

4 DISKUSSION

4.1 Evaluation der Krankenhausverweildauern

In der Literatur finden sich bislang relativ wenige Auseinandersetzungen mit dem Thema Krankenhausverweildauer.

Pelikan beschrieb 1982 verschiedene Einflüsse auf die Verweildauer von 4328 Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Marburg [34]. In dieser Arbeit konnte festgestellt werden, dass neben Diagnose und Therapie auch die räumliche Herkunft der Patientinnen und verschiedene soziale Kriterien einen Einfluss auf die Verweildauer hatten. Der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verweildauer resultierte hauptsächlich aus einer unterschiedlichen Diagnoseverteilung.

Andreas, Gerhard und Schulz analysierten unter sehr speziellen Fragestellungen (Krankenhauseinweisungen infolge von Notfällen, Verweildauern in der Orthopädie) in den achtziger und frühen neunziger Jahren Patientenverweildauern in den Universitätsklinikum Leipzig und Halle sowie der Medizinischen Akademie Magdeburg. Ihre Resultate sind aus rein strukturellen Gründen allerdings nur sehr bedingt mit denen anderer Autoren vergleichbar [2, 15, 42].

Collins et al. untersuchten 1999 anhand von 23919 Fällen Risikofaktoren für eine verlängerte Verweildauer nach chirurgischen Eingriffen; die Schilddrüsenchirurgie war nicht in diese Studie eingeschlossen [9]. Die Autoren zeigten, dass hauptsächlich die Notwendigkeit von Bluttransfusionen, die Operationsdauer, Re-Operationen und die Anzahl von postoperativen Komplikationen die Krankenhausverweildauern signifikant verlängerten.

Die mittleren Verweildauern von Patienten in Krankenhäusern waren in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich rückläufig.

Im Rahmen einer Dissertationsschrift befasste sich Ahmadi bereits im Jahre 1966 mit der Untersuchung von Verweildauern. Er stellte fest, dass sich die mittlere Zeit des Aufenthaltes von Patienten in der I. Medizinischen Universitätsklinik in Hamburg zwischen den Jahren 1953 und 1963 von im Mittel 29,4 Tagen auf 26,3 Tage verkürzt hatte [1].

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit reduzierte sich die mittlere Verweildauer aller Patienten sämtlicher Krankenhäuser in Deutschland von 16,6 Tagen im Jahre 1988 auf 10,8 Tage im Jahre 1998 [47, 48]. In den USA lag der Mittelwert 1975 bei 11,4 Tagen, 1994 bei 8,2 und 1996 bei 7,5 Tagen [33].

Für die Chirurgie benigner Schilddrüsenerkrankungen waren in der Literatur – abgesehen von der rein deskriptiven Angabe von Durchschnittswerten großer Patientenpopulationen in statistischen Übersichtswerken [47, 48] – nur sehr wenige Arbeiten über Einflussfaktoren auf die Krankenhausverweildauern recherchierbar [8, 10, 18].

4.2 Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie: Determinanten der Verweildauer

4.2.1 Praeoperativ verifizierbare Parameter

Ein Problem bei der Bewertung von Untersuchungsergebnissen der vorliegenden Arbeit stellt die Tatsache dar, dass auf die Anwendung Struktur-prüfender, multivariater Analyseverfahren verzichtet werden musste. Die Interpedenz der Daten macht den Einfluss auch anderer Parameter als der jeweils betrachteten sehr wahrscheinlich; Kausalitätsbeziehungen lassen sich daher nur bedingt aufzeigen [Kapitel 2.3].

Bei der Auswertung des Datenmaterials der Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie konnte erwartungsgemäß gezeigt werden, dass sich die mittlere Gesamtverweildauer mit steigendem Lebensalter der Patienten verlängerte. Ein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Verweildauer bestand nicht [Kapitel 3.2].

