Artikel online veröffentlicht: 12.06.2023

Die Komplexität handchirurgischer Therapien im Kontext sektorenübergreifender Versorgungskonzepte: Konsensusempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

The complexity of hand-surgical procedures in the context of cross-sector care concepts: a consensus recommendation of the German Society of Hand Surgery

Autorinnen/Autoren

Ralf Dietger Nyszkiewicz[1], Eva-Maria Baur[2], Jörg van Schoonhoven[3], Florian Goehtz[3], Arne Tenbrock[4], Tobias Lutz[5], Michael Millrose[6,7], Karsten Becker[8], Timm Oliver Engelhardt[9], Elisabeth Maria Haas-Lützenberger[10], Max Haerle[11], Mohssem Hakimi[12], Martin Lautenbach[4], Marion Mühldorfer-Fodor[3], Natascha Weihs[3], Alexander Zach[13], Adrian Scale[14]

Institute

1 Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie, GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde, Eberswalde, Germany
2 Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie Dr. med. Eva Baur, Murnau, Germany
3 Klinik für Handchirurgie, Rhön Klinikum Campus Bad Neustadt, Bad Neustadt, Germany
4 Abteilung Handchirurgie, obere Extremität und Fußchirurgie, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumaorthopädie, Krankenhaus Waldfriede Berlin, Berlin, Germany
5 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Sana Kliniken Lübeck GmbH, Lübeck, Germany
6 Abteilung für Unfallchirurgie, Sportorthopädie, Kindertraumatologie und Handchirurgie, Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Garmisch-Partenkirchen, Germany
7 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität - Nürnberg, Nürnberg, Germany
8 Handchirurgisches Zentrum Dr. Karsten Becker, Hannover, Germany
9 Plastische Chirurgie & Handchirurgie Ebersberg, Kreisklinik Ebersberg gemeinnützige GmbH Pfarrer-Guggetzer, Germany
10 Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Ludwig Maximilians Universität, München, Germany
11 Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie, Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH, Markgröningen, Germany
12 Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie, Vivantes Klinikum, Berlin, Germany
13 Praxis für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie Dr. Zach, Greifswald, Germany
14 Fachbereich Hand- und Replantationschirurgie, BG Unfallkrankenhaus Berlin, Berlin, Germany

Schlüsselwörter

Ambulantes Operieren, §115b SGB V, IGES-Gutachten, AOP-Vertrag, Patientensicherheit

key words

Outpatient surgery, §115b SGB V, IGES expert opinion, Outpatient surgery agreement, Patient safety

eingereicht 25.03.2023
akzeptiert 29.03.2023

Bibliografie

Handchir Mikrochir Plast Chir 2023; 55: 216–222
DOI 10.1055/a-2067-4727
ISSN 0722-1819
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Ralf Dietger Nyszkiewicz
GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie
Rudolf-Breitscheid-Strasse 100
16225 Eberswalde
Germany
rdnyszkiewicz@gmail.com

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

ZUSAMMENFASSUNG

Die zunehmende ökonomische Einflussnahme auf die Versorgung von Patienten hat nicht zuletzt durch die politisch gewollte Ambulantisierung von operativen Behandlungen aktuell einen Höhepunkt erreicht. Das im Jahr 2022 veröffentlichte Gutachten des IGES-Institutes hat in dieser Hinsicht einen wichtigen Beitrag geleistet. Im Vorwege der Veröffentlichung herrschten zum Teil erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich des Inhaltes dieses Gutachtens. Dies war nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass die medizinischen Fachgesellschaften, vertreten durch die AWMF, im Rahmen der Erstellung dieses Gutachtens nur teilweise eingebunden waren. Dennoch zeigten sich nach Veröffentlichung dieses Gutachtens teilweise begrüßenswerte Ansätze. Einerseits findet sich eine relativ hohe Zahl von Leistungen, die Krankenhäuser gemäß den Empfehlungen zukünftig auch ambulant erbringen können. Diese resultiert aus einem sogenannten potenzialorientierten Ansatz der Gutachter. Maßgeblich war, dass Möglichkeiten für eine ambulante Durchführung bestehen. Da bei diesem Ansatz auch nach Ansicht der Gutachter die Gefahr besteht, „über das Ziel hinaus" zu schießen, wurden sogenannte „Kontextfaktoren" definiert, die erfüllt sein sollten, damit ein Eingriff dann auch tatsächlich ambulant erbracht werden kann. Diese Kontextfaktoren berücksichtigen sehr viel detaillierter die Gesamtumstände des jeweiligen Falles als das frühere G-AEP (German Appropriateness Evaluation Protocol), insbesondere was die Berücksichtigung der perioperativen Infrastruktur ebenso wie die individuelle Situation des einzelnen Patienten anbelangt. Leider musste man feststellen, dass bei der Umsetzung der Empfehlungen dieses Gutachtens in eine Neufassung des Vertrages zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (AOP-Vertrag) weit überwiegend nur die Punkte des Gutachtens, die eine Ausweitung des ambulanten Operierens forderten, in dem neuen AOP-Vertrag umgesetzt worden sind. Insbesondere die aus medizinischer Sicht wichtigen Aspekte für eine patientenindividuelle Anpassung der ambulanten Leistungserbringung (z. B. hohes Alter, Frailty, Begleiterkrankungen) wurden ebenso wie die wichtigen Strukturvoraussetzungen für die ambulante postoperative Betreuung bestenfalls rudimentär in den neuen AOP-Vertrag mit aufgenommen. Aus diesem Grunde sah die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie sich genötigt, ihren Mitgliedern eine Empfehlung an die Hand zu geben, welche medizinischen Aspekte insbesondere bei der Durchführung handchirurgischer Operationen Berücksichtigung finden müssen, um auch bei ambulanter Leistungserbringung ein Höchstmaß an Sicherheit für die uns anvertrauten Patienten zu garantieren. Es wurde eine Expertengruppe aus erfahrenen Handchirurginnen und Handchirurgen sowie Handtherapeuten gebildet, die an Krankenhäusern jeder Versorgungsstufe und als niedergelassene Operateure tätig sind, um gemeinsam konsentierte Handlungsempfehlungen zu formulieren.

