

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

Nyszkiewicz, Ralf¹; Baur, Eva; Becker, Karsten²; Engelhardt, Timm Oliver⁴; Haas, Elisabeth⁵; Haerle, Max⁶; Hakimi, Mohssen⁷; Lautenbach, Martin⁸; Lutz, Tobias⁹; Millrose, Michael¹⁰; Mühldorfer-Fodor, Marion¹¹; Obladen, Adrian¹²; Tenbrock, Arne⁸; van Schoonhoven, Jörg¹¹; Weihs, Natascha¹¹; Zach, Alexander¹³

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

² Praxis Dr. med. Karsten Becker, Hannover

³ Praxis Dr. med. Eva-Maria Baur, Murnau

⁴ Plastische Chirurgie & Handchirurgie Ebersberg, Kreisklinik Ebersberg bei München

⁵ Abteilung Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie der LMU München

⁶ Zentrum für Hand- und Plastische Chirurgie, Orthopädische Klinik Markgröningen

⁷ Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie, Vivantes Klinikum Am Urban

⁸ Abt. Handchirurgie, obere Extremität und Fußchirurgie, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Krankenhaus Waldfriede

⁹ Praxis Dr. med. Tobias Lutz, Bad Schwartau

¹⁰ Abteilung für Unfallchirurgie, Sportorthopädie, Kindertraumatologie & Handchirurgie, Klinikum Garmisch-Partenkirchen

¹¹ Klinik für Handchirurgie, Rhön-Klinikum AG, Campus Bad Neustadt, Bad Neustadt an der Saale

¹² Unfallkrankenhaus Berlin, Abteilung für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie

¹³ Praxis Dr. med. Alexander Zach, Greifswald

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 konsentiertere Handlungsempfehlungen zu formulieren.

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, 13, 14, 15, 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 hochqualifizierte Personal (insbesondere im pflegerischen Bereich) ebenso verzichtet werden kann, wie auf die Einhaltung hoher Hygienestandards (Stichwort OP-Feldabdeckung). 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, 13, 14, 15, 16). Frühere Behandlungsmethoden, bei denen die jeweiligen unterschiedlichen Fachgruppen nur die dieser Fachgruppe jeweils zugeordneten Struktur 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 Bagatelverletzungen – und die enorme Schwierigkeit bei der Wiederherstellung sind Gründe, denen das Fachgebiet der Handchirurgie Rechnung trägt. Die Kenntnisse und Therapiemethoden unterschiedlichster medizinischer Fachgebiete müssen in der Handchirurgie gebündelt werden 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 (Nerven Chirurgie, 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 Facharzt Diplom 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 frühzeitigen begonnenen Handtherapie (1, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 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 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, 14, 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, 8, 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, 8, 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 Gesundheit; 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 der aufgrund des Ausgangsbefundes realistisch zu erwartenden Resultat. 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, 13, 14, 15, 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, 15, 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 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, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 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 stationärer oder ambulanter Leistungserbringung müssen die Qualitätskriterien für die Behandlung 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.

Literaturverzeichnis

- 1) Asmus, A. et al
Rehabilitation nach Beugesehnenverletzungen an der Hand
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. Online: www.dgn.org/leitlinien
(abgerufen am 16.10.2022)
- 3) Cimiotti, J. P. et al
Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection
Am J Infect Control. 2012 Aug; 40(6): 486–490
- 4) Eisenschenk, A. et al
Qualitätsmanagement zur optimierten Steuerung des berufsgenossenschaftlichen
Heilverfahrens für Handverletzungen
Trauma Berufskrankheit 2001 · 3: 65–69
- 5) Heitmann, B. et al
Handchirurgische Rehabilitation im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren
Trauma Berufskrankheit 2015 · 17:82–87
- 6) Hohendorff, B. et al
Tenolyse von Streck- und Beugesehnen an der Hand
Orthopäde 2020 · 49:771–783
- 7) Leuftink, D.
„Heilbehandlung“ mit allen geeigneten Mitteln „im Zeitalter der Wirtschaftlichkeit“
Trauma Berufskrankheit 2001 · 3 [Suppl 1]: S2–S6

- 8) Lohsträter, A.; Froese, E.
Dialogisches Rehabilitationsmanagement der VBG
Trauma Berufskrankheit 2005 · 7[Suppl 1]: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
Bernhard Weigel Michael L. Nerlich (Hrsg.)
Praxisbuch Unfallchirurgie
2. Auflage Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011
- 11) Millrose M. et al
Results of a special interdisciplinary hand therapy program for work-related injuries.
Hand Surg Rehabil. 2020 Dec;39(6):575-579.
- 12) Partecke, B.-D.
Qualitätssicherung und Management von Handverletzungen aus der Sicht des Handchirurgen
Trauma Berufskrankheit 2001 · 3 [Suppl 4]: S479–S486
- 13) Pillukat, T. et al
Rezidiveingriffe beim Morbus Dupuytren
Orthopäde 2017 · 46:342–352
- 14) Quadlbaur, S. 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. et al
Weiterbehandlung und Rehabilitation nach Beugesehnenverletzungen
Unfallchirurg 2020 · 123:126–133
- 17) Wittemann, M. et al
Die sog. „kleine Handverletzung“ und ihre sozioökonomischen Folgen
Chirurg 65: 1005–1007