

20 Jahre Bundesverband ambulantes Operieren: Meilensteine in der Geschichte des BAO

Anlass für die Gründung des BAO waren Sparmaßnahmen von Horst Seehofer. Heute ist der BAO ein gut vernetzter, aktiver Berufsverband

2012 +++ Jost Brökelmann +++ Quelle: BAO Depesche, Heft 25/12, Februar 2012, 6-10

Link: [BAO Depesche, Heft 25/2012](#)

I. Ambulantes Operieren vor 1991

In Deutschland ist es seit 1885 im Rahmen der Umsetzung der Gesetzlichen Unfallversicherung möglich, in Praxen von Spezialärzten Unfälle ambulant zu operieren. Die Leitsätze für das Heilverfahren wurden 1911 präzisiert¹. Der Ausdruck „Durchgangsarzt“ trat erstmals 1925 auf.² Seit 1963 gab es Richtlinien für die Bestellung von Durchgangsärzten.³

* Zahlen zu ambulanten Operationen in einer D-Arztpraxis von 1967 bis 1978 veröffentlichte u.a. Fritz.⁴ Chirurgen mit ihren Erfahrungen in D-Arztpraxen wurden so zu Vorreitern des Ambulanten Operierens in Deutschland.⁵

* Die Richtlinien für D-Arztpraxen waren wegweisend für das Ambulante Operieren, bis die neuen Hygienerichtlinien für das Ambulante Operieren 1993 erlassen wurden.

* An Krankenhäusern waren die Umstände für Oberärzte wegen des Chefarztsystems häufig frustrierend, denn Innovationen konnten nicht gegen einen Chefarzt durchgesetzt werden; ebenso konnten endoskopische Verfahren und ambulante Operationen nicht gegen den Willen des Chefarztes praktiziert werden, denn die Betten-Belegungspolitik der Krankenhäuser erforderte eine stationäre Behandlung.

1970: Eröffnung der ersten Tagesklinik für Ambulantes Operieren (Day Surgery Center) in Phoenix/Arizona, USA⁶

1976: Ambulante Laparoskopien (Tubensterilisationen) in Vollnarkose wurden erstmals in der Praxis vorgenommen.⁷

1977: Die erste fachübergreifende Tagesklinik Gynäkologie wurde in Göttingen eröffnet⁸ und von der Niedersächsischen Regierung als „Tagesklinik“ anerkannt.

1979: Erstes Symposium für Ambulantes Operieren in Deutschland.⁹ Initiator war Dr. Bourmer, Vorsitzender des Hartmannbundes, der jahrelange Erfahrungen in ambulanter Kinderchirurgie hatte. Auf dem Symposium berichteten u.a. K. Fritz¹ über Ambulantes Operieren in einer D-Arztpraxis und Prof. Dardenne über Ambulantes Operieren in der Ophthalmologie.¹⁰

1982: OP-Zuschläge wurden für ambulante Operationen in der GKV eingeführt.¹¹

* Die Nachricht vom erfolgreichen Ambulanten Operieren in Deutschland und in den USA bewegte viele Oberärzte zur Flucht aus dem Chefarztsystem.¹²

1984: Beginn der Qualitätssicherung Gynäkologie in gynäkologischen Praxen von Niedersachsen.¹³

1989: Auf der Fortbildungsveranstaltung „Ambulantes Operieren in Gynäkologie und Geburtshilfe“ des Arbeitskreises Ambulantes Operieren im Berufsverband der Frauenärzte (BVF) in Hannover wurde der Velener Arbeitskreises Ambulante Chirurgie (VAAO)¹⁴, ein Zusammenschluss gynäkologischer Tageskliniken, gegründet.

1990: Ein Arbeitskreis Ambulantes Operieren Nordrhein traf sich in Köln.¹⁵

1991: Die ambulanten Operationen wurden nur z. T. kostendeckend vergütet, von Ersatzkassen wurden bis zu 12 Pfg./Punkt gezahlt.

Zwischenfazit: Damals lockten Freiberuflichkeit, Unabhängigkeit und Belohnung durch Patientenzufriedenheit viele Oberärzte aus den Krankenhäusern in die Niederlassung; dabei spielte eine kostendeckende Vergütung der ambulanten Operationen keine wesentliche Rolle.

