

Frank Ulmen\* macht die Augen auf. Er liegt zwischen hellen Stellwänden, die ihn das Gewusel um ihn herum hören, aber nicht sehen lassen. Neben seinem rechten Ohr piepst es gut hörbar und regelmäßig. Sein Herz schlägt. Sein Kopf liegt auf einem weichen Kissen, seine rechte Leiste ist von einem dicken weißen Pflaster bedeckt. Ulmen ist noch nicht richtig wach, da steht schon eine Schwester neben seinem Bett. Nein, Schmerzen habe er keine, aber schummrig sei ihm noch etwas, sagt er mit gedämpfter Stimme.

Ulmen steht für einen von 250 000 Patienten, die im Jahr etwa in Deutschland aufgrund der Diagnose Leistenbruch operiert werden. Bei ihnen hat das Bindegewebe in der Leiste dem Druck, der beim Husten oder Heben im Bauchraum entsteht, irgendwann nicht mehr standgehalten. Bauchfell und Bauchorgane drücken sackig nach außen. Damit es zu keinen Abschnürungen und Verletzungen der inneren Organe kommt, muss ein Leistenbruch in den allermeisten Fällen operiert, die Bruchpforte verschlossen werden. Für diesen Eingriff mussten Patienten vor einigen Jahren noch drei bis vier Tage ins Krankenhaus, einen zur Aufnahme, einen für die Operation und mindestens einen zum Beobachten.

Frank Ulmen ist an diesem Tag gegen Viertel nach sieben von seiner Frau in die Tagesklinik gebracht worden. Nüchtern. Wenn sich sein Kreislauf stabilisiert hat, die Wunde nicht nachblutet und auch sonst in den nächsten Stunden keine Komplikationen auftreten, holt seine Frau ihn am späten Nachmittag wieder ab, samt Schmerzmitteln und einer Nummer für den Notfall. Erholen von dem Eingriff kann Ulmen sich auf dem eigenen Sofa.

Dass mittlerweile viele chirurgische Eingriffe ambulant möglich sind, wo früher eine stationäre Aufnahme nötig war, „liegt an modernen Narkoseverfahren und schonenderen Operationstechniken“, sagt Andreas Bartels. Der Anästhesist betreibt seit 1997 in Mainz eine Tagesklinik, in der im Jahr rund 6000 Patienten behandelt werden. „Vor rund zwanzig Jahren hatten Anästhetika noch eine längere Halbwertszeit, das heißt, sie wirkten deutlich länger im Körper, waren schlechter steuerbar und riefen häufiger Nebenwirkungen wie Übelkeit oder Erbrechen hervor“, erklärt Bartels, der auch Präsident der Deutschen Praxisklinikgesellschaft ist. Ebenfalls hätten Schmerzmittel, die man den Patienten mit nach Hause geben könne, heute weniger Nebenwirkungen. Beides mache das ambulante Operieren leichter. Aber auch auf chirurgischer Seite gab es erhebliche Entwicklungen: „Viele Eingriffe kann man heute unter lokaler oder regionaler Betäubung durchführen, dazu minimalinvasiv. Damit werden die Wundflächen kleiner.“

Und der Patient ist zufrieden. Nach einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2010, die laut Fachleuten auf heute übertragbar ist, bewerten 97,5 Prozent der Patienten den Eingriff in der Tagesklinik als „sehr gut“ oder „gut“. 95,5 Prozent würden sich wieder ambulant operieren lassen. Kein Wunder, hört man den Experten die Vorteile des ambulanten Operierens aufzählen: „In erster Linie geht es dabei um den Wohlfühlfaktor, das Krankenhaus ist kein Ort, an dem man sich gerne aufhält“, so Bartels. Aber auch aus rein medizinischer Perspektive profitieren Patienten von der Devise „ambulant vor stationär“: „Die Infektionsgefahr wird deutlich reduziert, weil der Patient nicht den Keimen eines Krankenhauses ausgesetzt ist. Durch die schnellere Mobilisierung sinkt das Risiko einer Thrombose oder Embolie“, erklärt der Anästhesist. Insgesamt erhalten sich die Patienten einfach schneller – ohne kranke Bettnachbarn, Kantine und sterile Aufenthaltsräume. In der Folge komme es auch zu deutlich weniger Fehltagen am Arbeitsplatz.