Die Patientengruppe, bei der praeeoperativ eine Tracheazielaufnahme angefertigt wurde, zeigte in den Mittelwerten aller Abschnitte der Verweildauern eine signifikante Abweichung von der Kohorte ohne diese Diagnostik. Die Differenzen waren allerdings gering: Gesamt- und praeeoperative Verweildauer lagen bei Patienten mit vorliegendem Befund jeweils 0,11 Tage über, die postoperative Verweildauer 0,21 Tage unter den Werten der Vergleichsgruppe [Kapitel 3.3].

Zwischen den Verweildauern der Patientengruppen mit und ohne Oesophagusbreischluck wurden keine signifikanten Abweichungen ermittelt.

Patienten, bei denen praeoperativ durch die Feinnadelaspirationszytologie Malignitätsverdacht erhoben wurde, wiesen im Vergleich zu Patienten mit unauffälligem Befund eine im Mittel um 2,05 Tage signifikant verlängerte Gesamtverweildauer auf. Bei suspektem Befund betrug die Differenz dagegen lediglich 0,05 Tage. Die Lageunterschiede der Mittelwerte von prae- und postoperativen Verweildauern hinsichtlich des Befundes der Aspirationszytologie erwiesen sich als nicht signifikant. Der Median der praeoperativen Verweildauer lag bei Patienten mit malignem Befund der Zytologie allerdings bei 2 Tagen (Gesamtpopulation: 1 Tag), der der postoperativen Verweildauer bei 6 Tagen (GP: 5 Tage).

Der Verzicht auf die Anfertigung einer Sonographie war mit einer mittleren Verlängerung der praeoperativen Verweildauer um 0,12 Tage verbunden; Patienten ohne Szintigraphie verweilten im Mittel 0,59 Tage länger als die Gruppe, bei der entsprechende Befunde vorlagen. Die Mittelwerte der Gesamt- und postoperativen Verweildauern zeigten hinsichtlich der Anfertigung von Sono- oder Szintigraphie keine signifikanten Abweichungen.

Die Hyperthyreose gilt aufgrund einer erhöhten Blutungsneigung als Risikofaktor in der Chirurgie der Schilddrüse [36]. Die Verweildauern waren daher auch unter dem Aspekt der Schilddrüsenfunktionslage untersucht worden [Kapitel 3.3]. Patienten mit hypo- bzw. hyperthyreoten Stoffwechsellagen verweilten im Mittel länger stationär als euthyreote Patienten – sowohl prae- als auch postoperativ. Bei erhöhtem Serum-Spiegel des (f)T4 zeigte sich die Gesamtverweildauer gegenüber Normalbefund im Mittel um 0,77 Tage verlängert. Der Hauptanteil dieser Verlängerung der mittleren Verweildauer liegt in ihrem praeoperativen Anteil: Hier betrug die Differenz im Mittel 0,45 Tage, bei der mittleren postoperativen Verweildauer hingegen lediglich 0,17 Tage. Ein erniedrigter (f)T4-Spiegel war gegenüber Normalbefund mit einer mittleren Verlängerung der Gesamtverweildauer um 0,94 Tage verbunden.

Die Ergebnisse der Auswertung der Verweildauern hinsichtlich des (f)T3-Befundes verhielten sich bei geringeren absoluten Differenzen analog zu denen des (f)T4: Bei der Patientengruppe mit erhöhtem Wert zeigte sich die mittlere Gesamtverweildauer um

0,37 Tage verlängert (mittlere praeoperative Verweildauer: 0,29 Tage Differenz; mittlere postoperative Verweildauer: 0,08 Tage Differenz); bei den Patienten mit zu niedrigem (f)T3-Spiegel währte die Gesamtverweildauer gegenüber der Kohorte mit Normalbefund im Mittel 0,56 Tage länger.

