

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, zur Durchführung der Tonsillotomie*

Statement of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery on the execution of a tonsillotomy

Orlando Guntinas-Lichius, Jochen Windfuhr, Thomas Deitmer, Klaus-Wolfgang Delank



Anlässlich von aktuellen Diskussionen über die Durchführung von Tonsillotomien in Deutschland haben die Autoren wichtige wissenschaftliche Aspekte zusammengetragen und mit den Mitgliedern der Kommission „Ambulante Operationen“ der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, abgestimmt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2018 das Verfahren der Gaumenmandel-Teilentfernung (Tonsillotomie) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlung im Krankenhaus und in der ambulanten Medizin beschlossen. Für die ambulante Teilentfernung vergrößerter Gaumenmandeln legte der G-BA zur Indikationsstellung fest, dass der operative Eingriff nur bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr durchgeführt werden darf, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beeinträchtigung verursacht und eine konservative Behandlung nicht ausreicht. Im Anschluss an die Tonsillotomie müsse eine ausreichend lange Überwachung sichergestellt sein. Die Operation dürfe zudem nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde durchgeführt werden, die eine

Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung „Ambulantes Operieren“ besitzen.

Um in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen aufgenommen zu werden, muss noch festgelegt werden, ob die Tonsillotomie als obligat ambulant (Kategorie 1) oder optional ambulant (Kategorie 2) eingeordnet wird. Wir sind der Ansicht, dass die Tonsillotomie nur in Kategorie 2 eingeordnet werden kann. Medizinische Gründe verbieten nach unserer Meinung eine Einordnung in Kategorie 1.

Allgemeine Überlegungen zum ambulanten Operieren

Es gibt bereits allgemeine Tatbestände, die sowohl für Eingriffe der Kategorie 1 als auch für Kategorie 2 gelten, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V, und die bei der Tonsillotomie hochrelevant sind. Die Tonsillotomie ist ein Eingriff, der nach der Definition des G-BA und der zugrunde liegenden Krankheitsbilder überwiegend bei Kleinkindern vorgenommen wird.

Nach § 2 Abs. 2 des 3-seitigen Vertrags ist es allein der/die behandelnde Arzt/Ärztin und so der/die Operateur/in, der über die Art der Durchführung der Operation entscheidet und die Verantwortung auch für den postoperativen Verlauf beachten, verantworten und sicherstellen muss. Dort heißt es:

„Aus dem als Anlage des Vertrags beigelegten ‚Katalog ambulant durchführbarer

Operationen und sonstiger stationärsersetzender 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.“

Ein Argument für die Einstufung in Kategorie 2 wäre auch die Tatsache, dass der G-BA bereits im September 2018 – sozusagen als Grundlage für die jetzt zu diskutierende Entscheidung der Aufnahme in den AOP-Katalog – parallel 2 Bekanntmachungen getroffen hat:

- Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen und bei rezidivierender akuter Tonsillitis: „Tonsillotomie geeignet für ambulantes Operieren“ und „ambulant durchführbar“.
- Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung (KHMe-RL)“: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen und bei rezidivierender akuter Tonsillitis: „Tonsillotomie kann im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung angewendet werden“.

* Mit Beratung durch die Mitglieder der Kommission „Ambulante Operationen“ der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie: T. Deitmer/Stellvertretung: J. Löhler, Bad Bramstedt; R. Mlynski, Rostock/Stellvertretung: C. Arens, Magdeburg; N. Rotter, Mannheim/Stellvertretung: T. K. Hoffmann, Ulm; K.-W. Delank, Ludwigshafen/Stellvertretung: U. Bockmühl, Kassel; C. Sittel, Stuttgart/Stellvertretung: A. Gerstner, Braunschweig und M. Jäckel, Schwerin; S. Drumm, Adendorf/Stellvertretung: D. Heinrich, Hamburg; B. Junge-Hülsing, Starnberg/Stellvertretung: D. Heinrich, Hamburg; A. Wienke, Bonn.

Daher erscheint es folgerichtig, die Tonsillotomie von vornherein in die Kategorie 2 einzuordnen, da zu erwarten ist, dass der Eingriff wesentlich häufiger die Einrichtungen stationärer Betreuung erfordern wird. Eingriffe der Kategorie 2 können ambulant oder stationär durchgeführt werden, aber allein der Eingriff begründet weder die Durchführung noch die Ablehnung der stationären Behandlung. Dies entbindet aber das Krankenhaus nicht von den Regelungen des § 39 SGB V und dem Wirtschaftlichkeitsgebot, d. h. die Möglichkeit der ambulanten Behandlung ist in jedem einzelnen Behandlungsfall gesondert zu prüfen. Verallgemeinerungen zur Frage der ambulanten oder stationären Durchführung des Eingriffs verbieten sich.

