

Masterstudiengang "Health Care Management" (MBA) 2007
an der Fachhochschule Deggendorf

**Gesundheitsökonomische Aspekte des
ambulanten Operierens**

Studienarbeit

im Modul Gesundheitsökonomie

von

Dr. med. Paul Andermann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Begriffsdefinition und historische Entwicklung	3
2.1	Begriffsdefinition	3
2.2	Kurzer historischer Exkurs: Ambulantes Operieren	3
3	Ordnungspolitische Rahmenbedingungen	4
3.1	Gesetzliche Grundlagen	4
3.2	Katalog ambulanter Operationen (AOP-Katalog).....	5
3.3	Qualitätssicherung	6
4	Gesundheitsökonomische Aspekte des ambulanten Operierens im internationalen Vergleich	7
4.1	Aktuelle Situation in Deutschland	7
4.2	Ambulante Operationen im Ausland	11
5	Offene Fragen und Perspektiven	13
6	Zusammenfassung	15
7	Literaturverzeichnis	16
8	Abkürzungsverzeichnis	19
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	19

1 Einleitung

Von 1997 bis 2006 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland nominal von 195,9 Mrd. Euro auf 245,0 Mrd. Euro angestiegen.¹ Dies entspricht einem Plus von mehr als 25 Prozent. Gleichzeitig steht Deutschland vor einer demographischen Entwicklung, die massive Auswirkungen auf unsere sozialen Sicherungssysteme haben wird. Durch die steigende Lebenserwartung nimmt der prozentuale Anteil älterer Menschen an der Gesellschaft stetig zu, während die Neugeborenenrate seit über 25 Jahren auf niedrigem Niveau stagniert und die Sterberate nicht mehr kompensieren kann.² Diese Tendenz wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken, so dass immer weniger Beitragszahler für immer mehr Leistungsempfänger aufkommen müssen. Ein derartiger Kostenanstieg im Gesundheitswesen stellt das Gemeinwesen vor die Herausforderung, angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen neue Wege zu beschreiten, um eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Gesundheitspolitiker und Vertreter von Kostenstellen verfolgen daher schon seit Jahren das Ziel, Einsparungen ohne Qualitätsverlust zu erreichen.

Gerade auf dem Gebiet des ambulanten Operierens eröffnet der technische Fortschritt in der operativen Chirurgie und der Anästhesiologie Chancen, Einsparpotenziale nutzbar zu machen. Neue und schonendere Operations- und Narkoseformen führten dazu, dass heute ein großes Spektrum an ambulanten Operationen zur Verfügung steht. Zu nennen sind hier beispielsweise endoskopische und arthroskopische Eingriffe. Ab Mitte der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts kam es in Europa und vor allem in Deutschland zu einer zunehmenden Anzahl ambulanter Eingriffe. Doch obwohl schon vor Jahren nachgewiesen werden konnte, dass viele gängige ambulante Operationen mit etwa dem halben Kostenaufwand eines stationären Aufenthaltes durchführbar sind, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet,³ entfällt hierzulande ein nicht unerheblicher Teil der operativen Eingriffe immer noch auf den kostenintensiven stationären Sektor. Diese Situation mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen soll im Folgenden Gegenstand einer kurzen gesundheitsökonomischen Betrachtung sein.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. Wiesbaden 2008.

² Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 464 vom 07.11.2006.

³ Vgl. Eichhorn, S./Eversmeyer, H.: Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis. Stuttgart 1999.

2 Begriffsdefinition und historische Entwicklung

2.1 Begriffsdefinition

Das ambulante Operieren ist keine Erfindung der letzten Jahre, sondern wird in manchen Bereichen der Chirurgie wie zum Beispiel der Hand- und Viszeralchirurgie schon lange praktiziert. International anerkannt ist die Definition einer *ambulanten Operation* als Eingriff, bei dem der Patient die Nacht davor und danach zu Hause verbringt.⁴ Ambulante Operationen stellen neben der stationären und der ambulanten Patientenversorgung die dritte Säule im deutschen Gesundheitswesen dar. Strikt davon zu trennen ist die in vielen Kliniken praktizierte kurzstationäre Chirurgie, bei der die Patienten je nach Definition ein bis drei Nächte in der Klinik verbleiben.

