

01.10.2015 **Fachübergreifend**

Ambulantes Operieren International – Erfahrungen aus 20 Jahren

J. Brökelmann



© iStock / Minertree

weltkugel globus

International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)

Die IAAS wurde 1995 gegründet. Ihr Ziel war es, das Ambulante Operieren weltweit zu fördern unabhängig von der Struktur der chirurgischen Einheiten und politischen Systeme.

Heute hat die IAAS 19 Vollmitglieder und ein assoziiertes Mitglied. Von Anfang an waren Länder

Europas, die USA und Australien im Präsidium vertreten und haben dort immer eine wichtige Rolle gespielt. Einige Länder waren zunächst stark vertreten. Die Schweiz z. B. führte 2001 sehr erfolgreich den vierten internationalen Kongress für Ambulantes Operieren in Genf durch. Jedoch nach dem plötzlichen Tod ihres Präsidenten Claude Marti schloß das Interesse von Seiten der Schweizer ein und das Land ist seit Jahren nicht mehr Mitglied im IAAS.

In den letzten Jahren ist China zu einem immer stärker werdenden Mitglied geworden und wird den kommenden internationalen Kongress 2017 in Peking ausrichten.

Von den elf Präsidiumsmitgliedern der IAAS, dem Executive Committee, kommt die Mehrzahl aus Krankenhäusern oder Verwaltungen; nur Lindsay Roberts aus Australien, Jacky Reydelet und Jost Brökelmann aus Deutschland, und Gamal Mohamed aus Ungarn waren bzw. sind Praxisinhaber, die in ihrer Tagesklinik oder einer Belegklinik ambulant operierten. Lindsay Roberts war als niedergelassener Ärztin Präsident der IAAS von 2001 bis 2003. Es hat also Zeiten gegeben, in denen die niedergelassenen Ärzte gut im Präsidium vertreten waren. Seit Juni 2015 gibt es keinen deutschen Vertreter mehr im Präsidium der IAAS. Die freiberuflichen Aspekte des Ambulanten Operierens werden in der IAAS unterrepräsentiert sein.

Vertreter Deutschlands in der IAAS

Deutschland wurde von 1995 an durch den Chirurgen Jacky Reydelet und den Gynäkologen Jost Brökelmann, beide vom Bundesverband für Ambulantes Operieren (BAO), vertreten. Jacky Reydelet war von Anfang an Mitglied des

Präsidiiums der IAAS und hielt diesen Posten – mit Ausnahme der Jahre 1999 bis 2001 – bis 2011 inne. Ihm folgte im Präsidium Jost Brökelmann bis Mai 2015. Die jetzigen Vertreter in der Generalversammlung sind der Chirurg Gerd Dieter von Koschitsky (seit 2013) und die Anästhesistin Petra Tietze-Schnur (seit 2015).

Die deutschen Vertreter haben bemerkenswerte Neuerungen in der IAAS angestoßen: Jacky Reydelet führte als Schatzmeister ein, dass die Präsidiumssitzungen der IAAS mit nationalen Kongressen für Ambulantes Operieren kombiniert werden; dadurch wurden Reisekosten merklich reduziert, weil Präsidiumsmitglieder Vorträge auf den nationalen Kongressen hielten. Des Weiteren stellte er ca. drei Monate vor einer Präsidiumssitzung ein Budget für jedes Präsidiumsmitglied auf, das sich an den billigsten Flugkosten vom Wohnort des Mitglieds zum Versammlungsort zu diesem Zeitpunkt orientierte. Durch dieses Sparprogramm gelang es dem Schatzmeister, einen ausgeglichenen Haushalt vorzulegen.

Jost Brökelmann inaugurierte den IAAS-Newsletter. Auf seine Empfehlung hin beschloss das Präsidium, dass Redakteur immer der jeweilige „Past President“ wird, der nach seiner zweijährigen Präsidentschaft noch bestens mit den Projekten der IAAS vertraut ist. Des Weiteren führte er die international vergleichende Operationsstatistik eines „IAAS-Korbs“ fort: Dazu wurden die neuen Definitionen für Operationsstatistiken der OECD benutzt (s. weiter unten). Auf seinen Antrag hin, wurden – nach heftigen Diskussionen – die IAAS-Definitionen des Ambulanten Operierens (ambulatory surgery) geändert: Der Ausschluss von Operationen, die in Arztpraxen durchgeführt werden (except office-based surgery), wurde fallen gelassen. Hauptargument war, dass in Deutschland die gesetzlichen Voraussetzungen für Ambulantes Operieren in Tageskliniken die gleichen sind wie in Krankenhäusern; dieses ist anders in den USA, wo es offenbar noch keine gesetzlichen Regeln für das Operieren in Arztpraxen gibt.

