

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie



Konsensusempfehlung

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie zur ambulanten Leistungserbringung handchirurgischer Operationen

Einleitung und Problembeschreibung

In den letzten ca. 15 Jahren hat sich eine besorgniserregende Entwicklung vollzogen. In zunehmendem Maße nehmen ökonomische Interessen immer mehr Raum in der Behandlung unserer Patienten ein. Diese Entwicklung ist zum überwiegenden Teil unter Ausschluss der betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, teilweise komplett ohne Beteiligung von ärztlichem Sachverstand vorgenommen worden. Hierdurch sind die ökonomischen Aspekte der Patientenbehandlung in den Vordergrund der Betrachtung gerückt. Aber auch für die sicherlich zu beachtenden ökonomischen Aspekte der Patientenbehandlung muss stets der Leitsatz „primum nil nocere“ gelten – das Wohl des Patienten muss über allem anderen stehen. Insbesondere im Bereich der Handchirurgie reicht es nicht aus, anhand schematischer Vorgaben, wie sie im Katalog nach § 115b SGB V vorgegeben werden, über die ambulante oder stationäre Erbringung operativer Leistungen zu entscheiden. Die Behandlung des Patienten ist, gerade auch im Fachgebiet Handchirurgie, stets eine ganzheitliche. Es darf keinesfalls nur die operierte Hand oder die durchgeführte Operation isoliert betrachtet werden. Stets müssen das gesamte Umfeld des Patienten, sein sozialer Hintergrund, seine berufliche Integration, die Möglichkeiten der sach- und fachgerechten Weiterbehandlung postoperativ und die Re-Integration des Patienten in das gesellschaftliche Leben die gleiche Beachtung finden wie der durchgeführte operative Eingriff.

Der Katalog nach § 115b SGBV (AOP-Katalog) listet abschließend die Leistungen auf, die sogenannten „ambulantes Poten-

tial“ aufweisen. In diesem Katalog werden die zu erbringenden Leistungen grob in „in der Regel ambulant erbringbar“ und „sowohl ambulant als auch stationär erbringbar“ kategorisiert. Weitere Kriterien für die Entscheidung sind initial die „Ausnahmetatbestände“ gewesen, die im Laufe der Zeit durch das so genannte German Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) ersetzt wurden. Im Laufe der Jahre seit der Festlegung des AOP-Kataloges hat sich die Praxis „eingeschlichen“, allein auf dem Boden der im AOP-Katalog aufgeführten OPS-Ziffern zu entscheiden, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt werden kann.

Seit der Einführung des Katalogs nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) bestehen innerhalb der Fachgesellschaften starke Differenzen über seine Inhalte. Für den Bereich der Handchirurgie gilt dies in besonderem Maße. Einerseits sind unserer Meinung nach eindeutig ambulant durchführbare Eingriffe (wie z. B. die Entfernung eines Osteosynthese-K-Drahtes aus einem Finger) nicht im AOP-Katalog enthalten, andererseits sind Eingriffe, die aus Sicht der Fachgesellschaft eindeutig stationär erbracht werden sollten (z. B. die Versorgung einer perilunären Handwurzel-Luxationsfraktur) Bestandteil dieses Kataloges. Als der Katalog neu eingeführt wurde, konnten diese Probleme, zumindest für die grundsätzlich stationär zu erbringenden Leistungen, noch relativ unkompliziert über seine Struktur ausgeglichen werden. Es gab zum einen die Unterscheidung zwischen grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen (die jeweiligen Eingriffe waren mit einem Sternchen gekennzeichnet) und solchen Eingriffen, die zwar grundsätzlich stationär erbracht werden sollten, aber sogenanntes „ambulantes Potential“ besaßen. Des Weiteren gab