2.2 Kurzer historischer Exkurs: Ambulantes Operieren

Aus schriftlichen Überlieferungen ist bekannt, dass schon im alten Ägypten und im römischen Reich ärztliche Eingriffe ambulant vorgenommen wurden. Im Mittelalter wurden in Europa die Hospitäler lediglich zur Pflege von Kranken genutzt und nicht zur Durchführung von chirurgischen Eingriffen. Erst um 1800 fanden operative Eingriffe vermehrt auch in Krankenhäusern statt. Mit der Einführung der Narkosetechnik in der Anästhesie kam es um 1880 zu einer Verlagerung ambulanter Operationen ins Krankenhaus, da dort die Ärzte besser mit den neuen Verfahren umgehen konnten. In Deutschland kam es dabei zu einer Sonderentwicklung. Das hierarchisch gegliederte System der Preußischen Militärakademie, der sogenannten Pipinière, der damals besten Medizinschule Deutschlands, wurde auf die Universitäten übertragen und wurde so zur Grundlage des deutschen Chefarztsystems. Dieses trug wesentlich dazu bei, dass viele bisher ambulant durchgeführte Operationen in den stationären Bereich der Universitätskliniken bzw. von Krankenhäusern verlagert wurden. Daher ist in Deutschland – anders als beispielsweise in Großbritannien und den USA – in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts keine Zunahme der ambulanten Operationen zu verzeichnen. Aufgrund der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor seit 1955 (Gesetz zum Kassenarztrecht) durften bis 1992 in Krankenhäusern – außer in den Polikliniken von Universitätskliniken – keine ambulanten Eingriffe vorgenommen werden.⁵ Dies änderte sich erst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992.

⁴ Vgl. Mlangeni, D.: Ambulantes Operieren. In: Daschner, F. et al.: Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg 2006, S. 506-509.

⁵ Vgl. Brökelmann, J.: Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 1-7.

3 Ordnungspolitische Rahmenbedingungen

Die Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ist eines der nachhaltigsten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens. Gleichwohl existieren seit 1993 vielfältige Formen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus mit starken Unterschieden in Aufgabenstellung und historischer Entwicklung. Noch sind diese ambulanten Leistungen im Verhältnis eher gering, weisen jedoch starke Wachstumsraten auf. Der stationäre Sektor wurde durch die Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems (G-DRGs) neu geregelt, ambulante Leistungen der Krankenhäuser werden nach dem EBM wie in der (ambulanten) kassenärztlichen Versorgung bezahlt.

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Für niedergelassene Ärzte waren ambulante chirurgische Eingriffe schon immer möglich.⁶ Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 1.1.1993 und den Veränderungen im SGB V mit neuen und erweiterten Rahmenbedingungen sind Krankenhäuser in Deutschland nach § 115b SGB V berechtigt, ambulante Operationen durchzuführen. Gesetzliche Grundlage hierfür ist der § 39 SGB V, nach dem Versicherte Anspruch auf vollstationäre Leistungen haben, wenn das Behandlungsziel unter anderem nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Damit wird die stationäre Versorgung erstmals ans Ende der Leistungskette gestellt. Die Intention des Gesetzgebers bestand darin, es sowohl dem ambulanten als auch dem stationären Sektor zu ermöglichen, ambulante Versorgungsformen anzubieten. Dadurch sollte künftig eine unbestimmte Anzahl von Operationen ambulant im Krankenhaus durchgeführt werden.⁷ Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), jetzt EBM 2000plus.⁸ Um einen Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung, speziell für Krankenhäuser, zu geben, sind nämlich die ambulanten Operationen am Krankenhaus aus der Budgetierung ausgenommen. Der neue Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus – ist seit dem 1.1.2004 in Kraft.⁹ Des Weiteren beinhaltet die für Krankenhäuser positive Neufassung (gültig ab 1.4.2007) des § 116b

⁶ Vgl. Ophoff, K./de Jager, J./Schumpelick, V.: Ambulante Chirurgie. In: Siewert, J. R. et al.: Gastroenterologische Chirurgie. Heidelberg 2006.

⁷ Vgl. Standl, T./Busse, J.: Organisatorische Aspekte. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 31-52.

⁸ Vgl. Zimmermann, G. W.: Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 9-29.

⁹ Vgl. Mlangeni, D.: Ambulantes Operieren. In: Daschner, F. et al.: Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg 2006, S. 506-509.

Abs. 2 – 4 SGB V – Ambulante Behandlung im Krankenhaus –, ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf.¹⁰ Die Neufassung der §§ 140 a – d SGB V eröffnet Krankenkassen die Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten und anderen Leistungsanbietern abzuschließen. Der Gesetzgeber verfolgt damit unter anderem das Ziel, den Wettbewerb unter den ambulanten und stationären Leistungsanbietern sowie den gesetzlichen Krankenkassen zu stärken.¹¹

