



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Ambulantes Operieren: Potenziale, Konsequenzen und Rahmenbedingungen

Thomas Czypionka

Markus Kraus, Andreas Chmielowski

Veranstaltung “Operation gelungen: Patient zuhause!
Ambulantes Operieren in Österreich – eine
Bestandsaufnahme“

HVB, 17.10.2019

Agenda

- Fragestellung und Vorgehen
- Konzeptueller Rahmen und Einflussfaktoren
- Scoping Review
- Conclusio

Fragestellung

- **Welche** operativ-interventionellen können aus dem **stationären Bereich in den tagesklinischen, intramuralen-ambulanten (Spitalsambulanzen)** bzw. **extramuralen Bereich** verlagert werden?
- **Was sind die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren** für Verlagerungspotenziale? Ihre Kenntnis ist notwendig, damit die Ziele der Verlagerung, die unter anderem im Zielsteuerungsvertrag festgelegt sind, erreicht werden können.

Vorgehen

- **Erstellung eines konzeptuellen Rahmens**

Der konzeptuelle Rahmen soll helfen, die Bedingungen und Einflussfaktoren (fördernde und hemmende) für Verlagerungen besser zu verstehen und eine Basis für die weitere Literaturarbeit liefern

- **Durchführen eines Scoping review**

Mithilfe eines scoping reviews sollen mehrere Ziele erreicht werden:

- 1) Erstellen einer Übersicht von Leistungen, die international verlagerbar sind
- 2) Auswirkungen auf PatientInnen und das Gesundheitssystem
- 3) Bereicherung des Rahmenkonzepts mit den in der Literatur empirisch auffindbaren Einflussfaktoren



Konzeptueller Rahmen und Einflussfaktoren

Konzeptueller Rahmen

- In der Literatur gibt es keine zusammenhängende Theorie zur Frage der Verlagerungspotenziale operativer Leistungen
- Daher wurde mit einem induktiven Verfahren eine Theorie im Sinne eines konzeptuellen Rahmens erarbeitet
- Sinn dahinter ist es, die möglichen Stellschrauben bzw. Einflussfaktoren besser zu verstehen, die die Verlagerung von Leistungen bestimmen

Verlagerungspotenziale als Forschungsgegenstand

Unter Verlagerung verstehen wir die Verschiebung von Leistungserbringung zwischen den Settings der Akutversorgung des österreichischen Gesundheitswesens. Der Begriff Akutversorgung soll hier in Abgrenzung zur Langzeitversorgung im Sinne der Langzeitpflege sowie der Rehabilitation verwendet werden, welche nicht Forschungsgegenstand sind. Sehr wohl eingeschlossen ist die Versorgung von chronischen Krankheiten im Akutsektor des Gesundheitswesens.

Unter Settings verstehen wir hier die strukturell, nach den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie nach Finanzierung und Bezahlung unterscheidbaren Versorgungsumstände:

- stationärer Bereich
- tagesklinischer Bereich
- intramural-ambulanter Bereich
- extramuraler Bereich



Aspekte verlagerbarer Leistungen

Aspekte verlagerbarer Leistungen

- **Arten von Leistungen**

1. Chirurgisch-interventionelle
2. Diagnostische
3. Konservativ-therapeutische

Diese drei Kategorien unterscheiden sich unter anderem durch die Kapitalintensität, die Hygieneanforderungen, das Stadium der PatientInnenversorgung und die Dauer der Leistung

Aspekte verlagerbarer Leistungen

- **Verlagerungsrichtung**

1. Stationär → tagesklinisch
2. Stationär → intramural-ambulant
3. Stationär → extramural/hospital at home
4. Tagesklinisch → intramural-ambulant
5. Tagesklinisch → extramural
6. Intramural-ambulant → extramural
7. Betreuung im extramuralen Bereich so, dass keine stationäre Aufnahme notwendig wird
8. Betreuung im extramuralen Bereich so, dass keine intramural-ambulante Episode notwendig wird

Eine Umkehrung der Richtung der Verlagerung ist theoretisch denkbar, kommt jedoch in der Literatur kaum vor. Der Grund dürfte sein, dass nach dem Vorsichtsprinzip für viele Interventionen zunächst die höhere Versorgungsstufe gewählt wird, und erst dann eine Verlagerung in Betracht gezogen wird.

Aspekte verlagerbarer Leistungen

- **Arten der Substituierbarkeit**

1. **Gleichzeitige/gleichartige Substituierbarkeit**

Eine Leistung in Setting A wird ersetzt durch eine Leistung in Setting B

Beispiel: Eine intravitreale Injektion wird nicht mehr in der Spitalsambulanz sondern im extramuralen Bereich durchgeführt

2. **Sequentielle Substituierbarkeit**

Eine Leistung in Setting A führt dazu, dass eine andersartige Leistung in Setting B als Konsequenz nicht mehr erbracht werden muss

Beispiel: Intensive konservative Therapiebemühungen bei Hallux rigidus im extramuralen Bereich machen eine Operation unnötig

- **Vollständige oder teilweise Verlagerbarkeit**

Eine Leistung kann zur Gänze von Setting B in Setting A verlagert werden, oder ein Teilaspekt der Leistung kann von Setting B in Setting A verlagert werden

Beispiel: Eingriffe mit fast-track Chirurgie

Aspekte verlagerbarer Leistungen

- **Ausmaß der Verlagerbarkeit**

Für einen Teil der Leistungen ist eine Verlagerung des **gesamten Volumens** denkbar, wobei dies auch davon abhängt, auf welchem begrifflichen Aggregationsgrad „Leistung“ definiert wird. In der Regel wird aber nur ein **mehr oder weniger großer Teil des Volumens** verlagerbar sein, abhängig beispielsweise vom Schweregrad und dem Zustand der PatientInnen.

Beispiel: Schon aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands, einer Immunsuppression oder einer Gerinnungsstörung können auch einfache Operationen ein höherwertiges Setting erfordern



Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit

Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen

Eine Reihe von Einflussgrößen bestimmt, ob und in welcher Art und in welchem Ausmaß eine Leistung verlagerbar ist

- 1. Medizinische Voraussetzungen**
- 2. Voraussetzungen auf PatientInnenebene**
- 3. Voraussetzungen auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters**
- 4. Rahmenbedingungen**

Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen

Medizinische Voraussetzungen

1. Physiologische Machbarkeit

Ist von der Physiologie des Menschen die Durchführbarkeit im ambulanten Sektor machbar?
Beispiel: Operation am offenen Herzen ist derzeit kaum extramural machbar

2. Technische Machbarkeit

Existiert die Technologie sowie die konkrete Technik (Gerät und Prozess), eine Leistung in einem niederstufigen Setting zu erbringen? Dementsprechend spielen **Produktinnovation** und **Prozessinnovation** eine wichtige Rolle für die Verlagerbarkeit
Beispiel: Arterielle Interventionen von der distalen A. radialis aus statt von der femoralis ermöglicht sofortiges Heimgehen vs. stationäre Aufnahme

3. Verfügbarkeit

Sind die Gerätschaften dazu in einem Land bzw. einem GDA verfügbar?
Beispiel: Ohne CT keine CT-geführte Instillation von Anästhetikum/Cortisol (Bandscheibe)

4. Erlernbarkeit

Ist das konkrete Verfahren leicht erlernbar oder erfordert dies hohe Grundfertigkeiten und lange Übung?
Beispiel: Klassische Operation des chronischen Sinus pilonidalis erfordert mehrtägigen Krankenhausaufenthalt und Krankenstand; die pit-picking-Technik beherrschen in Österreich nur wenige, sie ist ambulant durchführbar ohne langen Krankenstand

Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen

Voraussetzungen auf PatientInnenebene

1. **Physischer Status (Allgemeinzustand, Komorbiditäten)**

Ein reduzierter Allgemeinzustand oder Komorbiditäten verringern die Möglichkeit ambulanter Leistungserbringung

2. **Psychischer Status**

a. **Noopsychisch:**

Bspw: Ist die PatientIn in der Lage, Termine wahrzunehmen und sich trotz Einschränkung aufgrund einer Operation zuhause zurecht zu finden?

b. **Thymopsychisch:**

Bspw: Depression oder Angst(-störung) können einen Aufenthalt trotz sonstiger ambulanter Erbringbarkeit nötig machen

3. **Ressourcen (individuell und in der Umwelt)**

Bspw: Sind Betreuungspersonen anwesend, ist die Wohnung für (temporäre) Adaptierungen geeignet? *Beispiel: „hospital-at-home“ nach fast track Chirurgie*

4. **Schwergrad der Erkrankung**

Z.B. Größe einer Exzisionsfläche, Gefahr von Sepsis

5. **Präferenzen**

Im Gegensatz zu den anderen Kategorien stellen Präferenzen keinen hinreichenden Grund dar, sich gegen eine ansonsten mögliche ambulante Erbringung zu entscheiden; sie wirken aber vor allem dort, wo PatientInnen selbst entscheiden können und können ungünstige Ergebnisse bewirken, z.B. der Wunsch nach einem One-stop-shop in der Ambulanz. Diese Präferenzen zu kennen ist wichtig, um geeignete Maßnahmen zur **Gestaltung** einerseits aber auch **Steuerung** andererseits zu treffen

Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen

Voraussetzungen auf Ebene der GDAs

1. **Räumliche Voraussetzungen**
2. **Technische/apparative Voraussetzungen**
3. **Personalvoraussetzungen (bspw: Strukturqualitätsvorgaben)**
 - a. **Personalstand**
 - b. **Skill-mix**
4. **Individuelle Voraussetzungen (Wissen, Beherrschen der Technik)**

Sowohl das **Wissen, welche Prozeduren** auch in einem anderen Setting erbracht werden können als auch das **Beherrschen der Technik** ist eine Voraussetzung

Im Management ist die **Fähigkeit zur Durchführung von Change-Prozessen** erforderlich
5. **Kooperation und sektorenübergreifende Planung**

Gerade um Leistungen in den extramuralen Bereich zu verlagern ist sektorenübergreifende Prozessplanung wichtig

Beispiel: Nimmt der Praktische Arzt in einer ländlichen Gemeinde nur einmal in der Woche Blut ab, ist es nicht möglich, eine Aufnahme zur Operation zu verhindern, wenn die Blutwerte nicht passend sind.

Alle diese Voraussetzungen bedingen eine gewisse Trägheit bei der Umsetzung von Maßnahmen und sind gleichzeitig Angriffspunkte insbesondere in Hinblick auf die Personalentwicklung



Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Während die medizinische Erbringbarkeit in einem anderen Setting Grundvoraussetzung ist und GDAs und PatientInnen als Akteure aufgefasst werden können, wirkt auf dieses Verhältnis eine Reihe von inneren und äußeren Rahmenbedingungen bzw. Einflussfaktoren. Diese können die **Verlagerung von Leistungen erleichtern oder erschweren**

1. Rechtliche Rahmenbedingungen
 - a. Technische und personelle Anforderungen
 - b. Haftungsfragen
 - c. Fragmentierung der Kompetenzen

2. Ökonomische Rahmenbedingungen
 - a. Kapital
 - a. Veränderbarkeit
 - b. Nutzung
 - b. Bezahlungssystem des GDA extramural/intramural
 - c. Finanzierung und Kostentragung
 - d. Bezahlung des Personals
 - e. Institutionelle und politökonomische Faktoren

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Rechtliche Rahmenbedingungen

1. Technische und personelle Vorgaben

Diese werden aus der Vergangenheit abgeleitet und bewirken damit immer einen gewissen Lag. Je weniger flexibel und je präziser sie sind, desto weniger gut können Innovationen in der Leistungserbringung umgesetzt werden.

Beispiele: fast-track Chirurgie mit niedrigeren Liegezeiten als vorgesehen; neue Versorgungslösungen, die aber strukturell oder von der Bezahlung her nicht in die derzeitige Gesetzeslage passen.

Dabei besteht auch die Gefahr der „**Maximumfalle**“: In vorwiegend guter Absicht werden im Rahmen der Gesetzgebung *maximale* Sicherheits- und Qualitätsmaßnahmen gefordert, statt der *optimalen*.

Beispiele: Verlagerungen von diversen kleineren chirurgischen Eingriffen können daran scheitern, dass niedergelassene ÄrztInnen maximale Anforderungen an die Strukturqualität nicht erfüllen wollen oder können; niedergelassene ÄrztInnen sind außerdem von Haftungsrisiken stärker bedroht als größere Einheiten (wie z.B. Krankenhäuser).

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Rechtliche Rahmenbedingungen

2. Haftungsfragen

Häufig in der Literatur zu finden sind Haftungsfragen als Hinderungsgrund für die ambulante Leistungserbringung. Da Menschen überwiegend **risikoavers** sind, werden sich PatientInnen wie Behandler und auch das Management eher für die höherstufige Versorgung entscheiden, auch wenn dies weder gesundheitswissenschaftlich noch ökonomisch sinnvoll ist. Dies umso eher, **je höher das Risiko und je unklarer das Risiko**. Dem kann durch Evidenz, Qualitätsmessung und die Kommunikation entgegengewirkt werden. Hier kommt Österreich seine **wenig entwickelte Qualitäts- und Fehlerkultur** ungelogen.

Praktisch alle Interviewpartner nennen das Thema als wichtigen Hemmschuh für Verlagerungen. Man greife rasch auf höhere Versorgungsstufen zu, da man sich so nicht Kritik oder rechtlicher Unsicherheit aussetze.

Beispiel: Polypektomie. Im niedergelassenen Bereich werde häufig gescheut, Polypen im Zuge einer Koloskopie zu entfernen. Die Folge sei eine Zuweisung ins Spital, wo dann eine zweite, eigentlich unnötige Koloskopie durchgeführt werde.

Erstaufnahme: KollegInnen scheuen das Risiko auch im extramuralen Bereich behandelbare PatientInnen wegzuschicken.

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

1. Bindung und Veränderbarkeit des Kapitals

Für die Erbringung ambulanter Leistungen sind oft Veränderungen des Anlagekapitals erforderlich. Die Diffusion neuer Technologie wird behindert, wenn Anschaffungen erst jüngst getätigt wurden. **Dementsprechend müssen auch für Investitionen frühzeitig klare Vorgaben in Richtung Verlagerung gemacht werden.**

2. Vorhandensein und Nutzungsmöglichkeit des Kapitals

Soll in ein anderes Setting verlagert werden, sind in der Regel Investitionen in Anlagekapital erforderlich. Dieses muss sich jedoch durch Nutzung amortisieren. Leerstehende Eingriffsräume in Arztpraxen machen somit eine Verlagerung dorthin unattraktiv.

In diesem Zusammenhang stellt der hohe Anteil an Einzelpraxen in Österreich ein Verlagerungshindernis in den extramuralen Bereich dar: Die notwendige Infrastruktur kann von mehreren ÄrztInnen eher betriebswirtschaftlich sinnvoll genutzt werden.