es die Auflistung von Ausnahmetatbeständen gemäß Absatz 2 § 115b (sogenannte „Allgemeine Tatbestände“), die es erlaubten, auch Eingriffe, die mit einem Sternchen als „in der Regel ambulant zu erbringen“ gekennzeichnet waren, dennoch stationär zu erbringen. Im Laufe der Zeit wurde die Kennzeichnung als Eingriffe mit Sternchen (in der Regel ambulant zu erbringen) und Eingriffe ohne Sternchen (in der Regel stationär, jedoch mit „ambulantes Potential“) durch die Einteilung in Eingriffe der Kategorie 1 (vorher „mit Sternchen“) und Kategorie 2 (vorher „ohne Sternchen“) ersetzt. Darüber hinaus wurden in einem weiteren Schritt dann die „Allgemeinen Tatbestände“ durch das „German Appropriateness Evaluation Protocol“ (G-AEP) ersetzt. Das G-AEP listet sehr viel weniger Ausnahmetatbestände auf und erlaubt letztlich nur in eingeschränktem Maße, Eingriffe stationär durchzuführen. Das G-AEP ist seit jeher umstritten, weil wichtige Aspekte der Gesamtsituation, insbesondere die Summierung von als weniger gravierend angesehenen Begleiterkrankungen, wie z. B. hohes Alter, mangelnde Einsichts- oder Mitarbeitsfähigkeit des Patienten etc., hier keine Berücksichtigung fanden. Schließlich wurde dann de facto die Unterscheidung zwischen Eingriffen der Kategorie 1 und Eingriffen der Kategorie 2 aufgehoben, da nun auch die Eingriffe der Kategorie 2 nur dann stationär erbracht werden durften, wenn die Bedingungen des G-AEP erfüllt waren.

Diese Veränderungen sowie die einseitige Auslegung der Kostenträger dahingehend, dass bei einer im AOP-Katalog aufgelisteten OPS-Ziffer grundsätzlich die Leistungserbringung unter ambulanten Bedingungen erwartet wurde, haben zu einem zunehmenden Druck und einer erheblichen Verunsicherung

cherung der deutschen Handchirurgen geführt, da sie als Leistungserbringer die medizinische Verantwortung für die von ihnen behandelten Patienten übernehmen.

Aktuelle Situation und Konsequenzen

Mit dem neuen MDK-Reformgesetz wird die Situation für die Handchirurgen noch problematischer. Bisher musste die Beurteilung, ob ein Eingriff ambulant erbracht werden muss, oder ob es Gründe für die stationäre Leistungserbringung gibt, stets durch einen Arzt (idealerweise einem Arzt des gleichen Fachgebietes) vorgenommen werden. Zukünftig sollen Sachbearbeiter diese differenzierte Beurteilung vornehmen. Es ist unklar, inwieweit überhaupt noch Ärzte, insbesondere Ärzte des gleichen Fachgebietes oder gar Ärzte der gleichen Fachrichtung (Spezialisierung) diese Entscheidungen treffen werden. Aus diesem Grunde hat sich die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie entschlossen, eine Empfehlung auszusprechen, welche Eingriffe des eigenen Fachgebietes in der Regel ambulant erbracht werden können und welche Eingriffe in der Regel stationär durchgeführt werden sollten, respektive welche Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, damit ambulante Leistungserbringung auch bei Eingriffen, deren stationäre Leistungserbringung empfohlen wird, als machbar angesehen wird.

Es ist sicher grundsätzlich richtig, dass es insbesondere in der Handchirurgie möglich ist, eine Vielzahl an Eingriffen ambulant vorzunehmen. Eine Pauschalisierung ist jedoch aus medizinischer Sicht schwierig. Zur Beurteilung, ob ein Eingriff ambulant machbar ist oder nicht, reicht die alleinige Auflistung der entsprechenden OPS-Ziffer im Katalog für das ambulante Operieren nicht aus. Entscheidend sind neben der Schwere des Eingriffs die Rahmenbedingungen, unter denen die Operation erbracht wird.

