

Projektbericht
Research Report

April 2020

Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen

Thomas Czypionka
Markus Kraus

Unter Mitarbeit von
Andreas Chmielowski
Christoph Stegner



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Czypionka, Markus Kraus

Titel

Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen

Lektorat

Sylvia Karl-Parzer

Kontakt

T +43 1 59991-127

E thomas.czypionka@ihs.ac.at

©2020 Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Scoping Review – operative Leistungen	7
2.1	Methode	7
2.2	Fragestellung	7
2.3	Vorgehensweise.....	8
2.3.1	Ein- und Ausschlusskriterien	8
2.3.2	Literatursuche	9
2.3.3	Literatúrauswahl	10
2.3.4	Darstellung der Ergebnisse	12
2.4	Ergebnisse: Studien mit technischen Aspekten von Verlagerungen	12
2.4.1	Interventionen am Nervensystem – Fokus: Karpaltunnel-Operation	14
2.4.2	Interventionen am Gefäßsystem – Fokus: Varizen-Operation.....	21
2.4.3	Interventionen am Auge – Fokus: Katarakt-Operation.....	28
2.4.4	Interventionen am Ohr – Fokus: Parazentese.....	35
2.4.5	Interventionen an Nase, Mund und Rachen – Fokus: Tonsillektomie/Adenotomie	36
2.4.6	Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Hernien-Operation	43
2.4.7	Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Appendektomie.....	52
2.4.8	Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Cholezystektomie	54
2.4.9	Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen – Fokus: Curettage.....	75
2.4.10	Interventionen am Bewegungsapparat (exkl. Rückgrat) – Fokus: Knie- Arthroskopie und Metallentfernung.....	76
2.4.11	Weitere Interventionen	78
2.5	Ergebnisse: Studien mit nicht-technischen Aspekten von Verlagerungen	83
2.5.1	PatientInnensicht	83
2.5.2	PatientInnensicherheit.....	88
2.5.3	Rahmenbedingungen	95
2.5.4	Kosten	99
2.6	Zusammenfassung	102
2.6.1	Quantität an tagesklinischen bzw. ambulanten Interventionen.....	102
2.6.2	PatientInnensicht	103
2.6.3	Systemsicht	104
2.6.4	Erforderliche Rahmenbedingungen	104
3	Scoping Review – konservative und diagnostische Leistungen	107
3.1	Fragestellung	107

3.2	Vorgehensweise.....	107
3.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien	108
3.2.2	Literatursuche	108
4	Konzeptueller Rahmen und Einflussfaktoren	110
4.1	Verlagerungspotenziale als Forschungsgegenstand	112
4.1.1	Begriffsdefinitionen	112
4.1.2	Aspekte zu verlagernder Leistungen.....	113
4.2	Voraussetzungen für die Nutzung von Verlagerungspotenzialen	116
4.2.1	Medizinische Voraussetzungen.....	116
4.2.2	Voraussetzungen auf PatientInnenebene.....	118
4.2.3	Voraussetzungen auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA)	120
4.3	Rahmenbedingungen mit Einfluss auf Verlagerungspotenziale	122
4.3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	122
4.3.2	Ökonomische Rahmenbedingungen	124
4.4	Synergie zwischen Einflussfaktoren und Fallbeispiel „Geburt“	130
5	Zusammenfassung	133
6	Annex: Ambulante Versorgungsstrukturen in ausgewählten Ländern.....	136
6.1	Belgien	136
6.1.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	136
6.1.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	139
6.2	Dänemark	139
6.2.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	139
6.2.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	140
6.3	Deutschland.....	141
6.3.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	141
6.3.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	144
6.4	Frankreich	145
6.4.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	145
6.4.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	147
6.5	Niederlande	147
6.5.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	147
6.5.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	149
6.6	Vereinigtes Königreich (England).....	150
6.6.1	Ambulante Versorgungsstrukturen.....	150
6.6.2	Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale	152
7	Literaturverzeichnis	153

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen.....	2
Abbildung 2: Krankenhausentlassungen (Akutbereich) pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und Ausgaben für stationäre Versorgung (Akutbereich) in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2017.....	3
Abbildung 3: Darstellung des Auswahlprozesses.....	11
Abbildung 4: Operative Leistungen, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	13
Abbildung 5: Katarakt-Operationen, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016.....	29
Abbildung 6: Tonsillektomie/Adenotomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016.....	37
Abbildung 7: Hernien-Operation, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016	44
Abbildung 8: Laparoskopische Hernien-Operation, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016.....	45
Abbildung 9: Appendektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016.....	53
Abbildung 10: Laparoskopische Appendektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016	53
Abbildung 11: Cholezystektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016	54
Abbildung 12: Laparoskopische Cholezystektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016.....	55
Abbildung 13: Konzeptueller Rahmen	111
Abbildung 16: Entwicklung der Anzahl der Praxen	143
Abbildung 17: Anteil der ambulant tätigen ÄrztInnen in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen bzw. MVZ ..	144

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien	8
Tabelle 2: Suchstrategie.....	9
Tabelle 3: Interventionen am Nervensystem – Fokus: Karpaltunnel-Operation	18
Tabelle 4: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Nervensystem.....	21
Tabelle 5: Ergebnis – Interventionen am Gefäßsystem – Fokus: Varizen-Operation	24
Tabelle 6: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Gefäßsystem	27
Tabelle 7: Ergebnis – Interventionen am Auge – Fokus: Katarakt-Operation	31
Tabelle 8: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Auge	34
Tabelle 9: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Ohr	36
Tabelle 10: Interventionen an Nase, Mund und Rachen – Fokus: Tonsillektomie/Adenotomie..	39
Tabelle 11: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an Nase, Mund und Rachen	42
Tabelle 12: Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Hernien-Operation	47
Tabelle 13: Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Cholezystektomie	58
Tabelle 14: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Verdauungssystem	74
Tabelle 15: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen	76
Tabelle 16: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Bewegungsapparat	77
Tabelle 17: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Herz-Kreislauf-System	79
Tabelle 18: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an der Mamma	79
Tabelle 19: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Rückgrat	80

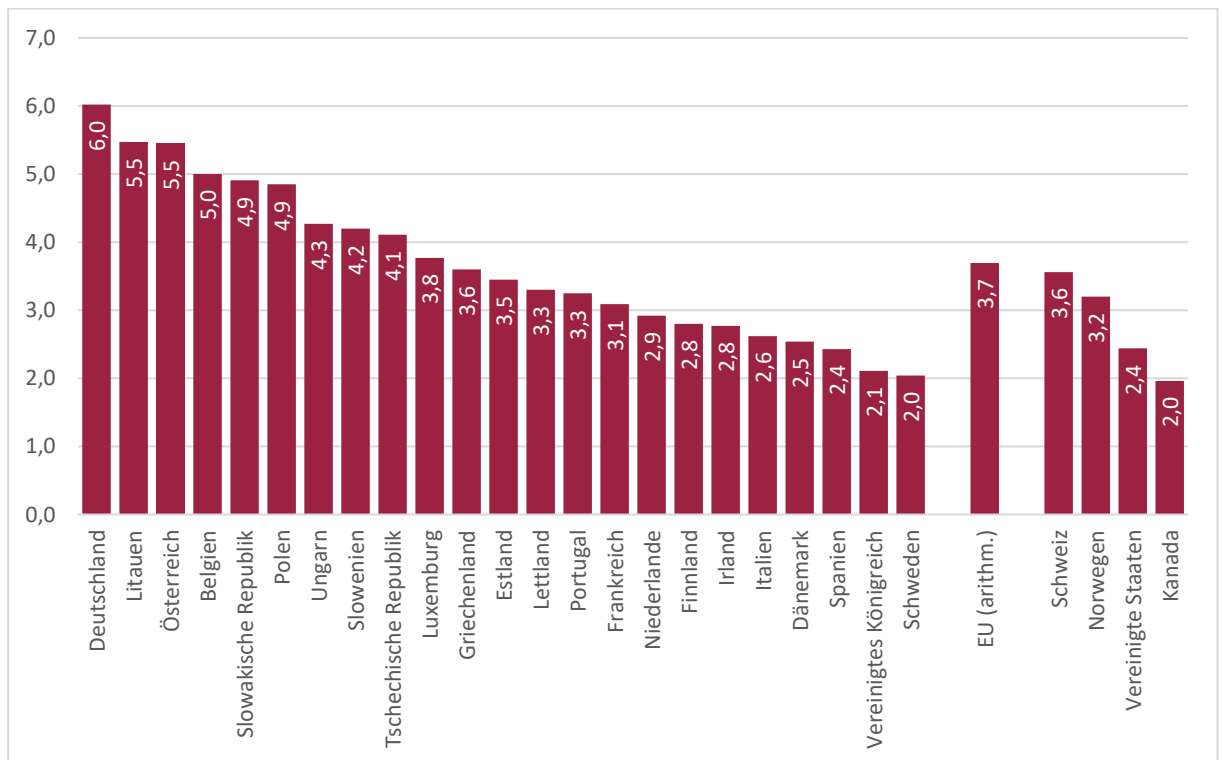
Tabelle 20: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Urogenitalsystem.....	81
Tabelle 21: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen	82
Tabelle 22: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an der Haut .	82
Tabelle 23: PatientInnensicht von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen ..	83
Tabelle 24: PatientInnensicherheit von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen.....	88
Tabelle 25: Notwendige Rahmenbedingungen für die tagesklinische bzw. ambulante Durchführung von Operationen	96
Tabelle 26: Kostenaspekte von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen	100
Tabelle 27: Ein- und Ausschlusskriterien	108
Tabelle 28: Suchstrategie.....	108

1 Einleitung

Das österreichische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich stark auf die Leistungserbringung in Krankenhäusern konzentriert. Mit 5,5 Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen verfügt Österreich im Jahr 2017 über die zweimeisten Akutbetten nach Deutschland. Der EU-Durchschnitt liegt bei 3,7 Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen (vgl. Abbildung 1). Auch bei den Krankenhausentlassungen (Akutbereich) nimmt Österreich die zweite Stelle hinter Deutschland ein und liegt mit 23,1 Entlassungen pro 1.000 EinwohnerInnen deutlich über dem EU-Durchschnitt von 15,5 Entlassungen pro 1.000 EinwohnerInnen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für Österreich bei einer Betrachtung der Ausgaben für stationäre Versorgung (Akutbereich) gemessen in Prozent der gesamten Gesundheitshaushaltsausgaben. Hier befindet sich Österreich mit 28% an dritter Stelle und ebenfalls über dem EU-Durchschnitt von 24% (vgl. Abbildung 2).

Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme tagesklinischer und ambulanter Leistungen vergleichsweise gering: Im Jahr 2017 nur 2,8% aller laparoskopischen Hernien-Operationen tagesklinisch durchgeführt. In Norwegen, Großbritannien und Kanada war der Anteil mit über 75% deutlich höher. Der OECD-Durchschnitt lag bei 37,3%. Ähnliches trifft für laparoskopische Cholezystektomien zu: Während in Österreich im Jahr 2017 keine tagesklinischen Cholezystektomien durchgeführt wurden, betrug der Anteil in Großbritannien, Island und Kanada bis zu 62% und der OECD-Durchschnitt 17,6%. Auch bei Tonsillektomien ist der Anteil tagesklinisch durchgeführter Operationen mit 0,1% verschwindend gering. Konträr dazu werden in Island fast alle (98%) Tonsillektomien tagesklinisch durchgeführt und in Schweden und Kanada bei drei von vier Fällen. (OECD Health Statistics 2019). Eine tagesklinische Durchführung einer Tonsillektomie ist in Österreich beispielsweise gar nicht möglich. Diese Umstände lassen auf ein Verlagerungspotenzial vieler Leistungen, die im österreichischen Gesundheitswesen typischerweise stationär durchgeführt werden, in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich schließen.

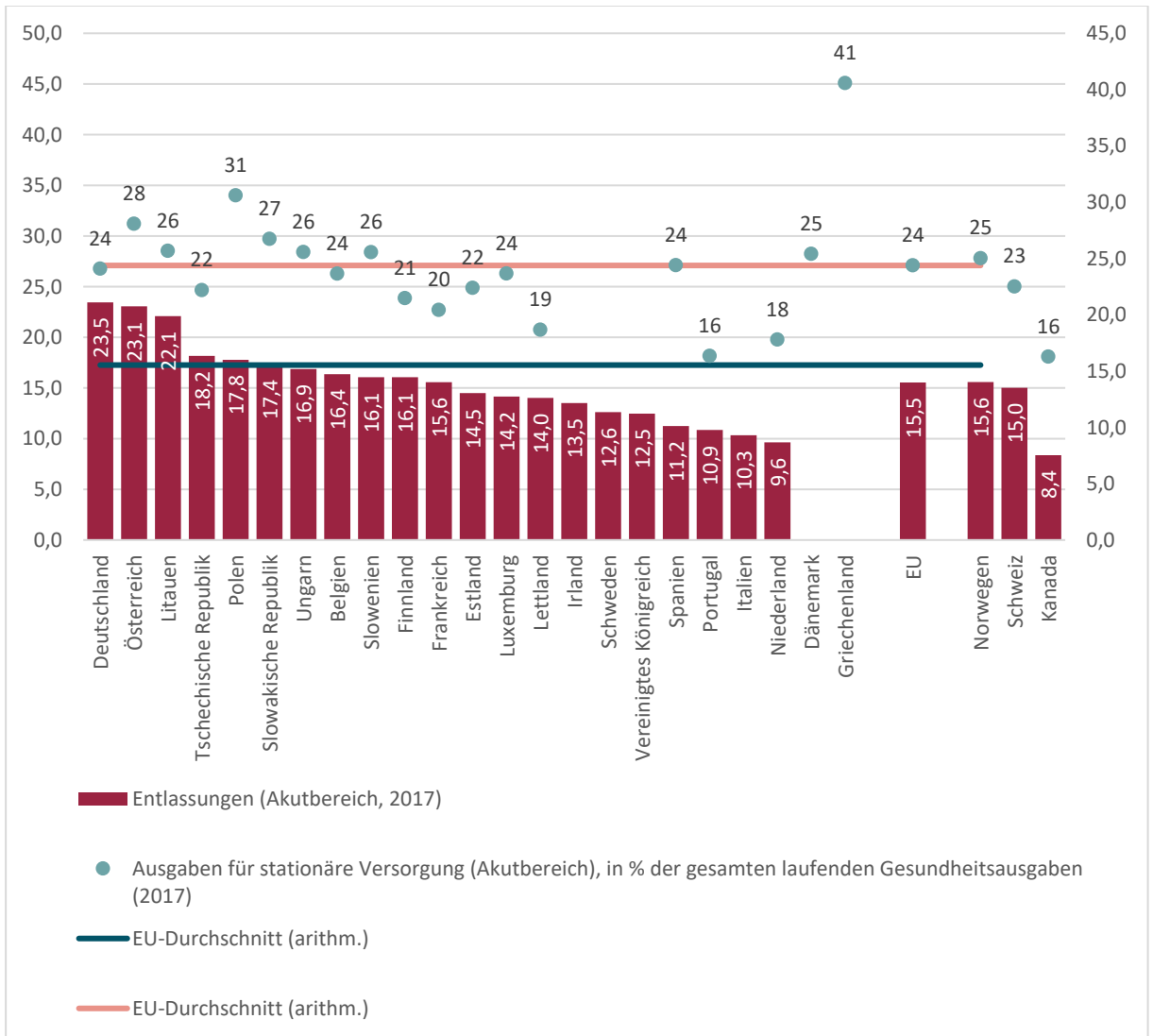
Abbildung 1: Akutbetten pro 1.000 EinwohnerInnen



Anmerkung: Litauen: geschätzter Wert; Niederlande, Spanien: vorläufiger Wert; Belgien, Schweden, Slowenien: abweichende Berechnungsmethodik

Quelle: OECD Health Statistics 2019, Darstellung IHS 2019

Abbildung 2: Krankenhausentlassungen (Akutbereich) pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und Ausgaben für stationäre Versorgung (Akutbereich) in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2017



Anmerkungen: **Entlassungen:** Luxemburg, Niederlande, Spanien: vorläufiger Wert; Frankreich: Wert aus 2016

Ausgaben: Norwegen, Kanada: vorläufiger Wert

Quelle: OECD Health Statistics 2019, Darstellung IHS 2019

Sowohl in Österreich als auch europaweit besteht ein gesundheitspolitisches Interesse an einem Ausbau des tagesklinischen, spitalsambulanten¹ und extramuralen Sektors. Hauptgrund hierfür sind erwartete Kosteneinsparungen: Es wären weniger Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste notwendig, es könnten Krankenhausbetten

¹ Fachärztliche Leistungen werden in einigen Ländern vorwiegend im Krankenhaus erbracht, sodass der Unterscheidung im Vergleich große Bedeutung zukommt.

eingespart werden und der Materialverbrauch würde sich aufgrund der kürzeren Anwesenheit von PatientInnen im klinischen Betrieb verringern. Ein solcher Ausbau wäre zudem im Interesse eines Großteils der PatientInnen, für die sich in vielen Fällen die Aufenthaltszeit im Spital verkürzen würde.

Ursachen für diese relative Unterentwicklung des tagesklinischen und ambulanten Bereichs im österreichischen Gesundheitswesen dürften systemische Strukturen (z.B. relativ hohe Krankenhauszahl), kurze Wartelisten für Leistungen (z.B. Operationen) im Vergleich zu anderen Ländern sowie fehlende bzw. dysfunktionale finanzielle Anreize auf Seiten der Leistungserbringer sein (Fischer und Zechmeister-Koss 2012). In der Vergangenheit wurden bereits Versuche zur gezielten Anreizsetzung unternommen, die nur zum Teil Erfolge zeigen: Tagesklinische Leistungen werden in Österreich – im Gegensatz zu anderen Ländern – als stationär gezählt und dadurch bei der Finanzierung der Krankenhäuser über das stationäre Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) bezahlt. Dies sollte die Leistungserbringer im eigenen finanziellen Interesse zu einer möglichst kostensparenden – und darum, wenn vertretbar, tagesklinischen – Abwicklung der Leistungen bewegen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die durchzuführenden tagesklinischen Leistungen auch im Katalog für tagesklinisch erbringbare Leistungen verzeichnet sind. Wenn das nicht der Fall ist, werden die entsprechenden Leistungen pönalisiert, was eine geringere Vergütung nach sich zieht, und darum letztlich eine Verlagerung dieser Leistungen in den stationären Bereich fördert (Rechnungshof 2011, Fischer und Zechmeister-Koss 2012, Fischer und Zechmeister-Koss 2014). Da das LKF-Modell spitalsambulant erst im Laufe des Jahres 2018 flächendeckend implementiert wurde, stehen noch keine empirischen Ergebnisse zu dessen Auswirkungen zur Verfügung.

Aufgrund des vorhandenen Potenzials für und aufgrund dem Interesse an mehr tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung wurden im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 die „Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und die Optimierung des Ressourceneinsatzes“ als strategische Ziele festgelegt, mit dem untergeordneten operativen Ziel der „[b]edarfsgerechte[n] Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“. Hierbei wurden unter anderem Leistungsbündel definiert, die tagesklinisch oder ambulant erbracht werden sollen. Diese Leistungsbündel sind in Abbildung 4 dargestellt (Bundes-Zielsteuerungskommission 2017).

Aus dieser Passage des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene 2017–2021 leiten sich die drei zentralen Fragestellungen der vorliegenden Studie ab:

1. Welche stationären Leistungen können mit der gleichen Qualität und Sicherheit sowie niedrigeren Kosten auch tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführt werden?
2. Welche Implikationen gibt es für PatientInnen und das Gesundheitssystem?
3. Welche hemmenden Einflussfaktoren bestehen, dass im österreichischen Gesundheitswesen vergleichsweise wenige Leistungen vom stationären Bereich in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich verlagert werden?

Zur Beantwortung der ersten beiden Fragestellungen wird ein Scoping Review durchgeführt: Aus wissenschaftlichen Studien werden Erkenntnisse gewonnen, welche konkreten Interventionen vom stationären in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich verlagert werden können, und welche Konsequenzen eine derartige Verlagerung für PatientInnen und für das Gesundheitssystem hat. Das Ziel dieser Studie ist dabei, das Spektrum verlagerbarer Leistungen aufzuzeigen. Diese müssten in der Folge priorisiert und im Hinblick auf die Implementierbarkeit näher untersucht werden. Eine vertiefte Darstellung erfolgt aber für jene Leistungen, die bereits im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene priorisiert wurden.

Die dritte Fragestellung wird unter Berücksichtigung von einschlägiger Literatur und durchgeführten ExpertInneninterviews beantwortet. Daraus sollen primär vorhandene dysfunktionale Anreizstrukturen identifiziert und Vorschläge für deren Korrektur formuliert werden.

Demzufolge ist die Studie folgendermaßen aufgebaut:

Kapitel 1 startet mit einer Einleitung und einem **Problemaufriss** des Studienvorhabens.

Kapitel 2 und 3 beinhalten einen Scoping Review zur Fragestellung: **Welche operativen/interventionellen, konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen können aus dem stationären Bereich in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich verlagert werden?**

Zwecks besserer Übersichtlichkeit wird der Scoping Review zweigeteilt: Teil 1 des Scoping Review (Kapitel 2) untersucht die Verlagerungspotenziale von operativen Leistungen und Teil 2 des Scoping Review (Kapitel 3) analysiert die Verlagerungspotenziale von konservativen und diagnostischen Leistungen.

Kapitel 4 versucht, **einen konzeptuellen Rahmen für Verlagerungen zwischen Settings zu entwickeln, um potenzielle Einflussfaktoren zu definieren, und zwar speziell für den österreichischen Kontext.** Diese werden mit konkreten Beispielen angereichert, um Ansatzpunkte für die Gesundheitspolitik aufzuzeigen.

Kapitel 5 fasst die **Ergebnisse** der Studie zusammen.

Im Annex befindet sich auf Wunsch des Auftraggebers ein **Überblick über die ambulanten Versorgungsstrukturen** in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Frage gelegt, was ist an den Versorgungsstrukturen in diesen Ländern besonders ist und einen hohen Anteil an ambulanter Leistungserbringung ermöglicht, fördert oder behindert.

2 Scoping Review – operative Leistungen

2.1 Methode

Zur Beantwortung der ersten zwei oben genannten Fragestellungen wird die Methode des Scoping Review herangezogen.

Ein Scoping Review dient dazu, um einen Überblick über verfügbare Evidenz in einem Forschungsbereich zu erstellen, sich neu abzeichnende Evidenz zu untersuchen, Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden, Arbeitsdefinitionen zu erstellen oder inhaltliche Grenzen eines Themas abzustecken. Im Gegensatz dazu befasst sich ein Systematic Review mit einer relativ präzisen Fragestellung, z.B. der Wirksamkeit einer konkreten Intervention basierend auf genau definierten Outcomes). Daher eignet sich ein Scoping Review insbesondere um breite Themenfelder zu untersuchen, wie es bei den vorliegenden Fragestellungen der Studie der Fall ist. (von Elm et al. 2019)

In einem Scoping Review wird, im Gegensatz zu einem Systematic Review, ein Überblick über die vorhandene Evidenz geben, und zwar unabhängig von ihrer Qualität. Insofern erfolgt in einem Scoping Review keine formale Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien, da dies dem Ziel widerspricht, einen Überblick über die vorhandene Evidenz zu generieren. In einem Scoping Review können die Ergebnisse von Forschungsstudien jedweder Methodik als potentielle Quellen glaubwürdiger Evidenz betrachtet werden. (von Elm et al. 2019)

Bei der Interpretation der Ergebnisse in den einzelnen Studien – insbesondere bei Indikatoren wie z.B. Komplikationsraten, stationären Wiederaufnahmeraten, Mortalitätsraten – ist folgendes zu beachten: Es besteht die Möglichkeit, dass bei Studien, die eine ambulante Durchführung einer OP mit einer stationären Durchführung vergleichen, ein Selektionsbias vorliegt. Dieser kann dadurch hervorgerufen werden, dass für ambulant durchzuführende Operationen beispielsweise „leichte Fälle“ oder PatientInnen mit weniger oder keinen Komorbiditäten ausgewählt werden. Die betrachtenden Studien kontrollieren für einen solchen Bias in unterschiedlichem Ausmaß.

2.2 Fragestellung

Der erste Teil des Scoping Review befasst sich mit dem Verlagerungspotenzial von operativen Leistungen und verfolgt dabei folgende Fragestellungen:

1. Welche **operativen/interventionellen Leistungen** können vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **verlagert werden**?
2. Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der operativen/interventionellen Leistungen aus dem stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **für PatientInnen**?
3. Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der operativen/interventionellen Leistungen aus dem stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **für das Gesundheitssystem**?
4. Welche **Rahmenbedingungen sind erforderlich bzw. wie müssen diese Rahmenbedingungen ausgestaltet sein**, damit **operativen/interventionelle Leistungen** vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **verlagert werden können**?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird die Evidenz von wissenschaftlichen Studien herangezogen.

2.3 Vorgehensweise

Zur Ermittlung der wissenschaftlichen Studien bedarf es folgender Vorgehensweise:

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

2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien sind in Tabelle 1 definiert.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Sprache	<ul style="list-style-type: none">• Deutsch• Englisch
Erscheinungsjahr	<ul style="list-style-type: none">• 2000 oder jünger
Arten von Artikeln	<ul style="list-style-type: none">• Primärstudien/Primäruntersuchungen• Systematische Literaturüberblicke

Ausschlusskriterien	
Arten von Artikeln	<ul style="list-style-type: none"> • Konferenz-Abstracts • Briefe an den Editor (letter to the editor) • Kommentare
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel, bei denen keine Volltext-Version verfügbar ist

2.3.2 Literatursuche

Die Literatursuche wurde im August und September 2018 in folgender Datenbank durchgeführt:

- PubMed (US National Library of Medicine, National Institutes of Health)

Die angewandte Suchstrategie ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Suchstrategie

Suchstrategie	
IN: Titel	((day surg*[Title]) OR (ambulatory surg*[Title]) OR (outpatient surg*[Title]))
IN: Titel und Abstract	<p>((ambulatory surgical intervent*[Title/Abstract]) OR ambulatory surgical proced*[Title/Abstract]) OR ambulatory surgical treatmen*[Title/Abstract]))</p> <hr/> <p>(((((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]))))</p> <hr/> <p>((((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]))</p>

Durch diese systematische Suche konnten nach Entfernung der Duplikate 5.368 Studien identifiziert werden.

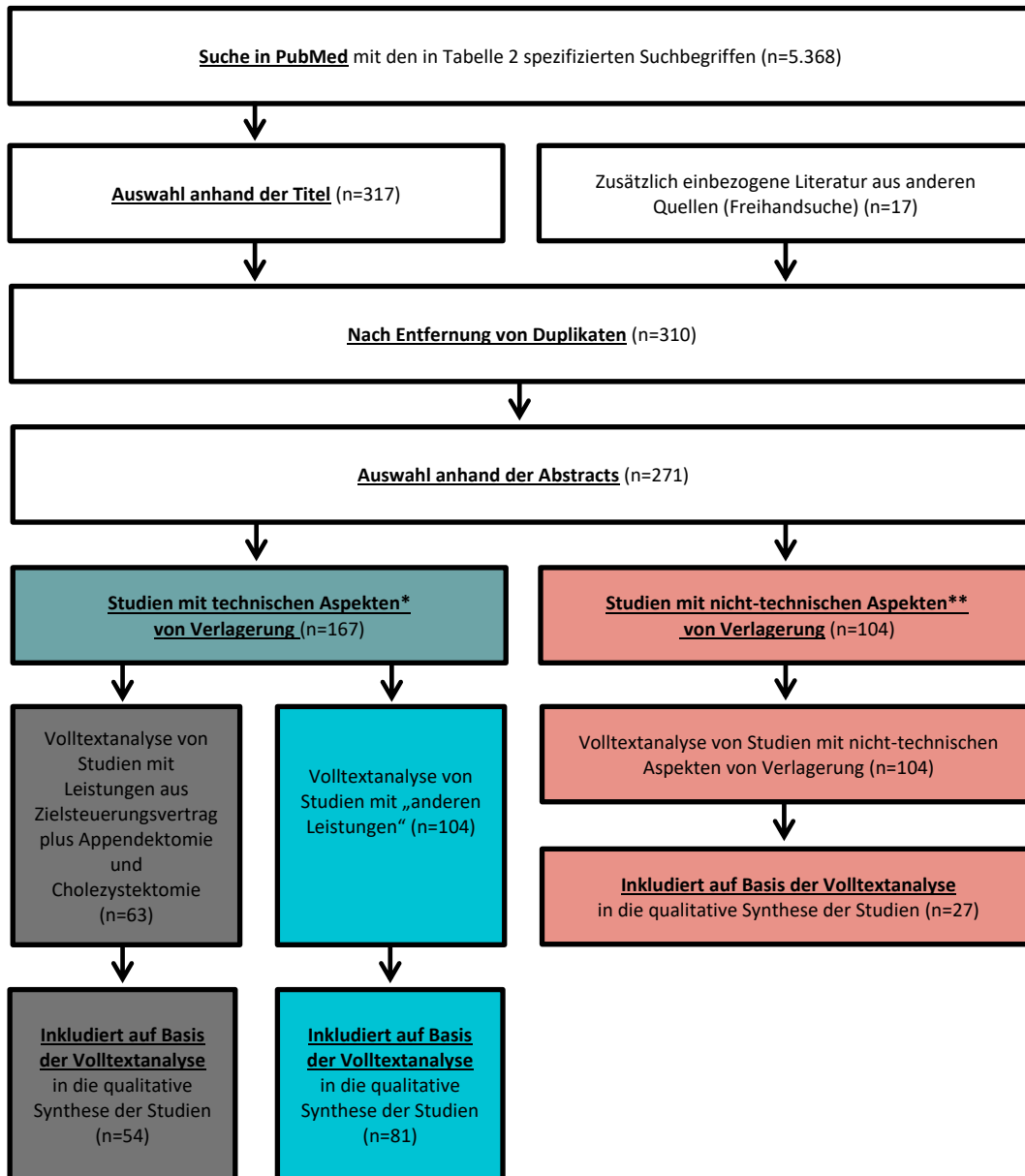
Durch eine zusätzliche Freihandsuche konnten weitere 17 Literaturquellen eruiert werden. Hierbei handelte es sich vor allem um Forschungsberichte und (Konferenz-)Präsentationen. Dadurch steigt die Gesamtzahl der Treffer auf 5.385.

2.3.3 Literatúrauswahl

Insgesamt standen 5.385 Literaturquellen zur Verfügung. Diese wurde von drei Personen (Andreas Chmielowski – AC, Thomas Czypionka – TC, Markus Kraus – MK) unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen hinsichtlich In- oder Exklusion der Literaturquellen zwischen den begutachtenden Personen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst.

Der Auswahlprozess ist in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Darstellung des Auswahlprozesses



Anmerkung:

* Unter **Studien mit technischen Aspekten von Verlagerung** sind Studien zu verstehen, die sich mit der prinzipiellen Durchführbarkeit (= technischen Machbarkeit) der operativen/interventionellen Leistung in einem ambulanten Setting beschäftigen.

** Unter Studien mit **nicht-technischen Aspekten von Verlagerung** sind Studien zu verstehen, die sich mit den Soft Facts (z.B. PatientInnensicht, PatientInnensicherheit, erforderliche Rahmenbedingungen) bei einer Durchführung der operativen/interventionellen Leistung in einem ambulanten Setting beschäftigen.

Quelle: IHS 2019

2.3.4 Darstellung der Ergebnisse

Insgesamt wurden im Rahmen des Scoping Review, wie oben erwähnt, 5.385 Literaturquellen identifiziert. 162 Studien wurden für eine Volltextanalyse ausgewählt. Aufgrund der großen Anzahl an Studien, die im Detail analysiert werden, ist die Darstellung der Ergebnisse zweigeteilt.

Der erste Teil der Ergebnisdarstellung (siehe Kapitel 2.4) beinhaltet Studien, die sich primär auf eine singuläre Intervention beziehen, und dabei das Verlagerungspotenzial (vom stationären in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich), die PatientInnensicht, die Systemsicht und die erforderlichen Rahmenbedingungen beleuchten.

Der zweite Teil der Ergebnisdarstellung (siehe Kapitel 2.5) umfasst Studien, die sich primär mit dem Thema tagesklinisches bzw. ambulantes Operieren befassen, und in diesem Zusammenhang Aspekte wie PatientInnensicht, PatientInnensicherheit, erforderliche Rahmenbedingungen und Kosten thematisieren.

2.4 Ergebnisse: Studien mit technischen Aspekten von Verlagerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Volltextanalyse von 135 Studien im Detail dargestellt. Die dafür notwendige Datenextraktion wurde von zwei Personen (AC, MK) durchgeführt.

Eine tiefere Analyse hinsichtlich der in Kapitel 2.2 formulierten Fragestellungen erfolgt für all jene operativen Interventionen die lt. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden (sollen), da für diese bereits feststeht, dass vermehrt an einer Verlagerung gearbeitet werden soll. Die Aufstellung dieser Interventionen findet sich in Abbildung 4.

Abbildung 4: Operative Leistungen, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
Messgröße	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden			
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
Definition	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufenthalten unter 5 Belagstagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen. Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.			
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <p><u>Exkludiert sind:</u> Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. <u>Inkludiert sind:</u> Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;</p>			
Format	Prozent; zielbezogen			
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF			
Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindestwert	(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.				

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission 2017

Im Folgenden werden für die einzelnen Operationen die Möglichkeiten für eine Durchführung in einem ambulanten Setting², die Konsequenzen der Verlagerung für die PatientInnen und das Gesundheitssystem sowie die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine mögliche Verlagerung von Operationen in ein ambulantes Setting im Detail analysiert.

2.4.1 Interventionen am Nervensystem – Fokus: Karpaltunnel-Operation

Hintergrund

Bei einem Karpaltunnelsyndrom ist der Mittelnerv (Nervus medianus), der im Karpaltunnel des Handgelenks verläuft, eingeengt. Die Einengung dieses Nervs kann zu Schmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühl und eingeschränkter Beweglichkeit führen. Bei einer **Karpaltunnel-Operation** wird das Karpalband durchtrennt, wodurch der Nerv entlastet wird. Mithilfe der Operation sollen die Beschwerden (dauerhaft) beseitigt werden.

Im Jahr 2017 zählte in Österreich eine Karpaltunnel-Operation mit 13.991 Operationen zu den am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffen. Davon wurden 72,2% aller offenen und 76,2% aller endoskopischen Karpaltunnel-Operationen tagesklinisch durchgeführt. Der Prozentsatz an tagesklinisch erbrachten Karpaltunnel-Operationen variiert sehr stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Im Burgenland wurden 85,1% aller offenen Karpaltunnel-Operationen tagesklinisch erbracht, in Salzburg hingegen nur 47,8%. Bei endoskopisch durchgeführten Karpaltunnel-Operationen sind die Bundesländerunterschiede noch deutlicher ausgeprägt. In Vorarlberg wurden 100% aller laparoskopischen Karpaltunnel-Operationen tagesklinisch durchgeführt, in der Steiermark nur 3,8%. (BMASGK 2018)

Bei stationär durchgeführten Karpaltunnel-Operationen lag die Belagsdauer in der Regel zwischen 1 und 3 Tagen. (BMASGK 2018)

Die detaillierten Ergebnisse des Scoping Review in Bezug auf Karpaltunnel-Operationen sind in Tabelle 3 beschrieben.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Bei einer Karpaltunnel-Operation handelt es sich um einen Routineeingriff, der standardmäßig tagesklinisch oder ambulant durchgeführt wird (vgl. u.a. Aylin et al. 2005,

² Ambulantes Setting subsummiert den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) und extramuralen Bereich.

Fajardo et al. 2012, Nguyen et al. 2015, Marsden et al. 2016, Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017).

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

Die routinemäßige Durchführung einer Karpaltunnel-Operation in einem ambulanten Setting dürfte ausschlaggebend dafür sein, dass in der Literatur so gut wie keine Studien verfügbar sind, die Komplikationsraten einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung mit jenen einer stationären Durchführung vergleichen.

Nguyen et al. 2015 untersuchen die Kostendifferenz der Verlagerung von Karpaltunnel-Operationen von Krankenaus-Ambulanzen in freistehende Zentren für ambulante Chirurgie. Die StudienautorInnen ermitteln durch die Verlagerung ein Einsparungspotenzial von 500 USD pro Operation im Jahr 2006.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

In England zählt eine Karpaltunnel-Operation zu den sogenannten „Level 2“-Interventionen³ (vgl. Marsden et al. 2016). Diese können in Praxen von AllgemeinmedizinerInnen unter Einhaltung folgender Voraussetzungen durchgeführt werden:

- Die Interventionen werden in einem eigens dafür modifizierten Eingriffsraum oder einem separaten OP-Raum durchgeführt.
- Die Interventionen werden von Hospital Consultants (Annahme: FachärztInnen aus Krankenhäusern, die zum Operieren in die Arztpraxen kommen) oder AllgemeinmedizinerInnen mit chirurgischem Schwerpunkt bzw. chirurgischer Spezialausbildung durchgeführt.

Marsden et al. 2016 untersuchen u.a. notwendige Rahmenbedingungen, damit vermehrt „Level 2“-Interventionen in Arztpraxen verlegt werden. Die StudienautorInnen ermitteln hierzu folgende Erfordernisse:

- Eine Adaptierung des Bezahlschemas: Dieses begünstigt in seiner derzeitigen Ausgestaltung eine stationäre Durchführung der Operation.
- Eine Bereitstellung einer vertiefenden Ausbildung für AllgemeinmedizinerInnen, damit diese die notwendigen Kompetenzen zur Durchführung dieser Operationen erlangen.

³ Zu „Level 2“ Operationen/Interventionen zählen außerdem: Vasektomie, Ganglion des Handgelenks, Zadeks Verfahren für eingewachsene Zehennägel, Ligatur von Krampfadern, Hämorrhoideninjektion, Sigmoidoskopie, Gastroskopie, Zystoskopie, kaudaler Block.

Exkurs: Freistehende Zentren für ambulante Chirurgie (*Ambulatory Surgical Centers, ASC*)

Freistehende Zentren für ambulante Chirurgie sind Einrichtungen in den USA, in denen chirurgische Eingriffe, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern, in einem ambulanten Setting durchgeführt werden. ASCs können entweder auf ambulante Operationen aus einer Fachrichtung spezialisiert sein oder ambulante Operationen aus mehreren Fachrichtungen anbieten. Das erste ASC wurde 1970 eröffnet. Seitdem haben ASCs in den USA kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 2005 wurden 32% aller ambulanten Operationen in ASCs durchgeführt, 2017 waren es bereits mehr als 50%. Die große Mehrheit (93,8%) der ASCs stehen unter privat-gewinnorientierter Trägerschaft. Die übrigen ASCs stehen entweder unter öffentlicher (2,7%) oder privat-gemeinnütziger (3,5%) Trägerschaft.

Alle Bundesstaaten verwenden eigene Definitionen von ASCs, die sich zwar im Detail unterscheiden, aber üblicherweise ASCs als Einrichtungen mit dem Ziel der Durchführung ambulanter chirurgischer Eingriffe spezifizieren und dabei Krankenhäuser und Arztpraxen exkludieren.

Freistehende Zentren für ambulante Chirurgie unterliegen sowohl bundesstaatlichen als auch bundesweiten (USA-weiten) Regulierungen.

Bundesstaatliche Regulierungen beinhalten normalerweise Lizenzierungsregelungen zum Eröffnen eines ASCs. Die Lizenzierung selbst ist von Staat zu Staat unterschiedlich, enthält jedoch typischerweise eine erstmalige und regelmäßige Inspektion(en) und bauliche Bestimmungen. Darüber hinaus sehen einige Staaten im Rahmen der Lizenzierung eine Akkreditierung von darauf spezialisierten unabhängigen Organisationen vor. Zu ASC-akkreditierenden Organisationen gehören z.B. *The American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF)*, *The Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)*, *Healthcare Facilities Accreditation Program (HFAP)* und *The Joint Commission*. Die Einhaltung der Standards wird in der Regel durch regelmäßige Inspektionen überprüft. In Bundesstaaten wo im Rahmen der Lizenzierung keine Akkreditierung durch eine unabhängige Organisation vorgesehen ist, lassen sich dennoch die meisten ASCs akkreditieren, weil sie sich daraus einen Wettbewerbsvorteil erhoffen. In rund der Hälfte der Bundesstaaten gelten außerdem „Certificate of Need“-Gesetze für ASCs. In diesen Bundesstaaten müssen potentielle ASCs vor der Lizenzierung einen Bedarf an den von ihnen angebotenen Gesundheitsdienstleistungen nachweisen.

Die bundesweiten Regulierungen beziehen sich hauptsächlich auf Medicare-Zertifizierungen. Solche sind nur für jene ASCs notwendig, die auch Medicare-Versicherte behandeln wollen und dafür vergütet werden wollen. Das trifft auf fast alle ASCs zu. Die Voraussetzungen zur Erfüllung der Zertifizierungskriterien sind in den *Conditions for Coverage im Title 42 of the Code of Federal Regulations, Part 416 Ambulatory Surgical Services* festgelegt. In den Regulierungen sind unter §416.43 auch

Anforderungen an die Qualitätssicherung von ASCs gestellt. Demnach sind ASCs verpflichtet ein datenbasiertes Qualitätssicherungsprogramm – QAPI (*Quality Assessment and Performance Improvement*) – zu implementieren. Dabei müssen Daten über Qualitätsindikatoren und Leistungsmaßstäbe gesammelt werden, die der Identifizierung und Reduktion medizinischer Fehler dienen sollen. Darunter fällt z.B. auch eine Dokumentierung von unerwünschten Nebenwirkungen und Infektionsraten. Der hohe Stellenwert der Medicare-Zertifizierung wird durch den bedeutenden Anteil der Medicare-zertifizierten ASCs an allen ASCs unterstrichen: Im Jahr 2016 waren rund 6.100 ASCs zugelassen, 5.519 davon waren Medicare-zertifiziert.

Tabelle 3: Interventionen am Nervensystem – Fokus: Karpaltunnel-Operation

	Studiendesign	Intervention	PatientInnsicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
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 81,8% auf 90,0%.	<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.
(Fajardo, Kim, & Szabo, 2012)	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten zu zwei Zeitpunkten, um die Entwicklung von ambulant durchgeführten Karpaltunnel-OPs zu untersuchen; Zeitpunkt 1: 1996, Zeitpunkt 2: 2006; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika; n=k.A.	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> Anzahl an ambulant durchgeführten Karpaltunnel-OPs stieg zwischen 1996 und 2006 um 38%. Anzahl an durchgeführten Karpaltunnel-OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie ist um 33% (von 16% auf 49%) zwischen 1996 und 2006 gestiegen.	<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> Der Anstieg an ambulant durchgeführten Karpaltunnel-OPs wird u.a. auch auf den Anstieg von freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie zurückgeführt.