IAAS-Projekte mit der Europäischen Union (EU)

Über die Präsidiumsmitglieder Hugo Baccaglini und Carlo Castoro wurden Verbindungen zur Europäischen Union (EU) geknüpft. Diese führten zu mehreren Projekten der IAAS, die von der EU finanziell unterstützt wurden. Zunächst waren es Lehrprogramme über Ambulantes Operieren, die moderne Medien benutzten. Dann kam ein Programm „Training Workshops“ für osteuropäische Länder hinzu: In den Ländern Ungarn, Rumänien, Slowakei und Serbien wurden von Präsidiumsmitgliedern zwei- bis dreitägige Trainingskurse „Teach-the-Teacher“ über Ambulantes Operieren für Ärzte, Krankenschwestern und Krankenhausverwalter abgehalten. Die lokale Organisation lag in den Händen der jeweiligen Landesgesellschaft für Ambulantes Operieren, Seminarsprache war Englisch.

Die Seminare gaben Gelegenheit, örtliche Krankenhäuser und Tageskliniken zu besichtigen und mit Ärzten über Probleme „vor Ort“ zu sprechen. Nach eigenen Erfahrungen war die Situation in den Ländern Ungarn, Rumänien und Slowakei in vielem ähnlich: Es bot sich das Bild einer post-sozialistischen Gesellschaft: Die Krankenhäuser leiden unter erheblichem Geldmangel, ihre Infrastruktur ist seit 1990 nicht wesentlich verbessert; einzelne Arztpraxen und Tageskliniken erreichen heute den in Deutschland geforderten Mindeststandard, weil die meisten Patienten zur ärztlichen Behandlung aus eigener Tasche dazu zahlen. Die niedergelassenen Ärzte kennen meist von Kongressbesuchen her „westliche“ Standards und sind für praktische Tipps sehr dankbar.

Zu meiner Freude hörte ich auf dem internationalen Kongress 2015 in Barcelona einen Vortrag eines ungarischen Chirurgen, der vor drei Jahren einen Trainingskurs der IAAS mitgemacht hatte und jetzt über Laseroperationen aus seiner Praxis berichtete.

Vergleichende Operationsstatistik

Die erste Veröffentlichung vergleichender Operationsdaten der IAAS erfolgte 1998. Der Vergleich beschränkte sich auf einen Korb (basket) von Standard-Operationen. 2011 übernahm Jost Brökelmann diese Aufgabe. Es wurden die neuen Kriterien der OECD angewandt: Die Statistiken basieren auf operierten Fällen, nicht Prozeduren, und die Häufigkeit der Operationen wurde auf 100.000 Einwohner bezogen.

Die Voraussetzungen für fallbezogene Operationszahlen konnten nur sechs Länder, alle aus Europa, erfüllen. Für Deutschland war die Teilnahme nur möglich, weil die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf Bitten der IAAS für die 37 Operationen des IAAS-Korbs die Fälle pro Operationsart errechnete. Als Resultat kam heraus, dass das Statistische Bundesamt bis 2012 keine Operationszahlen des vertragsärztlichen Bereichs erhalten hatte und deshalb für die Statistiken der OECD nur Zahlen aus dem Krankenhausbereich an die OECD weiterleiten konnte. So erschienen über 80 % der in Deutschland durchgeführten Kataraktoperationen nicht in den offiziellen OECD-Statistiken. Der Vergleich nach diesen neuen OECD-Kriterien erbrachte, dass in Deutschland vergleichsweise häufig operiert wird und auch vergleichsweise viel stationär [1].

Qualitätssicherung von Operationen

Seit 2000 gibt es in Deutschland für Ambulante Operationen die Qualitätssicherung AQS1 von medicaltex. 2014 waren dort über eine Millionen Operationsfälle registriert. Zu 44 % aller Fälle gab es anonyme Patientenfragebögen. Die Komplikationsraten für einzelne Operationsarten stehen jedermann unter www.patientenallee.de zur Verfügung. Diese Art von Qualitätssicherung unter Benutzung von Patientenfragebögen scheint bislang einzigartig zu sein.

Es gibt in den USA eine Qualitätssicherung von Tageskliniken, die auf internen Angaben der einzelnen Tageskliniken beruhen und keine Patientenfragebögen benutzen. Wie valide diese Daten sind, muss noch geprüft werden. In den Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen scheint es überhaupt keine Qualitätssicherungsprogramme zu geben. Deutschland ist auf dem Gebiet der Qualitätssicherung offenbar führend.