Folgende Aspekte müssen für die Frage der ambulanten Durchführbarkeit einer Tonsillotomie in Betracht gezogen werden:

HNO-chirurgische Aspekte

Kritisch in der Durchführung der ambulanten Tonsillotomie ist, wie bekannt geworden ist, die Gefahr lebensbedrohender Nachblutungen. Zudem ist die Besonderheit die fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen.

Die Patienten sind zumeist Kleinkinder, was für sich genommen die Kommunikationsmöglichkeit reduziert, insbesondere in Kombination mit einem Eingriff im Rachen, der postoperativ die Kommunikationsmöglichkeiten ebenfalls einschränken kann.

Zu beachten ist vor allem das besondere postoperative Risiko einer Nachblutung. Eine schwere Nachblutung ist lebensbedrohlich und ein Notfall. Ein unmittelbares ärztliches Handeln ist notwendig, um die Lebensbedrohlichkeit abzuwenden. Nach bisherigen Erfahrungen ist die Nachblutungsgefahr nach Tonsillotomie deutlich geringer als nach einer extrakapsulären Tonsillektomie. Es werden anekdotisch Fälle schwerer Nachblutungen auch nach Tonsillotomie bekannt. Die Tonsillotomie kann in unterschiedlicher Ausprägung durchgeführt werden, die bis hin zu einer

Situation gehen kann, die man als intrakapsuläre Tonsillektomie bezeichnet. Vermutlich bedingt auch die teils differierende operative Technik die Nachblutungsrate.

Die Tonsillotomie ist ein Eingriff an den Atemwegen. Die Indikation sind obstruktive, schlafbezogene Atmungsstörungen. Dieser Eingriff ist damit ein Risikoeingriff, was hinreichend in den AWMF-LL definiert ist (Atemwegsmanagement, Registernummer 001-028, nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – schlafbezogene Atmungsstörungen, Registernummer 063-001) [1]. Mangels vorhandener Definition der Voraussetzungen für personelle und apparative Ausstattung an ein ambulantes OP-Zentrum zum Erbringen dieser Leistung ist es nach den vorhandenen medizinischen Kenntnissen eine regelhaft eher stationär durchzuführende Leistung und kann in keiner Weise als eine obligat ambulant durchzuführende Operation angesehen und eingeordnet werden.

Zum Nachblutungsrisiko: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat in seinem Abschlussbericht zur Bewertung der Tonsillotomie festgestellt (N15-11, 6.1.2017), dass auch nach Tonsillotomie Blutungen (0,2–2,2 %) und sogar lebensbedrohliche Blutungen auftreten können. Das IQWiG schlussfolgert sogar, dass es für den Endpunkt Blutungen keinen Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen der Tonsillotomie gegenüber der Tonsillektomie gibt! Eine Nachblutung nach Eingriffen im Rachenbereich kann sich gerade im Kindesalter rasch zu einer lebensbedrohlichen Situation entwickeln, die unmittelbares ärztliches Handeln erforderlich macht.

Die evidenzbasierte Datenlage zur Tonsillotomie, wie im IQWiG-Bericht genutzt, beruht im Wesentlichen auf Patientendaten aus stationärer Behandlung. Über die Sicherheit im ambulanten Setting ist wenig bekannt.

Das Tonsillektomie-Nachblutungsrisiko ist höher, wenn innerhalb von 4 Wochen präoperativ ein Infekt der oberen Atemwege bestanden hat [2]. Dieses ist im Kindesalter häufig und schränkt deshalb die Möglich-

keit wissenschaftlich fundierter Sicherheit für die ambulante Durchführung stark ein.

Es existieren zwar viele Publikationen, welche die Sicherheit ambulanter Operationen nahelegen, tatsächlich fehlen jedoch Vergleichsstudien mit gutem Design und ausreichenden Fallzahlen, welche beweisen, dass die Ergebnisse der ambulanten Tonsillotomie gleich gut, schlechter oder gar besser als die Resultate der stationären Tonsillotomie sind. Zu beachten ist, dass eine stark ausgeprägte Symptomatik zwar eine sehr valide Indikation darstellt und auf eine sehr effiziente Operation hoffen lässt. Die stark ausgeprägte obstruktive Schlafapnoe gefährdet das Kind jedoch auch eher. Man darf damit rechnen, dass die Beseitigung der Obstruktion durch die Operation eine Besserung erzeugt; es gibt jedoch keine Studien, ob dieser Effekt in der unmittelbaren, gefährdenden postoperativen Phase bereits mit vorhersagbarem Erfolg auftritt.