(Nguyen, Milstein, Hernandez-Boussard, & Curtin, 2015)	Retrospektive Analyse mittels Umfragedaten mit der Fragestellung, wie sich die Verlagerung von Karpaltunnel-OPs von Ambulanzen in Krankenhäusern hin zu freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie auf die Kosten für das Gesundheitswesen auswirkt; Zeitraum: 2006; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika; n=160.000	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> k.A.	<u>Kosten:</u> Eine Durchführung der Karpaltunnel-OP in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie führt zu Einsparungen von 500 USD pro OP im Jahr 2006. Eine routinemäßige Verlagerung von Karpaltunnel-OPs von Ambulanzen in Krankenhäusern hin zu freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie führt zu jährlichen Einsparungen von 60-80 Mio. USD.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.
Marsden et al. 2016	Editorial über die Herausforderungen einer Verlagerung von operativen Leistungen vom Krankenhaus in Arztpraxen von AllgemeinmedizinerInnen, u.a. auch Karpaltunnel-OP; Ort=Großbritannien	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, bei einer Karpaltunnel-OP handelt es sich um eine sogenannte „Level 2“-Leistung. „Level 2“-Leistungen dürfen in Arztpraxen entweder von <i>Hospital Consultants</i> (Annahme: FachärztInnen aus Krankenhäusern, die zum Operieren in die Arztpraxis kommen) oder von AllgemeinmedizinerInnen mit chirurgischem Schwerpunkt/chirurgischer	<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> - Für die Durchführung einer „Level 2“-Leistung ist ein modifizierter Behandlungsraum oder ein separater OP-Raum in der Arztpraxis Voraussetzung. - Um operative Leistungen vermehrt in Arztpraxen zu verlagern, bedarf es 1. einer Adaptierung des Bezahlungschemas, welches derzeit

		Spezialausbildung durchgeführt werden.				eine stationäre Durchführung begünstigt. 2. einer Bereitstellung einer vertiefenden chirurgischen Ausbildung für AllgemeinmedizinerInnen, damit sie die notwendigen Kompetenzen erlangen.
		<u>Häufigkeit:</u> k.A.				
Leroy et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten (Krankenhausepisoden-Statistik) aus 100 Krankenhäusern zur Ermittlung der Anzahl an tagesklinisch durchgeführten OPs; Zeitraum: 2011–2013; Ort: Belgien; n=336.763	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> - Im Durchschnitt (über die 100 Krankenhäuser) werden 97,9% der OPs tagesklinisch durchgeführt; min=42,86%, max=100,0%	<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.	
Steiner et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten unterschiedlicher Institutionen mit der Fragestellung, welche OPs tagesklinisch und welche stationär durchgeführt werden; Zeitraum: 2014; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> - 95,2% der OPs wurden ambulant durchgeführt. - 4,8% der OPs wurden stationär durchgeführt.	<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.	

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Karpaltunnel-Operation

International werden Karpaltunnel-Operationen standardmäßig in einem ambulanten Setting durchgeführt, im österreichischen Gesundheitswesen sind es rund 72%.

Bei einem Vergleich mit Studien aus Belgien, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika zeigt sich, dass im österreichischen Gesundheitswesen das Potenzial an tagesklinisch bzw. ambulant durchführbaren Karpaltunnel-Operationen noch nicht ganz ausgeschöpft sein dürfte. In den oben genannten drei Ländern werden 98%, 90% bzw. 95% aller Karpaltunnel-Operationen in einem ambulanten Setting erbracht. (vgl. Leroy et al. 2017, Aylin et al. 2005, Steiner et al. 2017)

Großbritannien geht bereits einen Schritt weiter und verlagert die Durchführung von Karpaltunnel-Operationen in Praxen von AllgemeinmedizinerInnen. Dort werden Karpaltunnel-Operationen entweder von aus Krankenhäusern entsendeten FachärztInnen oder von AllgemeinmedizinerInnen selbst, sofern sie über eine chirurgische Spezialausbildung verfügen, durchgeführt. (vgl. Marsden et al. 2016)

Weitere Interventionen am peripheren Nervensystem

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am peripheren Nervensystem durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Nervensystem

Interventionen am peripheren Nervensystem	Literaturquelle
Operationen an peripheren Nerven	Steiner et al. 2017
Dekompression peripherer Nerven	Steiner et al. 2017

Quelle: IHS 2018

2.4.2 Interventionen am Gefäßsystem – Fokus: Varizen-Operation

Hintergrund

Bei Varizen handelt es sich um oberflächliche Venen, deren Klappen insuffizient geworden sind und daher über Stauung des Blutes knotig ausgebuchtet sind. Am häufigsten treten Varizen an den Waden oder den Innenseiten der Beine auf (Vena saphena magna/parva). Varizen können zu Wadenkrämpfen, Schwellungen und

Schwere- bzw. Spannungsgefühl in den Beinen führen. Für eine **Varizen-Operation** existieren unterschiedliche Techniken. Am häufigsten kommen das Venenstripping (am Bein werden zwei Schnitte gesetzt und die Vene über einen Schnitt in der Leiste komplett herausgezogen) und die Phlebektomie (entlang der betroffenen Vene werden mehrere, wenige Millimeter kleine Schnitte gesetzt und die Vene in mehreren Teilen entfernt) zum Einsatz. Daneben gibt es auch die Möglichkeit der Sklerosierung (Verödung) und der Laserbehandlung.

In Österreich gehört die Varizen-Operation zu den am meisten durchgeführten operativen Eingriffen. Die Häufigkeit einer tagesklinischen Durchführung der Operation dürfte mit der eingesetzten Operationstechnik zusammenhängen. Im Jahr 2017 wurden radikale Varizenoperationen zu 20,3% tagesklinisch und endovenöse Obliterationen der Venae saphenae zu 57,4% tagesklinisch durchgeführt. Der Prozentsatz an tagesklinisch erbrachten Varizen-Operationen variiert auch hier zwischen den einzelnen Bundesländern. In Vorarlberg wurden 29,3% aller radikalen Varizenoperationen tagesklinisch durchgeführt, im Burgenland hingegen nur 4,8%. Während in Salzburg 81,1% endovenöse Obliterationen der Venae saphenae tagesklinisch erbracht wurden, waren es in Wien nur 37,7%. (BMASGK 2018)

Bei den stationär durchgeführten Varizen-Operationen (sowohl radikale Varizenoperationen als auch endovenöse Obliterationen der Venae saphenae) betrug die Belagsdauer in der Regel 1 bis 3 Tage. (BMASGK 2018)

Die im Detail beschriebenen Ergebnisse des Scoping Review in Bezug auf Varizen-Operationen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Varizen-Operationen werden international routinemäßig in einem ambulanten Setting durchgeführt. Die Möglichkeit zu einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung ist in der Literatur weitreichend belegt (vgl. z.B. Aylin et al. 2005, Scavee et al. 2007, Gemayel und Christenson 2012, Steiner et al. 2017).

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

Gemayel und Christenson 2012 analysieren, ob eine bilaterale Varizen-Operation in einem ambulanten Setting durchführbar ist. Die StudienautorInnen kommen zu dem Ergebnis, dass eine ambulante Durchführung dieser Operation mit hoher PatientInnensicherheit möglich ist. Die Komplikationsrate ist prinzipiell sehr gering, es können keine Unterschiede bei der Komplikationsrate hinsichtlich einer ambulanten oder stationären Durchführung festgestellt werden. Bei einer ambulanten Durchführung

ist der postoperative Aufenthalt im Aufwachraum signifikant kürzer und eine weiterführende postoperative Behandlung⁴ seltener notwendig.

Scavee et al. 2007 untersuchen die Sichtweise der PatientInnen bei ambulant durchgeführten Varizen-Operationen. Zum Zeitpunkt der Entlassung haben 97% der PatientInnen Schmerzen. Dabei liegt das durchschnittliche Schmerzlevel bei 3,8 von 10,0. 48 Stunden nach der Entlassung liegt das durchschnittliche Schmerzlevel bei 2,3 und sieben Tagen nach der Entlassung bei 0,8. 5% der PatientInnen haben so starke Schmerzen in den ersten Tagen nach der Entlassung, dass sie eine Notaufnahme aufsuchen. In einer zusammenfassenden Betrachtung kommen auch diese StudienautorInnen zum Schluss, dass eine Varizen-Operation in einem ambulanten Setting mit hoher PatientInnensicherheit durchgeführt werden kann.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

In Belgien beispielsweise besteht die Verpflichtung, Varizen-Operationen in einem ambulanten Setting durchzuführen. (Scavee et al. 2007)

⁴ Es ist in der Studie nicht näher beschrieben, was unter „einer weiterführende postoperative Behandlung“ zu verstehen ist.

Tabelle 5: Ergebnis – Interventionen am Gefäßsystem – Fokus: Varizen-Operation

	Studiendesign	Intervention	PatientInnensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Aylin et al. 2005	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten (Krankensepisoden-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 45,6% auf 55,3%.	<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.
Scavee et al. 2007	Prospektive Beobachtungsstudie anhand von 100 aufeinanderfolgenden PatientInnen zur Analyse der PatientInnensicht bezüglich Zustand/Wohlbefinden im Aufwachraum, vor der Entlassung und in der postoperativen Zeit; Zeitraum: 12/2004–06/2005; Ort: Belgien; n=100	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Zustand/Wohlbefinden im Aufwachraum: 14% der PatientInnen beklagten sich über Beschwerden/Unbehagen (symptomatische orthostatische Hypotonie in vier Fällen, Rückenschmerzen in drei Fällen, Übelkeit und Erbrechen in drei Fällen, Kopfschmerzen in zwei Fällen, Harnverhalt in einem Fall und schwere Hämatome in einem Fall) Zustand/Wohlbefinden vor der Entlassung: 97% der PatientInnen gaben an Schmerzen zu haben	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> In Belgien besteht eine gesetzliche Verpflichtung, eine Varizen-OP in einem ambulanten Setting durchzuführen

			(durchschnittliches Schmerzlevel lag bei 3,8 von 10,0).		
			<p>Zustand/Wohlbefinden in der postoperativen Zeit:</p> <p>Nach 48 Std. lag das durchschnittliche Schmerzlevel bei 2,3 von 10,0, nach 7 Tagen lag es bei 0,8 von 10,0 und nach 6 Wochen bei 0,0 von 10,0.</p> <p>5% der PatientInnen hatten starke Schmerzen in den ersten Tagen nach der OP und suchten deshalb eine Notaufnahme auf.</p> <p><u>Sicherheit:</u></p> <p>4% der PatientInnen wurden für eine Nacht stationär aufgenommen.</p>		
Gemayel und Christenson 2012	Retrospektive vergleichende Analyse mittels Administrativdaten zu zwei Zeitpunkten mit der Fragestellung, ob eine bilaterale Varizen-OP ambulant durchführbar ist; Zeitraum 1: 10/2004–10/2006 (303 unilateral, 130 bilateral), Zeitraum 2: 11/2006–12/2009 (550 unilateral, 275 bilateral); Ort: Schweiz; n=1.258	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, die Prüfung der ambulanten Durchführbarkeit einer bilateralen Varizen-OP ist die zentrale Forschungsfrage dieser Studie.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.
			<u>Sicherheit:</u> Im Zeitraum 1 wurden die OPs stationär, im Zeitraum 2 ambulant durchgeführt:		

		<p><u>Häufigkeit:</u> k.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der durchschnittliche Venous Clinical Severity Score (VCSS) war im Zeitraum 2 signifikant höher. - Der postoperative Aufenthalt im Aufwachraum war signifikant kürzer bei OPs im Zeitraum 2. - Die Komplikationsrate war sehr gering, es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Zeitraum 1 und 2. - Weiterführende postoperative Behandlungen innerhalb von 6 Monaten nach der OP waren bei OPs des Zeitraums 2 seltener notwendig. 		
<p>Steiner et al. 2017</p>	<p>Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten unterschiedlicher Institutionen mit der Fragestellung, welche OPs tagesklinisch und welche stationär durchgeführt werden; Zeitraum: 2014; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika</p>	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja</p> <p><u>Häufigkeit:</u> - 98,3% der OPs wurden ambulant durchgeführt. - 1,7 der OPs wurden stationär durchgeführt.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A.</p> <p><u>Sicherheit:</u> k.A.</p>	<p><u>Kosten:</u> k.A.</p>	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p>

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Varizen-Operation

Die Möglichkeit zur Durchführung einer Varizen-Operation in einem ambulanten Setting ist durch die Literatur eindeutig belegt, ohne dass darunter die PatientInnensicherheit leiden dürfte.

Im österreichischen Gesundheitswesen liegt die Rate der tagesklinischen Durchführung bei 20,3% (Stripping OP) bzw. bei 57,4% (endovenöse Obliteration). Diese Raten deuten daraufhin, dass das Potenzial für eine Durchführung der OP in einem ambulanten Setting noch nicht zur Gänze ausgeschöpft ist.

In Belgien zum Beispiel existiert eine gesetzliche Verpflichtung, eine Varizen-Operation in einem ambulanten Setting durchzuführen. (vgl. Scavee et al. 2007)

Weitere Interventionen am Gefäßsystem

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am Gefäßsystem durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 6).

Beim Einsatz eines Shunts für die Dialyse ist die Literatur hinsichtlich der Durchführbarkeit in einem ambulanten Setting unklar. Während **Gilliard et al. 2006** ausreichend Evidenz für die Durchführung in einem ambulanten Setting fehlt, bejahen sie rezentere Studien von **Steiner et al. 2017** und **Mestres et al. 2019**.

Tabelle 6: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Gefäßsystem

Interventionen am Gefäßsystem	Literaturquelle
Reparatur endovaskulärer Aneurysmen (EVAR) (bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen)	Hanley et al. 2018
Einsatz, Revision und Entfernung von arteriovenösen Fisteln und/oder eines Shunts für die Dialyse	Steiner et al. 2017, Mestres et al. 2019
Radikale Exzision anderer Lymphknoten	Bertolini et al. 2004

Quelle: IHS 2018

2.4.3 Interventionen am Auge – Fokus: Katarakt-Operation

Hintergrund

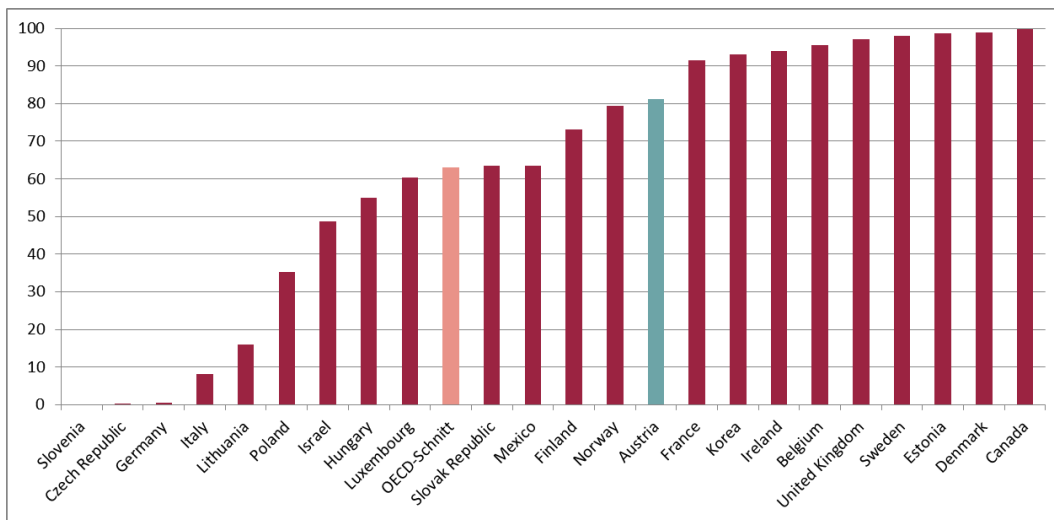
Die Katarakt ist eine meist altersbedingte, aber bisweilen auch sekundär vorkommende Augenerkrankung, durch die es zu einer Trübung der Augenlinse kommt. Das Hauptsymptom ist eine schleichende, schmerzlose Einschränkung des Visus durch Schleier und Blendeffekte. Bei einer **Katarakt-Operation** wird die trübe Linse entfernt und durch eine neue, künstliche Linse ersetzt. Dabei ist durch zwei Techniken heute nur ein sehr kleiner Einschnitt vonnöten: Die getrübte körpereigene Linse wird durch Ultraschall zertrümmert und kann abgesaugt werden (Phakoemulsifikation); die einzusetzende Linse ist heutzutage flexibel und kann daher in zusammengerolltem Zustand in den Halteapparat der körpereigenen Linse eingebracht werden.

Im österreichischen Gesundheitswesen ist die Katarakt-Operation der am häufigsten durchgeführte operative Eingriff. 86,4% aller Katarakt-Operationen wurden im Jahr 2017 tagesklinisch erbracht. Der Prozentsatz an tagesklinisch durchgeführten Katarakt-Operationen unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern. Im Burgenland wurden 99,6% der Katarakt-Operationen tagesklinisch durchgeführt, in Vorarlberg waren es hingegen nur 73,1%. (BMASGK 2018)

Im Falle einer stationären Durchführung einer Katarakt-Operation lag die Belagsdauer für gewöhnlich zwischen 1 und 3 Tagen. (BMASGK 2018)

Im OECD-Schnitt wurden im Jahr 2016 63,1% (Median 73,1%) der Katarakt-Operationen tagesklinisch durchgeführt. Österreich liegt damit deutlich über dem OECD-Schnitt, jedoch deutlich hinter Belgien, Dänemark, Schweden, dem Vereinigten Königreich und Kanada. In diesen Ländern werden über 95% der Katarakt-Operationen tagesklinisch erbracht (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Katarakt-Operationen, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Die Ergebnisse des Scoping Review hinsichtlich der Katarakt-Operationen sind in Tabelle 7 im Detail dargestellt.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Eine Katarakt-Operation ist die weltweit am häufigsten durchgeführte elektive Operation (Weingessel et al. 2017). Die Möglichkeit der Durchführung dieser Operation in einem ambulanten Setting ist in der Literatur eindeutig belegt (vgl. z.B. Atalla et al 2000, Aylin et al. 2005, Gilliard et al. 2006, Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017, Weingessel et al. 2017).

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

Katarakt-Operationen werden routinemäßig in einem ambulanten Setting durchgeführt. Das dürfte auch der Hauptgrund sein, warum nur wenige Studien zu finden sind, die Komplikationsraten bei einer tagesklinischen bzw. ambulanten Operationsdurchführung jenen bei einer stationären Durchführung gegenüberstellen. Im Rahmen des Scoping Review konnte für diesen Kontext die Studie von **Atalla et al. 2000** identifiziert werden. Diese Studie beziffert die Komplikationsrate bei ambulanten Katarakt-Operationen mit 5,4% und bei stationären Katarakt-Operationen mit 10,6%. Zu den aufgetretenen postoperativen Komplikationen zählten u.a. Anstieg des Augeninnendrucks, Hyphäma, Hornhautabrieb, Dislokation der Intraokularlinse.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

Ein wichtiger Analysepunkt im Rahmen des Scoping Review ist, fördernde und hindernde Faktoren für die Durchführung von Katarakt-Operationen in einem ambulanten Setting zu eruieren.

Als fördernde Faktoren bezeichnen **Weingessel et al. 2017** die gestiegene Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung, eine Katarakt-Operation tagesklinisch durchführen zu lassen. Die StudienautorInnen führen das vor allem auf zwei Gründe zurück: 1) die Verbesserung der perioperativen Beeinträchtigungen und 2) die zunehmende Gewöhnung der PatientInnen, dass Operationen tagesklinisch durchgeführt werden.

Als hindernde Faktoren beschreiben **Atalla et al. 2000** u.a. Komorbiditäten wie Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) sowie fehlende Pflegekräfte im Eigenheim, um eine postoperative Versorgung frisch operierter PatientInnen zu gewährleisten. Als weitere hindernde Faktoren nennen die StudienautorInnen diverse logistische Probleme beim PatientInnentransport, z.B. PatientInnen werden nicht rechtzeitig von den Transportdiensten zur Operation gebracht bzw. nicht rechtzeitig nach der Operation abgeholt.

Tabelle 7: Ergebnis – Interventionen am Auge – Fokus: Katarakt-Operation

	Studiendesign	Intervention	PatientInnsicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Atalla et al. 2000	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten mit der Fragestellung, ob Katarakt-OPs stationär oder ambulant durchgeführt wurden; Zeitraum: Februar–März 1998; Ort: Australien; n=671	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, mit hoher PatientInnsicherheit. <u>Häufigkeit:</u> - 66% der OPs wurden ambulant durchgeführt. - 34% der OPs wurden stationär durchgeführt. Ursachen für stationäre OP → siehe „andere Rahmenbedingungen“	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Komplikationsrate bei - ambulanter OP: 5,4% - stationärer OP: 10,6% Zu den aufgetretenen Komplikationen zählten u.a.: Anstieg des Augeninnendrucks, Hyphäma, Hornhautabrieb, Dislokation der Intraokularlinse	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Als Ursachen für eine stationäre OP wurden u.a. Komorbiditäten (wie Asthma und COPD), fehlende Pflegekraft im Eigenheim sowie Transportprobleme genannt.
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.
Leroy et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten (Krankenhausepisoden-Statistik) aus 100 Krankenhäusern zur Ermittlung der Anzahl an tagesklinisch	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u>	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u>

	durchgeführten OPs; Zeitraum: 2011–2013; Ort: Belgien; n=336.763	<u>Häufigkeit:</u> - Im Durchschnitt (über die 100 Krankenhäuser) werden 95,6% der OPs tagesklinisch durchgeführt; min=53,3%, max=100,0%	k.A.		k.A.
Steiner et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten unterschiedlicher Institutionen mit der Fragestellung, welche OPs tagesklinisch und welche stationär durchgeführt werden; Zeitraum: 2014; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> - 99,7% der OPs wurden ambulant durchgeführt. - 0,3% der OPs wurden stationär durchgeführt.	<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.
Weingessel et al. 2017	Befragung mittels Fragebogen von PatientInnen, die sich einer Katarakt-OP unterziehen müssen, zur Ermittlung der Akzeptanz einer tagesklinischen Durchführung der OP; Zeitpunkt 1: 2007, Zeitpunkt 2: 2014; Ort: Österreich; n=1.000 (500 Zeitpunkt 1, 500 Zeitpunkt 2)	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Der Wunsch einer tagesklinischen Durchführung der OP erhöhte sich von 38,8% (Zeitpunkt 1) auf 87,1% (Zeitpunkt 2). <u>Sicherheit:</u> k.A.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Die deutliche Erhöhung der Akzeptanz der tagesklinischen Durchführung der OP wird auf 2 Gründe zurückgeführt: 1) Verbesserung der perioperativen Beeinträchtigung. 2) Zunehmende Gewöhnung der PatientInnen, dass OPs tagesklinisch durchgeführt werden.

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Katarakt-Operation

Im österreichischen Gesundheitswesen werden rund 80% der Katarakt-Operationen in einem ambulanten Setting durchgeführt. Damit liegt Österreich 23,3%-Punkte über dem OECD-Schnitt.

Verglichen mit anderen nord- und westeuropäischen Ländern dürfte es im österreichischen Gesundheitswesen noch ungenutztes Potenzial bei der Durchführung von Katarakt-Operationen in einem ambulanten Setting geben. In Belgien werden 96%, in Schweden 98% und in Dänemark 99% der Katarakt-Operationen ambulant durchgeführt. (vgl. OECD Health Statistics 2018)

Um die Rate an tagesklinisch durchgeführten Katarakt-Operationen in Österreich weiter zu steigern, bedarf es eines verstärkten Akzeptanzmanagements, damit sich noch mehr PatientInnen an eine tagesklinische Durchführung der Operationen gewöhnen.

Weitere Interventionen am Auge

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am Auge durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Auge

Interventionen am Auge	Literaturquelle
Glaukom-Operationen	Gilliard et al. 2006, Leroy et al. 2017
Schieloperationen	Langmann et al. 2004, Gilliard et al. 2006, Van de Sande et al. 2012
Korneatransplantationen	Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Hagelkorn-Operationen	Marsden et al. 2016
Dakryozystorhinostomie und Eingriffe am Ductus nasolacrimalis	Leroy et al. 2017
Reparaturen von Netzhautrissen oder Netzhautablösungen (mittels Laserphotokoagulation)	Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Operationen an den Augenlidern	Cullen et al. 2009

Quelle: IHS 2018

2.4.4 Interventionen am Ohr – Fokus: Parazentese

Hintergrund

Die Paukenhöhle, die sich hinter dem Trommelfell befindet, ist ein Teil des Mittelohres und normalerweise mit Luft gefüllt. Bei einer Beeinträchtigung der Belüftung vor allem durch Verschluss der Eustachi'schen Röhre (Tuba auditiva Eustachii) kann sich die Paukenhöhle mit einem serösen Erguss füllen (Paukenerguss). Bei einer **Parazentese** wird ein kleiner Schnitt in das Trommelfell gesetzt, sodass die Belüftung wiederhergestellt wird. Dabei kann temporär ein Paukenröhrchen eingesetzt werden, um den Schnitt länger offen zu halten.

Die Parazentese am Ohr gehört zu den am häufigsten operativen Eingriffen im HNO-Bereich (Hals-Nasen-Ohren). Im Jahr 2017 wurden in Österreich 45,6% aller Parazentesen tagesklinisch durchgeführt, wobei dieser Prozentsatz sehr unterschiedlich zwischen den einzelnen Bundesländern ist. In Vorarlberg lag der Prozentsatz bei 68,4% und in Salzburg bei 19,0%. (BMASGK 2018)

Wenn eine Parazentese stationär durchgeführt wurde, lag die Belagsdauer in 83,1% der Fälle zwischen 1 und 3 Tagen und in 10,8% der Fälle zwischen 4 und 6 Tagen. (BMASGK 2018)

Eine Parazentese wird international standardmäßig in einem ambulanten Setting durchgeführt und weist ein geringes Komplikationsrisiko auf. Das dürfte auch der Grund dafür sein, warum im Rahmen des Scoping Review *keine* Studie identifiziert werden konnte, die z.B. Komplikationsraten oder Kosten bei einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung mit jenen einer stationären Durchführung vergleicht. Insofern kann an dieser Stelle auf die Parazentese nicht näher eingegangen werden.

Weitere Interventionen am Ohr

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am Ohr durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Ohr

Interventionen am Ohr	Literaturquelle
Stapedotomie	Ralli et al. 2012
Stapedektomie	Gilliard et al. 2006
Stapedoplastik	Vasama et al. 2006
Tympanoplastik	Steiner et al. 2017
Mastoidektomie	Steiner et al. 2017
Myringoplastik	Leroy et al. 2017
Korrektur von uni- oder bilateral prominenten Ohren	Leroy et al. 2017

Quelle: IHS 2018

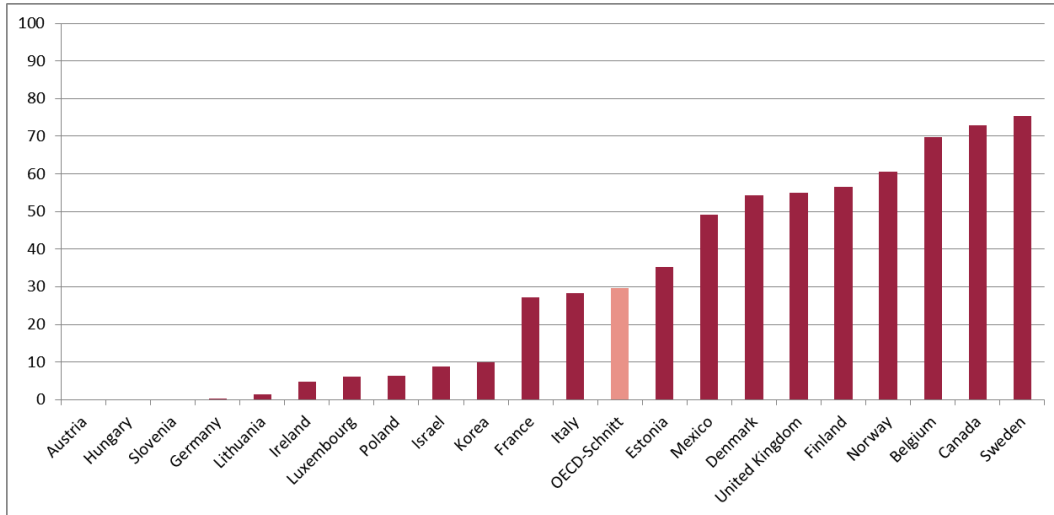
2.4.5 Interventionen an Nase, Mund und Rachen – Fokus: Tonsillektomie/Adenotomie

Hintergrund

Unter einer **Tonsillektomie** ist die chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln (tonsillae palatinae) zu verstehen. Die Indikationsstellung zu diesem operativen Eingriff erfolgt u.a. bei wiederkehrenden schweren Mandelentzündungen, starken Vergrößerungen der Mandeln bzw. bei Verdacht auf tumoröses Geschehen. Die Indikation bei rezidivierender Tonsillitis wurde aufgrund der Evidenzlage zunehmend restriktiver (Berner, Steffen, Toepfner, Waldfahrer, & Windfuhr, 2015). Eine Komplikation der Tonsillektomie stellen Nachblutungen dar, welche vom Operationsverfahren abzuhängen scheinen und nur in seltenen Fällen bedrohlich sind. (Berner et al., 2015)

Im österreichischen Gesundheitswesen ist eine tagesklinische Durchführung einer Tonsillektomie nicht möglich, weil dieser operative Eingriff laut Leistungskatalog nicht tagesklinisch erbringbar ist. Daher wurden im Jahr 2016 in Österreich keine Tonsillen-Operationen tagesklinisch durchgeführt, in Dänemark waren es hingegen 54%, im Vereinigten Königreich 55%, in Finnland 57%, in Norwegen 61%, in Belgien 70%, in Schweden 75% und in Kanada 73%. Der OECD-Schnitt im Jahr 2016 lag bei 29,6% (Median bei 27,2%), vgl. hierzu Abbildung 6.

Abbildung 6: Tonsillektomie/Adenotomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Die Ergebnisse des Scoping Review hinsichtlich der Durchführbarkeit von Tonsillen-Operationen in einem ambulanten Setting sind in Tabelle 10 im Detail beschrieben.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Die Möglichkeit eine Tonsillen-Operation in einem ambulanten Setting durchzuführen, wird in der Literatur mehrfach bestätigt (vgl. u.a. Aylin et al. 2005, Ahmad et al. 2010, Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017, Bartier et al. 2018).

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

Ahmad et al. 2010 schlussfolgern, dass auch eine ambulante Durchführung einer Tonsillen-Operation eine hohe PatientInnensicherheit mit sich bringt. Die Komplikationsrate liegt bei 4,5% intraoperativ und bei 7,2% postoperativ. In der Studie von **Bartier et al. 2018** liegt die Komplikationsrate bei Erwachsenen bei 35,3% (tagesklinische Durchführung/DF) bzw. 25,0% (stationäre DF) und bei Kindern bei 8,3% (tagesklinische DF) bzw. 7,7% (stationäre DF). In 11,1% der Fälle kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme. Ausschlaggebend dafür waren einerseits medizinische Gründe (Nachblutungen) und andererseits organisatorische Probleme (Prozessablauf). In 1,9% der Fälle kam es zu einem ungeplanten Besuch einer Notaufnahme.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

Bartier et al. 2018 beschreiben in ihrer Studie folgende Voraussetzungen für eine tagesklinische Durchführung einer Tonsillen-Operation:

- Enge Kooperation zwischen ChirurgInnen und AnästhesistInnen, um gemeinsam geeignete PatientInnen auszuwählen bei denen eine tagesklinische Durchführung der Operation möglich und sinnvoll ist. Damit sollen ungeplante stationäre Aufnahmen so gut wie möglich vermieden werden.
- Intensive Aufklärung der PatientInnen und ggf. deren Angehöriger was eine tagesklinische Durchführung der Operation bedeutet und ggf. welche Vorkehrungen im Eigenheim für die postoperative Phase zu treffen sind.
- Einrichtung einer 24-Stunden-Notfalls-Hotline für PatientInnen zur Hilfestellung bei auftretenden Komplikationen wie z.B. Nachblutungen.

Tabelle 10: Interventionen an Nase, Mund und Rachen – Fokus: Tonsillektomie/Adenotomie

	Studiendesign	Intervention	PatientInnensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
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 3,1% auf 8,0%.	<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.
Ahmad et al. 2010	Retrospektive Analyse anhand von 267 PatientInnen-Daten, ob eine ambulante Durchführung eine Tonsillen-OP für 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> Eine hohe Sicherheit ist auch bei einer ambulanten Durchführung einer Tonsillen-OP gewährleistet. Komplikationsrate Intra-operativ: 4,5% Postoperativ: 7,2% Zu den häufigsten aufgetretenen postoperativen Komplikationen zählten: Nachblutungen bzw. Infektionen.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

Leroy et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten (Krankenhausepisoden-Statistik) aus 100 Krankenhäusern zur Ermittlung der Anzahl an tagesklinisch durchgeführten OPs; Zeitraum: 2011–2013; Ort: Belgien; n=336.763	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> - Im Durchschnitt (über die 100 Krankenhäuser) werden 88,8% der OPs tagesklinisch durchgeführt; min=2,7%, max=100,0%	<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.
Steiner et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten unterschiedlicher Institutionen mit der Fragestellung, welche OPs tagesklinisch und welche stationär durchgeführt werden; Zeitraum: 2014; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> - 95,6% der OPs wurden ambulant durchgeführt. - 4,4% der OPs wurden stationär durchgeführt.	<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.
Bartier et al. 2018	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)	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> Erwachsene: - 37,3% tagesklinisch - 62,7% stationär	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Komplikationsrate (Nachblutung)	<u>Kosten:</u> k.A.	<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,

<p>Kinder: - 69,5% tagesklinisch - 30,5% stationär</p>	<p>Erwachsene: - 35,3% tagesklinisch - 25,0% stationär</p> <p>Kinder: - 8,3% tagesklinisch - 7,7% stationär</p> <p>Ungeplante stationäre Aufnahme: 11,1% der Fälle, Gründe: Komplikationen bei der Anästhesie, organisatorische Probleme.</p> <p>Ungeplanter Besuch einer Notaufnahme: 1,9% der Fälle, Grund: Nachblutung</p>	<p>um gemeinsam geeignete PatientInnen für eine tagesklinische Durchführung der OP auszuwählen und um damit ungeplante stationäre Aufnahmen so gut wie möglich zu vermeiden.</p> <p>- Intensive Aufklärung der PatientInnen und deren Angehöriger, was eine tagesklinische Durchführung der OP bedeutet.</p> <p>- 24-Stunden-Notfalls-Hotline für PatientInnen im Fall von Komplikationen wie z.B. Nachblutungen.</p>
--	---	---

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Tonsillektomie/Adenotomie

Im österreichischen Gesundheitswesen ist die tagesklinische Durchführung einer Tonsillektomie nicht möglich. Hingegen werden in anderen nord- und westeuropäischen Ländern bis zu 75% der Tonsillektomien tagesklinisch erbracht. Dieser Umstand legt nahe, dass bei Tonsillen-Operationen im österreichischen Gesundheitswesen derzeit ein großes Potenzial an tagesklinischer Durchführung ungenutzt ist, zumal auch eine Reihe an Studien die Möglichkeit zu einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung bestätigen. Allerdings ist dies aufgrund der nicht seltenen Nachblutungen nur bei entsprechender PatientInnenselektion und mit adäquaten einhergehenden Begleitmaßnahmen (wie z.B. Aufklärung, Notfallrufnummer) möglich.

Weitere Interventionen an Nase, Mund und Rachen

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen an Nase, Mund und Rachen durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 11).

Eine Reihe an Studien sehen die Möglichkeit, eine Thyreoidektomie (teilweise oder vollständig) tagesklinisch bzw. ambulant durchzuführen. Orosco et al. 2015 sehen diese Möglichkeit nicht bei allen, sondern nur bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen.

Hathaway und Johnson 2006 sehen die Möglichkeit einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung einer Uvulopalatopharyngoplastik nur bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen.

Tabelle 11: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an Nase, Mund und Rachen

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, Orosco et al. 2015, Steiner et al. 2017
Lobektomie der Schilddrüse, einseitig	Champault et al. 2009, Leroy et al. 2017
Ambulante Laryngopharyngealchirurgie	Mahboubi und Verma 2013
Atemwegsoperation bei obstruktiver Schlafapnoe	Baugh et al. 2013
Uvulopalatopharyngoplastik	Hathaway und Johnson 2006

Quelle: IHS 2018

2.4.6 Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Hernien-Operation

Hintergrund

Unter einer Hernie (Eingeweidebruch) ist das Durchtreten von Weichteilen durch angeborene oder erworbene Lücken in ansonsten anatomisch vorgesehenen Barrieren zu verstehen. Dies kann innerhalb des Körpers (innere Hernien, z.B. Hiatushernie, sonstige Zwerchfellhernien, Encephalocoele) oder an der Körperoberfläche (äußere Hernien) erfolgen. In diesem Abschnitt geht es um äußere Hernien, insbesondere um die häufigste Form, die Leistenhernie, deren Ausstülpungen bei entsprechender Ausprägung und Lokalisation sichtbar sein können. Hernien können symptomlos sein, aber auch Schmerzen, Brennen, Druckgefühle und ein Ziehen verursachen, insbesondere bei körperlicher Belastung. Große Hernien mit einer großen Bruchlücke verursachen oft gar keine oder nur geringe Schmerzen, da das Gewebe durch die Bruchränder nur wenig eingeschränkt wird. Bei einer **Hernien-Operation** wird der Bruchsack zurückgeschoben oder entfernt und die Lücke in der Bauchwand mit einer Naht verschlossen. Zusätzlich wird oft ein feines Kunststoffnetz eingesetzt, um die Bauchwand zu stärken und einem Rückfall vorzubeugen.

Im Jahr 2016 wurden in Österreich 4,3% aller offenen und 1,3% aller laparoskopischen Hernien-Operationen bei Erwachsenen tagesklinisch durchgeführt. Der OECD-Schnitt lag im Jahr 2016 bei 40,8% (Median bei 41,1%) bzw. 43,0% (Median bei 52,9%). In Dänemark, Großbritannien, Norwegen und Schweden werden mindestens 70% aller Hernien-Operationen tagesklinisch erbracht (vgl. Abbildung 7 und Abbildung 8).

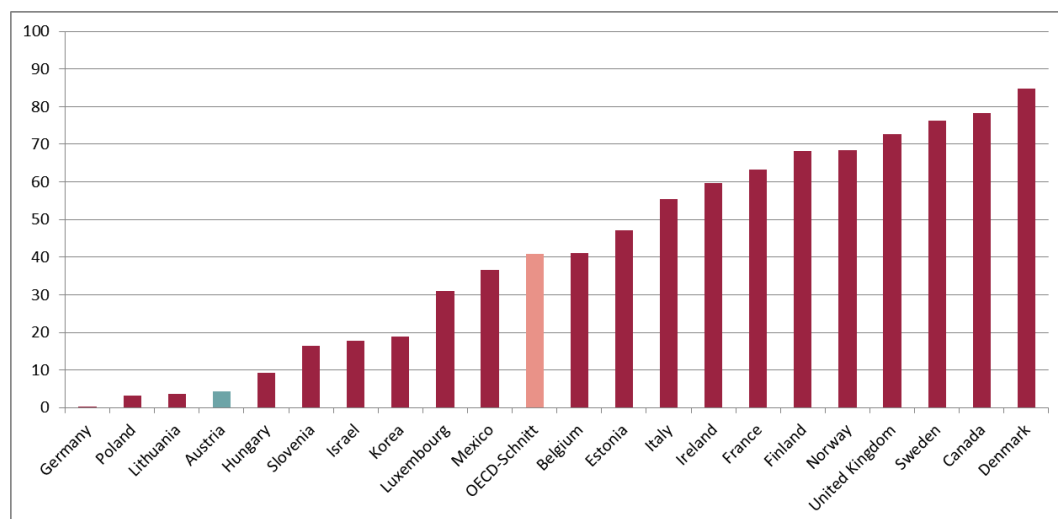
Der Prozentsatz an tagesklinisch durchgeführten Hernien-Operationen variierte im Jahr 2017 deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern. Dieser lag bei offenen Hernien-

Operationen zwischen 14,7% in Vorarlberg und 0,3% in Tirol und bei laparoskopischen Hernien-Operationen zwischen 0,2% im Burgenland und 14,7% in Kärnten. (BMASGK 2018)

Bei stationär durchgeführten Hernien-Operationen stellten sich im Jahr 2017 die Belagsdauern wie folgt dar: Bei der offenen Operationstechnik betrug die Belagsdauer in 54,6% der Fälle zwischen 1 und 3 Tagen und in 34,3% der Fälle zwischen 4 und 6 Tagen; bei der laparoskopischen Operationstechnik fielen 77,0% der Fälle in die Belagsdauergruppe 1 bis 3 Tage und 20,4% der Fälle in die Belagsdauergruppe 4 bis 6 Tage. (BMASGK 2018)

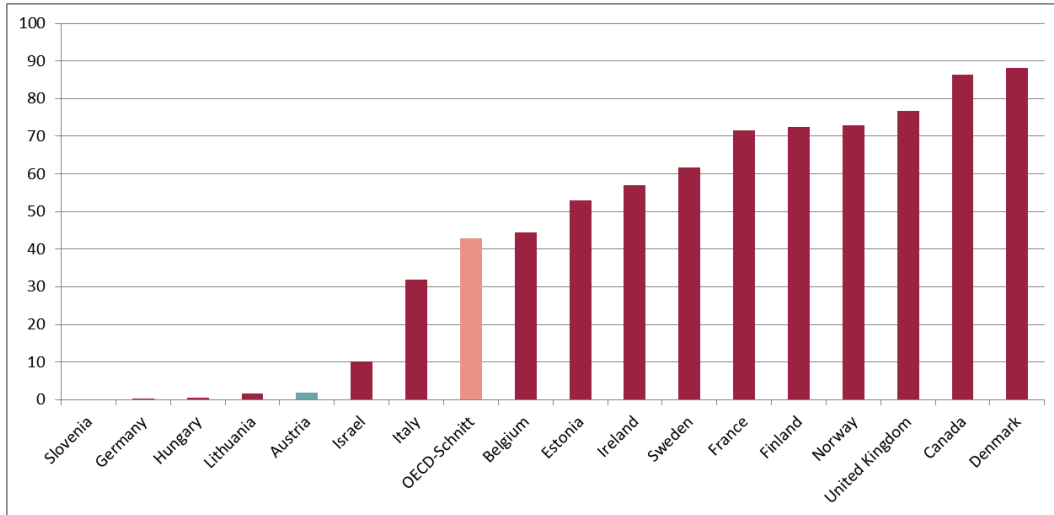
Ein weiterer interessanter Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass der Prozentsatz an tagesklinisch durchgeführten Hernien-Operationen bei Kindern deutlich höher ist als bei Erwachsenen. Im Jahr 2017 wurden in Österreich 17,5% aller offenen und 18,4% aller laparoskopischen Hernien-Operationen tagesklinisch erbracht. (BMASGK 2018)

Abbildung 7: Hernien-Operation, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Abbildung 8: Laparoskopische Hernien-Operation, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Eine detaillierte Beschreibung der Ergebnisse des Scoping Review hinsichtlich der Durchführbarkeit von Hernien-Operationen in einem ambulanten Setting befindet sich in Tabelle 12.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Die Möglichkeit eine Hernien-Operation tagesklinisch bzw. ambulant durchzuführen, ist in der Literatur sehr gut belegt, vgl. hierzu u.a. Moreno-Egea et al. 2008, Ngo et al. 2010, Qin et al. 2015, Song et al. 2017, Drissi et al. 2018, Steger et al. 2018.

