



## Geraer Symposium Ambulante Chirurgie

# Ambulante Chirurgie im Spannungsfeld zwischen Überfluss und Mangel

Konservative vs. operative Therapie in Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Überfluss und Mangel in der Endoprothetik sowie fachgruppenübergreifendes perioperatives Management waren die Themen des 10. Symposiums „Ambulante Chirurgie“ am 21. März 2015 in Gera.

Von Dr. Matthias Hager

In diesem Jahr fand das Symposium unseres Geraer Chirurgievereins bereits zum zehnten Mal statt – und anlässlich dieses Jubiläums blicken die Veranstalter auf zehn Symposien mit 850 Teilnehmern sowie 117 Vorträgen von 83 Referenten zurück – eine durchaus positive Bilanz!

**Dr. Thomas Melchert**, niedergelassener 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**, niedergelassener Chirurg aus Gera gab einen Überblick über die arthro-

skopische Meniskus-Chirurgie. Dabei ging er auch auf die Diskussionen zwischen Ökonomen, Epidemiologen und Ärzten ein und stellte fest, 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 (zum Beispiel intakter Scheibenmeniskus) Verfahren werden.

Akute Symptomaten wie Einklemmung, Erguss und positive Meniskuszeichen, frische Verletzung oder Fehlschlag der

konservativen Behandlung dagegen sind Indikationen zur Operation.

Zum Für und Wider der konservativen Behandlung einer Achillessehnenruptur äußerte

*» Ob die Achillessehnenruptur operativ oder konservativ behandelt wird, richtet sich nach der Adaptionsfähigkeit der Stümpfe. Allerdings bieten ca. 88 Prozent der Kliniken hierfür nur die OP an. «*

sich **Dr. Wolfgang Urban**, ebenfalls in Gera niedergelassener Chirurg. Es ereignen sich zirka 18.000 Rupturen pro Jahr in Deutschland. Die Soforttherapie vor Ort erfolgt in der Regel nach dem Schema PECH (Pause, Eis, Compression, Hochlagerung). Die Entscheidung für eine operative oder konservative Therapie sollte sich nach der Adaptionsfähigkeit der Stümpfe richten.

Fast 90 Prozent der Kliniken bieten allerdings allein die ope-

rativen Therapie an. Die Voraussetzung zur konservativen Therapie ist – neben dem Patientenwillen und seiner Compliance – eine Stumpfadaptation in 20° Plantarflexion. Eine unkontrollierte Dehnung in den ersten drei Wochen ist nicht kompensierbar. Als OP-Indikationen nannte Urban fehlende Stumpfadaptation, ältere Rupturen, den ausdrücklichen Patientenwunsch und die Ruptur beim Hochrisikosportler.

Das Themenfeld der Rhizarthrose beleuchtete **Dr. Carsten Dorow**, niedergelassener Handchirurg aus Kahla. Konservative medikamentöse Möglichkeiten sind die Gabe von NSAR und Glukokortikoiden, gegebenenfalls kombiniert mit Ruhigstellung, intraartikulären 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 Operation ausgeschöpft werden sollten. Schmerz, Funktionsstörung und Versagen der konservativen Therapie öffnen den Weg zur Operation.

Dabei versprechen Resektionsarthroplastiken und Arthrodesen die besten Langzeitergebnisse. Die Implantation von Sattelgelenkprothesen zeigt bisher sehr unterschiedliche Studienergebnisse. Die Standzeiten sind noch zu kurz. Dorow betonte, das Therapieziel sei die Wiederherstellung der Funktion, Schmerzreduktion und Wiedererlangung von Kraft und Stabilität.

Zur Frage der Therapie einer „Kalkschulter“ nahm **Dr. Joachim Zink**, niedergelassener Orthopäde aus Jena, Stellung. Das Subakromialsyndrom entsteht als Kombination einer Tendopathie infolge schlechter Vaskularisation der Rotatorenmanschette und einer lokalen, anatomischen Konfliktsituation zwischen Rotatoren-

manschette/Bursa subacromialis und dem korakoakromialen Schulterdach (Impingement).