Schluckstörungen: Zwar treten Schluckstörungen nach Tonsillotomie weniger heftig als nach Tonsillektomie auf, sie sind dennoch klinisch relevant vorhanden: Auch nach Tonsillotomie ist eine normale Nahrungsaufnahme erst nach 2,5–4 Tagen wieder möglich. Hier muss eine kompetente Überwachung eines Kindes erfolgen, um dem gerade bei Kindern kritischen Mangel an Flüssigkeitsaufnahme entgegenwirken zu können.

Rachenschwellung: Nach Tonsillotomie können in 1,3 bis 10 % erhebliche Schleimhautschwellungen auftreten, die eine medizinische Intervention erfordern [3]. Diese Schwellung kann durch die chirurgischen Manipulationen, aber auch durch die teilweise operativ induzierte Hitzevermittlung auftreten.

Die Tonsillotomie kann in unterschiedlichen Techniken durchgeführt werden. In Deutschland wird soweit bekannt häufig mit hitzevermittelnden Techniken gearbeitet. Hier werden unterschiedliche Lasertechniken oder Techniken der Elektrochirurgie im Radiofrequenz- oder Hochfrequenzbereich angewendet. Eine Teilresektion der Tonsillen ist auch mit konventionellen Instrumenten („cold steel“) möglich. Die Blutstillung innerhalb

des Tonsillengewebes erfolgt in aller Regel hitzevermittelt, z. B. auch mit bipolaren Pinzetten. Eine interstitielle Hitzeanwendung, die zu einer späteren narbigen Schrumpfung der Tonsillen führt, ist auch möglich. Eine Abtragung des Tonsillengewebes mit einem oszillierenden Saugmesser (Shaver) wurde auch angegeben. Es gibt keine Studie, die Überlegenheit oder Unterlegenheit einer Methode bezüglich Effizienz oder Komplikationen nachweist.

Zu Fragebögen und Vorlagen zu Risiken der Tonsillen Chirurgie inklusive Sicherungsaufklärung kann auch auf den Appendix in der AWMF-Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“ verwiesen werden (Registernummer 017-024; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-024_S2k_Tonsillitis_Gaumenmandeln_2015-08-verlaengert.pdf).

Allgemeine medizinische Aspekte

Bei einem Eingriff, dessen wesentliches Risiko eine Nachblutung ist, muss vorab mit strukturiertem Vorgehen nach Blutgerinnungsstörungen oder anderweitiger Blutungsneigung geforscht werden. Nach internationalen Standards sind hierfür strukturierte Fragebögen das geeignete Screening-Instrument bei Kindern. Sollte ein solcher Fragebogen Auffälligkeiten ergeben, müssen gezielte weitergehende, meist labortechnische Untersuchungen durchgeführt werden. Diese müssen über einfache Tests zur Klärung der humoralen Gerinnungsfähigkeit hinausgehen. Bei bleibendem Verdacht oder Nachweis einer Hämostasestörung verbietet sich ein ambulantes Vorgehen.

Komorbidität: Für Mandeloperationen ist bekannt, dass es eine Assoziation zwischen Körpergewicht und erhöhter Komplikationsrate bei Kindern bis 3 Jahren gibt [4]. Die Adipositas nimmt auch im Kindesalter stetig zu und bedingt darüber hinaus häufig auch das Vorliegen schlafbezogener Atmungsstörungen als ein Effekt, der unabhängig von der Tonsillengröße eintritt.

Strukturelle Voraussetzungen: Die „ambulante Tonsillotomie“, aus dem internatio-

nen Schrifttum entlehnt, ist ein unpräziser Terminus. Gemeint ist damit in der Regel die Tonsillotomie in einer Tagesklinik (Day Case Surgery) und nicht die Tonsillotomie in einer Praxis (Office). Infrastruktur, Organisation und Qualität einer anerkannten „Tagesklinik“ unterscheiden sich aber erheblich von einem „ambulanten OP-Setting“. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Resultate [5]. Zu beachten ist, dass eine postoperative Überwachung eines Kindes in einem Aufwachraum durch anästhesiologisches Fachpersonal für mindestens 2 Stunden vorzusehen ist.

