

Angesichts der umfangreichen erforderlichen Spezialkenntnisse fällt es dem jungen Mediziner schwer, sich zwischen Allgemeinpraxis und Spezialisierung zu entscheiden. Dieser Entschluß kann nur dadurch erleichtert werden, indem technische und psychologische Vorbereitungen in die Ausbildung integriert werden, ohne jedoch das Psychologische zu überbewerten.

Aus dieser Sicht lassen sich Lehrplan- und Ausbildungsprobleme des Allgemeinmediziners durch frühzeitige und intensive Beschäftigung mit einer verbesserten medizinischen Grundlage und einer durch die Anwesenheit von Praktikern aufgelockerten akademischen Spitzen-Spezialisierung leichter lösen. Nur durch Einfügung erneuerter Lehrmethoden wird man eine Aufwertung der praktischen Medizin erzielen.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med.
Boris Luban-Plozza
Piazza Fontana Pedrazzini
CH 6600 Locarno

SPRÜCHE

Lernwillig

„Demokratie heißt, von unten nach oben aufbauend Meinungsbildung zu betreiben. Dies ist, wenn man beispielsweise an ‚Bundesempfehlungen‘ denkt, wohl etwas, was auch unser Bundesverband erst noch lernen muß. Wir werden ihm, und dafür sind wir bereit uns einzusetzen, dies noch lernen.“

Aus dem Festvortrag des „arbeitgeberseits Vorsitzenden der Vertreterversammlung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern“, Hans Dendl, anlässlich einer Feierstunde der Allgemeinen Ortskrankenkasse Coburg zum 25jährigen Wiederbestehen der sozialen Selbstverwaltung; veröffentlicht im „Mitteilungsblatt des LdO in Bayern“.

Ambulante Operationen

Zu dem Beitrag von Dr. med. Kurt Hoehle in Heft 29/1979, Seite 1915 ff.

Euphorische Betrachtung

Zunächst muß erwähnt werden, daß der Artikel von einer Euphorie strotzt, die den gegebenen Tatsachen in keiner Weise gerecht wird. Das Problem ambulanter Operationen stellt sich heute im Rahmen kostensparender Maßnahmen zweifellos. Es befremdet mich jedoch zunächst, daß man in einem so sachlichen Artikel über prinzipielle Dinge ambulanter Operationen mit Steinzeitrezitaten beginnt. Nach meiner Kenntnis haben viele ambulant tätige Chirurgen in einem umfangreichen Maße ambulante chirurgische Eingriffe durchgeführt, die zum Teil durchaus über das Maß einer ambulanten Versorgung hinausgingen und die ein außerordentliches Engagement im Rahmen der nachoperativen Versorgung von dem jeweiligen Kollegen verlangten.

Wir können unsere Situation in Deutschland keineswegs auf die Verhältnisse in den USA transponieren. Hier ist es seit langem bekannt, daß durch die schlechte Krankenversorgung im Rahmen der Versicherungen der Patient bemüht ist, einen kurzen Krankenhausaufenthalt zu absolvieren, um den Kostenaufwand in einem möglichst geringen Maß zu halten.

Dies entspricht keineswegs den deutschen Verhältnissen. Hier wurde über Jahre hinaus dem deutschen Bürger ein Anspruchsdenken anezogen, welches ihn in jeder Weise beeinflusst bei jeder relativ kleinen Erkrankung eine stationäre Behandlung wahrzunehmen. Wenn Kollege Hoehle anführt, daß operativ ambulant versorgte Patienten im Rahmen von Risikopatienten wie Diabetiker, Zustand nach Herzinfarkt, geriatrisch sklerotische Patienten in den Bereich ambulant operativ zu versorgender Patienten-

gruppen gehören, so muß man doch wohl hierzu kritische Gegenstellungnahme erwarten.

Die in diesem Bereich erwähnten Operationen ambulanter Kinder stellen einen völlig anderen Bereich der chirurgischen Versorgung dar, denn dies ist wohl kaum ein neues Postulat, daß in einem großen Bereich der Kinderchirurgie eine ambulante Versorgung möglich und durchführbar ist und wohl auch von den meisten Chirurgen praktiziert wird. Wenn Dr. Hoehle Beispiele von Statistiken aus Kalifornien bringt, so sind diese für die deutschen Verhältnisse wohl kaum transponierbar. Daß nach ambulanter Hernienversorgung in Deutschland ein Patient sofort wieder arbeitsfähig wird, wäre wohl einer Pressemitteilung in der „Bildzeitung“ würdig, wenngleich ich dies von der prinzipiellen Situation nicht ausschließen möchte. Daß Kollege Lichtenstein in Los Angeles auch 96jährige Patienten mit Brüchen oder Blinddarmentzündungen ambulant behandelt hat, mag eine bemerkenswerte Situation in der Chirurgie darstellen, sie dürfte wohl jedoch kaum auf eine prinzipielle ambulante Versorgung solcher Patienten hinführen.