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

3. **Bezahlungssystem des GDA**

Von Bezahlungssystemen geht ein starker Anreiz für das Handeln auch im Gesundheitswesen aus. Dabei spielen mehrere Faktoren eine Rolle

Nichtexistenz einer Abrechnungsposition

Ein GDA wird eine Leistung nur dann erbringen, wenn diese auch abrechenbar ist. Dies klingt zunächst banal, spielt jedoch eine gewisse Rolle in den Interviews. In diesem Zusammenhang spielt auch die Art der Substituierbarkeit eine Rolle: Bei der Gestaltung des Tarifsystems sollte auch darauf geachtet werden, welche Leistungen beispielsweise im extramuralen Bereich nicht abgegolten werden, die eine spätere Leistung verhindern können.

Degressionsregeln

Existieren Degressionsregeln im Tarifsystem für den extramuralen Bereich, aber nicht im intramuralen Bereich, so wird die Verlagerung möglicherweise entgegen dem gesellschaftlichen Optimum angereizt.

Kostendeckung bzw. Marge

Die Erbringung einer Leistung wird nur dann im gewünschten Setting erfolgen, wenn die Marge des Tarif vom GDA als ausreichend betrachtet wird.

Entgelte privater Zusatzversicherungen

Stellen einen Hemmschuh dar, weil eine weniger aufwändige Leistung mit weniger Sonderklasseentgelt verbunden ist, selbst wenn es solche Entgeltvereinbarungen gibt²³

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

3. Bezahlungssystem des GDA

Beispiele

Nichtexistenz einer Abrechnungsposition

Beispiel: Die Laborwerte BNP und ProBNP dienen der Diagnose und Verlaufskontrolle von Herzinsuffizienz. Sie werden von manchen Kassen aber nur bei Linksherzinsuffizienz erstattet, nicht bei Rechtsherzinsuffizienz. Die Folge ist, dass PatientInnen mit pulmonaler Hypertonie für diese Untersuchung vom Pulmologen in die Ambulanz geschickt werden.

Degressionsregeln

Beispiel: Blutgasbestimmungen werden pro Patient nur einmal bezahlt. Für eine Einstellung der Sauerstofftherapie werden aber vier Werte benötigt (In Ruhe, bei Belastung, beides mit und ohne Sauerstoff). Daher werden PatientInnen gleich in die Spitalsambulanz geschickt, wo eine solche Limitation kein Thema ist.

Kostendeckung bzw. Marge

Beispiel: Diverse Infusionstherapien, die im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden könnten. Sie erfordern jedoch in der Regel eine Möglichkeit, sich hinzulegen und ggf. eine zeitweise Aufsicht. Die ist jedoch nicht in den Tarif einkalkuliert, die PatientInnen werden ins Spital geschickt.

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

4. Finanzierung der Leistungen bzw. Kostentragung

Ein bekanntes Hemmnis in der Verlagerung ist die fragmentierte Finanzierung. Die Leistungsverschiebung in den extramuralen Bereich belastet die SV und erfordert einen Mitteltransfer. Dieser ist mit den „virtuellen Töpfen“ der Zielsteuerung grundsätzlich möglich. Problematisch erweist sich aber, dass die Vertragspartner extramural einen Tarif erwarten, der neben den variablen Kosten auch einen Deckungsbeitrag enthält. Das Land jedoch kann die Fixkosten nicht umgehend abbauen und ist daher nur zum Mitteltransfer der variablen Kosten bereit.

Hier können Überbrückungsfinanzierungen für die up-front-Kosten und längerfristige Planungen helfen

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

5. Institutionelle und politökonomische Faktoren

Sowohl Management als auch Belegschaft verfolgen **Eigeninteressen**. So hängt das Prestige eines Abteilungsvorstands oder Krankenhausdirektors auch am kontrollierten Personal und Budget. Es besteht somit der disincentive, Verlagerungen durchzuführen. Letztlich stellt die Verlagerung auch einen mühsamen Prozess dar, welcher vermieden wird.

Auch die **Fähigkeit zum change management** kann gering ausgeprägt sein. Hier kann **capacity building** im Sinne von Schulungen sinnvoll sein.

Das Personal kann im Angesicht der PatientInnen mit „*street-level bureacracy*“ reagieren im Glauben, das beste für die PatientInnen zu tun. Das Personal kann auch Befürchtungen hegen, mit der Mitwirkung an der Ambulantisierung seinen eigenen Abbau zu betreiben.

Maßnahmen wären hier die Aufklärung über Komplikationsraten und den Nutzen für PatientInnen sowie der Hinweis über die zukünftige Bedarfsentwicklung

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Ökonomische Rahmenbedingungen

5. Institutionelle und politökonomische Faktoren

Beispiele: Ein Interviewpartner berichtete vom Bestreben, Herzkatheter vermehrt tagesklinisch anzubieten. Die Pflegedirektion stellte sich jedoch dagegen, da dadurch eine Pflegeplanstelle abgebaut würde.

Ein anderer Interviewpartner berichtete, dass die MTAs an seiner Abteilung PatientInnen zur Herzschrittmacherkontrolle immer einbestellten statt diese an den niedergelassenen Bereich zu verweisen, da sie ihre eigenen Stellen nicht gefährden wollten.

Scoping Review Auszug

Genauere Fragestellung

- Welche **operativ-interventionellen Leistungen** können vom stationären in den tagesklinischen, intramuralen-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **verlagert werden**?
 - Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der operativ-interventionellen Leistungen **für die PatientInnen**?
 - Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der operativ-interventionellen Leistungen **für das Gesundheitssystem**?
 - Welche **Rahmenbedingungen sind erforderlich bzw. wie müssen die Rahmenbedingungen ausgestaltet sein**, damit **operativ-interventionelle Leistungen verlagert werden können**?
- ➔ Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird die **Evidenz von wissenschaftlichen Studien herangezogen**

Vorgehensweise/1

Zur Ermittlung der wissenschaftlichen Studien bedarf es folgender Vorgehensweise:

1. Definition für die Ein- und Ausschlusskriterien zur Einbeziehung von wissenschaftlichen Studien
2. Spezifikation der Literatursuche durch Festlegung der Suchstrategie
3. Literatúrauswahl

Vorgehensweise/2

Definition der Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Sprache	Deutsch, Englisch
Erscheinungsjahr	2000 oder jünger
Artikelarten	Primärstudien, Systematische Literaturüberblicke

Ausschlusskriterien	
Artikelarten	Konferenz-Abstracts, Briefe an den Editor, Kommentare
Verfügbarkeit	Artikel, bei denen keine Volltextversion verfügbar ist

