

10. Geraer Symposium Ambulante Chirurgie am 21. März 2015

Matthias Hager

Konservative vs. operative Therapie in Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Überfluss und Mangel in der Endoprothetik, Fachgruppenübergreifendes perioperatives Management

lauteten die Themen des 10. Symposiums „Ambulante Chirurgie“.

Das Jubiläumssymposium eröffnete **Dr. Matthias Hager**, Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, mit einem kurzen Rückblick und stellte die neue Internetseite www.chirurgieverein-gera.de vor und zog bei 850 Teilnehmern, 117 Vorträgen, 83 Referenten bei zehn organisierten Symposien eine positive Bilanz.

Dr. Thomas Melchert, Chirurg aus Gera, referierte über die Volkskrankheit Hämorrhoidenleiden. Ziel der Behandlung ist nicht der hämorrhoidenlose, sondern der symptomlose Patient. Stadium 1 und 2 sind konservativ zu behandeln. Erst im Stadium 3 und 4 kommen operative Maßnahmen in Frage. Eine Eigenbehandlung mit Zäpfchen, Salben etc. soll nicht länger als zwei Wochen angewandt werden. Danach ist eine fachärztliche Behandlung indiziert.

Dr. Andreas Schubert, Chirurg aus Gera, gab einen Überblick über die arthroskopische Meniskus Chirurgie. Dabei ging er auch auf die Diskussionen zwischen Ökonomen, Epidemiologen und Ärzten ein und stellte fest, dass es unklar bleibt, nach welchen Kriterien eine Nutzenbewertung erfolgen sollte. Konservativ sollte bei asymptomatischen MRT-Befunden, rückläufigen Beschwerden, ausgefranstem Außenmeniskusrand, feinen Horizontalrissen am Außenmeniskus, fortgeschrittener Arthrose und bei Normvarianten ohne Symptome (z. B. intakter Scheibenmeniskus) verfahren werden. Akute Symptomatik dagegen wie Einklemmung, Erguss und positive Meniskuszeichen, frische Verletzung oder Fehlschlag der konservativen Behandlung sind Indikationen zur OP.



Tagungspräsident und Initiator Dr. Matthias Hager eröffnet das Jubiläumssymposium.

Zum Für und Wider der konservativen Behandlung einer Achillessehnenruptur äußerte sich **Dr. Wolfgang Urban**, ebenfalls Geraer Chirurg. Es ereignen sich ca. 18.000 Rupturen/Jahr in Deutschland. Die Soforttherapie vor Ort erfolgt nach dem Schema PECH (Pause, Eis, Compression, Hochlagerung). Die Entscheidung operativ oder konservativ fällt durch die Adaptationsfähigkeit Stümpfe. Fast 90 Prozent der Kliniken bieten allein die operative Therapie an. Die Voraussetzung zur konservativen Therapie ist eine Stumpfadaptation in 20° Plantarflexion und natürlich der Patientenwille und dessen Compliance. Eine unkontrollierte Dehnung in den ersten drei Wochen ist nicht kompensierbar. OP-Indikationen sind fehlende Stumpfadaptation, ältere Ruptur, ausdrücklicher Patientenwunsch und die Ruptur beim Hochrisikopatienten.

Das Themenfeld der Rhizarthrose beleuchtete **Dr. Carsten Dorow**, Handchirurg aus Kahla. Konservative Möglichkeiten sind medikamentös NSAR und Glucocorticoide, gegebenenfalls kombiniert mit Ruhigstellung, intraartikuläre Injektionen (Cortison, umstritten Hyaluronsäure), akut auch mit Anästhetika. Nach erfolgloser medikamentöser Therapie kommt auch die Radiosynoviorthese in Betracht. Physio- und Ergotherapie und auch Akupunktur gehören zu den Optionen, die vor einer OP ausgeschöpft werden sollten. Schmerz, Funktionsstörung und Versagen der konservativen Therapie öffnen den Weg zur OP. Dabei versprechen Resektionsarthroplastiken und Arthrodesen die besten Langzeitergebnisse. Die Implantation von Sattelgelenkprothesen zeigt bisher sehr unterschiedliche Studienergebnisse. Die Standzeiten sind noch zu kurz. Therapieziele sind die Wiederherstellung der Funktion, Schmerzreduktion und Wiedergewinnung von Kraft und Stabilität.