3.2 Katalog ambulanter Operationen (AOP-Katalog)

Der § 115b Satz 2 des SGB V regelt, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung jener Operationen zugelassen sind, die in einem entsprechenden Katalog genannt sind.¹² Wie bereits erwähnt ist der auf der gesetzlichen Grundlage von § 115b Abs. 1 SGB V abgeschlossene neue Vertrag (AOP-Vertrag) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seit dem 1.1.2004 in Kraft. Anlage 1 dieses Vertrages enthält den Katalog, in dem die ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe aufgelistet sind.¹³ Mit Wirkung vom 1.1.2009 wurde der AOP-Katalog angepasst.¹⁴ Das mögliche bzw. vorgeschriebene Spektrum umfasst 2750 Leistungen, zu denen in der Regel Eingriffe mit geringer Gewebetraumatisierung und vergleichsweise geringem Zeitaufwand gehören.¹⁵ Nach den Bestimmungen des AOP-Vertrages ist der die Leistung durchführende Arzt verpflichtet, „in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs [...] die ambulante Durchführung der Operation [...] erlauben.“ Außerdem muss der verantwortliche Arzt dafür Sorge tragen und auch dokumentieren, dass der Patient nach der Operation im häuslichen Bereich angemessen versorgt werden kann.

¹⁰ Vgl. Leinen & Derichs Anwaltssozietät: Gesundheitsreform 2007 – Änderungen für Krankenhäuser. Medizinrecht, Praxisinfo, März 2007.

¹¹ Vgl. KVB: Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V. 23.3.2006.

¹² Vgl. Standl, T./Busse, J.: Organisatorische Aspekte. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 31-52.

¹³ Vgl. Mlangeni, D.: Ambulantes Operieren. In: Daschner, F. et al.: Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg 2006, S. 506-509.

¹⁴ Vgl. DKG: Katalog „Ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gem. § 115 SGB V“ (AOP-Katalog) und Meldeformular für 2009. Meldung vom 5.12.08.

¹⁵ Vgl. Dirschka, T./von Schroeders, N./Heiss, M./Büchel, W.: Ambulantes Operieren in der Dermatologie. In: *Hautarzt*, Heft 5/2005, S. 457-465.

3.3 Qualitätssicherung

Die ambulanten Operateure sahen sich von Anfang an mit dem Vorwurf einer mangelnden Qualität ihrer Leistungen konfrontiert. Aus diesem Grunde wurden von einigen Verbänden der ambulanten Operateure Qualitätssicherungsprogramme für ihre Mitglieder erfolgreich eingeführt und ausgewertet. Dies hat dazu beigetragen, dass die oben genannten Vorwürfe auch von Krankenhausvertretern heute kaum noch zu hören sind.¹⁶

Auf der Grundlage von § 115b SGB V muss nach § 3 der Vereinbarung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren das Krankenhaus eine Erklärung abgeben, dass die Anforderungen aus dieser Vereinbarung erfüllt sind. Eine gleichlau-tende Erklärung muss der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft gegeben wer-den. Nach § 12 Abs. 1 der Vereinbarung sind zur Sicherung der Qualität bei Eingriffen gem. § 115b SGB V in Anlage 1 Leistungsbereiche für die fachgebiets-spezifische da-ten-geschützte Qualitätssicherung festgelegt.

Seit dem 1.10.2006 ist eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft. Dort sind speziell für den Krankenhausbereich Voraussetzungen für die Leistungserbringung definiert (Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung).¹⁷

¹⁶ Vgl. Ingenhoven, E./Hesselmann, F./Müller-Rath, R.: Ambulantes Operieren. Ein Stück aus unserem Gesundheitssystem. Neuss 2008.

¹⁷ Vgl. Zimmermann, G. W.: Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 9-29.

4 Gesundheitsökonomische Aspekte des ambulanten Operierens im internationalen Vergleich

4.1 Aktuelle Situation in Deutschland

Nachdem in den Vereinigten Staaten von Amerika vorwiegend aus ökonomischen Zwängen immer mehr ambulant operiert wurde, kam es auch in Europa und vor allem in Deutschland in den achtziger Jahren zu einer zunehmenden Anzahl ambulanter Eingriffe.¹⁸ Im sogenannten Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 verankerte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer die Förderung des ambulanten Operierens erstmals gesetzlich. Gleichzeitig wurden aber die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die gesamte ambulante medizinische Versorgung budgetiert und konnten jährlich nur um einen Faktor (abhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung) gesteigert werden. Ferner versäumte es der Gesetzgeber, einen Finanzverteilungsmodus zu etablieren, der einen freien Fluss der Mittel zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, je nach erbrachter Leistung, ermöglichte.¹⁹