Da überrascht es nicht, dass die Zahl der ambulanten Operationen in den vergangenen Jahren in Deutschland deutlich gestiegen ist. Zwischen 2002 und 2011 haben sich die ambulanten Eingriffe nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes mehr als verdreifacht, von 575 613 auf knapp 1,9 Millionen. Damit stiegen laut Bundesgesundheitsministerium auch die Ausgaben: von 0,8 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2012. Und auch der Katalog der Operationen, die ambulant möglich sind, ist in den vergange-

# Das Geschäft mit dem Messer

Immer mehr Operationen sind ambulant möglich, das hat viele Vorteile für den Patienten. Doch spielen diese oft nur eine untergeordnete Rolle. Entscheidend für den Ort der Operation sind viel häufiger wirtschaftliche Gründe. *Von Lucia Schmidt*

nen Jahren gewachsen. Insgesamt etwa 2600 „Prozeduren“, wie es im Fachjargon heißt, stehen mittlerweile darin, quer durch die Fächer. Eingriffe von der Pupille bis zum Sprunggelenk.

Die Zeichen im ambulanten Operieren stehen unüberschaubar auf Wachstum. Die ambulanten Operateure und Anästhesisten dürften zufrieden sein. Doch sie sind es nicht. Aus ihrer Sicht hat Deutschland noch deutlich Luft nach oben. Ihren Angaben zufolge werden hierzulande beispielsweise zwei Drittel der Leistenbrüche immer noch stationär operiert. „Obwohl nach dem vereinbarten Katalog Leistenhernien-Operationen nicht nur können, sondern in aller Regel, wenn es die gesundheitliche Verfassung des Patienten erlaubt, ambulant erbracht werden sollen“, sagt Bartels.

Das Ergebnis einer Studie mit Daten aus sechs europäischen Ländern, die im vergangenen Jahr von der Fachzeitschrift „Ambulatory Surgery“ veröffentlicht wurde, hat ergeben, dass Deutschland fast in allen Bereichen immer die niedrigsten Raten von ambulanten Eingriffen im Vergleich der sechs Länder hat, gleichzeitig hier aber am meisten operiert wird.

Für Andreas Bartels liegt der Grund dafür auf der Hand: „Die

ambulante Operation ist bei gleichem Aufwand, nur ohne die Übernachtsbetreuung, wesentlich schlechter vergütet bei uns.“ Aus diesem Grund sei es gerade für Krankenhäuser finanziell attraktiver, den Patienten in ein Bett zu legen, als nach der Operation wieder nach Hause gehen zu lassen. Andere Länder hätten bei Vergütung und Struktur nicht die starre Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, ungleiche Honorierungen für die gleiche Leistung seien damit weniger ein Thema. Dann nimmt sich der sechsfünfzigjährige Mediziner Blatt und Stift und fängt an zu rechnen. Am Ende stehen zwei Zahlen auf dem Papier: 485,83 Euro und 2508,83 Euro. Den geringeren Betrag wird die Krankenkasse Bartels Tagesklinik für die Operation von Frank Ulmen überweisen. Wäre der junge Mann für rund drei Tage in die Klinik gegangen, hätte das Krankenhaus den höheren Betrag überwiesen bekommen. Das Einsparpotential fängt bei der Pflege an: Um Frank Ulmen wird sich in den kommenden Tagen seine Frau sorgen. Keine Nachtschwester, keine Pfleger müssen bezahlt werden.

Anruf beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen: Patientenzufriedenheit und medizinische Vorteile gepaart mit Kostenerspar-

nissen für die Kassen – dieses Potential soll nicht richtig ausgeschöpft werden?

Mit der Rechnung von Bartels konfrontiert, zückt der bundesweite Verband der Krankenkassen ebenfalls den Stift und kommt zu dem Ergebnis: Die vorgelegten Rechnungen seien „so nicht ganz repräsentativ“. Bei der ambulanten Rechnung kämen noch Sachkosten hinzu, es werde also teurer. Einen Preis nennen sie nicht, aber ein Blick in die Abrechnungen zeigt, rund 260 Euro kann Andreas Bartels über mit den Kassen keinen Vertrag haben“, erklärt Bartels.