II. Ambulantes Operieren 1991-1999 (CDU/CSU-geführte Regierung)

1991: Gesundheitsminister Seehofer reagierte auf die Zunahme der Ausgaben im Gesundheitswesen mit harschen Sparprogrammen. Ziel war es, die Gesundheitsausgaben und Renten bis zur Bundestagswahl 1994 zu stabilisieren. Deswegen plante er ein neues Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Das Gesetz sollte die Krankenhäuser für das Ambulante Operieren öffnen; dies war bislang nur in Universitäts-Polikliniken und Belegkrankenhäusern möglich. Ambulante Operateure und Anästhesisten suchten deshalb nach politischer Rückendeckung. Am 20.11.1991 trafen sich auf der MEDICA in Düsseldorf elf Operateure und Anästhesisten, um einen Verband für Tageschirurgie zu gründen.¹⁶

1992: Die Gründung des BAO fand am 11.01.1992 im Hotel *Residence* in Bonn statt. Gründungsmitglieder waren: Martin Bockmeyer (HNO), Jost Brökelmann (Gyn), Helmut Dohnke (Gyn), Georg Feldkamp (Orth), Rolf Huber (Orth), Jan Jürgens (MKG), Rainer Lorenzen (HNO), Helge Köttgen (Uro), Michael Kubosch (Chir)[+], Rainer Michaelis (Uro), Arno de Pay (An), Christel Stoeckel-Heilenz (An), Peter Weil (Orth) und Josef Zimmermann (Augen).

Ziele des BAO¹⁷

- Förderung des Ambulanten Operierens
- Interessenvertretung der ambulant tätigen Operateure und Anästhesisten, u.a. bei der KBV, den Krankenkassen, den Privatversicherungen und den zuständigen Ministerien
- Öffentlichkeitsarbeit
- Förderung und Weiterentwicklung hochqualifizierter ärztlicher Tätigkeit in operativen Praxen/Tageskliniken

* Das Logo des Verbandes zeigt den BAO als 3. Säule im Gesundheitssystem zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern (s. Abb. 1).

* Als neugegründeter Verband stellte sich der Vorstand des BAO beim Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Oesingmann, vor. Bei diesem Besuch wurde deutlich, dass die KBV von sich aus keine Unterstützung des Ambulanten Operierens beabsichtigte.

* Eine Unterredung mit Dr. Thomae, dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP, erbrachte Übereinstimmung in der Frage der Vergütung ambulanter Operationen: Es sollte im neuen GSG eine gleiche Bezahlung für die gleiche Leistung im Krankenhaus wie in der Praxis festgeschrieben werden. Diesen wichtigen Grundsatz hat die FDP in das GSG einbringen können.

* Das GSG trat zum 1.1.1993 in Kraft.

1993: Nach zwei Abrechnungs-Quartalen war ein Verlust von 20-30% bei der Vergütung ambulanter Operationen nachweisbar. Darüber wurde eingehend auf der 1. Jahrestagung des BAO in Bonn-Bad Godesberg 1993 diskutiert. Der Verlust führte zu einem Sparprogramm in den Praxen, zu einer Forderung nach eigenem Budget für das

Ambulante Operieren und zum Ruf nach Vergütung in DM-Beträgen.¹⁸ Eine Umfrage bei den BAO-Mitgliedern brachte erste Resultate über die Betriebskosten in operativen Praxen aus dem Jahre 1991.¹⁹

* Des Weiteren wurde die Bildung von Landesverbänden beschlossen, da das neue GSG eine Regionalisierung mit sich brachte und die Möglichkeit von Verhandlungen auf Landesebene ermöglicht werden sollte.²⁰

* Nach Einführung des GSG wurden die Leistungserbringer, d.h. die Kassenärzte, Vertragärzte genannt, obwohl sie keinen schriftlichen Vertrag mit der KV hatten. Gegen diese Vortäuschung eines Vertrages gab es keinen wesentlichen Protest aus der Ärzteschaft. Die Bezeichnung „Tagesklinik“ wurde von den Ärztekammern aus Wettbewerbsgründen (?) verboten.

* Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Bundesgesundheitsamts (BGA) erarbeitete im November 1993 neue Hygiene-Richtlinien für das Ambulante Operieren.²¹ Darin forderte die BGA-Kommission unter der Leitung von Dr. Zastrow (Robert-Koch-Institut RKI) – offenbar mit Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) - 10 (zehn!) verschiedene Räume für das Ambulante Operieren in einer Praxis. Auf Betreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BGA), vertreten durch Herr Luitlen, wurden im Dezember 1993 folgende Sachverständige zu einer Sitzung des BGA hinzugezogen: Dr. Rheinberger (KBV), Jost Brökelmann (BAO), Jörg Rüggeberg (BDC), Dr. Hohlfelder (BdO) und Jacky Reydelet (Deutscher Arbeitskreis für Krankenhaushygiene). Alle Sachverständigen sprachen sich gegen eine derart große Zahl von Räumen aus. Schließlich einigte man sich auf insgesamt 3 Räume (OP-Raum, Sterilisationsraum, Abstellraum [Putzraum]).

* Der BAO beginnt eine freiwillige Qualitätssicherung Gynäkologie.²²

1994: Nach Einführung des GSG 1993 sollten neue Rechtsvorschriften für das Ambulante Operieren auf einem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht Nürnberg²³ erarbeitet werden, damit die Bundesärztekammer die erforderlichen Richtlinien herausgeben konnte. Diese Richtlinien wurden vom BAO wesentlich mitgestaltet. Die anwesenden BAO-Mitglieder waren: Jost Brökelmann, Jörg Rüggeberg, Frau Dr. Christel Stoeckel-Heilenz, Dr. Humburg und Dr. de Pay.

* Der BAO forderte bei Gesundheitsminister Seehofer betriebswirtschaftlich berechnete Komplexgebühren und einen „ungedeckelten Topf“ für Ambulantes Operieren an.²⁴ Der BAO definierte OP-Pauschalen und forderte ambulante Fallpauschalen in D-Mark.²⁵

* Gegensätzliche Meinungen zwischen BDC und BAO bezüglich der ambulanten Durchführung der Mamma-Chirurgie wurden mit der KBV diskutiert.²⁶

* Der BAO berechnete die Arbeitskapazität eines Operateurs.²⁷

* Der Präsident des Marburger Bundes Montgomery forderte öffentlich in einer „Panorama“-Sendung, dass Ambulantes Operieren nur am Krankenhaus stattfinden darf.²⁸

1995: Der BAO moniert, dass die KVen als halb-staatliche Institutionen nur den Mangel für die Regierung verwalten, und dies mit den Vertragsärzten als neuer Arbeiterklasse.²⁹

* Eine Definition von Tageskliniken als Einrichtungen des Ambulanten Operierens wurde präsentiert.³⁰

* Der BAO ist Mitbegründer der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).³¹ Jacky Reydelet wird Vize-Präsident der IAAS.

* Der BAO führte Aufsichtsbeschwerden gegen die KBV wegen nicht angemessener Vergütung.³²

1996: Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Gynäkologie des BAO (1993 – 1995) wurden

präsentiert. Die Zahl der Operationen in 1995 betrug 34.730. Die Komplikationsrate lag in den Jahren 1993 bis 1995 unter 1 %.³³

* Der BAO erarbeitete eine Empfehlung zur Aufteilung der OP-Zuschläge zwischen Operateur und Anästhesist.³⁴

* Das Finanzamt Bonn stufte den BAO als einen steuerbefreiten Berufsverband ohne Gemeinnützigkeit ein.³⁵

Meilensteine des Ambulanten Operierens (BAO)

- 1992 Gleiche Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus und in der Praxis (GSG 1993)
- 1993 Adaptation der Hygiene-Richtlinien für Tageskliniken (u. a. sachgerechte Struktur-Qualität)
- 1994 Adaptation der rechtlichen Vorschriften für Ambulantes Operieren (spätere Ärztekammer-Richtlinien)
- seit 1993 regelmäßige Veröffentlichungen: BAO-Info (1993-1999), Mitteilungen des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e. V. in der Zeitschrift *ambulant operieren* (2000-2008), BAO-Depesche (erstmalig 2001), BAO-MAO-Aktuell (2004-2009), BAO-Newsletter (seit 2009)
- seit 1993 Jahrestagungen des BAO, alle 2 Jahre mit Kongress, seit 2010 jährliche Kongresse zusammen mit dem Bund niedergelassener Chirurgen (BNC) und anderen Verbänden