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

Im Rahmen des Scoping Review konnten keine nennenswerten Gründe identifiziert werden, die aus medizinischer Sicht oder PatientInnensicht gegen eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung einer Hernien-Operation sprechen.

Die Komplikationsrate ist gering (vgl. z.B. Ngo et al. 2010, Qin et al. 2015, Drissi et al. 2018). **Moreno-Egea et al. 2008** stellten die Komplikationsraten einer ambulanten Durchführung jener einer stationären gegenüber. Es zeigten sich niedrigere Komplikationsraten bei ambulant durchgeführten Hernien-Operationen. Zu den aufgetretenen postoperativen Komplikationen zählten: Hämatome und Darmverschlüsse.

Moreno-Egea et al. 2008 und **Steger et al. 2018** untersuchten die Zufriedenheit der PatientInnen. In beiden Studien erfuhr die ambulante Durchführung der Operation eine hohe Zustimmung seitens der PatientInnen.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

Steger et al. 2018 nennen als einen Grund, warum Hernien-Operationen in Deutschland fast ausschließlich stationär und nicht tagesklinisch durchgeführt werden, falsche Anreize im Finanzierungssystem. In Deutschland erhält man für die Durchführung einer Hernien-Operation im ambulanten Sektor einen Betrag von rund 1.232 EUR und im stationären Sektor einen Betrag von rund 1.842 EUR. Eine Adaptierung des Finanzierungssystems wäre notwendig, damit Hernien-Operationen vermehrt tagesklinisch durchgeführt werden.

Auch **Drissi et al. 2018** beleuchten in ihrer Studie Gründe, die gegen eine tagesklinische Durchführung von Hernien-Operationen in Frankreich sprechen. In diesem Zusammenhang nennen die AutorInnen die fehlende Unterstützung von PatientInnen im Eigenheim, sodass eine unmittelbare Entlassung nach der Operation nicht sinnvoll wäre.

Tabelle 12: Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Hernien-Operation

	Studiendesign	Intervention	PatientInnensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Moreno-Egea et al. 2008	Prospektive Studie anhand von 199 PatientInnen-Daten, ob eine laparoskopische Hernien-OP ambulant durchführbar ist; Zeitraum: 1/1997–12/2006; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika; n=199	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, die Prüfung der ambulanten Durchführbarkeit einer Hernien-OP ist die zentrale Forschungsfrage dieser Studie. PatientInnenselektion für eine ambulante Durchführung: Einschlusskriterien: - PatientInnen über 30 Jahren mit einem parietalen Defekt größer als 5cm und ohne Hautveränderung Ausschlusskriterien: - PatientInnen mit Neubildungen, akuten Infektionen, Risiko einer Sepsis, psychischer Instabilität, fehlender schriftlicher Einwilligung zu einer ambulanten Durchführung der OP Eine ambulante Durchführung der OP war bei 63,8% der PatientInnen möglich.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Zufriedenheit der PatientInnen 6 Monate nach OP bei - ambulanter OP: 92,0% (sehr zufrieden) - stationärer OP: 85,7% (sehr zufrieden) <u>Sicherheit:</u> Postoperative Komplikationsrate bei - ambulanter OP: 3,1% - stationärer OP: 18,1% Zu den aufgetretenen postoperativen Komplikationen zählten: - ambulante OP: Hämatom (4 v. 127 Fällen) - stationäre OP: Hämatom (12 v. 72 Fällen), Darmverschluss (1 v. 72 Fällen) Morbidität (u.a. Hämatom, Serom) 1 Monat nach der OP bei - ambulanter OP: 19,2% - stationärer OP: 33,3%	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> <u>k.A.</u>

		<u>Häufigkeit:</u>			
		k.A.			
Ngo et al. 2010	Prospektive Studie anhand von 257 PatientInnen-Daten, ob eine Hernien-OP ambulant durchführbar ist; Zeitraum: 6/2008–10/2009; Ort: Frankreich; n=257	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, die Prüfung der ambulanten Durchführbarkeit einer Hernien-OP ist die zentrale Forschungsfrage dieser Studie. Eine ambulante Durchführung der OP war bei 89,6% der PatientInnen möglich. <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> - Bei 2,6% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme. - Bei 0,7% der PatientInnen kam es zu einer Wiederaufnahme aufgrund eines postoperativen Hämatoms. - Bei 3,3% der PatientInnen kam es zu Komplikationen (Hämatome, Harnverhalt, starke Schmerzen).	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.
Qin et al. 2015	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten von PatientInnen, die sich im Untersuchungszeitraum einer Hernien-OP unterzogen haben mit der Fragestellung, ob eine ambulante Durchführung der OP medizinisch sicher ist; Untersuchungszeitraum: 2011–2012;	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> - Bei 3,3% aller PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika;
n=7.666

der OP. [30-Tage-Wiederaufnahmerate = ungeplante stationäre Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgrund eines post-operativen Events, das wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Operation steht]

Als **Ursachen für die ungeplante stationäre Aufnahme** wurden genannt: COPD, Blutgerinnungsstörungen, PatientInnen mit komplexeren Bedürfnissen, Anwendung der laparoskopischen OP-Technik, Gesamtdauer der OP.

- Bei 3,0% aller PatientInnen kam es zu einer Komplikation.

Als **Ursachen für die Komplikationen** wurden genannt: (fortgeschrittenes) Alter der PatientInnen, Body-Maß-Index, COPD, Gesamtdauer der OP.

Song et al. 2017	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten von PatientInnen u.a. mit der Fragestellung, ob eine Verlagerung der OP vom stationären in	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u>	<u>Kosten:</u> Die Median-Kosten beliefen sich 2015 auf	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u>
-------------------------	---	---	---	--	--

	den ambulanten Bereich mit Kosteneinsparungen einhergeht; Zeitraum: 01/2008–06/2015; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika; n=106.552	<u>Häufigkeit:</u> k.A.	k.A.	- 11.532 USD bei einer stationären Durchführung - 4.816 USD bei einer ambulanten Durchführung	k.A.
Drissi et al. 2018	Prospektive Studie anhand von 9.330 PatientInnen-Daten, die von 41 ChirurgInnen des französischen „Club Hernie“ gesammelt wurden, um die tagesklinische/ambulante Durchführung von Hernien-OPs zu beurteilen und um Gründe, warum eine tagesklinische/ambulante Durchführung nicht möglich ist, zu identifizieren; Zeitraum: 09/2011–08/2015; Ort: Frankreich; n=9.330	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, sicher möglich und kosteneffektiv laut European Hernia Society. <u>Häufigkeit:</u> - 74,7% der OPs wurden tagesklinisch/ambulant durchgeführt. - 25,3% der OPs wurden stationär durchgeführt.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> - Bei 3,6% aller PatientInnen (= 262 v. 9.330) konnte die OP nicht wie ursprünglich geplant ambulant, sondern nur stationär durchgeführt werden, u.a. aufgrund von Schmerzen, Schwindel, akutem Harnverhalt. - Bei 7,3% aller PatientInnen (= 680 v. 9.330) kam es zu Komplikationen, wie z.B. akutem Harnverhalt, oberflächlichen subkutanen Hämatomen.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Abgesehen von medizinischen Gründen wurde am häufigsten folgender Grund genannt, warum die OP stationär und nicht tagesklinisch/ambulant durchgeführten wurde: Fehlende Unterstützung im Eigenheim, sodass für PatientInnen eine tagesklinische Durchführung nicht sinnvoll ist.
Steger et al. 2018	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten zur Ermittlung von Komplikationen, postoperativen Schmerzen, stationären Wiederaufnahmeraten und	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Von den 152 PatientInnen wurden 102 PatientInnen postoperativ telefonisch befragt: 86,2% der	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Grund, warum die OP stationär und nicht ambulant durchgeführt wurde (generell und unabhängig von der konkreten Untersuchung):

Rezidivraten bei ambulant durchgeführten minimalinvasiven Hernien-OPs; PatientInnen wurden zusätzlich telefonisch über ihre Zufriedenheit mit dem ambulanten Vorgehen befragt; Zeitraum: 2013–2015; Ort: Deutschland; n=164

Häufigkeit:
- 92,7% der OPs wurden ambulant durchgeführt.
- 7,3% der OPs wurden stationär durchgeführt.

PatientInnen gaben eine sehr hohe Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung an; 80,4% der PatientInnen gaben an, den Eingriff erneut ambulant durchführen zu lassen.

Sicherheit:
Bei 7,3% aller PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme unmittelbar nach der OP oder innerhalb von 24 Stunden.

1) Risiko von postoperativen Störungen (wie z.B. Übelkeit, Kreislaufprobleme) aufgrund der erforderlichen Vollnarkose und/oder schlecht detektierbarer Einblutungen in den Präperitonealraum.
2) Erlösunterschied zwischen einem ambulanten und einem stationären Ein-Tages-Aufenthalt; **ambulant:** Betrag von rund 1.232 EUR, **stationär:** Betrag von rund 1.842 EUR (mittels DRG-Pauschale).

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Hernien-Operation

Im österreichischen Gesundheitswesen ist die tagesklinische Durchführung einer Hernien-Operation derzeit unüblich. Lediglich zwischen 2% und 4% der Hernien-Operationen erfolgen tagesklinisch, während es in anderen nord- und westeuropäischen Ländern bis zu 90% sind. Diese niedrige Rate an tagesklinisch erbrachten Hernien-Operationen legt die Vermutung nahe, dass ein großes Potenzial noch unausgeschöpft ist. Diese Vermutung wird auch dadurch verstärkt, dass weder aus medizinischer Sicht noch aus PatientInnensicht etwas gegen eine tagesklinische Durchführung spricht, wie die Ergebnisse einschlägiger Studien zeigen, insbesondere wenn zuhause eine Betreuung gegeben ist.

2.4.7 Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Appendektomie

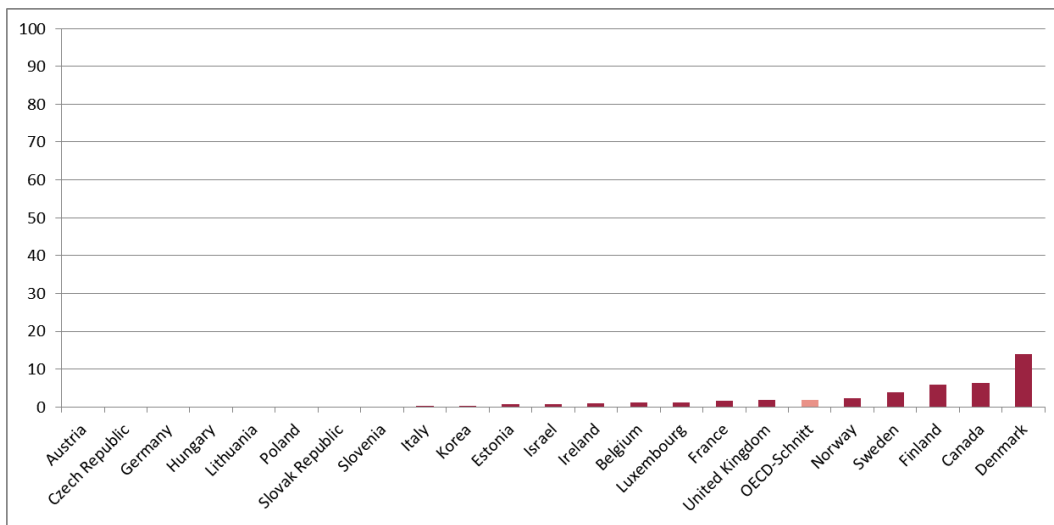
Hintergrund

Unter einer **Appendektomie** ist die chirurgische Entfernung des Wurmfortsatzes des Blinddarms zu verstehen. Die Entfernung des Wurmfortsatzes erfolgt entweder durch einen offenen oder einen laparoskopischen chirurgischen Eingriff. Eine Appendektomie ist bei einer Entzündung des Wurmfortsatzes notwendig und wird in der Regel im Rahmen einer Notoperation durchgeführt.

Im Jahr 2016 wurden in Österreich keine Appendektomien tagesklinisch durchgeführt. Auch der OECD-Schnitt an tagesklinisch erbrachten Appendektomien ist sehr gering, er lag bei rund 2% (Median bei rund 0,7%) (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10).

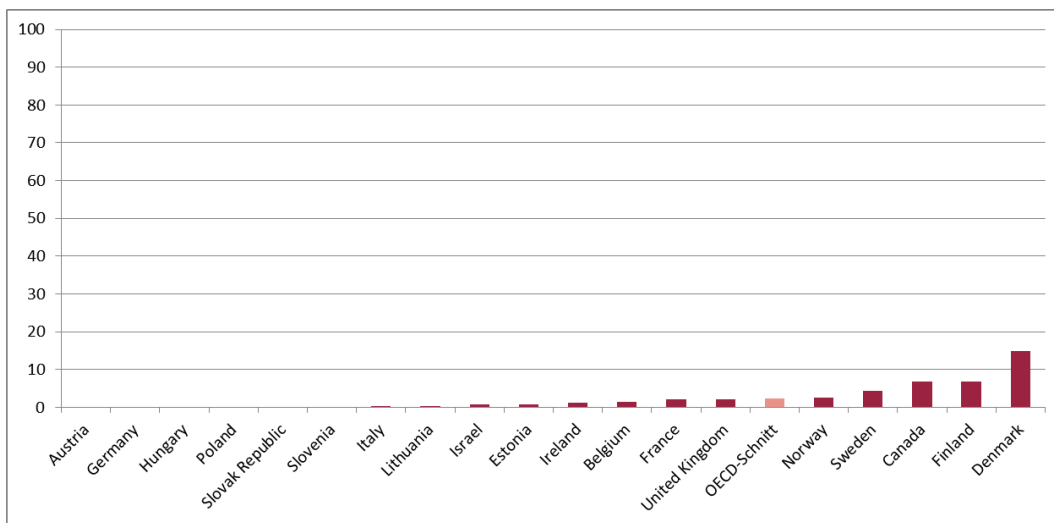
Die geringe Rate an tagesklinisch durchgeführten Operationen dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es sich bei einer Appendektomie fast immer um eine Notoperation handelt, was eine tagesklinische Durchführung erschwert bzw. unmöglich macht. Tagesklinisch durchgeführte Operationen bedürfen in der Regel eines gewissen Maßes an Vorbereitung, z.B. von Krankenseite ist eine tagesklinische Operation am Vormittag anzusetzen, von PatientInnenseite ist die Betreuung unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren.

Abbildung 9: Appendektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Abbildung 10: Laparoskopische Appendektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Die oben genannten Gründe dürften auch ausschlaggebend dafür sein, dass im Rahmen des Scoping Review keine Studie identifiziert werden konnte, die eine ambulante Durchführung einer Appendektomie mit einer stationären Durchführung vergleicht. Insofern kann an dieser Stelle auf die Appendektomie nicht näher eingegangen werden.

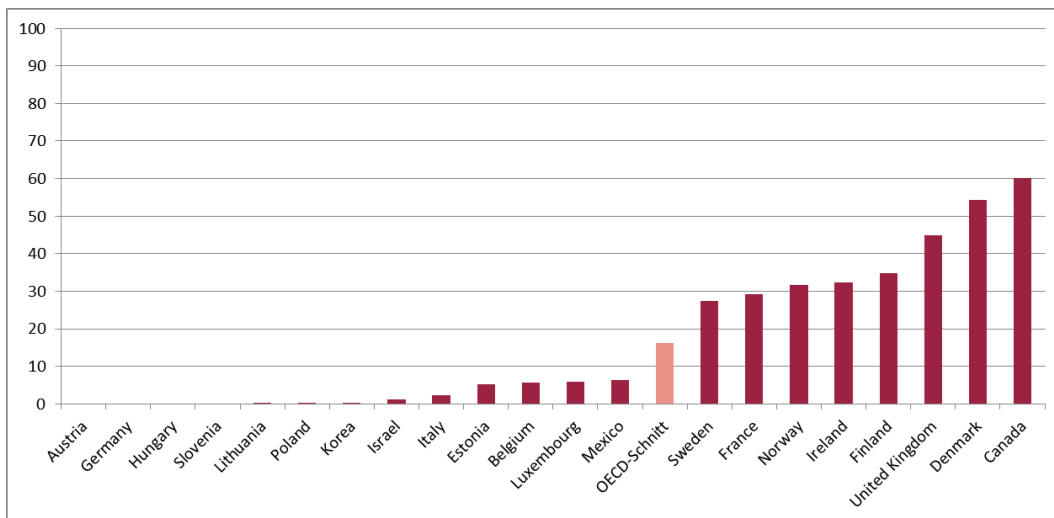
2.4.8 Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Cholezystektomie

Hintergrund

Unter einer Cholezystektomie ist die operative Entfernung der Gallenblase zu verstehen. Diese kann entweder offen oder laparoskopisch erfolgen, wobei das laparoskopische Verfahren mittlerweile Standard ist (rund 90% aller Cholezystektomien erfolgen laparoskopisch). Eine Cholezystektomie wird vor allem dann notwendig, wenn eine Entzündung der Gallenblase oder Gallensteine Beschwerden verursachen. Typische Beschwerden in diesem Zusammenhang sind rezidivierende Koliken.

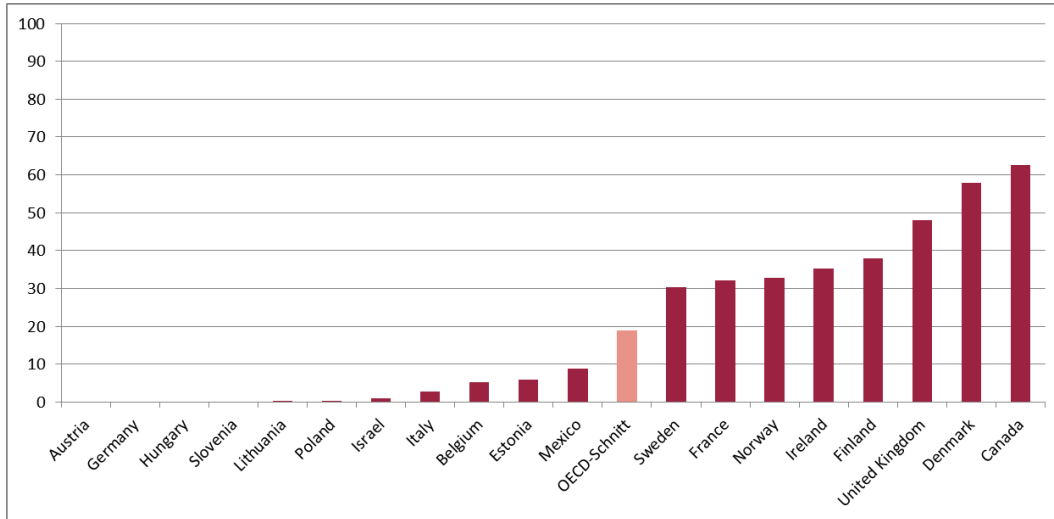
In Österreich wurden im Jahr 2016 keine Cholezystektomien tagesklinisch durchgeführt. Hingegen werden in Frankreich, Finnland, Norwegen und Schweden rund ein Drittel der Cholezystektomien tagesklinisch durchgeführt und in Dänemark, Großbritannien und Kanada rund die Hälfte. Der OECD-Schnitt betrug im Jahr 2016 16,3% (Median 5,7%) bei offen durchgeführten Cholezystektomien und 19,0% (Median 5,9%) bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien, vgl. hierzu Abbildung 11 und Abbildung 12.

Abbildung 11: Cholezystektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Abbildung 12: Laparoskopische Cholezystektomie, % an tagesklinisch durchgeführten OPs, 2016



Quelle: OECD Health Statistics 2018, Darstellung IHS 2018

Die Ergebnisse des Scoping Review im Hinblick auf die Cholezystektomie sind in Tabelle 13 dargestellt.

Durchführung in einem ambulanten Setting

Die Möglichkeit zur Durchführung einer Cholezystektomie in einem ambulanten Setting ist in der Literatur hinreichend belegt, vgl. hierzu zum Beispiel Bringman et al. 2001, Chok et al. 2004, Vuilleumier und Halkic 2004, Paquette et al. 2008, Psaila et al. 2008, Al-Omani et al. 2015, Cassinotti et al. 2008, Vaughan et al. 2013, Hao et al. 2017, Ho und Spry 2017.

Einige Studien weisen in diesem Zusammenhang daraufhin, dass eine Durchführung in einem ambulanten Setting nur bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen möglich ist, vgl. u.a. Martínez Vieira et al. 2004, Chang und Tan 2008, Brescina et al. 2012, Tenconi et al. 2008, Tang et al. 2015.

Konsequenzen der Verlagerung für PatientInnen und/oder das Gesundheitssystem

In einer Reihe von Studien wird die PatientInnensicherheit bei einer Durchführung der Cholezystektomie in einem ambulanten Setting untersucht. Diese ist – wie die Studien zeigen – sehr hoch. **Vaughan et al. 2013** finden in ihrer Meta-Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen einer tagesklinischen und stationären Durchführung in Bezug auf Lebensqualität, postoperative Schmerzen, Return-to-Activity, Nebenwirkungen, Wiederaufnahmen und fehlgeschlagenen bzw. nichterfolgten Entlassungen. Die Return-to-Work Rate ist bei tagesklinisch durchgeführten Operationen kürzer. Zu einem sehr

ähnlichen Ergebnis kommen **Hao et al. 2017** in ihrer Meta-Analyse. Deren Ergebnisse weisen keine signifikanten Unterschiede zwischen einer tagesklinischen und stationären Durchführung hinsichtlich Schmerzen (VAS Score/Visuelle Analogskala), Übelkeit und Erbrechen am ersten postoperativen Tag, Return-to-Activity, Konsultationsrate, Morbidität nach der Entlassung, Wiederaufnahmen bzw. postoperativer Morbidität. Die Return-to-Work Rate ist bei tagesklinisch durchgeführten Operationen kürzer, die PatientInnenzufriedenheit dürfte bei einer tagesklinischen Durchführung höher sein.

Die PatientInnenzufriedenheit mit der tagesklinischen Durchführung der Cholezystektomie untersuchen **Psaila et al 2008** im Zuge einer postoperativen Befragung. Dabei geben 86% der Befragten an, die Operation wieder tagesklinisch durchführen zu lassen. Die restlichen Befragten nennen u.a. folgende Gründe, warum sie die Operation nicht mehr tagesklinisch durchführen lassen würden: keine zu betreuenden Kinder im häuslichen Umfeld sowie das Gefühl nicht bereit für eine Entlassung zu sein.

Drei Studien führen auch eine Kostenanalyse durch. In diesem Zusammenhang stellen **Paquette et al. 2008** die Kosten der Durchführung einer Cholezystektomie in einem Zentrum für ambulante Chirurgie jenen in einem Krankenhaus gegenüber. Es zeigt sich, dass die Kosten für die Durchführung in einem Zentrum für ambulante Chirurgie rund 50% geringer sind. **Tenconi et al. 2008** beziffern die Kosteneinsparungen bei einer tagesklinischen Durchführung der Operation anstatt einer stationären Durchführung zwischen 11% und 46%. **Tang et al. 2015** sehen deutlich höhere Kosten bei einer stationären Durchführung im Vergleich mit einer tagesklinischen Durchführung.

Erforderliche Rahmenbedingungen für die Verlagerung

Zwei Studien analysieren erforderliche Rahmenbedingungen, damit eine tagesklinische Durchführung einer Cholezystektomie möglich ist.

Martínez Vieira et al. 2004 beschreiben in diesem Zusammenhang folgende notwendige Voraussetzungen:

- Sorgfältige Auswahl der PatientInnen, sowohl nach medizinischen als auch sozialen Gesichtspunkten.
- Vertrautheit der ChirurgInnen mit tagesklinischen Prozessen.
- Existenz eines gut entwickelten Nachbehandlungssystems.
- Akzeptanz der PatientInnen, kurz nach der Operation entlassen zu werden.
- Aufklärung der PatientInnen, wie sie sich nach der Operation zu Hause verhalten und erholen sollen.

Psaila et al 2008 nennen folgende notwendige Voraussetzungen:

- Durchführung der Operation am Vormittag, damit ausreichend Zeit für die postoperative Erholung zur Verfügung steht und eine Entlassung am selben Tag gewährleistet werden kann.
- Erfolgreiche Unterbindung von postoperativen Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen.

Tabelle 13: Interventionen am Verdauungssystem – Fokus: Cholezystektomie

	Studiendesign	Intervention	PatientInnensicht	Systemsicht	Erforderliche Rahmenbedingungen
Bringman et al. 2001	Prospektive Beobachtungsstudie anhand von 100 aufeinanderfolgenden PatientInnen zur Analyse, wie sicher eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopische Cholezystektomie ist; Zeitraum: 01/1998–04/1999; Ort: Schweden; n=100	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> VAS⁵ Score - Der durchschnittliche VAS Score war 2 oder niedriger innerhalb der ersten 24 Std. nach der OP. Verweildauer - Der durchschnittliche postoperative VD in der tagesklinischen Einheit lag bei 6 Std. <u>Sicherheit:</u> - bei 11,0% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme; Gründe waren u.a. ungeplante offene Cholezystektomie, anhaltende postoperative Übelkeit - bei 8,0% der PatientInnen kam es zu Komplikationen (Wundinfektion, Harnverhalt).	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

⁵ Anmerkung: VAS (visual analogue scale / Visuelle Analogskala) = Skala zur Messung der Schmerzen, je höher der Wert auf der Skala desto stärker die Schmerzen

Chok et al. 2004	<p>Prospektive Studie mittels Administrativdaten mit der Fragestellung, ob eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie möglich und sicher ist und von den PatientInnen akzeptiert wird; Zeitraum: 02/2000–10/2002; Ort: Hong Kong; n=73</p>	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja</p> <p><u>Häufigkeit:</u> k.A.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> VAS Score</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 (+/- 1,80) am 1. postoperativen Tag - 1 (+/- 1,26) am 3. postoperativen Tag 	<p><u>Kosten:</u> k.A.</p>	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p>
			<p><u>Sicherheit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei 4% der PatientInnen wurde die Cholezystektomie ungeplant offen anstatt laparoskopisch durchgeführt. - bei 8% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme (bei denen die Cholezystektomie laparoskopisch durchgeführt wurde); als Gründe hierfür wurden genannt: psychosoziale Gründe, starke postoperative Schmerzen, Perforations-Empyem der Gallenblase. - bei 3% der PatientInnen kam es zu einer geplanten Wiederaufnahme aufgrund von schwerwiegenden Wundinfektionen. 		

Martínez Vieira et al. 2004	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten; Zeitraum: 2002; Ort: Spanien; n=81	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A.
		<u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Sicherheit:</u> k.A.		<u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Folgende Voraussetzungen sind notwendig, um laparoskopische Cholezystektomie tagesklinisch durchführen zu können: - sorgfältige Auswahl der in Frage kommenden PatientInnen auf Basis von medizinischen und sozialen Kriterien. - erfahrene ChirurgInnen insbesondere hinsichtlich der Vertrautheit mit tagesklinischen Prozessen (z.B. Entlassung). - Akzeptanz der PatientInnen, kurz nach der OP entlassen zu werden. - Wissen der PatientInnen, wie sie sich zu Hause erholen sollen. - Verfügbarkeit eines gut entwickelten Nachbehandlungssystems.
Vuilleumier und Halkic 2004	Prospektive Studie anhand von 136 PatientInnen-Daten, ob eine laparoskopische Cholezystektomie ambulant durchführbar ist, für die PatientInnen sicher ist und von den PatientInnen akzeptiert wird;	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> VAS Score - 1 (0-5) in Ruhe, 24 Std. nach OP - 4 (0-6) bei Bewegung, 24 Std. nach OP	<u>Kosten:</u> Keine signifikanten Kostenunterschiede zw. einer stationären und ambulanten Durchführung der OP.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

Zeitraum: 01/1993–12/2001; Ort:
Schweiz; n=136

- 6 Stunden nach der OP hatten
48% der PatientInnen in Ruhe
keine Schmerzen.

- 24 Stunden nach der OP
hatten 72% der PatientInnen in
Ruhe keine Schmerzen.

- 7 Tage nach der OP konnten
95% der PatientInnen wieder
ihre normalen körperlichen
Aktivitäten aufnehmen.

Sicherheit:

- bei 2,0% der PatientInnen
kam es zu einer ungeplanten
stationären Aufnahme.

**Chang und
Tan 2008**

Retrospektive Analyse mittels
Administrativdaten mit der
Fragestellung, ob eine tagesklinische
Durchführung einer laparoskopischen
Cholezystektomie möglich und sicher
ist; Zeitraum: 02/2006–12/2006; Ort:
Singapur; n=50

Tagesklinisch/ambulant
durchführbar:

Ja, bei sorgfältig ausgewählten
PatientInnen.

Häufigkeit:

k.A.

Wirksamkeit/Effizienz:

k.A.

Sicherheit:

- bei 8,0% der PatientInnen
kam es zu einer ungeplanten
stationären Aufnahme; Gründe
waren u.a. anhaltende starke
postoperative Schmerzen,
anhaltende postoperative
Übelkeit.

Kosten:

k.A.

Rechtliche Rahmenbedingungen:

k.A.

Andere Rahmenbedingungen:

k.A.

				- bei 4,0% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten Wiederaufnahme.	
Paquette et al. 2008	Retrospektive Kohortenstudie, um u.a. die Sicherheit und die Kosten einer laparoskopischen Cholezystektomie bei einer Durchführung in einem Zentrum für ambulante Chirurgie einer ambulanten Durchführung in einem Krankenhaus gegenüberzustellen; Zeitraum: 2002–2003; Ort: Vereinigte Staaten von Amerika; n=40.040	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> - bei weniger als 1% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten Aufnahme	<u>Kosten:</u> - Durchführung der OP in einem Zentrum für ambulante Chirurgie: - 6.402 USD (Median) - 6.391 USD (Mittelwert) - 2.035 USD (STD) - Ambulante Durchführung der OP in einem Krankenhaus: - 11.744 USD (Median) - 12.987 USD (Mittelwert) - 5.149 USD (STD)	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.
Psaila et al. 2008	Retrospektive Analyse von Administrativdaten und Telefoninterviews, ob eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie möglich und sicher ist und von den PatientInnen gewollt ist; Zeitraum: 06/2000–01/2005; Ort: Großbritannien; n=176	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Postoperative Befragung mittels Telefoninterviews: - 80% der Befragten (n=83) hatten leichte bis mittlere Schmerzen in den ersten Tagen nach der OP. - 96% der Befragten (N=79) hatten keine oder leichte Schmerzen drei Wochen nach der OP.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> Folgende Voraussetzungen sind notwendig, um laparoskopische Cholezystektomien tagesklinisch durchführen zu können: - Durchführung der OP in der Früh/am Vormittag, damit genug Zeit für die

-
- 88% der Befragten (n=83) verspürten keine Übelkeit am ersten postoperativen Tag.
 - 95% der Befragten (n=83) konnten Nahrung am ersten postoperativen Tag aufnehmen.
 - 86% der Befragten würden die OP wieder tagesklinisch durchführen lassen; Gründe, warum die Befragten die OP NICHT wieder tagesklinisch durchführen würden lassen, waren u.a. kleine Kinder zu Hause, Gefühl nicht bereit zu sein, um entlassen zu werden.

Sicherheit:

- bei 14% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten Aufnahme; Gründe waren u.a. postoperative Übelkeit, postoperative Schmerzen, Hypotonie, Setzen einer Drainage/eines Stents, ungeplante offene Cholezystektomie.
- bei 4% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten Wiederaufnahme; Gründe

notwendige postoperative Erholung vorhanden ist; Durchführung der OP nach 13:00 Uhr steigert die Wahrscheinlichkeit einer ungeplanten Aufnahme.
- Erfolgreiche Unterbindung von Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen.

			waren u.a. Kurzatmigkeit, Blasenleck, Schulterschmerzen.		
Brescia et al. 2013	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten mit der Fragestellung, ob eine laparoskopische Cholezystektomie tagesklinisch durchgeführt werden kann; PatientInnen wurden zusätzlich über ihre Zufriedenheit mit dem ambulanten Vorgehen befragt; Zeitraum: 03/2003–06/2011; Ort: Italien; n=439	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen</p> <p><u>Häufigkeit:</u> k.A.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> - 380 der 400 PatientInnen (=95,0%) gaben eine sehr hohe Zufriedenheit mit der tagesklinischen Durchführung der OP an und würden eine solche ihren Verwandten und Freunden empfehlen.</p> <p><u>Sicherheit:</u> - 439 PatientInnen wurden für eine tagesklinische Durchführung der Cholezystektomie ausgewählt, nach einer perioperativen Beurteilung wurden 39 PatientInnen ausgeschieden; Gründe waren u.a. hohes Risiko von Gallengangssteinen, Vielzahl an Komorbiditäten. - 387 der 400 PatientInnen (=96,7%) konnten 8-10 Std. nach der OP entlassen werden. - keine der entlassenen PatientInnen mussten aufgrund eines Notfalls wiederaufgenommen werden.</p>	<u>Kosten:</u> k.A.	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p>

Al-Omani et al. 2015	Retrospektive Analyse mittels Administrativdaten mit der Fragestellung ob eine tagesklinisch Durchführung einer laparoskopische Cholezystektomie möglich und sicher ist; Zeitraum: 03/2009-02/2014; Ort: Königreich Saudi-Arabien; n=1.140	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> - bei 4,0% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten stationären Aufnahme. - bei 0,4% der PatientInnen kam es zu einer ungeplanten Wiederaufnahme. - bei 0,0% der PatientInnen kam es zu einer Infektion.	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.
Cassinotti et al. 2008	Literaturüberblick zur Ermittlung der aktuellen Evidenz, welche eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie befürwortet.	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Keine Unterschiede zw. einer tagesklinischen und einer stationären Durchführung der OP in Bezug auf - Schmerzen - Lebensqualität - PatientInnenzufriedenheit <u>Sicherheit:</u> Keine Unterschiede zw. einer tagesklinischen und einer stationären Durchführung der OP in Bezug auf	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

					- Verlängerung des (geplanten) Krankenhausaufenthalts - ungeplante stationäre Wiederaufnahme
Tenconi et al. 2008	Literaturüberblick anhand einer Meta-Analyse von 8 randomisierten kontrollierten Studien mit der Fragestellung, ob eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie sicher ist; Basis: 12 wissenschaftliche Studien	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja, bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen. <u>Häufigkeit:</u> k.A	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> k.A. <u>Sicherheit:</u> Verlängerter Krankenhausaufenthalt - keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. den einzelnen Studien hinsichtlich eines verlängerten Krankenhausaufenthalts; als Gründe für einen verlängerten Krankenhausaufenthalt wurden genannt: starke postoperative Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, ungeplante offene statt laparoskopische Durchführung der OP, Notwendigkeit von abdominalen Drainagen, soziale Gründe. Wiederaufnahme - keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. den einzelnen Studien hinsichtlich	<u>Kosten:</u> - eine tagesklinische Durchführung der OP führt zu deutlich geringeren Kosten als eine stationäre Durchführung, die genannten Kosteneinsparungen reichen von 11%-46%.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

			der Wiederaufnahmerate, als Gründe für eine Wiederaufnahme wurden genannt: Nackenschmerzen, Gallenleck, Gallengangssteine		
Vaughan et al. 2013	Systematischer Literaturüberblick und Meta-Analyse mit der Fragestellung, ob eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie sicher und effizient im Vergleich zu einer stationären Durchführung ist; Basis: 6 wissenschaftliche Studien	<u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Ja <u>Häufigkeit:</u> k.A.	<u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> Lebensqualität - keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP Schmerz - keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP Return-to-Activity - keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP Return-to-Work - Zeit bis zur Rückkehr zur Arbeit ist bei einer tagesklinischen Durchführung der OP kürzer als bei einer stationären Durchführung	<u>Kosten:</u> k.A.	<u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A. <u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.

			<p><u>Sicherheit:</u></p> <p>Schwerwiegende Nebenwirkungen</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p> <p>Wiederaufnahme</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p> <p>Fehlgeschlagene/nichterfolgte Entlassungen</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p>		
Tang et al. 2015	Systematischer Literaturüberblick und Meta-Analyse mit der Fragestellung, ob eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie sicher und effizient im Vergleich zu einer stationären Durchführung ist; Basis: 12 wissenschaftliche Studien mit insgesamt 492 PatientInnen	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u></p> <p>Ja, bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen.</p> <p><u>Häufigkeit:</u></p> <p>k.A.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u></p> <p>VAS Score</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. einer tagesklinischen und stationären Durchführung der OP</p> <p>PONV Score (<i>postoperative nausea and vomiting</i>)</p>	<p><u>Kosten:</u></p> <p>- eine stationäre Durchführung der OP führt zu deutlich höheren Kosten als eine tagesklinische Durchführung</p>	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u></p> <p>k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u></p> <p>k.A.</p>

- keine signifikanten Unterschiede zw. einer tagesklinischen und stationären Durchführung der OP

Return-to-Activity-Rate und Return-to-Work-Rate

- beide Raten waren bei einer tagesklinischen Durchführung der OP kürzer, allerdings nicht signifikant

Sicherheit:

Verlängerter Krankenhausaufenthalt

- 13,1% (zw. 0,0%-35,0% in den Studien) der PatientInnen, bei denen die OP tagesklinisch durchgeführt wurde, mussten ungeplant stationär aufgenommen werden.

- 12,1% der PatientInnen, bei denen die OP stationär durchgeführt wurde, mussten länger als geplant im Krankenhaus bleiben.

Wiederaufnahme

- bei 2,4% (zw. 0,0%-4,8% in den Studien) der

			tagesklinischen und bei 2,0% (zw. 0,0%-5,2% in den Studien) der stationären PatientInnen kam es nach der Entlassung zu einer Wiederaufnahme aufgrund von Infektion, Pankreatitis bzw. Gallenleck.		
Hao et al. 2017	Systematischer Literaturüberblick anhand einer Meta-Analyse von 8 randomisierten kontrollierten Studien mit der Fragestellung, wie sicher und effektiv eine tagesklinische Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie im Gegensatz zu einer stationären Durchführung ist; Basis: 8 wissenschaftliche Studien mit insgesamt 624 PatientInnen	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u> Keine klare Evidenz dafür.</p> <p><u>Häufigkeit:</u> k.A.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u> PatientInnenzufriedenheit nach 1 Woche Die Meta-Analyse deutet daraufhin, dass die PatientInnenzufriedenheit bei einer tagesklinischen Durchführung höher ist als bei einer stationären Durchführung.</p> <p>Angst und Depression - keine klare Evidenz, ob eine tagesklinische oder stationäre Durchführung der OP mit weniger Angst und Depression einhergeht.</p> <p>VAS Score zwischen 4 und 8 Stunden nach der OP - keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p>	<u>Kosten:</u> k.A.	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u> k.A.</p>

Übelkeit und Erbrechen am 1. postoperativen Tag

- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP

Return-to-Activity

- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP

Return-to-Work

- Zeit bis zur Rückkehr zur Arbeit ist bei einer tagesklinischen Durchführung der OP kürzer als bei einer stationären Durchführung.

Konsultationsrate

- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP

Sicherheit:

Morbidität nach Entlassung

- keine klare Evidenz, ob eine tagesklinische oder stationäre Durchführung der OP zu einer

			geringen Morbidität nach der Entlassung führt.		
			<p>Wiederaufnahme</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p> <p>Postoperative Morbidität</p> <p>- keine signifikanten Unterschiede zw. tagesklinischer und stationärer Durchführung der OP</p>		
Hao et al. 2017	Literaturüberblick zum Vergleich der klinischen Wirksamkeit/Effizienz bei einer tagesklinischen vs. einer stationären Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie; Literaturüberblick besteht aus 3 Teilen	<p><u>Tagesklinisch/ambulant durchführbar:</u></p> <p>Ja</p> <p><u>Häufigkeit:</u></p> <p>k.A.</p>	<p><u>Wirksamkeit/Effizienz:</u></p> <p>1. Systematischer Literaturüberblick</p> <p>→ siehe Tang et al. 2015</p> <p>2. Randomisierte kontrollierte Studie</p> <p>→ keine Unterschiede zw. einer tagesklinischen und einer stationären Durchführung der OP in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - postoperative Schmerzen - Fieber - postoperative Übelkeit und Erbrechen 	<p><u>Kosten:</u></p> <p>k.A.</p>	<p><u>Rechtliche Rahmenbedingungen:</u></p> <p>k.A.</p> <p><u>Andere Rahmenbedingungen:</u></p> <p>k.A.</p>

- postoperative
PatientInnensicherheit

Sicherheit:

**1. Systematischer
Literaturüberblick**

→ siehe Tang et al. 2015

**2. Randomisierte kontrollierte
Studie**

→ keine Unterschiede zw.
einer tagesklinischen und einer
stationären Durchführung der
OP in Bezug auf

- ungeplante stationäre
Wiederaufnahme
- Return-to-Work-Rate

3. Retrospektive Analyse

keine Unterschiede zw. einer
tagesklinischen und einer
stationären Durchführung der
OP in Bezug auf

- postoperative
Komplikationen
- ungeplante stationäre
Wiederaufnahme

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2018

Lessons Learned – Cholezystektomie

Im österreichischen Gesundheitswesen werden derzeit Cholezystektomien nicht tagesklinisch durchgeführt. In anderen west- und nordeuropäischen Ländern ist das durchaus üblich. So werden z.B. in Frankreich, Finnland, Norwegen und Schweden rund ein Drittel der Cholezystektomien tagesklinisch erbracht und in Dänemark und Großbritannien rund die Hälfte. Dieser Umstand legt nahe, dass im österreichischen Gesundheitswesen hier ein Potenzial an tagesklinisch durchführbaren Operationen ungenutzt bleibt.

Zahlreiche Studien sehen die Möglichkeit zu einer tagesklinischen Durchführung von Cholezystektomien ohne Einschränkung der PatientInnensicherheit und der PatientInnenzufriedenheit. Als eine zentrale Voraussetzung für eine tagesklinische Durchführung wird in etlichen Studien auf eine sorgfältige Auswahl der PatientInnen verwiesen.

Weitere Interventionen am Verdauungssystem

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am Verdauungssystem durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Verdauungssystem

Interventionen am Verdauungssystem	Literaturquelle
Dilatation der Speiseröhre	Cullen et al. 2009
Laparoskopische Fundoplicatio (bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen und chirurgischer Expertise)	Finley und McKernan 2001, Mariette und Pessaux 2011, Thomas und Agrawal 2011
Endoskopische Entfernung der Läsion im Gastrointestinaltrakt (ausgenommen Anusverfahren)	Gilliard et al. 2006
Endoskopische Polypektomie des Dickdarms	Cullen et al. 2009
Laparoskopische Sleeve-Gastrektomie (bei sorgfältig ausgewählten 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, Mlakar und Kosorok 2003, Bertolini et al. 2004, Gilliard et al. 2006, Caviglia et al. 2009

Quelle: IHS 2018

2.4.9 Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen – Fokus: Curettage

Hintergrund

Eine Curettage ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem die Gebärmutter ausgeschabt wird. Eine solche ist bei verstärkten oder unregelmäßigen Regelblutungen (vor allem in den Wechseljahren), nach Fehlgeburten bzw. nach Schwangerschaftsabbrüchen notwendig.