Zu diesen Rahmenbedingungen zählen neben dem durchgeführten Eingriff selbst auch folgende wichtige Punkte:

- die Diagnose, die den Eingriff erforderlich macht (ein und dieselbe OPS-Ziffer kann bei ganz unterschiedlich schweren Diagnosen zum Einsatz kommen)
- die Größe und Schwere des Eingriffs, der durchgeführt wird (die Datenver-

arbeitung durch den Grouper berücksichtigt beispielsweise nicht, ob ein und derselbe Eingriff – z.B. eine Frakturversorgung – im Rahmen einer Operation nur einmal oder aber mehrfach erbracht wird)

- Begleiterkrankungen des Patienten, der operiert wird (auch Begleiterkrankungen von „geringem Schweregrad“ können in der Summe einen Grund darstellen, der die ambulante Leistungserbringung zumindest problematisch, wenn nicht sogar unmöglich macht)
- die Erfahrung des Operateurs bzw. des Operationsteams (so kann beispielsweise ein sehr erfahrener Handchirurg sich die ambulante Leistungserbringung eher zutrauen, als ein Kollege mit weniger Erfahrung)
- das medizinische Umfeld (in einer Großstadt, wo viele medizinische Einrichtungen wie Notfallpraxen, niedergelassene Ergo- und Physiotherapeuten, Pflegedienste etc. zur Verfügung stehen, ist das Risiko für den Patienten, durch eine ambulante Leistungserbringung zu Schaden zu kommen, deutlich geringer als in ländlichen Regionen, wo diese Infrastruktur nicht zur Verfügung steht)
- das persönliche Umfeld des Patienten (Ist die Betreuung des Patienten postoperativ durch eine verantwortungsvolle Betreuungsperson gewährleistet? – Pflegebedürftige oder nicht geschäftsfähige Angehörige sind hierfür ebenso wenig geeignet, wie Menschen, die nicht in derselben Wohnung mit dem Patienten leben.)
- Es muss gewährleistet sein, dass der Patient im Notfall zu jeder Tages- und Nachtzeit auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln in angemessener Zeit (die ist wiederum vom durchgeführten Eingriff abhängig) ärztliche Hilfe aufsuchen kann.

Für die Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant oder stationär erbracht werden kann, reicht es also keinesfalls aus, nur den durchgeführten Eingriff isoliert zu betrachten. Stets ist es erforderlich, die Diagnose ebenso wie die individuelle Situation des jeweils operierten Patienten gemeinsam zu berücksichtigen, um zu entscheiden, ob ein Patient ambulant oder stationär versorgt werden muss. In der Regel ist zu fordern, dass nach ambulanten Eingriffen die postoperativen

Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens zumutbar sind und notwendige Unterstützung und Hilfe im häuslichen Umfeld bereits präoperativ organisiert werden können. Letztlich kann man daher allein mit der Auflistung von OPS-Ziffern die Unterscheidung in

stets oder in der Regel ambulant erbringbare Leistung

und

stets oder in der Regel stationär erbringbare Leistung

nicht vornehmen.

Ein Beispiel soll dies näher erläutern:

Der Kode

5–790.0a: Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese, durch Schraube, karpale

ist ein Kode, der im AOP-Katalog der Kategorie 2 zugeordnet ist. Dieser Kode ist sowohl zu benutzen, wenn eine perkutane Verschraubung einer isolierten Kahnbeinfraktur durchgeführt wird, als auch dann, wenn eine transskaphoidale perilunäre Handwurzel-Luxationsfraktur durch geschlossene Reposition (Einrichtung) und perkutane Kahnbeinverschraubung (minimalinvasiv) behandelt wird.

Die erstgenannte Operation ist sicher im Regelfall ambulant machbar, die zweite Operation dürfte fast niemals ambulant verantwortet werden, da die dem Eingriff zu Grunde liegende Verletzung zu den schwerwiegendsten Verletzungen der Handwurzel zählt und hier ein hohes Risiko für perioperative Komplikationen wie beispielsweise die Entwicklung eines posttraumatischen Kompartmentsyndroms besteht. Ohne die genaue Diagnose ist jedoch die Verletzungsschwere nicht zu beurteilen. Dieses Beispiel zeigt die Problematik deutlich. Die jeweilige OPS-Ziffer allein reicht keinesfalls aus, um zu entscheiden, ob ein Eingriff ambulant oder stationär erfolgen sollte.