Wenn Dr. Hoehle ausführt, daß es amerikanischen Patienten darum geht, Ausfälle durch stationäre Behandlung im Rahmen ihres Privateinkommens zu vermeiden, falls sie durch operative Versorgung stationiert werden müßten, so unterliegt er einem Trugschluß, daß es in Deutschland in ähnlicher Form verläuft.

Durch unsere Übersozialisierung ist wohl kaum ein deutscher Arbeitnehmer im Rahmen einer stationären operativen Behandlung in die Verlegenheit gebracht, zunächst einmal seine Stelle zu verlieren oder sonsti-

Ambulante Operationen

ge finanzielle Einbußen zu erleiden. Im Gegenteil, es wird ihm während des stationären und anschließenden ambulanten Krankseins von der Sozialversicherung alles geboten, was einem Verdienstaustausch entgegensteht.

Ich möchte hier wiederum die kinderchirurgische ambulante Tätigkeit ausklammern, da sie in einem besonderen Bereich liegt, über den sich alle Chirurgen letztlich wohl im klaren sind. Wenn Hoehle jedoch ausführt, daß die ambulante Operation an Stelle bisheriger „Stationärüblichkeit“ beim Patienten „angekommen ist“, so möchte ich darauf hinweisen, daß es mir in meiner zwanzigjährigen Praxis noch nicht *einmal* passiert ist, daß ein Patient von dem Vorschlag einer ambulanten durchzuführenden Hernien- oder Appendixoperation begeistert gewesen wäre. Daß der Bürger Arbeitsunfähigkeit abwenden will, ist eine Unterstellung, die offenbar nur Dr. Hoehle postuliert.

Nach meiner Erfahrung ist der sozialversicherte Bürger eher geneigt, Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer operativ zu versorgenden Erkrankung – und dies möglichst stationär – zu akzeptieren, als sich ambulant mit gleichlaufender Arbeitsfähigkeit operieren zu lassen.

Man hat in diesem geschilderten Bereich den Eindruck, daß Hoehle völlig an den gegebenen Tatsachen vorbeigeht. Es fragt sich darüber hinaus, ob der ambulant operierende Chirurg in der Lage ist, seine im weiten Umkreis der Stadt liegenden Patienten hinreichend versorgen zu können. Dies fängt bereits mit der im Krankenhaus üblichen stationären Versorgung über die Schwesterntätigkeit an.

Daß Kollege Hoehle Denkschemen der DDR anführt, überrascht mich, da wir doch mit diesem System zweifellos keine eigentliche Verbindung haben, da eine Staatsmedizin in unserem Bereich bisher glücklicherweise noch nicht üblich ist. Die in seinem Artikel postulierte Maxime: „Wir können ambulant operieren,

wir können es aber auch seinlassen“, sollte wohl in diese Richtung umgeändert werden: „Wir operieren ambulant, soweit dies vertretbar ist, wir lassen es dann sein, wenn es den Umständen nach nicht vertretbar ist.“

Hoehle erwähnt wiederholt die unter Denkmalschutz gestellten Krankenhäuser, er vergißt offenbar hierbei, daß in Deutschland ein ganz erheblicher Nachholbedarf an Krankenhausbauten nach dem Krieg entstand und teilweise erfüllt wurde. Dies hat weder mit dem von verschiedenen Gremien als Schlagwort aufgebrauchten „Bettenberg“ etwas zu tun, sondern wohl in erster Linie mit einer modernen Versorgung stationärer Patienten. Krankenhäuser, die in den letzten Jahren erstellt wurden, werden wohl kaum, entgegen der Meinung von Dr. Hoehle, unter Denkmalschutz gestellt, sondern, wenn man die vorherigen Bedingungen sich ansieht, kann man nur von einer für die Bevölkerung positiven Situation ausgehen, daß völlig veraltete Kliniken endlich einmal modernen und den heutigen Anforderungen eines Klinikbetriebes entsprechenden Bauten gewichen sind.