Eine Curettage gehört zu den am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffen. Im Jahr 2017 wurden in Österreich 53% aller Curettagen tagesklinisch erbracht. Auch hier konnte ein Unterschied zwischen den einzelnen Bundesländern im Hinblick auf die tagesklinische Durchführung festgestellt werden. In Niederösterreich lag der Prozentsatz bei 64,6% und in Wien hingegen bei 40,3%. (BMASGK 2018)

Bei stationär durchgeführten Curettagen fielen im Jahr 2017 86,6% der Fälle in die Belagsdauergruppe 1 bis 3 Tage und 10,0% der Fälle in die Belagsdauergruppe 4 bis 6 Tage. (BMASGK 2018)

In der Regel wird eine Curettage in einem ambulanten Setting durchgeführt und weist ein geringes Komplikationsrisiko auf. Das dürfte auch der Grund dafür sein, warum im Rahmen des Scoping Review *keine* Studie identifiziert werden konnte, die z.B. Komplikationsraten oder Kosten bei einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung mit einer stationären Durchführung vergleicht. Aufgrund dessen kann an dieser Stelle auf die Curettage nicht näher eingegangen werden.

Weitere Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen

Interventionen an weiblichen Geschlechtsorganen	Literaturquelle
Hysterektomie	Morrison und Jacobs 2004, Everett und Crawford 2010, Maheux-Lacroix et al. 2015, Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Hysteroskopie	Gillard et al. 2006, Aylin et al. 2005
Salpingo-Oophorektomie, einseitig bzw. beidseitig	Everett und Crawford 2010, Steiner et al. 2017
Insufflation der Eileiter	Leroy et al. 2017
Tubensterilisation, laparoskopisch bzw. endoskopisch	Wasowicz et al. 2000, Gillard et al. 2006, Steiner et al. 2017
Schwangerschaftsabbruch	Kroneman et al. 2001, Aylin et al. 2005
Eingriffe an Vulva, Vagina und Becken (mit Einschränkungen)	Steiner et al. 2017
Korrekturen von Zystozele oder Rektozele	Steiner et al. 2017

Quelle: IHS 2018

2.4.10 Interventionen am Bewegungsapparat (exkl. Rückgrat) – Fokus: Knie-Arthroskopie und Metallentfernung

Hintergrund

Eine Knie-Arthroskopie ist ein chirurgischer Eingriff, bei der eine Sonde mit einer kleinen Kamera in das Kniegelenk eingeführt wird, um das Kniegelenk zu untersuchen. In der Regel wird aber eine Knie-Arthroskopie nicht nur zu diagnostischen Zwecken, sondern auch zu therapeutischen Zwecken (z.B. Nähen eines gerissenen Meniskus, Entfernung freier Gelenkkörper oder -knorpel, Entfernung der Gelenksschleimhaut) eingesetzt.

(Komplizierte) Knochenfrakturen werden häufig unter Zuhilfenahme von Fremdmaterial (wie z.B. Platten, Schrauben, Drähte, Marknägel sowie innere und äußere Fixierer) stabilisiert. Das zur Stabilisierung eingesetzte Fremdmaterial verbleibt in der Regel nicht im Körper, sondern wird im Rahmen eines operativen Eingriffs (= Metallentfernung) entfernt, dazu reicht in der Regel ein kleiner Gewebeschnitt aus.

Im Rahmen des Scoping Review konnten *keine* Studien identifiziert werden, die sich im Detail mit Knie-Arthroskopie oder mit Metallentfernung beschäftigen, also z.B. die Vor- und Nachteile einer tagesklinischen bzw. ambulanten mit einer stationären Durchführung vergleichen. Der Grund dafür dürfte sein, dass diese beiden operativen Eingriffe standardmäßig in einem ambulanten Setting erbracht werden. Daher kann an dieser Stelle auf die Knie-Arthroskopie und Metallentfernung nicht näher eingegangen werden.

Weitere Interventionen am Bewegungsapparat (exkl. Rückgrat)

Im Rahmen des Scoping Review wurde eine tagesklinische bzw. ambulante (Spitalsambulanzen/extramuraler Bereich) Durchführbarkeit für folgende weitere Interventionen am Bewegungsapparat durch die Literatur belegt (vgl. Tabelle 16)

Tabelle 16: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Bewegungsapparat

Interventionen am Bewegungsapparat (exkl. Rückgrat)	Literaturquelle
Endoprothetik an Schulter, Ellenbogen	Albert et al. 2017, Berend et al. 2018, Brolin et al. 2018, Kingery et al. 2018
Behandlung von Fraktur oder Luxation des Radius der Ulna, der Humerus	Steiner et al. 2017, Rider et al. 2018
Entfernung eines Ganglions des Handgelenks (Dorsum)	Marsden et al. 2016
Operationen an der oberen Extremität inklusive Hand	Gilliard et al. 2006, Patel et al. 2015, Goyal et al. 2016
Hüftendoprothetik (bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen)	Aynardi et al. 2014, Argenson et al. 2016, Steiner et al. 2017, Paredes et al. 2018
Behandlung von Fraktur oder Luxation der unteren Extremität (außer Hüfte oder Femur)	Steiner et al. 2017
Knieendoprothetik (bei sorgfältig ausgewählten PatientInnen)	Argenson et al. 2016, Bovonratwet et al. 2017, Hoorntje et al. 2017, Kort et al. 2017, Steiner et al. 2017, Cody et al. 2018

Meniskus-Operationen	Kroneman et al. 2001, Van de Sande et al. 2012, Leroy et al. 2017
Arthroskopische Reparatur der Kreuzbänder des Knies	Andrés-Cano et al. 2015, Lefevre et al. 2016, Leroy et al. 2017,
Exzision des Meniskus	Cullen et al. 2009, Steiner et al. 2017
Arthroskopische Patella-Stabilisierung	Leroy et al. 2017
Amputation der unteren Extremität	Steiner et al. 2017
Bunionektomie oder Reparatur von Zehenverformungen	Steiner et al. 2017, Cullen et al. 2009
Exzision aus dem Knochen	Steiner et al. 2017
Inzision oder Fusion von Gelenken bei destrukturierender Gelenkerkrankung	Steiner et al. 2017
Operationen von Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeutel (mit Ausnahme aufwändiger Operationen wie Rekonstruktionen, Transplantationen etc.)	Cullen et al. 2009

Quelle: IHS 2018

2.4.11 Weitere Interventionen

Im Zuge des Scoping Review wurden zahlreiche weitere Interventionen identifiziert, die auch in einem ambulanten Setting durchgeführt werden können. Da eine nähere Analyse dieser Interventionen den Rahmen des vorliegenden Berichts übersteigen würde, werden diese nur tabellarisch gelistet. Zwecks besserer Übersichtlichkeit sind diese Interventionen wie folgt gegliedert:

- Interventionen am Herz-Kreislauf-System
- Interventionen an der Mamma
- Interventionen am Rückgrat
- Interventionen am Urogenitalsystem
- Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen
- Interventionen an der Haut

Interventionen am Herz-Kreislauf-System

In Tabelle 17 sind jene Interventionen am Herz-Kreislauf-System gelistet, bei denen die Möglichkeit zur Durchführung in einem ambulanten Setting in der Literatur hinreichend belegt ist.

Tabelle 17: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Herz-Kreislauf-System

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

Quelle: IHS 2018

Interventionen an der Mamma

Tabelle 18 beinhaltet jene Interventionen an der Mamma, bei denen der Literatur zufolge eine Durchführung in einem ambulanten Setting möglich ist.

Tabelle 18: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an der Mamma

Interventionen an der Mamma	Literaturquelle
Lokale Exzision von Läsionen der Mamma (Lumpektomie)	Gilliard et al. 2006, Cullen et al. 2009, Steiner et al. 2017
Brustquadrantektomie inklusive Sentinel-Lymphknotenbiopsie	Marrazzo et al. 2007, Leroy et al. 2017, Steiner et al. 2017
Mastektomie	Steiner et al. 2017
Mammoplastik (auch reduzierend)	Stevens et al. 2008, Steiner et al. 2017
Biopsie der Mamma	Cullen et al. 2009
Exzision von Brustgewebe bei Männern	Leroy et al. 2017

Quelle: IHS 2018

Interventionen am Rückgrat

In Tabelle 19 sind jene Interventionen am Rückgrat dargestellt, bei denen die Möglichkeit zu einer Durchführung in einem ambulanten Setting laut Literatur besteht.

Tabelle 19: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Rückgrat

Interventionen am Rückgrat	Literaturquelle
Vordere zervikale Diskektomie (und Fusion) (ACDF), Level 1 und/oder Level 2	Garringer und Sasso 2010, Sheperd und Young 2012, McGirt et al. 2015, Samuel et al. 2015, Adamson et al. 2016, Ban et al. 2016, Gennari et al. 2018, Mullins et al. 2018, Pendharkar et al. 2018, Sivaganesan et al. 2018
Zervikale Foraminotomie	Sivaganesan et al 2018
Zervikale Arthroplastik	Sivaganesan et al 2018
Zervikale Bandscheibenendoprothetik	Pendharkar et al. 2018
Lumbale Mikrodiskektomie	Sivaganesan et al 2018
Lumbale Laminektomie und Diskektomie	Doerksen und Dusik-Sharpe 2003, Steiner et al. 2017, Pendharkar et al. 2018, Sivaganesan et al 2018
Minimalinvasive transforaminale Interbody-Fusion (TLIF)	Sivaganesan et al 2018
(Laterale) Lendenwirbelkörperfusion	Villavicencio et al. 2013, Pendharkar et al. 2018
Wirbelsäulenfusion	Steiner et al. 2017, Pendharkar et al. 2018
Vollendoskopisch assistierte lumbale Dekompressionsoperation	Kamson et al. 2017

Quelle: IHS 2018

Interventionen am Urogenitalsystem

In Tabelle 20 sind all jene Interventionen am Urogenitalsystem abgebildet, die der Literatur zufolge in einem ambulanten Setting erbracht werden können.

Tabelle 20: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen am Urogenitalsystem

Interventionen am Urogenitalsystem	Literaturquelle
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie	Van de Sande et al. 2012, Raheem et al. 2015
Operationen an der Blase bzw. der Urethra, endoskopisch	Gilliard et al. 2006
Endoskopie und endoskopische Biopsie der Harnwege inkl. Ureteroskopie	Cheung et al. 2001, Taylor et al. 2002, Raheem et al. 2015, Oitchayomi et al. 2016, Steiner et al. 2017
Harnröhrenerweiterung	Leroy et al. 2017
Transurethrale Exzision, Drainage oder Entfernung von Harnwegsstörungen	Steiner et al. 2017
Zystoskopie, mit oder ohne Biopsie	Cullen et al. 2009, Marsden et al. 2016
Operation des Beckenorganprolapses	Van der Vaart et al. 2007
Holmium-Laser-Enukleation der Prostata	Lee et al. 2018
Transurethrale Resektion der Prostata (TURP)	Chander et al. 2003, Steiner et al. 2017
Photoselektive Vaporisation der Prostata	Rosenthal und DiTrolio 2012

Quelle: IHS 2018

Eine laparoskopische Nephrektomie kann theoretisch bei sorgfältig ausgewählten und informierten PatientInnen in geeigneten Krankenhäusern tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführt werden; praktisch wird diese Intervention nur stationär erbracht. (Ilie et al. 2011, Azawi et al. 2018)

Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen

Tabelle 21 beinhaltet sämtliche Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen, die gemäß der Literatur in einem ambulanten Setting durchgeführt werden können.

Tabelle 21: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen

Interventionen an männlichen Geschlechtsorganen	Literaturquelle
Prostatektomie, offen	Steiner et al. 2017
Orchidopexie-, Varikozele-, Hydrozele-Operation, ohne Hodenresektion	Bertolini et al. 2004, Gilliard et al. 2006, Leroy et al. 2017
Zirkumzision	Gilliard et al. 2006, Steiner et al. 2017
Vasektomie	Marsden et al. 2016

Quelle: IHS 2018

Interventionen an der Haut

In Tabelle 22 sind jene Interventionen an der Haut gelistet, deren Durchführung in einem ambulanten Setting von der Literatur als problemlos angesehen wird.

Tabelle 22: Tagesklinische bzw. ambulante Durchführbarkeit von Interventionen an der Haut

Interventionen an der Haut	Literaturquelle
Kleinere Operationen an Haut, Debridement, Transplantat ohne Lappen	Gilliard et al. 2006
Exzision oder Zerstörung der Läsion oder des Gewebes der Haut und des Unterhautgewebes	Cullen et al. 2009
Exzision eines Lipoms der Haut	Marsden et al. 2016
Behandlung eingewachsener Nägel inklusive Zadek Operation	Marsden et al. 2016
Kryotherapie von Hautläsionen	Marsden et al. 2016

Quelle: IHS 2018

2.5 Ergebnisse: Studien mit nicht-technischen Aspekten von Verlagerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Volltextanalyse von 27 Studien beschrieben. Eine Person (MK) führte die dafür notwendige Datenextraktion durch.

Die vorliegenden Studien beleuchten unterschiedliche Aspekte von tagesklinischen bzw. ambulanten Operationen. Im Fokus der Ergebnisextraktion stehen die Aspekte PatientInnensicht, PatientInnensicherheit, erforderliche Rahmenbedingungen und Kosten. Die Ergebnisse sind anhand dieser vier Aspekte dargestellt.

2.5.1 PatientInnensicht

Im Rahmen des Scoping Review wurden sechs Studien identifiziert, welche die PatientInnensicht von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen im Detail untersuchen. Die Ergebnisse der einzelnen Studien sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: PatientInnensicht von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen

PatientInnensicht	
Markovic et al. 2002	<p>Ziel: Untersuchung der Erfahrungen von Frauen, die sich einer tagesklinischen OP im gynäkologischen Bereich unterzogen haben. Der Fokus der Untersuchung lag dabei auf Unterschieden zwischen öffentlicher und privater Versicherung.</p> <p>Ort: Australien</p> <p>Jahr: 08/2010–10/2010</p> <p>N: 315</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Präoperative Informationen</p> <p>96% der Patientinnen erhielten präoperative Informationen, es bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. öffentlichen und privaten Patientinnen.</p> <p>Öffentliche Patientinnen im Gegensatz zu privaten Patientinnen erhielten bessere Informationen und hatten Zugang zu mehreren Informationsquellen (statistisch signifikant).</p> <p>Verweildauer im Krankenhaus</p> <p>71% der Patientinnen empfanden die Zeit zw. Aufnahme und Entlassung als adäquat, es bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. öffentlichen und privaten Patientinnen</p>

	<p>72% der Patientinnen empfanden die Zeit im Aufwachraum/Überwachungsraum als adäquat, es bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. öffentlichen und privaten Patientinnen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Wahrnehmung der Vor- und Nachteile von tagesklinisch durchgeführten OPs <p>93% der Patientinnen sahen die tagesklinische Durchführung ihrer OP als vorteilhaft an, es bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zw. öffentlichen und privaten Patientinnen.</p>
Schwappach und Strasmann 2006	<p>Ziel: Untersuchung der Präferenzen potenzieller PatientInnen für die chirurgische Behandlung im Rahmen niedergelassener, stationärer oder ambulant im Krankenhaus erbrachter Versorgung und die für eine Entscheidung relevanten Faktoren.</p> <p>Ort: Deutschland</p> <p>Jahr: k.A.</p> <p>N: 1.134</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• PatientInnen sind offen für die verschiedenen Behandlungsalternativen und machen ihre Wahl abhängig von den jeweiligen Merkmalskombinationen.• Folgende Merkmalskombinationen werden von den PatientInnen bei ihrer Wahl präferiert:<ul style="list-style-type: none">- BehandlerInnen mit Spezialisierung und Erfahrung im Umgang mit Komplikationen und risikoreichen Situationen gegenüber jenen ohne diese Expertise.- Kürzere gegenüber längeren Wartezeiten.- Kontinuierliche Betreuung durch eine behandelnde Person gegenüber mehreren behandelnden Personen.- Kürzere gegenüber längeren Anfahrtszeiten.- Ambulante Behandlung im Krankenhaus gegenüber ambulanten Behandlung in der Praxis oder stationärer Aufnahme im Krankenhaus.• Die stärksten positiven Effekte auf die Auswahlentscheidung hatten dabei die Spezialisierung, eine nur einwöchige Wartezeit sowie die kontinuierliche Behandlung durch eine Person.
Lemos et al. 2009	<p>Ziel: Untersuchung der PatientInnenzufriedenheit nach einer tagesklinischen OP</p> <p>Ort: Portugal</p> <p>Jahr: 12/2004–03/2005</p> <p>N: 251</p>

Ergebnis:

Anmerkung: in der Studie wurden ausschließlich die PatientInnenzufriedenheit bei tagesklinisch durchgeführten OPs erfasst, sodass ein Vergleich der PatientInnenzufriedenheit mit stationär durchgeführten OPs nicht möglich ist.

- 75% der PatientInnen waren zum Zeitpunkt der Entlassung und 62% der PatientInnen waren 30 Tage nach der Entlassung komplett zufrieden (*completely satisfied*) mit der tagesklinischen Durchführung der OP.
Die AutorInnen führen das Zurückgehen der Zufriedenheit darauf zurück, dass die PatientInneninterviews zum Zeitpunkt der Entlassung als persönliche Interviews durch das Gesundheitspersonal selbst durchgeführt wurden; die PatientInnen haben möglicherweise nicht immer wahrheitsgemäß geantwortet, um zukünftig keine „schlechtere“ Behandlung zu riskieren.
- 20% der PatientInnen waren zum Zeitpunkt der Entlassung und 26% der PatientInnen waren 30 Tage nach der Entlassung mäßig zufrieden (*moderately satisfied*) mit der tagesklinischen Durchführung der OP.
- Folgende Faktoren wurden genannt, welche die PatientInnenzufriedenheit zum Zeitpunkt der Entlassung beeinflussen:
 - Postoperatives Schmerzlevel
 - Wartezeit auf die Operation
 - Sich ändernde Rahmenbedingungen

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.
- **Rückkehr ins Alltagsleben (Bedingungen, welche die postoperative Genesung beeinflussen)**
 - Emotionale Unterstützung, wenn die OP und/oder die Genesung nicht wie erwartet verlaufen ist.
 - Physische Unterstützung im Alltag u.a. wegen der körperlichen Einschränkungen während des Genesungsprozesses, z.B. wird Hilfe beim Ankleiden, bei der Körperhygiene und der Haushaltsführung benötigt.
 - **Erfahrungen von tagesklinischen PatientInnen (und deren Effekte auf die Genesung)**
 - Teil eines tagesklinischen Systems zu sein: die PatientInnen sahen sowohl Vor- als auch Nachteile, Teil eines strukturierten tagesklinischen Programmes zu sein; manche PatientInnen fühlten sich nur als Objekte; manche PatientInnen fühlten sich durch einen engen Zeitplan bis zur Entlassung gestresst und hatten manchmal das Gefühl „rausgeworfen zu werden“.
 - Wunsch der PatientInnen in gesundheitsbezogene Entscheidungen eingebunden zu werden: diesem Wunsch wurde jedoch nicht immer Folge geleistet.
 - Perioperative Information: unter optimalen Bedingungen sollten die PatientInnen umfassend über die OP und postoperative Bedingungen aufgeklärt werden, was aber oft nicht der Fall war.
 - Belastung der postoperativen Verantwortung: die PatientInnen hatten das Gefühl, für die Verhinderung von Komplikationen und das Ergebnis der OP selbstverantwortlich zu sein.

Yu et al. 2014

Ziel: Untersuchung der PatientInnen-Wahrnehmung von tagesklinisch durchgeführten OPs mit einem speziellen Fokus u.a. auf die

Annehmlichkeit, den sozialen, funktionalen und ökonomischen Nutzen, die Risikowahrnehmung sowie die Zufriedenheit.

Ort: China

Jahr: 2011

N: 153

Ergebnis:

- 87% der PatientInnen schätzten die Annehmlichkeit einer tagesklinisch durchgeführten OP, d.h. kurze Verweil- und Behandlungsdauer im Krankenhaus.
- 60% der PatientInnen schätzten den sozialen Nutzen einer tagesklinisch durchgeführten OP, d.h. eine geringere Beeinträchtigung durch die OP auf das Leben der PatientInnen und ihrer Angehörigen.
- 50% der PatientInnen schätzten den funktionalen Nutzen einer tagesklinisch durchgeführten OP, d.h. eine sicherere und effizientere Behandlung zu bekommen.
- 43% der PatientInnen schätzten den ökonomischen Nutzen einer tagesklinisch durchgeführten OP, d.h. Einsparungen bei den OP-Kosten (Annahme: Selbstbehalte von PatientInnen).
- 75% der PatientInnen waren im Rahmen der Risikowahrnehmung am meisten darüber besorgt, im Falle von postoperativen Komplikationen keine zeitgerechte Behandlung zu bekommen.
- 95% der PatientInnen waren generell mit der tagesklinischen Durchführung der OP zufrieden.

Mitchell 2015

Ziel: Untersuchung jener Aspekte, die am meisten die Genesung zu Hause nach einer tagesklinisch durchgeführten OP beeinflussen, mittels Fragebogen eine Woche nach der OP.

Ort: Großbritannien

Jahr: 09/2010–10/2011

N: 684

Ergebnis:

Zufriedenheit mit der bereitgestellten Information

- 85% der PatientInnen stimmten zu bzw. stimmten voll zu, dass sie auf allfällige Probleme/Komplikationen während der Genesung zu Hause komplett vorbereitet sind. [Antwortkategorien: stimme gar nicht zu / stimme nicht zu / unsicher / stimme zu / stimme voll zu]
 - 74% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der bereitgestellten chirurgischen Aufklärung im Rahmen der Voruntersuchung mittelmäßig bzw. sehr zufrieden waren. [Antwortkategorien: sehr unzufrieden / unzufrieden / unsicher / zufrieden / sehr zufrieden]
 - 66% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der bereitgestellten anästhesiologischen Aufklärung im Rahmen der Voruntersuchung
-

mittelmäßig bzw. sehr zufrieden waren. [Antwortkategorien: sehr unzufrieden / unzufrieden / unsicher / zufrieden / sehr zufrieden]

- 86% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der bereitgestellten Information bei der Entlassung mittelmäßig bzw. sehr zufrieden waren. [Antwortkategorien: sehr unzufrieden / unzufrieden / unsicher / zufrieden / sehr zufrieden]

Aspekte, welche die Genesung zu Hause nach einer tagesklinisch durchgeführten OP beeinflussen

- Information vor der OP
- Schmerztherapie/Schmerzmanagement
- Information bei der Entlassung
- Angstmanagement
- Postoperative Übelkeit und postoperatives Erbrechen
- Hilfe und Ruhe zu Hause

Anmerkung: OP=Operation

Quelle: IHS 2019

2.5.2 PatientInnensicherheit

Im Zuge des Scoping Review konnten zwölf Studien eruiert werden, in deren Fokus die PatientInnensicherheit von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen steht. Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 24.

Tabelle 24: PatientInnensicherheit von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen

Sicherheit

Vila et al. 2003

Ziel: Untersuchung u.a. der PatientInnensicherheit bei Durchführung von OPs bzw. Interventionen in Arztpraxen vs. freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden in die Studie u.a. miteinbezogen: Gastroskopie, Koloskopie, Entfernung eines Katheters, Schwangerschaftsabbruch, Injektion in die Wirbelsäule, Tonsillektomie, Leberbiopsie sowie kosmetische OPs und Interventionen

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika

Jahr: 04/2000–04/2002

N: 2141.404 in Arztpraxen, 316.249 in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie,

Ergebnis:

- **Komplikationsrate in Arztpraxen:**
66 pro 100.000 OPs

Komplikationsrate in freistehenden Zentren für ambulante

Chirurgie:

5,3 pro 100.000 OPs

- **Mortalitätsrate in Arztpraxen:**

9,20 pro 100.000 OPs

Mortalitätsrate in freistehenden Zentren für ambulante

Chirurgie:

0,78 pro 100.000 OPs

➔ Es besteht ein 10-fach erhöhtes Komplikations- und Mortalitätsrisiko, wenn OPs bzw. Interventionen in einer Arztpraxis durchgeführt werden (im Vergleich zu einer Durchführung der OP in einem freistehenden Zentrum für ambulante Chirurgie). [Anmerkung: In der Studie wurde bei der Angabe des Komplikations- bzw. Mortalitätsrisikos nicht zwischen den einzelnen OP-Arten bzw. Interventionen differenziert.]

Fleisher et al. 2004

Ziel: Untersuchung u.a. der PatientInnensicherheit bei Durchführung von OPs in Spitalsambulanzen, in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie und in Arztpraxen bei PatientInnen, die älter als 65 Jahre sind.

Folgende OP-Arten wurden in die Studie miteinbezogen:

Karpaltunnel-OP, Hysteroskopie, Hernien-OP, Curettage, Knie-Arthroskopie, radikale Mastektomie, einfache Mastektomie, Hämorrhoidektomie, Reparatur der Rotatorenmanschette, laparoskopische Cholezystektomie, transurethrale Resektion der Prostata, Katarakt-OP, Einsetzen eines Shunts

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika

Jahr: 1994–1999

N: 564.267 davon 360.780 in Spitalsambulanzen, 175.288 in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie und 28.199 in Arztpraxen.

Ergebnis:

- **Mortalitätsrate am Tag der OP**

- 2,5 pro 100.000 OPs in Spitalsambulanzen
- 2,3 pro 100.000 OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie
- 0,0 pro 100.000 OPs in Arztpraxen

- **Mortalitätsrate innerhalb von 7 Tagen nach der OP**

- 50 pro 100.000 OPs in Spitalsambulanzen
 - 25 pro 100.000 OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie
 - 35 pro 100.000 OPs in Arztpraxen
-

- **Stationäre Aufnahme innerhalb von 7 Tagen nach der OP**

- 21 pro 1.000 OPs nach OP in Spitalsambulanzen
 - 8,41 pro 1.000 OPs nach OP in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie
 - 9,08 pro 1.000 OPs nach OP in Arztpraxen
-

Fox et al. 2014

Ziel: Untersuchung der Prävalenz von (stationärer) Akutversorgung in einem Krankenhaus nach einer Entlassung aus einem freistehenden Zentrum für ambulante Chirurgie.

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Gastroskopie, Koloskopie, Katarakt-OP, Setzen eines Katheters, Injektion in die Wirbelsäule, Koronarangiographie, Knorpelentfernung aus dem Knie, Hernien-OP, Entfernung einer Hautläsion, Cholezystektomie, Lumpektomie, Brustbiopsie, Bunionektomie

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika

Jahr: 07/2008–09/2009

N: 3.821.670

Ergebnis:

- **Akutversorgung in einem Krankenhaus unmittelbar nach der Entlassung:** 0,1% aller PatientInnen ODER 1,1 pro 1.000 Entlassungen (95% Konfidenzintervall (KI): 1,1-1,1)
 - **Akutversorgung in einem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung:** 3,2% aller PatientInnen ODER 31,8 pro 1.000 Entlassungen (95% KI: 31,6-32,0)
 - Die Akutversorgung im Krankenhaus fand überwiegend ambulant in der Notaufnahme statt
 - Folgende Gründe wurden für die benötigte Akutversorgung genannt:
 - Komplikationen bei der OP bzw. Intervention
 - Postoperative Schmerzen
 - Postoperatives Unwohlsein
-

Martín-Ferrero et al. 2014

Ziel: Untersuchung von klinischen Indikatoren und Qualitätsindikatoren bei ambulanten OPs im orthopädischen Bereich mit einem Fokus auf ungeplante Aufnahmen und Wiederaufnahmen.

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Meniskus-Operationen, Hallux-Valgus-OP, Dupuytren-OP, Dekompression peripherer Nerven, Hand- und Gelenksosteosynthese

Ort: Spanien

Jahr: 06/1993–06/2012

N: 10.032

Ergebnis:

-
- Die Ergebnisse zeigen, dass ambulante OPs bzw. Interventionen mit einer hohen PatientInnenicherheit durchgeführt werden können.
 - Voraussetzung: sorgfältig ausgewählte PatientInnen
 - Die erhobenen klinischen Indikatoren und Qualitätsindikatoren stellen sich wie folgt dar:
 - Ungeplante stationäre Aufnahme: 0,14% der Fälle
 - Wiederaufnahme innerhalb von 24 Stunden: 0,06% der Fälle
 - Wiederaufnahme zw. 1–28 Tage nach der Entlassung: 0,05% der Fälle
 - Ungeplanter Besuch einer Notaufnahme: 1,21% der Fälle
-

Owens et al. 2014

Ziel: Untersuchung der Prävalenz von post-operativer Akutversorgung (stationär oder ambulant) nach einer ambulanten OP aufgrund einer chirurgischen Infektion.

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: laparoskopische Cholezystektomie, Hernien-OP, Wirbelsäulen-OP, Reparatur der vorderen Kreuzbänder des Knies, vaginale und abdominale Hysterektomie, transurethrale Resektion der Prostata

Ort: Vereinigte Staaten von Amerika

Jahr: 2010

N: 284.098

Ergebnis:

- **Post-operative Akutversorgung innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung:**
3,09 pro 1.000 ambulanten OPs (95% KI: 2,89-3,30)
In
 - 93,2% der Fälle eine stationäre Akutversorgung (95% KI: 91,3-94,7)
 - 6,8% der Fälle eine ambulante Akutversorgung (95% KI: 5,3-8,7)
 - **Post-operative Akutversorgung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung**
4,84 pro 1.000 ambulanten OPs (95% KI: 4,59-5,10)
In
 - 88,2% der Fälle eine stationäre Akutversorgung (95% KI: 86,4-89,9)
 - 11,8% der Fälle eine ambulante Akutversorgung (95% KI: 10,2-13,6)
 - **Als Gründe für eine notwendige post-operative Akutversorgung wurden angeführt:**
-

	Postoperative Schmerzen und Schwellungen, Schwindel, Fieber, Dehydrierung, Synkopen, gastrointestinale Beschwerden, Atemwegserkrankungen, Infektionen (z.B. Pneumonie, Clostridium difficile)
De Oliveira et al. 2015	<p>Ziel: Untersuchung ob ungeplante stationäre Aufnahmen innerhalb von 30 Tage nach der ambulanten OP altersabhängig sind</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Hernien-OP, Lumpektomie und Quadrantektomie der Brust, Cholezystektomie, Tonsillektomie bzw. Adenoidektomie, Varizen-OP, Appendektomie, Hysterektomie,</p> <p>Ort: Vereinigte Staaten von Amerika</p> <p>Jahr: 2012</p> <p>N: 53.667 ambulante Operationen</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Ergebnisse zeigen, dass ältere PatientInnen ein größeres Risiko einer ungeplanten stationären Aufnahme nach einer ambulanten OP aufweisen (nach der Bereinigung um Komorbiditäten).
Singletary 2016	<p>Ziel: Untersuchung der PatientInnensicherheit und der Effizienz von Entlassungen am selben Tag nach einer elektiven ambulanten OP</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden in die Studie miteinbezogen: laparoskopische vaginale Hysterektomie, Thyreoidektomie, Reparatur der Rotatorenmanschette, Karpaltunnel-OP, Hernien-OP, laparoskopische Appendektomie, Bunionektomie</p> <p>Ort: Vereinigte Staaten von Amerika</p> <p>Jahr: 06/2015</p> <p>N: 490</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2% der ambulanten OPs zogen eine ungeplante stationäre Aufnahme mit sich.• Folgende Gründe wurden für die geplante stationäre Aufnahme genannt:<ul style="list-style-type: none">- Starke postoperative Schmerzen- Anzeichen von Stridor- Harnverhalt• Folgende Voraussetzungen wurden für das Funktionieren einer Entlassung am selben Tag nach der ambulanten OP genannt:<ul style="list-style-type: none">- Funktionierendes postoperatives Schmerzmanagement- Information und Bewusstseinschaffung bei den PatientInnen, was eine Entlassung am selben Tag bedeutet.- Umfassende Information und Aufklärung, wie sich PatientInnen nach der Entlassung zu verhalten haben.

-
- Telefoninterviews nach der Entlassung zeigten, dass die PatientInnen sich gut auf den Genesungsprozess zu Hause vorbereitet fühlten.

Goldfarb et al. 2017 **Ziel:** Untersuchung von Komplikationen und unerwünschten Nebenwirkungen bei orthopädischen OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie.
Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden in die Studie miteinbezogen: orthopädische OPs an Fuß und Knöchel, Hand, Hüfte, Knie, Schulter
Ort: -
Jahr: -
N: Metaanalyse

Ergebnis:

- Die Rate von Komplikationen und unerwünschten Nebenwirkungen liegt zwischen 0,05% und 20,0%.
- Am häufigsten werden folgende Komplikationen genannt:
 - Postoperative Übelkeit und postoperatives Erbrechen
 - Infektionen
 - Probleme bei der (Wund-)Heilung
 - Nachblutungen

Mull et al. 2017 **Ziel:** Untersuchung der PatientInnensicherheit bei ambulant durchgeführten OPs auf Basis von semi-strukturierten Interviews mit chirurgischem Personal.
Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden in die Studie miteinbezogen: n.a.
Ort: Vereinigte Staaten von Amerika
Jahr: 01/2015–04/2015
N: 14 Interviews

Ergebnis:

- Folgende Faktoren wurden u.a. genannt, welche die PatientInnensicherheit beeinflussen:
 - Compliance der PatientInnen
 - Postoperatives Assessment der PatientInnen
 - Bereitstellung von postoperativen Informationen und Instruktionen für den Genesungsprozess
 - Ausstattung der OP-Säle
 - Sicherheitskultur – Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken im Zusammenhang mit der PatientInnensicherheit
 - Folgende Faktoren wurden u.a. genannt, welche die PatientInnensicherheit NICHT beeinflussen:
-

	<ul style="list-style-type: none">- Alter der PatientInnen- Ethnische Zugehörigkeit der PatientInnen- Operationstechnik- Frequenz an OPs
Berglas et al. 2018	<p>Ziel: Untersuchung u.a. der PatientInnensicherheit bei Durchführung von OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie vs. in Arztpraxen.</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: gynäkologische OPs, urologische OPs, Mund- und Kiefer-OPs</p> <p>Ort: Studien, inkludiert in die Metanalyse, wurden alle in den Vereinigte Staaten von Amerika durchgeführt</p> <p>Jahr:</p> <p>N: Metaanalyse anhand 10 wissenschaftlicher Studien</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die existierende Evidenz zeigt keinen Unterschied hinsichtlich der PatientInnensicherheit bei ambulanten Operationen in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie vs. in Arztpraxen.
Pivot et al. 2018	<p>Ziel: Untersuchung der Prävalenz von chirurgischen Infektionen nach ambulanten OPs</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden in die Studie miteinbezogen: n.a.</p> <p>Ort: -</p> <p>Jahr: -</p> <p>N: Metaanalyse anhand 90 wissenschaftlicher Studien</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1,36% (95% KI: 1,1-1,6) unter Verwendung der <i>Restricted Maximum Likelihood Estimation (REML)</i>• 1,80% (95% KI: 1,3-2,4) unter Verwendung der <i>Sidik Jonkman Methode</i>• 1,32% (95% KI: 0,9-1,8) unter Verwendung des <i>Bayesianischen Modells</i> mit der Wahrscheinlichkeit, dass die Prävalenz zwischen 1 und 2% von 96,5 % ist.
Van Caelenberg et al. 2018	<p>Ziel: Untersuchung der Prävalenz von und der Gründe für ungeplante stationäre Aufnahmen nach ambulanten OPs</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: gynäkologische OPs, ophthalmologische OPs, orthopädische OPs, plastische OPs, urologische OPs, Dental-OPs, HNO-OPs</p> <p>Ort: Belgien</p> <p>Jahr: 01/2016–12/2016</p> <p>N: 5.156</p>

Ergebnis:

- 2,9% der ambulanten OPs zogen eine ungeplante stationäre Aufnahme mit sich.
 - Folgende Gründe wurden für die geplante stationäre Aufnahme genannt:
 - 45,5% der Fälle: **organisatorische Gründe**, wie z.B. OP-Ende erst am Nachmittag, fehlende Unterstützung im Eigenheim, PatientInnenwunsch.
 - 38,6% der Fälle: **chirurgische Gründe**, wie z.B. umfangreichere OPs als geplant, Komplikationen, starke postoperative Schmerzen, Nachblutungen.
 - 5,5% der Fälle: **medizinische Gründe**, wie z.B. Synkope, Lungenembolie, Infektion.
 - 10,3% der Fälle: **anästhesiologische Gründe**, wie z.B. postoperative Übelkeit und/oder postoperatives Erbrechen, verspätetes Erwachen aus der Narkose, Harnverhalt.
-

Anmerkung: OP=Operation
Quelle: IHS 2019

2.5.3 Rahmenbedingungen

Durch den Scoping Review konnten sechs Studien identifiziert werden, die notwendige Rahmenbedingungen diskutieren, damit Operationen tagesklinisch bzw. ambulant erbracht werden können. In Tabelle 25 sind die Ergebnisse der einzelnen Studien im Detail dargestellt.

Tabelle 25: Notwendige Rahmenbedingungen für die tagesklinische bzw. ambulante Durchführung von Operationen

Rahmenbedingungen	
Mikos und Downes 2005	<p>Ziel: Untersuchung der Voraussetzungen, um gynäkologische OPs in einem ambulanten Setting durchführen zu können, mit einem speziellen Fokus auf Training, insbesondere der jungen ChirurgInnen, hinsichtlich ambulanten Operierens</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Hysteroskopie, vaginale Hysterektomie, Myomektomie, Polypektomie Endometriumablation, Sterilisation, periurethrale Injektion, Unfruchtbarkeitsuntersuchungen, Eizellentnahme,</p> <p>Ort: Großbritannien</p> <p>Ergebnis: In der Studie wurden u.a. folgende notwendige Voraussetzungen genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training (insbesondere der jungen ChirurgInnen) hinsichtlich ambulanten Operierens. Das Training soll folgende Punkte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Rüggeberg 2006	<p>Ziel: Untersuchung des aktuellen Stellenwerts der ambulanten Chirurgie im Allgemeinen in Deutschland</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: n.a</p> <p>Ort: Deutschland</p> <p>Ergebnis: In der Studie wurden u.a. folgende Faktoren genannt, weshalb sich das ambulante Operieren in einer Abwärtsbewegung befindet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Regelungskompetenz

	<ul style="list-style-type: none">• Weitreichende Qualitätsvorgaben• Nicht kostendeckende Vergütung• (Teilweise) fehlender Wille zur Kooperation und gemeinschaftlicher Nutzung, um OP-Zentren wirtschaftlich betreiben zu können.
Teschner und Lenarz 2012	<p>Ziel: Untersuchung des aktuellen Stellenwerts der ambulanten Chirurgie in deutschen HNO-Kliniken</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: n.a.</p> <p>Ort: Deutschland</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Der Anteil an in Narkose oder Sedierung durchgeführten ambulanten Operationen an der Gesamtanzahl von Operationen in Narkose oder Sedierung betrug für das Jahr 2010 im untersuchten Krankenhaus 3,1%. Die Outpatient-Inpatient-Ratio betrug 0,03.• Fazit der Studie: Im internationalen Vergleich ist der Stellenwert ambulanter Chirurgie in Deutschland gering und ein Wachstumspotenzial wird angenommen. Dafür notwendig sind:<ul style="list-style-type: none">- eine (ausreichende) Berücksichtigung des Bedarfsfeldes der ambulanten Operationskapazitäten in der strategischen Planung und- eine Adaptierung der Kostenerstattung für ambulante Operationen, welche derzeit nicht kostendeckend ist.
Hanes et al. 2016	<p>Ziel: Untersuchung der Faktoren/Ursachen, warum eine Cholezystektomie bzw. eine Hernien-OP nicht wie geplant ambulant, sondern stationär durchgeführt wurde.</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Cholezystektomie, Hernien-OP</p> <p>Ort: Frankreich</p> <p>Jahr: 01/2013–12/2013</p> <p>N: 410</p> <p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none">• 410 PatientInnen waren für eine ambulante Cholezystektomie bzw. eine ambulante Hernien-OP vorgemerkt. Letztlich wurden<ul style="list-style-type: none">- 252 PatientInnen (=61,5%) ambulant operiert und- 158 PatientInnen (= 38,5%) stationär operiert• Von den stationär operierten PatientInnen konnten 113 (=72%) das Krankenhaus am Tag nach der OP verlassen <p>In der Diskussion der Studie wurden folgende Faktoren genannt, die eine wichtige Voraussetzung für das Funktionieren von ambulanten Operationen sind:</p>

-
- Verstärkte Kommunikation der unterschiedlichen an der OP beteiligten Fachrichtungen. Damit soll z.B. verhindert werden, dass der/die ChirurgIn den/die PatientIn für eine ambulante OP freigibt, der/die AnästhesistIn aber nicht.
 - Einsatz von mobilen Überwachungsgeräten und wearables zur Überwachung der Vitalparameter bis zu 72 Stunden nach der Entlassung.
 - Organisation/Bereitstellung von Hausbesuchen durch diplomiertes Pflegepersonal am Abend der und/oder am Morgen nach der Entlassung.

Hulet et al. 2017

Ziel: Untersuchung der Entwicklung der ambulanten orthopädischen Chirurgie in Frankreich

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: orthopädische OPs

Ort: Frankreich

Ergebnis:

In der Studie wurden u.a. folgende Faktoren genannt, die von den unterschiedlichen Stakeholdern im französischen Gesundheitswesen gesetzt wurden, um ambulantes Operieren zu fördern:

- Festsetzung und Implementierung von Regeln, um Qualität und Sicherheit bei ambulant durchgeführten OPs zu gewährleisten:
 - Festlegung der möglichen Organisationsformen von Einheiten für ambulantes Operieren
 - Festlegung der (Mindest-)Personalausstattung von Einheiten für ambulantes Operieren
 - Festlegung von Weiterbildungsmaßnahmen des Personals von Einheiten für ambulantes Operieren
 - Festlegung von Leitlinien/PatientInnenpfaden für die prä- und postoperativen Schritte beim ambulanten Operieren
 - Schaffung finanzieller Anreize für ambulantes Operieren u.a. durch Adaptierung des DRG-Systems
-

Leroy et al. 2017

Ziel: Untersuchung der Gründe, warum in einzelnen belgischen Krankenhäusern die Rate an ambulanten OPs im Vergleich zu anderen Krankenhäusern relativ niedrig ist.

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: n.a

Ort: Belgien

Ergebnis:

In der Studie wurden u.a. folgende Gründe genannt:

- Mangelnde Vertrautheit, speziell älterer ÄrztInnen, mit minimalinvasiven OP-Techniken; minimalinvasive OP-Techniken kommen insbesondere bei ambulant durchgeführten OPs zur Anwendung.
- Mangelnde Qualifikation von AnästhesistInnen, ein perioperatives Schmerzmanagement außerhalb des Krankenhauses durchzuführen.
- Gewohnheit der ChirurgInnen, dass OPs stationär und nicht ambulant durchgeführt werden.
- Fehlende bzw. falsche finanzielle Anreize, eine OP ambulant anstatt stationär durchzuführen.

