

Einsicht für bessere Aussichten: Die Kataraktoperation im Spannungsfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Überlegungen

Kein Gebiet der Chirurgie hat sich in den letzten fünf Jahren auch nur annähernd so stark von der stationären zur ambulanten Chirurgie entwickelt wie die Ophthalmochirurgie (Augenchirurgie). Gründe dafür sind bessere, standardisierte Operationsverfahren, bessere Materialien, gerade bei der Kataraktoperation, eine verbesserte Ausbildung der Ophthalmochirurgen – aber auch der Druck seitens der Versicherer.

Hans Gruber, Jörg Stürmer

Bei einer Kataraktoperation (siehe *Kasten*) wird den Patienten oft suggeriert, es handle sich um einen kleinen Eingriff praktisch ohne Risiko, der en passant durchgeführt werden könne. Dabei wird gerne vergessen, dass die Augen nicht nur die «Fensterlein nach aussen» sind (mehr als 50% der cerebralen Afferenzen [Informationen] kommen von den Augen), sondern auch Sicherheit in der Mobilität vermitteln (Gehen, Treppensteigen) sowie intellektuelle Inputs (Lesen, TV) und wichtige soziale Kontakte ermöglichen.

Kataraktoperation gestern ...

Noch vor 40 Jahren wurde ein Patient für eine Kataraktoperation ein bis zwei Tage präoperativ hospitalisiert, blieb für sieben bis zehn Tage im Spital, erholte sich anschliessend während 14 Tagen (zum Beispiel in Orselina) und war erst nach der Anpassung der Starbrille (oder der Kontaktlinse) vier Monate später rehabilitiert. Neben der langen, damals noch günstigeren Hospitalisation kam noch ein volkswirtschaftlich wesentlich bedeutenderer Arbeitsausfall hinzu, weswegen auch bei Berufstätigen die Invalidenversicherung die Kataraktoperation als Massnahme zur Wiedereingliederung zu übernehmen hatte.

... und heute

Heute kann die Kataraktoperation bei den meisten Patienten ambulant durchgeführt werden, und die Rehabilitation findet meist innerhalb von wenigen Tagen statt. Würden die direkten und indirekten Kosten von damals auf heute indexiert aufgerechnet, entspräche dies einem Betrag von 40 000 Franken pro Auge. Dank der modernen Ophthalmochirurgie betragen die Gesamtkosten heute nicht einmal mehr 10 Prozent der damaligen Summe. Die Kataraktoperationen sind damit von der Anklage der Verteuerung der Medizin freigesprochen. Der Trend zur ambulanten Ophthalmochirurgie begann mit der Kataraktchirurgie und greift jetzt auch auf andere ophthalmochirurgische Spezialitäten über, wie etwa Schieloperationen, Glaukomoperationen (Trabekulektomie, Viskokanalostomie, tiefe Sklerektomie), komplexe Lidoperationen inklusive Rekon-

struktionen und neuerdings sogar auf Netzhautoperationen mit Glaskörperentfernung zur Behebung von erworbenen Netzhautfalten (Parsplana-Vitrektomie mit Membrane Peeling) und Hornhautverpflanzungen (perforierende Keratoplastik).

Gestresste Patienten

Für sehr viele Patienten bedeutet eine Kataraktoperation – auch wenn die Komplikationsraten noch so gering sein mögen – eine erhebliche Belastung und löst damit Stress aus. Das den Chirurgen von Juristen aufgezwungene Aufklärungsgespräch mit der Aufzählung aller, auch seltener Komplikationsmöglichkeiten hilft hier auch nicht, sondern verunsichert die Patienten. Allein schon die Vorstellung einer nicht perfekt gelungenen oder gar misslungenen Operation und von deren Konsequenzen auf die Sehkraft und damit auch auf die Lebensqualität (Autofahren, Sport, Hobbies) setzt die Betroffenen unter Druck.