ABSTRACT

Overboarding politcal influence in Germany concerning medical issues has come to a new peak. The report by the IGES Institute published in 2022 made an important contribution in this regard. Unfortunately, only that part of the recommendations of this report were implemented in a new version of the contract for outpatient surgery according to Section 115b SGB V (AOP contract), that called for an expansion of outpatient surgery. In particular, those aspects that are important from a medical point of view for a patient-specific adjustment of outpatient surgery (e. g. old age, frailty, comorbidities) as well as the important structural requirements for outpatient postoperative care were included in the new AOP contract at best in a rudimentary manner. For this reason, the German Society for Hand Surgery felt compelled to give its members a recommendation as to which medical aspects must be taken into account, especially when performing hand surgery operations, in order to ensure the highest level of safety for the patients entrusted to us while performing outpatient surgery. An expert group of experienced hand surgeons and hand therapists who work in hospitals of all levels of care as well as resident surgeons was formed in order to formulate mutually agreed recommendations for action.

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

Einleitung und Problembeschreibung

Anfang 2022 veröffentlichte das IGES-Institut ein Gutachten zur Überarbeitung des Katalogs „ambulantes Operieren". Eine Kernaussage des Gutachtens ist, dass eine einfache Unterscheidung zwischen grundsätzlich ambulant und grundsätzlich stationär zu erbringenden Leistungen eigentlich nicht möglich ist. Es werden lediglich noch grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen aufgeführt, so dass die bisherige Einteilung in grundsätzlich ambulant respektive grundsätzlich stationär zu erbringende Leistungen verlassen wird. Andererseits beschränkt sich die Abschätzung des Risikoprofils ab sofort nicht mehr nur allein auf die durchgeführte Operation und eine kleine Auswahl an Begleiterkrankungen. Zukünftig werden relevante Aspekte wie etwaige Kombinationseingriffe, sämtliche Begleiterkrankungen, Alter, soziale Eingebundenheit ebenso wie die für die perioperative Betreuung erforderliche Infrastruktur für die Beurteilung des Risikoprofils mit einkalkuliert. Grundsätzlich ist diese Erweiterung zur deutlich realistischeren Einschätzung des Risikoprofils eines Patienten zu begrüßen. Die Gefahr hierbei ist jedoch die Möglichkeit, automatisiert anhand eines Algorithmus das Risikoprofil eines Patienten zu bestimmen und in Abhängigkeit davon über die Art der Leistungserbringung zu entscheiden.

Worum es geht

Auch wenn die Vorschläge dieses Gutachtens besser differenzieren zwischen rein ambulant, rein stationär und intermediären Versorgungsformen, so muss eindeutig festgestellt werden, dass die Entscheidung über die Art der Versorgung letztlich nicht mittels computergestützter Analysen gefällt werden kann. Auch kann nicht im Nachgang der erbrachten Leistung durch den medizinischen Dienst