Zwischen den Patientengruppen mit unterschiedlichen TSH-Befunden ließen sich keine signifikanten Abweichungen der Mittelwerte der postoperativen Verweildauern erheben, wohl aber bei Gesamt- und praeoperativer Verweildauer: bei erniedrigtem TSH-Spiegel lag die mittlere Gesamtverweildauer 0,19 Tage, bei unphysiologisch hohem TSH-Wert 0,27 Tage über der Gruppe mit normalem TSH-Befund.

Die Berechnung der Verweildauern in Abhängigkeit der praeoperativen Einstufung der Patienten in die Klassifikation der American Society of Anaesthesiology zeigte erwartungsgemäß, dass die Zuordnung in eine höhere Risikoklasse mit einer Verlängerung der Verweildauer von Gesamt-, prae- und postoperativer Verweildauer verbunden war [Kapitel 3.4, 32].

Bei Vorliegen praeoperativ diagnostizierter Risikofaktoren verweilten die betroffenen Patienten überdurchschnittlich lang im Krankenhaus [Kapitel 3.4]. Wurde eine Rezidivstruma behandelt, verlängerte sich die praeoperative Verweildauer im Mittel lediglich um 0,47 Tage, postoperativ dagegen um 2,74 Tage.

Bei Diagnose einer Trachealeinengung mit einem Restvolumen von mehr als einem Drittel lagen die mittlere praeoperative Verweildauer 0,46 Tage und die mittlere postoperative Verweildauer 0,20 Tage über der Patientengruppe ohne Verdacht auf Einengung der Trachea. War das Restvolumen auf unter ein Drittel reduziert, errechnete sich für die mittlere praeoperative Verweildauer ein Zuwachs von 1,74 Tagen und für die mittlere postoperative Verweildauer von 1,98 Tagen.

Die praeoperative Diagnose einer einseitigen Rekurrensparese war mit einer Verlängerung der praeoperativen Verweildauer um 0,69 Tage verbunden; bestand die Rekurrensparese beidseits, betrug die Differenz hingegen lediglich 0,15 Tage. Die mittleren postoperativen Verweildauern zeigten keine signifikanten Lageunterschiede bei Vergleich der Patientengruppen mit und ohne praeoperative Rekurrensparese.

Patienten, bei denen praeoperativ der Verdacht auf eine retrosternale Struma erhoben wurde, verweilten im Mittel prae- (+ 0,34 Tage) und postoperativ (+ 0,45 Tage) länger stationär als Patienten ohne diese Diagnose.

Bei Betrachtung der OP-Indikation fiel auf, dass der praeoperative Verdacht auf das Vorliegen von Thyreoiditiden ohne Relevanz für die Verweildauern war, die Patientengruppen mit Verdacht auf verschiedene Formen der Hyperthyreose sich allerdings signifikant in den Mittelwerten ihrer Verweildauern (sowohl prae- als auch postoperativ) unterschieden. Wurde eine Hyperthyreose als Indikation für den Eingriff angegeben, waren die mittleren Verweildauern überdurchschnittlich lang [Kapitel 3.5]. Diese Beobachtung geht konform mit der Berechnung der mittleren Verweildauern unter dem Aspekt der praeoperativen medikamentösen Therapie: Die Behandlung mit Thyreostatika war mit einer leichten Verlängerung der prae- (+ 0,41 Tage) und postoperativen Verweildauer (+ 0,20 Tage) verbunden.

Patienten, die vor dem Eingriff mit Schilddrüsenhormonen behandelt wurden, zeigten eine um 0,25 Tage kürzere Gesamt- und um 0,12 Tage kürzere postoperative Verweildauer als die Kohorte ohne entsprechende Medikation. Bei den mittleren praeoperativen Verweildauern wurden hinsichtlich der Therapie mit Schilddrüsenhormonen keine signifikanten Differenzen ermittelt.

In Zusammenhang mit der praeoperativen antithyreoidalen Behandlung mit Jodid, der sog. „Plummerung“, errechnete sich eine um im Mittel 1,68 verlängerte praeoperative Verweildauer im Vergleich zur Patientengruppe ohne derartige Therapie. Diese Tatsache scheint plausibel, da die Plummerung in der Regel stationär zur Anwendung kommt. Die postoperativen Mittelwerte der Verweildauern zeigten hier keinen signifikanten Unterschied.