Zur Frage der Therapie einer „Kalkschulter“ nahm **Dr. Joachim Zink**, Orthopäde aus Jena, Stellung. Das Subacromialsyndrom entsteht als Kombination einer Tendopathie infolge schlechter Vaskularisation der Rotatorenmanschette und einer lokalen, anatomischen Konfliktsituation zwischen Rotatorenmanschette / Bursa subacromialis und dem coracoacromialen Schulterdach (Impingement). Konservativ wird analgetisch-antiphlogistisch (NSAR), physikalisch und mit hochenergetischer extrakorporaler Stoßwelle (EWST) behandelt. Diese verspricht gute Ergebnisse bei geringer Nebenwirkung. Es gibt allerdings keine Behandlungsstandards, z. T. widersprüchliche Studienergebnisse und die EWST ist keine Leistung der GKV. Bei Therapieresistenz kommen als operative Maßnahme in der nichtakuten Phase die Subacromiale Dekompression (SAD) und Kalkherdentfernung (arthroskopisch oder offen) zur Anwendung. Die Indikationen beziehungsweise Kontraindikationen zu Materialentfernungen fasste **Dr. Matthias Hager** zusammen. Materialentfernungen haben



Podiumsgespräch mit Dr. Rando Winter, Chefarzt Orthopädie / Endoprothetik, Ullrich Erzigkeit, Chefredakteur i.R. Ostthüringer Zeitung, und Dr. Wolfram Kluge, Chefarzt EndoProthetikZentrum.

Problempotential, deswegen sind Respekt und eine korrekte Indikationsstellung erforderlich. Die Indikationen und Kontraindikationen sind in der aktuellen S1-Leitlinie gut abgebildet. Im Übersichts Vortrag wurde der Pfad zur Entscheidungsfindung nach Materialart, Ort, Zweck, Patient, Heilungsverlauf und Materialproblemen im Allgemeinen und an der Radiusfraktur im Besonderen dargestellt. Eine orientierende Stellungnahme zur Frage der ME gehört bereits zur Patientenaufklärung vor dem Primäreingriff. Eine Festlegung, wie z. B. „das bleibt drin“, ist für den Nachbehandler nicht hilfreich.

Endoprothetik – Überfluss und Mangel

In der zweiten Sitzung ging es um gesellschaftspolitische Fragen der Endoprothetik.

„Die Möglichkeit der endoprothetischen Versorgung – ein Segen!“ – dazu nahm **Chefarzt Dr. Rando Winter** vom SRH Waldklinikum Gera Position. Den Bogen spannte er über die Entwicklung der Endoprothetik bis hin zum jederzeit für jedermann verfügbaren Gelenkersatz am Beispiel der Hüft- und Knieendoprothesen und kam dabei zum Schluss, die Endoprothetik ist ein Segen, da sie Mobilität verschafft und Lebensqualität erhält. Insbesondere ging er dabei auch auf ökonomische Fehlansätze und Systemfehler ein. Für eine Endoprothesenimplantation z. B. erhält eine Einrichtung ca. 7.500 Euro und je früher die Entlassung, desto größer der

Gewinn. Für die ambulante Nachsorge in der orthopädischen Praxis gibt es 38 Euro im Quartal.

Im Gegensatz dazu schilderte **Chefarzt Dr. Wolfram H. Kluge** vom Sophien- und Hufeland-Klinikum unter dem Titel „Die Unmöglichkeit der endoprothetischen Versorgung – ein Fluch?“ die Zustände außerhalb der etablierten Industrienationen, die er durch seine langjährige Auslandstätigkeit vorzugsweise in Afrika und Indien bis ins Detail kennenlernen konnte. Interessant zu hören war, dass in Afrika schwarze Ethnien von Arthrose nicht oder kaum betroffen sind. Die Gelenkzerstörungen haben ihre Ursache in Krankheiten wie Rheumatischer Arthritis, Tuberkulose, Traumata etc. Für die Betroffenen bedeutet ärztliche Versorgung, so sie überhaupt stattfindet, mehrere Tage beschwerliche Reise zum nächstgelegenen Krankenhaus und dort noch Tage vor dem Haus campieren, bis man an der Reihe ist. Trotzdem verlören die Afrikaner ihren Lebensmut nicht und sind ideenreich im Improvisieren. Auf dem indischen Subkontinent sind die Verhältnisse anders. Hier stehen die Gonarthrosen weit im Vordergrund. Wer es sich leisten kann, lässt sich operieren, wer nicht, muss zurechtkommen. Es hat sich dort eine regelrechte und durchaus fragwürdige TEP-Implantationsindustrie entwickelt.