Vorgehensweise/3

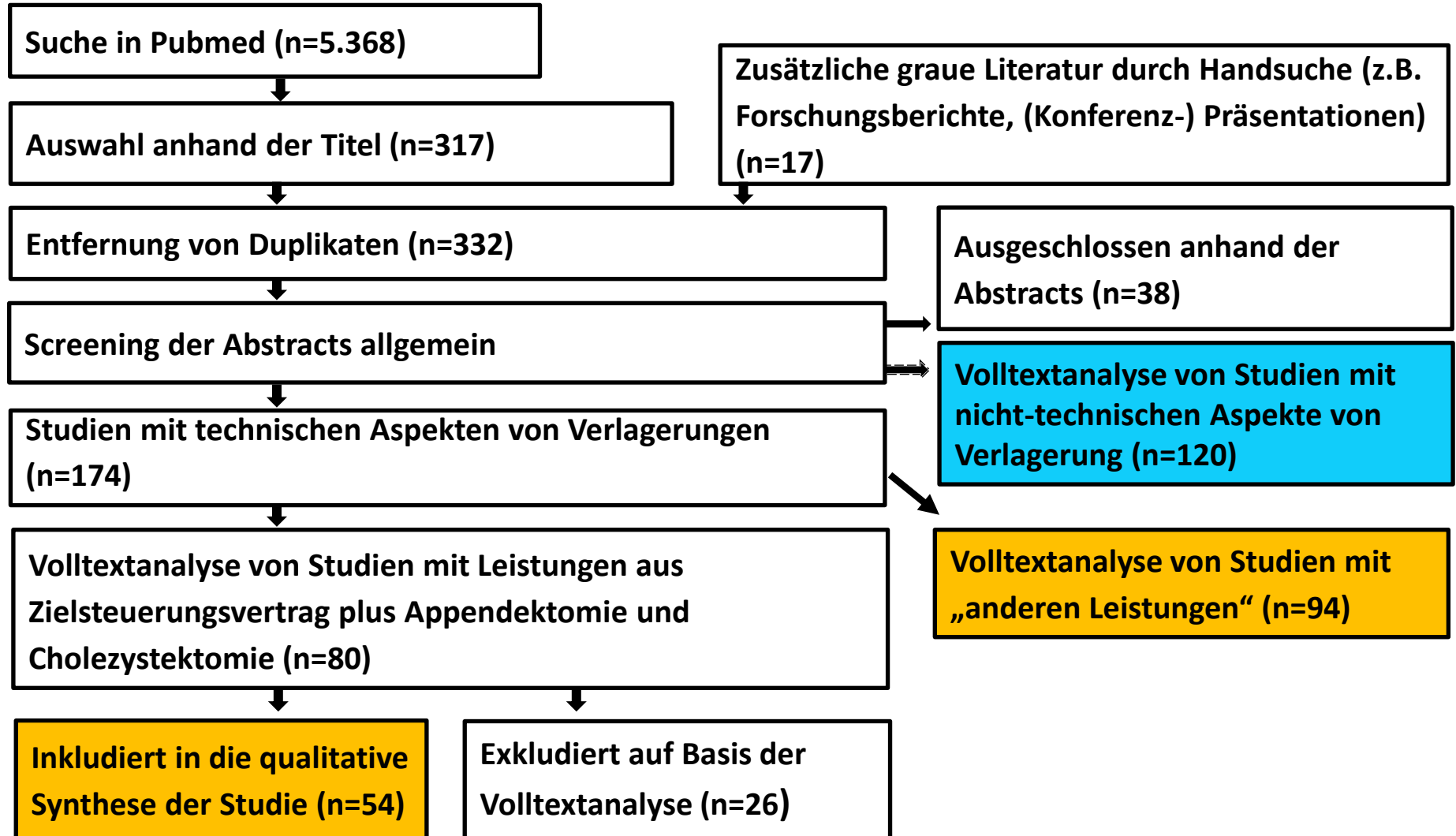
Literatursuche und Festlegung der Suchstrategie

- Literatursuche wurde im August und September 2018 in folgender Datenbank durchgeführt:
 - **PubMed** (US National Library of Medicine, National Institutes of Health)
- Angewandte Suchstrategie (siehe nächste Folie)

Vorgehensweise/4

Titel	((day surg*[Title]) OR (ambulatory surg*[Title]) OR (outpatient surg*[Title]))
Titel/Abstract	((ambulatory surgical intervent*[Title/Abstract]) OR ambulatory surgical proced*[Title/Abstract]) OR ambulatory surgical treatmen*[Title/Abstract]))
	(((((day surg*[Title/Abstract] OR ambulatory surg*[Title/Abstract] OR outpatient surg*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical intervent*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical proced*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical treatmen*[Title/Abstract] OR outpatient surgical intervent*[Title/Abstract] OR outpatient surgical proced*[Title/Abstract] OR outpatient surgical treatmen*[Title/Abstract])) AND (shift[Title/Abstract] OR transition[Title/Abstract]))))
	(((((day surg*[Title/Abstract] OR ambulatory surg*[Title/Abstract] OR outpatient surg*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical intervent*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical proced*[Title/Abstract] OR ambulatory surgical treatmen*[Title/Abstract] OR outpatient surgical intervent*[Title/Abstract] OR outpatient surgical proced*[Title/Abstract] OR outpatient surgical proced*[Title/Abstract])) AND setting[Title/Abstract]))

Vorgehensweise/6



Ergebnisse: Studien mit technischen Aspekten von Verlagerung

- Die Datenextraktion wurde von zwei Personen (AC, MK) durchgeführt.
- Eine **detaillierte Darstellung der Ergebnisse, gegliedert in die vier Fragestellungen**, erfolgt für jene operativen Leistungen, die lt. **Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 tagesklinisch-stationär oder ambulant** erbracht werden.

Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindest- wert	(internationaler) Benchmark
Adenotomie/Paracentese	CB010, FA010	41,6 %	40 %	60 %
Curettage	JK030	46,5 %	50 %	70 %
Hernien OP*	LM080, LM090	3,4 %	15 %	40 %
Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	61,2 %	65 %	90 %
Knie Arthroskopie	NF020	16,8 %	30 %	80 %
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	38,5 %	40 %	60 %
Varizen OP	EK030, EK035, EK040, EK050	17,8 %	30 %	60 %
Katarakt OP	BF010, BF020	78,5 %	70 %	90 %
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, ND030, ND040, ND050, NJ080, NZ020	32,5 %	40 %	70 %
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	HA010, QA020, QA040, QZ020, QZ030	41,2 %	40 %	70 %
sonst. Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030,	77,3 %	70 %	90 %
sonst. Eingriffe HNO	CB020, GB020	1,7 %	20 %	40 %
sonst. Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	52,2 %	60 %	90 %
sonst. Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	35,7 %	40 %	70 %

* Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.

Ergebnisse: Herz-Kreislauf-System

Für folgende **Interventionen** wird eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit **in der Literatur unterstützt**

Interventionen am Herz-Kreislauf-System	Literaturquelle
Herzkatheterisierung	Cullen et al. 2009
Perkutane transluminale Koronarangioplastie mit Stent	Leroy et al. 2017, Roth und Pellegrini 2015
Gleichstrom-Kardioversion für Vorhofflimmern	Moncrieff et al. 2001
Angioplastie der Bauch- oder Extremitätenarterien mit Stent	Leroy et al. 2017

Quelle: IHS 2018

Ergebnisse: Interventionen am Auge

Katarakt → detaillierte Analyse

	Studiendesign	Prozedur	Patientensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Atalla et al. 2000	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten mit der Fragestellung ob Katarakt-OP stationär oder ambulant durchgeführt wurden; Zeitraum: Februar-März 1998; Ort: Australien; n=671	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, mit hoher Patientensicherheit <u>Häufigkeit:</u> - 66% der OPs wurden ambulant - 34% der OPs wurden stationär durchgeführt	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Komplikationsrate bei - ambulanter OP: 5,4% - stationärer OP: 10,6%	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Als Ursache für eine stationäre OP wurden u.a. genannt: Ko-Morbiditäten wie Asthma und COPD, fehlende Pflegekraft im Eigenheim, Transportprobleme
Aylin et al. 2005	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten (Krankenhausepisoden-Statistik) zur Ermittlung der Anzahl an tagesklinisch durchgeführten OPs; Zeitraum: 1996/7-2003/4; Ort: Großbritannien	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> Die Anzahl an tagesklinisch durchgeführten OPs stieg im Untersuchungszeitraum von 59,2% auf 93,2%	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> k.A.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

