

01.12.2021 Wissen

Editorial im Dezember 2021: Perioperatives Management in Deutschland – höchste Zeit für Veränderung!

W. Schwenk

In den letzten 30 Jahren haben technische Entwicklungen, wie die minimalinvasive Chirurgie, Fortschritte der Endoprothetik oder die Einführung endovaskulärer Techniken die gesamte Chirurgie revolutioniert. Naturgemäß steht die Verfeinerung der operativen Technik im Zentrum chirurgischer Bemühungen und zahlreiche dieser technischen Innovationen haben zu deutlichen Therapieverbesserungen geführt. Bei neueren Verfahren – wie beispielsweise der robotischen Chirurgie – steht der zweifelsfreie Nachweis klinisch relevanter Patient:innenvorteile dagegen noch aus.

Von Chirurg:innen weniger genau beachtet als neue Zugangswege, Instrumente, Prothesen und Roboter hat seit 1995 eine weitere medizinische Revolution in der operativen Medizin stattgefunden, nämlich die Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter multimodaler perioperativer Behandlungskonzepte als sogenanntes Fast-track, „enhanced recovery after surgery“ oder „rapid recovery“. Obwohl die Erfolge des optimierten perioperativen Managements mit dramatischen Verbesserungen für die Patienten einhergehen, ist diese Revolution an weiten Teilen der deutschen Chirurgie spurlos vorübergegangen.

Durch Fast-track oder ERAS ist die postoperative Krankenhausverweildauer in anderen Industrienationen dramatisch gesunken. Heute werden Patientinnen dort bereits 3 bis 5 Tage nach elektiven Kolonresektionen entlassen, in Deutschland ist die postoperative Krankenhausverweildauer dreimal so lang. Der Krankenhausaufenthalt nach elektiver Hüft- und Kniegelenksendoprothetik wurde in Dänemark im vergangenen Jahrzehnt durch Fast-track von 10 Tagen auf 2 Tage reduziert – und das mit vergleichbaren oder besseren funktionellen Ergebnissen. Große Fallserien aus Italien beschreiben nach elektivem offen-chirurgischem Aortenersatz unter ERAS eine postoperative Krankenhausverweildauer von 3 bis 5 Tagen mit niedrigeren Komplikationsraten. Ambulant oder kurzstationär durchgeführte kleinere Operationen (wie Cholezystektomie, Fundoplikatio und bariatrische Eingriffe) sind in anderen Ländern unter optimiertem perioperativem Management häufig. Während französische, skandinavische und britische Publikationen sogar ambulante (!) Knie- und Hüftgelenksendoprothetik oder Kolonresektionen diskutieren, sind derartige Behandlungspfade in Deutschland bislang nur sehr selten besprochen worden und unter traditionellem perioperativem Management auch nicht vorstellbar.

Die Ursachen des Rückstands in Deutschland beim optimierten perioperativen Management im Vergleich zu skandinavischen Ländern, Frankreich, den Niederlanden, aber auch Spanien und Italien, sind vielfältig. Eine wesentliche Rolle spielt unser im Vergleich zu anderen Nationen großzügig finanziertes Krankenhaussystem. Bislang waren die Grenzen der Belastbarkeit nur selten spürbar. Initiativen zur Verbesserung des perioperativen Managements mit nachfolgender Verweildauerkürzung wurden daher oftmals nur als Wege zur Gewinnmaximierung verstanden. Die SARS-CoV-2-Pandemie hat auch Deutschland spüren lassen, dass Intensivmedizin, Beatmungsplätze und qualifiziertes Pflegepersonal nicht beliebig zur Verfügung stehen, sondern ein begrenztes Gut darstellen. Das optimierte

perioperative Fast-track-/ERAS-Management reduziert die Rate postoperativer Komplikationen, vermeidet geplante und ungeplante Intensivbehandlungen, entlastet das Pflegepersonal und führt zu Verbesserungen für Patient:innen, Pflegende, Ärzte und Krankenhausträger.

„Das optimierte perioperative Fast-track/ERAS-Management reduziert die Rate postoperativer Komplikationen, vermeidet geplante und ungeplante Intensivbehandlungen, entlastet das Pflegepersonal und führt zu Verbesserungen für Patient:innen, Pflegende, Ärzte und Krankenhausträger.“

C. Eckmann, P. Möhnle, M. Spannagl und A. Weimann stellen in dieser Ausgabe der PASSION drei wesentliche Behandlungselemente des perioperativen Managements dar. Während die Antibiotika- und Thromboembolieprophylaxe – nicht zuletzt auch aus forensischen Gründen – in vielen Kliniken zum Therapiestandard gehören, werden die Grundlagen der perioperativen Ernährungstherapie auch heute noch in vielen Kliniken vernachlässigt. Weitere wesentliche Elemente der perioperativen Behandlung sind die Risikoevaluation und -optimierung, der perioperative Erhalt der Normothermie und Euvolämie, der Umgang mit Sonden, Kathetern und Drainagen, die optimale Narkosetechnik und Schmerztherapie, die Patientenschulung und die rasche postoperative Mobilisation. Auf Studien mit hohem Evidenzniveau beruhende Empfehlungen liegen für viele dieser Therapieelemente bereits seit Jahren vor, ohne Eingang in den klinischen Alltag deutscher Kliniken gefunden zu haben.

Erst wenn evidenzbasierte Empfehlungen mithilfe multiprofessioneller Behandlungsteams und unter Kontrolle spezialisierter Pflegekräfte zu prozedurenspezifischen und klinikindividuellen Behandlungspfaden kombiniert werden, entfalten sie ihr gesamtes Potenzial als ERAS oder Fast-track. Die Optimierung des perioperativen Managements setzt die Bereitschaft voraus, lieb gewonnene Traditionen zugunsten effektiver und effizienter Maßnahmen zu verlassen. Programme zur strukturierten Implementierung von Fast-track oder ERAS werden auch in Deutschland angeboten und berücksichtigen die Besonderheiten deutscher Krankenhäuser und des G-DRG-Systems. Der so initiierte Wandel zum optimierten perioperativen Management ist in Deutschland lange überfällig, damit unsere Patient:innen von der höheren Qualität der Behandlung und der rascheren Genesung profitieren und unser Pflegepersonal entlastet wird!

Viel Spaß beim Lesen der [Ausgabe Perioperatives Management](#).

Schwenk W: Perioperatives Management in Deutschland – höchste Zeit für Veränderung! Passion Chirurgie. 2021 Dezember; 11(12): Artikel 01_Editorial.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

Gotenstrasse 1

42653 Solingen

[> kontaktieren](#)