In einer solchen Situation reagieren Patienten sehr unterschiedlich und können die Operation unbewusst beeinflussen. Typisch sind: Vagusreaktion (Abfallen von Puls, Blutdruck) auf zum Teil gefährliche Werte, Hypertonie (Anstieg des Blutdrucks) durch Stress mit Gefahr der massiven Augendruckerrhöhung bis zur (suprachoroidalen) expulsiven Blutung – eine Blutung, die intraoperativ unter der Netzhaut entsteht und diese oft schwerst schädigt. Auftreten können auch Herzrhythmusstörungen bis hin zu schwerwiegenden Überleitungsstörungen wegen des Okulokardialen Reflexes, (ein Puls-Blutdruckabfall und Herzrhythmusstörungen, die bei Manipula-

tionen am Auge entstehen können), Entgleisung von Diabetes (Hyper- und Hypoglykämien) oder Klaustrophobie wegen der sterilen Abdeckung des Gesichtes.

Keine Kostenübernahme bei stationären Eingriffen

Obwohl die genannten Probleme bei ambulanten wie auch stationären Eingriffen vorkommen können, fühlen sich nicht wenige Patienten – ob zu Recht oder Unrecht ist irrelevant – im Spital sicherer, weil sie die Möglichkeiten zur medizinischen Intervention (Verfügbarkeit der Anästhesie/Kardiologie/Reanimation) als erfolgreicher einschätzen. Die Operation selbst wird unter ambulanten und stationären Bedingungen qualitativ absolut gleichwertig ausgeführt, nur bestehen für diese beiden Szenarien grosse Unterschiede beim Tarif. Während die ambulante Operation seit dem 1. Januar 2004 nach Tarmed für alle Patienten gleich abgegolten wird, ist dies bei stationären Kataraktoperationen abhängig vom Versicherungsstatus.

Unter dem Eindruck, im Zusatzversicherten Bereich Kosten einzusparen, sind viele Versicherungen dazu übergegangen, grundsätzlich überhaupt keine Kostenübernahmen mehr für stationäre Eingriffe auszustellen. Eine ganz schlaue Krankenkasse ging vor Jahren so weit, in ihrer Mitgliederzeitung den Zusatzversicherten Patienten die ambulante Operation zu empfehlen, den Grundversicherten Patienten im öffentlichen Spital die stationäre Operation, weil die Krankenkasse dann nur eine Tagespauschale (und der Steuerzahler den Rest ...) bezahlen musste.

Bagatellisierung nicht gerechtfertigt

Die schweizerische ophthalmologische Gesellschaft (SOG) hat eine Punkteskala¹ entwickelt. Wird eine bestimmte Punktezahl überschritten, müsste ein stationärer Eingriff bewilligt werden. Die Vertrauensärzte der Krankenkassen, die leider oft im Hintergrund bleiben und gegenüber

dem behandelnden Ophthalmochirurgen nur selten namentlich erwähnt werden, lehnen diese Punkteskala und damit die Kostengutsprache für stationäre Eingriffe mehrheitlich ab, ohne allerdings selber Vorschläge zu machen, wie dieses Problem anzugehen sei.

Vertrauensärzte und Krankenkassen negieren den Krankheitswert der Kataraktoperationen, bagatellisieren diese gegenüber den Patienten und setzen sich oft über deren Sorgen und Ängste hinweg. Leider stossen auch einige Augenärzte in einer Art Profilierungsneurose ins gleiche Horn.

Eine grosse Schweizer Tagesklinik, die ausschliesslich ambulante Augenchirurgie betreibt, hat zur perioperativen Morbidität (Erkrankungen in Zusammenhang mit der Operation) bei Kataraktoperationen folgende Zahlen erhoben (es handelt sich um eine interne Mitteilung der ambulanten Augenchirurgie ZH, die nicht veröffentlicht wurde):

Eingreifen durch Facharzt Anästhesie	11%
Critical incidents (ernsthafte Probleme)	1%
Critical incidents mit Verlegung in ein Akutspital	0,5%
Patientenalter unter 70 Jahre	30%
Über 70 Jahre	70%

Daraus geht zumindest hervor, dass die Kataraktoperation ein älteres Patientenkollektiv betrifft mit einem hohen Anteil an Zusatzmorbiditäten (zusätzlichen Erkrankungen). Die Bagatellisierung durch Vertrauensärzte und Krankenkassen ist deshalb nicht gerechtfertigt.

Welche Rechte hat der Patient?