Auf dieser Grundlage hat sich in der Folgezeit die Feststellung, dass hierzulande aufgrund des medizinischen Fortschritts in vielen Fällen die Versorgung aus dem stationären noch weiter in den ambulanten Bereich verlagert werden kann,²⁰ bisher nicht bewahrheitet. Dies wäre jedoch aus volkswirtschaftlicher Sicht und im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sehr begrüßenswert. Schon vor 10 Jahren wurde nämlich im Rahmen einer Studie nachgewiesen, dass die totalen Fallkosten von gängigen Operationen bei ambulanter Durchführung etwa um die Hälfte günstiger sind als unter stationären Bedingungen, und das auch noch bei gleichbleibendem Qualitätsstandard.²¹ Die Gründe für die ablehnende Haltung der Krankenhäuser liegen auf der Hand. Die wichtigste Rolle spielt wohl die nicht kostendeckende Vergütung ambulanter Operationen.²² So liegen in Deutschland die DRG-Erlöse für stationäre Behandlungen um ein Vielfaches höher als für ambulante Leistungen. Hinzu kommt, dass für ambulante Operationen spezielle Organisationsstrukturen wie der Bau und die Einrichtung ambulanter OP-Einheiten erforderlich wären, die zum Teil von den Krankenhäusern

¹⁸ Vgl. Ingenhoven, E./Hesselmann, F./Müller-Rath, R.: Ambulantes Operieren. Ein Stück aus unserem Gesundheitssystem. Neuss 2008.

¹⁹ Vgl. ebd.

²⁰ Vgl. Rosenbrock, R./Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik. Bern 2006.

²¹ Vgl. Eichhorn, S./Eversmeyer, H.: Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis. Stuttgart 1999.

²² Vgl. „Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“ Interview mit Prof. W. Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/2005, S. 76-79

selbst finanziert werden müssten. Außerdem würden damit finanzielle Einbußen der Chefärzte einhergehen. Viele gesetzlich versicherte Patienten besitzen zwar eine Zusatzversicherung für den stationären Bereich, die jedoch nicht für den ambulanten Sektor und somit für ambulante Operationen gilt. Damit würden diese Patienten dem Liquidationsbereich des Chefarztes entzogen werden.²³ Und auch die Strukturzuschläge, die während der noch laufenden Konvergenzphase im DRG-System für Kliniken gezahlt werden, erhöhen die Einkünfte durch stationäre Betreuung und erklären die mangelnde Attraktivität von ambulanten Operationen für die Krankenhäuser. Auf potenzielle Kosteneinsparungen muss also keine Rücksicht genommen werden, da die Anreize hierfür fehlen.

Dennoch lässt sich belegen, dass die stationär erbrachten Operationen abgenommen und die ambulanten Operationen im Krankenhaus zugenommen haben,²⁴ obwohl diese Leistungen viel geringer honoriert werden als stationäre. Wie lässt sich diese paradoxe Situation erklären? Am ehesten dadurch, dass viele Krankenhäuser keine genaue Kenntnis von ihren Kosten haben, dass gerade in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern auf politischen Druck hin ambulante Operationen forciert werden und dass letztendlich wohl auch auf Druck des MDK Krankenhäuser auf bestimmte stationäre Operationen verzichten müssen, die auch ambulant im Krankenhaus durchführbar sind.



Abb. 1: Anstieg der ambulanten Operationen in Deutschland zwischen 2002 und 2006. (Quelle: BKK Bundesverband)

²³ Vgl. „Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“ Interview mit Prof. W. Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/2005, S. 76-79.

²⁴ Vgl. Brökelmann, J.: Zahl der Operationsfälle – es fehlen exakte Daten. In: *ambulant operieren*, Heft 3/2008, S. 141-145.

Die Grundstruktur des deutschen DRG-Systems (G-DRGs) wurde von Australien übernommen, aber unverständlicherweise nur für den stationären Bereich. Damit wird die sektorale Trennung unter Beibehaltung unwirtschaftlicher Funktionsabläufe im Krankenhaus fortgesetzt. Die Kostendiskrepanz zwischen ambulant und stationär durchgeführten Eingriffen liegt nämlich wohl am ehesten in der geringen Flexibilität und im unzureichenden Prozessmanagement von Krankenhäusern begründet, was allerdings erst noch genauer untersucht werden muss.²⁵ Viel wichtiger wäre es, die G-DRGs auch auf den ambulanten Bereich auszudehnen, um die Rahmenbedingungen für einen echten Wettbewerb zu schaffen. Nach neueren Zahlen könnten schätzungsweise 5 Millionen Operationen in Deutschland ambulant durchgeführt werden, was einem enormen Einsparpotenzial entspricht.²⁶ Daher ist es nicht nachvollziehbar, warum in Deutschland ein nicht unerheblicher Anteil der operativen Eingriffe immer noch stationär und damit kostenintensiver erbracht wird. Eine gravierende Folge dieser Entwicklung besteht darin, dass aufgrund der Kostenverknappung und der gesunkenen Erlöse durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2009 die ambulanten Operateure mittlerweile nicht mehr kostendeckend arbeiten können.²⁷