In Belgien existiert seit dem Jahr 2002 eine Liste mit OPs, die vorzugsweise ambulant durchgeführt werden sollen. Es fehlt jedoch an einer Aktualisierung dieser Liste. Derzeit werden Krankenhäuser finanziell schlechter gestellt, wenn sie eine OP, die sich nicht auf der Liste befindet, ambulant durchführen. Hierzu zählt z.B. laparoskopische Cholezystektomie

- Organisatorische Probleme: ÄrztInnen präferieren komplexe OPs (= stationäre OPs) in der Früh und weniger komplexe OPs (= ambulante OPs) zu Mittag oder am Nachmittag durchzuführen; dadurch ist die Erholungszeit für PatientInnen mit ambulant durchgeführten OPs zu kurz und sie können nicht wie geplant am selben Tag entlassen werden.
- Unzureichende Entwicklung der postoperativen medizinischen und pflegerischen Betreuung und der Physiotherapie im ambulanten Setting.
- Fehlende (informelle) Pflegekraft im Eigenheim, sodass für PatientInnen eine ambulante Durchführung nicht sinnvoll/nicht möglich ist.

Anmerkung: OP=Operation
Quelle: IHS 2019

2.5.4 Kosten

Wie der Scoping Review zeigt, sind Kosten nur sehr selten Gegenstand der Analyse. Vereinzelt werden in Studien (in der Regel als Nebenprodukt) die Kosten einer

tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung den Kosten einer stationären Durchführung gegenübergestellt oder nur die Kosten für eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung dargestellt. Der Scoping Review erfasst drei Studien, in deren Fokus eine Kostenanalyse steht. Die Ergebnisse dieser drei Studien sind der Vollständigkeit halber in Tabelle 26 kurz angeführt, obwohl sie nicht besonders detailliert sind.

Tabelle 26: Kostenaspekte von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen

Kosten	
Fabricant et al. 2016	<p>Ziel: Untersuchung, inwiefern die ambulante Durchführung von pädiatrisch-orthopädischen OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie kostengünstiger ist als eine stationäre Durchführung.</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: Schulterstabilisierung, ACL-Rekonstruktion, OCD-Fixierung, OCD-Bohrung, Meniskus-OP, Chondroplastie</p> <p>Ort: Vereinigte Staaten von Amerika</p> <p>Ergebnis: Die Studie kam zu folgendem Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Es wurden folgende Kosten berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> - Folgende direkte Kosten wurden u.a. in der Studie berücksichtigt: Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, OP-Zeit, Anästhesiezeit, Aufwachraumzeit, laboratorische, pathologische und radiologische Leistungen, Implantate, Einwegartikel, Medikament, medizinische Gerätschaften - Folgenden indirekte Kosten wurden u.a. in der Studie berücksichtigt: Löhne- und Gehälter, fringe benefits, Betriebskosten, Verwaltungskosten, Gemeinkosten, Abschreibungskosten
Carey und Mitchell 2017	<p>Ziel: Untersuchung, inwiefern sich der Grad der Spezialisierung von freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie auf die Betriebskosten niederschlägt.</p> <p>Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: n.a.</p> <p>Ort: Vereinigte Staaten von Amerika</p> <p>Ergebnis: Die Studie kam zu folgendem Ergebnis:</p>

-
- Freistehende Zentren für ambulante Chirurgie, die sich auf eine Fachrichtung spezialisieren, verzeichnen geringe Betriebskosten im Vergleich zu Zentren, die keine Spezialisierung auf eine Fachrichtung aufweisen.

Thompson und Calandruccio 2018

Ziel: Metaanalyse zu unterschiedlichen Aspekten der Handchirurgie in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie

Folgende OP-Arten bzw. Interventionen wurden u.a. in die Studie miteinbezogen: orthopädische OPs an der Hand

Ort: -

Ergebnis:

Die Studie kam u.a. zu folgendem Ergebnis:

- Bei einer ambulanten Durchführung von Carpal-Tunnel-OPs in freistehenden Zentren für ambulante Chirurgie können (deutliche) Kosteneinsparungen im Vergleich zu einer stationären oder ambulanten Durchführung in einem Krankenhaus verzeichnet werden.

Anmerkung: OP=Operation
Quelle: IHS 2019

2.6 Zusammenfassung

Der durchgeführte Scoping Review liefert vielfältige Einblicke in Bezug auf die Verlagerbarkeit von operativen/interventionellen Leistungen vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich. Die Analyse der Studienergebnisse fand unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven und Sichtweisen (z.B. PatientInnensicht vs. Systemsicht) statt. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

2.6.1 Quantität an tagesklinischen bzw. ambulanten Interventionen

Der Scoping Review zeigt sehr deutlich, dass tagesklinisch oder ambulant durchgeführte Operationen insbesondere in den Gesundheitswesen von Nord- und Westeuropa sowie in Kanada und den Vereinigten Staaten von Amerika zur gängigen Praxis gehören. Im österreichischen Gesundheitswesen hingegen sind tagesklinisch oder ambulant durchgeführte Operationen eher die Ausnahme als die Regel. Dieser Umstand dürfte auch ein Mitgrund sein, warum der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 ein Bündel an Interventionen definiert, die tagesklinisch oder ambulant erbracht werden können (siehe Abbildung 4).

Das österreichische Gesundheitswesen liegt bei sämtlichen im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 gelisteten Interventionen⁶ hinsichtlich einer tagesklinischen bzw. ambulanten Durchführung unter dem OECD-Schnitt und deutlich unter dem Schnitt der nord- und westeuropäischen Länder. Insbesondere sind in diesem Zusammenhang folgende Interventionen hervorzuheben: Tonsillektomie/Adenotomie, Hernien-Operation sowie Cholezystektomie (nicht im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 gelistet). Einzig bei den Katarakt-Operationen hat eine Verlagerung vom stationären in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich stattgefunden. Im Jahr 2017 wurden bereits 84,5% der Operationen tagesklinisch erbracht, im Jahr 2012 waren es nur 32,8%. Trotz der für das österreichische Gesundheitswesen hohen Raten an tagesklinisch durchgeführten Katarakt-Operationen, sind die Raten in Belgien, Dänemark, Schweden, Großbritannien und Kanada mit über 95% deutlich höher. (OECD Health Statistics 2019)

Insgesamt kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass das österreichische Gesundheitswesen derzeit einen Großteil des Potenzials an tagesklinisch oder ambulant durchführbaren Operationen ungenutzt lässt.

⁶ Sofern Daten für die jeweilige Intervention verfügbar sind.

Die Analyse an tagesklinisch oder ambulant durchführbaren Operationen in Österreich zeigt außerdem deutliche Bundesländerunterschiede auf. Die Situation stellt sich jedoch nicht so dar, dass ein Bundesland besonders viele Operationen tagesklinisch bzw. ambulant durchführt und ein anderes Bundesland besonders wenige, vielmehr sind die Unterschiede von der durchgeführten Operation abhängig. Beispielsweise wurden im Jahr 2017 in Vorarlberg 100% aller Karpaltunnel-Operationen tagesklinisch durchgeführt, in der Steiermark nur 3,8% bzw. wurden in Salzburg 81,1% aller endovenösen Obliterationen der Venae saphenae tagesklinisch erbracht, in Wien nur 37,7%. Die Gründe für die bestehenden Bundesländerunterschiede können aus den verfügbaren Daten nicht nachvollzogen werden. Diese könnten jedoch in einer separaten Studie näher analysiert werden, da diese Untersuchung nicht Gegenstand der vorliegenden Studie ist. Allgemeine Hinweise lassen sich aber schon aus Kapitel 4 ableiten.

2.6.2 PatientInnensicht

Die im Rahmen des Scoping Review identifizierten einzelnen Studien lassen klar erkennen, dass tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführte Operationen mit einer hohen PatientInnensicherheit (vgl. hierzu insbesondere Kapitel 2.5.2) und einer hohen PatientInnenzufriedenheit (vgl. hierzu insbesondere Kapitel 2.5.1) einhergehen, auch im Vergleich zu stationär durchgeführten Operationen.

Jene Studien, die Outcomes von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen, wie z.B. Lebensqualität, postoperative Schmerzen, Return-to-Activity Rate, Nebenwirkungen, Wiederaufnahmen oder fehlgeschlagene/nichterfolgte Entlassungen jenen von stationär durchgeführten Operationen gegenüberstellen, können keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Durchführungsarten feststellen. Die Return-to-Work Rate ist bei tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen in der Regel kürzer.

Studien, welche die PatientInnenzufriedenheit von tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen analysieren, zeigen in der Regel eine hohe Zustimmung und eine hohe Zufriedenheit der PatientInnen mit dieser Art der Durchführung. Die PatientInnen heben in diesem Zusammenhang u.a. die kurze Verweil- und Behandlungsdauer im Krankenhaus oder die geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität als positiv hervor.

2.6.3 Systemsicht

Der Scoping Review verdeutlicht, dass die (finanziellen) Konsequenzen der Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich für das Gesundheitssystem nur selten Gegenstand von Untersuchungen sind. Nur etwa in einer Handvoll Studien werden die Kosten tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführter Operationen jenen stationär durchgeführter Operationen gegenübergestellt. In der Regel ist die Gegenüberstellung der Kosten nicht der primäre Untersuchungsgegenstand der Studie, sondern nur ein Nebenprodukt, da in erster Linie ein klinischer Interessensgewinn im Vordergrund steht. Da die Kostenerhebungen vorwiegend Nebenschauplätze der Studien sind, kann hier speziell für das österreichische Gesundheitssystem nicht ausreichend sicher verallgemeinert werden.

2.6.4 Erforderliche Rahmenbedingungen

In den einzelnen Studien werden die unterschiedlichsten Rahmenbedingungen beschrieben, die für eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung einer Operation notwendig sind. Im Folgenden werden diese summiert dargestellt.

Medizinische Voraussetzungen

Eine zentrale Voraussetzung, die in sehr vielen Studien angesprochen wird, ist die **sorgfältige Auswahl der PatientInnen**. Nicht alle PatientInnen eignen sich aus medizinischer Sicht für eine tagesklinische/ambulante Durchführung einer Operation. Gegen eine solche Durchführung kann z.B. das Alter, etwaige Komorbiditäten oder die körperliche Gesamtverfassung sprechen. Die sorgfältige Auswahl der PatientInnen soll vor allem dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden, die z.B. einen ungeplanten stationären Aufenthalt mit sich bringen. Ein wichtiges Faktum bei der Auswahl der PatientInnen ist sowohl die chirurgische als auch die anästhesiologische Sichtweise zu berücksichtigen. Deshalb sollte dieser Auswahlprozess immer in enger Abstimmung zwischen ChirurgInnen und AnästhesistInnen erfolgen.

Mentale Voraussetzung

Eine weitere wichtige Voraussetzung, die in einer Reihe von Studien angesprochen wird, ist die **Akzeptanz seitens der PatientInnen kurz nach der Operation entlassen zu werden und sich als frisch operierte/r PatientIn zu Hause von der Operation zu erholen**. Um das zu gewährleisten, ist eine umfassende präoperative Aufklärung der PatientInnen

und ggf. deren Angehöriger notwendig. Gegenstand dieser Aufklärung sollte u.a. sein, was eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung einer Operation und eine unmittelbar danach stattfindende Entlassung bedeutet, wie eine „richtige“ Erholung nach der Operation zu Hause aussieht und welche Vorkehrungen ggf. im Eigenheim zu treffen sind.

Wie in Kapitel 2.6.1 beschrieben, lässt das österreichische Gesundheitswesen derzeit ein großes Potenzial an tagesklinisch bzw. ambulant durchführbaren Operationen ungenutzt. Ein Mitgrund hierfür dürfte die fehlende Akzeptanz oder Gewohnheit der PatientInnen sein, eine Operation tagesklinisch bzw. ambulant durchführen zu lassen und kurz danach entlassen zu werden. Ein diesbezügliches umfassendes Akzeptanzmanagement seitens des österreichischen Gesundheitswesens könnte dazu beitragen, die Rate an tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen zu erhöhen.

Soziale Voraussetzungen

Eine weitere Voraussetzung, welche in diversen Studien immer wieder erwähnt wird, ist die **notwendige (soziale) Unterstützung im Eigenheim (unmittelbar) nach der Entlassung**. Wenn eine derartige Unterstützung nicht vorhanden ist, ist eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung von Operationen für PatientInnen oft nicht möglich oder sinnvoll.

Technische Voraussetzungen

In zahlreichen Studien werden unterschiedliche technische Voraussetzungen thematisiert, die für eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung einer Operation notwendig sind.

Die erste zentrale Voraussetzung in diesem Zusammenhang ist die **erfolgreiche Unterbindung von postoperativen Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen seitens der AnästhesistInnen**. Gelingt das nicht, ist eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung der Operation nicht möglich.

Die zweite Voraussetzung ist die **Vertrautheit der ChirurgInnen mit den in der Tageschirurgie und ambulanten Chirurgie eingesetzten Operationstechniken**, insbesondere minimalinvasive Operationstechniken. Diese ist insbesondere bei älteren ChirurgInnen des Öfteren nicht gegeben.

Eine weitere Voraussetzung ist das **Bewusstsein der ChirurgInnen darüber, was es bedeutet, „wache“ (nicht in Vollnarkose befindliche) PatientInnen zu operieren** und das **damit verbundene Agieren und Gestikulieren während der Operation**. PatientInnen sollen durch unbedachte Äußerungen und/oder Gesten der ChirurgInnen nicht verunsichert werden.

Finanzielle Voraussetzungen

In einer Reihe von Studien wird die **„richtige“ Ausgestaltung des Bezahlschemas** thematisiert. Oftmals setzen die existierenden Bezahlstrukturen falsche Anreize, indem sie eine stationäre Durchführung der Operation gegenüber einer tagesklinischen bzw. ambulanten begünstigen.

Organisatorische Voraussetzungen

Eine weitere zentrale Voraussetzung, die immer wieder in den Studien zur Diskussion steht, ist die organisatorische Komponente bei tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen. Diese müssen in der Früh oder am Vormittag (bis spätestens 13.00 Uhr) durchgeführt werden, damit den PatientInnen ausreichend Zeit für die postoperative Erholung zur Verfügung steht und eine Entlassung am selben Tag gewährleistet werden kann.

Demgegenüber steht oftmals der Wunsch bzw. die Präferenz der ChirurgInnen komplexe Operationen, die in der Regel einen stationären Krankenhausaufenthalt mit sich bringen, in der Früh und weniger komplexe Operationen, die tagesklinisch bzw. ambulant erbracht werden, zu Mittag oder am Nachmittag durchzuführen. Dieser Umstand führt dazu, dass die postoperativ notwendige Erholungszeit für PatientInnen mit tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen in den Abend bzw. die Nacht hineinreicht und sie nicht wie geplant am selben Tag entlassen werden können.

3 Scoping Review – konservative und diagnostische Leistungen

3.1 Fragestellung

Der zweite Teil des Scoping Review befasst sich mit dem Verlagerungspotenzial von konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen und soll folgende Fragen beantworten:

1. Welche **konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen** können vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **verlagert werden**?
2. Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen aus dem stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **für PatientInnen**?
3. Welche **Konsequenzen** hat die Verlagerung der konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen aus dem stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **für das Gesundheitssystem**?
4. Welche **Rahmenbedingungen sind erforderlich bzw. wie müssen die Rahmenbedingungen ausgestaltet sein**, damit **konservativ-therapeutische und diagnostische Leistungen** vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich **verlagert werden können**?

Auf Basis der Evidenz von wissenschaftlichen Studien werden die oben formulierten Fragestellungen beantwortet.

3.2 Vorgehensweise

Zur Identifizierung der wissenschaftlichen Studien wurde analog zum ersten Teil des Scoping Review folgende Vorgangsweise gewählt:

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

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien sind in Tabelle 27 definiert.

Tabelle 27: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Sprache	<ul style="list-style-type: none">• Deutsch• Englisch
Erscheinungsjahr	<ul style="list-style-type: none">• 2000 oder jünger
Arten von Artikeln	<ul style="list-style-type: none">• Primärstudien/Primäruntersuchungen• Systematische Literaturüberblicke
Ausschlusskriterien	
Arten von Artikeln	<ul style="list-style-type: none">• Konferenz-Abstracts• Briefe an den Editor (letter to the editor)• Kommentare
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none">• Artikel, bei denen keine Volltext-Version verfügbar ist

3.2.2 Literatursuche

Die Literatursuche wurde im September 2018 in folgender Datenbank durchgeführt:

- PubMed (US National Library of Medicine, National Institutes of Health)

Die angewandte Suchstrategie ist in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Suchstrategie

Suchstrategie

IN: Titel und Abstract	(non-surg*[Title/Abstract] OR konservativ*[Title/Abstract] AND (ambulatory[Title/Abstract] OR outpatient[Title/Abstract] OR day care[Title/Abstract] OR office based)[Title/Abstract])
	((ambulatory[Title/Abstract] OR outpatient[Title/Abstract] OR day care[Title/Abstract] OR office based)[Title/Abstract] AND (intervent*[Title/Abstract] OR proced*[Title/Abstract] OR treatmen*[Title/Abstract] AND (konservativ*[Title/Abstract] OR non- surg*[Title/Abstract]))
	(ambulatory[Title/Abstract] OR outpatient[Title/Abstract] OR day care)[Title/Abstract] AND (shift[Title/Abstract] OR transition)[Title/Abstract] AND (non-surg*[Title/Abstract] OR konservativ*[Title/Abstract])

Die definierten Suchbegriffe und die damit festgelegten Suchstrategien stellten sich als nicht geeignet heraus. Die Suche mittels singulärer Suchbegriffe lieferte eine zu hohe und damit nicht handhabbare Anzahl an Treffern, die Suche anhand des in Tabelle 28 dargestellten Suchalgorithmus hingegen lieferte keinen Treffer. Damit ist die Suchstrategie ungeeignet, Studien zu finden, die sich mit der Verlagerbarkeit von konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulant (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich befassen.

Ein Grund hierfür könnte sein, dass Studien zur Thematik nicht analog zu den operativen/interventionellen Leistungen verfasst werden: Es geht nicht um den globalen Bestand der Verlagerung an sich, sondern immer nur um einzelne Leistungen in gewissen Teilbereichen der Medizin. Derartige Studien können demnach nur aufgefunden werden, wenn die konkrete Leistung, die verlagert werden soll, schon bekannt ist. Dies läuft jedoch der Prämisse der vorliegenden Studie zuwider, systematisch und unvoreingenommen an den Sachverhalt der Verlagerbarkeit heranzutreten und jene Leistungen zu identifizieren, die verlagerbar sind.

Im Studienverlauf kam es zu keiner genauen Spezifikation von konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen, die einer detaillierten Analyse unterzogen werden sollten. Aufgrund dessen ist die Verlagerung von konservativ-therapeutischen und diagnostischen Leistungen vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulant (Spitalsambulanzen) bzw. extramuralen Bereich, entgegen dem ursprünglichen Vorhaben, nicht Gegenstand dieser Studie.

4 Konzeptueller Rahmen und Einflussfaktoren

Im folgenden Kapitel soll für den Forschungsgegenstand der Studie „Verlagerungspotenziale“ zunächst ein konzeptueller Rahmen dargelegt werden, um anhand dessen eine Analyse der fördernden oder hemmenden Einflussfaktoren einer Leistungsverlagerung vom stationären in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich durchführen zu können. Damit wird versucht, die dritte Fragestellung der Studie zu beantworten. Für die Erstellung dieses konzeptuellen Rahmens wird neben der Literatur auch ein induktiver Ansatz gewählt.

Wie die Literaturrecherche (präsentiert in Kapitel 2) zeigt, finden sich etliche Untersuchungen zu Vergleichen zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings, jedoch wird die Frage nach den Ursachen einer Nicht-Verlagerung oder nach potenziell fördernden Faktoren vorwiegend nur gestreift. Zudem dürfte dies oft auch sehr landesspezifisch sein. Eine Theorie zu Verlagerungspotenzialen, die auf den österreichischen Kontext anwendbar wäre, existiert daher nicht.

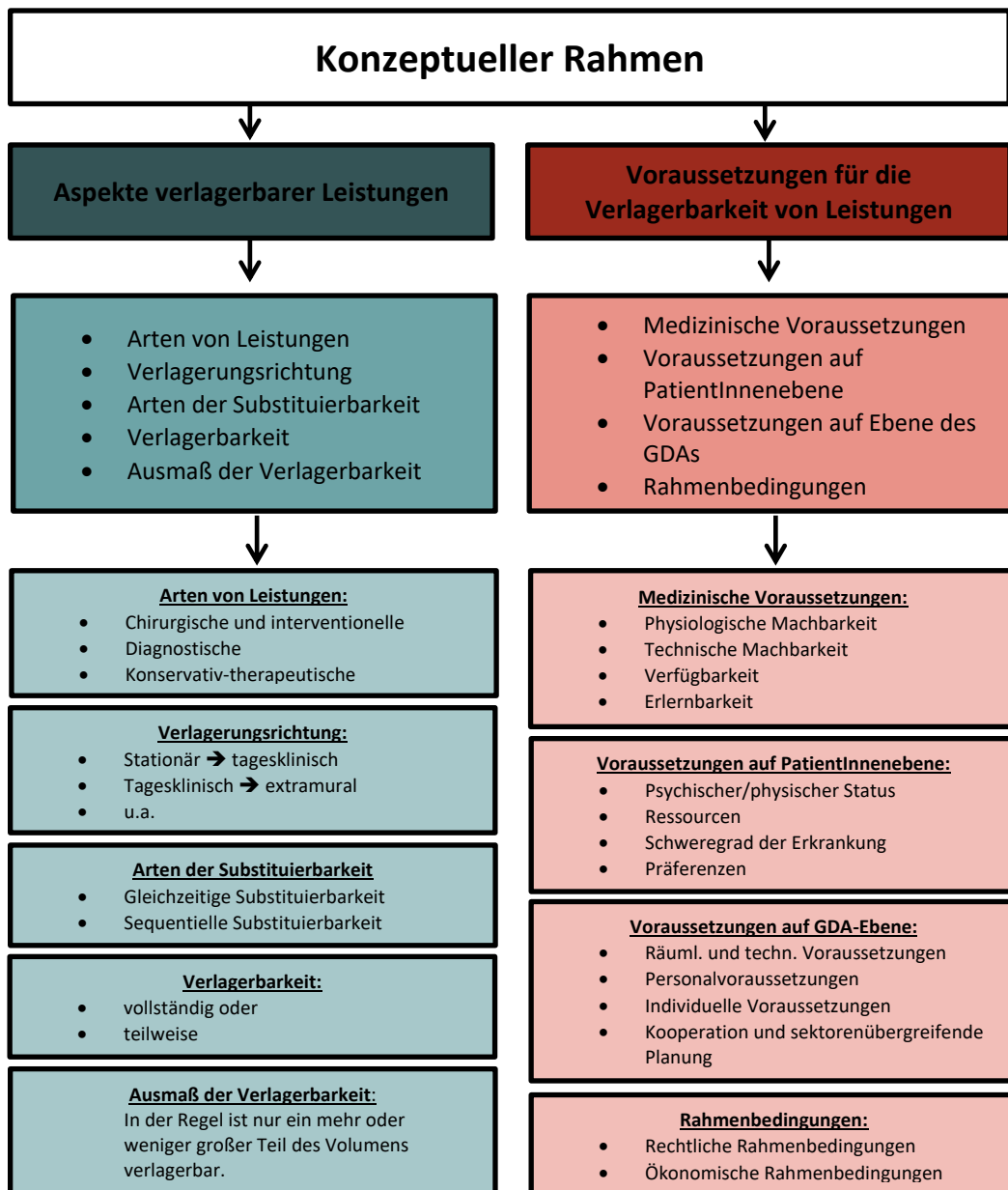
Um diese Lücke zu schließen, wurde als Forschungsansatz die Grounded Theory (Strauss und Corbin 1997) gewählt. Grounded Theory dient nicht der deduktiven Hypothesenüberprüfung, sondern der induktiven Erschließung einer Theorie anhand von empirischem Material. Dabei geht man von einer unvollständigen Theorie oder bloßen Daten aus. Mithilfe von zumeist qualitativen Erhebungen wird versucht, Muster zu finden, welche die rudimentäre Theorie bereichern. Die darauf folgenden Untersuchungen gehen von den erneuerten Annahmen aus und so fort (iterativer Ansatz).

In unserem konkreten Fall gehen wir von der allgemeinen ökonomischen Theorie anekdotischer Evidenz und der Literatur aus der Recherche aus. Mithilfe von ExpertInneninterviews werden die einzelnen Phänomene in der (österreichischen) Realität gespiegelt und der Theorieansatz iterativ revidiert sowie mit Beispielen versehen. Das Ergebnis ist ein empirisch angereichertes Konzept von Verlagerungspotenzialen im österreichischen Kontext mit möglichen Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen, die fördernd oder hemmend auf Verlagerungspotenziale wirken.

Es wurden fünf Personen aus dem Krankenhausmanagement unterschiedlicher Träger sowie acht FachärztInnen, die Arbeitserfahrung sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich haben, kontaktiert. Aufgrund der Schwierigkeit, geeignete und

gesprächsbereite ÄrztInnen zu gewinnen, wurde deren Rekrutierung mit Hilfe des Lehrgangs MBA Healthcare Management der Executive Academy der WU Wien vorgenommen. Aus unterschiedlichen Gründen (wie z.B. mangelnde Zustimmung der Vorgesetzten, zeitliche Verfügbarkeit innerhalb des Studienzeitraums) konnte mit einer Person aus der Gruppe Krankenhausmanagement und mit drei FachärztInnen kein Interview realisiert werden. Die durchgeführten Interviews fanden im Zeitraum von August 2018 bis Februar 2019 statt und wurden, wenn gestattet, aufgezeichnet.

Abbildung 13: Konzeptueller Rahmen



Quelle: IHS 2019

Auf Basis der ExpertInneninterviews und des Scoping Reviews wurde ein konzeptueller Rahmen entwickelt, der einerseits Aspekte verlagerbarer Leistungen und andererseits Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen berücksichtigt. In 13 ist er schematisch dargestellt.

4.1 Verlagerungspotenziale als Forschungsgegenstand

4.1.1 Begriffsdefinitionen

Unter Verlagerung ist hier die Verschiebung von Leistungserbringung zwischen den Settings der Akutversorgung des österreichischen Gesundheitswesens gemeint. 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 strukturellen, nach den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie nach Finanzierung und Bezahlung unterscheidbaren Versorgungsumstände:

1. stationärer Bereich
2. tagesklinischer Bereich
3. intramural-ambulanter Bereich
4. extramuraler Bereich

Diese Aufteilung entspricht dem derzeitigen österreichischen Setup der Akutversorgung, welche auch den unterschiedlichen strukturellen, rechtlichen und Finanzierungs- und Bezahlungsmodi entspricht. Der extramurale Bereich wird dabei bewusst nicht weiter unterteilt, da dessen Ausgestaltung eher einer Stellgröße entspricht.

Die stationäre Akutversorgung wird aus den Landesgesundheitsfonds finanziert und über die österreichische Variante des DRG-Systems LKF (= leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) bezahlt. Tagesklinische Behandlungen sind Leistungen aus dem LKF-Katalog für den stationären Bereich, die auch im Tagesklinikatalog aufgeführt sind. Das Bezahlssystem reizt die tagesklinische Erbringung an, indem der Tarif für eine Übernachtung erstattet wird. Die Tagesklinik wird häufig räumlich separat geführt, da für diese Betten keine Betreuung über Nacht angeboten wird, die PatientInnen kehren nach einer Intervention am selben Tag heim.

Der intramural-ambulante Bereich umfasst die Spitalsambulanzen. Die österreichischen Krankenhäuser führen in der Regel einen ambulanten Betrieb mit eigenen Räumlichkeiten, der bis 2018 aber nur über ein Globalbudget aus dem jeweiligen ortszuständigen Landesgesundheitsfonds für die einzelnen Krankenanstalten abgegolten wurde und nunmehr über das LKF Modell spitalsambulant vergütet wird. Ambulanzen stehen PatientInnen des stationären Bereichs (als Anlaufstelle vor, während und nach deren Aufenthalt), spitalsexternen Personen (mit Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich zur Begutachtung), Notfällen, die mit einer Rettungsfahrt eingeliefert werden, sowie sogenannten SelbstzuweiserInnen, die mit einem (mutmaßlichen) Notfall die Ambulanz aufsuchen, zur Verfügung. Ein gatekeeping im Sinne anderer Länder, das außer für Notfälle das Aufsuchen eines Primärversorgers vorschreibt, existiert nicht.

Außerhalb des Krankenhauses besteht in Österreich ebenfalls ein Angebot aus niedergelassenen AllgemeinärztInnen und FachärztInnen, die über einen direkten Abrechnungsvertrag mit den Krankenversicherungsträgern verfügen, sowie einer Reihe von ÄrztInnen in privater Praxis, die keinen solchen Vertrag haben (WahlärztInnen). Honorarnoten von WahlärztInnen können aber zur Rückvergütung von 80% des jeweils zutreffenden Kassentarifs beim zuständigen Krankenversicherungsträger eingereicht werden (§131 ASVG/Allgemeines Sozialversicherungsgesetz).

Diese Unterschiede vor Augen zu haben ist relevant für die Einordnung internationaler Erkenntnisse. So existiert eine dezidierte Unterscheidung zwischen Tagesklinik und Ambulanz nicht überall. Dementsprechend schwierig ist es, eine konkrete Zuordnung im österreichischen Kontext zu finden. In vielen Ländern ist es außerdem unüblich, außerhalb des Krankenhauses fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Die Frage der „Verlagerungspotenziale“ stellt sich hier also primär zwischen stationär und ambulant.

4.1.2 Aspekte zu verlagernder Leistungen

Die zu verlagernden Leistungen können nach verschiedenen Kriterien kategorisiert werden.

Arten von Leistungen

Für die Analyse nehmen wir eine Unterteilung in folgende grobe Arten von Leistungen vor:

1. Operative/interventionelle

2. Konservativ-therapeutische
3. Diagnostische

Diese Leistungen unterscheiden sich in vielerlei Aspekten, die für das Verlagerungspotenzial relevant sind. So sind operative/interventionelle Leistungen durch eine bereits als krank diagnostizierte zu behandelnde Person, durch eine Mischung von Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen, die gleichzeitig an einem Ort verfügbar sein müssen, durch eine (in der Regel) erhöhte Kapitalausstattung sowie durch spezifische Hygienevorschriften gekennzeichnet.

Konservativ-therapeutische Leistungen bedingen eine intramurale Erbringung besonders dann, wenn ein hoher Schweregrad der Erkrankung vorliegt und/oder die Verabreichung über einen längeren Zeitraum erfolgt und/oder wenn Nebenwirkungen bzw. Komplikationen der Therapie abgefangen werden müssen. Ansonsten erfolgt die Erbringung im extramuralen Bereich bzw. zu Hause.

Beispiele: medikamentöse Therapie; Verbände; Physiotherapie; Psychotherapie

Diagnostische Leistungen werden vor allem dann derzeit nicht extramural erbracht, wenn Sie erhöhte Anforderungen an Apparateausstattung, skills und Hygiene beinhalten. Ansonsten werden sie aber vorwiegend als erster Schritt nach einem Erstkontakt in die Wege geleitet, wenn Anamnese und körperliche Untersuchung alleine nicht ausreichen, ein Anfangsverdacht auf eine Erkrankung besteht oder die Erkrankung zwar bekannt, aber deren Spezifika ergründet werden müssen (z.B. staging-Untersuchungen). Die Mischung von Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen ist gering, der Kapitalaufwand geringer als bei operativen Leistungen.

Beispiele: Sonographie; Durchleuchtung; MR, Bestimmung von Laborparametern

Verlagerungsrichtung

Im österreichischen Kontext sind gemäß den existierenden Settings diverse Varianten denkbar:

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, damit keine stationäre Aufnahme notwendig wird.
8. Betreuung im extramuralen Bereich, damit 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. Zudem kommt es durch technische Möglichkeiten (wie z.B. der Miniaturisierung) erst zur Möglichkeit einer Verlagerung.

Beispiele: orale oder subkutane Chemotherapie; tragbares 24h EKG; Telemonitoring

Arten der Substituierbarkeit

Das genannte Verlagerungspotenzial basiert zumeist darauf, dass eine gleichwertige Leistung auch in einer niedrigeren Versorgungsstufe durchführbar ist, und somit ein Substitut darstellt (gleichartige Substituierbarkeit). Es existiert auch die Möglichkeit einer nicht-gleichartigen oder sequentiellen Substituierbarkeit, das heißt, dass nicht gleichwertige und gleichartige Leistungen austauschbar in verschiedenen Settings erbracht werden können, sondern dass eine Leistung in einem Setting erbracht wird, welches die zu verlagernde Leistung als Konsequenz obsolet macht.

Beispiele (gleichartig): Katarakt-Operation stationär oder tagesklinisch; Koloskopie im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich

Beispiele (sequentiell): Mikrochirurgische Behandlung der Pilonidalzyste; Röntgenschwachbestrahlung eines Fersenspornes statt chirurgische Intervention; telemedizinische Überwachung von COPD-PatientInnen statt frequente Aufnahmen bei Exazerbation

Vollständige oder teilweise Verlagerbarkeit

Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist die vollständige oder teilweise Verlagerbarkeit. So kann entweder die ganze Leistung in einem anderen Setting erbracht werden oder aber ein Teil einer Leistung ist verlagerbar, während ein anderer im ursprünglichen Setting verbleibt.

Beispiele (vollständig): Hausgeburt statt Geburt im Krankenhaus; Chirurgie in der Hautarztpraxis statt im Krankenhaus

Beispiele (teilweise): ambulante Geburt; präoperative Diagnostik im extramuralen Bereich; postoperative Beobachtung in den eigenen vier Wänden

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. Das Ausmaß der Verlagerbarkeit kann dabei auch als benchmark dienen: Welcher Anteil an X ist in einem anderen Setting bei angemessener Qualität erbringbar? Welcher Anteil wird tatsächlich erbracht?

Beispiele: Anteil an tagesklinisch erbringbaren Katarakt-Operationen; Anteil an tagesklinisch erbringbaren Tonsillektomien; Anteil an ambulant erbringbaren Geburten

4.2 Voraussetzungen für die Nutzung von Verlagerungspotenzialen

Eine Reihe von Einflussgrößen bestimmt, ob und in welcher Art und in welchem Ausmaß eine Leistung verlagerbar ist. Es wird zwischen folgenden Voraussetzungen unterschieden:

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

Diese Voraussetzungen weisen dabei untereinander Bedingtheiten und Wechselwirkungen auf. Beispielsweise muss eine medizinische Technologie existieren, die eine Verlagerung in den ambulanten Bereich erlaubt, sie muss aber auch vom Gesundheitsdiensteanbieter vorgehalten werden.

4.2.1 Medizinische Voraussetzungen

Die Verlagerbarkeit von Leistungen knüpft an die medizinische Machbarkeit an. Zu dieser zählen folgende Faktoren:

- Physiologische Machbarkeit
- Technische Machbarkeit
- Verfügbarkeit
- Erlernbarkeit

Die Erbringung einer Leistung muss also zunächst aus physiologischen Gegebenheiten heraus auch in einem ambulanten Setting theoretisch machbar sein. Eine Operation am offenen Herzen stellt beispielsweise einfach derzeit zu hohe Anforderungen an eine Erbringung im ambulanten Setting. Ebenso können multimorbide PatientInnen in hohem Alter nicht guten Gewissens größere Eingriffe in einer Arztpraxis erhalten.

Damit verbunden ist die technische Machbarkeit, also die Existenz der Technologie und ihrer realen Umsetzung. Erst mit bestimmten Gerätschaften und Technologien, die ambulant einsetzbar sind, kann eine Verlagerung erfolgen. Die Gerätschaften müssen z.B. hinreichend günstig, klein und einfach bedienbar sein.

Beispiele: Heutige Sonographiegeräte mit Doppler- und Duplexfunktionalität können von niedergelassenen FachärztInnen verschiedener Disziplinen bedient werden.

Daher zählen Produktinnovationen (z.B. Miniaturisierung, günstigere Varianten) und Prozessinnovationen (z.B. Operationstechniken) als wesentliche Einflussfaktoren für die Verlagerung von Leistungen.

Beispiele (Produktinnovationen): Herzschrittmacher, die telemedizinisch überwachbar sind; orale Antineoplastika

Zusätzlich müssen solche Gerätschaften verfügbar sein bzw. die Prozesse (von einer hinreichenden Zahl an Gesundheitsprofessionals) erlernbar sein. Während in weniger entwickelten Ländern schon die physische Verfügbarkeit in Frage steht, geht es im österreichischen Kontext in erster Linie um die Frage, ob ein Gesundheitsdiensteanbieter zur Anschaffung bereit ist. Der medizinische Vorgang wiederum kann einfacher oder komplexer sein und somit in unterschiedlichem Ausmaß von fachkundigem Personal erlernbar sein.

Beispiel (Verfügbarkeit): ohne Computertomographie (CT) keine CT-geführte Instillation von Anästhetikum/Cortisol z.B. in die Bandscheibe

Beispiel (Erlernbarkeit): Pit-picking-Technik bei Pilonidalzyste erfordert keinen Krankenhausaufenthalt und nur einen kurzen Krankenstand⁷.

⁷ Siehe die entsprechende S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V) von 2014: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-009k_S3_Sinus_pilonidalis_2014-04.pdf

[IP3] Ein Herzkatheter kann heute auch von der distalen Arteria radialis (Speichenarterie) aus durchgeführt werden statt von der Arteria femoralis (Oberschenkelarterie). Dies ermöglicht ein sofortiges Heimgehen vs. einer stationären Aufnahme. Denn bei Verwendung der Arteria femoralis muss diese noch mindestens sechs Stunden im Liegen mit einem Druckgerät oder Sandsack beschwert werden.

4.2.2 Voraussetzungen auf PatientInnenebene

Für die Verlagerbarkeit von Leistungen spielen auf PatientInnenebene folgende Faktoren eine Rolle:

1. Physischer Status der PatientInnen (Allgemeinzustand, Alter, Komorbiditäten)
2. Psychischer Status der PatientInnen
 - a. noopsychisch
 - b. thymopsychisch
3. Ressourcen (individuell und in der Umwelt)
4. Schweregrad der Erkrankung
5. Präferenzen, kulturelle Faktoren und Sozialisation

Der Allgemeinzustand kann ausreichend sein, um eine Leistung zu verlagern, oder dies nicht erlauben. Im Alter ist die Heilungsfähigkeit vermindert und die Rekonvaleszenz verlängert. Ebenso können Komorbiditäten das Risiko einer ambulanten Intervention erhöhen oder eine stationäre Aufnahme sinnvoller erscheinen lassen. Bei den psychischen Voraussetzungen ist zwischen noopsychischen (kognitiven) und thymopsychischen (emotionalen) Voraussetzungen zu unterscheiden. Es ist also die Frage, ob ein/e PatientIn intellektuell in der Lage ist, beispielsweise Termine einzuhalten, nach einem durchgeführten Eingriff sich zu Hause zurechtzufinden oder ob beispielsweise eine Depression oder Angststörung einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht.

Dabei spielen die Ressourcen der/des PatientIn eine Rolle, also ob z.B. eine Betreuungsperson zur Verfügung steht, ob die Wohnung adaptierbar ist etc.

Beispiel: „hospital-at-home“ nach fast track Chirurgie

[IP6] berichtet von PatientInnen, die zwar medizinisch ohne weiteres im niedergelassenen oder Ambulanzbereich zu versorgen wären, aber die sozialen Voraussetzungen dafür manchmal nicht gegeben seien. Umgekehrt werde dann ein stationärer Aufenthalt dazu genutzt, weitere Beschwerden abklären zu lassen.

Auch der Schweregrad der zu behandelnden Erkrankung ist eine Determinante. Ist beispielweise eine Krankheit weit fortgeschritten oder nimmt größere Teile eines Organs ein, ist eher mit Komplikationen zu rechnen.

Letztlich spielen die Präferenzen der PatientInnen eine Rolle. Die Präferenzen müssen vom psychischen Status insofern unterschieden werden, da das eine objektive Voraussetzung darstellt, die Präferenzen sich hingegen in einem nicht zwingend zu berücksichtigenden, subjektiven Wunsch äußern. So präferieren Personen natürlicherweise ein one-stop-shop-Prinzip und daher die maximale Sicherheit einer Zentralkrankenanstalt im Falle einer (möglichen Erkrankung). Dies kann aber zum Beispiel weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll sein. Umgekehrt sollte die Kenntnis von Präferenzen der PatientInnen dazu führen, dass Prozesse so gestaltet werden, dass diese für PatientInnen annehmbar, praktikabel und möglichst wenig einschränkend sind. Diese Präferenzen zu kennen ist also wichtig, um geeignete Maßnahmen zur Gestaltung einerseits aber auch zur Steuerung andererseits treffen zu können. Genauso spielen kulturelle Faktoren bzw. die Sozialisation eine Rolle.

Viele [IP] schildern die Präferenz für ein one-stop-shop-Prinzip, die Gewohnheit bzw. den Glauben von MigrantInnen, nur im Spital ausreichend behandelt zu werden, oder die generelle Gewöhnung der Bevölkerung an rasche Verfügbarkeiten, die medizinisch nicht erforderlich seien. [IP1] schildert die mangelnde Bereitschaft von PatientInnen, ambulante Infusionstherapien im niedergelassenen Bereich in Anspruch zu nehmen. An mehreren Tagen in Folge wolle man die Fahrzeit nicht auf sich nehmen und bevorzuge eine stationäre Aufnahme. Besonders eindrücklich schildern [IP2] und [IP7] die völlig unterschiedlichen Erfahrungen in einem Flächenbundesland gegenüber Wien. Die Sozialisation sowohl der PatientInnen als auch der Professionals sei im Hinblick auf den Gebrauch des niedergelassenen Bereichs völlig unterschiedlich. Aufgrund der größeren Entfernungen und Fahrzeiten würden viele Dinge im Flächenbundesland selbstverständlich im extramuralen Bereich erledigt, wohingegen in Wien wie selbstverständlich sowohl PatientInnen rascher eine Ambulanz aufsuchen, aber auch niedergelassene ÄrztInnen schon für die Diagnostik schneller in die Krankenanstalt überweisen. Dies betreffe sehr viele Leistungen, konkrete Beispiele sind unter anderem die Portio-Biopsie, die Entfernung von gastrointestinalen oder gynäkologischen Polypen, der Erstultraschall oder die Diagnostik bei einem Kreatininwert von 1,2 mg/dl⁸.

⁸ Ein solcher Kreatininwert ist nicht akut besorgniserregend, jeder niedergelassene Arzt sollte in der Lage sein, die notwendigen diagnostischen Schritte einzuleiten.

4.2.3 Voraussetzungen auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA)

Auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA) bestehen folgende Voraussetzungen:

1. Räumliche Voraussetzungen
2. Technische/apparative Voraussetzungen
3. Prozessvoraussetzungen
4. Personalvoraussetzungen
 - a. Personalstand
 - b. Skill-mix
5. Individuelle Voraussetzungen (Wissen, Beherrschen der Technik)
6. Kooperation und sektorenübergreifende Planung

Der GDA muss über die geeigneten Räumlichkeiten verfügen, um eine Leistung tagesklinisch, ambulant oder extramural erbringen zu können, also beispielsweise eine tagesklinische Abteilung oder ausreichend Eingriffsräume im Ambulanzbereich haben.