diese Entscheidung getroffen werden. Vielmehr ist es unabdingbar, dass diese Entscheidung stets bei demjenigen liegen muss, der die Verantwortung für das Wohl der ihm anvertrauten Patienten hat: Bei dem Operateur [1, 6, 10, 12–16]. Oftmals wird von Seiten nicht medizinischer Interessensgruppen (Krankenkassen, etc.) impliziert, dass im Bereich des ambulanten Operierens unter anderem deshalb ein hohes Einsparpotenzial vorliegen würde, weil hier die Anzahl der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reduziert werden könne und auf gut ausgebildetes und hoch qualifiziertes Personal (insbesondere im pflegerischen Bereich) ebenso verzichtet werden kann, wie auf die Einhaltung hoher Hygienestandards (Stichwort OP-Feld-Abdeckung). Dies ist unzutreffend! Im Gegenteil: Die zunehmende Verlagerung auch größerer Eingriffe in den ambulanten Bereich erfordert hier die identischen Hygienestandards wie im stationären Bereich und das Personal muss ebenfalls mindestens die gleiche Qualifikation aufweisen, wie das im stationären Bereich eingesetzte Personal. Es ist vielmehr so, dass hier eher eine höhere Qualifikation des Personals zu fordern ist, weil oftmals auch ärztliche Hilfstätigkeiten unter Aufsicht des Operateurs mit ausgeführt werden müssen. Die Tatsache, dass durch den Einsatz von weniger (und ggf. schlechter qualifiziertem) Personal in der Betreuung von Patienten die Behandlungsqualität sinkt, ist bekannt und durch Studien belegt [3]. Insbesondere im Bereich der Handchirurgie ist die Situation darüber hinaus sehr viel komplizierter als in vielen anderen Bereichen der (operativen) Medizin [1, 6, 12–16]. Frühere Behandlungsmethoden, bei denen die jeweiligen unterschiedlichen Fachgruppen nur die dieser Fachgruppe jeweils zugeordneten Strukturen an der Hand behandelt haben, haben oft zu katastrophalen Behandlungsergebnissen geführt. Aufgrund der Komplexität der Anatomie und der verschiedenen Behandlungsmodalitäten wurde die Subspezialisierung Handchirurgie eingeführt. Eine Fehleinschätzung von Erkrankungen und Verletzungen der Hand durch nicht spezialisierte Ärztinnen und Ärzte führt nicht nur zu einer Verzögerung einer sachgerechten Behandlung und somit zu einer Verlängerung des Leidens der betroffenen Patienten, sondern führt auch zu entsprechenden ökonomischen Folgen für den Einzelnen und das System [17].

Die Handchirurgie stellt in mehrfacher Hinsicht eine medizinische Spezialdisziplin dar, die sich von anderen medizinischen Fachrichtungen unterscheidet [10]. Kennzeichnend für die Handchirurgie ist insbesondere die Tatsache, dass es sich hier nicht um eine organspezifische Subspezialisierung oder um eine Spezialisierung auf eine anatomische Struktur (zum Beispiel Herzerkrankungen in der Kardiologie und Kardiochirurgie, Gefäßerkrankungen in der Angiologie und Gefäßchirurgie usw.) oder um eine spezielle Behandlungsform wie beispielsweise die physikalische Medizin handelt. Die Handchirurgie ist weit mehr als nur eine organspezifische Spezialisierung. Sie ist die Spezialisierung auf eine Körperregion als funktionelle Einheit. Die Hand ist nicht ein isoliertes Organ wie die Leber, das Herz oder die Lunge, sie besteht auch nicht allein aus Gefäßen oder Nerven. Die Hand ist ein Organsystem, welches zu extrem vielfältigen und komplexen Leistungen in der Lage ist. Die Hand ist das einzige Körperteil, welches als Werkzeug sowohl für grobe und kraftvolle als auch für feine und hochspezialisierte Tätigkeiten geeignet ist. Die Hand ist Sinnesorgan und Kommunikationsmittel und nicht zuletzt ist sie Sozialorgan. Nach dem Gesicht ist die Hand das Körperteil, welches am intensivsten den kritischen Blicken der Mitmenschen ausgesetzt ist. Ist die Hand erkrankt oder verletzt, ist nicht nur das Alltagsleben der Betroffenen erheblich behindert, sondern auch ihre berufliche Situation häufig entscheidend beeinflusst. Die Vielzahl der auf engstem Raum zusammenliegenden wichtigen anatomisch-funktionellen Strukturen, ihre leichte Verletzbarkeit – auch durch Bagatellverletzungen – und die enorme Schwierigkeit bei der Wiederherstellung sind Gründe, denen das Fachgebiet der Handchirurgie Rechnung trägt. Die Kenntnisse und Therapiemethoden unterschiedlichster medizinischer Fachgebiete werden in der Handchirurgie gebündelt mit dem Ziel der möglichst vollständigen Wiederherstellung der Funktion [12]. Erkrankungen, Verletzungen oder Deformitäten der Funktionseinheit Unterarm, Handgelenk und Hand sollen durch Handchirurgen behandelt werden [4, 5, 9, 10, 12, 17], da nur diese die Expertise aller Operationstechniken (Nervenchirurgie, Mikrochirurgie, Sehnenchirurgie, Knochen- und Gelenkschirurgie, plastisch rekonstruktive Chirurgie) sowie aller konservativer Therapietechniken in ihrer Gesamtheit aufweisen. Handchirurgen haben sich zusätzlich zu der chirurgischen Facharztausbildung auf die Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Hand spezialisiert. Diese Expertise wird durch die entsprechende Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ nachgewiesen. Zudem weist das Expertenzertifikat der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie diejenigen Handchirurgen aus, die sich besonders intensiv mit der Materie befassen und eine überdurchschnittliche Expertise auf diesem Gebiet vorweisen können. Auch die Kolleginnen und Kollegen, die das europäische Facharztdiplom Handchirurgie (EBHS) erworben haben, weisen diese Kenntnisse und Fähigkeiten auf. Die Hand ist ein Organ, dessen Funktion in ganz besonderem Maße auf die Beweglichkeit der Finger und des Handgelenkes sowie auf das Zusammenspiel zwischen optimaler Beweglichkeit und Sensibilität angewiesen ist. Um diese Fähigkeiten schnellstmöglich nach einem Eingriff wiederzugewinnen, ist eine frühfunktionelle Nachbehandlung unerlässlich. Die Hand toleriert im Vergleich zu anderen Organsystemen weitaus weniger posttraumatische und postoperative Schwellungen oder Durchblutungsstörungen. Ihre Kompensationsfähigkeit ist also streng limitiert und eine Überlastung der Kompensationsmöglichkeiten kann zu folgenschweren Schäden führen. Die Notwendigkeit einer frühzeitig begonnenen Handtherapie [1, 6, 9, 10, 13–16] führt zu einer zusätzlichen Belastung dieser Kompensationsmechanismen, was bei der Operationsplanung berücksichtigt werden muss. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte bilden sich speziell zum Handchirurg weiter, sondern auch Physio- und Ergotherapeuten haben die Möglichkeit, sich als Handtherapeut zu spezialisieren. Handtherapeuten stellen, ähnlich wie Handchirurgen eine gesondert ausgebildete und spezialisierte Gruppe innerhalb der Physio- und Ergotherapeuten dar.

