

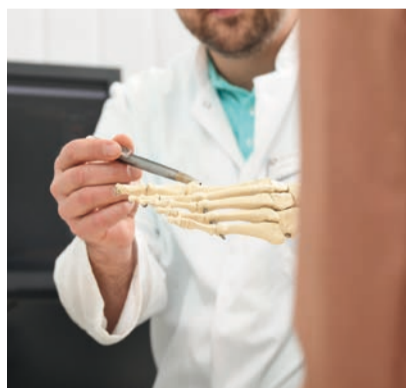
Ambulantes Operieren in der Fußchirurgie

Wo liegen die Grenzen? – Eine **Einschätzung** eines Anästhesiologen und Leiters eines ambulanten OP-Zentrums

NEUSTADT/SAALE Die Frage, wo die Grenzen des ambulanten Operierens in der Fußchirurgie sind, ist nach der Auffassung des Autors eine aktuelle Frage, die sich aus den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen – konkret den §§ 115b und 275c SGB V im Rahmen des „MDK-Reformgesetzes“ – seit 1.1.2020 ergibt, sich bisher jedoch CoV-19-bedingt nicht ausgewirkt hat.

Zentral ist die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Da nach bisherigen Novellen die erwarteten Verlagerungseffekte aus dem stationären in den ambulanten Sektor ausgeblieben waren – angenommen wurde mit Vorlage des AOP-Kataloges 2004 die Verlagerung durch „krankenhausambulantes Operieren“ zwischen zehn und 30 Prozent¹ – wurde nun geregelt, dass die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Abrechnung von den Krankenhäusern festgelegt wird. Sollte sich dies bei Regelprüfungen als falsch erweisen, degenerieren die stationären DRG-Erlöse durch ein gestuftes Strafzahlungssystem bis hin zu negativen Erlösen weiter erheblich. Grosso modo wird angenommen, dass die Verlagerung von einem Prozent der Fälle aus der stationären in die ambulante Versorgung Einsparungen von 120 Millionen Euro zugunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewirkt². Durch Ausschluss von der medizinischen Prüfung ist die ambulante Operation nunmehr vor

Erlösriskien bewahrt und wird daher vermutlich von kaufmännischer Seite verstärkt an uns Ärzte („operative Leistungserbringer“) herangetragen. Damit belebt sich vor der Kulisse moderner medizinischer Möglichkeiten das seit Einführung der GKV diagnostizierte Dilemma³ zwischen dem



Erklären des Eingriffs vor dem OP-Termin.

ärztlichen Grundsatz ‚Salus aegroti suprema lex‘ (Das Wohl des Kranken sei höchstes Gesetz) und der gesellschaftlichen Forderung nach ‚Salus publica suprema lex esto!‘ (Das Wohl des Volkes sei das höchste Gesetz), letztlich dem Konflikt zwischen Individual- und Solidargemeinschaftswohl und damit ganz praktisch die Frage nach den verantwortbaren Grenzen des ambulanten Operierens.

Erhebliche Ambulantisierungspotenziale

Bei genauerem Hinsehen ergibt sich eine facettenreiche, mehrdimensionale

Herausforderung, der wir uns ärztlicherseits qualifiziert aber auch offensiv stellen müssen, ohne dabei dem Reflex eines tradierten Zwangszusammenhangs⁴ aus historisch nicht bewusst vollzogenen Prozessen der operativen Krankenversorgung zu erliegen. Tatsache ist, dass ambulante Operationen nach §115b in Deutschland 2019 mit 1.652.882 GKV-Patienten⁵ international unterrepräsentiert sind. In Ermangelung einer reliablen internationalen Datenbasis der ambulanten muskuloskeletalen Chirurgie sei hier beispielhaft die Operation des Leistenbruchs genannt, die 2018 in



Das OP-Zentrum in Bad Neustadt ist klar auf ambulantes Operieren ausgerichtet und hält dafür ausreichende OP-Kapazitäten vor.

Frankreich gegenüber Deutschland bei vergleichbarer Anzahl und Pro-Kopf-Relation zu 67,7 Prozent ambulant (stationär 32% vs. 99,7%) erbracht wurde⁶. Ohne detaillierte Analyse ist exemplarisch unstrittig, dass erheb-

liche „Ambulantisierungspotenziale“ bestehen. Ausgehend von der Erkenntnis und der gesetzlichen Anforderung, dass zunehmend ambulant operiert werden kann und muss, sind die Einflussgrößen und immanenten Limitationen eines guten perioperativen Ergebnisses von verschiedenen Faktoren abhängig, denen ich mich nachfolgend, fraglos verkürzt, nähern möchte.