Eine Lösung für dieses Problem zu finden ist schwierig, weil die Fronten bereits bezogen und verhärtet sind. Auf der einen Seite der berechnete Sparwille der Krankenkassen, die den Zusatzversicherten Patienten mit der ambulanten Operation in die Grundversicherung verschieben wollen, auf der andern Seite Ophthalmochirurgen, die nach fachlichen Kriterien eine Indikation stellen und zugebe-

Katarakt (Grauer Star)

Bezeichnung für jede Trübung der Augenlinse unabhängig von deren Ursache. Durch die Trübung entsteht ein zunehmendes Blendungsgefühl, und die Sehschärfe nimmt allmählich ab.

Bei der Kataraktoperation wird heute die bimanuelle Phakoemulsifikation (Zertrümmern des harten Teils der Linse mit einer hochfrequent schwingenden Titanhohlnadel) angewendet. Während der gleichen Operation wird anstelle des entfernten trüben Teils der Linse eine faltbare Kunstlinse eingesetzt.

nermassen im stationären Bereich auch mehr verdienen würden. Es stellt sich die Frage, ob für den Zusatzversicherten Patienten ein «Recht auf stationäre Behandlung im Spital seiner Wahl» besteht und für den Grundversicherten Patienten das «Recht auf eine stationäre Operation der allgemeinen Abteilung des öffentlich subventionierten Spitals».

Die Autoren vertreten die Meinung, dass ein Satz von 15 bis 20 Prozent stationären Operationen gerechtfertigt ist, unabhängig von der Versicherungssituation, und dass Krankenkassen und Vertrauensärzte erst bei Überschreiten dieser Marke aktiv werden sollten. Dieser Prozentsatz müsste alterskorrigiert indexiert werden, zum Beispiel 10 Prozent der unter 75-Jährigen und 35 Prozent der über 75-Jährigen). Weiter müsste die Augenklinik eines öffentlichen Spitals als fachärztliches Zentrum (tertiary referral) einen höheren stationären Index bekommen, und sei es nur deswegen, weil die einfacheren 80 Prozent der Operationen ausserhalb solcher Institutionen durchgeführt werden können und die Augenklinik damit ein negativ vorselektioniertes Patientengut versorgt.

Die Aussichten verbessern

Es darf auch nicht vergessen werden, dass die Ophthalmologen mit den ambulanten Kataraktoperationen weit über dem Schnitt anderer Fachspezialitäten liegen. In den OECD Health Data von 2004 beträgt die durchschnittliche Rate der 2002 ambulant operierten Katarakte in Dänemark,

¹ Siehe unter http://www.sog-ss0.ch/index.asp?topic_id=31&m=31&g=1

Finnland, Irland, Italien, Portugal und der Schweiz 62 Prozent, während in denselben Ländern nur 8,5 Prozent der laparoskopischen Cholezystektomien (endoskopische Gallenblasenoperationen ohne «grosse» Eröffnung der Bauchhöhle), 42 Prozent der venösen Ligationen und Strippings (Krampfaderoperationen), 33,5 Prozent der Inguinal- und Femoralhernien (Leistenbrüche) und 22 Prozent der Tonsillektomien (Mandeloperation) ambulant durchgeführt wurden. Die Ophthalmologen werden also für ihre Vorreiterrolle auch noch bestraft.

Das heisst: Ambulante Operationen könnten einen viel höheren Gesamtanteil sämtlicher Operationen ausmachen; die Hemmschwelle seitens der Versicherer zum Eingreifen und zur Kurskorrektur wird bei den Augenärzten sehr tief, bei den anderen chirurgischen Spezialitäten – aus Gründen, die uns Augenärzten nicht verständlich sind – sehr hoch angesetzt.

Die Kataraktoperation erlaubt eine bessere Sicht. Möge diese EINSicht die AUSSichten verbessern für eine noch bessere Versorgung der Patienten und für weniger Stress und Bürokratie im Umgang mit Ärzten und Versicherungen. ■

Autoren:

Dr. med. Hans Gruber
Ophthalmologie FMH
spez. Ophthalmochirurgie

Fraumünsterstrasse 11
8001 Zürich

E-Mail: hgruber@cybercity.ch

PD Dr. med. Jörg Stürmer
Ophthalmologie FMH
spez. Ophthalmochirurgie

Augenklinik

Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15

8400 Winterthur

E-Mail: joerg.stuermer@ksw.ch