Spezialgebiet Handchirurgie

Das folgende Beispiel mag die Problematik der Verletzungen oder Operationen im Bereich der Hand verdeutlichen:

Wenn ein Finger, beispielsweise für eine Tenolyse oder die operative Behandlung eines Morbus Dupuytren von der Hohlhand bis zur Fingerkuppe aufgeschnitten werden muss, mag das auf den ersten Blick für den wenig handchirurgisch Erfahrenen als kleiner

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

Eingriff erscheinen. Die besonders enge Beziehung der einzelnen anatomischen Strukturen zueinander und insbesondere der Sehnen zu den Knochen und Bändern birgt ein sehr hohes Risiko von Verklebungen, Vernarbungen und Verwachsungen nach Verletzungen, Operationen oder Ruhigstellungen mit entsprechender Bewegungs- und Funktionseinschränkung [1, 6, 10, 13–15]. Hier muss durch eine gezielte unmittelbar postoperative Handtherapie entgegengewirkt werden.

Ebenso essentiell wie die Kenntnis der Anatomie und der Funktion der Hand ist die Kenntnis der verschiedenen operativen und konservativen Behandlungsmethoden, sowie deren Verläufe für die erfolgreiche Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Hand. Nicht zuletzt bedarf es der ausführlichen Erfahrung in einer an die jeweilige Handerkrankung respektive Handverletzung und an die individuelle Situation des Patienten angepasste prä-, intra- und postoperative Therapie. Dies gilt für alle an der Behandlung handchirurgischer Patientinnen und Patienten beteiligte Personen. Diese Umstände unterstreichen die Relevanz einer speziellen Ausbildung für Handchirurgen und Handtherapeuten. Die hier gesetzten Qualitätskriterien müssen letztendlich von allen Ärztinnen und Ärzten, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten, die an der Behandlung handchirurgischer Patienten beteiligt sind, erfüllt werden. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen ist bei den Berufsgenossenschaften schon seit vielen Jahren die handtherapeutische Nachbehandlung integrativer Bestandteil des Gesamt-Behandlungskonzeptes [4, 5, 7–9, 11]. Maßnahmen wie die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) oder die berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) zeigen deutlich, wie wichtig ein Gesamtkonzept für den Behandlungserfolg ist [4, 5, 7–9, 11]. Die Berufsgenossenschaften haben erkannt und umgesetzt, dass die Handchirurgie einen elementaren Stellenwert in der Behandlung hat. Dies zeigt sich durch entsprechende Vorschriften. So gibt es spezielle Anforderungen zur Beteiligung geeigneter Kliniken und Abteilungen für die handchirurgischen Fälle des Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV Hand).

