

**Positionspapier
des
Bundesverbandes für Ambulante Arthroskopie (BVASK) e.V.
Dr. Emanuel Ingenhoven vom Mai 2003**

Qualitätssicherung und Vergütung beim Ambulanten Operieren

Das Ambulante Operieren ist keine Erfindung der letzten Jahre, sondern wird in manchen Bereichen der Chirurgie, wie zum Beispiel der Handchirurgie schon lange praktiziert. Neue und schonendere Operations- und Narkoseformen führten dazu, dass heute ein großes Spektrum an ambulanten Operationen zur Verfügung steht. Ein Beispiel hierfür sind endoskopische und arthroskopische Eingriffe. Durch die Entwicklung dieser schonenden Operationsmethoden kam es, nachdem in den Vereinigten Staaten - vorwiegend aus ökonomischen Zwängen - immer mehr ambulant operiert wurde, auch in Europa und vor allem in Deutschland ab Mitte der Achtziger Jahre zu einer zunehmenden Anzahl ambulanter Eingriffe.

Gesetzgebung der letzten Jahre und ihre Auswirkung

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, u.a. verursacht durch eine erhöhte Lebenserwartung, die Zunahme der medizinisch/technischen (und teuren) Behandlungsverfahren in Zusammenhang mit dem stetig steigenden Anspruch an die Leistungen der Medizin, führte bei Politikern und Vertretern der Kostenträger zu Überlegungen, deren Ziel Einsparungen ohne Qualitätsverlust waren. Hier bot sich das ambulante Operieren geradezu an. Mehrere Gutachten hatten unabhängig voneinander bestätigt, dass durch die Verlagerung der ambulant möglichen Eingriffe aus dem stationären Sektor heraus jährlich Milliardenbeträge eingespart werden können. Im sog. Gesundheitsstrukturgesetz verankerte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer in Deutschland 1992 erstmalig die Förderung des Ambulanten Operierens gesetzlich. Gleichzeitig fror er aber die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die gesamte ambulante medizinische Versorgung ein. Eine Erhöhung dieser Summe war nur noch im Rahmen der Steigerung der Grundlohnsumme möglich. 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. In der Folgezeit kam es u.a. ausgelöst durch den Gesetzestext zu einer Welle von Errichtungen sog. Praxiskliniken, in denen sich Narkoseärzte und spezialisierte Operateure niederließen. Bedingt durch das Vertrauen der Patienten und der sie überweisenden Ärzte waren die Zentren, die sich ganz dem Operieren verschrieben hatten bald gut ausgelastet. Dies hatte natürlich einen sprunghaften Anstieg der ambulanten Operationszahlen zur Folge.

Vergütung und Fallzahlen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen schrieben die Vergütung für das ambulante Operieren seit 1993 mit einem Betrag, basierend auf den Zahlen von 1991, der in den darauffolgenden Jahren nur unwesentlich angehoben wurde, fest. So kam es durch den oben erwähnten Anstieg der Fallzahlen der ambulanten Operationen zu einem drastischen Verfall des für den einzelnen Eingriff zur Auszahlung kommenden Geldes. Alleine zwischen 1991 und '93 hatte es schon eine Fallzahlerhöhung um 30% gegeben! Auf diese Weise wurden seit 1994/95 die meisten ambulanten Operationen für die gesetzlich Versicherten nicht mehr kostendeckend bezahlt.

Anders als bei den niedergelassenen Ärzten wurde und wird in den Krankenhäusern kaum ambulant operiert. Dies ist in der ungünstigen Kostenstruktur und der geringen Flexibilität, aber auch in der schlechten Vergütung begründet. Außerdem werden von den Krankenhausverwaltungen die hierzu notwendigen Neuinvestitionen zu einem erheblichen Anteil von der Gewährung öffentlicher Zuschüsse abhängig gemacht.

Diese oben beschriebenen Umstände hatten zur Folge, dass 1996 schon 3% weniger ambulant operiert wurde als im Jahre 1995. Wirtschaftliche Sorgen haben vor allem hochspezialisierte Einrichtungen und OP-Zentren von Anästhesisten, die davon leben, dass niedergelassene Kassenärzte bei Ihnen operieren. Durch die mangelnde pekuniäre Attraktivität fehlt der Anreiz, die operative Tätigkeit, die ja mit einem hohen persönlichen Einsatz und Haftpflichtrisiko verbunden ist, fortzuführen.

Das Zentralinstitut der kassenärztlichen Bundesvereinigung hat anhand mehrerer Statistiken nachgewiesen, dass eine erhebliche Verlagerung bestimmter orthopädischer Eingriffe aus den Krankenhäusern heraus in die ambulanten OP-Zentren zwischen 1992 und 1997 stattgefunden hatte. Leider wurde die Chance des Bettenabbaus, die sich hieraus ergab, aus verschiedenen Gründen bisher nicht genutzt.