Ergebnisse: Interventionen am Auge

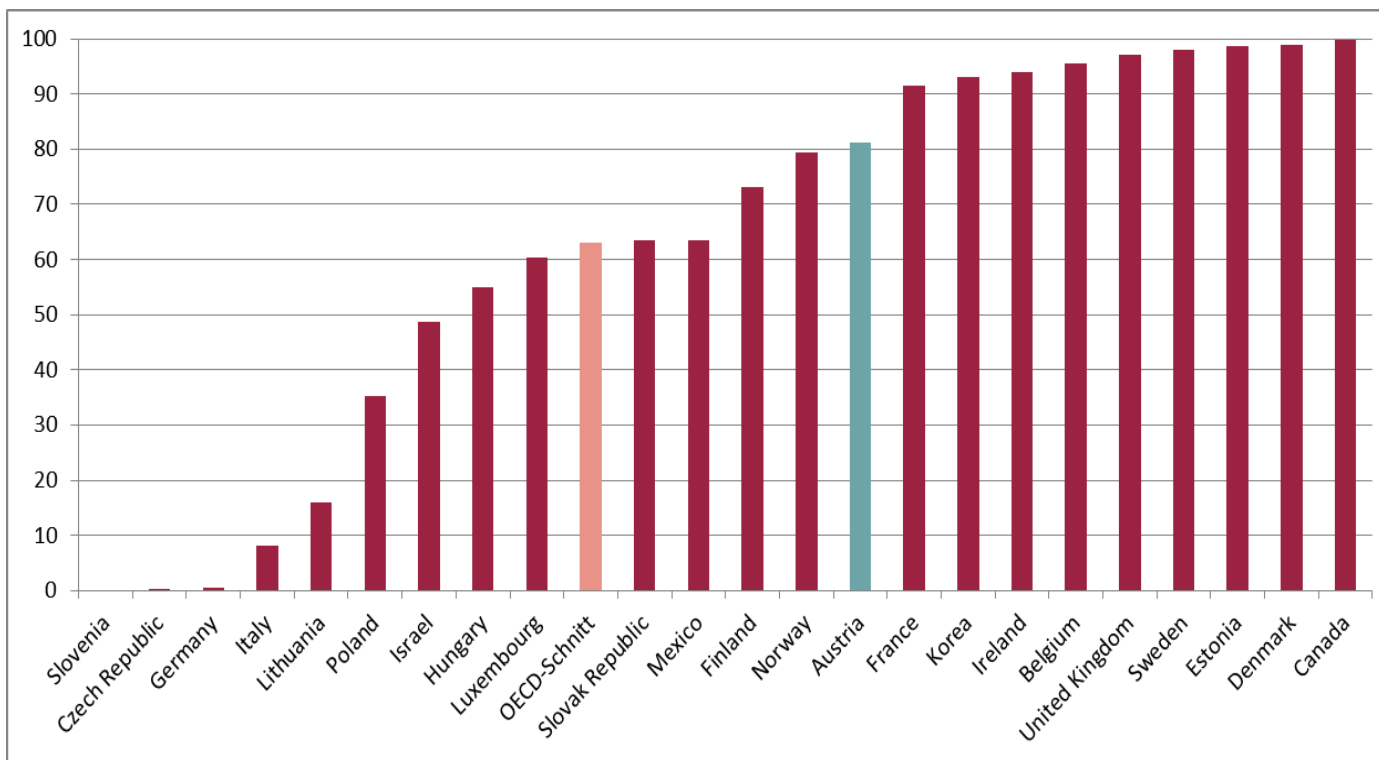
Für folgende WEITERE **Interventionen** wird eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit **in der Literatur unterstützt**

Interventionen am Auge	Literaturquelle
Glaukom-Operationen	Gilliard et al. 2006, Leroy et al. 2017
Schieloperation	Langmann et al. 2004, Gilliard et al. 2006, Van de Sande et al. 2012
Korneatransplantation	Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Hagelkorn-Operation	Marsden et al. 2016
Dakryozystorhinostomie und Eingriffe am Ductus nasolacrimalis	Leroy et al. 2017
Reparatur eines Netzhautrisses oder einer Netzhautablösung (mittels Laserphotokoagulation)	Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Operationen an den Augenlidern	Cullen et al. 2009

Quelle: IHS 2018

Interventionen am Auge – internationaler Vergleich

Katarakt-Operationen, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Ergebnisse: Interventionen an Nase, Mund und Rachen

Tonsillektomie/Adenotomie → detaillierte Analyse

	Studiendesign	Prozedur	Patientensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Aylin et al. 2005	Siehe Tabelle 3	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> Die Anzahl an tagesklinisch durchgeführten OPs stieg im Untersuchungszeitraum von 3,1% auf 8,0%	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3
Ahmad et al. 2010	Retrospektive Analyse anhand von 267 PatientInnen-Daten ob eine ambulante Durchführung eine Tonsillen-OP für die PatientInnen „sicher“ ist; Zeitraum: 01/2006-12/2007; Ort: Malaysia; n=267	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Hohe Sicherheit ist auch bei einer ambulanten Durchführung einer Tonsillen-OP gewährleistet Komplikationsrate Intra-operativ: 4,5% Post-operativ: 7,2% Die häufigsten post-operativen Komplikationen waren Nachblutungen bzw. Infektionen	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

Ergebnisse: Interventionen an Nase, Mund und Rachen

Leroy et al. 2017	Siehe Tabelle 3	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u></p> <p>Ja</p> <p><u>Häufigkeit:</u></p> <p>- Im Durchschnitt über die 100 Krankenhäuser werden 88,8% der OPs tagesklinisch durchgeführt; min=2,7%, max=100,0%</p>	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3
Steiner et al. 2017	Siehe Tabelle 3	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u></p> <p>Ja</p> <p><u>Häufigkeit:</u></p> <p>- 95,6% der OPs wurden ambulant - 4,4% der OPs wurden stationär durchgeführt</p>	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3	Siehe Tabelle 3

Ergebnisse: Interventionen an Nase, Mund und Rachen

Bartier et al. 2018	<p>Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten wie sich die Eröffnung einer tagesklinischen OP-Einheit auf die Durchführung von Tonsillen-OPs auswirkt; Zeitraum: 10/2013-12/2014; Ort: Frankreich; n=179 (51 Erwachsene, 128 Kinder)</p>	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> Erwachsene: - 37,3% tagesklinisch - 62,7% stationär Kinder: - 69,5% tagesklinisch - 30,5% stationär</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Komplikationsrate (Nachblutung) Erwachsene: - 35,3% tagesklinisch - 25,0% stationär Kinder: - 8,3% tagesklinisch - 7,7% stationär Ungeplante stationäre Aufnahme: 11,1% der Fälle, Gründe: Komplikationen bei der Anästhesie, organisatorische Probleme Ungeplanter Besuch einer Notaufnahme: 1,9% der Fälle, Grund: Nachblutung</p>	<p><u>Kosten:</u> k.A.</p>	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Eine tagesklinische Durchführung einer Tonsillen-OP bedarf folgender Voraussetzungen: - Enge Zusammenarbeit zwischen ChirurgInnen und AnästhesistInnen um gemeinsam geeignete PatientInnen für eine tagesklinische Durchführung der OP zu selektieren und um damit ungeplante stationäre Aufnahmen so gut wie möglich zu vermeiden - Intensive Aufklärung der PatientInnen und deren Angehörigen was eine tagesklinische Durchführung der OP bedeutet - 24-Stunden-Notfalls-Hotline für PatientInnen im Fall von Komplikationen wie z.B. Nachblutungen</p>
----------------------------	--	--	---	--------------------------------	--