4.2.2 Operative Therapie und Verweildauer

Hinsichtlich der Art des ausgeführten operativen Eingriffs zeigten sich signifikante Lageunterschiede zwischen den Mittelwerten von Gesamt-, prae- und postoperativer Verweildauer. Die mittleren Verweildauern stiegen sowohl prae- als auch postoperativ in der Reihenfolge: Enukleation < subtotale Resektion einseitig < subtotale Resektion beidseits < Hemithyreoidektomie < einseitige Hemithyreoidektomie mit kontralateraler

subtotaler Schilddrüsenresektion < Thyreoidektomie. Bei der Enukleation betrug die Gesamtverweildauer im Mittel 6,80 Tage, im Falle der Thyreoidektomie 10,30 Tage.

Das Auftreten intraoperativer Komplikationen stand erwartungsgemäß in keinerlei Zusammenhang mit der praeoperativen Verweildauer. Bei sofort festgestellter intraoperativer Verletzung des Nervus laryngeus recurrens errechnete sich eine mittlere postoperative Verweildauer, die 0,48 Tage über dem Vergleichswert von Patienten ohne intraoperative Komplikationen lag. Im Falle einer diffusen intraoperativen Blutung zeigte sich die postoperative Verweildauer im Mittel um 1,83 Tage verlängert. Patienten, bei denen während des Eingriffs ein Gefäß verletzt wurde, verweilten postoperativ durchschnittlich 0,84 Tage kürzer als die Kohorte ohne intraoperative Komplikationen. Auch nach einer Tracheaverletzung erwies sich – wie in Kapitel 3.7.2 gezeigt – die postoperative Verweildauer im Mittel verkürzt (– 0,38 Tage). Die betroffenen Patienten boten einen unauffälligen postoperativen Verlauf.

Mit Ausnahme der Patientengruppe, deren Operationsdauer unter 31 Minuten lag, stiegen die Mittelwerte von Gesamt-, prae- und postoperativem Krankenhausaufenthalt analog zur Dauer des Eingriffs [Kapitel 3.7.3].

Die signifikante Verlängerung der Krankenhausverweildauern mit höherer Qualifikation des Operateurs ist wohl am ehesten darauf zurückzuführen, dass der erfahrenere Chirurg offensichtlich risikoreichere Fälle behandelt [Kapitel 3.7.4]. Diese Beobachtung deckt sich nicht mit den Ergebnissen von Sosa et al., die 1998 im Rahmen einer retrospektiven Studie zeigen konnten, dass sich die Verweildauern von 5860 zwischen 1991 und 1996 in Maryland thyreoidektomierten Patienten umgekehrt proportional zur Erfahrung des Operateurs verhielten [44].

4.2.3 Einflussgrößen im postoperativen Verlauf

Im Falle des Auftretens postoperativer Komplikationen erwiesen sich die mittleren postoperativen Verweildauern im Vergleich zu komplikationslosen Verläufen verlängert [Kapitel 3.8.1]. Eine Ausnahme bildeten hier thrombembolische Komplikationen: Die betroffenen Patienten verweilten nach dem Eingriff im Mittel 0,42 Tage kürzer stationär

als die Vergleichsgruppe. Die mit 16,62 Tagen längste mittlere postoperative Verweildauer boten Patienten, die im Anschluss an die Operation reintubationspflichtig waren. Die Kombination von pulmonalen und kardiovaskulären Komplikationen war mit einer mittleren postoperativen Verweildauer von 12,00 Tagen verbunden, bei rein pulmonalen Komplikationen verweilten die Patienten im Mittel 9,00 Tage, bei kardiovaskulären Komplikationen durchschnittlich 8,73 Tage. Bei Patienten, die nach dem Eingriff ein Serom oder Hämatom entwickelten, währte die postoperative Verweildauer im Mittel 6,50 Tage; bei Auftreten einer Wundinfektion lag sie bei 8,72 Tagen.