Aus handchirurgischer Sicht ist es zwingend erforderlich, dass der § 2 Satz 2 des AOP-Kataloges bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt wird. Dort heißt es:

§ 2 (2) Aus dem als Anlage des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

Diese Entscheidungsfreiheit des behandelnden Arztes wurde in den vergangenen Jahren zunehmend von den Kostenträgern in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie eine Umfrage unter ihren Mitgliedern zu diesem Thema durchgeführt.

Befragt wurden sowohl niedergelassene als auch im Krankenhaus tätige Handchirurgen, welche OPS-Ziffern des AOP-Kataloges, die die Handchirurgie direkt betreffen, grundsätzlich ambulant, welche grundsätzlich stationär und welche in Abhängigkeit von weiteren Faktoren der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden sollten.

Das Ergebnis war in mehrfacher Hinsicht überraschend. Zum einen herrschte weitgehend Konsens darüber, welche Eingriffe in aller Regel ambulant erbracht werden können. Die Ausnahmen, wann welche dieser grundsätzlich ambulanten Leistungen dennoch stationär erbracht werden sollten, waren nicht Gegenstand der Befragung. Zum anderen zeigte sich deutlich eine Tendenz dahingehend, dass Kolleginnen und Kollegen, die als niedergelassene Handchirurgen in einem Umfeld tätig waren, wo sehr gute Rahmenbedingungen herrschten (gut ausgebaute medizinische Infrastruktur, gut ausgebautes Netz öffentlicher Verkehrsmittel etc.) deutlich eher bereit waren, Eingriffe

als ambulant erbringbar einzustufen als diejenigen niedergelassenen Handchirurgen, die unter weniger guten Rahmenbedingungen (z. B. ländlicher bzw. kleinstädtischer Raum) tätig waren.

Um dem Arzt vor Ort, der die Entscheidung über das ambulante oder stationäre Vorgehen treffen muss, Hilfestellung zu leisten, sollten die Ausnahmetatbestände, wann ein handchirurgischer Eingriff stationär erfolgen sollte, von Seiten der Fachgesellschaft klar und eindeutig definiert werden. Von der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie wurde eine Expertengruppe eingesetzt, die unter Berücksichtigung der oben erwähnten Umfrageergebnisse eine Entscheidungshilfe für dieses Problem erstellen sollte. Die Expertengruppe bestand sowohl aus ambulant als auch aus stationär tätigen Handchirurgen, wobei ebenfalls die unterschiedlichen Klinikstrukturen und Kostenträger der Kliniken berücksichtigt wurden, indem Kliniken in gemeinnütziger Trägerschaft ebenso wie BG-Kliniken, Universitätskliniken und Kliniken in privater Trägerschaft beteiligt waren. Die ausgewählten Experten mussten neben ihrer fachlichen Expertise auch Erfahrung in Fragen der Kodierungssystematik von ICD- und OPS-Katalog, des DRG-Systems und der ambulanten Abrechnung mitbringen, so dass sowohl den medizinischen als auch den ökonomischen Gesichtspunkten Rechnung getragen wurde.

Es erschien den Mitgliedern dieser Arbeitsgruppe sinnvoll, sich zusätzlich an dem Modell der Schweizer Handchirurgen zu orientieren, welches im Konsens zwischen Handchirurgen und Vertrauensärzten der Versicherungen festgelegt wurde [1]. Auf der Basis des Mitgliedervotums einerseits und unter Berücksichtigung der schon erwähnten Empfehlung der Schweizer Kollegen andererseits wurde von dieser Expertenkommission die folgende Empfehlung für die deutschen Handchirurgen erstellt.