Weitere allgemeine Aspekte, die beim ambulanten Operieren zu beachten sind und die HNO-Heilkunde eine besondere Rolle spielen, da die Operationen an den oberen Atemwegen stattfinden, lauten wie folgt:

- Operationen im HNO-Gebiet zählen neben den Eingriffen im Bereich der Urologie und Allgemeinchirurgie zu den Prozeduren mit dem höchsten Risiko für eine Wiederaufnahme nach ambulanter Operation [6].
- Bei 6243 ambulant operierten Patienten (diverse Indikationen) war die Nachblutung der häufigste Grund für die stationäre Wiederaufnahme ins Krankenhaus [7].
- Ein sicheres ambulantes Mandeloperations-Setting bei Kindern ist u. a. abhängig vom „Urbanisationsgrad“ der Region, also der Erreichbarkeit der Klinik [8]. Nicht nur die alleinige geografische Entfernung der Klinik, sondern auch die Erreichbarkeit müssen individuell berücksichtigt werden.
- Nicht Einzelfaktoren, sondern die Kombination von Faktoren bestimmen das Risiko von Komplikationen nach ambulanter Operation [9].
- Ehemalige Frühgeborene haben nachweislich ein höheres Risiko für eine postoperative Bradykardie und Apnoe [10].
- Das Risiko einer ambulanten Operation hängt nicht nur vom klinischen Status des jeweiligen Patienten ab. Weitere wichtige Faktoren sind die Qualifikation und die Erfahrung des Operateurs, des Anästhesisten und des Pflegepersonals. Die formale Qualifikation als Facharzt ist kein valider Maßstab. Die OP-Technik scheint gerade bei der Tonsillotomie eine nachrangige Rolle zu spielen.

- In der S1-AWMF-Leitlinie „Ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie“ (Registernummer 001/003) sind 4 Kriterien für „geeignete Operationen“ genannt:
 1. Minimales Risiko einer Nachblutung
 2. Minimales Risiko postoperativ auftretender respiratorischer Komplikationen
 3. Keine spezielle postoperative Pflegebedürftigkeit
 4. Rasche Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
 Diese Voraussetzungen decken sich weitgehend mit den Kriterien des Bundesverbandes für ambulantes Operieren e. V. (www.operieren.de/content/e3224/e308/e331/e334). Alle 4 Kriterien werden im Grunde nach Tonsillotomie nicht erfüllt („minimal“ und „rasch“ sind allerdings nicht quantifizierte Attribute).

§ 11 des AOP-Vertrags nach § 115b sieht vor, dass ein Krankentransport zu Lasten der zuständigen Krankenkasse nach Durchführung eines stationärs ersetzenden Eingriffs auf ärztliche Anordnung erforderlich sein kann. Nach einer Tonsillotomie muss eine körperliche Belastung als potenzielle Nachblutungsursache vermieden werden. Insofern liegt bei Kindern nach Tonsillotomie die medizinische Notwendigkeit für einen Krankentransport regelhaft vor. Diese wird nicht dadurch aufgehoben, dass üblicherweise die Eltern/Betreuer des operierten Kindes den Transport übernehmen. Hierbei muss gefordert werden, dass ein pflegebedürftiges Kind nur von 2 erwachsenen Personen in einem Kfz transportiert werden kann, da 1 Person das Kind beaufsichtigen muss und die andere Person das Kfz lenkt. In medizinischen Notfallsituationen ist ein Transport nur durch 1 Person am Steuer hoch unfallgefährlich.

Anästhesiologische Aspekte

Vorliegen einer schlafbezogenen Atemstörung: Es handelt sich in der Regel um Kinder mit dem naheliegenden Verdacht oder dem Nachweis einer schlafbezogenen Atemstörung, die per se als Kriterium für eine stationäre Aufnahme gilt, aber eine wesentliche Indikation für den Eingriff ist, und darüber hinaus mit einem erhöhten

Narkoserisiko einhergeht. Dies kann die mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen erforderlich machen (AEP-Kriterium).