1997: Das 2. Neu-Ordnungsgesetz (NOG) ließ eine Kostenerstattung bei gesetzlich Krankenversicherten zu. Dieser Passus war in letzter Minute von der FDP in das Gesetz eingebracht worden und erlaubte den Ambulanten Operateuren und Anästhesisten einen Ausbruchsversuch aus dem KV-System.³⁶

1998: Die Protest-Aktion „Phoenix“ der niedergelassenen Operateure und Anästhesisten im März 1998 machte Schlagzeilen.³⁷ Das Ambulante Operieren sollte sich wie ein Phoenix aus der Asche erheben. Bis zu 85 % der Operationen von Kassenpatienten/-innen wurden danach über Kostenerstattung mit den Krankenkassen abgerechnet.³⁸ Aber Gesundheitsminister Seehofer sah in der praktizierten Kostenerstattung eine Bedrohung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung und forderte öffentlich zur Denunziation von Operateuren, die Kostenerstattung betrieben, auf. Dann verlangte er vom SPD-regierten Land NRW Disziplinarstrafen gegen den 1. Vorsitzenden des BAO. Die Ersatzkassen beantragten den Entzug der Kassenzulassung. Die Sozialgerichte bejahten den Entzug, auch wenn kein Gesetzesverstoß nachgewiesen werden konnte. Letzten Endes urteilte das LSG Nordrhein-Westfalen, es sei den Kassen nicht zuzumuten, mit einem Systemgegner zusammenzuarbeiten.³⁹

* Der Sachverständigenrat (Die „Fünf Weisen“) sprachen sich für die Abschaffung der GKV und für eine obligate Privatversicherung aus.⁴⁰

* Die neu gewählte Regierung von SPD und Die Grünen wollte mit dem „Vorschaltgesetz“, dem „Solidaritätsstärkungsgesetz“ und dem „Gesundheitsreformgesetz 2000“ das Gesundheitswesen unter staatliche Direktion bringen.⁴¹ Die Kostenerstattung für GKV-Versicherte wurde gestrichen.

1999: Ein wöchentlicher Newsletter „BAO-MAO-Aktuell“ wird herausgegeben.⁴²

* Das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen urteilte: Ein Vertragsarzt darf nicht aus monetären, d.h. betriebswirtschaftlichen Gründen Leistungen verweigern.⁴³ Wörtlich hieß es: „*Es ist unzulässig, einem Vertragsarzt generell die Möglichkeit einzuräumen, nach*

eigener Entscheidung allein aus monetären Gründen vertragsärztliche Leistungen nicht zu erbringen“. Und weiter: „Das Vertragsarztrecht hat dienende Funktion [...] es ist nicht dazu geschaffen worden, ein angemessenes ärztliches Einkommen zu sichern“.

* Sowohl die CDU/CSU als auch die SPD und die Sozialgerichte wollten zu diesem Zeitpunkt das KV-System stabilisieren und Gegner oder Reformer des Systems ausschalten.

* Der BAO richtete eine eigene Homepage (Website) ein.⁴⁴

* Neuer Präsident des BAO wurde Dr. Jörg Rüggeberg. Die Managementgesellschaft Ambulantes Operieren (MAO) wurde gegründet.⁴⁵

III. Ambulantes Operieren 1999-2011 (SPD-geführte Regierung, Große Koalition von CDU und SPD, CDU/CSU/FDP-Regierung)

1999: Die Gesetzesvorlagen von SPD/Die Grünen riefen einen permanenten Widerstand der Ärzte hervor, besonders der Ambulanten Operateure und Anästhesisten. Die Regierung plante, die KVen und Freiberufler abzuschaffen. Die Ärzte sprachen sich mehrheitlich gegen die geplante Bürgerversicherung bzw. Einheitsversicherung der Regierung aus.