Entscheidungshilfen und Empfehlungen

Die Entscheidungshilfen wurden zunächst für das Hauptkriterium, nämlich die Eingriffsart im Konsensus und unter Berücksichtigung der Mitgliederumfrage definiert. Entsprechend dem ganzheitlichen Ansatz wurden weitere Kriterien, sogenannte Ne-

benkriterien identifiziert, die nach unserer festen Überzeugung medizinisch eine stationäre Leistungserbringung rechtfertigen.

So sollten Eingriffe an mehreren Gelenken oder Fingern, große Versorgungen mit notwendiger, spezifischer postoperativer Überwachung sowie Rezidiv- und Re-Operationen in der Regel eher stationär erfolgen. Darüber hinaus wird durch die DGH dringend empfohlen, die patientenspezifischen medizinischen Faktoren und die patientenspezifischen sozialmedizinischen Faktoren zu berücksichtigen.

Dementsprechend wurden die Nebenkriterien in drei Gruppen zusammengefasst:

- handchirurgischer Schweregrad
- patientenspezifische medizinische Gesamtsituation
- sozialmedizinische Faktoren

Hauptkriterium Eingriffsart

Es wurden zunächst beispielhaft einige Eingriffe und Diagnosen aufgelistet, die jeweils den Kategorien „ambulant“ oder „stationär“ zugeordnet wurden. Abhängig davon, ob der durchgeführte Eingriff oder die dem Eingriff zugrundeliegende Diagnose besser die Einordnung in die eine oder andere Kategorie deutlich machen, sind hier sowohl Diagnosen als auch Eingriffsformen aufgelistet. Bei der Einordnung in die jeweilige Gruppe wurde jeweils bewusst die Formulierung „in der Regel“ gewählt, was es stets möglich macht, von der Empfehlung abzuweichen. Es wird auch betont, dass diese Auflistung im Gegensatz zum AOP-Katalog nicht abschließend ist.

Die Auflistung dieser Eingriffe verstehen wir nicht als abschließend, vielmehr sollen die hier aufgeführten Eingriffe und Diagnosen beispielhaft aufzeigen, welche Maßnahmen im Regelfall eher unter ambulanten und welche im Regelfall eher unter stationären Bedingungen erbracht werden sollten.

Die genannte Liste der (elektiven) Eingriffsarten ist beschreibend und auch nicht abschließend zu verstehen.

Nebenkriterien handchirurgischer Schweregrad

In der Regel genügt ein Kriterium, um die stationäre Leistungserbringung notwendig zu machen.

► **Tab. 1** Liste der aus Sicht der DGH in der Regel stationär bzw. ambulant zu erbringenden Operationen.

In der Regel ambulant	In der Regel stationär
Karpaltunnel-Syndrom und einfache Nerven-Kompressionssyndrome z. B. des N. ulnaris am Ellenbogen und Hand	N. interosseus anterior-Syndrom und andere Nervenkompressionssyndrome mit erhöhtem Präparationsaufwand
Ringbandsplaltung	Korrekturosteotomie/Pseudarthrosen
Tendovaginitis de Quervain	Arthroplastik aller Gelenke (z. B. Proximal Row Carpectomie, distales Radioulnar-Gelenk nach Bowers, Fingergelenk, Daumensattelgelenk inkl. RSA)
Synovialektomie an Strecksehnen	Synovialektomie eines Gelenks oder an Beugesehnen
Morbus Dupuytren (ein Strang)	Morbus Dupuytren ausgeprägt/kompliziert/Rezidiv (siehe Nebenkriterien)
Entfernung von Osteosynthesematerial	endoprothetischer Gelenkersatz Finger/Handgelenk/Daumen
Handgelenksganglion	Teil-/Ganzversteifung Handgelenk
einfache Frakturen einzelner Mittelhand- und/oder Fingerknochen	Frakturen Radius, Ulna, Luxationsfrakturen Karpus
einfache Tumore	komplexe Tumore (mehrere Strukturen betreffend, Knocheneinbruch etc., maligne Tumore)
Strecksehnennaht	Beugesehnenverletzung Sehnentransfer/-rekonstruktionen
Bandnaht/-rekonstruktion Finger	Bandrekonstruktion Handgelenk (inkl. arthroskopisch assistiert)
einfache Lappenplastiken (z. B. V-Y-Plastik)	ausgedehnte Lappenplastiken
Epikondylitis humeri radialis/ulnaris: Denervierung und Tenotomie	Amputation (exklusive Fingerglieder) Plexuschirurgie Naht oder Rekonstruktion von N. radialis, N. ulnaris und N. medianus
einfachere Teil-Denervierungen Handgelenk	komplette Denervierung Handgelenk
Versteifung Fingergelenk	Tenolysen, Arthrolysen, Tenoarthrolysen
Handgelenksarthroskopie	
Versorgung Infekt (oberflächlich, lokal)	ausgedehnte, tiefe Infekte