Vom Wissenschaftlichen Arbeitskreis Kinder-Anästhesie (WAKKA) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) wird derzeit federführend eine AWMF-Leitlinie erarbeitet, die sich mit dem perioperativen Management von Kindern bei Operationen an Tonsillen mit oder ohne Adenotomie beschäftigt. In dieser Leitlinie sind insbesondere aus Sicht der Anästhesie wissenschaftlich fundierte Überlegungen zur Durchführung dieser Eingriffe besonders bei der gegebenen Indikation der schlafbezogenen Atemstörung niedergelegt. Diese Ausführungen lassen erkennen, dass auch aus Sicht der Anästhesie dieser Eingriff nicht als obligat ambulant eingeordnet werden kann.

Treten in der unmittelbaren Phase nach einer Tonsillotomie aufgrund der vorbestehenden schlafbezogenen Atmungsstörungen vermehrt respiratorische Ereignisse auf, so ist die verlängerte oder intensiviertere postoperative Überwachung erforderlich, ggf. auch unter Nutzung einer pädiatrischen Intensivstation. Da dies im ambulanten operativen Setting regelhaft nicht sichergestellt werden kann, ergibt sich hieraus entweder eine Gefährdung der Kinder durch Unterlassung dieser ggf. erforderlichen Überwachungsmaßnahmen oder die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Verlegung in die nächstgelegene Kinderklinik, die ebenfalls mit einer potenziellen Gefährdung des Kindes und mit hohen Kosten verbunden ist.

Europäische Fachgesellschaften wie die Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland formulieren bereits einschränkende Bedingungen für ambulante Eingriffe bei diesem Indikationsbereich: „The significant risk posed by postoperative apnoea must be considered and infants with recent apnoea episodes, cardiac or respiratory disease, family history of sudden infant death syndrome and adverse social circumstances should be considered for overnight admission and close monitoring. Day surgery units should not perform surgery on children unless they have suitable staff and facilities.“ [11].

Als weitere Komplikationen nach einer Vollnarkose beim Kind sind unabhängig von der Frage der Atemwegssicherung zu bedenken: Erbrechen, Kopfschmerzen, Müdigkeit sowie Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme. Das Management dieser Komplikationen erfordert teilweise die stationär-pflegerische Überwachung. Diese Komplikationen sind präoperativ sehr schwer vorhersagbar.

Aspekte postoperativer Betreuung und Überwachung

Die Sorgeberechtigten des Kindes müssen sich verpflichten, die pflegerische Betreuung des Kindes zu übernehmen. Eine Kontrolle dieser Bereitschaft kann der Arzt weder prinzipiell durchführen noch kann er die Qualität einer solchen Betreuung zuverlässig einschätzen. Sprachliche und kulturelle Unterschiede zu bekannten Verhältnissen in Deutschland können bestehen, ohne dass diese vorab offensichtlich und einschätzbar sind.

Der postoperative Transport in einem Kfz muss mit 2 erwachsenen Personen erfolgen. 1 Person führt das Kfz, die andere sorgt für das Kind. Auch in der unmittelbaren postoperativen Überwachung zu Hause ist die Betreuung durch 1 Person allein kritisch. Diese Sicherstellung kann der Arzt zwar einfordern, er kann sie jedoch nicht kontrollieren.

Eine eingeschränkte sprachliche Kommunikationsmöglichkeit der Sorgeberechtigten kann im Notfall zu sehr kritischen Situationen führen.

Es sollte möglichst auch erwogen werden, ob die Sorgeberechtigten durch die postoperative Betreuung des Kindes voraussichtlich faktisch oder auch emotional überfordert erscheinen. Einem solchen Sorgeberechtigten kann eine solche Betreuung nicht übertragen werden.

Ökonomische Aspekte

Die Durchführung einer Tonsillotomie als ambulante Operation/day-case-surgery erfordert nach allem Gesagten erhebliche personelle Ressourcen für eine sichere

Durchführung. Beginnend mit Empfang von Kind und Begleitpersonen zur Klärung der unmittelbaren OP-Fähigkeit, Klärung der Nüchternheit, Aufklärung über die eigentliche OP-Leistung in einem auch nach Hygienerichtlinien und Sicherheitsrichtlinien geeigneten Raum mit einem für Kinderanästhesie qualifizierten Personal seitens Operateur, OP-Pflege, Anästhesie und Anästhesie-Pflege, einer wie in der entstehenden Leitlinie vorgesehenen Zeit von 2 Stunden in einem von qualifiziertem Personal besetzten räumlich nahen Aufwachraum, dem abschließenden ärztlichen Kontakt durch Operateur und Anästhesie und fachgerechter Instruktion der Begleitpersonen für das weitere Management, Erreichbarkeit von Operateur und Anästhesie bis zur Entlassung des Kindes und in der Folge sind Ressourcen erforderlich, die nach unserem Wissen über die Honorierung ambulanter Operationen nach derzeitigem Stand nicht refinanziert sind. Werden diese klar zu setzenden Standards unterschritten, so wird sich weder ein verantwortungsbewusster Operateur noch ein Anästhesist zu einem solchen Verfahren entscheiden können.