Die aktuelle Situation in Deutschland kann also nur als paradox bezeichnet werden: Einerseits sollen nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen vermieden werden, andererseits werden die Vergütungen für ambulante Operationen soweit abgesenkt, dass ein kostendeckendes Arbeiten weder im Krankenhaus noch in der Praxis möglich ist. Mit der Absenkung des Punktwertes für ambulante Operationen für 2009 von 5,11 Cent, was im Jahr 2005 als betriebswirtschaftlich notwendige Vergütung akzeptiert wurde, auf jetzt 3,5 Cent ist ein kostendeckendes Wirtschaften nicht mehr möglich. Dies führt dazu, dass zwangsläufig immer mehr Operationen in den stationären Bereich verlagert werden, was eine deutliche Ausgabensteigerung bei den Krankenkassen zur Folge hat. Einerseits behaupten die Kassen, das ambulante Operieren fördern zu wollen, andererseits würden sie den operativen Eingriff im niedergelassenen Bereich nur höchstens halb so hoch vergüten wie unter stationären Bedingungen.^{28,29}

²⁵ Erste Belege hierfür liefert die Arbeit von Gabriele Schulz (siehe Literaturverzeichnis).

²⁶ Vgl. Brökelmann, J.: Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/2006, S. 36-38.

²⁷ Vgl. „Ambulantes Operieren nicht mehr möglich.“ Pressemeldung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 30.11.2008.

²⁸ Vgl. ebd.

²⁹ Vgl. „Ambulantes Operieren: In Bayern nicht mehr kostendeckend.“ In: *Schütze-Brief* vom 24.11.2008.

Nach neuesten Zahlen beträgt die Vergütung für ambulante Eingriffe nach dem EBM 2009 sogar nur zwischen 15 und 35 Prozent der (stationären) G-DRGs.³⁰

In der Frage der ambulanten Operationen wurde von politischer Seite den niedergelassenen Fachärzten die Kalkulationsgrundlage entzogen zugunsten eines ideologisch und keinesfalls wirtschaftlich oder durch die Qualität begründeten Einstiegs in ein an den Kliniken angesiedeltes Poliklinikmodell (Medizinische Versorgungszentren MVZ). Marktwirtschaftlich logisch wäre es, wenn der Geldfluss auch der Leistung folgen würde. Der augenblickliche Kurs in der deutschen Gesundheitspolitik deutet jedoch mit der Forcierung von MVZ eher in Richtung Staatsmedizin als in die Richtung eines freien Unternehmertums.

Beispiel

Eine ambulant durchgeführte Kreuzbandoperation wird inklusive Aufklärung, Narkose, Nachbetreuung etc. über die Kassenärztlichen Vereinigungen je nach ‚Punktwert‘ mit einem Betrag zwischen ca. 500 € und ca. 770 € vergütet. Für den gleichen Eingriff – stationär erbracht – bezahlen die Krankenkassen unabhängig von der Liegezeit (!) eine Fallpauschale von 4.900 €, wobei zwischen ‚ambulant‘ und ‚stationär‘ nur eine Nacht liegt. Für den niedergelassenen Arzt stellt sich somit die Frage, ob er entweder die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus sucht, um von den hohen DRGs zu profitieren, oder diese Operation, deren Kosten deutlich über der Vergütung der Leistung liegen, überhaupt noch anbietet.³¹

³⁰ Vgl. LAOB: Für ambulante Operateure in Bayern gibt es ab 2009 kein Honorar mehr. Pressemitteilung vom 21.11.08.

³¹ Vgl. Ingenhoven, E./Hesselmann, F./Müller-Rath, R.: Ambulantes Operieren. Ein Stück aus unserem Gesundheitssystem. Neuss 2008.

4.2 Ambulante Operationen im Ausland

In den europäischen Nachbarländern liegen die Vergütungen für ambulante Eingriffe weit über denjenigen in Deutschland. Dies gilt auch für den privatärztlichen Bereich. Womöglich ist das ein Grund dafür, dass die ambulante Chirurgie hierzulande deutlich unterrepräsentiert ist.³² Zudem liegen in Deutschland die DRG-Erlöse für stationäre Behandlungen um ein Vielfaches höher als für ambulante Leistungen.

Anders verhält es sich im internationalen Vergleich mit anderen DRG-Systemen. Länder wie Kanada und die USA verzeichnen bei ambulanten Operationen bereits Anteile zwischen 80 und 90 Prozent.³³ Im Gegensatz zur strikten Trennung in Deutschland haben sich in Australien die DRGs für stationäre *und* ambulante Leistungen durchgesetzt.³⁴ Hier gibt es keinen Unterschied bei der Vergütung stationärer und ambulanter Operationen.³⁵ Dieses Beispiel zeigt, dass die Durchführung von stationären Operationen für Krankenhäuser nicht lohnenswert ist, wenn die gleichen DRGs auch für den ambulanten Bereich gelten.

Aus einem im Jahre 2006 publizierten internationalen Vergleich über die Häufigkeit ambulanter Eingriffe geht hervor, dass Deutschland bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv im unteren Mittelfeld rangiert (siehe Tab. 1).³⁷ Spitzenreiter sind Länder wie Kanada oder die USA, Schlusslichter die Länder Südeuropas.

