



09.12.2022

Positionspapier zur Ambulantisierung der operativen Medizin

Entscheidend für den Erfolg bei der Behandlung kranker Menschen ist nicht der Ort, an dem sie nachts schlafen. Daher begrüßen wir grundsätzlich die Ambulantisierung in der Medizin, die dazu führt, dass unsere Patientinnen und Patienten effektiv in ihrem privaten Umfeld behandelt werden können. Entscheidend ist aber, dass im Rahmen der Behandlung alle Bedürfnisse befriedigt werden, die zur Gesundheit erforderlich sind. Denn nur, wenn eine ambulante Behandlung die Bedürfnisse der Kranken genauso befriedigt und die gleichen Ergebnisse erzielt, wie die stationäre Behandlung (vergleichbare Erkrankung, Stadien, Patientinnengruppen u.s.w. vorausgesetzt), ist sie tatsächlich eine Fortentwicklung hin zu einer steten Verbesserung des Gesundheitswesens. Voraussetzung dafür ist, dass bei der Ambulantisierung nicht nur die Kernleistung, die sogenannte OPS betrachtet wird, sondern der gesamte komplexe Behandlungsprozess, der bei der stationären Behandlung im Krankenhaus abgebildet ist und in das ambulante Setting übertragen werden muss.

Beispiel: Behandlung des Mammakarzinoms

Am Beispiel der Behandlung des Mammakarzinoms soll dies verdeutlicht werden, da hier in den letzten 20 Jahren ein komplexes System aufgebaut wurde, welches nachweislich nicht nur die Krankheitsverarbeitung günstig beeinflusst, sondern die Heilungsrate signifikant verbessert. Kernleistung des initialen Behandlungsprozesses, die OPS, ist die operative Entfernung des Karzinomknotens. Dieser Eingriff kann prinzipiell in vielen Fällen ambulant erbracht werden, was in vielen anderen Ländern auch der Fall ist. Der Behandlungsprozess schließt aber subtile Diagnostik, komplexe Therapieplanung in interdisziplinären Konferenzen, die Wundversorgung und prothetische Versorgung, psychosoziale und psychoonkologische Betreuung, Physiotherapie, genetische Beratung, die Teilnahme an Studien, Vorstellung im Tumorboard, Einschluss des Tumormaterials in Biobanken und Weiterleiten der Daten an das jeweilige Krebsregister, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie weitere Aktivitäten ein. Ebenso wichtig ist, dass die Weiterbildung des Nachwuchses sichergestellt ist.



Zur Behandlung des Brustkrebses wurden deshalb seit 2002 in den Kliniken nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie zertifizierte Brustzentren etabliert, welche komplexe Behandlungs- und Betreuungsstrukturen aufgebaut haben, die über den operativen Eingriff weit hinausgehen. Die Struktur und Ergebnisqualität wird in einem Zertifizierungssystem mit regelmäßigen Audits geprüft und dokumentiert. Die Anforderungen basieren auf den Empfehlungen der evidenzbasierten S3-Leitlinie zur Behandlung des Mammakarzinoms¹ und sind in einem entsprechenden Katalog definiert und Voraussetzung für Erhalt und Bewahren des Zertifikats². Auch die adäquate Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist in diesem System gefordert und wird überprüft. Dies ist wichtig, da unter monetären Gesichtspunkten Fort- und Weiterbildung einen Kostenfaktor darstellt, dessen Vermeidung die wirtschaftliche Situation der Leistungserbringer kurzfristig verbessert, die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems aber massiv gefährdet. Der bereits vorhandene und zunehmend die Qualität der Versorgung mindernde Personalmangel wird dadurch zusätzlich verstärkt.

Die Behandlungsergebnisse von Patientinnen mit Brustkrebs, die zu >90% in zertifizierten Brustzentren in Deutschland behandelt werden, sind besser als in nicht zertifizierten Kliniken, wie Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften zeigen^{3,4,5}. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs in zertifizierten Brustzentren immer spezieller, d.h. an die Tumorbiologie angepasster und effektiver (messbare Parameter wie pathologische Komplettremission) über die Zeit geworden ist^{4,5}.

Um diese Behandlungsqualität auch bei zunehmender Ambulantisierung zu erhalten, ist es zwingend erforderlich, dass die aufgebauten Strukturen auch bei ambulanter Erbringung der operativen Leistung erhalten und finanziert werden und den Patientinnen uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Ambulant durchgeführte Operationen müssen daher zwingend in die vorhandenen Behandlungsstrukturen eingebettet werden und dürfen nicht auf die rein operative Leistung reduziert werden. Damit ist klar, dass die Erbringer der operativen Leistung zwingend die entsprechenden Strukturen vorhalten müssen.