Genauso muss er die notwendige Technik im Sinne von Gerätschaften vorhalten. Dies fällt insbesondere dem niedergelassenen Bereich schwer, da die Einzelpraxisstruktur in Österreich die gemeinsame, wirtschaftliche Ressourcennutzung erschwert.

Eng verbunden mit der räumlichen und technischen Ausstattung ist die Etablierung von Prozessen, um beispielsweise eine Tagesklinik zu betreiben oder aber in der niedergelassenen Praxis die Wartezeiten auf einen Termin gering zu halten, die ihrerseits ein Grund sind, warum PatientInnen eine Ambulanz aufsuchen.

Viele [IP], insbesondere [IP4], [IP6], [IP8] und [IP9], berichten, dass viel mehr ambulant oder tagesklinisch erbracht werden könnte, aber die räumlichen Voraussetzungen schlicht nicht gegeben seien. Es müsse hier nicht nur in die Räume und die technische Infrastruktur investiert werden, sondern auch die Prozesse entsprechend implementiert werden, was arbeitsintensiv sei.

Bei den Personalvoraussetzungen sind die Personalzusammensetzungen nach Qualifikation und Quantität zu unterscheiden, also ob beispielsweise der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgeschriebene Personalstand und der Personalschlüssel erfüllt sind (Strukturqualitätsvorgabe).

Es muss aber auch das Individuum über das Wissen verfügen, in welchen Fällen beispielsweise eine ambulante oder extramurale Leistungserbringung möglich ist und auch in der notwendigen Technik geschult sein.

Berichtet wird beispielsweise von [IP5] über Erstaufnahmen, welche oft von KollegInnen besetzt seien, die einerseits nicht ausreichend Erfahrung hätten, um die notwendige Triagierung (qualifizierte Ersteinschätzung) durchzuführen; andererseits mangle es aber auch an den „breiten Schultern“, also der Fähigkeit, seine Entscheidung zu verteidigen und Risiken auf sich zu nehmen, wodurch viele PatientInnen stationär oder in der Ambulanz landeten, die eigentlich in einer niedrigeren Versorgungsstufe zu versorgen wären.

Laut [IP6] führe auch die mangelnde administrative und pflegerische Ausstattung von Ambulanz und Tagesklinik zu dem Anreiz, PatientInnen lieber gleich aufzunehmen. In den Ambulanzen müssten viele Schritte der Dokumentation und Anmeldung und sogar bisweilen kleinere PatientInnentransporte vom ärztlichen Personal erledigt werden. Gleichzeitig sei im niedergelassenen Bereich das Problem, dass die Ausbildung beispielsweise eine onkologische Nachbetreuung erschwere. Nicht nur würden onkologische Kassenstellen fehlen, auch AllgemeinmedizinerInnen wären oft nicht ausreichend ausgebildet und PatientInnen würden sich nicht ausreichend betreut fühlen, was sie in die Spitalsbetreuung zurückkehren lässt.

[IP8] weist daraufhin, dass auch eine Problematik aus dem Bereich der Pflegeheime bestehe. Wenn diese zu wenige pflegerische Kapazitäten aus Personalmangel vorhalten können, landen die BewohnerInnen von Pflegeheimen häufig im stationären Bereich. Hingegen sei im Pflegeheim oft die Versorgung durch die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen ausreichend, aber die Bereitschaft zu Visiten sei begrenzt. Gute medizinische Versorgung in Pflegeheimen könne aber Aufnahmen verhindern, das Problem liege aber nicht nur darin, das zu organisieren bzw. vonseiten der Kasse zu bezahlen, sondern auch die Personalknappheit anzugehen. Im Bereich Katarakt-Operationen würden manche Spitäler die Leute für einen Tag behalten, um am nächsten Tag die Kontrolle durchzuführen, wenn z.B. in deren Heimat die Verfügbarkeit augenärztlicher Versorgung nicht gegeben oder die Nachkontrolle nicht organisiert werden könne.

Ein wichtiger Punkt ist, dass Verlagerungen auch sektorenübergreifende Prozesse sein können. Dies setzt voraus, dass mehrere GDAs zusammenarbeiten und Prozesse sektorenübergreifend gestaltet werden können, was im österreichischen Kontext schwierig ist.

[IP1] berichtet aus Erfahrung, dass in manchen Gemeinden der/die einzige AllgemeinmedizinerIn nur einmal in der Woche Blut abnehme, wodurch es nicht möglich sei, eine Aufnahme zum Chemotherapiezyklus zu verhindern, wenn die Blutwerte nicht ausreichend sind. Die Feststellung, dass kein Zyklus durchgeführt werden kann, erfolgt somit erst nach Aufnahme.

[IP7] bestätigt, dass es auf dem Land viele derartige Koordinationsprobleme gebe. Prozesse könnten so nur schwer sektorenübergreifend geplant werden. Die mangelnde Abstimmung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich verhindere in etlichen Fällen die effizientere Nutzung der jeweils adäquaten Struktur. Ambulanzen in Krankenhäusern könnten sich gerade bei Notfallaufnahmen mitunter nicht darauf verlassen, dass PatientInnen zur Nachsorge auch rasch einen Termin im niedergelassenen Bereich bekämen und würden diese daher wieder ins Spital bestellen.

[IP3] weist daraufhin, dass der Einsatz interventioneller Kardiologie im niedergelassenen Bereich zwar möglich sei, aber bei Komplikationen sollte idealerweise eine Krankenhaus als Kooperationspartnerin zur Verfügung stehen.

4.3 Rahmenbedingungen mit Einfluss auf Verlagerungspotenziale

Die PatientInnen und die Gesundheitsdiensteanbieter als unmittelbar Handelnde unterliegen zahlreichen Rahmenbedingungen, die ihre Handlungen beeinflussen.

4.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die AkteurInnen agieren in einem rechtlichen Umfeld. Dies betrifft insbesondere die GDAs, da sie Strukturqualitätskriterien zu erfüllen haben, also sich technischen und personellen Vorgaben unterworfen sehen. Diese weisen eine Trägheit auf, da sie immer nur einen vergangenen technischen Stand abbilden und dadurch die Umsetzung von Innovationen behindern können.

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.

Gerade im Hinblick auf diese Vorgaben sollte es in begründeten Fällen Ausnahmen im Sinne von Modellprojekten geben („Experimentierparagraph“).

Hinzu kommt, dass die Agierenden in der Regel risikoavers sein werden, also im Zweifel die Entscheidung für eine höhere Versorgungsstufe treffen, umso mehr, wenn die Haftungsrisiken groß oder unklar sind.

Die Haftungsrisiken sind somit nicht nur in der internationalen Literatur geläufige Hemmnisse, auch praktisch alle [IP] 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.

Ein konkretes Beispiel unter vielen sei laut [IP9] die 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.

[IP5] berichtet von Problemen in der Erstaufnahme, wo KollegInnen oft das Risiko scheuten, auch im extramuralen Bereich behandelbare PatientInnen wegzuschicken.

Strukturqualitätskriterien können somit einen hemmenden Effekt ausüben. Aus ökonomischer Sicht ist auch hier die „Maximumfalle“ gegeben: Die Handelnden, beispielsweise in der Gesetzgebung, werden gerne Maximalkriterien an die Strukturqualität vorgeben, obwohl dies nicht gesellschaftlich effizient ist. Geht man von einer Qualitätsproduktionsfunktion aus, so weist auch diese eine abnehmende Grenzqualitätsproduktion auf, d.h. um weitere Steigerungen in der Qualität zu erreichen, muss überproportional mehr Geld ausgegeben werden. Das Optimum liegt aber dort, wo der marginale Zuwachs an Qualität dem marginalen Kostenanstieg entspricht, und nicht bei maximaler Qualität, da diese nur mit unverhältnismäßigem Ressourceneinsatz erreicht werden kann. Es sollte also bei der Etablierung dieser Rahmenbedingungen darauf geachtet werden, nicht überschießende Qualitätsanforderungen zu setzen und auch Prozess- und Produktinnovationen nicht zu sehr zu behindern.

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 von Haftungsrisiken stärker bedroht als größere Einheiten (wie z.B. Krankenhäuser).

Fragmentierung der Kompetenzen

Nicht zuletzt ist auch die Fragmentierung im Gesundheitswesen ein Hemmschuh für Verlagerungen. Praktisch immer sind mit Verlagerungen Kostenverschiebungen verbunden. Es kommt zum häufig im österreichischen Gesundheitswesen anzutreffenden Phänomen, dass ein „Gefangenendilemma“ entsteht: Maßnahmen, die gesamtgesellschaftlich Einsparungen bringen würden, werden nicht durchgeführt, weil sie für einen der Systempartner mit erhöhten Ausgaben verbunden sind. Der andere Vertragspartner ist aber nicht bereit, diese voll zu kompensieren, häufig, weil er noch immer Fixkosten zu tragen hat, aber auch aus politökonomischen Überlegungen (s.u.).

[IP3] berichtet, dass Verhandlungen zur Erbringung von Herzkathetern auch daran scheitern würden, weil es den Krankenversicherungsträgern nicht unrecht sei, dass diese Leistungen zu Lasten des Spitals erbracht würden.

Aber auch die Berichte zum Bezahlssystem oder zu der Stellenausstattung deuten in diese Richtung: Nicht existente Stellen oder Honorarpositionen im niedergelassenen Bereich bedingen einen Shunt von PatientInnen in den Spitalsbereich bzw. behindern die Verlagerung aus dem Spital heraus.

4.3.2 Ökonomische Rahmenbedingungen

Kapital bzw. Infrastruktur

Bindung und Veränderbarkeit des Kapitals

Wie im Kapitel 4.2 „Voraussetzungen für die Nutzung von Verlagerungspotenzialen“ dargestellt, spielen Räumlichkeiten und Gerätschaften eine Rolle. Diese stellen Anlagekapital dar, das über einen längeren Zeitraum gebunden und daher nur langsam veränderlich ist. Für die Nutzung von Verlagerungspotenzialen spielt daher eine große Rolle, ob es Gelegenheit gibt, das Anlagekapital in Richtung der Erbringung in einem anderen Setting zu verändern. Wurde beispielsweise gerade ein neuer Bettenturm errichtet, so wird der Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung gering sein.

Die GDAs in Österreich werden je nach Investitionsgeschichte in unterschiedlichem Ausmaß bereit sein, Leistungen in andere Settings zu verlagern.

Zudem besteht das Phänomen der sprungfixen Kosten. Die Einsparung von drei Betten verändert noch nicht die notwendige Personal- oder Gerätevorhaltung. Erst wenn größere Mengen an stationären Betten an einem Standort eingespart werden können, ergeben sich somit Kostenreduktionen. Umso wichtiger erscheint die Nutzung von Skaleneffekten bzw. Spezialisierungen von Krankenhausstandorten.

[IP7] berichtet beispielsweise, dass die Empfehlungen diverser Seiten sei, eigene Bereiche für Tagesklinik einzurichten. Dies sei aber mit Investitionen verbunden, mitunter auch in Spitälern, die zuletzt viel in den stationären Bereich investiert hätten. Auch die Betriebsgröße spiele eine Rolle, nur größere Spitäler könnten sinnvollerweise in solche Einheiten investieren, was aber im Gegensatz zur gegebenen Spitalslandschaft stehe.

[IP9] sieht ebenfalls die Notwendigkeit eigener Tagesklinikstrukturen. Das Problem sei aber, dass die PatientInnen nach und nach operiert und dann auch nach und nach

entlassen würden. Das binde Personal über einen längeren Zeitraum in der Tagesklinik, welches in OP oder stationärem Bereich fehle und lohne sich somit nur bei größeren Volumina.

[IP8] bezweifelt teilweise die Einsparungsmöglichkeiten durch Tageskliniken, insbesondere, wenn diese nur in kleinerem Umfang oder in kleineren Spitälern umgesetzt werden, da Kostenreduktionen nur in Sprüngen möglich seien, wenn beispielsweise so viele stationäre Betten wegfielen, dass der stationäre Personalstand verringert werden könne.

Auch [IP4] sieht zwingend eigene tagesklinische Strukturen und Prozesse als Voraussetzung. Die Notwendigkeit zum Umbau sei aber auch vom wirtschaftlichen Druck abhängig, der bei den einzelnen Spitalträgern unterschiedlich sei.

Vorhandensein und Nutzungsmöglichkeiten des Kapitals in anderen Settings

Soll in ein anderes Setting verlagert werden, müssen die notwendigen Gerätschaften bzw. Infrastrukturen vorhanden sein. In der Regel sind Investitionen in Anlagekapital erforderlich. Dieses muss sich jedoch durch Nutzung amortisieren. Wenig genutzte 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 (Skaleneffekte) als von nur einem/einer.

Bezahlungssysteme für den GDA

Von Bezahlungssystemen geht ein starker Anreiz für das Handeln auch im Gesundheitswesen aus. Dieser Bereich ist notwendigerweise auch eng verknüpft mit der Fragmentierung im Gesundheitswesen. 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 und damit eine (spätere) Verlagerung der Leistung in den extramuralen Bereich verhindern.

[IP1] berichtet, dass die Kosten für die Bestimmung von BNP und NT-proBNP, welche der Diagnose und Verlaufskontrolle von Herzinsuffizienz dienen, von manchen Kassen nur bei Linksherzinsuffizienz erstattet würden, nicht aber bei Rechtsherzinsuffizienz. Die Folge sei, dass PatientInnen mit pulmonaler Hypertonie für diese Untersuchung von PulmologInnen in die Ambulanzen geschickt werden.

Ähnliche Berichte kommen auch von anderen [IP] beispielsweise zur interventionellen Kardiologie oder Onkologie, [IP2] und [IP6]. Einige heutige Onkologika seien subkutan oder oral verabreichbar, deren Nebenwirkungen gering bzw. beherrschbar, eine Abrechenbarkeit im niedergelassenen Bereich bestehe aber nicht. Gleichzeitig bestünden aber auch zu wenige Kapazitäten bzw. zu große Ausbildungsdefizite.

Degressionsregeln

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

[IP1] berichtet, dass Blutgasbestimmungen pro PatientIn nur einmal bezahlt werden. 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. Ähnliche Probleme gebe es bei der Bodyplethysmographie, die diagnostisch wertvoll sei. Diagnostische Schritte werden dadurch in das Spital verlagert, wo es keine solchen Grenzen gebe. Mitunter werden auch Tricks angewandt, um PatientInnen die aus medizinischer Sicht notwendige Diagnostik zukommen zu lassen, indem beispielsweise bei einer PET (Positronen-Emissions-Tomographie) eine Zuweisung in ein kleines Spital erfolgt, das über keine PET-Einheit verfügt, und dieses weist dann in ein Spital mit einer solchen Einheit zu.

Hier wird auch deutlich, wie ungünstig sich die Kompetenzfragmentierung im österreichischen Gesundheitswesen auswirkt.

Kostendeckung bzw. Marge

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

[IP2] berichtet, dass diverse Infusionstherapien 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 würden daher ins Spital geschickt.

[IP9] berichtet von Mängeln hinsichtlich des LKF Modells spitalsambulant. Infusionen, die sich über einen längeren Zeitraum strecken und beispielsweise eine Verpflegung während des Aufenthalts notwendig machen, diese sei aber nicht einkalkuliert. Generell sei der Punktwert im Ambulanzbereich gering, der Anreiz somit, die Leistungen dorthin zu verlagern, ebenso.

Entgelte privater Zusatzversicherungen

Sonderklasseentgelte stellen private Honorare von ÄrztInnen dar, deren PatientInnen sich einer privaten Zusatzversicherung bedienen. Sie dürften in einigen Fächern bedeutende Anteile der Einkünfte der ÄrztInnen im öffentlichen Krankenhaus ausmachen. Zudem erhält das Krankenhaus für den stationären Aufenthalt ein Entgelt von der Privatversicherung für die „Hotelkomponente“ sowie oft von den ÄrztInnen einen Rücklass für die Nutzung der Einrichtung für deren selbständige Einkünfte.

Das theoretische Problem besteht darin, dass diese Sonderklasseentgelte sich annähernd proportional zum Aufwand der Leistung verhalten. Eine Verlagerung aber, die in ein Setting mit geringerem Aufwand erfolgt, schmälert auch die Einkünfte sowohl der ÄrztInnen als auch des Krankenhauses über Sonderklasseentgelte, selbst für den Fall, dass in diesem Setting (Tagesklinik, Ambulanz) überhaupt Sonderklasseentgelte verrechenbar sind. Das Krankenhaus hat sogar einen doppelten negativen Anreiz, da ihm nicht nur die Einkünfte über die Hotelkomponente und über den Hausrücklass entgehen, sondern es muss auch damit rechnen, dass die Lohnforderungen der ÄrztInnen bei Wegfall der Sonderklasseentgelte in Zukunft steigen werden. Dies stellt insgesamt einen starken Anreiz dar, Leistungen im stationären Bereich zu behalten.

Tatsächlich wird dieses Problem von [IP 3], [IP6] und [IP9] als eindeutiges Hemmnis genannt.

Finanzierung der Leistungen und Kostentragung

Speziell für Österreich spielt auch die fragmentierte Finanzierung eine Rolle. Da Leistungen für PatientInnen über Setting-Grenzen hinaus nicht aus einer Hand finanziert werden, kommt es bei bestimmten Arten der Leistungsverlagerung, nämlich vom intra- in den extramuralen Bereich, zu einem Wechsel des zuständigen Kostenträgers. Durch die pauschalierte Abgeltung der intramuralen Leistungen durch die Sozialversicherung gemäß §447f ASVG sowie analoge Abgeltungen trifft diese jede Verlagerung aus dem Krankenhaus mit zusätzlichen Ausgaben. Da die Sozialversicherung eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik betreibt, wird sie Leistungen, die aus den Krankenhäusern herausverlagert werden, zu minimalen Tarifen abgelden, welche

möglicherweise unattraktiv für die extramurale Leistungserbringung sind. Auch bei der in der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen Mittelverschiebung, also dass beispielsweise Leistungen vom Land im extramuralen Bereich mitbezahlt werden, stellt sich das Problem der Kostenstrukturen. Niedergelassene ÄrztInnen wollen einen Tarif erhalten, der die variablen Kosten inklusive des fiktiven Arztlohns und des Deckungsbeitrags enthält. Wenn die Länder diese Mehrkosten nun im extramuralen Bereich mittragen, werden sie aber argumentieren, dass sich durch die Verlagerung der Leistung nur die variablen Kosten der Krankenhäuser verringern, aber nicht die Fixkosten. Dies stellt ein Hemmnis für Verlagerungen dar, welches nur durch längerfristige Planung und Berücksichtigung der up-front Kosten überwunden werden kann.

Die Literatur zeigt zahlreiche Beispiele auf, die in den extramuralen Bereich verschoben werden könnten. In praktisch allen Interviews wurde über Leistungen berichtet, die im extramuralen Bereich erbracht werden können, von kleineren chirurgischen Eingriffen bis hin zur interventionellen Kardiologie. Konkrete Beispiele wurden in diesem Bericht bereits im Kapitel 4.3.1 „Rechtliche Rahmenbedingungen“ angeführt.

Laut [IP9] konnte im Bundesland die Onkologie verstärkt im ambulanten Bereich verankert werden, weil die Krankenversicherung bereit war, sich finanziell zu beteiligen.

Institutionelle und politökonomische Faktoren

Auch institutionelle und politökonomische Faktoren spielen im Zusammenhang mit erfolgreicher Verlagerung von Leistungen eine Rolle. Es stellt sich die Frage, wie gut im organisationellen Rahmen Änderungen der Abläufe durchgeführt bzw. auch durchgesetzt werden können. Die Durchführung solcher Prozesse setzt entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten in der Führung in Bezug auf Change-Prozesse oder die Fähigkeit, diese zu erwerben, voraus.

[IP 4], [IP 7] und [IP9] berichten über erforderliche intensive Bemühungen der jeweiligen Spitalsträger auf Ebene von Infrastruktur, Qualitätssicherung und Schulung bzw. Information von MitarbeiterInnen, die erforderlich seien, um tatsächliche Veränderungen zu erreichen.

[IP2] und [IP6] berichten aus ihren Fächern, wie durch Maßnahmen Verlagerungen in der Onkologie erreicht werden konnten. Dabei geht es vor allem darum, den PatientInnen Angst zu nehmen und eine erhöhte Sicherheit auch in der ambulanten Nachbetreuung zu gewährleisten. So hätten bequeme Sessel für längerfristige Infusionen, die Einführung

eines schriftlichen Nachbetreuungsplans und die Einrichtung telefonischer Verfügbarkeiten der OnkologInnen die Compliance der PatientInnen verbessert.

Demgegenüber stehen die Eigeninteressen von Politik, Administration, Management und Belegschaft. Diese können gemäß der politökonomischen Theorie Anreize setzen, erhebliche Widerstände gegen Änderungen zu leisten. Dabei sind diese Eigeninteressen durchaus verschiedener Natur. So kann es um erhöhten Einflussbereich, Kontrolle über möglichst viele Budgetmittel, Patronage oder Vermeidung von Mühen gehen.

Auf Ebene der Belegschaft kann es auch dazu kommen, dass das unmittelbar mit den PatientInnen konfrontierte Personal die Meinung vertritt, es müsse immer das Beste für die PatientInnen getan werden („street-level bureaucrazy“). Es kann sich aber bei diesen Beharrungskräften auch um den Willen handeln, alte Gewohnheiten nicht aufzugeben oder aber um die Befürchtung, es würden Jobs verloren gehen.

[IP 5] berichtet über die Wartung von Herzschrittmachern. Modernere Modelle können entweder über kurze Distanzen kabellos oder über Mobilfunk ausgelesen werden. Eine Kontrolle sei also ohne weiteres in der niedergelassenen Praxis, bei einem Hausbesuch oder vereinzelt sogar telemedizinisch möglich. Da die medizinisch-technischen AssistentInnen aber um ihre Position bangen, würden diese die PatientInnen weiter in die Ambulanz einbestellen.

Auch das Management ist von solchen Eigeninteressen nicht frei. Abteilungsvorstände und KrankenhausmanagerInnen beziehen Prestige aus dem von ihnen verwalteten Personal und Budget. Gehen Betten zugunsten von Tageskliniken oder zugunsten außerhalb der Krankenanstalt stattfindender Leistungserbringung verloren, so kann dies Widerstand hervorrufen.

[IP3] berichtet vom Bestreben, Herzkatheter vermehrt tagesklinisch anzubieten. Die Pflegedirektion stellt sich jedoch dagegen, da dadurch eine Pflegeplanstelle abgebaut würde.

Solches Eigeninteresse wird in der politökonomischen Theorie auch für politische und administrative Einheiten beschrieben. Kritik wurde hier in mehreren Interviews an diversen Stakeholdern, namentlich Krankenversicherungsträgern, Landesverwaltungen und Bundesgesundheitsagentur geäußert.

Ein besonders eindrückliches Beispiel schildert [IP 9]. Man habe zahlreiche Vorschläge zur tagesklinischen Erbringbarkeit von Leistungen an einen zuständigen Verwaltungskörper vorgebracht. Dieser habe aber sämtliche Vorschläge abgelehnt mit Verweis darauf, dass man nur die bereits im Zielsteuerungsvertrag schon vereinbarten Leistungen berücksichtigen wolle.

4.4 Synergie zwischen Einflussfaktoren und Fallbeispiel „Geburt“

Bei der Diskussion um Verlagerungspotenziale muss das Phänomen, dass es viele Einflussfaktoren gibt, die synergistisch zusammenwirken und Verlagerungen behindern, unbedingt Beachtung finden. Sind im niedergelassenen Bereich beispielsweise keine Kapazitäten oder Honorarpositionen vorhanden, finden sich die PatientInnen in der Ambulanz eines Krankenhauses wieder. Aber auch die Anreize für die Administration im Krankenhaus sowie das ärztliche und nicht-ärztliche Personal wirken „strukturkonservierend“. Die geringen Volumina von Leistungen in niedrigeren Versorgungsstufen wiederum führen dazu, dass das Personal zu wenig Erfahrung mit solchen Prozeduren sammeln kann und diese Leistungen nicht anbietet.

Als Fallbeispiel, bei dem sehr viele Einflussfaktoren gleichzeitig wirken, sei die natürliche Geburt genannt.

Die natürliche Geburt wird in Österreich überwiegend im Krankenhaus durchgeführt, während in anderen Ländern (wie den Niederlanden) deutlich mehr ambulante Geburten oder Hausgeburten durchgeführt werden. Die Einflussfaktoren sollen anhand einer Gegenüberstellung der Alternativen verdeutlicht werden.

Geburt im Krankenhaus

PatientInnenseite

Die Geburt im Krankenhaus ist kostenlos, sie ist sogar vom allgemeinen Selbstbehalt bei stationärem Aufenthalt befreit (§27a(3) KaKuG/Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz). Die Mutter erhält Unterstützung bei der Pflege des Kindes; Verpflegung sowie Heilbehelfe und Reinigung sind kostenlos. Je nach Verfügbarkeit und Aufenthaltsdauer können auch die im Mutter-Kind-Pass vorgeschriebenen Untersuchungen (insbesondere Hörtest und Hüftultraschall) durchgeführt werden. Diese Maximalversorgung verringert auch Ängste.

GDA-Seite

Auf Seiten des Krankenhauses führen die Geburten zur Auslastung. Im Falle von privatversicherten Patientinnen werden zusätzliche Einkünfte sowohl für das Krankenhaus als auch die Belegschaft erzielt. Zusatzeinnahmen sind auch durch das Angebot von Familienzimmern sowie vorab durch Ersttrimesterscreening und Organscreening zu erzielen.

Zahlerseite

Zwar muss das Land für seinen Anteil an den Krankenhauskosten aufkommen, erzielt aber politisch Wohlwollen durch eine gute Versorgung werdender Mütter. Zusatzeinnahmen verringern die zu tragenden Kosten. Die Krankenversicherung hat bei einer Geburt im Krankenhaus nur geringe Kosten, da die Nachbetreuung durch eine Hebamme nur für die Zeit außerhalb des Krankenhauses zu zahlen ist und zum Teil durch Wahlhebammen bewerkstelligt wird.

Ambulante Geburt

PatientInnenseite

Die ambulante Geburt ist selbst ebenfalls kostenlos, kann aber nur durchgeführt werden, wenn für die Nachbetreuung eine Hebamme verpflichtet werden kann. In Wien standen beispielsweise 20.576 Lebendgeburten im Jahr 2017 (Statistik Austria 2019) 24 Kassenhebammenstellen gegenüber. Somit ist ein Großteil der Eltern im ambulanten Bereich tatsächlich auf Wahlhebammen angewiesen. Es fällt ihnen also in dem Fall nicht nur der Organisationsaufwand zur Last, es werden auch für jeden Hebammenbesuch Selbstbehalte fällig. Für sämtliche Tage nach der Geburt müssen Pflege des Säuglings, Verpflegung, Heilbehelfe (wie Wochenbetteinlagen und Wäsche) selbst getragen bzw. erledigt werden. Die kinderärztlichen Nachuntersuchungen müssen selbst organisiert und durchgeführt werden, auch hier scheinen laut [IP6] Engpässe zu bestehen. Fahrzeiten für Hebammen, aber auch für die Eltern zu Terminen bei kinderärztlicher Nachuntersuchung fallen zusätzlich an und dürften im ländlichen Bereich noch höher sein als im städtischen. Zusätzlich sehen sich die Eltern einer erhöhten Eigenverantwortung gegenüber.

GDA-Seite

Bei einer ambulanten Geburt können vom Krankenhaus insgesamt viel weniger Erlöse erzielt werden, sowohl für das Krankenhaus als auch für die behandelnden ÄrztInnen. Durch die niedrige Anzahl an ambulanten Geburten und Hausgeburten besteht zudem viel weniger Erfahrung, sodass der Anreiz besteht, PatientInnen eher stationär zu behalten. Das Risiko, dass nach Entlassung doch eine Komplikation auftritt, ist gegeben, unter Umständen ist man dann Vorwürfen ausgesetzt.

Zahlerseite

Die Krankenhäuser haben geringere Aufwände und es entgehen ihnen – im Speziellen bei Privatversicherten – Zusatzentgelte. Für die Krankenversicherung ist die ambulante Geburt mit höheren Aufwänden verbunden, da die Hebammennachbetreuung eine Kassenleistung ist, die aber offenbar vielfach über Wahlhebammen durchgeführt wird.

Das Fallbeispiel soll deutlich machen, wie zahlreiche Anreize gleichzeitig wirken und ein Hemmnis für Verlagerungen darstellen. Die Präferenzen der Patientinnen für eine stationäre Geburt aufgrund des geringeren Aufwands sowohl persönlich als auch monetär finden ihre Entsprechung in den Anreizen auf Seiten der GDAs bzw. Zahler, während insbesondere bei Zusatzversicherten die höheren Kosten, die sich eventuell im Betriebsabgang und damit für das Land schlagend werden, mitigiert werden. In Österreich sind sowohl Patientinnen als auch Personal in erster Linie mit stationären Geburten sozialisiert, auch Hebammen haben kaum Gelegenheit, gar mit Hausgeburten Erfahrung zu sammeln. Die bestehenden Kapazitäten im stationären Bereich sollen nicht leer stehen, umgekehrt scheint es im extramuralen Bereich Engpässe zu geben, die es auch aufwändiger machen, die medizinische Nachbetreuung zu organisieren. Sowohl für Patientinnen als auch GDAs ist die stationäre Geburt die subjektiv risikoärmere Variante.

Eine Änderung dieses Feldes wird somit eher durch Druck von außen erzwungen: Die Geburtenrate in Österreich ist seit einiger Zeit wieder im Steigen begriffen (Statistik Austria 2019), sodass die ambulante Geburt schon aus Kapazitätsgründen eine Option darstellt.

5 Zusammenfassung

Die internationale Literatur zeigt zahlreiche Interventionen auf, die ein großes Verlagerungspotenzial im österreichischen Kontext beinhalten (wobei im Rahmen der vorliegenden Studie keinerlei Auswertungen für den konservativ-therapeutischen und diagnostischen Bereich vorgenommen werden). Auffällig dabei ist einerseits der große Unterschied in der tatsächlichen (beispielsweise tagesklinischen) Leistungserbringung zwischen Österreich und anderen Ländern, denn viele Bereiche sind hier noch wenig bearbeitet, wie z.B. die Cholezystektomie oder die interventionelle Kardiologie; andererseits die Tatsache, dass selbst in einem der erfolgreichsten Bereiche in Österreich, der Katarakt-Operation, das Land deutlich zurückliegt. Abgesehen davon fällt auch auf, dass innerhalb von Österreich massive regionale Unterschiede in der Nutzung von Verlagerungspotenzialen bestehen.

Die im Scoping Review hervorgehobenen Interventionen zeigen bei tagesklinischer bzw. ambulanter Erbringung gleich gute PatientInnensicherheit und Outcomes, während die Rückkehr an den Arbeitsplatz sogar oftmals schneller möglich ist. Darüber hinaus scheint auch die PatientInnenzufriedenheit aufgrund der geringeren Störung des eigenen Lebensverlaufs um ein Vielfaches höher zu sein.

In Bezug auf die Kosten kann die Literatur kaum mit Informationen dienen, da diese meist nicht Gegenstand der Studien sind. Es dürfte aber anzunehmen sein, dass in vielen Fällen eine Intervention mit stationärem Aufenthalt einen höheren Aufwand bedeutet. Dies wird allerdings nicht von allen [IP] aus dem Bereich Krankenhausmanagement gleich gesehen. In jedem Fall wäre eine solche Kosten-Nutzen-Abwägung im Einzelfall durchzuführen. Dabei sollten auch gesamtgesellschaftliche Aspekte Berücksichtigung finden, beispielsweise der Nutzen für PatientInnen, keine Nacht in einer Krankenhausumgebung verbringen zu müssen, die raschere Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie vermehrte Wege.

Wichtige Voraussetzung für die Verlagerung von Leistungen an konkreten PatientInnen ist deren sorgfältige Auswahl, sowohl nach medizinischen Kriterien (z.B. Schweregrad der Erkrankung, Komorbiditäten, Alter) als auch nach psychischen und sozialen Kriterien (z.B. Verlässlichkeit der Inanspruchnahme von Nachuntersuchungen, Betreuung zu Hause). Dabei spielt die Sozialisation im österreichischen Gesundheitssystem eine große Rolle, da die Erwartungshaltung für Interventionen die stationäre Aufnahme ist. Gezielte Kommunikation der Sicherheit und der Vorteile von tagesklinischer bzw. ambulanter Durchführung ist demnach zusätzlich notwendig. Auch wenn die hohe Bequemlichkeit, im Krankenhaus alles unter einem Dach erledigen zu können, oft nicht ökonomisch ist, sollten die PatientInnenpräferenzen mit in die Planung von Projekten zur Verlagerung

von Leistungen einfließen, da diese umso eher gelingen dürften, je höher die Akzeptanz ist.

Abgesehen von Operationen müssen, z.B. im Bereich der Diagnostik, funktionierende Prozesse bzw. PatientInnenpfade im niedergelassenen Bereich etabliert werden, damit der Unterschied zum one-stop-shop-Krankenhaus nicht als zu groß wahrgenommen wird. Dies stellt große Anforderungen an das change-management und die Kooperationsbereitschaft der einzelnen Leistungserbringer, besonders dann, wenn – wie in Fällen der Onkologie oder der interventionellen Kardiologie – eine Zusammenarbeit auch zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhaus notwendig wird. Hier wird – wie so oft – das Problem der Fragmentierung im österreichischen Gesundheitswesen schlagend. Es treffen hier nicht nur unterschiedliche Organisationen aufeinander, sondern auch teilweise gegenläufige finanzielle Interessen.

Auf Seiten der Professionals gilt es ebenfalls Sozialisationen, Ausbildungsdefizite und Eigeninteressen, auch finanzieller Natur, zu beachten. Ambulante Operationstechniken müssen nicht nur technisch möglich sein, sondern auch vom Personal beherrscht werden. Die Kostenträger könnten hier davon profitieren, dass Möglichkeiten geboten werden, neue Techniken zu erlernen. Die stationäre Aufnahme von PatientInnen wird auch durch das derzeitige System der Sonderklasseentgelte angereizt, ebenso scheint die umfangreichere Personalausstattung der Stationen ein angenehmeres Umfeld zu bieten. Auch die angesichts der demografischen Entwicklung eher unbegründete Angst vor dem Verlust von Arbeitsplätzen scheint stationäre Aufnahmen zu begünstigen und sollte adressiert werden.

Der vorausschauenden Organisation kommt also sowohl im Bereich der Verlagerung von stationär zu ambulant als auch vom Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich hohe Bedeutung zu. Ohne die Kapazitäten im niedergelassenen Bereich, z.B. in der Onkologie, kann eine Betreuung dort nicht gewährleistet werden. Ebenso müssen Operationen zeitlich so geplant werden, dass PatientInnen vor Ende der Tageskliniköffnungszeiten ausreichend erholt sind.

Eher langfristiger Natur sind die Änderungsnotwendigkeiten im Anlagekapital. Vielfach wurde als Grund für stationäre Aufnahmen angeführt, dass in der Tagesklinik, in der Ambulanz bzw. im extramuralen Bereich wenige Kapazitäten zur Verfügung stehen, im stationären Bereich dafür viele vorhanden seien. Hier müsste anhand von konkreten Krankheits- bzw. Interventionsgruppen eine langfristige Planung stattfinden, um die Kapazitäten umzubauen.

Ein heikles Thema scheint die Haftungsfrage zu sein. Auch hier stellen sich kulturelle Unterschiede dar, wobei in Österreich eine hohe Risikoaversion zu bestehen scheint. Der Scoping Review zeigt bei den identifizierten Leistungen keine Einschränkung der

objektiven PatientInnensicherheit. Es dürfte sich also eher um ein Wahrnehmungsproblem handeln, sowohl bei den Professionals selbst als auch in der Öffentlichkeit. Hier Strategien zu entwickeln sprengt den Rahmen dieser Studie, scheint aber ein wesentliches Thema zu sein.

Besonderes Augenmerk verdient auch die Problematik, dass viele der Anreize bzw. Einflussfaktoren synergistisch gegen eine Verlagerung wirken. Ebenso synergistisch müssen Lösungsansätze sein, was eine wichtige Aufgabe im Rahmen der regionalen Realisation der Zielsteuerung „Gesundheit“ ist.

6 Annex: Ambulante Versorgungsstrukturen in ausgewählten Ländern

In diesem Kapitel stellen wir die ambulanten Versorgungsstrukturen in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, der Niederlande und dem Vereinigten Königreich vor, Länder, aus denen viele der in der Studie behandelten Untersuchungen stammen. Zu jedem Länderkapitel erfolgt eine Erläuterung, welchen Impact die dortige ambulante Versorgungsstruktur und Gesundheitspolitik auf die Nutzung von Verlagerungspotenzialen hat.

6.1 Belgien

6.1.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Die Erbringung ambulanter Leistungen in Belgien erfolgt größtenteils von unabhängigen selbstständigen ÄrztInnen in privaten Praxen (Nys 2019). Darunter fallen sowohl AllgemeinmedizinerInnen als auch FachärztInnen; rund drei Viertel sind in Einzelpraxen tätig und ein Viertel in Gruppenpraxen. Die meisten Gruppenpraxen sind medizinische Versorgungszentren (*maison médicale/wijkgezondheidscentraIn*), die aus einem multidisziplinären Team aus (mindestens) mehreren AllgemeinmedizinerInnen, KrankenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen und administrativem Personal bestehen. Die Anzahl solcher Praxen ist steigend. Um Gruppenpraxen zu fördern, wurde 2007 der Impulseo II-Fonds geschaffen. Der Fonds finanziert einen Teil des Gehalts einer/eines Angestellten, die/der für mehrere AllgemeinmedizinerInnen in einer Praxis administrative Aufgaben übernimmt. (Gerkens und Merkur 2010)

In Krankenhäusern angestellte AllgemeinmedizinerInnen arbeiten ausschließlich in Notfallambulanzen und in Entbindungsstationen, wobei der Anteil letzterer kontinuierlich sinkt. FachärztInnen sind entweder selbstständig und arbeiten auf ambulanter Basis in privaten Praxen oder sind in Gesundheitseinrichtungen (vor allem Krankenhäusern) angestellt. Nachdem AllgemeinmedizinerInnen in Belgien keine Gatekeeping-Funktion besitzen, ist der Erstkontakt der PatientInnen oft direkt die/der Fachärztin/Facharzt. PatientInnen können außerdem jederzeit die Ärztin/den Arzt

wechseln, sich eine zweite medizinische Meinung einholen oder auch gleichzeitig bei mehreren ÄrztInnen in Behandlung sein. (Gerken und Merkur 2010)

Eine Besonderheit im belgischen ambulanten Versorgungswesen ist der hohe Anteil an Hausbesuchen. Im Jahr 1997 waren von 46 Millionen Konsultationen bei AllgemeinmedizinerInnen 21 Millionen (46%) Hausbesuche (Nys 2005). Als Grund dafür nennt Nys (2005) kulturelle Muster im Zusammenhang mit einem Überangebot an medizinischen Fachkräften. Zu Beginn der 2000er wurden anhand von Selbsthalten finanzielle Anreize gesetzt, um die Anzahl der Hausbesuche zu reduzieren (Farfan-Portet et al. 2012). Im Jahr 2008 konnte die Zahl der Hausbesuche schließlich um 6 Millionen reduziert werden, was einem Anteil von 32% entspricht (Gerken und Merkur 2010). Zu einer erneuten Änderung der finanziellen Rahmenbedingungen bei Hausbesuchen kam es 2011; seitdem werden dringende Konsultationen außerhalb der Dienstzeiten vollständig erstattet, um die Abhängigkeit von Notfallambulanzen in Krankenhäusern zu verringern (Farfan-Portet et al. 2012). Mit dem gleichen Ziel wurde es bereits 2003 Krankenhäusern erlaubt Ambulanzgebühren in Höhe von € 12,50 einzuheben. Seit 2005 ist die Gebühr für alle Krankenhäuser verpflichtend und beträgt € 9,50. (Gerken und Merkur 2010)

Weiters existieren im ambulanten Bereich „AllgemeinmedizinerInnen-Kreise“, in denen AllgemeinmedizinerInnen gemeinsam mit lokalen Behörden Dienste außerhalb der Öffnungszeiten organisieren, die Notfallversorgung verbessern, VertretungsärztInnen bei Krankheit/Urlaub arrangieren und die Bevölkerung über die lokale Gesundheitsversorgung informieren. Die Finanzierung der Kreise hängt von der Bevölkerungsanzahl, die sie abdecken, ab. *Primärversorgungsaußenposten* sind Einrichtungen, in denen AllgemeinmedizinerInnen rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst stehen und Fälle von geringerer Dringlichkeit behandeln können. (Gerken und Merkur 2010)

Versorgungsprogramme sind eine Sammlung mehrerer Krankenhausaktivitäten, die um bestimmte PatientInnengruppen oder Pathologien organisiert sind. Für jedes Versorgungsprogramm werden Kriterien bezüglich Zielgruppe, Inhalt der Versorgung, minimaler Aktivität, notwendiger Infrastruktur, notwendigem medizinischen und nicht-medizinischen Personal, Qualitätsstandards und –evaluation, geographischer Zugänglichkeit und ökonomischer Standards festgelegt. Versorgungsprogramme gibt es z.B. für Reproduktionsmedizin, kardiale Pathologie, Onkologie und Pädiatrie. (Gerken und Merkur 2010)

Im Zuge der Reform der Krankenhauslandschaft und Krankenhausfinanzierung von 2015 wurden zwischen 2016 und 2018 vom Gesundheitsministerium in Kooperation mit 35 Krankenhäusern 12 Pilotprojekte gestartet. Das Ziel der Projekte war es, zu testen, ob

Alternativen (insbesondere häusliche Versorgung) zur Versorgung im Krankenhaus die gleichen Qualitäts- und Sicherheitsgarantien gewährleisten können. GDA und andere Stakeholder wurden dazu aufgefordert, Vorschläge für Pilotprojekte einzureichen. Von 27 eingebrachten Anträgen erfüllten 22 die erforderlichen Kriterien. Davon wurden 12 Projekte ausgewählt, die sich hauptsächlich auf zwei Arten von Vorschlägen beziehen. Einerseits auf Behandlungen mit intravenöser Verabreichung von Antibiotika zu Hause und andererseits auf andere Formen der Versorgung, die zu Hause anstatt in einem Krankenhaus durchgeführt werden können, z.B. einige Krebsbehandlungen. Dabei arbeiten verschiedene AkteurInnen aus dem Gesundheitssektor zusammen: Krankenhäuser, AllgemeinmedizinerInnen-Kreise, häusliche Pflegedienste, Pflegeheime, SozialarbeiterInnen und einige Unternehmen für technische und logistische Unterstützung. Von den 12 Projekten waren 6 Antibiotikaprojekte, 4 waren Projekte zur Tumorbehandlung, eines war zur Kombination von Antibiotikatherapie und Tumorbehandlung und ein weiteres befasste sich sowohl mit Antibiotikatherapie als auch mit der Behandlung von hämato-onkologischen Erkrankungen. Die Teilnahme war freiwillig und belief sich auf rund 1.300 PatientInnen. Eine Auswertung der Ergebnisse liegt noch nicht vor. (Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 2017, Gerrens 2019)

Kurz davor wurde im Bereich der Geburten ein ähnliches Projekt gestartet. Ziel war es die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus bei komplikationslosen Geburten zu reduzieren. Die Auswahl der Aufnahme- und Ausschlusskriterien wurde weitgehend den Krankenhäusern selbst überlassen. Ein besonderer Schwerpunkt war die Implementierung von transmuraler Betreuung. Der Fokus liegt hier auf einer qualitativ hochwertigen Perinatalversorgung, bei der Mutter und Kind das Krankenhaus innerhalb 48 Stunden verlassen. Die häusliche Pflege wird infolgedessen so organisiert, dass die postnatale Versorgung für Mutter und Kind optimal fortgesetzt wird. Die Betreuung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team und mit Hilfe einer elektronischen Patientenakte wird bereits während der Schwangerschaft ein evidenzbasierter transmuraler Pflege- und Unterstützungsplan erstellt (INAMI 2015). Die Evaluation des Projekts stellt eine Verringerung der Aufenthaltsdauer sowohl innerhalb als auch außerhalb des Pilotprojekts fest. Darüber hinaus gibt es keine Hinweise auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind. Außerdem geben die Mütter an, mit der Versorgung zufrieden gewesen zu sein. Verbesserungspotenziale werden im elektronischen Datenaustausch zwischen verschiedenen GDA und bei der Betreuung vulnerabler schwangerer Frauen eruiert. (SPF SSCE 2019a)

6.1.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

Generell herrscht in Belgien eine Kultur, die eine wohnortnahe Versorgung bevorzugt. Das Primärversorgungssystem ist stärker als in Österreich und sehr gemeindenah organisiert. Out-of-hours care im niedergelassenen Bereich ist ebenfalls weit ausgebaut. Die große Anzahl von multiprofessionellen Gruppenpraxen erleichtert die Übernahme von Leistungen der Spitäler. Zusätzlich wurden im Rahmen von Projekten Verschiebungen angeregt und auch durch die Definition von Versorgungsprogrammen, die den intra- und extramuralen Bereich umfassen, planmäßig vorgesehen.