Anmerkung: OP=Operation
Quelle: IHS 2018

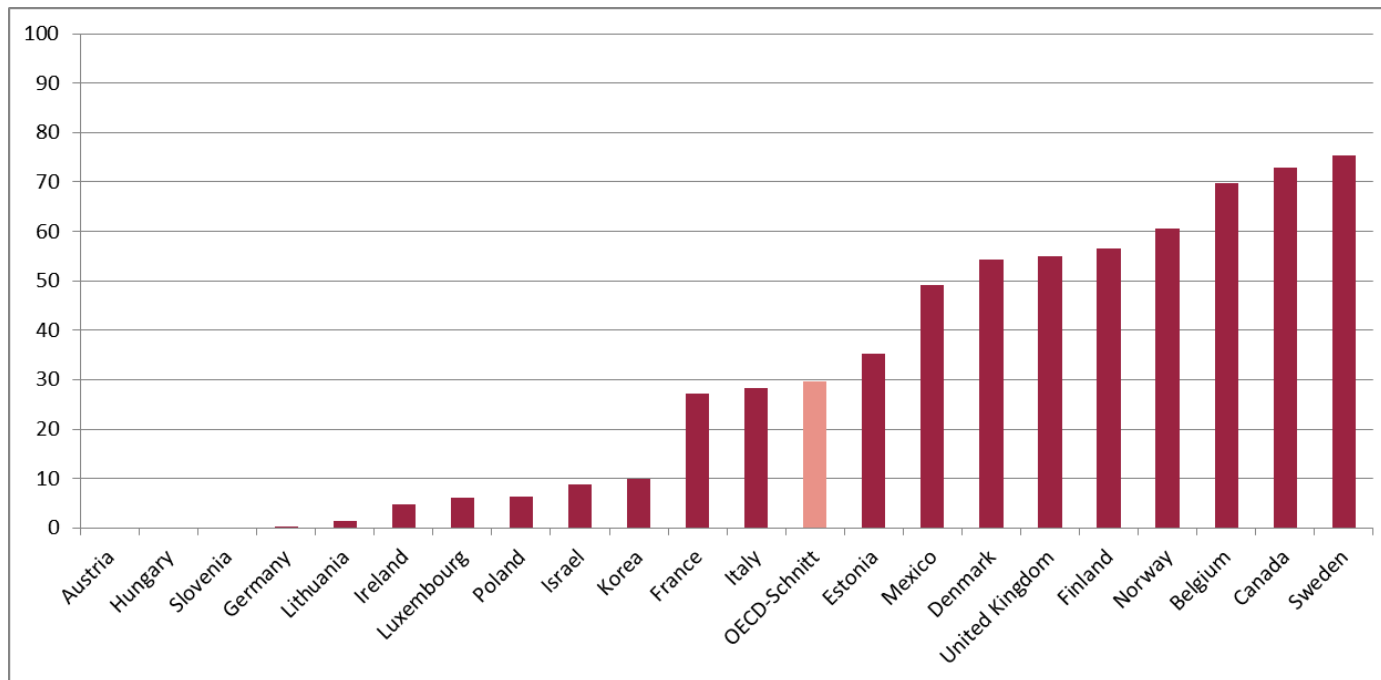
Ergebnisse: Interventionen an Nase, Mund und Rachen

Für folgende WEITERE **Interventionen** wird eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit **in der Literatur unterstützt**

Interventionen an Nase, Mund und Rachen	Literaturquelle
Rhinoplastik	Gilliard et al. 2006, Cullen et al. 2009, Steiner et al. 2017
Turbinektomie	Cullen et al. 2009
Ethmoidektomie	Mahboubi und Bhandarkar 2015, Kérimian et al. 2018
Schließen einer Sinusfistel	Leroy et al. 2017
Reparatur einer Lippenspalte	Rosen et al. 2003, Arneja und Mitton 2013, Albert et al. 2014
Sialadenektomie, partiell	Leroy et al. 2017
Exzision einer Speicheldrüsenläsion	Leroy et al. 2017
Behandlungsfälle von Unterkieferfrakturen	Subramaniam et al. 2018
Thyreoidektomie, teilweise oder vollständig	Teoh et al. 2008, Houlton et al. 2011, Sahmkow et al. 2012, Steiner et al. 2017
Lobektomie der Schilddrüse, einseitig	Champault et al. 2009, Leroy et al. 2017
Ambulante Laryngopharyngealchirurgie	Maboubi und Verma 2013

Interventionen an Nase, Mund und Rachen – internationaler Vergleich

Tonsillektomie/Adenotomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Ergebnisse: Interventionen am Verdauungssystem

Hernien-OP + Appendektomie und Cholezystektomie → genauere Analyse

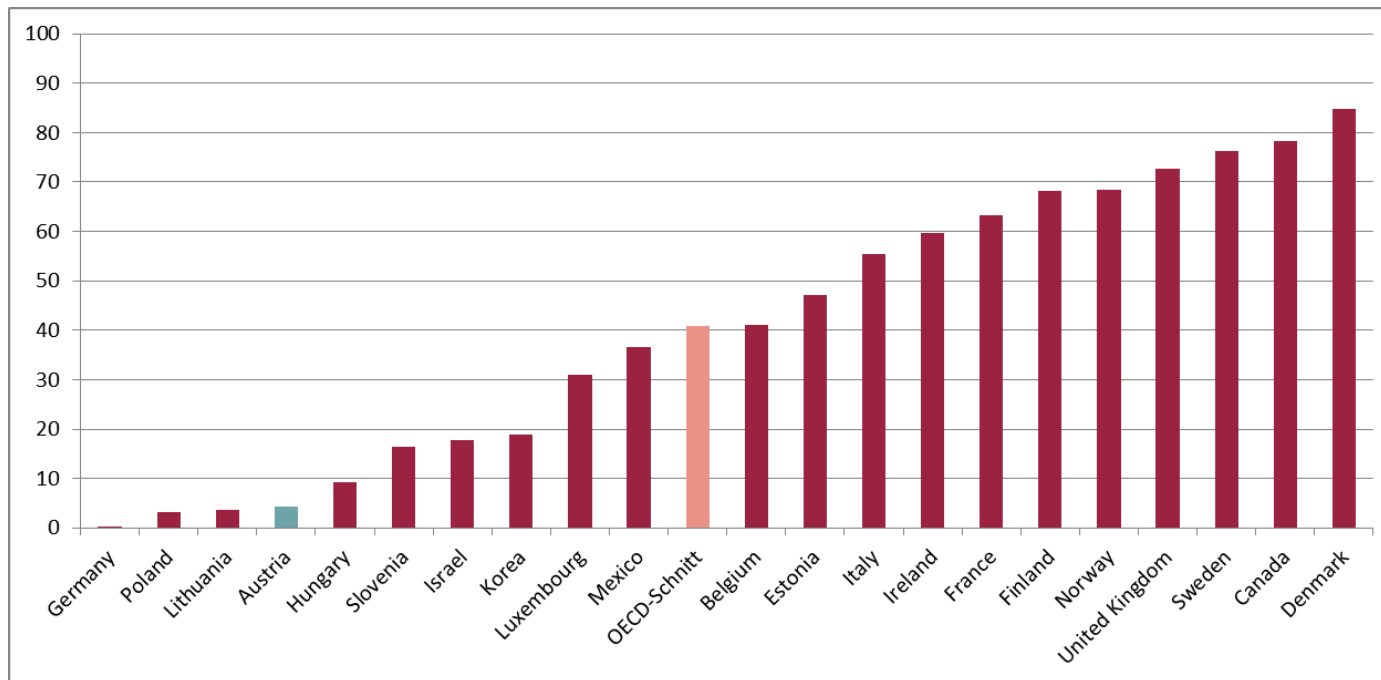
Für folgende WEITERE **Interventionen** wird eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit **in der Literatur unterstützt**