Aus Verletzungen des Nervus laryngeus recurrens resultierende Paresen in dessen Versorgungsgebiet sowie durch Resektion von Nebenschilddrüsen verursachte postoperative Hypokalzämien stellen spezifische Komplikationen im Anschluss an eine Operation der Schilddrüse dar.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) fordert in ihrer „Leitlinie zur Therapie der benignen Struma“ [12] als Maßnahme zur Qualitätssicherung eine Kontrolle der Stimmbandfunktion durch indirekte oder direkte Laryngoskopie vor Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung. Patienten der Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie, bei denen auf diese Weise eine Rekurrensparese gesichert wurde, verweilten postoperativ überdurchschnittlich lange stationär [Kapitel 3.8.2]. Überraschend errechnete sich hier eine Seitendifferenz: Bei linksseitiger Parese lag die mittlere postoperative Verweildauer 0,60 Tage, bei rechtsseitiger Rekurrensparese 1,28 Tage über dem Vergleichswert der Patientengruppe, bei der kein entsprechender Befund erhoben wurde. Eine beidseitige Rekurrensparese war mit einer Verlängerung der mittleren postoperativen Verweildauer um 10,14 Tage verbunden. Thomusch et al. konnten anhand des Datensatzes der Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie mittels einer multivariaten Analyse (7266 Patienten wurden in diese Untersuchung eingeschlossen) zeigen, dass die intraoperative Darstellung des N. laryngeus recurrens unabhängig vom Resektionsausmaß die Rate an postoperativen permanenten Rekurrensparesen signifikant senkte [51, 53]. Die Darstellung des Nerven verringert demnach auch die Wahrscheinlichkeit einer überdurchschnittlich langen postoperativen Verweildauer der Patienten.

In Zusammenhang mit dem Auftreten einer frühen Hypokalzämie erwies sich die mittlere postoperative Verweildauer gegenüber Patienten ohne entsprechenden Befund um 0,86 Tage verlängert. Die Diagnose einer permanenten Hypokalzämie war mit einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes um 0,91 Tage verbunden. Notwendige Laborkontrollen des Serum-Kalziumspiegels und die Therapie mit Dihydrotachysterol lassen diesen Umstand plausibel erscheinen. Bei der retrospektiven Auswertung der Kasuistiken von 696 Patienten, die sich zwischen 1997 und 2000 in Mailand einer Operation der Schilddrüse unterzogen, stellten De Pasquale et al. fest, dass die Inzidenz postoperativer Hypokalzämien bei beidseitigen subtotalen Resektionen signifikant höher lag als bei einseitigen Eingriffen [10]. Bei Vorliegen von Hyperthyreosen traten im Rahmen dieser Studie häufiger Hypokalzämien auf, als bei Patienten mit normaler Stoffwechsellage. Die Autoren folgerten, dass kurze Krankenhausaufenthalte bei einseitigen subtotalen Schilddrüsenresektionen sowie bei normalem Befund der Schilddrüsenhormone auch im Falle subtotaler beidseitiger Resektionen und Thyreoidektomien planbar wären.

4.3 Verweildauern und Leistungsvergütung in der Schilddrüsenchirurgie

Die grundsätzliche Frage bei der Betrachtung von Verweildauern in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung lautet: Bestimmt die medizinisch notwendige Verweildauer die Vergütung oder umgekehrt ?

Die Verweildauer der Patienten spielt bei der Abrechnung der Behandlungskosten benigner Schilddrüsenerkrankungen über die Fallpauschalen (FP 2.01 und FP 2.02) für die Kliniken eine wichtige Rolle, da hier die Kosten für den stationären Aufenthalt pauschal abgegolten werden. Durch eine leistungsorientierte Vergütung in Form von Fallpauschalen oder DRGs erhalten die Gesundheitsdienstleister einen Vorteil, die schnell und preiswert behandeln.