Wie sich Hoehle die Situation in dem letzten Bereich seines Artikels vorstellt, daß ambulante chirurgische Kollegen in verschiedenen Krankenhäusern tätig werden und hier Patienten ambulant und schließlich in ihrem ambulanten Bereich zu Hause versorgen, erscheint mir doch etwas vage. Wenn man sich den im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT veröffentlichten Katalog zu ambulanten operativen Versorgungsmöglichkeiten (Stand 1979) ansieht, so ist man doch über das breite Spektrum etwas überrascht, wenn man seit zwanzig Jahren Klinikarzt ist.

Daß ein Leisten- und Nabelbruch durchaus ambulant versorgt werden kann – dies in Abhängigkeit vom Alter und den Begleiterkrankungen des Patienten – ist denkbar. Auch der nicht maligne Mammatumor kann durchaus ambulant versorgt werden, was normalerweise in der

chirurgischen klinischen Praxis durchgeführt wird. Wenn man jedoch Diagnosen oder chirurgische Prozeduren liest, wie Hydrozele, Narbenbrüche, Fettschürze, Ovarektomien ein- oder beidseitig, Hysterektomien, vordere und hintere Scheidenplastik, Reduktionsplastik der Mamma, Steißbeinfisteln, geschweige denn Operationen des Meniskus, Bänderupturen am Knie, Bandrupturen am Sprunggelenk und Achillessehnenrisse, nicht zu erwähnen die weiterhin in dem Stichwortkatalog erwähnten Eingriffe, so nimmt es doch wunder, daß man im deutschen chirurgischen Bereich so großzügig wird, diese Eingriffe ambulant vorzunehmen, ohne die juristischen Konsequenzen einer Komplikation und deren Folgen auf sich zu nehmen. Die meisten der genannten Eingriffe beinhalten zweifellos eine ernste Krankheit oder Verletzung, die zumindest über einige Tage – und dies sollte zweifellos nicht überzogen werden – einer stationären Behandlung und Beobachtung bedürfen. Kaum ein Patient dürfte hierbei den Wunsch einer ambulanten Betreuung äußern. Wenn dies Hoehle unterstellt, so unterliegt er einer euphorischen Ansicht, die man im Rahmen allgemein-chirurgischer Erfahrungen bisher jedenfalls nicht teilen kann. Diese kritische Stellungnahme beinhaltet keineswegs die Erhaltung krankenhauschirurgischer Betten und deren Vollbesetzung, sie soll in erster Linie darauf hinweisen, daß man die von Hoehle wiederholt zitierten Verhältnisse der amerikanischen Bereiche nicht auf das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland anwenden kann.

Es darf nicht vergessen werden, daß ein nicht unerheblicher Teil von Patienten über die normale Sozialversicherung eine private Unfall- oder Tagegeldversicherung abgeschlossen hat und diese Patienten schon gar nicht aus Kostengründen ambulant behandelt werden möchten. Zum Schluß darf ich bemerken – um nicht in den Verdacht zu geraten, ein strikter Vertreter stationärer Behandlungsweise zu sein –, daß in meiner Abteilung ein erheblicher

Anteil, vertretbarer Operationen durchaus ambulant vorgenommen wird. Dies auch in der Situation von Vollnarkose und Blutleere, beispielsweise bei Extremitätenoperationen, wobei die Patienten nach Ausschlafen in entsprechender Weise wieder nach Hause gebracht werden und sich ambulant im weiteren Verlauf der Behandlung vorstellen. Das Spektrum dieser ambulanten Eingriffe ist durchaus nicht unerheblich.

Dr. med. Christian Fiegler
Chefarzt der
Chirurgischen Abteilung
Diakoniestalten
Bad Kreuznach
Ringstraße 58-60
6550 Bad Kreuznach