Am Beispiel einer Tenolyse soll die Problematik verdeutlicht werden. Nicht selten kommt es nach Unfällen im Bereich der Hände und deren Behandlung zu narbigen Verklebungen der Sehnen mit Einsteifung. In solchen Fällen ist es erforderlich, eine sogenannte Tenolyse vorzunehmen. Dies bedeutet, dass die narbig verklebten Sehnen operativ aus den Verwachsungen herausgelöst werden. Das Ziel ist eine Verbesserung der Beweglichkeit des eingesteiften Fingers. Operative Lösungen von verklebten Sehnen führen jedoch ebenfalls wieder zu frischen Wunden mit Schmerzen und einer natürlichen Schonhaltung. Trotzdem müssen die gelösten Sehnen direkt postoperativ in Bewegung gehalten werden, um eine erneute Verklebung zu verhindern. Hierfür muss noch ab dem Operationstag, spätestens aber ab dem ersten postoperativen Tag mit einer intensiven, möglichst mehrmals täglichen Physio- und/oder Ergotherapie begonnen werden [6]. Dies bedarf auch der kontinuierlich angepassten Schmerztherapie. Ohne diese intensive postoperative Behandlung ist die Durchführung einer Tenolyse nicht erfolgreich. Die Einflussfaktoren zur Beurteilung, wie die Nachbehandlung genau durchzuführen ist , sind sehr individuell. Zu berücksichtigen sind das Verletzungsmuster, der Heilungsverlauf sowie der Zeitpunkt der Tenolyse und die Mitarbeit des Patienten. Das Vorhandensein und die Erreichbarkeit der Handtherapeuten und das häusliche Umfeld des Patienten sind ebenfalls entscheidend für den Behandlungserfolg. Die Nachbehandlung nach einer handchirurgischen Operation sollte eine suffiziente Wiederherstellung der Teilhabe am Berufs- und Alltagsleben zum Ziel haben, zumindest aber die möglichst weitgehende Erhaltung der durch die Operation erreichten Funktion. Grundsätzlich ist das Ziel der Krankenbehandlung die Wiederherstellung des Zustandes vor Eintritt der Krankheit, möglichst im Sinne einer völligen Gesundung; es soll der Status wieder erreicht werden, der vor dem schädigenden Ereignis bestand (Bundessozialgerichtsurteil vom 10. April 2008 Az: B 3 KR 19/05 R). Hierbei liegt das Augenmerk auf dem Erhalt bzw. dem Erreichen des aufgrund des Ausgangsbefundes realistisch zu erwartenden Resultats. Bei speziellen Indikationen kann die Nachbehandlung als eine wesentliche tragende Säule des Gesamttherapiekonzepts direkt postoperativ indiziert sein und muss entsprechend bis zur Sicherung einer vertretbaren Wundkonsolidierung in der Anbindung an den Operateur erfolgen, der dafür eine geeignete postoperative Infrastruktur vorhalten oder organisieren muss [1, 6, 12–16]. Gerade bei handchirurgischen Krankheitsbildern ist nicht selten eine langfristige Handtherapie im Zusammenhang mit der erforderlichen Betreuung durch den Handchirurgen notwendig. „Langfristig“ bedeutet in diesem Fall, dass man von Zeiträumen von mehreren Monaten, im Einzelfall sogar über Jahre redet [2]. Hier kann die persönliche Expertise des behandelnden Arztes nicht durch standardisierte Prüfmechanismen oder computergestützte Algorithmen ersetzt werden. Wegen der oben erwähnten limitierten Kompensationsfähigkeit und den damit verbundenen Gefahren ist es erforderlich, die operierte Hand kontinuierlich zu überprüfen. Das Gleiche gilt für die Überprüfung der frühfunktionellen Handtherapie hinsichtlich ihres Erfolges. Diese Beurteilung bedarf entsprechender medizinischer Expertise im multiprofessionellen Team und kann keinesfalls dem Patienten selber oder seinen Angehörigen als medizinischen Laien überlassen werden. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, für eine solche Behandlung zu gewährleisten, dass dem Patienten in der durch Schwellungszustände, Nachblutungen und Perfusionsstörungen frühen „gefährlichen“ postoperativen Phase jederzeit ein medizinisch geschulter Ansprechpartner zur Verfügung steht. Wie engmaschig die entsprechende postoperative Überwachung sein muss, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hierfür gibt es keine allgemeinen Regeln. Der Zeitraum der Gefährdung beträgt erfahrungsgemäß mindestens drei bis vier Tage nach der Operation, kann aber in Abhängigkeit von der individuellen Situation des Patienten, auch durchaus länger als 14 Tage betragen. Die Erfahrung des behandelnden Arztes ist der entscheidende Messparameter dafür. Die Intensität der Überwachung einerseits (Anzahl der Kontrollen pro Tag) und die Durchführung dieser Überwachung (durch den Operateur selbst, durch geschultes medizinisches Personal wie Pflegepersonal, Handtherapeuten und ggf. Schmerztherapeuten) festzulegen, liegt in der Hand des behandelnden Handchirurgen [1, 5, 6, 14–16]. Das hier aufgeführte Beispiel der Tenolyse ist nur ein Beispiel für viele. Ähnliche Beispiele, die in diese Gruppe gehören, sind u. a. Morbus Dupuytren, Sehnen- und Nervenverletzungen, motorische Ersatzoperationen aber auch rekonstruktive Eingriffe wie Arthroplastiken oder plastische Rekonstruktionen von Gewebedefekten. Ein weiteres wichtiges Krankheitsbild, bei dem insbesondere die koordinierte Behandlung von teilweise jahrelang