In der Anlage 1 der BpflV sind im bundesweiten Entgeltkatalog für Fallpauschalen (FP) nach § 17 Abs. 2a KHG – Teil b) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen – für einseitige subtotale oder totale Schilddrüsenresektionen (OPS-301 V 2.0: 5–061.0 bis 5–061.3 und 5–062.2; FP 2.01) 7,52 Tage und für beidseitige subtotale oder totale Schilddrüsenresektionen (OPS-301 V 2.0: 5–062.3 bis 5–062.5 sowie 5–063.0 bis 5–063.3; FP 2.02) – 7,82 Tage als der Bewertungsrelation zugrunde liegende Verweildauern genannt [11]. Die hierzu korrespondierenden Krankheitsbilder

sind nach ICD 10 (Version 2.0) mit D34, E01.0, E01.1, E01.2, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E05.0, E05.1 und E05.2 codiert. Im Jahre 1994 – also vor der Einführung der FP – lag die mittlere Verweildauer von Patienten, die sich einer beidseitigen Schilddrüsenresektion unterzogen, bei 9 Tagen. Das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. erwartete damals eine Senkung der Verweildauern um 30 % und veranschlagte bei der Vorgabe der Bewertungsrelationen für die FP im voraus einen Abschlag um 15 % [8]. Für die einseitige subtotale und totale Schilddrüsenresektion errechnete sich aus dem Datensatz der Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie eine mittlere Gesamtverweildauer von 7,31 Tagen; für die beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion oder Thyreoidektomie lag der Wert bei 7,69 Tagen [Kapitel 3.7.1]. Es lässt sich also feststellen, dass der mittlere Krankenhausaufenthalt der Patienten sehr eng an den Vorgaben des Fallpauschalen-Katalogs orientiert war und die den FP zugrunde liegenden Verweildauern von den behandelnden Abteilungen in vollem Maße ausgeschöpft wurden.

Mehrere Autoren diskutierten seit Inkrafttreten der BpflV Kasuistiken und Abrechnungsmodelle aus der Schilddrüsenchirurgie unter ökonomischen Gesichtspunkten.

So analysierten Thomusch et al. die Kosten der Schilddrüsenchirurgie in der Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg anhand verschiedener Standardeingriffe mit dem Ergebnis, dass die Vergütung mittels der Sonderentgelte (SE) 2.01, 2.02 und 2.03 für die Klinik im Jahre 1996 nicht kostendeckend war [52, 54].

Kratsch et al. ermittelten für die Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße in Bremen, dass ein- und beidseitige Schilddrüsenresektionen bei Abrechnung über die FP 2.01 und 2.02 im Jahr 1996 nur knapp kostendeckend ausgeführt werden konnten [22, 23]. Die mittlere Verweildauer der Patienten dieses Hauses lag hierbei mit 5,1 (einseitige subtotale Resektion) bzw. 5,9 Tagen (beidseitige subtotale Resektion) unter dem Bundesdurchschnitt. Für die Chirurgische Klinik des St. Vicentius-Krankenhauses in Karlsruhe war die Behandlung benigner Schilddrüsenerkrankungen 1996 lt. Kiffner et al. unter Nutzung der FP bei einer mittleren Verweildauer von 7,2 Tagen defizitär [21]. Possin et al. errechneten für die Chirurgische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Altona, dass dort die FP 2.01 (einseitige

subtotale Resektion) 1996 bei einer mittleren Verweildauer von 7 Tagen „eben kostendeckend“ war [37]. Bürk et al. kamen für die Chirurgische Klinik der Medizinischen Universität zu Lübeck zu einem ähnlichen Ergebnis [8]. Durch die Einrichtung einer „Kurzliegereinheit“ mit einer mittleren Verweildauer von 4,6 Tagen ließ sich in Lübeck ein Defizit im Ergebnis der Abrechnung vermeiden; die Verweildauer lag hier zuvor bei 6,5 Tagen.