6.2 Dänemark

6.2.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Anders als in Belgien besitzen AllgemeinmedizinerInnen in Dänemark eine Gatekeeping-Funktion und verweisen PatientInnen bei Bedarf an FachärztInnen oder ins Krankenhaus. Ohne Zuweisung zugänglich sind Notfallambulanzen, ZahnärztInnen, ChiropraktikerInnen, HNO-FachärztInnen, und AugenärztInnen. (Olejczak et al. 2012)

AllgemeinmedizinerInnen sind selbstständig und praktizieren zu einem Drittel in Einzelpraxen und zu zwei Drittel in Gruppenpraxen, wobei der Trend in den letzten Jahren in Richtung mehr Gruppenpraxen geht. Diese Entwicklung wird auch aktiv vom Gesundheitsministerium gefördert, um das Potenzial von Knowledge-Spillovers auszuschöpfen und dadurch Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Allerdings sind durch die daraus resultierende zunehmende Konzentration von Praxen manche ländliche Gebiete schlechter abgedeckt und PatientInnen müssen öfter längere Wege in Kauf nehmen (Olejczak et al. 2012). In Gruppenpraxen sind meist zwei bis vier AllgemeinmedizinerInnen und zwei bis drei Krankenpflegefachkräfte tätig (Vrangbaek 2016). Rund 10% aller Konsultationen werden von den ca. 3.500 AllgemeinmedizinerInnen (in 2.100 Praxen) weiterverwiesen. Dienste außerhalb der Öffnungszeiten werden von Genossenschaften von AllgemeinmedizinerInnen selbst organisiert. Mit Ausnahme der Hauptstadt Kopenhagen wird die Telefontriage von AllgemeinmedizinerInnen durchgeführt. (Forde et al. 2016)

Alle BürgerInnen haben die Möglichkeit sich bei einer/einem AllgemeinmedizinerIn in der Umgebung zu registrieren und 98% tun dies auch. Nach einer Registrierung sind Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen für die PatientInnen kostenlos. Die übrigen 2% der Bevölkerung, die bei keiner/keinem AllgemeinmedizinerIn registriert sind, müssen

bei Besuchen einen Selbstbehalt bezahlen, können den GDA aber dafür frei wählen und benötigen keine Zuweisungen für FachärztInnen. Durchschnittlich sind AllgemeinmedizinerInnen für 1.561 PatientInnen verantwortlich und können ab 1.600 registrierten PatientInnen weitere PatientInnen ablehnen. Für den Zugang ins Krankenhaus ist für beide Gruppen eine Zuweisung notwendig. Obwohl die Notfallversorgung eigentlich davon ausgenommen ist, sind Zuweisungen auch für Notfallambulanzen immer häufiger erforderlich. (Pedersen et al. 2012)

Der Großteil der sekundären Versorgung findet in Krankenhäusern im Besitz der Regionen statt. Krankenhäuser haben sowohl ambulante als auch stationäre Abteilungen, wobei erstere oft für Diagnosen und Behandlungen vor bzw. nach dem Krankenhausaufenthalt verwendet werden. Die meisten öffentlichen Krankenhäuser sind Allgemeinkrankenhäuser mit unterschiedlichen Spezialisierungen. Die Standorte wurden in den letzten Jahren zunehmend reduziert, sodass die regionale Verfügbarkeit verringert und auch durch telemedizinische Lösungen ersetzt wurde. Außerdem gibt es auch private Krankenhäuser und Kliniken, die PatientInnen auch ohne Überweisung einer/eines AllgemeinmedizinerIn bei eigener Bezahlung zur Verfügung stehen. FachärztInnen sind selbstständig und benötigen einen Vertrag mit den Regionen, um öffentliche Entgelte zu bekommen. Wie AllgemeinmedizinerInnen können auch FachärztInnen PatientInnen in ein Krankenhaus überweisen. (Olejczak et al. 2012)

6.2.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

In Dänemark finanzieren die Regionen sowohl den extramuralen als auch den intramuralen Bereich. Die Anreize sind groß, Leistungen richtig allozieren. Tatsächlich hat die Politik sich zum Ziel gesetzt, Krankenanstalten zu konzentrieren und zu spezialisieren und viele Leistungen dezentral anzubieten. Unterstützend wirken dabei die gut ausgebaute und kulturell akzeptierte Telemedizin sowie die überwiegenden Gruppenpraxen.

6.3 Deutschland

6.3.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird hauptsächlich von selbstständigen BetreiberInnen (HausärztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, PodologInnen) erbracht. Akut- und Langzeitpflege wird sowohl von gemeinnützigen als auch von gewinnorientierten Betreibern angeboten. HausärztInnen besitzen keine Gatekeeping-Funktion, nehmen aber eine entscheidende Rolle in der Koordinierung wahr. Außerdem müssen Versicherungen ihren KundInnen seit 2004 eine Registrierung bei einer/einem HausärztIn ermöglichen und können ihnen bei Einhaltung der Gatekeeping-Regeln Boni gewähren. (Busse und Blümel 2014)

Die Organisation von Diensten außerhalb der Öffnungszeiten geschieht durch Assoziationen von HausärztInnen. Meist sind die ÄrztInnen dazu verpflichtet diese in ihren Praxen anzubieten, wobei dies in manchen Fällen (z.B. Berlin) an die Krankenhäuser ausgelagert wird.

Die Versorgungsgrade variieren erheblich zwischen Regionen und Fachgruppen. So beträgt der durchschnittliche Versorgungsgrad von HausärztInnen 106,6% und von FachinternistInnen 211,3%. Innerhalb der Gruppe der HausärztInnen (970 Planungsregionen) liegt er zwischen 60,8% (Grimmen) und 207,5% (Westerland). Bei FachinternistInnen (106 Planungsregionen) beträgt das Minimum 135,2% (Bautzen) und das Maximum 344,2% (Chemnitz, Stadt). Generell ist der Versorgungsgrad bei FachärztInnen höher als bei HausärztInnen. HausärztInnen sind auch die einzige Gruppe, deren durchschnittlicher Versorgungsgrad unter der Grenze von 110% liegt. Insgesamt sind davon 565 von 970 Regionen betroffen. Mit Kinder- und JugendpsychiaterInnen (118,4%), AugenärztInnen (122,4%), PRM-MedizinerInnen (125,4%), FrauenärztInnen (126%) und HNO-ÄrztInnen (127,3%) haben 5 weitere Gruppen einen Versorgungsgrad von unter 130%. Die restlichen 17 Gruppen (z.B. ChirurgInnen, OrthopädInnen, PathologInnen, UrologInnen) liegen darüber. (KBV 2018a)

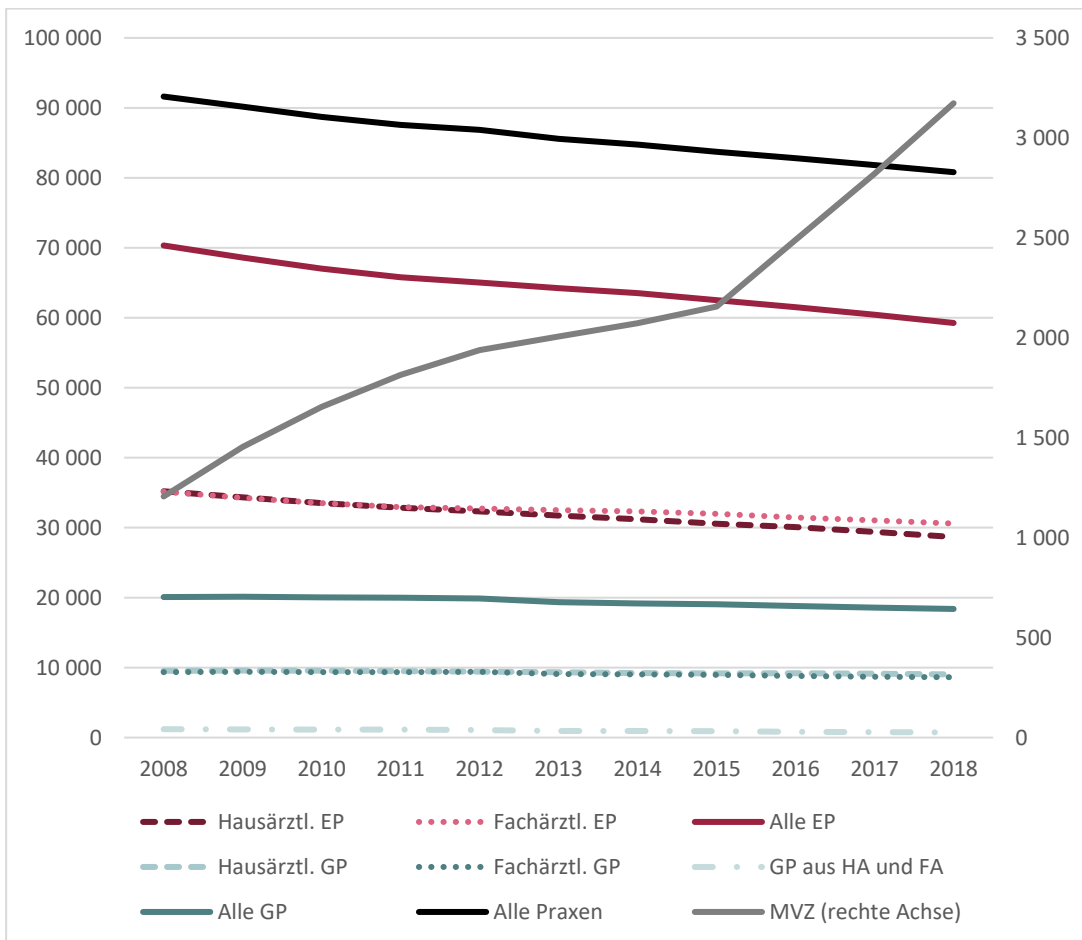
Neben Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen gibt es mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) seit 2004 eine weitere Möglichkeit der ambulanten Gesundheitsdienstleistung im niedergelassenen Bereich. MVZ sind aus PatientInnensicht ähnlich wie Gemeinschaftspraxen, aus Perspektive der MVZ/Praxen bestehen aber Unterschiede. Anders als in Gemeinschaftspraxen verfügen nicht alle ÄrztInnen über eine Zulassung, sondern die MVZ-Gesellschaft selbst ist Inhaberin der Zulassung („institutionelle Zulassung“). MVZ treten als juristische Person auf und

begünstigen damit Strukturen, in denen die Ebene der ärztlichen Leistungserbringung von der Ebene der Verwaltung getrennt ist (BMVZ 2019). Zur Gründung von MVZ sind VertragsärztInnen, Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen berechtigt (Bundesministerium für Gesundheit 2019). Im Jahr 2017 waren die Träger von MVZ überwiegend VertragsärztInnen (43%) oder Krankenhäuser (40%) (KBV 2018b). MVZ können sowohl als Personen- als auch als Kapitalgesellschaften betrieben werden (2017: 1799 MVZ-GmbHs und 632 MVZ-GbRs; KBV 2018c)

Seit dem 23. Juli 2015 steht es auch fachgleichen ÄrztInnen frei, ein MVZ zu gründen – davor war Interdisziplinarität explizit erwünscht. Es sind nun also reine HausärztInnen-MVZ oder fachgruppengleiche MVZ möglich. Weiters wurde es auch Kommunen erlaubt ein MVZ zu gründen. Das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz verbessert die Rahmenbedingungen der MVZ erneut. Etwa wird anerkannten Praxisnetzen⁹ die Möglichkeit gegeben ein MVZ zu gründen. Um Zulassungsentzüge bei Ausscheiden der GründerInnen des MVZ (z.B. aus Altersgründen) zu vermeiden, können angestellte ÄrztInnen eines MVZ nun jederzeit die Gesellschafteranteile ausscheidender Personen übernehmen. Darüber hinaus wurden die Zulassungsausschüsse dazu verpflichtet MVZ bei Nachbesetzungsverfahren von VertragsärztInnen zu berücksichtigen. (Bundesministerium für Gesundheit 2019)

⁹ Praxisnetze sind Kooperationen von selbständigen VertragsärztInnen verschiedener Fachrichtungen. Ihr Ziel ist es die Qualität und Effizienz der wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung durch fachliche Zusammenarbeit zu steigern. Die Anforderungen zur Anerkennung als Praxisnetz sind in KBV-Rahmenvorgaben und KV-Richtlinien geregelt. (KBV 2019a)

Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl der Praxen

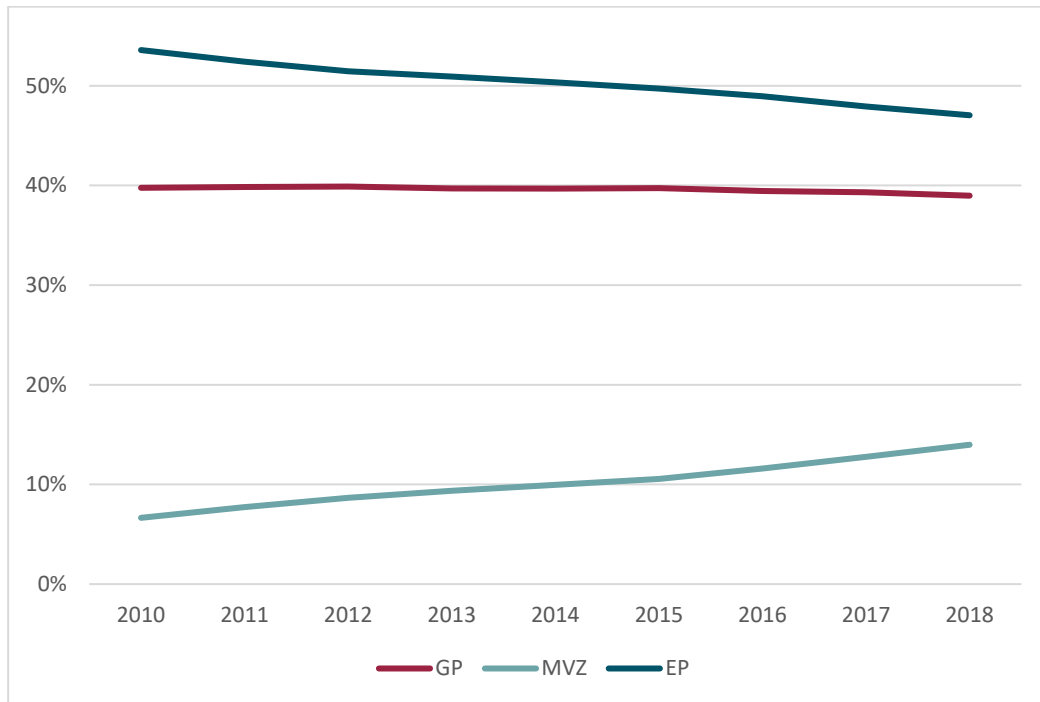


Quelle: KBV, 2019b, Darstellung IHS 2019; Anmerkungen: ohne psychologisch psychotherapeutische Praxen, EP=Einzelpraxis, GP=Gemeinschaftspraxis, HA=HausärztIn, FA=FachärztIn

Die Anzahl der MVZ steigt seit ihrer Einführung 2004 kontinuierlich an. Besonders die Ermöglichung fachgleicher MVZ führte zu einem rapiden Wachstum. Während es in den zwei Jahren vor der Reform zu unter 70 Neugründungen pro Jahr kam, waren es in den zwei Jahren danach fast fünfmal so viele (Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl der Praxen). Nichtsdestotrotz ist der Anteil der MVZ an ambulanten Gesundheitseinrichtungen gering. Allerdings stieg der Anteil von 1% im Jahr 2008 auf 4% im Jahr 2018. Weiters ist zu beachten, dass in MVZ durchschnittlich mehr ÄrztInnen beschäftigt sind als in Gemeinschaftspraxen (oder Einzelpraxen). Waren in Gemeinschaftspraxen im Jahr 2018 durchschnittlich 3 ÄrztInnen tätig, waren es in MVZ durchschnittlich 6,2 ÄrztInnen. Außerdem erhöhte sich die Anzahl letzterer im Vergleich zu 2010 um 1,1 ÄrztInnen. Die Anzahl in Gemeinschaftspraxen stieg jedoch nur um 0,5. Berücksichtigt man dies, so steigt der Anteil der in MVZ tätigen ÄrztInnen an in allen ambulanten Gesundheitseinrichtungen tätigen ÄrztInnen von 7% (absolut: 8.509) im

Jahr 2010 auf 14% (absolut: 19.621) im Jahr 2018. Das Wachstum der MVZ ging vor allem auf Kosten der Einzelpraxen, deren Anteil von 54% (absolut: 67.022) auf 47% (absolut: 59.257) sank. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen blieb hingegen relativ konstant bei ca. 40% (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anteil der ambulant tätigen ÄrztInnen in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen bzw. MVZ



Quelle: KBV, 2019c, Darstellung: IHS 2019, Anmerkung: ohne ärztliche PsychotherapeutInnen und psychologische PsychotherapeutInnen

6.3.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

Die Krankenkassen finanzieren in Deutschland den extra- und intramuralen Bereich und stehen unter Wettbewerbsdruck. Sie treten den Krankenanstalten gegenüber als Vergeber von Leistungen auf und haben somit bereits einen Anreiz, die Allokation der Mittel zu verbessern. Viele Rahmenbedingungen wurden in Deutschland geschaffen, um die Verschiebung zu erleichtern. Dazu zählt insbesondere die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung und die Schaffung MVZs als intermediäre Versorgungsform sowie deren Erweiterung im Einsatzgebiet. Das System ist auch bei den Leistungsanbietern wettbewerbsorientierter, was dabei hilft, Innovationen hervorzubringen. Erschwert wird die Situation jedoch durch die nach wie vor große Skepsis vor elektronischer Gesundheitsdateninfrastruktur.

6.4 Frankreich

6.4.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Wie in den bereits beschriebenen Ländern erfolgt auch in Frankreich die Erbringung ambulanter Leistungen hauptsächlich durch selbstständige ÄrztInnen. Im Jahr 2015 gab es 221.000 AllgemeinmedizinerInnen und 119.000 FachärztInnen. Vor allem jüngere AllgemeinmedizinerInnen sind eher in Gruppenpraxen tätig; insgesamt wählen ca. 50% diese Praxisform. In einer durchschnittlichen Praxis sind 2-3 ÄrztInnen beschäftigt. In drei von vier Praxen sind ausschließlich ÄrztInnen beschäftigt. Für Personen über 16 Jahre besteht ein freiwilliges Gatekeeping-System, das finanzielle Anreize zur Einhaltung der Gatekeeping-Regeln setzt. Weiters bestehen seit 2013 auch für AllgemeinmedizinerInnen Anreize, um Praxen in unterversorgten Regionen zu eröffnen. In diesem Fall erhalten sie ein garantiertes monatliches Einkommen von 6.900 €. Zum Vergleich, in medizinischen Centern beträgt das garantierte jährliche Einkommen für ÄrztInnen 50.000 €. (Durand-Zaleski 2016)

Im fachärztlichen Bereich sind 36% ausschließlich selbstständige ÄrztInnen. Der Rest ist entweder in einem Krankenhaus angestellt oder bezieht sein Gehalt aus beiden Einkommensquellen. Nach einer von AllgemeinmedizinerInnen erhaltenen Zuweisung können PatientInnen einen Spezialisten frei auswählen. Ausnahmen bestehen für GynäkologInnen, PsychiaterInnen, AugenärztInnen und ZahnärztInnen, die direkt aufgesucht werden können. Wie auch bei den AllgemeinmedizinerInnen sind bei den FachärztInnen 50% in Gruppenpraxen tätig. Dieser Anteil steigt besonders in Bereichen, in denen große Investitionen nötig sind, z.B. Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Pathologie und gastrointestinale Chirurgie (Durand-Zaleski 2016).

Eine Besonderheit im französischen ambulanten Versorgungsbereich ist, dass die Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten nicht von AllgemeinmedizinerInnen angeboten wird. Diese Aufgabe wird stattdessen von den Notfallambulanzen in öffentlichen Krankenhäusern, privaten Krankenhäusern, die einen entsprechenden Vertrag mit der regionalen Gesundheitsbehörde abgeschlossen haben, selbstständigen ÄrztInnen, die für Notfalldienste arbeiten und Gesundheitsfachkräften, die freiwillig Dienste übernehmen, erfüllt. (Durand-Zaleski 2016)

Bereits 2012 hat sich die französische Regierung gemeinsam mit den regionalen Gesundheitsbehörden das Ziel gesetzt, einen Anteil von 50% ambulanten Operationen bis 2016 zu erreichen (Chevreul et al. 2015). Dafür wurde eine Reihe von Maßnahmen implementiert, um diese Entwicklung zu begünstigen. Grundsätzlich sind die Maßnahmen um drei Handlungsbereiche organisiert: (i) die Erhöhung der Anzahl an

ambulant angebotenen Operationen, (ii) das Anbieten finanzieller Anreize und (iii) das Gewährleisten der Qualität und Sicherheit der Versorgung. Konkrete Maßnahmen zur Steigerung des ambulanten Operationsanteils sind etwa die Möglichkeit, dass Angestellte im Krankenhaus sowohl stationäre als auch ambulante PatientInnen versorgen dürfen, eine Ausweitung der Öffnungszeiten, – allerdings muss der PatientInnenaufenthalt weiterhin unter 12 Stunden betragen – ein spezielles Training für das im ambulanten Bereich tätige Personal und Verbesserungen der Versorgungskontinuität durch Nennung der dafür verantwortlichen Personen in den Entlassungspapieren. Das Ziel wurde mit 50% ambulanten Operationen erreicht (Hulet et al. 2017). Der neue bis 2020 angestrebte Wert beträgt 66% (Beaussier et al. 2017).

Das Eröffnen einer ambulanten Operationspraxis erfordert eine Zulassung der regionalen Gesundheitsbehörde. Sie kann sowohl für Gesundheitscenter, eine/n oder mehrere ÄrztInnen oder Entitäten ausgestellt werden. Es existieren vier verschiedene Organisationsstrukturen (Hulet et al. 2017):

1. *Integrierte Struktur*: Der Operationssaal wird sowohl für ambulante als auch stationäre PatientInnen verwendet. Diese Struktur kommt am häufigsten vor und erlaubt größere zeitliche Flexibilität.
2. *Dedizierte Struktur*: Es gibt einen eigenen Operationssaal für ambulante und einen für stationäre PatientInnen.
3. *Satellitenstruktur*: Die ambulante Operationseinheit ist Teil eines Krankenhauses, befindet sich aber nicht am Krankenhausgelände.
4. *Unabhängige Struktur*: Völlig unabhängig von einem Krankenhaus oder traditionellen Strukturen bestehendes Eingriffszentrum

Der klinische Behandlungspfad bei ambulanten Operationen besteht aus sechs Stationen (Hulet et al. 2017):

1. *Chirurgische Beratung*: PatientInnenselektion aufgrund diverser Kriterien, Beurteilung der Behandlungsoptionen und des Risiko-Nutzen-Verhältnisses, Planung postoperativer Folgeuntersuchungen und Analgetika
2. *Anästhesieberatung*: Ausschließen von Kontraindikationen, anschließend individuelle Bewertung der Möglichkeit einer ambulanten Operation in drei Schritten: (i) Feststellung der Eignung der/des PatientIn durch AnästhesistIn, ChirurgIn und zuweisendeR ÄrztIn. Lebensumstände der/des PatientIn werden geprüft; eine Begleitperson, Verfügbarkeit eines Wohnortes nicht länger als eine Stunde vom Operationsort entfernt und Besitz eines Telefons sind unbedingt notwendig. (ii) Überprüfung hämatologischer und respiratorischer Risiken durch die/den ChirurgIn. (iii) Beachtung des Alters der/des PatientIn durch die/den

AnästhesistIn, bei Säuglingen und Kindern unter 3 Jahren gelten spezielle anästhetische Vorschriften.

3. *Präoperative Phase*: Am Tag vor der Operation erfolgt eine nochmalige Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren und Erinnerung essentieller Informationen an die/den PatientIn für eine komplikationslose Operation
4. *Operative Phase*: Tag der Operation, Beachtung aller Qualitäts- und Sicherheitskriterien bei der Operation und im Aufwachraum
5. *Entlassungsphase*: Entlassung am gleichen Tag nach Feststellung der Tüchtigkeit durch einE ÄrztIn, verpflichtendes Telefongespräch einen Tag nach der Operation, die/der PatientIn wird über Notrufnummern und Gesundheitseinrichtungen in wohnortsnähe informiert
6. *Folgeuntersuchung*: wie bei konventionellen Operationen

6.4.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

Das französische Gesundheitswesen ist – auch in Hinblick auf einige Probleme – nicht unähnlich dem österreichischen. Allerdings ist es ein erklärtes Ziel der Regierung, Verlagerungspotenziale zu nutzen, sodass hier einige gute Parallelen zu finden und Lehren zu ziehen sind.

6.5 Niederlande

6.5.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Aufgrund der starken Gatekeeping-Funktion von AllgemeinmedizinerInnen in den Niederlanden nehmen diese eine zentrale Rolle im ambulanten Versorgungsbereich ein. Für eine Behandlung bei FachärztInnen oder im Krankenhaus (Ausnahme: Notfälle) ist eine Zuweisung der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners notwendig. Alle BürgerInnen sind bei einer/einem AllgemeinmedizinerIn registriert und können dieseN ohne Einschränkungen wechseln. Allerdings haben die ÄrztInnen das Recht, PatientInnen abzulehnen, wenn ihr Wohnort zu weit von der Praxis entfernt liegt oder ihre Anzahl an PatientInnen bereits zu hoch ist. Fast 100% der Bevölkerung können eine Praxis innerhalb von 15 Minuten erreichen, was aufgrund der Schlüsselfunktion der AllgemeinmedizinerInnen als wichtig angesehen wird. Außerdem sind Konsultationen bei AllgemeinmedizinerInnen vom Selbstbehalt (max. 385€ pro Jahr) ausgenommen. (Kroneman et al. 2016)

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern haben die AllgemeinmedizinerInnen in den Niederlanden ein breites Leistungsspektrum; nur finnische AllgemeinmedizinerInnen bieten noch mehr Leistungen an. Aufgaben, die AllgemeinmedizinerInnen in den Niederlanden häufig übernehmen sind z.B. die Behandlung von Diabetes, COPD, Asthma, psychischen Krankheiten und Herz-Kreislaufmanagement. Weiters führen sie auch kleinere Eingriffe, wie z.B. das Entfernen von Warzen oder Einlegen von Intrauterinpressaren, durch. (Kroneman et al. 2016)

Die meisten AllgemeinmedizinerInnen sind selbstständig und nur ein kleiner Teil ist bei einer/einem anderen AllgemeinmedizinerIn angestellt. Durchschnittlich sind bei einer/einem Vollzeit beschäftigten AllgemeinmedizinerIn ca. 2.200 PatientInnen registriert. Die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro PatientIn beträgt vier pro Jahr, wobei die Anzahl stark altersabhängig ist. Die Rate an Zuweisungen ist 28 pro 100 PatientInnen oder 7% aller Konsultationen. Im Jahr 2014 gab es rund 8.800 praktizierende AllgemeinmedizinerInnen. Davon waren 28% in einer Einzelpraxis, 33% in einer Gruppenpraxis mit 3 bis 7 ÄrztInnen und 39% in einer 2-Personen-Praxis tätig. Außerhalb der normalen Öffnungszeiten bieten Genossenschaften aus AllgemeinmedizinerInnen sogenannte *AllgemeinmedizinerInnen-Posten* an. Ein Teil der Notfallversorgung kann so auch direkt von AllgemeinmedizinerInnen übernommen werden und der andere Teil wird an eine Notfallambulanz weiterverwiesen. (Kroneman et al. 2016)

Obwohl AllgemeinmedizinerInnen weiterhin die zentrale Rolle im extramuralen Gesundheitswesen übernehmen, gab es in den letzten Jahrzehnten einige Maßnahmen, die zu einer Umverteilung von Aufgaben führte. Die wichtigste davon ist der neu ins Leben gerufene Berufsstand von Praxis-Krankenpflegefachkräften. Ihre Aufgabe ist es, sich um bestimmte Kategorien chronisch Kranker, insbesondere Diabetes, COPD und Herz-Kreislaufkrankheiten, zu kümmern. Seit 2007 gibt es auch auf psychische Gesundheit spezialisierte Praxis-Krankenpflegefachkräfte, die leichtere Fälle gemeinsam mit der/dem AllgemeinmedizinerIn behandeln. Schwerere Fälle werden an SpezialistInnen verwiesen. Im Jahr 2014 waren bei 88% aller Praxen auf psychische Gesundheit spezialisierte Praxis-Krankenpflegefachkräfte beschäftigt. Außerdem sind seit 2006 auch BetriebsärztInnen dazu befugt, PatientInnen zu FachärztInnen/ins Krankenhaus zu verweisen. (Kroneman et al. 2016)

Zu ambulanten GDAs, die grundsätzlich ohne Zuweisung zugänglich sind, zählen ZahnärztInnen, Hebammen, HeiltherapeutInnen (seit 2008) und PhysiotherapeutInnen (seit 2006), wobei die PatientInnen letzterer zur Hälfte von AllgemeinmedizinerInnen zugewiesen werden. Im Jahr 2012 war beinahe jede dritte Geburt entweder ambulant in

einem Krankenhaus (13% aller Geburten) oder eine Hausgeburt (16%). (Kroneman et al. 2016)

Für die Erbringung von spezialisierten Leistungen (stationär und ambulant) existieren in den Niederlanden sechs verschiedene Einrichtungen:

- Allgemeine Krankenhäuser
- Universitätskrankenhäuser
- Spezialisierte Krankenhäuser (z.B. Augenkrankenhäuser, Rehabilitationszentren)
- Unabhängige Behandlungszentren (nur tagesklinisch)
- Trauma-Zentren
- Spitzenmedizinische Zentren (bieten sowohl Leistungen von allgemeinen Krankenhäusern als auch Behandlungen für komplexe Fälle)

Die meisten Trauma-Zentren und spitzenmedizinische Zentren werden von Universitätskrankenhäusern betrieben. Unabhängige Behandlungszentren (*Zelfstandige Behandel Centra, ZBC*) behandeln ihre PatientInnen ausschließlich ambulant bzw. tagesklinisch in einem nicht-akuten, frei verhandelbaren Setting (Kroneman et al. 2016). Sie sind typischerweise viel kleiner als Krankenhäuser und operieren in einer kleinen Gruppe an Spezialgebieten (z.B. Knie- und Hüftendoprothetik, Kataraktoperationen). Ihr Marktanteil ist relativ gering, stieg aber von 1,5% im frei verhandelbaren Markt im Jahr 2005 auf 4% im Jahr 2007 bzw. von 1% im gesamten medizinischen Fachbereich im Jahr 2007 auf 2,3% im Jahr 2010. ZBCs sind mit den freistehenden Zentren in den USA vergleichbar. (Roos 2018)

6.5.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

Das niederländische Gesundheitswesen hat eine starke Primärversorgung, die auch vielerorts die Notfall- und Randzeitenversorgung übernimmt und dabei direkt mit den lokalen Spitälern zusammenarbeitet. Die Zahl der Gruppenpraxen ist steigend. Die Sektoren sind miteinander besser verzahnt, so sind auch Fachärztinnen teilweise selbständig in Spitalsambulanzen tätig, und die selbständigen Behandlungszentren stellen eine intermediäre Versorgungsstruktur dar. Sämtliche Leistungen werden von den in Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen bezahlt, ihnen stehen ebenfalls im Wettbewerb stehende GDAs gegenüber, sodass Verlagerungspotenziale realisiert werden können. Für verschiedene chronische Erkrankungen sind bereits integrierte Bezahlmodelle vorgesehen, so auch für Geburten, die ungewöhnlich häufig zu Hause durchgeführt werden.

6.6 Vereinigtes Königreich (England)

6.6.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Die Schlüsselrolle im ambulanten Versorgungsbereich in England übernehmen hauptsächlich AllgemeinmedizinerInnen. Sie besitzen eine Gatekeeping-Funktionen und sind typischerweise der Erstkontakt von PatientInnen. PatientInnen haben grundsätzlich das Recht sich bei einer/einem AllgemeinmedizinerIn ihrer Wahl registrieren zu lassen. Aufgrund der hohen Auslastung der ÄrztInnen ist dies allerdings stark eingeschränkt. In manchen Regionen bieten *Walk-in Centers* primäre Gesundheitsdienstleistungen, für die keine Registrierung notwendig ist, an. (Thorlby und Arora 2016)

Für Juni 2019 zählt das NHS insgesamt 44.570 AllgemeinmedizinerInnen, wovon 21.304 selbstständig als *GP Partner* und 12.732 als angestellte *Salaried GPs* tätig sind. Weitere 5.997 sind *GP Registrars* (sich im letzten Ausbildungsjahr befindende AllgemeinmedizinerInnen), 5.153 sind *GP Locums* (meist selbständige VertreterInnen von AllgemeinmedizinerInnen) und 450 sind *GP Retainers* (das *GP Retention Scheme* bietet AllgemeinmedizinerInnen, die aus persönlichen Gründen – insbesondere bei Betreuungsverpflichtungen oder bei Krankheit – planen die Allgemeinmedizin aufzugeben, finanzielle Unterstützung bei reduzierter fortwährender Tätigkeit). Einzelpraxen sind relativ selten; nur 409 solcher Praxen finden sich in England. In mehr als 2.200 Praxen arbeiten 2-4 AllgemeinmedizinerInnen und die Anzahl der Praxen mit 5 oder mehr beschäftigten AllgemeinmedizinerInnen liegt knapp unter 4.200 (NHS 2019). Generell besteht ein Trend von Einzelpraxen hin zu gut vernetzten Gruppenpraxen, in denen multidisziplinäre Teams aus FachärztInnen, ApothekerInnen und SozialarbeiterInnen tätig sind. (Thorlby und Arora 2016)

Für die Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten sind die AllgemeinmedizinerInnen nicht mehr selbst verantwortlich, allerdings bietet eine Minderheit von ÄrztInnen diese Services weiterhin für ihre PatientInnen an. Um die Versorgung rund um die Uhr zu garantieren, werden AllgemeinmedizinerInnen-Genossenschaften und private Firmen beauftragt, die AllgemeinmedizinerInnen pro Konsultation bezahlen. Für leichtere Notfälle gibt es in einigen Regionen *Urgent care Centers* oder *Minor-injury units*. Diese Einrichtungen sind auf verschiedene Weisen besetzt; es gibt sowohl von KrankenpflegerInnen als auch von AllgemeinmedizinerInnen geleitete Zentren. Schwere Notfälle werden in den Notfallambulanzen in Krankenhäusern behandelt. (Thorlby und Arora 2016)

Beinahe alle FachärztInnen sind Angestellte in NHS Krankenhäusern. FachärztInnen dürfen auch in privaten Krankenhäusern und in speziell dafür vorgesehenen Abteilungen

in NHS Krankenhäusern privat praktizieren. Im Jahr 2006 machten 55% der ÄrztInnen davon Gebrauch. PatientInnen können für ihre Behandlung ein beliebiges Krankenhaus wählen und haben auch das Recht eineN bestimmteN FachärztIn in einem Krankenhaus aufzusuchen. Die meisten Konsultationen mit FachärztInnen finden in Krankenhäusern statt, allerdings sind auch Konsultationen in Praxen für Allgemeinmedizin möglich. (Thorlby und Arora 2016)

Die Anzahl ambulanter Operationen ist in den letzten Jahren angestiegen. Skues und Jackson (2018) kategorisieren die 10-jährige Entwicklung verschiedener Operationen in drei Klassen:

1. „Reife Operationen“: Operationen mit einem hohen Ausgangswert, bei denen eine weitere Expansion aufgrund von Komorbiditäten nur beschränkt möglich ist.
2. „Stark steigende Operationen“: Eingriffe, bei denen die Möglichkeit der ambulanten Durchführung von Operationen generell anerkannt wurde und dadurch stark gestiegen sind.
3. „Niedrige Grenzwert Operationen“: Operationen mit einem geringen Ausgangswert und geringem Wachstum. Hier gibt es Wachstumspotenziale, allerdings könnten diese durch verschiedene Umstände eingeschränkt sein.

In die erste Kategorie fallen etwa Kataraktextraktion mit Intraokularlinseninsertion (Anteil ambulanter Operationen 2007: 95,9%; 2017: 98,4%), Korrektur des Schielens (2007: 91,8%; 2017: 93,2%) oder Karpaltunnel-Operationen (2007: 91,8%; 2017: 97,4%). Eingriffe, die einen starken Anstieg ambulanter Operationen vorweisen können sind z.B. Tonsillektomie (2007: 23,6%; 2017: 56%), Septorhinoplastik (2007: 21%; 2017: 58,6%) laparoskopische Cholezystektomie (2007: 15,8%; 2017: 52,8%) und Mammaresektion mit oder ohne Lymphknotenresektion (2007: 13,6%; 2017: 64,5%). Zur dritten Kategorie zählen u.a. vaginale Hysterektomie, entweder laparoskopisch unterstützt oder nicht (2007: 0,2%; 2017: 1,1%), laparoskopische abdominale Hysterektomie (2007: 0,2%; 2017: 0,7%) und Hemithyreoidektomie (2007: 2,2%; 2017: 3,8%). In allen 25 untersuchten Operationen ist die ambulante Operationsrate aber zumindest leicht angestiegen. Zur Erhöhung der ambulanten Operationen werden für bestimmte Eingriffe (laparoskopische Cholezystektomie, Tonsillektomie, Leistenhernie) finanzielle Anreize für Krankenhäuser gesetzt. So erhalten sie für jede ambulant durchgeführte und im Voraus geplante Operation zusätzlich zwischen £200 und £250.

6.6.2 Bewertung in Hinblick auf Verlagerungspotenziale

Das englische Gesundheitswesen weist ebenfalls eine starke Primärversorgung auf, fachärztliche Versorgung wird ganz vorwiegend in Spitälern angeboten. Zahlreiche Politiken d bzgl. des NHS zielen auf die Verschiebung von Leistungen zwischen den Sektoren. Hierzu gehören vor allem tagesklinische Operationen, aber auch regionale Projekte mit integrierter abgestufter Versorgung der Bevölkerung. Lehrreich sind vor allem die zahlreichen wissenschaftlichen Begleitungen dieser Verlagerungsprojekte. Es herrscht zudem weniger Skepsis gegen E-Health-Lösungen vor.