Kosten der Operationen

Vergleichende Zahlen zu den Kosten der Operationseinheiten fehlen auf nationaler und internationaler Ebene. Dieses wurde auch deutlich bei einem Arbeitstreffen des Präsidiums der IAAS mit der London School of Economics in London im November 2014. Für Deutschland gibt es einige vereinzelte Hinweise aus diesem Kostenbereich, u. a. „mindestens 1.000 EUR/OP-Stunde“. Die 2000 exemplarisch erhobenen Kosten pro OP-Stunde in drei Tageskliniken schwankten zwischen 339 und 447 EUR und waren unabhängig von der Anzahl der benutzten OP-Räume in der jeweiligen Tagesklinik [2]. Es kam darauf an, wie gut ein Operationsraum ausgelastet war und wie effizient das Operationsteam zusammenarbeitete. Eine größere Studie konnte aber nicht durchgeführt werden, da die Daten zur Effizienz einer Tagesklinik als Betriebsgeheimnis gehütet werden.

Situation des Ambulanten Operierens in einzelnen Ländern

Hier können aus Platzgründen nur einige Hinweise gegeben werden. Die Entwicklung in den einzelnen Ländern hängt stark vom jeweiligen Gesundheitssystem und von Persönlichkeiten ab.

Ein Land mit überwiegend privatwirtschaftlichem Gesundheitssystem sind die USA. Seit 1970 sind dort tausende von Tageskliniken entstanden. Sie sind in einem Tagesklinik-Verbund, der ASCA (Ambulatory Surgery Center Association) zusammengeschlossen. Die Anästhesisten sind in der SAMBA (Society of Ambulatory Anaesthesia) vereint. Die niedergelassenen Ärzte sind nicht Mitglied der ASCA und können noch ohne größere Auflagen in ihren Praxen ambulant operieren. Dieses führt zu erheblichen Spannungen.

Bei den Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem dominiert seit kurzem China. Dort wird das Ambulante Operieren jetzt von Staats wegen gefördert. Die Zahl der Operationen an einigen Krankenhäusern ist beeindruckend.

Ganz anders verläuft bislang die Entwicklung des Ambulanten Operierens in Indien: Das staatliche Gesundheitssystem wird nur mäßig gefördert, jedoch entwickelt sich das Ambulante Operieren in Privatpraxen, die zu Tageskliniken umgebaut werden. Eine ähnliche Entwicklung findet in den post-sozialistischen Ländern wie z. B. Ungarn statt, aber auch in Ägypten.

Ärztliche Mission in Ägypten

In den Jahren 2007 und 2008 hat der Deutsch-Ägyptische Ärzteverein in den Städten Assuan und Luxor in Zusammenarbeit mit staatlichen Behörden und praktizierenden Ärzten jeweils eine Woche lang minderbemittelte Patienten operiert, und zwar 2007 in Lehrkrankenhäusern und 2008 in einem privaten Hospital. Diese an und für sich sehr erfolgreiche Mission kam wegen religiöser Streitigkeiten innerhalb des Vereins zum Stillstand; der Organisator der Missionen war ein Kopte und wurde von den Muslimen nicht wieder gewählt. Außerdem gab es Verärgerungen, weil – entgegen den Abmachungen – von den Patienten doch Gelder verlangt wurden. Fünf Gynäkologen von Assuan waren von den miterlebten endoskopischen Operationen so angetan, dass sie in Deutschland Tageskliniken besuchten und sich in endoskopischer Chirurgie weiterbildeten. Mittlerweile haben zwei von ihnen Tageskliniken in Assuan eingerichtet und operieren dort.

Zukunft – positive Aspekte des deutschen Gesundheitswesens

Deutschland hat eine Mischform zwischen staatlichem und privatwirtschaftlichem Gesundheitssystem. Welches sind aus Sicht eines Ambulanten Operateurs die Vorteile dieses Systems?