Länder	Häufigkeit ³⁶
Kanada	83,8%
USA	83,5%
Dänemark	79,3%
Australien	74,0%
Niederlande	69,8%
Belgien	69,0%
Norwegen	68,0%
Schweden	66,7%
England	62,5%
Deutschland	60,7%
Spanien	54,0%
Frankreich	44,9%
Italien	41,0%
Portugal	18,5%

Tab. 1: Quoten für ambulante Operationen im Internationalen Vergleich.

³² Vgl. Brökelmann, J.: Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 1-7.

³³ Vgl. ebd.

³⁴ Vgl. Brökelmann, J.: Wie hoch ist die Vergütung von Operationen nach DRGs in Australien? In: <http://www.arzt-in-europa.de>. 2004.

³⁵ Vgl. Brökelmann, J.: Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/2006, S. 36-38.

³⁶ Bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv („Korb“)

³⁷ Vgl. Toftgaard, C./Parmentier, G.: International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos, P./Jarrett, P./Philip, B.: Day Surgery. Development and Practice. Porto 2006.

OP-Rate

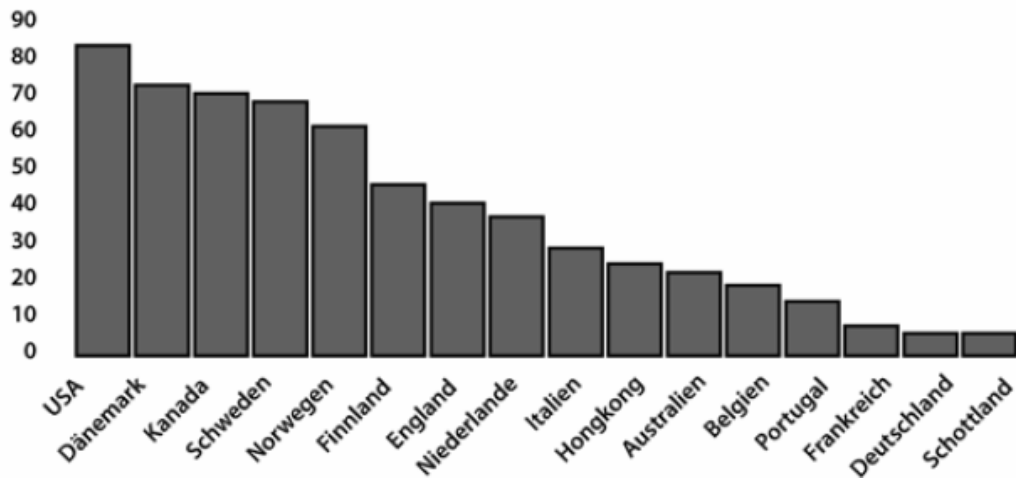


Abb. 2: Ambulante OP-Raten bei der Leistenbruch-OP in verschiedenen Ländern.
(Quelle: Toftgaard, C./Parmentier, G. Zitiert nach Brökelmann, J.: Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich)

Die Häufigkeit ambulanter Leistenhernien-Operationen ist aus Abbildung 1 zu ersehen. Während in den USA, Dänemark und Kanada über 80% der Eingriffe ambulant durchgeführt wurden, erfolgten in Deutschland die meisten Operationen unter stationären Bedingungen. Die große Diskrepanz zwischen den einzelnen Ländern lässt darauf schließen, dass es primär keine medizinischen Gründe sind, die darüber entscheiden, ob eine Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird, sondern unter anderem politische, finanzielle, versicherungstechnische oder geographische. So gibt es beispielsweise in den USA eine prozentuale Eigenbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten, was offenbar die Durchführung ambulanter Eingriffe fördert.³⁸

³⁸ Vgl. Brökelmann, J.: Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, J./Standl, T.: Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 1-7.

5 Offene Fragen und Perspektiven

Vom medizinischen und ökonomischen Standpunkt aus müsste ein operativ tätiger Arzt einen Anreiz erhalten, diejenige Behandlungsform zu wählen, welche im Hinblick auf die Patientensicherheit und unter Kostenaspekten die geeignetste ist. Ein Krankenhaus sollte einen Anreiz für ambulante Operationen erhalten, indem die Erlöse aus dem Krankenhausbudget für stationäre Leistungen ausgegliedert werden. Betrachtet man allein den medizinisch-technischen Fortschritt, so ist davon auszugehen, dass es in Zukunft immer weniger Indikationen für die stationäre Durchführung operativer Eingriffe geben wird.