So tief muss man gar nicht in die Ungereimtheit und Starrheit unseres Gesundheitssystems einsteigen. Dass an ambulanten Operationen weniger Geld zu verdienen ist mit der gleichen chirurgischen und anästhetischen Leistung als im stationären Bereich, will niemand abstreiten. Dass dies die oft defizitären Kliniken in einen Konflikt bringt, liegt auf der Hand. Das mögliche Einsparpotential aber auch. Zusammengefasst kann man sagen: Jeder Patient, der ambulant hätte operiert werden können, aber auf der Station gelandet ist, kostet die Gemeinschaft mehr Geld – von den medizinischen Vorteilen, die ihm verwehrt bleiben, gar nicht zu reden. Warum also achten Kassen

Argumente, die Bartels nicht überzeugen, ganz im Gegenteil. Zu der Verweildauer kennt er andere Zahlen, und der Trend zu immer kürzeren Aufenthalten in der Klinik feuert ihn eigentlich nur an. Gern würde er in seiner Tagesklinik Patienten auch mal über eine Nacht versorgen, wenn es nötig ist. Doch das geht nur, wenn er mit den Krankenkassen Sonderverträge abschließt. Ist das nicht der

Fall und ein Patient muss aufgrund einer Komplikation nach dem Eingriff eine Nacht in der Mainzer Tagesklinik bleiben, ist er dort zwar versorgt, eine 24-Stunden-Betreuung steht bereit. Die Tagesklinik bekommt für Pflege und Versorgung aber kein Geld. „Im schlimmsten Fall kann es uns sogar passieren, dass wir auch für den Eingriff und die Narkose kein Honorar bekommen, da für die Kassen aus dem ambulanten Patient ein stationärer geworden ist und wir als niedergelassene Ärzte darüber mit den Kassen keinen Vertrag haben“, erklärt Bartels.

So tief muss man gar nicht in die Ungereimtheit und Starrheit unseres Gesundheitssystems einsteigen. Dass an ambulanten Operationen weniger Geld zu verdienen ist mit der gleichen chirurgischen und anästhetischen Leistung als im stationären Bereich, will niemand abstreiten. Dass dies die oft defizitären Kliniken in einen Konflikt bringt, liegt auf der Hand. Das mögliche Einsparpotential aber auch. Zusammengefasst kann man sagen: Jeder Patient, der ambulant hätte operiert werden können, aber auf der Station gelandet ist, kostet die Gemeinschaft mehr Geld – von den medizinischen Vorteilen, die ihm verwehrt bleiben, gar nicht zu reden. Warum also achten Kassen

nicht mehr darauf, dass in Kliniken nur der operiert wird, bei dem es wirklich notwendig ist?

Der Spitzenverband der Krankenkassen verweist auf das Gesetz, in dem steht: Ein Krankenhaus ist verpflichtet, bei Leistungen, die ambulant oder stationär durchzuführen sind, den Grund der stationären Aufnahme gegenüber den Krankenkassen anzugeben. Solche Begründungen würden regelmäßig überprüft.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Interessenvertretung der Krankenhausärzte in Deutschland, springt den Kassen zur Seite. Ein stationärer Eingriff, der eigentlich ambulant durchgeführt werden könne, sei nicht ohne weiteres möglich, sondern unterliege strikten Regularien und Rahmenbedingungen, ergänzt aber zugleich: Auf den jeweiligen Einzelfall bezogen sei das ärztliche Ermessen letztendlich aber ausschlaggebend. Ob der Patient über den Ermessensspielraum des Arztes aufgeklärt und am Ende an der Entscheidung beteiligt wird, das steht nirgends festgeschrieben. Überhaupt fallen Worte wie „Patientenwohl“ oder „Patientenwille“ eher selten bei der Diskussion. Im Mittelpunkt stehen die Sorgen der Kliniken, von Interessens gesteuerte Argumente sowie finanzielle und verkrustete Strukturen.

Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom und Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, überraschen solche Feststellungen nicht. „Der Bereich des ambulanten Operierens ist einer von vielen, in denen Entscheidungen auch nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten und nicht nur im Sinne des Patienten getroffen werden.“ Eine Folge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Für ihn ist klar, warum die Kassen nicht mehr darauf achten, dass ambulante Operationen, da wo möglich und indiziert, auch ambulant stattfinden. „Die Krankenhäuser sind unter Druck, ihre Betten zu füllen. Jeder ambulante Eingriff bedeutet ein leeres Bett, das trotzdem gefüllt werden muss. Die Krankenkassen befürchten, dass sie so doppelt zahlen müssen.“ Auf den Punkt gebracht heißt das: Können Krankenhäuser ihre Betten auf den chirurgischen Stationen nicht füllen, werden auch nicht notwendige Operationen bei Patienten durchgeführt. Hauptsache die Bettenauslastung stimmt. Zahlen muss die Kasse.

Dass diese Befürchtungen der Kassen nicht unbegründet sind, zeigen Ergebnisse einer Studie, die Wasem mit Kollegen im September veröffentlicht hat. Darin räumten Chefärzte ein, dass Patienten in deutschen Krankenhäusern Opfer unnötiger Operationen werden, weil Kliniken damit Geld verdienen wollen. Unter 1400 deutschen Chefärzten erklärte mehr als jeder dritte Mediziner, dass wirtschaftlicher Druck im eigenen Fachgebiet zu mehr Operationen führt, als nötig wären. Besonders stark ist diese Meinung unter den Herzspezialisten und orthopädischen Chirurgen verbreitet.

Die Lösung des Problems sehen die ambulant tätigen Ärzte in einer „fairen Honorierung der gleichen Leistung“ und einem „Angleichen der Bezahlung“. Für Kliniken müsse der Anreiz wegfallen, mit der gleichen Operation unterschiedlich viel Gewinn machen zu können.

Dass sich an der strengen Spaltung zwischen ambulant und stationär auch in Finanzierung und Honorierung etwas ändern muss, sieht auch der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem so. Allerdings warnt er davor, „gleiche Operationen mit ungleichen Patienten zu vergleichen“. Man könne nicht von der Hand weisen, dass Kliniken jetzt schon schwere Fälle durch leichtere Fälle subventionieren und dass Krankenhäuser die gesamte Palette an Patienten inklusiver komplizierte und schwerere Fälle behandeln müssen, dies dürfe bei der Honorierung nicht unter den Tisch fallen. Es müsse das vergleichbare Risiko zählen. Außerdem fordert Wasem: „Wenn man den ambulanten Bereich stärkt, muss man gleichzeitig Betten im Krankenhaus abbauen. Nur das ist zielführend.“

Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamtes, das die Aufsicht über die bundesweit tätigen Krankenkassen hat, sieht das ähnlich. „Denn je mehr man vorhält, desto mehr muss es auch genutzt werden.“ Er macht sich nicht viel Hoffnung, dass sich hier bald etwas zugunsten der Praxis- und Tageskliniken verschiebt. Es fehle an Druck und noch seien die finanziellen Spielräume groß genug. „Der stationäre Bereich ist stark in Deutschland, er ist ein großer Arbeitgeber und von der Politik gefördert.“ Die Bundespolitik habe den gesetzlichen Rahmen für die Vorhaben „ambulant vor stationär“ gesetzt; jetzt liege es an der Landespolitik mit ihren Krankenhausplänen, das auch umzusetzen.

Andreas Bartels hat schon das eine oder andere Mal darüber nachgedacht, seine Tagesklinik einfach als Krankenhaus anzumelden. Viele Diskussionen mit den Kostenträgern würden ihm dann erspart bleiben. Doch er ist zu überzeugt von dem Konzept des ambulanten Operierens. Zaghafte Signale aus dem Berliner Gesundheitsministerium, die er bei seinem letzten Besuch aufgenommen, stimmen ihn zusätzlich positiv. Dort hieß es, im Zuge der Krankenhausreform wolle man auch die Praxiskliniken in den Blick nehmen.