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

anhaltenden Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und den psychischen Folgen der Erkrankung mit einem sehr individuell anzupassenden Behandlungsregime erforderlich ist, ist das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS). Als Arzt, der die Behandlung eines Patienten durchführt, nimmt man eine Garantenstellung dem Patienten gegenüber ein, dass durch die erforderlichen medizinischen Maßnahmen keine unnötige Gefährdung der Gesundheit und der Handfunktion des Patienten resultiert. Hierzu gehört es auch sicherzustellen, dass diese erforderliche intensive perioperative Betreuung des Patienten gewährleistet ist [1, 2, 4–6, 10, 12–15]. Dabei ist es unbedeutend, ob der Eingriff unter ambulanten oder stationären Bedingungen stattfindet. Entscheidend ist, dass die perioperative Überwachung des Patienten und seine Betreuung hinsichtlich möglicher drohender Probleme gewährleistet wird. Auch hier hat sich das Bundessozialgericht in dem oben zitierten Urteil dahingehend festgelegt, dass der Arzt dafür Sorge zu tragen hat, dass der Patient durch die ärztlich angeordneten Maßnahmen, insbesondere durch die Beendigung einer engmaschigen Betreuung durch fachlich geschultes medizinisches Personal, nicht einer gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt werden darf. Entscheidend sei bei dieser Entscheidung, dass eine entsprechende Weiterbehandlung nach der Art der Erkrankung und den Verhältnissen des Einzelfalles möglich und zumutbar und das Behandlungsrisiko konkret beherrschbar sein muss. Insbesondere dürfe kein gesundheitlicher Nachteil drohen (z. B. unkontrollierte Nachblutungsgefahr). Die Entscheidung über Therapieform und -ausmaß darf nicht von außen vorgegeben werden, sie muss stets bei dem behandelnden Arzt liegen. Entscheidend sind hier stets die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall. Bereits in seinem Urteil vom 10.04.2008 (B 3 KR 20/07 R 4/12) hat das Bundessozialgericht festgelegt, dass der Maßstab für die jeweilige Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapieform nicht ein "objektiver Patient" und dessen abstrakte Krankheitsgeschichte sein kann. Es müsse vielmehr stets auf die aktuell vorliegende individuelle Krankengeschichte bei der Entscheidungsfindung über die jeweilige Therapieform zurückgegriffen werden. In dem gleichen Urteil hat das Bundessozialgericht darauf hingewiesen, dass auch außermedizinische Gesichtspunkte, wie etwa die Lebensumstände und die häusliche Situation des Patienten, bei der Entscheidung zu berücksichtigen sind, in welcher Art und Weise die Behandlung des Patienten im konkreten Fall vorgenommen werden muss.

Leider scheinen in der neuen Version des AOP-Kataloges nur selektierte Vorschläge des IGES-Gutachtens berücksichtigt zu werden. Die Vorschläge zur Berücksichtigung eines hohen Lebensalters, der gesundheitlichen Verfassung des Patienten (Frailty), der Eingriffskomplexität (Kombinationseingriffe) und insbesondere auch der Vorschlag zur Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur, die in dem Gutachten gemacht worden sind, finden sich in der aktuell diskutierten Version der Vorgaben für das ambulante Operieren nicht wieder.

