

FREITAG, 20. MÄRZ 2015

OSTTHÜRINGER Zeitung

GERA

In Gera findet am Sonnabend, dem 21. März, ein Symposium für Ärzte statt

20.03.2015 - 06:49 Uhr

Über 70 Chirurgen, Orthopäden und Hausärzte aus Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich für das 10. Symposium „Ambulante Chirurgie“ morgen in Gera angemeldet.



Matthias Hager, Chirurg in der chirurgischen Gemeinschaftspraxis in der Geraer Schmelzhüttenstraße. Foto: privat

Herr Hager, das Symposium, das Sie als Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Ambulanten Chirurgie mit initiiert haben, feiert morgen Jubiläum. Waren zehn Jahre geplant?

Wir haben 2006 das Symposium zunächst als einmaligen Akt ins Leben gerufen, um regional Ärzte zur Weiterbildung zusammenzubringen, die sich aus der täglichen Arbeit kennen. Dabei sind Hausärzte die erste Zielgruppe. Doch über ein Jahrzehnt wurde das Geraer Symposium zu einer viel weiter greifenden Veranstaltung. Es geht um das ambulante Operieren, das Kümmern des Operateurs um den Patienten von der Vorbereitung bis mindestens zur Wundheilung, oft länger. Über 850 Teilnehmer, 117 Vorträge mit 83 Referenten sind eine Bilanz, auf die wir bei dieser rein privat organisierten gemeinnützigen Veranstaltung stolz sind.

Wer ist diesmal Gastreferent?

Die orthopädischen Chefärzte aus Weimar und Gera, die die Endoprothetik aus gesundheitsphilosophischer Sicht beleuchten. Endoprothesen sind künstliche Gelenke, die nach der OP im Körper bleiben.

Wann ist solch ein Ersatzgelenk wirklich nötig?

Das Ziel war es immer, die Mobilität zu erhalten und Schmerzen auszuschalten oder zu lindern. Das hat sich mit der demografischen Entwicklung durchaus geändert. Einst 70 Jahre sind nun die neuen 50. Der Mensch der sich ein Leben lang „die Gelenke kaputtgearbeitet hat“, will zum Lohn dafür als Rentner nicht zu Hause schmerzgeplagt herumsitzen. Außerdem hat, von den Kassen zu Unrecht kritisiert, ein gewisser Paradigmenwechsel stattgefunden. Endoprothesen werden nicht mehr als letztes Mittel betrachtet und so spät wie möglich eingesetzt, sondern dann, wenn Muskeln und Sehnen noch intakt sind und noch keine Bewegungseinschränkung eingetreten ist.

Wie viele Operationen dieser Art werden jährlich in Deutschland durchgeführt?

Es sind über 400 Eingriffe an Hüfte und Knie pro 100 000 Einwohner in Deutschland. In Thüringen kostet die Hüftendoprothese 7128 Euro und die Knieendoprothese 7466 Euro. Die Versorgungsrate der Endoprothetik ist im internationalen Vergleich hoch, aber ein Anstieg findet nicht mehr statt.

Die gestiegene Mobilität bringt etwas sehr Positives mit sich. Laut einer Studie aus Ontario in Kanada sinkt das Infarktrisiko um 12,4 Prozent bei Patienten über 55 Jahren, denen eine Endoprothese eingesetzt wurde. Die reinen OP- Kosten sind also kein Verlust, sondern als Investition zu betrachten.

Wann entscheidet der Arzt, ob operiert werden muss oder ob auch mit konservativen Methoden ein Heilungserfolg zu erwarten ist?

Die erste Option muss immer die konservative Therapie sein. Ist die Erfolgsaussicht etwa gleich, sollte es dabei bleiben. Jede Operation setzt auch einen gewissen „Flurschaden“, der mit dem Therapieerfolg mit abgedeckt werden muss. Ein schönes Röntgenbild zu erzeugen ist nicht Ziel einer OP.

Welche konservativen Methoden gibt es zum Beispiel ?

Ein Beispiel aus unserem Tagungsprogramm ist die Achillessehnenabriss. Während hier bis in die 90er Jahre die Sehnennaht mit etwa sechswöchiger Gipsbehandlung und Gehstützen als absolutes Mittel der Wahl galt, ist heute die Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen befundabhängig auch konservativ im sogenannten Walker ohne Gehstützen möglich. Durch die OP muss ein Benefit für den Patienten entstehen, wie Zeitgewinn oder eine exaktere anatomische Wiederherstellung des Schadens und eine möglichst gute Funktion.

Jeder Operation sollte ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch vorausgehen. Haben Sie als niedergelassene Ärzte die Zeit dazu?