Optimistisch stimmt den Anästhesisten für den Moment auch die Verfassung von Frank Ulmen. Die Schmerzmittel wirken. Ulmen geht langsam, aber fast ohne Schmerzen. Sein Kreislauf hat Narkose und Eingriff gut weggesteckt. Beim Verlassen der Tagesklinik hakt Ulmen sich bei seiner Frau ein. Man sieht ihm an, er freut sich, heute Nacht nicht allein in einem der sterilen Klinikbetten liegen zu müssen – wer ist schon gern im Krankenhaus? \*Name geändert

## Ambulant oder stationär?

Das sollten Sie rund um das Thema Operieren wissen

### Gibt es „zu jung oder zu alt fürs ambulante Operieren“?

Nein, im Gegenteil. Gerade bei Kindern und bei älteren Menschen bieten sich ambulante Operationen, wenn möglich, an. Bei kleinen Kindern wird durch das ambulante Operieren vermieden, dass auch die Eltern mit ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen. Ältere Menschen, gerade mit leichter Demenz, leiden während und nach Klinikaufenthalten häufig unter Verwirrungszuständen. Eine Narkose und das Herausreißen aus dem häuslichen Umfeld kann zu innerer Unruhe, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen, dem sogenannten Durchgangssyndrom, führen.

### Woher weiß ich, ob mein Eingriff ambulant durchführbar ist?

Der behandelnde Chirurg sollte über alle Alternativen aufklären, dazu ist er verpflichtet. Haben Sie das Gefühl, dass er Ihnen einen ambulanten Weg nicht angeboten hat, obwohl er möglich wäre, fragen Sie nach. Lassen Sie sich die Gründe erklären.

Wer entscheidet, ob eine ambulante Operation möglich ist?

Ob ein Eingriff ambulant möglich ist, entscheidet am Ende nicht unbedingt die Diagnose, die zu der Operation führt, sondern Allgemeinzustand und Narkosefähigkeit des Patienten. Das letzte Wort hat häufig der Anästhesist, der vor dem Eingriff ein Gespräch mit dem Patienten führt, Lunge, Herz und Kreislaufsystem untersucht und nach systemischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck schaut. Chronische sowie schwerwiegende Begleiterkrankungen, Arzneimittelallergien und eingeschränkte Beatmungsmöglichkeiten machen ambulantes Operieren

oft nicht möglich. Neben den körperlichen Voraussetzungen ist für die Entscheidung auch die häusliche Situation entscheidend.

### Welche häuslichen Voraussetzungen müssen bestehen?

Um ambulant operiert werden zu können, müssen Sie jemanden haben, der Sie zu der Operation bringt und abholt. Nach dem Eingriff dürfen Sie rund 24 Stunden nicht allein bleiben. Die Betreuungsperson sollte auch in der Nacht in Rufweite schlafen und selbst fit und gesund sein, um Sie voll unterstützen und gegebenenfalls pflegen zu können.

### Was ist, wenn es mir in der Nacht nach der Operation zu Hause nicht gutgeht?

Nach der Operation bekommen Sie neben den nötigen Medikamenten auch eine Notfallnummer mit, unter der 24 Stunden lang ein Arzt erreichbar ist. Ver-

ändert sich Ihr Zustand rapide, dann kann man natürlich jederzeit einen Rettungswagen rufen.

### Was ist noch wichtig?

Halten Sie sich an die Vorgaben, die der Arzt Ihnen in Bezug auf Medikamente und Verhalten nennt. Treffen Sie zu Hause nach der Operation keine wichtigen Entscheidungen, schließen Sie keine Verträge ab. Lassen Sie sich, wenn möglich, nicht in kleinen Praxen operieren, sondern in größeren Tages- oder Praxiskliniken oder an Zentren, die an Krankenhäuser angeschlossen sind. Im Fall von Komplikationen sind diese besser ausgestattet und vorbereitet. Fragen Sie auch nach Kosten, die Sie im Vorfeld mit der Krankenkasse absprechen müssen. Beratung finden Sie auch unter [www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de) und [www.pkgev.de](http://www.pkgev.de).