Konservativ wird die Kalkschulter analgetisch-antiphlogistisch (NSAR), physikalisch und mit hochenergetischer extrakorporaler Stoßwelle (EWST) behandelt. Letztere Option verspricht gute Ergebnisse bei nur wenigen Nebenwirkungen. Es gibt allerdings keine Behandlungsstandards und zum Teil widersprüchliche Studienergebnisse. Zudem ist die EWST keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Therapieresistenz kommt als operative Maßnahme in der nichtakuten Phase die Subakromiale Dekompression (SAD) und Kalkherdentfernung (arthroskopisch oder offen) zur Anwendung.

Die Indikationen bzw. Kontraindikationen zu Materialentfernungen fasste **der Autor dieses Beitrags** zusammen. Materialentfernungen haben Problem-

potenzial, deswegen sind Respekt und eine korrekte Indikationsstellung erforderlich. Die Indikationen und Kontraindikationen sind in der aktuellen S1-Leitlinie gut abgebildet.

Im Übersichtsvortrag 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 Materialentfernung gehört bereits zur Patientenaufklärung vor dem Primäreingriff. Eine Festlegung, wie etwa die Aussage „das bleibt drin“ ist für den Nachbehandler nicht hilfreich.

In der zweiten Sitzung ging es um gesellschaftspolitische Fragen der Endoprothetik. **Dr. Rando Winter**, orthopädischer Chefarzt am SRH Waldklinikum Gera bezog Position zu der Frage „Die Möglichkeit der endoprothetischen Versorgung – ein Segen!“ Den Bogen spannte er über die

Entwicklung der Endprothetik bis hin zum jederzeit für jedermann verfügbaren neuen Hüft- oder Kniegelenk.

Er kam dabei zu dem Schluss, dass die Endoprothetik ein Segen ist, da sie Mobilität verschafft und Lebensqualität erhält. Er benannte aber auch ökonomische Fehlanreize und Systemfehler: So erhält eine Einrichtung für eine Endoprothesenimplantation etwa 7.500 Euro. Je früher die Entlassung, desto größer der Gewinn. Für die ambulante Nachsorge in der orthopädischen Praxis gibt es hingegen nur 38 Euro im Quartal.

Im Gegensatz dazu schilderte **Priv.-Doz. Wolfram H. Kluge**, Chefarzt am Endoprothetik-Zentrum des Sophien- und Hufeland Klinikum Weimar unter dem Titel „Die Unmöglichkeit der endoprothetischen Versorgung – ein Fluch?“ die Zustände außerhalb der etablierten Industrienationen, die er durch seine langjährige Auslandstätigkeit vor allem in Afrika und Indien bis ins Detail kennen lernen konnte.

So beobachtete er, dass in Afrika die schwarze Ethnie von Arthrose nicht oder kaum betroffen ist. Dort haben Gelenkerstörungen ihre Ursache in Krankheiten, etwa Rheumatischer Arthritis oder Tuberkulose, sowie Traumata. Für die Betroffenen bedeutet ärztliche Versorgung – sofern sie überhaupt stattfindet – mehrere Tage beschwerliche Reise zum nächstgelegenen Krankenhaus, wo sie tagelang vor dem Haus campieren, bis sie an der Reihe sind. Trotzdem verlören die Afrikaner ihren Lebensmut nicht und seien ideenreich im Improvisieren.

### Podiumsgespräch: Mehr künstlicher Gelenkersatz oder doch lieber mehr Prävention?

An die zweite Sitzung zum Thema Endoprothetik schloss sich ein Podiumsgespräch mit dem früheren Chefredakteur der „Osthüringer Zeitung“, Ullrich Erzigkeit, an. Auch hier waren die beiden Chefarzte Dr. Rando Winter und Priv.-Doz. Wolfram H. Kluge mit von der Partie: „Alles, was zur Gesundheitsvorsorge beiträgt, ist willkommen“, sagte Kluge. Allerdings ist seiner Auffassung nach 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.

Winter wiederum räumt trotz aller vielfältigen Möglichkeiten der endoprothetischen Versorgung immer noch dem Gelenkerhalt höhere Priorität ein als dem 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 beiden Podiumsgäste auf die Forschung zur Knorpelzelltherapie und deren Weiterentwicklung. Innovationen erwarten sie für die Endoprothetik vor allem im Bereich wirkungsvollere Beschichtungen, mit denen sich die Gefahr von Infektionen weiter eindämmen lässt. Kluge verwies auch darauf, dass für weitere medizintechnische Fortschritte auf dem Gebiet der Endoprothetik eine enge Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit der Industrie unumgänglich ist.