2001: Das Bundesverfassungsgericht (BVerG) entschied mit seinem Urteil über die Altersgrenzen für die Niederlassung als Vertragsarzt *„Die Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung ist ein Gemeinwohlbelang von überragendem Gewicht, der Regelungen der Berufsausübung, aber auch der Berufswahl rechtfertigt“*.⁴⁶ Damit stellte das BVerG die Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung über die Grundrechte der Bürger, insbesondere die Grundrechte der freiberuflich tätigen Ärzte.

2004: In der Großen Koalition von CDU/CSU und SPD wurde deutlich: Alle Parteien wünschten sich Macht über das Gesundheitssystem. Sie waren mehrheitlich gegen die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zum freien Wettbewerb innerhalb der Europäischen Union (EU).⁴⁷ Daraufhin gründeten die Sozialverbände ein Verbindungsbüro für Lobby-Arbeit in Brüssel, während die Ärzteverbände zerstritten blieben.

2004 und 2006: „Innovative Wochenenden“ des BAO⁴⁸: Einführung der Methoden von „Change management“ zur Förderung der konstruktiven Mitarbeit der Mitglieder

2004: Erstellen einer Korrelationstabelle zwischen den OPS-Ziffern und den Operationsziffern des EBM durch das Präsidium des BAO.⁴⁹

2009: Die neue CDU/CSU/FDP-Regierung beabsichtigte, die KVen zu stärken, um die staatliche Macht über das Gesundheitswesen zu festigen.

* Die Zahl der am D-Arztverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung teilnehmenden Durchgangsarzte betrug insgesamt 3.458, davon 1.197 an Krankenhäusern und 2.261 in freier Praxis.⁵⁰

2010: Ein Versuch der bayrischen Hausärzte, aus der KV auszutreten und eine eigene, unabhängige Organisation aufzubauen, schlug fehl.⁵¹

IV. Zukunft

Seit 1883 ist das deutsche Gesundheitssystem durch Selbstverwaltungsorgane, die unter Aufsicht des Staates stehen und damit halbstaatlich sind, geprägt. Zur NS-Zeit stand es auch unter direkter staatlicher Kontrolle. Nach dem 2. Weltkrieg waren die Selbstverwaltungsorgane zunächst relativ frei vor staatlicher Bevormundung. Seit aber gespart werden muss, gerät das Gesundheitssystem zunehmend unter staatliche Kontrolle. So wurden z. B. unter der SPD/Die Grünen-Regierung die Sozialgerichte von den ordentlichen Gerichten getrennt, d.h. sozialpolitische Probleme erhielten eine eigene Gerichtsbarkeit. Dieses Vorgehen verstößt gegen EU-Recht.⁵²

Die freien Ärzteverbände haben sich leider nie vereint und bleiben damit ohne politisches Gewicht. Nach zwei Versuchen der niedergelassenen Ärzte, sich aus den KVen herauszulösen – das waren die Ambulanten Operateure und Anästhesisten mit ihrer Aktion „Phoenix“ und kürzlich die Hausärzte – ist das staatlich gelenkte Gesundheitssystem jetzt fest in der Hand der Regierung.

Patienten und Ärzte bevorzugen nach wie vor und mehrheitlich ein Verbleiben in einem staatlichen Gesundheitssystem. Beide fordern immer mehr Finanzmittel für immer mehr Gesundheitsleistungen – und das ohne Rücksicht auf eine Bezahlbarkeit des Systems.

Die Ambulanten Operateure und Anästhesisten werden immer eine Minderheit unter den Kassenärzten/Vertragsärzten eines staatlichen Gesundheitssystems bleiben. Deshalb müssen sie, wenn sie eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen in einem wettbewerbsorientierten Europa erreichen wollen, nach Verbündeten Ausschau halten. Dazu bietet sich an:

1. Alle operativen Berufsverbände sollten eine gemeinsame Interessenvertretung finanzieren.
2. Eine Kooperation mit politisch unabhängigen Patientenverbänden sollte angestrebt werden.
3. Ein Verbindungsbüro zu Europäischen Institutionen sollte finanziert werden, denn die EU baut auf das freie Unternehmertum und den Wettbewerb und nicht auf nationale, staatliche Gesundheitssysteme. Dort sollte in die Zukunft des Ambulanten Operierens investiert werden.