Ambulant vs. stationär

Für eine ambulant durchgeführte Kreuzbandoperation kommt inklusive der Nachbetreuung, Aufklärung, Narkose etc. über die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Betrag zur Auszahlung, der je nach 'Punktwert' zwischen 500 und 700 EUR liegt. Der gleiche Eingriff, stationär erbracht, wird von den Krankenkassen - unabhängig von der Liegezeit (!) - mit einer Fallpauschale von 4.800 EUR vergütet. Dem Reiz des Geldes wird sich kein Krankenhausverwaltungschef und damit zwangsläufig auch kein dort angestellter Arzt entziehen können, liegt doch zwischen 'ambulant' und 'stationär' nur eine Nacht! Auch der niedergelassene Arzt fragt sich, ob er nicht lieber die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus sucht, oder diese Operation, deren Kosten schon deutlich über der Vergütung der Leistung liegt, überhaupt noch anbietet.

Auf diese Weise haben von 1998 bis 2000 die stationär durchgeführten arthroskopischen Eingriffe um 15% zugenommen, sind inzwischen die Eingriffe an Meniskus und Knorpel (klassische ambulant durchführbare arthroskopische Eingriffe) der 5.-häufigste stationär durchgeführte Eingriff und - zählt man alle arthroskopischen Operationen zusammen - sind dies die häufigsten, mit einer Operationsmethode erbrachten, stationären Eingriffe in Deutschland (Krankenhausreport 2000 des WidO, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen).

Gesundheitswesen, Wirtschaft, Dienstleistung, Wettbewerb und Qualität

Einer der wichtigsten Faktoren für die Qualität ärztlichen Handelns ist die persönliche Auffassung von medizinischer Ethik. Aber ebenso wird diese von vielen externen Faktoren bestimmt.

Ärztliches Handeln wird immer mehr zum Teil unserer Wirtschaftsordnung. Mit dem Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft hat sich das Gesundheitswesen zu einem potenten Wirtschaftsfaktor entwickelt. Somit sind Begriff und Inhalt der ärztlichen Ethik kritisch zu prüfen. Unterscheidet sich denn medizinische Ethik so sehr von Unternehmensethik anderer Branchen? In der gesamten Wirtschaft stellt sich eine eigenständige Unternehmensethik ein. Unternehmen jeder Art verkaufen nicht mehr nur ihr Produkt oder ihre Dienstleistung, sondern schaffen gleichzeitig Leitlinien, Codices und Selbstverpflichtungserklärungen die das in sie gesetzte Vertrauen stärken. Ärzte bieten ebenso eine Dienstleistung an, nämlich die der Wiederherstellung von Gesundheit und der Steigerung von Wohlbefinden. Diese Dienstleistung ist einer speziellen ärztlichen Ethik verpflichtet – so wie Dienstleistungen jeder anderen Branche auch speziellen Verpflichtungen - z.B. Einhaltung von bestimmten Umweltrichtlinien - unterlegen sind. In allen Bereichen thematisiert Unternehmensethik das Verhältnis von Moral zu Gewinn. Der Gesundheitsbereich ist ein Teil des allgemeinen Dienstleistungssektors. Er setzt sich unstrittig aus vielen wirtschaftlichen Teileinheiten zusammen, sei es Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- Einrichtungen, Pharmaunternehmen, Apotheken etc. Diese Positionierung in der Wirtschaft bedeutet aber auch das Bekenntnis zum Wettbewerb. Es gibt keine Überlebensgarantie für Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – es gilt das Wettbewerbsprinzip, welches das Streben nach Gewinn impliziert. Daraus resultiert auch im medizinischen Bereich: ethisches Handeln beinhaltet neben moralischen Aspekten auch die Verpflichtung für seine Dienstleistung einen Preis zu erheben, der einen angemessenen Gewinn ermöglicht.

Der von der Gesellschaft an die Ärzte herangetragene Forderung nach Qualität und Leistung findet ihre Entsprechung im Leistungsprinzip. Qualität setzt sich am Markt durch und soll entsprechend honoriert werden. Dies geht allerdings nur, wenn vergleichbare Qualitätsstandards geschaffen werden und wenn Qualitätssicherung stattfindet.

Dies heißt aber auch: Effektive Qualitätssicherung funktioniert nur im Wettbewerb. Und im Umkehrschluss bedeutet das: Mangelnder Wettbewerb führt zu Qualitätsminderung.