- Eingriffe an 2 oder mehr Gelenken
- Eingriffe an 2 oder mehr Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen
- Mehretageeingriffe
- Kombinierte dorsale/palmare Eingriffe
- Eingriffe mit (ausgedehnter) autologer Knochentransplantation
- mikrovaskuläre Eingriffe mit Überwachungsnotwendigkeit
- Rezidiv- oder Reoperation
- schwerer Weichteilschaden mit Minderperfusion
- große arthroskopische Versorgung (z. B. Resektionsarthroplastik Handwurzel, Teilversteifungen des Handgelenks, transossäre Refixation des TFCC, arthro-

- skopisch assistierte Frakturversorgung, z. B. Radius und Daumensattelgelenk)
- offene Frakturen/Luxationen
- stark und/oder tief verschmutzte Wunden
- Versorgung von Verletzungen mit dem Risiko der Entwicklung eines Kompartmentsyndroms (z. B. Quetschverletzungen)

Nebenkriterien patientenspezifische medizinische Gesamtsituation

In diesen Nebenkriterien sind Begleitumstände aufgezählt, die im Einzelfall, insbesondere, wenn sich solche Umstände sum-

mieren oder in Kombination mit einem Nebenkriterium aus dem Bereich „Handchirurgischer Schweregrad“ auftreten, eine stationäre Behandlung notwendig machen.

- Angewiesenheit auf beidseitige Gehhilfen
- vorangegangenes komplexes regionales Schmerzsyndrom
- Sturztendenz
- allgemeine Hinfälligkeit des Patienten
- relevante Sehbehinderung
- mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
- Blutungsneigung oder -anomalie, inkl. Antikoagulation, Lebererkrankung, Faktorenleiden etc.
- erhöhtes Infektionsrisiko (gilt nicht für gut eingestellten Diabetes mellitus)
- Überwachungsbedürftigkeit (pulmonale, kardiale, nephrologische, hepatologische, neurologische Gründe) [2–4]
- Dialyse
- rheumatische Erkrankung
- Komorbiditäten G-AEP-Kriterien (Version 2019) Punkt D1-D6
- chronische Schmerzpatienten, multiple Analgetika-Unverträglichkeiten
- Notwendigkeit postoperativer intensiver Ergo-/Physiotherapie unter angepasster Schmerztherapie (z. B. handchirurgische Komplexbehandlung, intensiviertere Ergo-/Physiotherapie unter Schmerzkatheter und ähnliche komplexe Therapien)
- Aufwändige postoperative Verbands- oder Gipstechnik/Schienenversorgung mit Kontrollbedarf

Nebenkriterien sozialmedizinische Faktoren

Zusätzlich zu den bisher genannten Kriterien müssen auch die sozialmedizinischen Rahmenbedingungen stimmen, um einen Eingriff ambulant durchführen zu können. Wir verweisen hier auf die konsentiierte Empfehlung des Berufsverbandes niedergelassener Chirurgen, des BDC und des Berufsverbandes der Anästhesisten, wonach jede Ärztin und jeder Arzt, der ambulant operiert bzw. Patienten „betäuben“ möchte, sich im Vorfeld des Eingriffs davon überzeugen muss, dass der Patient mindestens eine Nacht zu Hause von jemandem betreut bzw. überwacht wird [2, 3, 4], der sich verantwortungsvoll um den Patienten kümmern kann und jederzeit zur Verfügung steht.