Gute OP-Planung ist Voraussetzung

Hinsichtlich der Patienten sind neben der notwendigen Compliance, die sich aus Einsicht und Verständnis für das umfassende perioperative Prozedere ergibt, weiterhin das soziale Umfeld mit mindestens einer verantwortlichen und geeigneten Person (geschäftsfähig reicht nicht), sowie Konnektivität zu nachsorgenden Strukturen zumindest in den ersten 24 postoperativen Stunden Grundvoraussetzung einer ambulanten Operation⁷. Die Auswahl eines per se geeigneten chirurgischen Verfahrens („customizing“) sowie die Expertise des durchführenden Chirurgen (tatsächliche Facharztbehandlung, nicht Standardäquivalent) beeinflusst die Komplikationsrate entscheidend⁸ und ermöglicht sogar

größere endoprothetische Eingriffe erfolgreich ambulant durchzuführen („hip in a day“)⁹. Als kritische Größe erweist sich dabei auch die OP-Dauer, sodass Eingriffszeiten über zwei Stunden eine ambulante Eignung infrage stellen können¹⁰. Daneben spielt der zu erwartende Blutverlust („Patient Blood Management“, präoperative Konditionierung)¹¹, der Einsatz von Pharmazeutika¹² und das Ausmaß einer relevanten Nachblutung (einrichtungseigene Statistik) eine Rolle. Hinsichtlich Operationen der unteren Extremität kommt beim Einsatz einer Spinalanästhesie – die sorgfältig durchgeführt übrigens aufgrund neuer Zubereitungen gut steuerbarer Substanzen ein hervorragendes Verfahren ambulanter Anästhesie darstellt¹³ – der Beurteilung größerer Flüssigkeitsverschiebungen gerade bei älteren Patienten Bedeutung zu. Des Weiteren muss die Frage nach möglichen respiratorischen Komplikationen beantwortet werden und ein Konzept zur postoperativen Beherrschung des Schmerzes vorliegen. Bei der präoperativen Beurteilung stellt die ASA-Klassifikation seit 1941¹⁴ den Standard dar¹⁵ und wird ergänzt durch Alter, Body-Mass-Index¹⁶ und einem möglichen obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom^{17,18}. Dabei gelten die im stationären Bereich etablierten Leitlinien der präoperativen Evaluierung^{19,20}. Eine ASA-3-Einschätzung schließt jedoch die Eignung eines Patienten zur ambulanten OP per se nicht aus.

Entscheidend ist hier die Frage nach funktionalem Status und der Stabilität des Befundes („activ cardiac condition“). Als Cut-off gilt eine körperliche Leistungsfähigkeit über zwei Stockwerke oder ≥ 4 MET (ein metabol. Äquivalent ≈ 25 W). Der „Duke Activity Status Index“ in Form einer Zwölf-Fragen-Selbsteinschätzung kann die funktionale Einschätzung verbessern²¹ und verdient konzeptionell Aufmerksamkeit.

Die derzeit gültigen Qualitätsmanagement- und Sicherheitsvereinbarungen des SGB V wurden nie ausformuliert, sind vielfach redundant und inhaltlich überholt. Sie bedürfen einer Neuordnung unter Festlegung geeigneter risikoadjustierter Qualitätsindikatoren²² mit einem verpflichtend einheitlichem, sektorenübergreifendem Berichtsformat zur konsistenten Datenerfassung^{23,24}. Vordringlich erscheint dabei die Surveillance nosokomialer Infektionen (IfSG §23 Abs.4), nachdem das Modul Ambu-KISS des Nationalen Referenzzentrums aus kapazitiven Gründen 2016 eingestellt wurde²⁵. Es sollte sich dann auch zeigen lassen, dass ambulante OPs vorteilhaft niedrige Raten nosokomialer Infektionen aufweisen. Darüber hinaus bedarf es aussagekräftiger Studien zur Ergebnisqualität ambulanter Operationen²⁶. Der Kostendruck im ambulanten OP macht es notwendig, die Auslastung (Σ der Schnitt-Naht-Zeiten) bei schnellen Wechslen zu komprimieren und einen

hohen Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit²⁷ auszuweisen. In dieser prozessdominanten Routine qualifizierte Fachärzte aus- und weiterzubilden, stellt eine Herausforderung dar.



Jörn Weymann

Individuelle Entscheidung von Arzt und Patient

Die Grenzen ambulanten Operierens werden minimal vor allem durch den gesetzlichen Rahmen, nach oben durch die individuelle ärztliche Kompetenz und den organisatorischen Rahmen vorgegeben. Da ärztliches Handeln dem ‚Primum nihil nocere‘ (Erstens nicht schaden) folgt – also neben kurativem Erfolg und Patientensicherheit auch insgesamt die vermeidbare Morbidität beachten muss –, ist die Frage nach der tatsächlichen Grenze ambulanten Operierens schwer zu beantworten, zumal exogene Faktoren (Demographie, sozioökonomische Struktur, etc.) mit den tatsächlich endogenen Faktoren der ambulanten Medizin stärker interagieren als im stationären Bereich und kaum abgegrenzt^{28,29} werden können. Was bleibt