Dokumentation und Qualitätsmanagement

Mit Hilfe von qualifizierter EDV kann heute jeder Arzt und jedes Krankenhaus ein effizientes Qualitätsmanagement betreiben. Qualitätsmanagement bezeichnet alle Tätigkeiten, die Prozesse in Unternehmen/ Krankenhäusern/ Praxen verbessern. Kurz gesagt: „Qualität zu Wege bringen“. Grundlage jeder Qualitätssicherung ist die Dokumentation von Befunden, ärztlichem Handeln und seinen Begleitumständen.

Die heutige medizinische Dokumentation - und die hieraus resultierenden Qualität sichernden Maßnahmen - weist eine enorme Variabilität hinsichtlich Art, Umfang und Auswertbarkeit auf. Hochentwickelten elektronischen Lösungen für einige Therapiegebiete, die allerdings keinesfalls flächendeckend eingesetzt werden, steht der obligatorische handschriftliche und in der Regel kaum lesbare Eintrag in die Patientenakte bzw. das Krankenblatt gegenüber. Für die aus medizinisch-wissenschaftlichen und ökonomischen Gründen dringend notwendigen statistischen Auswertungen medizinischer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter ist dies das entscheidende Hindernis. Wenn schon über die Art und den Umfang der durchzuführenden medizinischen Dokumentation bisher keine Einigkeit erzielt werden konnte, so wundert es nicht, dass Relevanz und Qualität des - vielen medizinischen Studien mit hohen Fallzahlen zugrundeliegenden - Datenmaterials wissenschaftlich exakten Kriterien nur selten Stand hält. Auf der anderen Seite kränken gewissenhaft durchgeführte Arbeiten an geringen Patienten- bzw. Untersucherzahlen. Eine zeitgemäße medizinische Qualitätssicherung sollte deshalb bei der Dokumentation ansetzen und folgende Voraussetzungen erfüllen: maximale, reproduzierbare, Nutzer- unabhängige Genauigkeit, einfache wissenschaftliche Auswertbarkeit, Vernetzbarkeit lokal und überregional, einfache Handhabung und kurze Lernkurve.

Qualitätssicherung des BVASK, Qualis®

Die ambulanten Operateure sahen sich sehr früh dem Vorwurf der unberechtigten Mengenausweitung und der mangelnden Qualität Ihrer Leistungen ausgesetzt. Aus diesem Grunde wurde von einigen Verbänden der ambulanten Operateure Qualitätssicherungsprogramme für Ihre Mitglieder installiert. So überblickt der Bundesverband für ambulante Arthroskopie mehr als 80.000 komplett dokumentierte ambulante Eingriffe. Die Qualitätssicherung gliedert sich in die Bereiche Diagnosen- und Operationsdokumentation sowie Patientenbogen, in dem der postoperative Heilverlauf abgefragt wird und den jeder ambulant arthroskopische operierte Patient erhält. Die Auswertung für die dem Patienten zum Ausfüllen mitgegebenen Qualitätssicherungsbögen ergab beispielsweise eine sehr hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den durchgeführten Eingriffen und Operateuren: über 98% der Patienten würden sich vom gleichen Team noch einmal operieren lassen. Die BVASK-Qualitätssicherung hat dazu beigetragen, dass die oben genannten Vorwürfe, auch von Krankenhausvertretern, kaum noch zu hören sind.

Zur Verbesserung der Akzeptanz, Effizienz und Flexibilität der Qualitätssicherung im Hinblick auf einen Ausbau der Qualitätssicherung und zukünftiger Anforderungen entschloss sich der Vorstand im Jahr 2000 zur Einführung eines elektronischen Qualitätssicherungssystems. Aufgrund der Kombination seiner Möglichkeiten in der es zur Zeit konkurrenzlos ist, wurde das System Qualis® (www.qualis.org) als Plattform gewählt.

Qualis® ist ein PC- gestütztes, unter Windows lauffähiges System für die medizinische Dokumentation, Qualitätssicherung und Kommunikation. Es ermöglicht dem Nutzer eine schnelle, komplette und auswertbare Dokumentation seiner Tätigkeit. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmerkmale einschließlich ICD¹⁾- und ICPM²⁾-Codierung werden über das System automatisch generiert. Die Struktur von Qualis® erlaubt es, andere medizinische Fachbereiche, ohne Veränderung der Programmstruktur, zu integrieren.