„Alles, was zur Gesundheitsvorsorge beiträgt, ist willkommen“, sagte PD Dr. Wolfram Kluge, Chefarzt des EndoProthetikZentrums des Sophien- und Hufeland-Klinikums Weimar, während des Podiumsgesprächs mit dem lang-

jährigen früheren Chefredakteur der „Ostthüringer Zeitung“, Ullrich Erzigkeit. Allerdings ist nach Ansicht von Dr. Kluge die Summe von rund 511.000 Euro, die Krankenkassen und Pflegekassen zukünftig jährlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen sollen, noch zu niedrig angesetzt im Verhältnis zu den Milliarden Euro, die im Gesundheitssystem insgesamt Jahr für Jahr ausgegeben werden.

Dr. Rando Karl Winter, Chefarzt Orthopädie/Endoprothetik im SRH Waldklinikum Gera, sieht bei allen Möglichkeiten der endoprothetischen Versorgung, die vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten so ungemein vielfältig geworden sind, immer noch die Gelenkerhaltung wichtiger an als den Gelenkersatz. Insofern ist aus seiner Sicht alles zu begrüßen, was zur Gesundheitsvorsorge beitragen kann. Er sieht allerdings ein Problem darin, den einzelnen Menschen zu aktiver Gesundheitsvorsorge zu motivieren. „Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass Patienten enttäuscht sind, wenn auf dem Rezept nicht Massage steht, sondern Krankengymnastik verordnet wird.“

Hoffnungen setzen die Chefärzte Dr. Kluge und Dr. Winter auf die Forschung zur Knorpelzellen-Therapie und deren Weiterentwicklung. Innovationen erwarten sie für die Endoprothetik vor allem im Hinblick darauf, durch wirkungsvollere Beschichtungen die Gefahr von Infektionen weiter einzudämmen. Dr. Kluge verwies auch darauf, dass für weitere medizintechnische Fortschritte auf dem Gebiet der

Endoprothetik eine enge Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit der Industrie unumgänglich ist. Hier dürfe es keine Vorbehalte geben. Nur gemeinsam könne auch der im internationalen Vergleich sehr hohe Standard der Endoprothetik erhalten und fortgeschrieben werden.

Dr. Winter mahnte zu enger Zusammenarbeit der unterschiedlichen Institutionen bei einem fachgruppenübergreifenden perioperativen Management, einem der thematischen Schwerpunkte des 10. Geraer Symposiums „Ambulante Chirurgie“. In dieser Beziehung dürfe es im Interesse des Patienten keine Eifersüchteleien zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen, zu Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten geben, und unterschiedliche wirtschaftliche Interessen sollten sich hier nicht auswirken.

Die Nachmittagssitzung beschäftigte sich wieder mit der praktischen Alltagsarbeit um das ambulante Operieren, dem fachgruppenübergreifenden perioperativen Management.