Aus diesen Gründen sollten die Zermürbungskämpfe mit KVen und Krankenkassen sowie mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft begrenzt werden. Diese Behörden sollten für ambulante Fallpauschalen (DRGs) in Krankenhäusern und Tageskliniken gewonnen werden.

Fazit

Deutschland ist das Land mit den weltweit meisten, fachlich gut ausgerüsteten Tageskliniken mit einem dokumentiert guten Qualitätsstandard.

Durch ein modernes Management erbringen die Tageskliniken Ambulante Operationen und Narkosen wesentlich kostengünstiger als die Krankenhäuser.

Wie bei den D-Arzt-Praxen scheint sich eine bundesweite Verteilung der Ambulanten Operationen zu etablieren, bei der 2/3 dieser Leistungen im niedergelassenem Bereich und 1/3 in den Krankenhäusern erbracht werden.

Literatur

s. unten

1

Wickenhagen E. Geschichte der gewerblichen Unfallversicherung. Oldenbourg Verlag München Wien 1980, S.123

2 Wickenhagen s. oben S. 211

3 Wickenhagen s. oben S. 371

4 Fritz K. Ambulantes Operieren aus der Sicht des niedergelassenen Chirurgen. In: Ambulantes Operieren. Symposium des Hartmannbunds 26./27. Januar 1979 in Mainz, S. 87-96

5 Brug E. und Fritz K., Hrsg. Ambulantes Operieren in der Chirurgie. Deutscher Ärzte-Verlag 1985

6 Lemos P, Jarrett P, Philip B, (eds.) Day Surgery. Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). 2006

7 Dohnke H, Hoffmeister U. Ambulante Sterilisation der Frau. Erfahrungsbericht aus einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis. Nieders. Ärztebl. 14 (1977), 461

- 8 Breitwieser P, Doench K. Die Tagesklinik – ein Modell partieller Praxisgemeinschaft. Der
niedergelassene Arzt 27, 5 (1978), 80
- 9 Symposium des Hartmannbundes „Ambulantes Operieren“ in Mainz 1979
- 10 Dardenne M.U. Ambulantes Operieren aus Sicht des Ophthalmologen. In: Symposium des
Hartmannbundes „Ambulantes Operieren“ in Mainz 1979, S. 138-145
- 11 Brökelmann J. Entwicklung und Bedeutung ambulanter Eingriffe im internationalen Vergleich. In: Busse
J, Standl T (Hrsg.). Ambulantes Operieren. Rahmenbedingungen – Organisation - Patientenversorgung.
Springer 2007. S. 1-7
- 12 Fritz K. (Hrsg.) Ambulantes Operieren: Möglichkeiten, Probleme, Organisation. Ärzte-Verlag Köln 1992
- 13 Dohnke H. Ambulantes Operieren. Dt. Ärztebl 85, 43 (1988), 2966-2968
- 14 Dohnke H. 20 Jahre VAAO 2010. Referat auf dem VAAO-Kongress 2010
in Köln in der Praxis Dr. Palm
- 15 BAO-Info
- 16 Brökelmann J. Bundesverband für Ambulantes Operieren (BAO) gegründet. Gyne Juni 1992, 217
- 17 Zastrow J. Bericht 1. Jahrestagung des BAO vom 10.-11.09.1993. BAO-Info III/1993, 1-3
- 18 Brökelmann J. Betriebskosten in operativen Praxen. BAO-Info III/1993, 4
- 19 Rüggeberg J. Regionalisierung des BAO. BAO-Info IV/1993, 3
- 20 Brökelmann J, Rüggeberg J. Hintergrundinformationen zu den neuen BGA-Richtlinien. BAO-Info I/1994,
5-7
- 21 Brökelmann J, Hennefründ J, Dohnke H. Qualitätssicherung 1995 bei ambulanten gynäkologischen
Operationen. BAO-Info IV/1996, 11-12
- 22 BAO-Info I/1994, ?
- 23 Brökelmann J. Ambulantes Operieren und Gesundheitsminister Seehofer. BAO-Info II/1994, 9
- 24 Brökelmann J, Krüger. BAO fordert OP-Pauschalen in D-Mark. BAO-Info II/1994, 10-11
- 25 Brökelmann J. Mamma-Chirurgie – nur stationär?. BAO-Info I/1994, 10-11
- 26 Hennefründ J. Arbeitskapazität des Operateurs einer Tagesklinik. Betriebswirtschaftliche Berechnungen.
BAO-Info III/1994, 8-10
- 27 Brökelmann J. Panorama-Sendung. BAO-Info II/1994, 1
- 28 Brökelmann J. Versagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). BAO-Info III/1995, 2-5
- 29 Brökelmann J. Tageskliniken sind Einrichtungen für Ambulantes Operieren. BAO-Info I/1995, 7-9
- 30 Reydelet J. Gründung der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) Brüssel 14. bis 17.
März 1995. BAO-Info II/1995, 2-3
- 31 Brökelmann J. Aufsichtsbeschwerde gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). BAO-Info
III/1995, 15-16 und BAO-Info IV/1995, 2-4
- 32 Brökelmann J, Hennefründ J, Dohnke H. Qualitätssicherung 1995 bei ambulanten gynäkologischen
Operationen. BAO-Info IV/1996, 11-14
- 33 Rüggeberg J, Mertens E. Empfehlung des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e. V. (BAO) zur
Aufteilung der Zuschläge im Rahmen ambulanten Operierens zwischen Operateur und Anästhesist.
BAO-Info V/1996, 9
- 34 Brökelmann J. Bericht über die Mitgliederversammlung des BAO vom 18. September 1999 in Würzburg.
BAO-Info III/1999, 14-16
- 35 Brökelmann J. Kostenerstattung – ein erfolgreicher Weg aus dem Dilemma. Erfahrungen in der
Gynäkologie. BAO-Info II/1998, 11-14