FAZIT

- Die Hand ist ein kompliziertes Organ, welches mit keinem anderen Organsystem des Körpers vergleichbar ist. Dieser Aspekt wird auch durch die Tatsache verdeutlicht, dass die Entwicklung von Hand und menschlichem Gehirn parallel verlaufen sind und die Hand als wesentlicher Faktor in der Entwicklung der Spezies Mensch anzusehen ist.
- Die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen der Hand setzt stets eine handchirurgische respektive handtherapeutische Expertise voraus.
- Unabhängig von stationärer oder ambulanter Leistungserbringung müssen die Qualitätskriterien für die Behandlung von Verletzungen oder Erkrankungen der Hand gleich sein und die strukturellen Voraussetzungen für eine vollumfängliche Behandlung müssen vorliegen. Die Entscheidung über die Art der Therapie hat der behandelnde Arzt zu treffen, der auch die Verantwortung trägt. Diese Verantwortung kann nicht auf computergestützte Algorithmen anhand standardisierter Kataloge übertragen werden.
- Durch die präzise Einhaltung der aktuellen Vorschriften im AOP-Katalog würden die behandelnden Ärzte Gefahr laufen, gegen geltendes Recht (siehe die zitierten höchstrichterlichen Urteile) zu verstoßen. Aus diesem Grunde sollen die in diesem Konsensuspapier erarbeiteten Grundsätze für die Beurteilung eine Richtschnur dafür sein, inwieweit die ambulante Leistungserbringung im Einzelfall zu verantworten ist. Sie soll den Operateur bei der Wahrnehmung seiner Verantwortung für den ihm anvertrauten Patienten unterstützen.
- Ambulantes Operieren ist keine „Operation light"! Hinsichtlich der personellen wie sächlichen Ausstattung, hinsichtlich der Ansprüche an Hygiene und Patientensicherheit müssen die identischen Qualitätskriterien erfüllt werden, wie beim Operieren unter stationären Bedingungen.

Erklärung des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie hat schon 2014 die Kommission „Qualität und Versorgungsformen" gegründet. Diese wurde vom Vorstand beauftragt, in den Jahren 2015 und 2016 eine Umfrage bei Mitgliedern der DGH durchzuführen, um die reale Versorgungssituation handchirurgischer Patienten in Deutschland zu erfassen. Dabei wurde speziell die Frage beantwortet, welche handchirurgischen Leistungen in Deutschland, aus Sicht der Mitglieder der DGH, in welchen Versorgungsformen (ambulant oder stationär) erbracht werden sollten.

Für diese Befragung wurden 3 repräsentative Mitgliedergruppen der DGH gebildet und die befragten handchirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte diesen Gruppen zugeordnet. Gruppe 1 umfasste ausschließlich ambulant, Gruppe 2 belegärztlich und Gruppe 3 in Krankenhausabteilungen, unter handchirurgischer Leitung,

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

tätige Handchirurginnen und Handchirurgen. In Gruppe 3 wurden dabei in gleicher Verteilung Abteilungen universitärer, privater, konfessioneller, kommunaler und berufsgenossenschaftlicher Träger erfasst.

Als Grundlage für die Datenerfassung wurden vor allem die im AOP-Katalog aufgeführten OPS genutzt. Jedes befragte DGH-Mitglied gab dabei zu jeder einzelnen OPS an, ob diese aus persönlicher Sicht ambulant oder stationär erbracht werden sollte. Zusätzlich konnten besondere Anmerkungen zu erschwerenden Ausprägungen handchirurgischer Erkrankungsformen (z. B. Rezidiverkrankung, gleichzeitige Mehrfingererkrankung etc.) gemacht werden.

100 % der befragten Mitglieder nahmen an der Umfrage aktiv teil. Die Ergebnisse der Befragung dieser Mitgliedergruppen zeigten dabei eine sehr große Übereinstimmung der empfohlenen Versorgungsformen.

Die erfassten OPS wurden dann in Gruppen zusammengefasst. Gruppe 1 enthielt nur OPS, die von allen befragten handchirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte als nur stationär zu erbringen bewertet wurden. Gruppe 2 enthielt OPS, die von der überwiegenden Anzahl der befragten handchirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte als nur stationär zu erbringen bewertet wurden. Gruppe 3 enthielt OPS, für die übereinstimmend ambulante Operationen als Behandlungswege empfohlen wurden. Gruppe 4 enthielt OPS, bei denen keine ausreichende Übereinstimmung der Versorgungswege erfasst werden konnten.

Aus den gewonnenen Daten dieser repräsentativen Mitgliederbefragung konnten dann die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie entwickelt werden, welche OPS aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht der Fachgesellschaft unter ambulanten oder stationären Bedingungen erbracht werden sollen.

Diese Empfehlungen sind nun über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (www.dg-h.de) abrufbar. Die OPS wurden dabei u. a. auch auf den aktuellen AOP-Katalog übertragen. Eine Darstellung für welche einzelne OPS eine stationäre oder ambulante Behandlung aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie empfohlen ist, kann hier eingesehen werden.

Die Mitgliederbefragung war auch die Basis für die Entwicklung der ersten (Handchir Mikrochir Plast Chir 2020; 52(03): 244–248) und der hier vorliegenden zweiten Konsensusempfehlung der DGH.