Dipl.-Med. Ingo Menzel, Chirurg aus Weimar, referierte über die Patientensicherheit im ambulanten OP. Ob ein Eingriff ambulant vorgenommen werden kann, ist immer eine Einzelfallentscheidung, die von zahlreichen Faktoren abhängt. Neben Grundkrankheit, Operationstechnik und möglichen Komplikationen spielt dabei auch das Urteil des operierenden Arztes, des zuweisenden Hausarztes und des Narkosearztes eine Rolle. Eine entsprechende räumliche und technische Ausstattung, qualifiziertes Personal und die Umsetzung der Hygieneanforderungen sind unabdingbar. Die Organisation umfasst u.a. das Vorliegen aller Befunde, Patientenaufklärung und mehrfache Patientenidentifikation (Chirurg, Anästhesist, OP-Personal), Markierung des OP-Gebietes / Seitenmarkierung. Ein Team-time-out und die Arbeit mit Checklisten sollten zur Selbstverständlichkeit werden. Vor dem Eingriff muss auch sichergestellt werden, dass der Patient die erste Zeit nach dem Eingriff zu Hause die notwendige Unterstützung durch Angehörige, Freunde oder

geeignetes Pflegepersonal erfährt. Die postoperative Behandlung muss durch den ambulanten Operateur sichergestellt und bereits präoperativ organisiert werden.

Polymorbidität und ambulantes Operieren – wo liegen die Grenzen? War das Thema für **Dr. Alexander Winkler** aus Jena. Vermindertes Risiko nosokomialer Infektionen, verminderte pulmonale Komplikationen, schnelle Rückkehr der Patienten ins soziale Umfeld sind gerade für kranke und schwerkranke Patienten die Vorteile des ambulanten Operierens. Grundkrankheiten und deren Medikation müssen sorgfältig bewertet werden. Es ist aber immer eine individuelle Entscheidung unter Beachtung aller Risikofaktoren, ob eine ambulante Operation möglich ist. Dabei ist immer der sichere Weg für den Patienten zu wählen!

Das Kreuz mit den Blutverdünnern – wie geht man um mit NOAK & Co.? Die Geraer Kardiologin **Dr. Antje Masri-Zada** gab Auskunft. Aufgrund der geringen Halbwertszeiten ist ein Bridging unter Therapie mit NOAKs in der Regel nicht erforderlich. Ein Absetzen des NOAK (1 – 4 Tage) vor der OP ist ausreichend. Der Zeitpunkt des Absetzens des jeweiligen NOAK vor einer OP/Intervention wird durch die Geschwindigkeit der Wirkstoff-Elimination (Nieren-/Leberfunktion) und das Blutungsrisiko des Patienten bestimmt (individuelles und OP-spezifisches Risiko). Die Dauer der postoperativen Pause wird durch das Risiko des Patienten für postoperative Blutungen und sein individuelles Thromboembolierisiko bestimmt.

Dipl.-Med. Olaf Bauch, Anästhesist aus Gera, sprach über die prä-, peri- und postoperative Analgesie. Eine klassische Prämedikation mit z. B. Diazepam ist heute nicht mehr zeitgemäß. Ausnahmen sind bei kinderchirurgischen Eingriffen möglich. Eingriffsspezifische präoperative Regionalanalgesien sind aber durchaus sinnvoll. Die unmittelbare postoperative Analgesie ist die Weiterführung der intraoperativen Analgesie. Die postoperative Schmerzintensität ist vom Eingriff abhängig. Relativ kleine Operationen liegen in der

Schmerzintensität weit vorn. Zum Einsatz kommen postoperativ Opiate (i.v., i.m. oral oder auch nasal), orale Analgetika, die Applikation von Kühlakkus und eine entsprechende Lagerung. Über Neues zur Anästhesievorbereitung für ambulante Operationen berichtete **Dr. Alexander Lieb**, Gera. Die Quintessenz, dass es sinnvoll ist das Routinescreening zu verlassen und den Umfang der Untersuchungen den patientenbezogenen Faktoren sowie dem geplanten operativen Eingriff anzupassen, erläuterte er an Beispielen. Der 80-jährige sonnengegerbte Rentner mit eingestellten Vorerkrankungen, der mit der Fahrradklammer an der Hose in die Praxis kommt, stellt kein Problem dar im Gegensatz zum 40-jährigen rotgesichtigen, hektisch agierenden Patienten, der „keinen Hausarzt braucht“. Der Zeitraum von der Prämedikation zur OP sollte sechs Wochen nicht überschreiten.

Dr. med. Matthias Hager
Verein zur Förderung der Ambulanten
Chirurgie e.V.
c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis
Gera
Schmelzhüttenstraße 4
07545 Gera