Die Durchführung jedweder ärztlichen Maßnahmen, deren Refinanzierung so unzureichend ist, dass die Unterschreitungen fachlicher Standards absehbar sind, kann rechtsstaatlich nicht verordnet und gefordert werden.

Die ambulante Durchführung von Operationen ist gerade für Kinder ein guter und schonender Behandlungsweg, da das Kind in größerem Maße in gewohnter und vertrauter Umgebung verbleiben kann. Außerdem können die Kosten gespart werden, die mit der zusätzlichen stationären Aufnahme verbunden sind.

Es wird jedoch sowohl politisch als auch juristisch vorausgesetzt, dass der Behandlungsstandard und die Sicherheit durch die ambulante Durchführung eines Eingriffs nicht gegenüber einer stationären Durchführung sinken. Diese Qualitätssicherung hat, wie in diesem Artikel ausgeführt, sehr viele Facetten und Aspekte, die bedacht werden müssen. Die Entscheidung der auch nach der rechtlichen Situation prospektiv verantwortlichen Ärzte muss unter wissenschaftlichen Kriterien

und natürlich aus der Ex-ante-Sicht getroffen werden. Hierzu soll dieser Beitrag Informationen beisteuern.

Fazit für die Praxis

Medizinische Gründe sprechen eindeutig für die Einordnung der Tonsillotomie nur in Kategorie 2 (optional ambulant) im Katalog ambulant durchführbarer Operationen. Medizinische Gründe verbieten nach unserer Meinung eine Einordnung in Kategorie 1 (obligat ambulant). Dafür sprechen HNO-chirurgische Aspekte, allgemeine medizinische Aspekte und anästhesiologische Aspekte. Nicht vergessen dürfen wir die Aspekte der postoperativen Betreuung und Überwachung nach Tonsillotomie, die in vielen Fällen bei einer ambulanten Operation nicht gewährleistet sein werden. Zu guter Letzt liegen auch eine Reihe von ökonomischen Gründen vor.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Orlando Guntinas-Lichius
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1,
D-07747 Jena
Tel.: ++49/36 41/9 32 93 01
Fax: ++49/36 41/9 32 93 02
orlando.guntinas@med.uni-jena.de

Literatur

- [1] Wiater A, Paditz E, Schlüter BS et al. Obstruktives Schlafapnoesyndrom im Kindesalter. Dtsch Arztebl 2002; 99 (49): A-3324/B-2801/C-2610
- [2] White PF. Ambulatory Anesthesia and Surgery. London: W.B. Saunders Publishers; 1997: 1–918
- [3] Windfuhr JP, Savva K. [An update on tonsillectomy studies]. HNO 2017; 65 (1): 30–40
- [4] Lawlor CM, Riley CA, Carter JM et al. Association between age and weight as risk factors for complication after tonsillectomy in healthy Children. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2018; 144 (5): 399–405
- [5] Vila H Jr, Soto R, Cantor AB et al. Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. Arch Surg 2003; 138 (9): 991–995

- [6] Coley KC, Williams BA, DaPos SV et al. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. J Clin Anesth 2002; 14 (5): 349–353
- [7] Twersky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. Anesth Analg 1997; Feb; 84 (2): 319–324
- [8] Boss EF, Marsteller JA, Simon AE. Outpatient tonsillectomy in children: demographic and geographic variation in the United States, 2006. J Pediatr 2012; 160 (5): 814–819
- [9] Bettelli G. High risk patients in day surgery. Minerva Anesthesiol 2009; May; 75 (5): 259–268
- [10] Coté CJ, Zaslavsky A, Downes JJ et al. Postoperative apnea in former preterm infants after inguinal herniorrhaphy. A combined analysis. Anesthesiology 1995; 82 (4): 809–822
- [11] Verma R, Alladi R, Jackson I et al. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia 2011; May; 66 (5): 417–434

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1024-8737>
Laryngo-Rhino-Otol 2020; 99: 176–180
© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York
ISSN 0935-8943

Verantwortlich für diese Rubrik: Prof. Dr. T. Brusis und Dr. A. Wienke.