7 Literaturverzeichnis

- Adamson, T., Godil, S. S., Mehrlich, M., Mendenhall, S., Asher, A. L., & McGirt, M. J. (2016). Anterior cervical discectomy and fusion in the outpatient ambulatory surgery setting compared with the inpatient hospital setting: Analysis of 1000 consecutive cases. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 24(6), 878–884.
<https://doi.org/10.3171/2015.8.SPINE14284>
- Ahmad, R., Abdullah, K., Amin, Z., & Rahman, J. A. (2010). Predicting safe tonsillectomy for ambulatory surgery. *Auris, Nasus, Larynx*, 37(2), 185–189.
<https://doi.org/10.1016/j.anl.2009.06.010>
- Albert, B. M., Lee, A., McLendon, T. W., Devereaux, R. S., Odum, C. C., & Foulkes, G. D. (2017). Is Total Elbow Arthroplasty Safe as an Outpatient Procedure? *Journal of Surgical Orthopaedic Advances*, 26(1), 25–28.
- Albert, M. G., Babchenko, O. O., Lalikos, J. F., & Rothkopf, D. M. (2014). Inpatient versus outpatient cleft lip repair and alveolar bone grafting: A cost analysis. *Annals of Plastic Surgery*, 73 Suppl 2, S126-129. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000149>
- Al-Omani, S., Almodhaiberi, H., Ali, B., Alballa, A., Alsowaina, K., Alhasan, I., ... Alarma, M.-R. (2015). Feasibility and safety of day-surgery laparoscopic cholecystectomy: A single-institution 5-year experience of 1140 cases. *Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 19(3), 109–112. <https://doi.org/10.14701/kjhbps.2015.19.3.109>
- ANAP. (2019). Qui sommes-nous? Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.anap.fr/l-anap/qui-sommes-nous/>
- Andrés-Cano, P., Godino, M., Vides, M., & Guerado, E. (2015). Postoperative complications of anterior cruciate ligament reconstruction after ambulatory surgery. *Revista Espanola De Cirugia Ortopedica Y Traumatologia*, 59(3), 157–164.
<https://doi.org/10.1016/j.recot.2014.09.001>

- Argenson, J.-N. A., Husted, H., Lombardi, A., Booth, R. E., & Thienpont, E. (2016). Global Forum: An International Perspective on Outpatient Surgical Procedures for Adult Hip and Knee Reconstruction. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 98(13), e55. <https://doi.org/10.2106/JBJS.15.00998>
- Arkinson, J., Ji, H., Fallah, S., Pérez, J., Chen, X.-K., & Leeb, K. (2010). Bariatric surgery in Canada: A focus on day surgery procedures. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(3), 15–18.
- Arneja, J. S., & Mitton, C. (2013). Ambulatory cleft lip surgery: A value analysis. *The Canadian Journal of Plastic Surgery = Journal Canadien De Chirurgie Plastique*, 21(4), 213–216.
- Atalla, M. L., Wells, K. K., Peucker, N., Yi, Q., McCarty, D. J., Louis, D., & Taylor, H. R. (2000). Cataract extraction in a major ophthalmic hospital: Day-case or overnight stay? *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 28(2), 83–88.
- Aylin, P., Williams, S., Jarman, B., & Bottle, A. (2005). Trends in day surgery rates. *BMJ*, 331(7520), 803. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7520.803>
- Aynardi, M., Post, Z., Ong, A., Orozco, F., & Sukin, D. C. (2014). Outpatient surgery as a means of cost reduction in total hip arthroplasty: A case-control study. *HSS Journal: The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery*, 10(3), 252–255. <https://doi.org/10.1007/s11420-014-9401-0>
- ÄZQ. (1998). Gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur Anfrage der Gesundheitsministerkonferenz vom 20.7.98. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/stellungnahmen/sn-qm-1998.pdf>
- Badaoui, R., Alami Chentoufi, Y., Hchikat, A., Rebibo, L., Popov, I., Dhahri, A., ... Dupont, H. (2016). Outpatient laparoscopic sleeve gastrectomy: First 100 cases. *Journal of Clinical Anesthesia*, 34, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.03.026>

- Ban, D., Liu, Y., Cao, T., & Feng, S. (2016). Safety of outpatient anterior cervical discectomy and fusion: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*, 21(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40001-016-0229-6>
- Bartier, S., Gharzouli, I., Kiblut, N., Bendimered, H., Cloutier, L., & Salvan, D. (2018). Tonsillectomy in children and in adults: Changes in practice following the opening of a day-surgery unit with dedicated operating room. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 135(5), 301–305. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.05.003>
- Baugh, R., Burke, B., Fink, B., Garcia, R., Kominsky, A., & Yaremchuk, K. (2013). Safety of outpatient surgery for obstructive sleep apnea. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 148(5), 867–872. <https://doi.org/10.1177/0194599813479776>
- Beaussier, M., Albaladejo, P., Sciard, D., Jouffroy, L., Benhamou, D., Ecoffey, C., ... SFAR committee of ambulatory anaesthesia. (2017). Operation and organisation of ambulatory surgery in France. Results of a nationwide survey; The OPERA study. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 36(6), 353–357. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.07.003>
- Berend, M. E., Lackey, W. G., & Carter, J. L. (2018). Outpatient-Focused Joint Arthroplasty Is the Future: The Midwest Center for Joint Replacement Experience. *The Journal of Arthroplasty*, 33(6), 1647–1648. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.02.002>
- Berg, K., Arestedt, K., & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1630–1638. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Berglas, N. F., Battistelli, M. F., Nicholson, W. K., Sobota, M., Urman, R. D., & Roberts, S. C. M. (2018). The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings: A

systematic review. *PLOS ONE*, 13(1), e0190975.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190975>

Berner, R., Steffen, G., Toepfner, N., Waldfahrer, F., & Windfuhr, J. P. (2015). *Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln—Tonsillitis. S2k-Leitlinie 017/024*. AWMF online.

Bertolini, G., Luciani, D., & Gridelli, B. (2004). Day surgery: Where do our efforts need to be focused?: Results of a review and simulation on administrative data. *Ambulatory Surgery*, 10(4), 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.ambsur.2004.01.003>

BMASGK. (2018). *Krankenanstalten in Zahlen 2017: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich*.

BMVZ. (2019). Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/#p9>

Bovonratwet, P., Ondeck, N. T., Tyagi, V., Nelson, S. J., Rubin, L. E., & Grauer, J. N. (2017). Outpatient and Inpatient Unicompartmental Knee Arthroplasty Procedures Have Similar Short-Term Complication Profiles. *The Journal of Arthroplasty*, 32(10), 2935–2940. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.05.018>

Brescia, A., Gasparrini, M., Nigri, G., Cosenza, U. M., Dall'Oglio, A., Pancaldi, A., ... Mari, F. S. (2013). Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: Feasibility and outcomes of the first 400 patients. *The Surgeon*, 11, S14–S18. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2012.09.006>

Bringman, S., Anderberg, B., Heikkinen, T., Nyberg, B., Peterson, E., Hansen, K., & Ramel, S. (2001). Outpatient laparoscopic cholecystectomy. A prospective study with 100 consecutive patients. *Ambulatory Surgery*, 9(2), 83–86.

Brolin, T. J., Cox, R. M., Zmistowski, B. M., Namdari, S., Williams, G. R., & Abboud, J. A. (2018). Surgeons' experience and perceived barriers with outpatient shoulder arthroplasty.

Journal of Shoulder and Elbow Surgery, 27(6S), S82–S87.

<https://doi.org/10.1016/j.jse.2018.01.018>

Bundesministerium für Gesundheit. (2019). Medizinische Versorgungszentren. Abgerufen 29.

Oktober 2019, von

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>

Bundes-Zielsteuerungskommission. (2017). *Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene*.

Zielsteuerung-Gesundheit: 2017 bis 2021.

Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review 2014. *European Observatory on*

Health Systems and Policies.

Carey, K., & Mitchell, J. M. (2017). Specialization as an Organizing Principle: The Case of

Ambulatory Surgery Centers. *Medical Care Research and Review: MCRR*,

1077558717729228. <https://doi.org/10.1177/1077558717729228>

Cassinotti, E., Colombo, E. M., Di Giuseppe, M., Rovera, F., Dionigi, G., & Boni, L. (2008). Current

indications for laparoscopy in day-case surgery. *International Journal of Surgery*

(London, England), 6 Suppl 1, S93-96. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2008.12.012>

Caviglia, A., Del Grammastro, A., Crocetta, R., Straniero, A., & Giorgiano, E. (2009). Feasibility of

stapled haemorrhoidopexy in day surgery. *European Review for Medical and*

Pharmacological Sciences, 13(4), 295–298.

Champault, A., Vons, C., Zilberman, S., Labaille, T., Brosseau, S., & Franco, D. (2009). How to

perform a thyroidectomy in an outpatient setting. *Langenbeck's Archives of Surgery*,

394(5), 897–902. <https://doi.org/10.1007/s00423-009-0527-3>

Chander, J., Vanitha, V., Lal, P., & Ramteke, V. K. (2003). Transurethral resection of the prostate

as catheter-free day-care surgery. *BJU International*, 92(4), 422–425.

- Chang, S. K., & Tan, W. B. (2008). Feasibility and safety of day surgery laparoscopic cholecystectomy in a university hospital using a standard clinical pathway. *Singapore Medical Journal*, 49(5), 397–399.
- Cheung, M. C., Lee, F., Leung, Y. L., Wong, B. B., Chu, S. M., & Tam, P. C. (2001). Outpatient ureteroscopy: Predictive factors for postoperative events. *Urology*, 58(6), 914–918.
- Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review 2015. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Chok, K. S. H., Yuen, W. K., Lau, H., Lee, F., & Fan, S. T. (2004). Outpatient laparoscopic cholecystectomy in Hong Kong Chinese—An outcome analysis. *Asian Journal of Surgery*, 27(4), 313–316. [https://doi.org/10.1016/S1015-9584\(09\)60058-0](https://doi.org/10.1016/S1015-9584(09)60058-0)
- Cobourn, C., Mumford, D., Chapman, M. A., & Wells, L. (2010). Laparoscopic gastric banding is safe in outpatient surgical centers. *Obesity Surgery*, 20(4), 415–422. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-0065-7>
- Cody, J. P., Pfefferle, K. J., Ammeen, D. J., & Fricka, K. B. (2018). Is Outpatient Unicompartmental Knee Arthroplasty Safe to Perform at an Ambulatory Surgery Center? A Comparative Study of Early Post-Operative Complications. *The Journal of Arthroplasty*, 33(3), 673–676. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.10.007>
- CQC. (2019a). What we do. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.cqc.org.uk/what-we-do>
- CQC. (2019b). CQC care directory—With ratings (October 2019). Abgerufen 27. November 2019, von https://drive.google.com/open?id=1xQrn3rv_r_KquwBL_cOzenKnIwrEMaR
- CQC. (2019c). Cambridge Access Surgery—Overview and CQC Inspections. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.cqc.org.uk/location/1-983972949>
- CQC. (2019d). Hornsey Park Surgery—Overview and CQC Inspections. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.cqc.org.uk/location/1-497189044>

- CQC. (2017). Key lines of enquiry, prompts and ratings characteristics for adult social care services. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20171020-adult-social-care-kloes-prompts-and-characteristics-final.pdf>
- Cullen, K. A., Hall, M. J., & Golosinskiy, A. (2009). Ambulatory surgery in the United States, 2006. *National Health Statistics Reports*, (11), 1–25.
- Czypionka, T., Gottwald, M., & Kalrmar, R. (2011). Qualität im niedergelassenen Bereich—Ein Update. *Health System Watch II/2011*.
- Czypionka, T., Föbleitner, S., & Six, E. (2017). Qualität in Arztpraxen—Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. *Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien*.
- DAK-E. (2018). Website von DAK-E. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <http://web.archive.org/web/20190923103233/https://www.dak-e.dk/nyheder/nyhed.php?id=57>
- De Oliveira, G. S., Holl, J. L., Lindquist, L. A., Hackett, N. J., Kim, J. Y. S., & McCarthy, R. J. (2015). Older Adults and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory Surgery: An Analysis of 53,667 Ambulatory Surgical Procedures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1679–1685. <https://doi.org/10.1111/jgs.13537>
- Doerksen, K., & Dusik-Sharpe, J. (2003). Lumbar discectomy: Developing and implementing a day surgery protocol. *Axone (Dartmouth, N.S.)*, 25(1), 18–21.
- Drissi, F., Jurczak, F., Cossa, J. P., Gillion, J. F., Baayen, C., & For “Club Hernie”. (2018). Outpatient groin hernia repair: Assessment of 9330 patients from the French „Club Hernie“ database. *Hernia: The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*, 22(3), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1689-5>

- Durand-Zaleski, I. (2016). The French Health Care System. Abgerufen 29. Oktober 2019, von International Health Care System Profiles website:
<https://international.commonwealthfund.org/countries/france/>
- Everett, T. R., & Crawford, R. a F. (2010). Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy as a day surgery procedure: A promising option. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 30(7), 697–700. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.504866>
- Fabricant, P. D., Seeley, M. A., Rozell, J. C., Fieldston, E., Flynn, J. M., Wells, L. M., & Ganley, T. J. (2016). Cost Savings From Utilization of an Ambulatory Surgery Center for Orthopaedic Day Surgery. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 24(12), 865–871. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00751>
- Fajardo, M., Kim, S. H., & Szabo, R. M. (2012). Incidence of Carpal Tunnel Release: Trends and Implications Within the United States Ambulatory Care Setting. *The Journal of Hand Surgery*, 37(8), 1599–1605. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2012.04.035>
- Farfan-Portet, M.-I., Devos, C., Devriese, S., Cleemput, I., & van de Voorde, C. (2012). Simplification of Patient Cost Sharing—The Example of Physician Consultations and Visits. *KCE Report 180C*.
- Finley, C. R., & McKernan, J. B. (2001). Laparoscopic antireflux surgery at an outpatient surgery center. *Surgical Endoscopy*, 15(8), 823–826. <https://doi.org/10.1007/s004640080136>
- Fischer, S., & Zechmeister-Koss, I. (2012). *Tageschirurgie: Systematischer Review*. HTA-Projektbericht Nr. 64. Wien: Ludwig Boltzmann Institute für Health Technology Assessment.
- Fischer, S., & Zechmeister-Koss, I. (2014). *Kosten tageschirurgischer Leistungen in Österreich: Daten- und Methodenanalyse am Beispiel Varizenoperation. Endbericht*. HTA-Projektbericht Nr.: 71. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

- Fleisher, L. A., Pasternak, L. R., Herbert, R., & Anderson, G. F. (2004). Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: Importance of patient and system characteristics and location of care. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, 139(1), 67–72. <https://doi.org/10.1001/archsurg.139.1.67>
- Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., & Colombo, F. (2016). Primary Care Review of Denmark. *OECD*.
- Fox, J. P., Vashi, A. A., Ross, J. S., & Gross, C. P. (2014). Hospital-based, acute care after ambulatory surgery center discharge. *Surgery*, 155(5), 743–753. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.008>
- Garringer, S. M., & Sasso, R. C. (2010). Safety of anterior cervical discectomy and fusion performed as outpatient surgery. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 23(7), 439–443. <https://doi.org/10.1097/BSD.0b013e3181bd0419>
- G-BA. (2019). Richtlinien Qualitätssicherung. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.g-ba.de/richtlinien/zum-unterausschuss/3/>
- GBE. (2019). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Ärztliche bzw. Psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen*.
- Gemayel, G., & Christenson, J. T. (2012). Can Bilateral Varicose Vein Surgery be Performed Safely in an Ambulatory Setting? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 43(1), 95–99. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2011.09.022>
- Gennari, A., Mazas, S., Coudert, P., Gille, O., & Vital, J.-M. (2018). Outpatient anterior cervical discectomy: A French study and literature review. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR*, 104(5), 581–584. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.04.014>
- Gerken, S. (2019). Belgium: Health system review 2010. Abgerufen 29. Oktober 2019, von Online HIT website:

<https://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=5.4%20Specialized%20ambulatory%20care%20/%20inpatient%20care&Type=Section>

Gerkens, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health System Review 2010. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Gignoux, B., Gosgnach, M., Lanz, T., Vulliez, A., Blanchet, M.-C., Frering, V., ... Chasserant, P. (2018). Short-term Outcomes of Ambulatory Colectomy for 157 Consecutive Patients. *Annals of Surgery*. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002800>

Gilliard, N., Egli, Y., & Halfon, P. (2006). A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. *BMC Health Services Research*, 6(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-78>

Goldfarb, C. A., Bansal, A., & Brophy, R. H. (2017). Ambulatory Surgical Centers: A Review of Complications and Adverse Events. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 25(1), 12–22. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00632>

Goyal, K. S., Jain, S., Buterbaugh, G. A., & Imbriglia, J. E. (2016). The Safety of Hand and Upper-Extremity Surgical Procedures at a Freestanding Ambulatory Surgery Center: A Review of 28,737 Cases. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 98(8), 700–704. <https://doi.org/10.2106/JBJS.15.00239>

Grol, R. (2006). Quality development in health care in the Netherlands. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2006_mar_quality_development_in_health_care_in_the_netherlands_grol_qualitynetherlands_910_pdf.pdf

Guy, R. J., Ng, C. E., & Eu, K.-W. (2003). Stapled anoplasty for haemorrhoids: A comparison of ambulatory vs. in-patient procedures. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 5(1), 29–32.

- Hanes, A., Rebibo, L., Sabbagh, C., Badaoui, R., Hubert, V., Cosse, C., & Regimbeau, J.-M. (2016). A critical analysis of factors leading to next-day discharge in ambulatory surgery patients. *Journal of Visceral Surgery*, 153(6), 433–437.
<https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.04.011>
- Hanley, S. C., Steinmetz, O., Mathieu, E. S., Obrand, D., Mackenzie, K., Corriveau, M.-M., ... Gill, H. L. (2018). Safety and feasibility of endovascular aortic aneurysm repair as day surgery. *Journal of Vascular Surgery*, 67(6), 1709–1715.
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.10.073>
- Hao, X.-Y., Shen, Y.-F., Wei, Y.-G., Liu, F., Li, H.-Y., & Li, B. (2017). Safety and effectiveness of day-surgery laparoscopic cholecystectomy is still uncertain: Meta-analysis of eight randomized controlled trials based on GRADE approach. *Surgical Endoscopy*, 31(12), 4950–4963. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5610-1>
- HAS. (2008). Certification Manual for Healthcare Organisations. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/certification_manual_for_healthcare_organisations_v2010.pdf
- HAS. (2015). Healthcare organisations accreditation programme in France. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.has-sante.fr/jcms/c_2044304/en/healthcare-organisations-accreditation-programme-in-france
- HAS. (2019). Healthcare Quality and Safety Indicators. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.has-sante.fr/jcms/c_2044563/en/healthcare-quality-and-safety-indicators
- Hathaway, B., & Johnson, J. T. (2006). Safety of uvulopalatopharyngoplasty as outpatient surgery. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 134(4), 542–544.
<https://doi.org/10.1016/j.otohns.2005.12.004>

- Hoorntje, A., Koenraadt, K. L. M., Boevé, M. G., & van Geenen, R. C. I. (2017). Outpatient unicompartmental knee arthroplasty: Who is afraid of outpatient surgery? *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: Official Journal of the ESSKA*, 25(3), 759–766. <https://doi.org/10.1007/s00167-017-4440-y>
- Houlton, J. J., Pechter, W., & Steward, D. L. (2011). PACU PTH Facilitates Safe Outpatient Total Thyroidectomy. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 144(1), 43–47. <https://doi.org/10.1177/0194599810390453>
- Hulet, C., Rochcongar, G., & Court, C. (2017). Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR*, 103(15), S83–S90. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.005>
- IKAS. (2019). Introduction to DDKM. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm/>
- INAMI. (2015). Appel à candidatures: Projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté». Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_hopitaux_projets_pilotes_accouchement.docx
- IQTIG. (2019). Qualitätsreport 2019. Abgerufen 4. Dezember 2019, von https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Qualitaetsreport-2019_2019-09-25.pdf
- Jeurissen, P. (2010). *For-profit Hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*. Erasmus-Universität Rotterdam.
- Kamson, S., Trescot, A. M., Sampson, P. D., & Zhang, Y. (2017). Full-Endoscopic Assisted Lumbar Decompressive Surgery Performed in an Outpatient, Ambulatory Facility: Report of 5 Years of Complications and Risk Factors. *Pain Physician*, 20(2), E221–E231.

- KBV. (2008). Medizinische Versorgungszentren aktuell. 4. Quartal 2007. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2007-Dezember.pdf>
- KBV. (2011). Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kbv.de/media/sp/AOP.pdf>
- KBV. (2012). Medizinische Versorgungszentren aktuell 4. Quartal 2011. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2012/12/Homepage-Entwicklungsstand-4Q2011-1.pdf>
- KBV. (2016). Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2012/12/MVZ_Ende2015.pdf
- KBV. (2018a). Gesundheitsdaten—Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>
- KBV. (2018b). Medizinische Versorgungszentren aktuell. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2018/12/mvz_aktuell_2017.pdf
- KBV. (2018c). Entwicklungen der Medizinische Versorgungszentren. Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2018/12/mvz_entwicklungen_2017.pdf
- KBV. (2019a). Praxisnetze. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php>
- KBV. (2019b). Gesundheitsdaten—Praxen. Abgerufen 3. Dezember 2019, von <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>
- KBV. (2019c). Gesundheitsdaten—Ärzte in Praxen. Abgerufen 3. Dezember 2019, von <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>
- KBV. (2019d). Qualitätssicherung. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kbv.de/html/sqs.php>

- KBV. (2019e). QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kbv.de/html/qep.php>
- KBV. (2019f). Qualitätszirkel. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php>
- KBV. (2019g). Gesundheitsdaten—Qualitätsmanagement. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/37104.php>
- Kérimian, M., Bastier, P.-L., Réville, N., Fierens, S., & de Gabory, L. (2018). Feasibility study of bilateral radical ethmoidectomy in ambulatory surgery. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 135(6), 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.08.002>
- Kingery, M. T., Cuff, G. E., Hutzler, L. H., Popovic, J., Davidovitch, R. I., & Bosco, J. A. (2018). Total Joint Arthroplasty in Ambulatory Surgery Centers: Analysis of Disqualifying Conditions and the Frequency at Which They Occur. *The Journal of Arthroplasty*, 33(1), 6–9. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.07.048>
- Kormanova, K., Fried, M., Hainer, V., & Kunesova, M. (2004). Is laparoscopic adjustable gastric banding a day surgery procedure? *Obesity Surgery*, 14(9), 1237–1240. <https://doi.org/10.1381/0960892042386968>
- Kort, N. P., Bemelmans, Y. F. L., & Schotanus, M. G. M. (2017). Outpatient surgery for unicompartmental knee arthroplasty is effective and safe. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: Official Journal of the ESSKA*, 25(9), 2659–2667. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3680-y>
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review 2016. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Kroneman, M. W., Westert, G. P., Groenewegen, P. P., & Delnoij, D. M. J. (2001). International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: The

case of day surgery. *Ambulatory Surgery*, 9(3), 147–154.

[https://doi.org/10.1016/S0966-6532\(01\)00120-2](https://doi.org/10.1016/S0966-6532(01)00120-2)

Lalezari, S., Musielak, M. C., Broun, L. A., & Curry, T. W. (2018). Laparoscopic sleeve gastrectomy as a viable option for an ambulatory surgical procedure: Our 52-month experience.

Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery, 14(6), 748–750. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.02.015>

Langmann, A., Lindner, S., & Cuk, K. (2004). [Medical aspects of the squint operation as day surgery—A contribution to quality control]. *Klinische Monatsblätter Fur Augenheilkunde*, 221(3), 192–196. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812896>

Augenheilkunde, 221(3), 192–196. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812896>

Lee, S.-M., Gordon, K., McMillan, R., Crystal, F., & Acher, P. (2018). Day-case holmium laser enucleation of the prostate: Feasibility, safety and predictive factors. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 100(6), 475–479.

Annals of the Royal College of Surgeons of England, 100(6), 475–479.

<https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0039>

Lefevre, N., Servien, E., Colombet, P., Cournapeau, J., Dalmay, F., Lutz, C., ... French Arthroscopic Society. (2016). French prospective multicenter comparative assessment of ambulatory surgery feasibility in anterior cruciate ligament reconstruction. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR*, 102(8S), S257–S263.

Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR, 102(8S), S257–S263.

Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR, 102(8S), S257–S263.

<https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.08.006>

Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009).

Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200–

205. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>

Leroy, R., Camberlin, C., Lefèvre, M., Van den Heede, K., Van de Voorde, C., & Beguin, C. (2017).

Variability in elective day-surgery rates between Belgian hospitals—Analyses of

administrative data explained by surgical experts. *International Journal of Surgery*, 45,

118–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.07.075>

- Mahboubi, H., & Bhandarkar, N. D. (2015). Trends of ambulatory sinus surgery for chronic rhinosinusitis. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 5(4), 318–325.
<https://doi.org/10.1002/alr.21473>
- Mahboubi, H., & Verma, S. P. (2013). Ambulatory laryngopharyngeal surgery: Evaluation of the national survey of ambulatory surgery. *JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery*, 139(1), 28–31. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.1039>
- Maheux-Lacroix, S., Lemyre, M., Couture, V., Bernier, G., & Laberge, P. Y. (2015). Feasibility and safety of outpatient total laparoscopic hysterectomy. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 19(1), e2014.00251.
<https://doi.org/10.4293/JSLS.2014.00251>
- Mansky, T., Nimptsch, U., Cools, A., & Hellerhoff, F. (2017). *Technical Specifications for the German 2017 Classification System G-IQI – German Inpatient Quality Indicators. Version 5.1 – Band 2: Definitionshandbuch für das Datenjahr 2017.*
<https://doi.org/10.14279/DEPOSITONCE-6070>
- Mariette, C., & Pessaux, P. (2011). Ambulatory laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease: A systematic review. *Surgical Endoscopy*, 25(9), 2859–2864. <https://doi.org/10.1007/s00464-011-1682-5>
- Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Vu, T., & Manderson, L. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 25(3), 52–59.
- Marrazzo, A., Taormina, P., David, M., Riili, I., Lo Gerfo, D., Casà, L., ... Mercadante, S. (2007). Surgical treatment of early breast cancer in day surgery. *Chirurgia Italiana*, 59(5), 687–691.
- Marsden, J., Lipp, A., & Kumar, V. (2016). Day surgery: Implications for general practice. *Br J Gen Pract*, 66(646), 232–233. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X684877>

- Martínez Vieira, A., Docobo Durántez, F., Mena Robles, J., Durán Ferreras, I., Vázquez Monchul, J., López Bernal, F., & Romero Vargas, E. (2004). Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: Outpatient surgery or short stay unit? *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas: Organo Oficial De La Sociedad Espanola De Patologia Digestiva*, 96(7), 452–455, 456–459.
- Martín-Ferrero, M. Á., Faour-Martín, O., Simon-Perez, C., Pérez-Herrero, M., & de Pedro-Moro, J. A. (2014). Ambulatory surgery in orthopedics: Experience of over 10,000 patients. *Journal of Orthopaedic Science: Official Journal of the Japanese Orthopaedic Association*, 19(2), 332–338. <https://doi.org/10.1007/s00776-013-0501-3>
- McCarty, T. M. (2006). Can bariatric surgery be done as an outpatient procedure? *Advances in Surgery*, 40, 99–106.
- McGirt, M. J., Godil, S. S., Asher, A. L., Parker, S. L., & Devin, C. J. (2015). Quality analysis of anterior cervical discectomy and fusion in the outpatient versus inpatient setting: Analysis of 7288 patients from the NSQIP database. *Neurosurgical Focus*, 39(6), E9. <https://doi.org/10.3171/2015.9.FOCUS15335>
- Mestres, G., Yugueros, X., Fontseré, N., Fierro, A., Sala, X., Derosa, T. M., ... Rimbau, V. (2019). Vascular access surgery can be safely performed in an ambulatory setting. *The Journal of Vascular Access*, 20(2), 195–201. <https://doi.org/10.1177/1129729818794356>
- Mikos, T., & Downes, E. (2005). Ambulatory gynaecology: What can we do? *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(5), 647–661. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.06.007>
- Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. (2017). Twaalf pilotprojecten rond thuishospitalisatie in de startblokken. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.deblock.belgium.be/nl/twaalf-pilotprojecten-rond-thuishospitalisatie-de-startblokken-0>

- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 415–427. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>
- Mlakar, B., & Kosorok, P. (2003). Complications and results after stapled haemorrhoidopexy as a day surgical procedure. *Techniques in Coloproctology*, 7(3), 164–167; discussion 167–168. <https://doi.org/10.1007/s10151-003-0029-1>
- Moncrieff, J., Dunn, F. G., & Hogg, K. J. (2001). The utilisation of a day-surgery unit for direct-current (DC) cardioversion of atrial fibrillation. *Scottish Medical Journal*, 46(4), 106–107. <https://doi.org/10.1177/003693300104600405>
- Moreno-Egea, A., Cartagena, J., Vicente, J. P., Carrillo, A., & Aguayo, J. L. (2008). Laparoscopic incisional hernia repair as a day surgery procedure: Audit of 127 consecutive cases in a university hospital. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 18(3), 267–271. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e31816fef2b>
- Morrison, J. E., & Jacobs, V. R. (2004). Outpatient laparoscopic hysterectomy in a rural ambulatory surgery center. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 11(3), 359–364.
- Mull, H. J., Rosen, A. K., Charns, M. P., Itani, K. M. F., & Rivard, P. E. (2017). Identifying Risks and Opportunities in Outpatient Surgical Patient Safety: A Qualitative Analysis of Veterans Health Administration Staff Perceptions. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000311>
- Mullins, J., Pojskić, M., Boop, F. A., & Arnautović, K. I. (2018). Retrospective single-surgeon study of 1123 consecutive cases of anterior cervical discectomy and fusion: A comparison of clinical outcome parameters, complication rates, and costs between outpatient and inpatient surgery groups, with a literature review. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 28(6), 630–641. <https://doi.org/10.3171/2017.10.SPINE17938>

- Ngo, P., Pélissier, E., Levard, H., Perniceni, T., Denet, C., & Gayet, B. (2010). Ambulatory groin and ventral hernia repair. *Journal of Visceral Surgery*, 147(5), e325–e328.
<https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2010.09.003>
- Nguyen, C., Milstein, A., Hernandez-Boussard, T., & Curtin, C. M. (2015). The Effect of Moving Carpal Tunnel Releases Out of Hospitals on Reducing United States Health Care Charges. *The Journal of Hand Surgery*, 40(8), 1657–1662.
<https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.04.023>
- NHS. (2019). General Practice Workforce England June 2019. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://files.digital.nhs.uk/CE/94CFB1/GPW%20June%202019%20-%20GPs.xlsx>
- NICE. (2019). What we do. Abgerufen von <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>
- Nys, H. (2005). Supplement 44 Belgium. In R. Blanpain (Hrsg.), *Medical Law*. Kluwer Law International.
- Nys, H. (2011). Medical Liability in Belgium. In B. Koch & E. Baginska (Hrsg.), *Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions* (S. 61–94). De Gruyter.
- Nys, H. (2019). *Medical Law in Belgium* (5. Aufl.). Wolters Kluwer.
- OECD. (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*.
<https://doi.org/10.1787/9789264191136-en>
- OECD. (2017). *Primary Care in Denmark*. <https://doi.org/10.1787/9789264269453-en>
- Oitbayomi, A., Doerfler, A., Le Gal, S., Chawhan, C., & Tillou, X. (2016). Flexible and rigid ureteroscopy in outpatient surgery. *BMC Urology*, 16, 6.
<https://doi.org/10.1186/s12894-016-0124-z>
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health System Review 2012. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Orosco, R. K., Lin, H. W., & Bhattacharyya, N. (2015). Ambulatory thyroidectomy: A multistate study of revisits and complications. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official*

- Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 152(6), 1017–1023. <https://doi.org/10.1177/0194599815577603>
- Owens, P. L., Barrett, M. L., Raetzman, S., Maggard-Gibbons, M., & Steiner, C. A. (2014). Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA*, 311(7), 709–716. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4>
- Paquette, I. M., Smink, D., & Finlayson, S. R. G. (2008). Outpatient Cholecystectomy at Hospitals Versus Freestanding Ambulatory Surgical Centers. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(2), 301–305. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.07.042>
- Paredes, O., Ñuñez, R., & Klaber, I. (2018). Successful initial experience with a novel outpatient total hip arthroplasty program in a public health system in Chile. *International Orthopaedics*, 42(8), 1783–1787. <https://doi.org/10.1007/s00264-018-3870-6>
- Patel, A. A., Buller, L. T., Fleming, M. E., Chen, D. L., Owens, P. W., & Askari, M. (2015). National trends in ambulatory surgery for upper extremity fractures: A 10-year analysis of the US National Survey of Ambulatory Surgery. *Hand (New York, N.Y.)*, 10(2), 254–259. <https://doi.org/10.1007/s11552-014-9703-1>
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Sondergaard, J. (2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S34–S38. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110216>
- Pendharkar, A. V., Shahin, M. N., Ho, A. L., Sussman, E. S., Purger, D. A., Veeravagu, A., ... Desai, A. M. (2018). Outpatient spine surgery: Defining the outcomes, value, and barriers to implementation. *Neurosurgical Focus*, 44(5), E11. <https://doi.org/10.3171/2018.2.FOCUS17790>
- Pivot, D., Hoch, G., Astruc, K., Lepelletier, D., Lefebvre, A., Lucet, J.-C., ... Aho Glélé, L. S. (2018). A systematic review of surgical site infections following day surgery: A frequentist and a Bayesian meta-analysis of prevalence. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.07.035>

- Plantier, M., Havet, N., Durand, T., Caquot, N., Amaz, C., Biron, P., ... Perrier, L. (2017). Does adoption of electronic health records improve the quality of care management in France? Results from the French e-SI (PREPS-SIPS) study. *International Journal of Medical Informatics*, 102, 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.002>
- Psaila, J., Agrawal, S., Fountain, U., Whitfield, T., Murgatroyd, B., Dunsire, M. F., ... Patel, A. G. (2008). Day-Surgery Laparoscopic Cholecystectomy: Factors Influencing Same-Day Discharge. *World Journal of Surgery*, 32(1), 76–81. <https://doi.org/10.1007/s00268-007-9225-x>
- Qin, C., Hackett, N. J., & Kim, J. Y. S. (2015). Assessing the safety of outpatient ventral hernia repair: A NSQIP analysis of 7666 patients. *Hernia: The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery*, 19(6), 919–926. <https://doi.org/10.1007/s10029-015-1426-x>
- Raheem, O. A., Mirheydar, H. S., Miller, D. L., Palazzi, K. L., Chang, D. C., & Sur, R. L. (2015). Contemporary Trends in the Ambulatory Surgical Treatment of Urolithiasis: Population-Based Analysis. *Journal of Endourology*, 29(10), 1189–1192. <https://doi.org/10.1089/end.2015.0129>
- Ralli, G., Mora, R., Nola, G., & Guastini, L. (2012). Day-case stapedotomy: Is it a viable option? *Acta Oto-Laryngologica*, 132(1), 21–26. <https://doi.org/10.3109/00016489.2011.619572>
- Rechnungshof. (2011). *Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark*. Bericht des Rechnungshofes.
- Rider, C. M., Hong, V. Y., Westbrook, T. J., Wang, J., Sheffer, B. W., Kelly, D. M., ... Sawyer, J. R. (2018). Surgical Treatment of Supracondylar Humeral Fractures in a Freestanding Ambulatory Surgery Center is as Safe as and Faster and More Cost-Effective Than in a Children's Hospital. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 38(6), e343–e348. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001171>

- Roos, A.-F. (2018). *Mergers and Competition in the Dutch Healthcare Sector*. Erasmus-Universität Rotterdam.
- Rosen, H., Barrios, L. M., Reinisch, J. F., Macgill, K., & Meara, J. G. (2003). Outpatient Cleft Lip Repair. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(2), 381–387.
<https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000070721.78741.EB>
- Rosenthal, B. D., & DiTrollo, J. V. (2012). Photoselective vaporization of the prostate in office and outpatient settings. *The Canadian Journal of Urology*, 19(2), 6223–6226.
- Roth, S., & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire: Transfert ou expansion de l'offre de soins*. Obsan Rapport 68. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rüggeberg, J.-A. (2006). Ambulantes Operieren – eine Standortbeschreibung. *Der Urologe*, 45(8), 939–944. <https://doi.org/10.1007/s00120-006-1168-6>
- Sahmkow, S., Audet, N., Nadeau, S., Camiré, M., & Beaudoin, D. (2012). Outpatient Thyroidectomy: Safety and Patients' Satisfaction. *Journal of otolaryngology - head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale*, 41 Suppl 1, S1-12. <https://doi.org/10.2310/7070.2011.110085>
- Samuel, A. M., Grauer, J. N., Rihn, J. A., & Labrum, J. T. (2015). Two-level Anterior Cervical Discectomy and Fusion: An Outpatient Surgery? *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 28(10), 349–351. <https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000338>
- Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2016). Two decades of change in European general practice service profiles: Conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 97–110.
<https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132887>
- Schwappach, D. L. B., & Strasmann, T. J. (2006). [An empirical analysis of patients' preference of setting for outpatient arthroscopic surgery]. *Der Chirurg; Zeitschrift Fur Alle Gebiete Der Operativen Medizin*, 77(2), 166–172. <https://doi.org/10.1007/s00104-005-1102-2>

- Sheperd, C. S., & Young, W. F. (2012). Instrumented outpatient anterior cervical discectomy and fusion: Is it safe? *International Surgery*, 97(1), 86–89. <https://doi.org/10.9738/CC35.1>
- Singletary, D. (2016). Evaluation of the safety and efficacy of same-day discharge following outpatient surgery in a US hospital. *Nursing Management (Harrow, London, England: 1994)*, 23(4), 34–38. <https://doi.org/10.7748/nm.2016.e1410>
- Sivaganesan, A., Hirsch, B., Phillips, F. M., & McGirt, M. J. (2018). Spine Surgery in the Ambulatory Surgery Center Setting: Value-Based Advancement or Safety Liability? *Neurosurgery*, 83(2), 159–165. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy057>
- Skues, M., & Jackson, I. (2018). Ten Year Performance of Ambulatory Surgery in England. *Ambulatory Surgery*.
- Song, C., Liu, E., Tackett, S., Shi, L., & Marcus, D. (2017). Procedural volume, cost, and reimbursement of outpatient incisional hernia repair: Implications for payers and providers. *Journal of Medical Economics*, 20(6), 623–632. <https://doi.org/10.1080/13696998.2017.1294596>
- SPF SSCE. (2019a). Projets pilotes «accouchement avec séjour hospitalier écourté». Abgerufen 29. Oktober 2019, von https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_eourte_fr.pdf
- SPF SSCE. (2019b). Sécurité des patients. Abgerufen 4. Dezember 2019, von <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients>
- SPF SSCE. (2019c). Programme Pay for Performance (P4P) pour les hôpitaux généraux. Abgerufen 4. Dezember 2019, von <https://www.health.belgium.be/fr/programme-pay-performance-p4p-pour-les-hopitaux-generaux-0>
- Steger, U., Bisping, M., Urban, J., Vowinkel, T., Wiesmann, A., & Ryll, J. (2018). Minimalinvasive Leistenhernienchirurgie – TEP ambulant. *Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für*

Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123347>

- Steiner, C. A., Karaca, Z., Moore, B. J., Imshaug, M. C., & Pickens, G. (2017). Surgeries in Hospital-Based Ambulatory Surgery and Hospital Inpatient Settings, 2014: Statistical Brief #223. In *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442035/>
- Stevens, W. G., Gear, A. J. L., Stoker, D. A., Hirsch, E. M., Cohen, R., Spring, M., ... Heck, R. T. (2008). Outpatient reduction mammoplasty: An eleven-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.01.001>
- Stevens, W. G., Spring, M. A., Stoker, D. A., Cohen, R., Vath, S. D., & Hirsch, E. M. (2007). Ten years of outpatient abdominoplasties: Safe and effective. *Aesthetic Surgery Journal*, 27(3), 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2007.04.003>
- Stocker, M., Russon, K., Montgomery, J., & Ahuja, M. (2019). Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Day Surgery 2019. In Royal College of Anaesthetists (Hrsg.), *Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services*. Abgerufen von <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2019-11/GPAS-2019-06-DAYSURGERY.pdf>
- Subramaniam, S., Febbo, A., Clohessy, J., & Bobinskas, A. (2018). Retrospective analysis of postoperative interventions in mandibular fractures: A shift towards outpatient day surgery care. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 56(6), 486–489. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.02.007>
- Tang, H., Dong, A., & Yan, L. (2015). Day surgery versus overnight stay laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *Digestive and Liver Disease*, 47(7), 556–561. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2015.04.007>
- Taylor, A. L., Oakley, N., Das, S., & Parys, B. T. (2002). Day-case ureteroscopy: An observational study. *BJU International*, 89(3), 181–185.

- Tenconi, S. M., Boni, L., Colombo, E. M., Dionigi, G., Rovera, F., & Cassinotti, E. (2008). Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: Current indications and patients' selection. *International Journal of Surgery (London, England)*, 6 Suppl 1, S86-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2008.12.032>
- Teoh, A. Y. B., Tang, Y. C., & Leong, H. T. (2008). Feasibility Study of Day Case Thyroidectomy. *ANZ Journal of Surgery*, 78(10), 864–866. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2008.04681.x>
- Teschner, M., & Lenarz, T. (2012). [Current status of outpatient surgery in German ENT clinics. Exemplary analysis of a university hospital]. *HNO*, 60(6), 520–523. <https://doi.org/10.1007/s00106-011-2462-1>
- Thomas, H., & Agrawal, S. (2011). Systematic review of 23-hour (outpatient) stay laparoscopic gastric bypass surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*, 21(8), 677–681. <https://doi.org/10.1089/lap.2011.0042>
- Thompson, N. B., & Calandruccio, J. H. (2018). Hand Surgery in the Ambulatory Surgery Center. *Orthopedic Clinics of North America*, 49(1), 69–72. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2017.08.009>
- Thorlby, R., & Arora, S. (2016). The English Health Care System. Abgerufen 29. Oktober 2019, von International Health Care System Profiles website: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>
- Van Caelenberg, E., De Regge, M., Eeckloo, K., & Coppens, M. (2018). Analysis of failed discharge after ambulatory surgery: Unanticipated admission. *Acta Chirurgica Belgica*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/00015458.2018.1477488>
- Van de Sande, S., Swartenbroekx, N., Van de Voorde, C., Devos, C., & Devriese, S. (2012). *Evolution of Day-Care: Impact of Financing and Regulation*. KCE Report 192C.
- Van der Vaart, C. H., Lamers, B. H. C., & Heintz, A. P. M. (2007). Feasibility and patient satisfaction with pelvic organ prolapse and urinary incontinence day surgery.

International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 18(5), 531–536.

<https://doi.org/10.1007/s00192-006-0189-4>

Vasama, J.-P., Kujala, J., & Hirvonen, T. P. (2006). Is small-fenestra stapedotomy a safer outpatient procedure than total stapedectomy? *ORL; Journal for Oto-Rhino-Laryngology and Its Related Specialties*, 68(2), 99–102.

<https://doi.org/10.1159/000091211>

Vaughan, J., Gurusamy, K. S., & Davidson, B. R. (2013). Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD006798. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006798.pub4>

Vijay, V., Halbert, J., Zissimopoulos, A., Siddiqi, S., & Warren, S. (2008). Day case laparoscopic rectopexy is feasible, safe, and cost effective for selected patients. *Surgical Endoscopy*, 22(5), 1237–1240. <https://doi.org/10.1007/s00464-007-9598-9>

Vila, H., Soto, R., Cantor, A. B., & Mackey, D. (2003). Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, 138(9), 991–995.

<https://doi.org/10.1001/archsurg.138.9.991>

Villavicencio, A. T., Nelson, E. L., Mason, A., Rajpal, S., & Burneikiene, S. (2013). Preliminary results on feasibility of outpatient instrumented transforaminal lumbar interbody fusion. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 26(6), 298–304.

<https://doi.org/10.1097/BSD.0b013e318246aea2>

von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>

Vrangbaek, K. (2016). The Danish Health Care System. Abgerufen 29. Oktober 2019, von International Health Care System Profiles website:

<https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>

- Vuilleumier, H., & Halkic, N. (2004). Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedure: Implementation and Audit of 136 Consecutive Cases in a University Hospital. *World Journal of Surgery*, 28(8), 737–740. <https://doi.org/10.1007/s00268-004-7376-6>
- Wadmann, S., & Hoeyer, K. (2018). Dangers of the digital fit: Rethinking seamlessness and social sustainability in data-intensive healthcare. *Big Data & Society*, 5(1), 205395171775296. <https://doi.org/10.1177/2053951717752964>
- Wammes, J., Jeurissen, P., Westert, G., & Tanke, M. (2016). The Dutch Health Care System. Abgerufen 29. Oktober 2019, von International Health Care System Profiles website: <https://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>
- Wasowicz, D. K., Schmitz, R. F., Borghans, H. J., De Groot, R. R. M., & Go, P. M. N. Y. H. (2000). Growth potential of ambulatory surgery in The Netherlands. *Ambulatory Surgery*, 8(1), 7–11. [https://doi.org/10.1016/S0966-6532\(99\)00022-0](https://doi.org/10.1016/S0966-6532(99)00022-0)
- Weingessel, B., Wahl, M., & Vécsei-Marlovits, P. V. (2017). More frequent requests for day-case cataract surgery: An impressive mind switch in the Austrian population within 7 years. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, 167(13–14), 314–319. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0554-6>
- Yu, W. P., Chen, Y., Duan, G. M., Hu, H., Ma, H. S., & Dai, Y. (2014). Patients' perceptions of day surgery: A survey study in China surgery. *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 20(2), 134–138. <https://doi.org/10.12809/hkmj133966>
- Zorginstituut. (2018). Over ons. Abgerufen 29. Oktober 2019, von <https://www.kiesbeter.nl/artikelen/over-ons>