37

Der Spiegel. Bei fünf Pfennig geht nichts. Der Spiegel vom 2.3.1998.

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-7834715.html>

- 38 BAO-Info IV/1998, S. 10
- 39 Brökelmann J. Wir Deutschen kranken an der "Sozial-Idee". Der Kampf der Freiberufler für
Kostenerstattung gegen den übermächtigen Sozialstaat. *ambulant operieren* 4/2002. Link:
http://www.arzt-in-europa.de/pages/2002JB_Sozialidee.html
- 40 BAO-Info IV/1998, 9
- 41 Brökelmann J. Mit dem neuen Gesetz „GKV Gesundheitsreform 2000“ monopolisiert der Staat das
Gesundheitswesen. BAO-Info II/1999, 6-8.
- 42 Siehe www.bao-mao-aktuell.de
- 43 Brökelmann J. Kritische Anmerkungen zum Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen zu
„Leistungen in roten Zahlen“ in der vertragsärztlichen Versorgung (L 11 B 35/98 KA). BAO-Info I/1999,
26-28
- 44 BAO-Info I/1999, 39

-
- ⁴⁵ BAO-Info III/1999, 2
- ⁴⁶ Brökelmann J. Bundesverfassungsgericht betätigt sich politisch. *ambulant operieren* 4/2001, 193 (AZ: 1 BvR 491/96, Beschluss vom 20. März 2001)
- ⁴⁷ Englaender A. EuGH-Urteile zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Eine ausgezeichnete Zusammenfassung der EuGH-Urteile. Link: http://www.arzt-in-europa.de/pages/2007AE_EuGH-Urteile.html
- ⁴⁸ Brökelmann J. Bewertung des Innovativen Wochenendes für das Präsidium des BAO. Link: http://www.mao-bao.de/artikel/2004JB_SeminarBonn.htm
- ⁴⁹ Rüggeberg J. Wichtige Änderung der Bestimmungen bei Simultaneingriffen. BAO-Depesche, Heft 12, 2005
- ⁵⁰ Link: http://www.dguv.de/landesverbaende/de/zahlen/d_arzt/index.jsp
- ⁵¹ siehe <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gescheiterte-rebellion-hausaerzte-chef-hoppenthaller-gibt-auf-11079946.html>
- ⁵² Koenig C, Sander C. Vertragsverletzung durch Rechtswegzuweisung? Anmerkungen zum EG-Vertragsverletzungsverfahren am Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes 2000 und der Anwendung des EG-Kartellrechts durch deutsche Sozialgerichte. EuZW Heft 23/2000, 716-722. Link: http://www.arzt-in-europa.de/pages/2000CKCS_Rechtswegzuweisung.html