Ergebnisse: Interventionen am Verdauungssystem

Interventionen am Verdauungssystem	Literaturquelle
Dilatation der Speiseröhre	Cullen et al. 2009
Laparoskopische Fundoplicatio (bei sorgfältig selektierten PatientInnen und chirurgischer Expertise)	Finley und McKernan 2001, Mariette und Pessaux 2011, Thomas und Agrawal 2011a
Endoskopische Entfernung einer Läsion im Gastrointestinaltrakt (ausgenommen Anusverfahren)	Gilliard et al. 2006
Endoskopische Polypektomie des Dickdarms	Cullen et al. 2009
Laparoskopische Sleeve-Gastrektomie (bei sorgfältig selektierten PatientInnen)	Badaoui et al. 2016, Lalezari et al. 2018
Bariatrische Chirurgie, laparoskopisch einstellbares Magenband bzw. Magenbypass bzw. Volumsreduktion	Kormanova et al. 2004, McCarty 2006, Arkinson et al. 2010, Cobourn et al. 2010, Steiner et al. 2017
Bauchdeckenstraffung	Stevens et al. 2007
Endoskopie des Dünndarms/Dickdarms, mit oder ohne Biopsie	Cullen et al. 2009
Lokale Exzision von analen Läsionen und Sphinkterektomie und Anoplastik	Leroy et al. 2017
Laparoskopische Kolektomie	Steiner et al. 2017, Gignoux et al. 2018
Laparoskopische Rektopexie	Vijay et al. 2008
Hämorrhoiden-Operationen inklusive Anoplastik	Guy et al. 2003, Bertolini et al. 2004, Mlakar und Kosorok 2004, Gilliard et al. 2006, Caviglia et al. 2009

Interventionen am Verdauungssystem – internationaler Vergleich

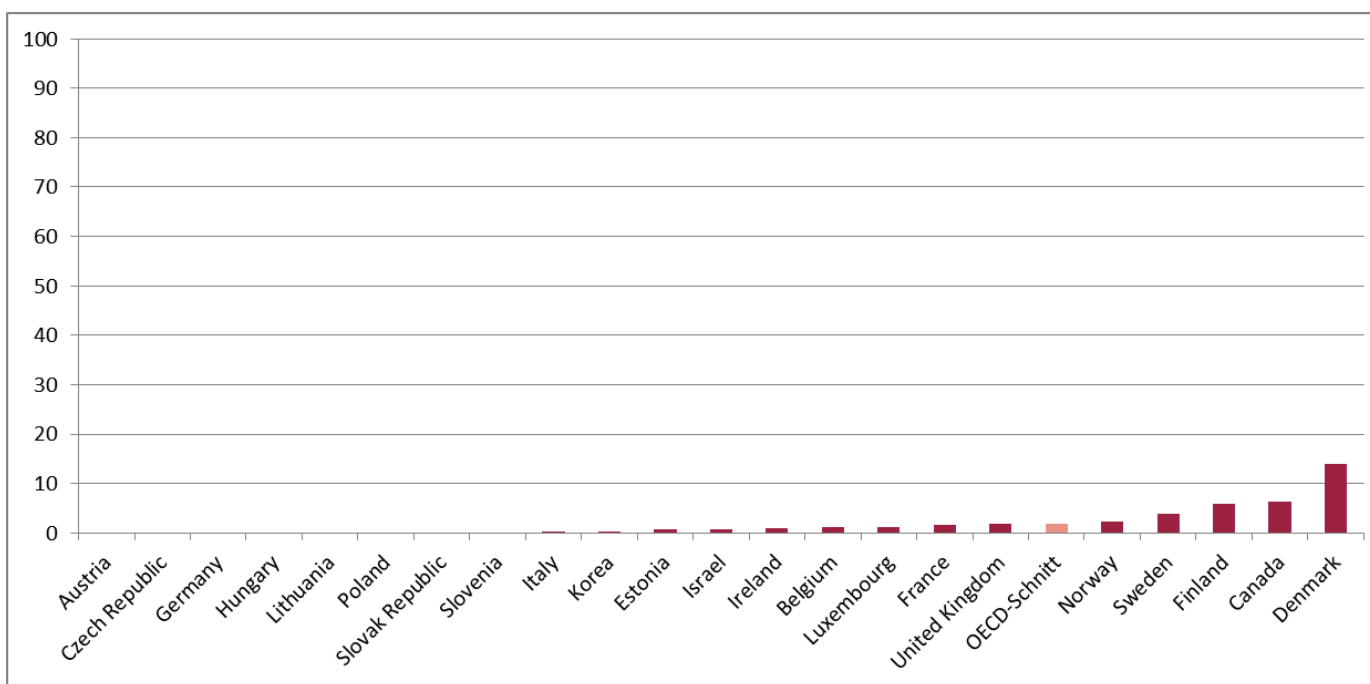
Hernien-Operation, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Interventionen am Verdauungssystem – internationaler Vergleich

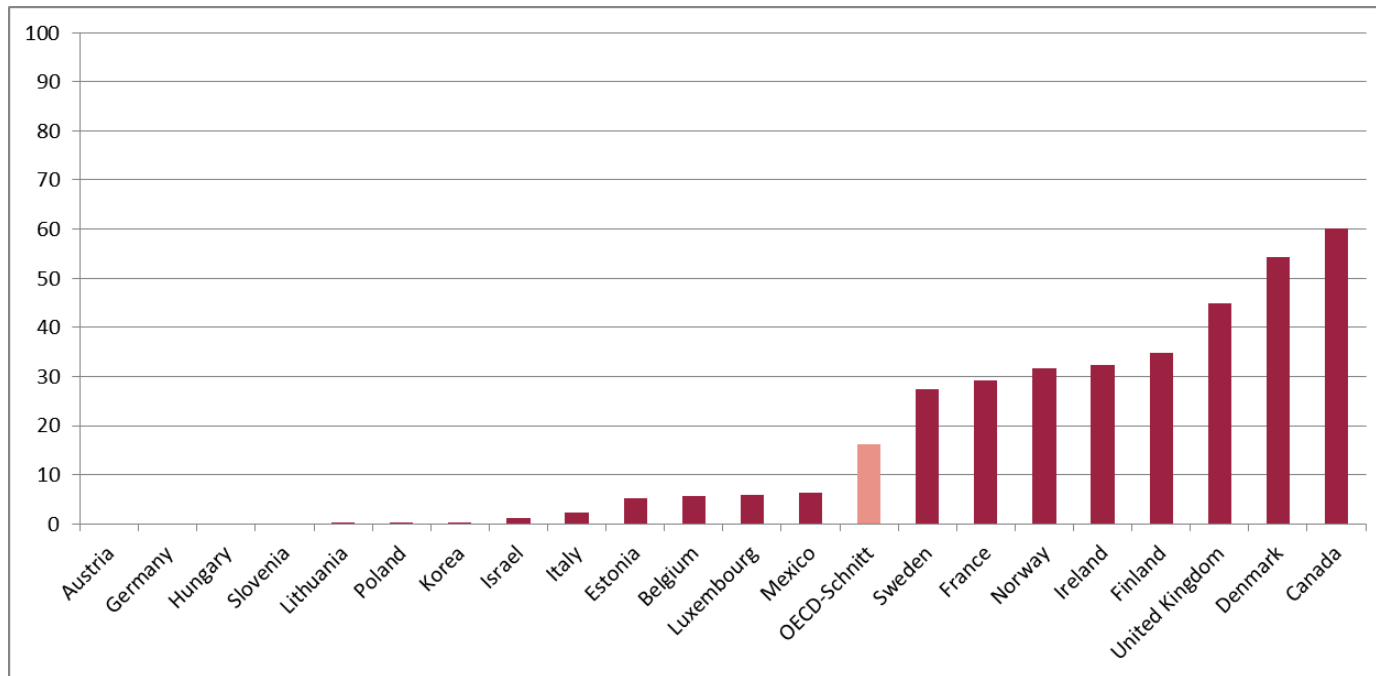
Appendektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Interventionen am Verdauungssystem – internationaler Vergleich

Cholezystektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Ergebnisse: PatientInnensicht

PatientInnensicht

Berg et al. 2013

Ziel: Untersuchung der PatientInnen-Wahrnehmung von tagesklinisch durchgeführten OPs mit speziellem Fokus auf notwendige Voraussetzungen für die Genesung zu Hause mittels semi-strukturierter Interviews.

Ort: Schweden

Jahr: 06/2011–12/2011

N: 31

Ergebnis:

Im Rahmen der Interviews wurden 3 große Themenbereiche angesprochen, welche die Genesung zu Hause beeinflussen:

- **Bedingungen für die Genesung zu Hause (Bedingungen, welche die Genesungsdauer beeinflussen)**
 - Vorbereitung auf die OP durch die PatientInnen selbst, d.h. Fokussierung auf den Genesungsprozess zu Hause, Vorbereitung auf etwaige Komplikationen, emotionale Vorbereitung auf die OP an sich.
 - Positive Einstellung der PatientInnen auf die OP und den Genesungsprozess, d.h. eine positive Stimmung und optimistische Einstellung bzgl. des Ergebnisses der OP wirken fördernd auf den Genesungsprozess.
 - Schaffung eines Sicherheitsgefühls nach der Entlassung durch die PatientInnen selbst, z.B. durch die Möglichkeit auf ein persönliches Netzwerk an vertrauten Personen zurückgreifen zu können.
 - Bereitstellung von (nützlichen) Information für PatientInnen bzgl. des Genesungsprozesses.
 - Bereitstellung von individuellen Strategien für PatientInnen zur Selbstversorgung zu Hause, z.B. Wundversorgung, Körperhygiene, Diät.

Ergebnisse: Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen

**Mikos und Downes
2005**

Ziel: Untersuchung der Voraussetzungen, um gynäkologische OPs (Hysteroskopie, Myomektomie, Polypektomie, Kolposkopie, Endometriumablation, Laparoskopie, Sterilisierung, Einsetzen einer suburethralen Schlinge, Periurethrale Injektion, Unfruchtbarkeitsuntersuchungen, Eizellenentnahme, vaginale Hysterektomie, Prolapsoperation unter Lokalanästhetikum, Onkologie) in einem ambulanten Setting durchführen zu können.

Ort: Großbritannien

Ergebnis:

In der Studie wurden u.a. folgende notwendige **Voraussetzungen** genannt:

- **Training** (insbesondere der jungen ChirurgInnen) hinsichtlich ambulanten Operierens. Das Training soll folgende Punkte umfassen:
 - **OP-Durchführung/Technik:** Schulung der ChirurgInnen dahingehend 1) was es bedeutet, „wache“ (nicht in Vollnarkose befindliche) PatientInnen zu operieren und 2) damit verbundenes intra-operatives Verhalten.
 - **PatientInnenselektion:** nicht alle PatientInnen sind für eine ambulante Durchführung von OPs geeignet (z.B. aufgrund von Komorbiditäten).
 - **PatientInnenaufklärung:** Aufklärung der PatientInnen u.a. 1) was eine ambulante Durchführung der OP bedeutet, 2) welche Vorteile aber auch Risiken damit einhergehen, 3) was das für die Rekonvaleszenz zu Hause/im eigenen Umfeld bedeutet und 4) was fehlende Compliance bedeuten kann.
 - **Entscheidungskriterien:** bei welchen Kriterien 1) eine ambulante Durchführung einer OP nicht sinnvoll erscheint und 2) eine stationäre Aufnahme notwendig ist.

Ergebnisse: Kosten

Kosten

**Fabricant et al.
2016**

Ziel: Untersuchung, inwiefern die ambulante Durchführung von pädiatrisch-orthopädischen OPs (Schulterstabilisierung, ACL-Rekonstruktion, Meniskusrekonstruktion, OCD-Fixierung, Chondroplastie, Entfernung freier Gelenkkörper, Meniskektomie) in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie kostengünstiger ist als eine stationäre Durchführung.

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika

Ergebnis:

Die Studie kam zu folgendem Ergebnis:

- Bei einer ambulanten Durchführung der OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie können zw. 17% und 43% an Kosten im Vergleich zu einer stationären Durchführung eingespart werden. Kosten unterteilen sich in **direkte** (Einzelposten Vorräte und Ausstattung, Zeit im OP-Saal, Anästhesiezeit, Zeit im Aufwachraum, radiologische, pathologische und laboratorische Services, chirurgische Implantate, Einwegartikel, dauerhafte medizinische Ausstattung, Medikamente, Implantate) und **indirekte** (Gehälter, Sozialleistungen, Instandhaltung und Betrieb des Gebäudes, administrative Kosten, Housekeeping, Gemeinkosten der Hilfsmittel, Gebäudeabschreibung, sonstige betriebliche Erträge) **Kosten**.
- 80% der Kosteneinsparungen können auf Zeitersparnisse (durchschnittlich 64 Minuten kürzerer Aufenthalt im OP-Saal, 47 Minuten davon entfallen auf chirurgischen Faktoren und 17 Minuten auf anästhetische Faktoren) zurückgeführt werden.



Conclusio

Conclusio

- Die Literatur zeigt zahlreiche Operationen auf, die in einem TK/ambulanten Setting durchgeführt werden könnten, in Ö aber gänzlich oder zu einem Großteil stationär durchgeführt werden (Beispiel: Cholezystektomie, interventionelle Kardiologie)
- Das scoping review zeigt für diese vergleichbare Outcomes, Komplikationsraten, bessere PatientInnenzufriedenheit bei geringerem Ressourceneinsatz...
- ...wenn die PatientInnenauswahl, die PatientInnenvorbereitung richtig durchgeführt werden und der GDA die Voraussetzungen mitbringt
- PatientInnenpräferenzen sind bei der Planung zu berücksichtigen
- In Österreich stehen der Verschiebung von Operationen in den ambulanten Bereich viele institutionelle, organisatorische und ökonomische Faktoren synergistisch entgegen
- Es empfiehlt sich, konkrete Themen zu analysieren und mit den Systempartnern die Umsetzungshindernisse zu beseitigen