ist – trotz holistischem Weitwinkel („Salus aegrotum“) und regulatorischer Gängelung – letztlich die individuelle ärztliche Entscheidung im Einvernehmen mit dem Patienten für oder gegen eine ambulante Operation. Durch Stärkung der Ambulantisierung werden bei geeigneter Umsetzung im Sinn einer wertbasierten Gesundheitsversorgung (Value-based health care, VBHC)³⁰ tatsächlich Handlungsspielräume geschaffen, die zu einer größeren sektorenunabhängigen ärztlichen Therapiefreiheit führen können. Last but not least soll auf mögliche Effekte einer Reduktion „vermeidbarer Todesfälle“ im stationären Bereich³¹ hingewiesen werden, zumal bei endlichen Ressourcen der Nichtübereinstimmung von Bettenanzahl und qualifizierter Pflege vielerorts der „Safety tipping point“ in Krankenhäusern erreicht ist³². Insoweit möchte ich mich dem Policy Brief der Weltgesundheitsorganisation von 2007³³ anschließen: „Day surgery: Making it Happen!“.

Literatur:

1. Bauer M et al. Klinik ambulantes Operieren: Kalkulation der anästhesiologischen Kosten. *Anästh Intensivmed* 2004;45:293–299.
2. Wolff J, Vogt C. www.bdc.de/ambulantisierung-in-deutschland-aufwind-durch-aktuelle-gesetzesreformen/#, 2020
3. Billroth T. 1892
4. Habermas J. Theorie des kommunikativen Handelns, 1981.
5. www.gbe-bund.de/stichworte/operationsstatistik, Stand 09.12.2020

6. <http://stats.oecd.org>; eingesehen 16.02.2021
7. „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie“ des BDA, der DGAI und des BDC. *Anästh Intensivmed* 2006;47:50–57.
8. Birkmeyer J et al. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2013;396:1434–1442.
9. Vehmeijer S et al. Outpatient total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 2018;89(2):141–144.
10. Lau H, Brooks DC. Predictive factors for unanticipated admissions after laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001;136:1150–1153.
11. European Commission: Supporting Patient Blood Management (PBM) in the EU 2017
12. Franchini M, Mannucci PM. The never ending story of tranexamic acid in acquired bleeding. *Haematologica* 2020;105(5):1201–1205.
13. Ghisi D, Bonarelli S. Ambulatory surgery with chloroprocaine spinal anesthesia: a review. *Ambulatory Anesthesia*. 2015;2:111–120.
14. Meyer Saklad. May, 1941
15. www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-systems
16. Davies KE et al. Obesity and day-case surgery. *Anaesthesia* 2001;56:1112–1115.
17. Moon TS, Joshi GP. Are morbidly obese patients suitable for ambulatory surgery? *Curr Opin Anaesthesiol* 2016;29:141–145.
18. Bryson GL et al. Patient selection in ambulatory anesthesia—an evidence based review. *Can J Anaesth* 2004;51:768–781.
19. Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht herz-thoraxchirurgischen Eingriffen. *Anästh Intensivmed* 2017;58:349–364.
20. Fleisher LA et al. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Executive Summary. *Circulation* 2014;130(24):2215–2245.

21. Wijesundara DN et al. Integration of the Duke Activity Status Index into preoperative risk evaluation: a multicentre prospective cohort study. *Brit J Anaesth* 2020;124(3):261–270.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966;44(3) und *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA 1988;121(11).
23. Toftgard C, Parmentier G, Lemos P et al. Day surgery – Development and practice. IAAS 2006, www.iaas-med.com
24. Bundesverband Ambulantes Operieren, www.operieren.de
25. www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/ambu-kiss/
26. „Qualitätsmaßnahme Ambulante Operationen“ von KVB, BAO und LMU, 2010.
27. Grote R et al. Effektives OP-Management: Die neue Kennzahl „Nutzungsgrad-Schnitt-Naht-Zeit“ verbessert die Effektivitätsanalyse und Ressourcensteuerung im OP-Bereich. *Anästh Intensivmed* 2008;49:76–83.
28. Bird SM et al. Performance indicators: good, bad, and ugly. *J R Stat Soc Ser A*. 2005;168(1).
29. Koehn C. Qualitätsmanagement in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dissertation Berlin, 2017.
30. Porter ME, Guth C. Redefining German Health Care. Springer 2012
31. Schrappe M. APS-Weißbuch Patientensicherheit. MWV Berlin 2018, www.aps-ev.de
32. Kuntz L et al. Stress on the ward: Evidence of safety tipping points in hospitals. 2013
33. Castoro C et al. Policy Brief. Day-Surgery: Making it Happen. WHO 2007

► **Autor:** Dr. Jörn Weymann
RHÖN-KLINIKUM AG, Campus Bad Neustadt
Von-Guttenberg-Str. 11
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
E-Mail: joern.weymann@campus-nes.de