

Spitallandschaft im Wandel

Aufbau eines chirurgischen ambulanten Zentrums – Herausforderungen der ambulanten chirurgischen Versorgung



PD. Dr. med. Daniel M. Frey

Die Schweiz besitzt eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, welche für die Bevölkerung einen schnellen und einfachen Zugang zu hochwertigen Spitalleistungen sicherstellt. Die Spitallandschaft hat sich aber vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen und Rahmenbedingungen stark verändert und ist heute weder operativ noch finanziell nachhaltig aufgestellt.

Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aufgrund von demografischen Entwicklungen (Bevölkerungszuwachs und Überalterung) steigt, die Tarife und Vergütungen sind nicht kostendeckend, der Fachkräftemangel wird zunehmend spürbar und die politisch motivierte Regulierung steigt. Die meisten Spitäler werden in Zukunft auf finanzielle Unterstützung durch ihre Eigner oder die öffentliche Hand angewiesen sein. In einer von H+ in Auftrag gegebenen Studie über die Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz haben die Autoren drei konkrete Handlungsfelder aufgezeigt, in denen sich Antworten auf die aktuellen Herausforderungen finden.¹ Neben einer abgestuften, koordinierten Spitalversorgung und einer beschleunigten digitalen Transformation wird als drittes Handlungsfeld die konsequente Ambulantisierung aufgeführt.

Ambulante Chirurgie im Regionalspital

Durch die Fortschritte in der minimalinvasiven Chirurgie, der Anästhesie und den chirurgischen Techniken hat die Anzahl an ambulant durchgeführten Eingriffen in der Schweiz stetig zugenommen. Ein relevanter Treiber dieser Entwicklung war die seit dem 1.1.2019 in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) schweizweit eingeführte Regelung «ambulant vor stationär» (AvS). Es wurde eine Liste mit 18 Gruppen von Eingriffen definiert, bei denen nur noch die ambulante Durchführung vergütet wird, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Nach geltendem Recht steht es den Kantonen frei, die Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe zu ergänzen, aktuell geschehen z.B. im Kanton Luzern, wo die laparoskopischen Cholecystektomien in diese Liste aufgenommen wurden.

In zahlreichen Studien konnte die Sicherheit der ambulanten Chirurgie für eine Vielzahl von Eingriffen bewiesen werden. Ambulante Operationen haben im Vergleich zu stationären Eingriffen kein erhöhtes Komplikationsrisiko, die Patienten erholen sich aber im Allgemeinen schneller, haben weniger postoperative Schmerzen und können schneller wieder ihren täglichen Aktivitäten nachgehen. Ambulante Operationen bieten zahlreiche Vorteile,

darunter Kosteneffizienz, geringeres Risiko für Spitalinfektionen und eine hohe Patientenzufriedenheit.

Viele Spitäler waren oder sind auf die staatlich verordnete Regelung «ambulant vor stationär» allerdings nicht oder ungenügend vorbereitet. Zwar wurden schon vor 2019 zahlreiche Eingriffe erfolgreich im ambulanten Setting durchgeführt. Es fehlte aber eine leistungsbezogene und kostendeckende Vergütung, insbesondere wenn die Eingriffe in der bestehenden teuren Infrastruktur des Spitals durchgeführt wurden.

Aufbau eines ambulanten Zentrums in den bestehenden Spitalstrukturen

Bereits zu jener Zeit war die finanzielle Lage vieler Regionalspitäler, u.a. im Kanton Zürich, angespannt. Im GZO Spital Wetzikon haben wir vor der Einführung der Regelung AvS jährlich zwischen 600 und 650 ambulante Eingriffe durchgeführt, davon 16 % im teilstationären Rahmen. Der Nettoverlust pro ambulante Operation betrug zwischen CHF 1000 und 1500. Mit der Regelung AvS wäre die Anzahl ambulanter Eingriffe um 35% auf 1260 gestiegen, was einem zusätzlichen Defizit von knapp CHF 1 Mio entsprochen hätte. Der Gesamtverlust mit den ambulanten Operationen hätte also rund CHF 15 Mio pro Jahr betragen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen haben wir 2018 mit der Planung eines ambulanten Zentrums (AZ) begonnen. Der Auftrag war, kostengünstiger ohne Einbusse der Qualität in der bestehenden Infrastruktur des Spitals zu produzieren. Wir haben uns hierfür verschiedene Modelle von grossen ambulanten Kliniken im Ausland (zum Teil auch direkt vor Ort) angeschaut. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind in unsere Planung eingeflossen. Wir haben von Beginn an alle am Aufbau und Betrieb des AZ beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vom Empfang bis zum Reinigungsdienst) in die Planung miteinbezogen und sie kontinuierlich über den aktuellen Stand der Entwicklungen informiert. Mit einem Kernteam bestehend aus Führungspersonen der Bereiche Anästhesie, Chirurgie, Operationsbetrieb, Pflege, Empfang, Patientenadministration und Marketing haben wir sämtliche Prozesse entwickelt und implementiert. Folgende Punkte waren für uns dabei wichtig:

- Schaffung einer eigenen Kostenstelle für das ambulante Zentrum (AZ)
- Das AZ muss mit dem kleinstmöglichen Personalschlüssel auskommen.
- Sorgfältige Patientenselektion und Vorbereitung gemäss den gemeinsam erarbeiteten Kriterien (Checkliste)
- Klare Trennung der ambulanten Spur vom chirurgischen Tagesgeschäft (keine Notfälle, keine Vorhalteleistungen)
- Kurze Patientenwege (Eintritt, OP-Vorbereitung, postoperative Überwachung und Entlassung in der Tagesklinik in unmittelbarer Nähe zum Operationstrakt)
- Patientenführung und -begleitung nach den ERAS-Kriterien
- Monitoring der einzelnen Prozesszeiten (Operationsdauer, Anästhesiedauer, Wechselzeit, Aufenthaltsdauer) und regelmässige Auswertung der erfassten Daten
- Kontinuierliche Überprüfung der Prozesse (standardisierte Debriefings nach jedem OP-Tag, regelmässige Sitzungen der Leitungsgruppe)
- Engmaschige Begleitung durch das Controlling und die Finanzabteilung

Ein Jahr nach Projektbeginn konnten wir das AZ in Betrieb nehmen. Wir starteten in der Viszeralchirurgie mit einer ambulanten Spur pro Woche, wobei wir zunächst nur einseitige Inguinalhernienoperationen (TEP und gelegentlich Lichtenstein) und Osteosynthesematerialentfernungen durchführten. Im ersten Jahr wurden die Eingriffe im AZ nur vom CA und vom Stv. CA /Leiter Traumatologie vorgenommen. Auf einen Wechsel des chirurgischen Teams haben wir in der Anfangsphase im Hinblick auf eine maximale Effizienz und Konstanz der Teams bewusst verzichtet. Es fanden demzufolge auch keine Ausbildungsoperationen statt. Das AZ-Team bestand aus einer MPA (Patientenempfang, Vorbereitung, postoperative Überwachung und Entlassung), einer erfahrenen Anästhesiepflegefachfrau, einer leitenden Anästhesieärztin, einer Instrumentierpflegefachfrau, einem Lagerungspfleger und den beiden oben erwähnten Chirurgen. Die Patienten wurden in den Sprechstunden der Chirurgie und Anästhesie gemäss den ERAS-Prinzipien aufgeklärt und geschult. Am ersten postoperativen Tag wurden die Patienten vom Operateur telefonisch kontaktiert. Eine Kontrolle in der chirurgischen Sprechstunde erfolgte zwei bis vier Wochen postoperativ. Alle patientenbezogenen Daten wurden prospektiv erfasst und ausgewertet.

Ergebnisse der Kosten- und Qualitätsanalyse

Für die Analyse haben wir die ersten 39 Patienten eingeschlossen, die im AZ mit einer unilateralen Inguinalhernie operiert wurden. Diese Daten wurden mit Daten von Patienten verglichen, die im selben Zeitraum mit der gleichen Operation im stationären oder teilstationären Setting behandelt wurden.² Aufgrund der Selektionskriterien für die ambulanten Patienten waren diese im Durchschnitt rund zehn Jahre jünger als die stationär behandelten Patienten. Diese hatten aufgrund ihres Alters mehr Co-Morbiditäten und eine höhere ASA-Klassifikation, was sich unter anderem auch auf die Anästhesiezeit auswirkte. Die durchschnittliche Operationszeit im AZ war signifikant kürzer als bei den stationären Patienten (36 Minuten vs. 76 Minuten). Die Anästhesiezeit (Einleitung bis Ausleitung) betrug im Durchschnitt 68 Minuten (147 Minuten für die stationären Patienten) und für die Wechselzeit (Naht-Schnitt-Zeit) wurde ein durchschnittlicher Wert von sieben Minuten gemessen. Die durchschnittliche Aufenthaltszeit der Patienten im AZ (präoperative Vorbereitung und postoperative Überwachung) betrug 60 Minuten. Der Nettoerlös der einseitigen Inguinalhernienoperation im AZ betrug CHF 793.12, während für stationär operierte Patienten ein Verlust von CHF -575.01 resultierte. Alle Patienten aus dem AZ konnten wie geplant nach kurzer postoperativer Überwachung nach Hause entlassen werden. Es traten keine peri- oder postoperativen Komplikationen auf. Auch kam es zu keinen stationären Wiedereintritten innerhalb von 30 Tagen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Inguinalhernienoperation ist einer der häufigsten Eingriffe in der Allgemeinchirurgie. Trotzdem gelingt es vielen Spitälern nicht, diese Operation kosteneffizient respektive verlustfrei durchzuführen. Neben der teuren Infrastruktur und allen Vorhalteleistungen beeinflussen vor allem die Operationsdauer, die Anästhesiedauer, die Anzahl der am Eingriff beteiligten Chirurgen und die Materialwahl die Kosten massgeblich. Die zunehmende reglementierte Ambulantisierung (AvS) und die in der Regel nicht kostendeckende Vergütung (TARMED bis 2025) sind für die Spitäler eine grosse organisatorische und finanzielle Herausforderung.