1. Es gibt ein flächendeckendes, gut ausgebautes Krankenhaussystem.
2. Für die ambulante Behandlung existiert ein flächendeckendes System von allgemeinen und spezialisierten Praxen/Tageskliniken.
3. Deutschland hat eine vorbildliche gesetzliche Unfallversicherung, die vom Staat nicht finanziell unterstützt werden muss, weil sie von der Industrie bezahlt wird.
4. Die Qualitätsstandards für das Operieren sind seit 1993 die gleichen für Krankenhäuser und Tageskliniken. Dieses schlägt sich in niedrigen Komplikationsraten nieder.
5. Es konnte gezeigt werden, dass die Leistungserbringung in kleinen, unternehmerisch gut geleiteten Operationseinheiten am kostengünstigsten ist [3].
6. Sowohl für das Ambulante Operieren als auch für das Unfallversicherungssystem ist es über die Jahre zu einer ähnlichen Verteilung zwischen Krankenhäusern und spezialisierten Arztpraxen gekommen: Etwa ein Drittel wird im Krankenhaus geleistet, zwei Drittel in Tageskliniken/D-Arzt-Praxen (Praxen der Berufsgenossenschaften).

Zukunft – Probleme für deutsche Ärzte

Das Hauptproblem scheint auf der politischen Ebene zu liegen: Die großen Parteien berücksichtigen, dass 90 % der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind und damit ein großes Wählerpotential darstellen, welches bei gleichbleibenden Beitragssätzen und wachsenden Leistungen zufrieden gestellt werden will. Deswegen verlangen sie von den Vertragsärzten gleiche medizinische Behandlung von GKV-Versicherten und Privatpatienten trotz erheblich niedriger Bezahlung für die GKV-Leistung. Auf der anderen Seite hat der Bundesgerichtshof (BGH) 2012 entschieden, dass niedergelassene Ärzte Freiberufler sind. Als Freiberufler dürfen sie ein angemessenes Honorar für ihre Leistungen einfordern [4]. Dieses angemessene Honorar für GKV-Versicherte wird den Freiberuflern aber nicht durch Behörden wie den KVen zugestanden werden. Also müssen freiberuflich tätige Ärzte sich unabhängig von den KVen vereinen, um ihre Rechte als Freiberufler durchsetzen zu können.

Ein weiteres Problem ist – besonders in Krankenhäusern – dadurch entstanden, dass angestellte Ärzte nicht völlig in ihrer Arbeit aufgehen wollen, sondern Zeit für Familie, Freizeit etc. fordern. Dieser nachvollziehbare Wunsch erfordert Änderungen in der Arbeitsorganisation. Des Weiteren ist problematisch, dass angestellte Ärzte mit den z. Zt. abrechenbaren Gebührensätzen nicht genügend Geld erwirtschaften, um ihre Gehaltskosten zu decken.

Zukunft – mögliche Aufgaben deutscher Ärzte im Ausland

Unabhängig von der individuellen Entscheidung eines Arztes, ins Ausland zu gehen, um aus humanitären Gründen Menschen zu helfen, und unabhängig von der Entscheidung eines Staates, im Rahmen von Entwicklungshilfe im Ausland Krankenhäuser auszubauen, sehe ich folgende Möglichkeiten gerade für Ärztevereinigungen: Über persönliche Kontakte zu Ärzten im Ausland unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden dort Operationstechniken demonstriert und Erfahrungen ausgetauscht. Im Gegenzug können ausländische Ärzte entsprechende Einrichtungen im Inland besuchen. Dadurch kommen freundschaftliche Beziehungen zustande und man lernt die gegenseitigen Länder und Kulturen kennen. Es sind Ideen, Erfahrungsaustausch und freundschaftliche Beziehungen, die helfen, die Qualität der Medizin in den einzelnen Kulturen zu verbessern.

Literatur

[1] Brökelmann J. Vergleich von OECD-Daten durch die IAAS: Deutschlands OP-Statistik ist mangelhaft! Die Erfassung der ambulanten und stationären Operationsfälle in Krankenhäusern und Tageskliniken ist dringend zu verbessern. BAO-Depesche 32 (2014) 1-6 http://www.operieren.de/content/e142/e30963/e34828/e40145/index_ger.html#e40150.

[2] Brökelmann J. Betriebswirtschaft der OP-Einheit. Ambulant operieren 1/2001, 14-17.

[3] Brökelmann J. Comparison of Hospital- and Office-Based Ambulatory Surgery in Germany: Surgery in small free standing units offers many advantages. Ambulatory surgery 17,4 (2012) 83-85.

[4] Brökelmann J. Niedergelassene Ärzte sind Freiberufler und benötigen Vertragsfreiheit. Auch der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) baut in seinen Stellungnahmen auf die Freiberufler. BAO-Depesche 33 (2014) 8-9.

Autor des Artikels



Jost D. Brökelmann

Karthäuserstr. 18

53129 Bonn

[> kontaktieren](#)