Fast alle der erwähnten Autoren weisen auf das Problem der mangelnden Differenzierung häufiger Standardeingriffe der Schilddrüsenchirurgie in SE und FP hin.

Für die Bedingungen des Gesundheitssystems in den USA zweifeln Taheri et al. im Rahmen der retrospektiven Auswertung von 12365 traumatologischen Kasuistiken des University of Michigan Medical Center aus dem Jahre 1998, dass die Krankenhausverweildauern den wesentlichen Einfluss auf die Behandlungskosten hätten, der ihnen im Allgemeinen zugeschrieben wird [50].

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) auf der Basis des australischen Abrechnungssystems unterliegt das Vergütungssystem für stationäre Leistungen in Deutschland zum 01.01.2003 einer grundsätzlichen Neuordnung [Kapitel 1.3].

Die Differenzierung zwischen einzelnen Krankheitsbildern und operativen Therapien wird sich aller Voraussicht nach erschweren, da die DRGs in der Regel mehrere Diagnosen und therapeutische Prozeduren subsumieren. Unter der Adresse <http://www.gr-drg.de/groupm.htm> stellt der Deutsche Ärzte-Verlag in Zusammenarbeit mit der Dr. Ruffing IT GmbH und der 3M Deutschland GmbH im Internet einen „DRG-Grouper“ vor, der es ermöglicht, erste Vergütungskalkulationen auf DRG-Basis zu rechnen (Stand Dezember 2000). Die als Beispiel eingegebene „Muster-Kasuistik“ beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion (OPS-301 V 2.0: 5–062.3) bei einer 52-jährigen Patientin mit der Diagnose „nichttoxische diffuse Struma“ (ICD 10 V 2.0: E 04.0) ordnet die Software der DRG „K06Z – Eingriffe an der Schilddrüse“ zu; das selbe Ergebnis erhält man bei Eingabe einer Thyreoidektomie ohne Parathyreoidektomie, mit Monitoring des N. recurrens (OPS-301 V 2.0: 5–063.1). Das Entgelt für den Leistungsträger wird mit 4160,70 DM (2127,33 €) ausgewiesen, was im Wesentlichen dem Leistungsumfang der FP 2.01 entspricht. Der Berechnung der Leistung liegt hier eine mittlere Verweildauer

von 3,43 Tagen zugrunde. Einer der entscheidenden Faktoren bei der wirtschaftlichen Optimierung der chirurgischen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen wird also auch künftig die Verweildauer sein.

Großer Spielraum bei der weiteren Verkürzung der Verweildauern liegt sicher im praeoperativen stationären Aufenthalt. Die praeoperative Routinediagnostik könnte – rein technisch betrachtet – fast vollständig mit Hilfe der Hausärzte veranlasst werden. Die von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als unverzichtbar erachteten praeoperative Untersuchungen zervikale Sonographie, Schilddrüsenfunktions- in-vitro-Diagnostik, Szintigraphie (Funktionstopographie), Stimmbandfunktionsuntersuchung und Bestimmung des Serum-Kalziums sind ambulant leistbar [43]. Grundsätzlich scheint sogar eine Aufnahme am OP-Tag selbst denkbar. Um die Einhaltung der 24-Stunden-Frist für die Aufklärungen zu Narkose und Operation zu gewährleisten und einen aktuellen klinischen Status erheben zu können, wäre hierfür eine „ambulante Visite“ des Patienten durch die behandelnde chirurgische und anaesthesiologische Abteilung der Klinik Voraussetzung – ein Prozedere, das in vielen Häusern in anderen Zusammenhängen, z.B. zur Vorbereitung der Möglichkeit einer Eigenblut-Transfusion, bereits gegeben ist. Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt, war eine unvollständige praeoperative Diagnostik mit einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes der Patienten verbunden.