Im Kontext dieser Ausgangslage haben wir im GZO Spital Wetzikon im Jahr 2019 ein ambulantes chirurgisches Zentrum (AZ) aufgebaut. In unserer

Analyse konnten wir zeigen, dass die einseitige Inguinalhernienoperation in den bestehenden Spitalstrukturen gewinnbringend und mit hoher Qualität durchgeführt werden kann. Für den Aufbau des AZ haben wir alle Beteiligten von Beginn an miteinbezogen. Der Besuch gut funktionierender Organisationen im In- und Ausland ist empfehlenswert. Für die Planung sollte ein Zeitrahmen von sechs bis zwölf Monaten kalkuliert werden. Das prä- und postoperative Management der Patienten, verbindliche Checklisten, gut instruiertes Personal und eine regelmässige Überprüfung der Prozesse sind fundamental für eine sichere und effiziente ambulante Chirurgie. Die Qualitätsanforderungen sind die gleichen wie im stationären Setting und die Ergebnisqualität muss prospektiv erfasst und überprüft werden. Bei bewusst sehr knapp gehaltenem Stellenschlüssel funktioniert ein ambulantes Zentrum nur mit hoch motiviertem Personal. Die Standardisierung der Operationen und der Anästhesietechnik (opiatfreie Anästhesie, «Punktlandungen» bei der Extubation, langwirkende Lokalanästhetika) sind eine wichtige Voraussetzung für einen speditiven und effizienten Tagesablauf.

Für uns war es hilfreich, dass wir mit zwei Eingriffsarten (Inguinalhernienoperation und Osteosynthesematerialentfernung) begonnen haben, um das System zu testen und um uns weiterzuentwickeln. Nach der erfolgreichen Implementierung des AZ haben wir die OP-Indikationen erweitert und andere Berufsgruppen (Gynäkologie und Orthopädie) mit einbezogen. In unserem Setting hat es sich bewährt, dass das AZ von einem Kliniker geführt wurde.

Im Hinblick auf die Kosteneffizienz und die Ergebnisqualität haben wir bewusst auf Teachingoperationen verzichtet. Der Verlust an Instruktionenoperationen für den chirurgischen Nachwuchs aufgrund finanzieller Aspekte ist aber ein grosses, bisher ungelöstes Problem. Denn gerade die planbaren Routineeingriffe wie die Inguinalhernienoperationen sind ein integraler Bestandteil der chirurgischen Ausbildung. Solange die ambulanten Tarife die Ausbildung aber nicht abbilden, ist es unmöglich, Instruktionenoperationen kosteneffizient durchzuführen. Ob die Einführung der Fallpauschalen ab 2026 eine Verbesserung der Situation bringt, wird sich zeigen. Der finanzielle Druck auf die Spitäler wird sicher noch weiter zunehmen.

Wenn aber aufgrund des Kostendrucks eine umfassende Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen nicht mehr gewährleistet werden kann, ist das System falsch. Für eine zukunftsgerichtete Förderung des chirurgischen Nachwuchses ist eine angemessene Abgeltung der Lehrleistung gefordert. Es braucht einen Kulturwandel bei allen Stakeholdern, damit wir angemessene Rahmenbedingungen schaffen können, um eine gesunde Schweizer Spitallandschaft mit einer gesicherten Nachwuchsförderung zu realisieren.

AUTOREN



PD. Dr. med. Daniel M. Frey
danie.frey@ksb.ch

REFERENZEN

1. PWC – Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz, Studie im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz, 2025
2. Enodien B. et al., Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 12410