Für das Aufklärungsgespräch und oft sind es mehrere, muss die Zeit genommen werden, egal wie voll das Wartezimmer ist. Das setzt uns immer gehörig unter Druck, so dass wir auch dafür auf Zeiten außerhalb der Sprechzeit ausweichen müssen.

Operationen und eingesetzte Medizintechnik wie Röntgen oder Computertomographie werden durch die Kassen honoriert, aufwendige Gespräche nicht?

Technik ist wichtig, weil sie uns hilft, genauere Diagnosen und Therapieplanungen zu stellen. Ein falscher Plan macht es teurer. Technik ist aber nur ein unsere fünf Sinne unterstützendes Hilfsmittel, das MRT (Magnetresonanztomographie zum Beispiel ist keine Diagnosemaschine. Das wird leider zunehmend vergessen, sodass Befunde behandelt werden, nicht der Patient. Das liegt einerseits an der Lehre und andererseits tatsächlich am immensen Zeitdruck. Den jungen Ärzten wird oft nicht mehr gelehrt, mit den Menschen umzugehen. Damit gehen auch die Fähigkeiten zur „Sprechmedizin“ verloren.

Wie einsichtig sind die Patienten? Sind sie nicht auch schon längst OP-hörig?

Ganz so schlimm ist es noch nicht, denn es gibt auch noch eine gewisse natürliche Angst vor einer OP. Die Aufgabe des Operateurs ist es, diese in den Vorgesprächen in einem vernünftigen Rahmen zu halten.

Natürlich gibt es Patienten, die nach dem Motto „mach das weg, egal wie, Hauptsache schnell“ bedient werden möchten. Das ist aber die Ausnahme.

Die Fachgesellschaft der Internisten hat eine Gruppe „Unnötige Leistungen“ gegründet. Sollten sich dafür nicht alle Disziplinen zusammenschließen?

Ich halte davon nichts, denn so einfach ist die Medizin nicht. Es negiert die individuelle Entscheidung zwischen Arzt und Patient. Wenn eine Therapie weniger als 50 Prozent der Patienten hilft, ist schnell das Urteil „unnötig“ gesprochen. Die Patienten, denen es weitergeholfen hätte, fallen dann durch die Maschen unseres Gesundheitsnetzes, dessen Fäden aus Gold, die Knoten mit Diamanten besetzt sind, das aber riesige Löcher aufweist, weil es nicht medizinisch, sondern bürokratisch definiert ist. Die Mentalität in Deutschland, dass nur das hilft, was von den Kostenträgern bezahlt wird ist eine Folge der Entmündigung des Bürgers seit Jahrzehnten. In der DDR und in der BRD war das Gesundheitswesen immer ein Aushängeschild „koste es was es wolle“. Das hat dazu geführt, dass die Verantwortung für die eigene Gesundheit zunehmend in die Hände Dritter gelegt wurde, die haftpflichtig dafür geradestehen müssen. Häufigster Spruch, den ich täglich höre, ist „Sie sind doch der Arzt“, also entscheide für mich.

Ein weiteres Thema morgen ist das perioperative Management. Was ist das?

Das perioperative Management umfasst alle Maßnahmen im Bereich von der Entscheidung zur Operation bis zur Wundheilung, Ausheilung oder auch Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit des Patienten. Das sollte von Anfang bis Ende durch den Operateur organisiert und durchgeführt werden, da es sein alleiniger Verantwortungsbereich ist. In allererster Linie ist dazu die Mitarbeit des Hausarztes und des Anästhesisten erforderlich, gelegentlich auch die eines Spezialisten wie eines Kardiologen.

Viele Menschen leben allein. Wie sinnvoll ist eine ambulante Behandlung, wenn im Anschluss der Patient sich selbst überlassen bleibt? Wie lange sollten ärztliche Fürsorge und Voraussicht reichen?

Der vom niedergelassen Chirurgen operierte Patient wird postoperativ nicht allein gelassen. Dafür gibt es auch klare juristische Vorgaben. Es muss eine 24 stündige häusliche Versorgung gewährleistet sein. Selten ist das nicht möglich. Dann gibt es die Möglichkeit der Übernachtung wie zum Beispiel in unserer Praxisklinik. Bei Operationen, die die Mobilität zunächst einschränken, bieten wir das von vornherein an. Ich bin der Auffassung, dass, wenn ambulant operiert wird, der Operateur zumindest für zwei Wochen postoperativer Nachsorge persönlich zur Verfügung stehen sollte.

Elke Lier / 20.03.15 / OTZ

ZOR0007707337