Zur Zeit sieht es allerdings schlecht aus für ambulante Operateure. Aufgrund der mangelnden Flexibilität des deutschen Medizinsystems werden die möglichen Kosteneinsparungen durch ambulante Operationen verhindert. Gleichzeitig sinkt die Zahl der ambulant durchgeführten Eingriffe durch Vertragsärzte, da sie nicht kostendeckend bezahlt werden. Allerdings ist nicht anzunehmen, dass die Verantwortungsträger eine Rückverlagerung ambulanter Operationen in den stationären Sektor wünschen. Um die prognostizierten Einsparungen zu erreichen, wäre jedoch mehr Kostentransparenz für alle Beteiligten vonnöten sowie eine Vergütungsgrundlage, die einen adäquaten Honorarfluss in Richtung der Leistung lenkt. Derzeit sehen sich die meisten ambulanten Leistungsanbieter in Gebieten, wo noch keine Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen gelten, gezwungen, kostendeckende Honorare von Kassenpatienten über den Umweg der Kostenerstattung bzw. einer Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse einzufordern.

Auf lange Sicht kann es sich das deutsche Gesundheitswesen nicht leisten, auf das mögliche Einsparpotenzial durch ambulante Eingriffe zu verzichten. Die freie Wahl zwischen einer ambulant oder stationär durchzuführenden Operation wird vermutlich in Zukunft schon aus ökonomischen Gründen nicht mehr für alle Operationsarten möglich sein. Auch wird die Durchsetzung der Patientenrechte zu mehr Kostentransparenz und Qualität im Gesundheitswesen führen. In Zeiten knapper werdender Ressourcen werden sich Patienten künftig immer mehr an den Behandlungskosten beteiligen müssen. Sie werden daher vermehrt auf Kosten und Qualität einer operativen Leistung achten. Aber auch Krankenversicherungen werden immer häufiger die totalen Fallkosten berechnen und sie zur Grundlage von Leistungsverträgen machen. In erster Linie wird jedoch ein politisches Umdenken erforderlich sein, um das derzeitige Dilemma zu be-

enden. Die Lösung könnte in einem mehr marktwirtschaftlich geprägten Ansatz mit freierem Kräftespiel und weniger staatlichem Dirigismus auf der Basis von klaren wirtschaftlichen und ethisch-medizinischen Leitlinien liegen. Unter diesen Voraussetzungen wird es der Gesundheitsökonomie am ehesten gelingen, Antworten auf Fragen zu finden wie beispielsweise ‚Was kosten Leistungen tatsächlich?‘ und ‚Wie können Prozesse effizient gestaltet und optimiert werden?‘ Auf dieser Basis wäre es wünschenswert, dass sich patientenfreundliche und kostengünstige Lösungen wie ambulante Eingriffe weiter ausbreiten.

6 Zusammenfassung

Vom rein medizinischen Standpunkt aus könnten derzeit viele stationäre Operationen auch ambulant sowohl im Krankenhaus als auch in Praxiseinrichtungen durchgeführt werden. Trotz einer nominellen Zunahme ambulanter Eingriffe im Krankenhausbereich während der letzten Jahre in Deutschland verschlechtert sich die Erlössituation für ambulante Operateure in Praxen dramatisch. Mittlerweile ist ein kostendeckendes Arbeiten im ambulanten operativen Sektor kaum mehr möglich. Diese Entwicklung ist in erster Linie politisch-ideologisch motiviert, hat aber auch historische Wurzeln wie das streng hierarchisch gegliederte deutsche Chefarztsystem. Als weiterer Hemmfaktor wird die strikte Trennung des stationären und ambulanten Sektors hierzulande vermutet.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht stellen ambulante Operationen eine weitaus kostengünstigere Alternative zu stationär durchgeführten Eingriffen dar. In anderen Ländern wie den USA, Dänemark oder Kanada werden längst über 80% der Operationen ambulant durchgeführt. Hier hat Deutschland noch erheblichen Nachholbedarf. Knapper werdende Finanzmittel und eine zunehmende Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten werden vermutlich auch hierzulande zu einem Umdenken führen. Wichtig ist aber auch, dass die politisch Verantwortlichen im Gesundheitswesen das kostensparende Potenzial ambulanter Eingriffe erkennen und mit der Aufgabe ideologischer Barrieren wie der Beschneidung des freien ärztlichen Unternehmertums mehr Wettbewerb in diesem attraktiven Wachstumsmarkt ermöglichen.