Qualis® ermöglicht dem Nutzer die Teilnahme an einer Vernetzung. Über die anonymisierte Erfassung von qualitätsrelevanten Daten und deren zentrale Auswertung sowie der zur Verfügung Stellung der daraus gewonnenen Statistiken und Erkenntnisse ist ein effektives Qualitätsmanagement möglich. Ferner ermöglicht das Qualis®-Netz die Kommunikation der angeschlossenen Ärzte auch zum Austausch sensibler Daten über ein hochverschlüsseltes Mailsystem. Qualis® wird für die BVASK-Mitglieder seit einem Jahr eingesetzt. Der Bundesverband für Ambulante Arthroskopie e.V. ist somit als erster medizinischer Berufsverband zum Zwecke der Qualitätssicherung vollständig elektronisch vernetzt.

Die Auswertung der mittels hochverschlüsselter Internet-Technologie übermittelten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter erfolgt durch eine neutrale gemeinnützige Institution (QualisKuratorium e.V.).

Perspektiven

Auf lange Sicht kann es sich unser Gesundheitssystem nicht leisten auf das Einsparungspotential, dass durch ambulante Eingriffe möglich ist, zu verzichten. Die freie Wahl zwischen ambulant und stationär durchzuführender Operation wird vermutlich in Zukunft schon aus ökonomischen Gründen nicht mehr für alle Operationsarten kostenfrei möglich sein.

Marktwirtschaftlich logisch wäre, wenn der Geldfluss auch der Leistung folgen würde. Nicht so in unserem Gesundheitssystem, welches nicht marktwirtschaftlich, sondern dirigistisch organisiert ist. Anstelle eines freien Wettbewerbes um den Patienten - mit klaren wirtschaftlichen und ethisch-medizinischen Regeln tritt hier die Wahrung von Besitzständen und Aushebelung des Unternehmertums durch öffentlich geförderte Institutionen. Zum Teil werden sogar Tatsachen pervertiert und der niedergelassene Arzt als Unternehmer, der seine Praxis frei finanziert hat, zum Kostentreiber des Systems erklärt.

Mehr Marktwirtschaft mit freierem Spiel der Kräfte und weniger staatlichem Dirigismus und Egoismus, freilich unter klaren wirtschaftlichen und ethisch-medizinischen Leitlinien, können nach Ansicht des BVASK helfen, diesem Dilemma ein Ende zu bereiten.

Angebot des BVASK

Unter o.g. Aspekten bietet der BVASK allen Kostenträgern Gespräche zu einer Rahmenvereinbarung zur Honorierung, Durchführung und Durchführungsvoraussetzungen ambulanter arthroskopischer Operationen von Versicherten des Kostenträgers durch Mitglieder des BVASK - auf Basis von Fallpauschalen - an. Die Qualitätssicherung spielt hierbei in unseren Überlegungen eine zentrale Rolle. Die Vertragspartner sollen mit den aus der Durchführung eines solchen Vertrages gewonnenen Erkenntnissen auch zu einer Verbesserung der Qualität der ambulanten operativen Versorgung beitragen. Eine Kopplung der Vergütung für die operierenden Ärzte aus diesem Vertrag an die Qualität der erbrachten Leistung ist nach unserer Auffassung prinzipiell möglich.

Forderungen an die Politik

Der Bundesverband für Ambulante Arthroskopie (BVASK) e.V. fordert aus o.a. Gründen die Politiker aller Bundstagsparteien auf:

- Alle Maßnahmen zu ergreifen, die einen freien Wettbewerb um die Qualität der medizinischen Versorgung in unserem Gesundheitswesen fördern.
- Alle Subventionen, offene und verdeckte, die den Wettbewerb beeinflussen, abzubauen.
- Kartellbildungen auf Anbieter- und Kostenträgerseite vorzubeugen.
- Wirksame wirtschaftliche und ethisch-medizinische Rahmenbedingungen für ein freies Spiel der Kräfte zu schaffen.
- Staatlichem Dirigismus entgegenzuwirken.
- Den Patienten als mündig zu begreifen und zu fördern, sowie alle Maßnahmen zu ergreifen, ihm die freie Wahl des Arztes seines Vertrauens ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist der BVASK der Auffassung, dass ein staatliches Meinungsmonopol, wie es mit dem Deutschen Institut für Qualität im Gesundheitswesen geplant ist, kontraproduktiv ist.

¹⁾ ICD: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, z.Zt. 10. Revision (ICD 10), herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, Druck: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln. Englischsprachige Originalausgabe herausgegeben von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) 1994

²⁾ ICPM: Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin, deutsche Ausgabe (OPS-301), herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI

Die ICD- Codierung aller Diagnosen ist seit dem 1.1.2000 obligat für alle Ärzte und Krankenhäuser. Die ICPM- Codierung aller Operationen ist obligat für alle Krankenhäuser.

Geschäftsstelle
Breite Straße 96
41460 Neuss
Telefon 02131 153840
Telefax 02131 1248442

mail@bvas.org
www.bvas.org