Schlußwort

Ich bezeichne die Ausführungen von Fiegler nicht als eine kontroverse Stellungnahme, sondern als einseitigen Positionsbezug, der auf dem Boden von Voreingenommenheit und Altgläubigkeit – Orthodoxie – erwachsen ist und der an der von mir im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT zur Diskussion gestellten Thematik der ambulanten Operation vorbeigeht. Bei unterschiedlichen Beweggründen für ambulant-operative Behandlungen steht dieser Versorgungsstil (Tages-Chirurgie) auf schulchirurgischen Grundlagen, und darüber gibt es keinen Zweifel. Die Literatur zur Ambulanchirurgie ist kaum noch neu, wenngleich sie für manche ein Novum sein kann und für sie Überforderung sein mag. Seit die Tages-Chirurgie als möglicher Behandlungsstil existiert – fraglos Probleme beherbergend, die in der Erfüllung von Bedingungen und Voraussetzungen gelegen sind, die der Behandler zu beachten hat –, ist damit in bezug auf ein begrenztes Fallspektrum, das für ambulant operative Praktiken in Betracht kommt (bisher aber wegen der für die Behandlungen angegebenen Klinik- und der postoperativen Stationärüblichkeit außer Betracht blieb), der Platz solcher Operationsfallbehandlungen von sekundärer Bedeutung: Er kann entweder die Klinik oder die

Praxis sein (da ja die stationäre Nachbehandlung, vorzugsweise der damit verbundene Nachtbetrieb abwendbar ist). Im Fall ambulant operativer Behandlung auf Praxisboden müssen dort Rahmenbedingungen gegeben sein, die die Durchführung operativer Maßnahmen lege artis gestatten. Diese Rahmenbedingungen sind nur eine von mehreren Voraussetzungen, unter welchen ambulante Operationspraktiken möglich und zur Praxisfähigkeit entwickelt worden sind.

Der Stand schulchirurgischer Erkenntnisse pflegt sich global, nicht national, nicht provinziell zu orientieren. Deshalb habe ich die Leistung eines der „Altmeister“ der Ambulanchirurgie (der international zur Chirurgieprominenz zählt) als exemplarisch mit Bezug auf die Anfänge der ambulanten Operationspraktiken vorgestellt und sie für nicht unerwähnenswert erachtet. In dessen bedarf das hohe Niveau chirurgischer Leistungsfähigkeit keiner Schlagzeilen in der Boulevardpresse, wie sie Fiegler vorschwebt. Schulchirurgische Grundbegriffe und Erkenntnisse sind unabhängig von herrschenden Versorgungssystemen. Allerdings haben Versorgungssysteme die Befähigung, einen Versorgungsstil zu fördern oder zu behindern. Wenn ich gesagt habe: „Wir können ambulant operieren, wir können es aber auch seinlassen“, so habe ich damit nicht schulchirurgische Grundsätze in Frage gestellt, sondern bestätigt. Wenn Fiegler – als seit zwanzig Jahren Berufener für stationäre Behandlungen – diese Aussage für seine Verhältnisse abwandelt, so muß er fast zwangsläufig an der Entwicklung der Ambulanchirurgie vorbeigehen, die bereits heute weltweit eine beachtliche Reflexion auf das Gesamt operative Fächer hat, eine Reflexion, die sie vor zwanzig Jahren nicht hatte.

Aus dem Echo auf meinen Aufsatz in Form von Briefen mit überwiegend positiven Kritiken einbezüglich ermunternder Zuschriften auch von namhaften Repräsentanten im Hochschulbereich, ferner durch Ab-

ruf der partiellen Nachdruckerlaubnis in der chirurgischen Fachpresse, ferner durch die Aufforderung zur Abgabe weiterer Kommentare zu diesem Thema für Fachzeitschriften des In- und Auslandes wird zumindest deutlich, daß verbale Proteste gegen ambulante Operationsdurchführungen nach Methode *keine reelle Chance* haben, ernst genommen zu werden, solange sie durch Widersprüchlichkeiten larviert angebracht werden.

Dr. med. Kurt Hoehle
Chirurg
Kaiserstraße 5
6050 Offenbach/Main

ECHO

Zu: „Das Patientengeheimnis in Kartei und Computer“ von Dr. med. Otfried P. Schaefer in Heft 15/1979, Seite 1027 ff.

Problematisches Pilot-Projekt

„Mit einem kritischen Beitrag, der zehn Thesen zur Problematik der Gefährdung von Patientendaten in der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet, hat das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT die Diskussion um den Datenschutz im Bereich der Sozialversicherung fortgesetzt; inzwischen liegt auch die Antwort der Bundesregierung zur kleinen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion zum Datenschutz in der Sozialversicherung vor, in der das federführende BMFT bemüht ist, das kritisierte Projekt der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben in der Krankenversicherung auf ein Pilotvorhaben herunterzuspielen und zu beteuern, daß die Datenschutzerfordernisse bei der Abwicklung besonders gewissenhaft beachtet werden, auf keinen Fall werde eine Bürgerdatenbank entstehen...“ (Dienst für Gesellschaftspolitik, Köln)