambulantes Operieren in Praxen und Kliniken. *DÄ* 91 (1994): 76-77.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum „Ambulanten Operieren“. *Frauenarzt* 34 (1994): 135-136.
- Haller U. Ambulantes Operieren. *Frauenarzt* 34 (1993): 388-389.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Vereinbarung von Qualitätsmerkmalen beim ambulanten Operieren gemäß Paragr. 14 des Vertrages nach Paragr. 115 b Abs. 1 SGB V. *DÄ* 91 (1994): 2124-2127.
- Monaghan JM, Phipps JH. Minimal invasive surgery: more heat than light? *Br J Obstet Gynecol* 101 (1994) 654-655.
- Rauskolb R, Berg D. Indikationen für das ambulante Operieren in der Gynäkologie. *Frauenarzt* 34 (1993): 249-251.
- Schreiber HW, Schriefers KH. Möglichkeiten und Grenzen des „ambulanten“ Operierens in Praxis und Klinik. *DÄ* 90 (1993): 1086-1091.
- Siebert W. Sieben Jahre praxisambulante gynäkologische Operationen - Ein Erfahrungsbericht. *Geburtsh u Frauenheilk* 54 1994: M111-113
- Sievers S, Danckwardt L, Goebel R, et al. Wie bewerten stationär eingewiesene Patientinnen das Angebot einer ambulanten Operation. *Frauenarzt* 35 (1994): 1162-1167.
- Ulsenheimer K. Rechtliche Aspekte des ambulanten Operierens im Krankenhaus. *Frauenarzt* 34 (1993): 1060-1066.