Gez

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Mitarbeitenden der Expertengruppe für die sehr konstruktive Zusammenarbeit ganz herzlich bedanken. Ohne die vielen Hinweise und Kommentare, die Diskussionen um Begrifflichkeiten und die Beleuchtung der unterschiedlichen Aspekte der Problematik des ambulanten Operierens aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der einzelnen Mitglieder der Expertengruppe hätte diese Konsensusempfehlung nicht entstehen können. Sowohl aus ärztlicher als auch aus handtherapeutischer Sicht, sowohl aus der Sicht der Niederlassung als auch aus der Sicht der Krankenhausmedizin wurde fachlich kompetent und sachlich das gesamte Problemfeld des ambulanten Operierens unter den Bedingungen des neuen AOP-Kataloges diskutiert. Jeder einzelne Beitrag von jedem einzelnen Mitglied unserer Expertengruppe hat dazu beigetragen, diesen Artikel zu einem wie ich hoffe wertvollen Instrument für die Kolleginnen und Kollegen zu machen, wenn es gilt, die eigenen therapeutischen Entscheidungen zukünftig gegenüber den Regularien der Kassen zu verteidigen.

Autorinnen/Autoren

Dr. med, Ralf Nyszkiewicz
Geboren 1958 in Hamburg; Studium der Medizin in Kiel 1980–1986; Weiterbildung Allgemeinchirurgie Krankenhaus Itzehoe1987–1994; Weiterbildung Zusatzbezeichnung Handchirurgie, Krankenhaus Elim, Hamburg, CA Dr. R. Neumann 1994–1997; Oberarzt der Abteilung für Handchirurgie im Krankenhaus Elim in Hamburg (später Diakonieklinikum Hamburg) 1997–2011; Seit 2012 Leiter der Abteilung Handchirurgie innerhalb der Klinik für Orthopädie, Unfall und Handchirurgie, Werner Forßmann Krankenhaus, Eberswalde.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] Asmus A, Kim S, Millrose M et al. Rehabilitation nach Beugesehnenverletzungen an der Hand. Der Orthopäde 2015; 44: 786–802

[2] Birklein F. et al., Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS), S1-Leitlinie, 2018; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Onlinewww.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 16.10.2022)

[3] Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM et al. Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. Am J Infect Control 2012; 40: 486–490

[4] Eisenschenk A, Ekkernkamp A, Witzel A et al. Qualitätsmanagement zur optimierten Steuerung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens für Handverletzungen. Trauma Berufskrankheit 2001; 3: 65–69

[5] Heitmann B, Haverkamp V, Homann HH. Handchirurgische Rehabilitation im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren Trauma. Berufskrankheit 2015; 17: 82–87

[6] Hohendorff B, Kaya H, Spies CK et al. Tenolyse von Streck- und Beugesehnen an der Hand. Der Orthopäde 2020; 49: 771–783

[7] Leuftink D. „Heilbehandlung“ mit allen geeigneten Mitteln „im Zeitalter der Wirtschaftlichkeit“. Trauma Berufskrankheit 2001; 3: S2–S6

[8] Lohsträter A, Froese E. Dialogisches Rehabilitationsmanagement der VBG. Trauma Berufskrankheit 2005; 7: S241–S246

[9] Lohsträter A, Schmidt J. Rehabilitationsmanagement bei Hand- und Handgelenkverletzungen aus Sicht des UV-Trägers. Trauma Berufskrankheit 2002; 4: 163–167

[10] Schuster C. Hand. In: Weigel B, Nerlich ML, (Hrsg.) Praxisbuch Unfallchirurgie. 2. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag: 2011: 387–468

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.

[11] Millrose M et al. Results of a special interdisciplinary hand therapy program for work-related injuries. Hand Surg Rehabil 2020; 39: 575–579

[12] Partecke B-D. Qualitätssicherung und Management von Handverletzungen aus der Sicht des Handchirurgen. Trauma Berufskrankheit 2001; 3: S479–S486

[13] Pillukat T, Walle L, Stüber J et al. Rezidiveingriffe beim Morbus Dupuytren. Orthopäde 2017; 46: 342–352

[14] Quadlbaur S, Pezzel C, Jurkowitsch J et al. Kombinierte Beugesehnen- und Fingernervenverletzungen. Unfallchirurgie & Sporttraumatologie 2014; 2: 24–27

[15] Werdin F, Schaller H-E. Kombinierte Beugesehnen- und Nervenverletzungen der Hand. Orthopäde 2008; 37: 1202–1209

[16] Willkomm L-M, Bickert B, Wendt H et al. Weiterbehandlung und Rehabilitation nach Beugesehnenverletzungen. Unfallchirurg 2020; 123: 126–133

[17] Wittemann M, Jung A, Hornung R et al. Die sog. „kleine Handverletzung“ und ihre sozioökonomischen Folgen. Chirurg 1994; 65: 1005–1007

Heruntergeladen von: Thieme Author PDF. Urheberrechtlich geschützt.