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 oder zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten geben.



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 zu recht kommen. Es hat sich dort eine regelrechte und durchaus fragwürdige TEP-Implantationsindustrie entwickelt.

Die Nachmittagssitzung beschäftigte sich wieder mit der praktischen Alltagsarbeit beim Ambulanten Operieren, insbesondere dem fachgruppenübergreifenden perioperativen Management. **Dipl.-Med. Ingo Menzel**, niedergelassener 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 der Grundkrankheit, der 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 unter anderem das Vorliegen aller Befunde, Patientenaufklärung und mehrfache Patientenidentifikation durch den Chirurgen, den Anästhesisten und das OP-Personal, sowie die Markierung des OP-Gebietes und der korrekten Seite. 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 Vortragsthe-

» Gerade für polymorbide Patienten sind das geringe Infektionsrisiko, die niedrige Rate pulmonaler Komplikationen und die schnelle Rückkehr nach Hause Argumente für eine ambulante OP. «

ma von **Dr. Alexander Winkler** aus Jena. Das verminderte Risiko nosokomialer Infektionen ist ebenso wie die verminderte Rate pulmonaler Komplikationen und die schnelle Rückkehr der Patienten in sein gewohntes soziales Umfeld 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!

Die niedergelassene Kardiologin **Dr. Antje Masri-Zada** aus Gera gab Auskunft zur Frage „Das Kreuz mit den Blutverdünnern – wie geht man um mit NOAK & Co.“ Aufgrund der geringen Halbwertszeiten ist ein Bridging unter Therapie mit den Neuen Oralen Antikoagulan-

zien (NOAK) in der Regel nicht erforderlich.

Ein Absetzen des NOAK ein bis vier Tage vor dem Eingriff ist ausreichend. Der Zeitpunkt des Absetzens des jeweiligen NOAK vor einer OP oder Intervention wird durch die Geschwindigkeit der Wirkstoff-Elimination (Nieren-/Leberfunktion) und das Blutungsrisiko des Patienten bestimmt (individuelles und OP-spezifisches Risiko). Die Dauer der postopera-

tiven Pause wiederum wird durch das Risiko des Patienten für postoperative Blutungen und sein individuelles Thromboembolierisiko bestimmt.

**Dipl.-Med. Bauch**, praxisangestellter Anästhesist aus Gera, sprach über die prä-, peri- und postoperative Analgesie. Eine klassische Prämedikation, etwa mit Diazepam, gilt heute nicht mehr als zeitgemäß. Ausnahmen sind bei kinderchirurgischen Eingriffen möglich. Eingriffsspezifische präoperative Regionalanalgiesien sind aber durchaus sinnvoll.

Die unmittelbare postoperative Analgesie versteht sich als Weiterführung der intraoperativen Analgesie, wobei die postoperative Schmerzintensität vom Eingriff abhängig ist. Relativ kleine Operationen liegen in der Schmerzintensität überraschend weit vorn. Zum Einsatz kommen postoperativ Opiate (intravenöse, intramuskuläre, orale oder auch



Foto: Hager

### Dr. Matthias Hager

Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V.

c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera

Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera

Tel.: 0365 8301560

Fax: 0365 8301561

chirurgieverein-gera@gmx.de

www.chirurgieverein-gera.de

nasale Applikation), orale Analgetika, die Applikation von Kühlakkus und eine entsprechende Lagerung.

Über Neues zur Anästhesievorbereitung für ambulante Operationen berichtete der niedergelassene Anästhesist **Dr. Alexander Lieb** aus Gera. Seine Quintessenz: Man sollte das Routinescreening verlassen und den Umfang der Untersuchungen den patientenbezogenen Faktoren sowie dem geplanten operativen Eingriff anpassen.

Was damit gemeint ist, erläuterte er an Beispielen: So stellt der 80-jährige sonnengegerbte Rentner mit eingestellten Vorerkrankungen, der mit der Fahrradklammer an der Hose in die Praxis kommt, kein Problem dar. Ganz im Gegensatz zum 40-jährigen rotgesichtigen, hektisch agierenden Patienten, der „keinen Hausarzt braucht“. Der Zeitraum der Prämedikation zur OP sollte sechs Wochen nicht überschreiten.