7 Literaturverzeichnis

- „**Ambulantes Operieren: In Bayern nicht mehr kostendeckend.**“ In: *Schütze-Brief* vom 24.11.2008. Zitiert nach: http://www.bncev.de/index.htm?/presse/spiegel08/20001_pressesp081128_a.htm [22.2.09].
- „**Ambulantes Operieren nicht mehr möglich.**“ Pressemeldung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 30.11.2008.
[http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/0705b5aa71b3e3ccc12575230033a03a/\\$FILE/01326976.pdf/PM_Ambulantes%20Operieren%20nicht%20mehr%20m%C3%B6glich.pdf](http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/0705b5aa71b3e3ccc12575230033a03a/$FILE/01326976.pdf/PM_Ambulantes%20Operieren%20nicht%20mehr%20m%C3%B6glich.pdf) [22.2.09].
- **Brökelmann, J.:** Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse, J./ Standl, T. (Hrsg.): *Ambulantes Operieren*. Heidelberg 2007, S. 1 – 7.
- **Brökelmann, J.:** Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/2006, S. 36 – 38.
- **Brökelmann, J.:** Wie hoch ist die Vergütung von Operationen nach DRGs in Australien? In: <http://www.arzt-in-europa.de>. 2004 [7.2.09].
- **Deutsche Krankenhaus Gesellschaft:** Katalog „Ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115 SGB V“ (AOP-Katalog) und Meldeformular für 2009. Meldung vom 5.12.2008.
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/66/aid/5533/title/Katalog_%E2%80 [27.2.09].
- **Dirschka, T./ von Schroeders, N./ Heiss, M./ Büchel, W.:** Ambulantes Operieren in der Dermatologie. In: *Der Hautarzt*, Heft 5/2005, S. 457 – 465.
- **Eichhorn, S./ Eversmeyer, H.:** Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis aus Sicht der Medizin, des Patienten und der Ökonomie. Stuttgart 1999.

- **Ingenhoven, E./ Hesselmann, F./ Müller-Rath, R.:** Ambulantes Operieren. Ein Stück aus unserem Gesundheitssystem. Neuss 2008.
<http://www.ingenhoven.de/ambOP.htm> [10.3.09].
- **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB):** Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a – d SGB V. Stand: 23.3.2006.
www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/KVB-IV-140a-230306.pdf [27.2.09].
- **Landesverband für Ambulantes Operieren in Bayern (LAOB):** Für ambulante Operateure in Bayern gibt es ab 2009 kein Honorar mehr. Pressemitteilung vom 21.11.08. Zitiert nach: http://www.mao-bao.de/Aktuell_Extra/extra_24Nov08.html [22.2.09].
- **Leinen & Derichs Anwaltssozietät:** Gesundheitsreform 2007 – Änderungen für Krankenhäuser. Medizinrecht, Praxisinfo, März 2007.
<http://www.leinen-derichs.de/services/mandantenbriefe/dokus/maerz2007.pdf> [27.2.09].
- **Mlangeni, D.:** Ambulantes Operieren. In: Daschner, F./ Dettenkofer, M./ Frank, U./ Scherrer, M. (Hrsg.): Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg³2006.
- **Ophoff, K./ de Jager, J./ Schumpelick, V.:** Ambulante Chirurgie. In: Siewert, J. R./ Schumpelick, V./ Rothmund, M. (Hrsg.): Gastroenterologische Chirurgie. Heidelberg²2006.
- **Rosenbrock, R./ Gerlinger, T.:** Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern²2006.
- **Schulz, G.:** Kosten und Erlöse des „Ambulanten Operierens“ unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen – eine exemplarische Analyse. In: *ambulant operieren*, Heft 3/2008, S. 125 – 130.

- **Standl, T./ Busse, J.:** Organisatorische Aspekte. In: Busse, J./ Standl, T. (Hrsg.): Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 31 – 52.
- **Statistisches Bundesamt Deutschland:** Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. Wiesbaden 2008.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/Nominal,templateId=renderPrint.psml> [2.3.09].
- **Statistisches Bundesamt Deutschland:** Im Jahr 2050 doppelt so viele 60-Jährige wie Neugeborene. Pressemitteilung Nr. 464 vom 07.11.2006.
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/11/PD06__464__12421,templateId=renderPrint.psml [2.3.09].
- **Toftgaard, C./ Parmentier, G.:** International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Lemos, P./ Jarrett, P./ Philip, B. (Hrsg.), International Association for Ambulatory Surgery (IAAS): Day Surgery. Development and Practice. Porto 2006.
- **„Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“** Interview mit Prof. W. Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/2005, S. 76 – 79.
- **Zimmermann, G. W.:** Gesetzliche Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte. In: Busse, J./ Standl, T. (Hrsg.): Ambulantes Operieren. Heidelberg 2007, S. 9 – 29.

8 Abkürzungsverzeichnis

AOP	Ambulante Operationen
BKK	Betriebskrankenkassen
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LAOB	Landesverband für Ambulantes Operieren in Bayern
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation
SGB	Sozialgesetzbuch

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Anstieg der ambulanten Operationen in Deutschland (2002 – 2006).....	8
Abb. 2:	Ambulante OP-Raten bei der Leistenbruch-OP	12
Tab. 1:	Quoten für ambulante Operationen im internationalen Vergleich.....	11