Diese Voraussetzungen sind in der heutigen Zeit sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Patienten häufig nicht gegeben. Die Diskussion in der Expertengruppe ergab, dass niedergelassene Operateure solche Patienten genau aus diesen Gründen oftmals nicht ambulant versorgen und sie gerne einer stationären Behandlung im Krankenhaus zuführen. Da diese Faktoren zunehmend von den Kostenträgern außer Acht gelassen werden, werden auch die sozialmedizinischen Faktoren, die eine stationäre Leistungserbringung erforderlich machen, in dieser Empfehlung unserer Fachgesellschaft noch einmal im Folgenden ausdrücklich genannt. Die genannten Punkte, insbesondere in Kombination mit einem oder mehreren Kriterien aus dem Abschnitt patientenspezifische medizinische Gesamtsituation, erfordern in der Regel eine stationäre Leistungserbringung.

- geographische Gründe (z. B. mit öffentlichem Verkehr nur beschwerlich oder nicht in adäquater Zeit erreichbar)
- große Entfernung von Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
- fehlende oder mangelhafte Compliance des Patienten
- nicht gesicherte postoperative Versorgung/Betreuung (alleinlebend ohne häusliche oder medizinische Versorgungsmöglichkeit oder nicht verlässlicher Lebenspartner)
- fehlende Kapazitäten/Erreichbarkeit von Physiotherapie/Ergotherapie/

Handtherapie für eine adäquate postoperative Weiterbehandlung des Patienten

Diese Empfehlungen wurden erarbeitet im Herbst 2019 im Auftrag des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie.

Ralf Nyszkiewicz¹, Karsten Becker², Timm Oliver Engelhardt³, Mohssen Hakimi⁴, Martin Lautenbach⁵, Michael Millrose⁶, Marion Mühldorfer-Fodor⁷, Adrian Obladen⁸, Jörg van Schoonhoven⁷

¹Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie, Werner Forßmann Krankenhaus, Eberswalde

²Praxis Dr. med. Karsten Becker, Hannover

³Plastische Chirurgie & Handchirurgie

Ebersberg, Kreisklinik Ebersberg bei München, Ebersberg

⁴Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin

⁵Abt. Handchirurgie, obere Extremität und Fußchirurgie, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Krankenhaus Waldfriede, Berlin

⁶Abteilung für spezielle Unfallchirurgie und Orthopädie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Murnau

⁷Klinik für Handchirurgie, Rhön-Klinikum AG, Campus Bad Neustadt, Bad Neustadt an der Saale

⁸Unfallkrankenhaus Berlin, Abteilung für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie, Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ralf Nyszkiewicz

Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie

Werner Forßmann Krankenhaus

Rudolf-Breitscheid-Str. 100

16225 Eberswalde

Telefon: 03334/69 2288

Fax: 03334/69 2110

E-Mail:

Ralf.Nyszkiewicz@klinikum-barnim.de

Literatur

- [1] Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte. Kriterien für ambulante oder stationäre elektive Handchirurgie. <https://www.vertrauensaeerzte.ch/expertcom/handsurgery/>
- [2] Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes deutscher Chirurgen. *Anästh Intensivmed* 2006; 47: 50–51
- [3] Larmann J, Vescia F, Zweißler B. Ambulante Anästhesie – Risikomanagement in der ambulanten Anästhesie. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013; 48: 180–191
- [4] Löser S, Herminghaus A, Hüppe T, et al. Allgemeinanästhesie bei ambulanten Operationen. *Anästhesist* 2014; 63: 865–874