Eine enge Kooperation der Fachabteilungen der Krankenhäuser mit den niedergelassenen Kollegen scheint unabdingbar.

4.4 Option ambulanter Eingriffe in der Schilddrüsenchirurgie

Seit Anfang der achtziger Jahre wird von mehreren Autoren die Möglichkeit ambulanter Eingriffe in der Schilddrüsenchirurgie diskutiert.

Steckler aus Dallas, Texas, stellte 1985 eine Studie vor, in der er prae-, intra- und postoperativen Verlauf in Zusammenhang mit der ambulanten Thyreoidektomie bzw. subtotalen Schilddrüsenresektion von 48 Patienten mit der OP-Indikation „benigne Schilddrüsenerkrankung“ beschrieb [49]. Er kam zu dem Ergebnis, dass bei entsprechend sorgfältiger Selektion der Patienten – insgesamt standen 90 Kandidaten zur Wahl – die ambulante Operation ein sicheres und kostensparendes Prozedere darstellen könnte.

Mowschenson und Hodin kamen unter vergleichbaren Voraussetzungen (61 von 100 Patienten) 1995 in Boston, Massachusetts, zu ähnlichen Ergebnissen [31]. Die Autoren gaben eine Kostenreduktion von ca. 30 % gegenüber der stationären Behandlung an.

McHenry präsentierte 1997 eine retrospektive Studie über 71 in Cleveland, Ohio, aufgrund einer benignen Schilddrüsenerkrankung ambulant operierte Patienten, die sich postoperativ einer Beobachtung von lediglich 23 Stunden Dauer unterzogen [26]. Auch hier traten keine wesentlichen Komplikationen auf; die Kostenersparnis für ein- und beidseitige Thyreoidektomie lag bei 32 bis 56 %.

Zwischen 1982 und 1994 untersuchten Samson et al. im Rahmen einer kumulativen Studie sowie einer randomisierten Kontrollstudie an 1178 Patienten auf den Philippinen Realisierbarkeit und Solidität ambulanter Schilddrüsenresektionen [41]. Insgesamt 809 Patienten unterzogen sich hier einer ambulanten Operation. Perioperatives und operatives Management wichen vom in Mitteleuropa und Nordamerika üblichen Prozedere ab, da die Eingriffe in Lokalanästhesie ausgeführt wurden. Die Autoren konnten hinsichtlich intra- bzw. postoperativer Komplikationen keinerlei signifikante Unterschiede zwischen ambulant und stationär vorgenommenen Schilddrüsenresektionen erheben.

Fasst man die Ergebnisse der angeführten Arbeiten zusammen, scheinen ambulante Thyreoidektomien und subtotale Schilddrüsenresektionen bei benignen Schilddrüsenerkrankungen unter der Voraussetzung einer sorgfältigen praeoperativen Selektion der Patienten hinsichtlich Risikofaktoren und Compliance durchaus praktikabel.

Aus dem Datenmaterial der Qualitätssicherungsstudie Schilddrüsenchirurgie konnten Patientenalter, das Vorliegen praeoperativer diagnostischer Befunde (Tracheazielaufnahme, Aspirationszytologie, TSH, Schilddrüsenhormone), die praeoperative Therapie mit β -Blockern, Thyreostatika, Schilddrüsenhormonen und Jodid, die praeoperative Einstufung in die ASA-Klassifikation, die Diagnose von Rezidivstruma, Trachealeinengung, praeoperativer Rekurrensparese und retrosternaler Struma sowie die OP-Indikation als Faktoren identifiziert werden, die – sämtlich praeoperativ erhebbar – in Zusammenhang mit der mittleren Gesamtverweildauer der Patienten standen. Für die Vorbereitung ambulanter Operationen der Schilddrüse wäre daher zu fordern, bei der Auswahl der Patienten neben den üblichen Voraussetzungen ambulanter Chirurgie auch diese Faktoren zu berücksichtigen [20].