Anhand des IQWiG-Berichtes zur ambulanten Durchführung von Operationen wird klar, dass ein Teil der Operationen, die in Deutschland aktuell vorwiegend stationär durchgeführt werden, in darauf spezialisierten Einrichtungen auch ambulant erfolgreich durchgeführt werden können. Voraussetzungen dafür sind eine qualitätsgesicherte Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung dieser Operationen. In Dänemark z.B. wurden diese Strukturen geschaffen und gingen u.a. einher mit einer Zentralisierung der Krebsmedizin.

Die DGGG e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS e.V.) unterstützen ausdrücklich Bemühungen, die operativen Leistungen zunehmend auch ambulant



durchzuführen. Diese müssen aber weiterhin in der gleichen Prozess- und Ergebnisqualität durchgeführt werden, wie bisher. Wir schlagen vor, diese qualitätsgesicherte Überführung einiger Operationen in das ambulante Setting am Beispiel der Brustzentren modellhaft durchzuführen und zu begleiten. Hierbei bietet sich an, dass bereits etablierte Zertifizierungssysteme mit strukturierten und regelmäßigen Audits zu nutzen, um die Ergebnisse zwischen stationär und ambulant durchgeführten Operationen zu vergleichen.

Es muss ausgeschlossen sein, dass ein wichtiger Teil der Behandlung des Brustkrebses aus diesen zertifizierten Zentren ausgegliedert und in klassische ambulante Operationszentren überführt wird. Das gefährdet die messbare hohe Qualität der Versorgung unserer Patientinnen, da die prä- und postoperative interdisziplinäre Versorgung nicht mehr gewährleistet ist und wir uns damit in die Situation von vor mehr als 20 Jahren zurückbewegen würden. Natürlich ist der Wunsch unserer Patientinnen nach ambulanten Behandlungen und der Kostenträger nach kostengünstigeren Behandlungen nachvollziehbar, jedoch sollte langfristig im Interesse der Patientinnen und unserer Gesellschaft die Ergebnisqualität entscheidend sein.

Zusammenfassend unterstützen DGGG e.V. und DGS e.V. die Überführung eines Teils der bisher stationär erbrachten Brustkrebsoperationen in ambulant durchgeführte Operationen, wenn diese im Setting und in den zertifizierten Brustzentren selbst erfolgen und weiterhin so deren Ergebnisqualität gemessen wird. Dies ist als Modellprojekt zu verstehen, welches die qualitätsgesicherte Überführung bisher stationärer Operationen in ein ambulantes Setting in einem gut etablierten und qualitätskontrollierten Bereich umsetzt und eine Blaupause darstellt, wie auch bei anderen bisher stationären Eingriffen die qualitätsfördernden Krankenhausstrukturen im Rahmen der Ambulantisierung erhalten und kosteneffektiv genutzt werden und die Weiterbildung erhalten bleibt.

Die Stellungnahme wurde von Prof. Jens-Uwe Blohmer (Berlin), Prof. Annette Hasenburg (Mainz) und Prof. Anton J. Scharl (Oberaudorf) verfasst.

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt
Präsidentin der DGGG e. V.

Prof. Sara Y. Brucker
Vorsitzender der DGS e.V.

Literatur:



1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/> (abgerufen am: 08.11.2022)
2. Das Zertifizierungsprogramm der Deutschen Krebsgesellschaft. <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung.html> (abgerufen am: 08.11.2022)
3. Quality of care in breast cancer centers: results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases. Christoph Kowalski, Julia Ferencz, Sara Y Brucker, Rolf Kreienberg, Simone Wesselmann et al. Breast 2015 Apr, 24 (2), doi 10.1016/j.breast.2014.11.014. Epub 2014 Dec 13
4. Current clinical practice and outcome of neoadjuvant chemotherapy for early breast cancer: analysis of individual data from 94,638 patients treated in 55 breast cancer centers. Ortmann, J-U Blohmer, N T Sibert et al. J Cancer Res Clin. Oncol. 2022 Apr 5 doi: 10.1007
5. Trastuzumab treatment of patients with early, HER2-positive breast cancer in 17 certified German breast cancer centers. N T Sibert, S Wesselmann, C. Breidenbach. J Cancer Res Clin Oncol. 2022 Mar; 148 (3): 719-726