

Deutsche Herniengesellschaft startet mit der Zertifizierung von Hernienzentren

Ferdinand Köckerling (Berlin), Georg Arlt (Berlin), Dieter Berger (Baden-Baden), Reinhard Bittner (Fürth), Andreas Kuthe (Hannover), Ralph Lorenz (Berlin), Kerstin Lenski (Düsseldorf), Christian Peiper (Hamm), Wolfgang Reinhold (Hamburg), Bernd Stechemesser (Berlin), für Vorstand und Sektionen der Deutschen Herniengesellschaft (DHG)

Von den aktuell knapp sieben Milliarden Menschen auf unserer Erde werden etwa eine Milliarde in Laufe ihres Lebens an einem Leistenbruch erkranken. In Deutschland werden derzeit jährlich etwa 275 000 Leistenbrüche und knapp 100 000 Bauchwandbrüche versorgt. Leider sind trotz der Häufigkeit hernienchirurgischer Eingriffe die Ergebnisse alles andere als zufriedenstellend. In Deutschland liegen sowohl die Rezidivraten als auch die Raten an chronischen Leistenschmerzen nach Leistenbruchoperationen bei über zehn Prozent.

Hernien sind die weltweit häufigsten operationspflichtigen Diagnosen. Von den aktuell knapp sieben Milliarden Menschen auf unserer Erde werden etwa eine Milliarde in Laufe ihres Lebens an einem Leistenbruch erkranken. Nach Schätzungen der internationalen Herniengesellschaften werden jährlich etwa 20 Millionen Leistenbrüche operiert. In Deutschland werden derzeit 275 000 Leistenbrüche und knapp 100 000 Bauchwandbrüche versorgt [6]. Leider sind trotz der Häufigkeit hernienchirurgischer Eingriffe die Ergebnisse alles andere als zufriedenstellend. In Deutschland liegen sowohl die Rezidivraten als auch die Raten an chronischen Leistenschmerzen nach Leistenbruchoperationen bei über zehn Prozent [9]. Für die Versorgung von Leistenbrüchen sind mehr als 100 verschiedene Operationsverfahren beschrieben. Jahr für Jahr kommen neue Herniennetze und Fixierungstechniken für diese Netze auf den Markt, ohne dass deren Effizienz bereits in klinischen Studien überprüft wurde.

Die Hernienchirurgie ist ein ideales Gebiet für die Versorgungsforschung

Erstmals im Jahr 2009 wurden von der Europäischen Herniengesellschaft Leitlinien zur Behandlung der Leistenhernie beim Erwachsenen herausgegeben [8]. Gerade sind die neuen Leitlinien der International Endohernia Society zur endoskopischen Leistenhernienchirurgie (TAPP, TEP) erschienen [1].

Ebenso erfolgte die Entwicklung einer verbindlichen Klassifikation von Leistenhernien und Narbenhernien erst in den letzten Jahren [4, 5]. Nur auf der Basis einer einheitlichen Anwendung eines solchen Stratifizierungssystems können Therapieergebnisse miteinander verglichen werden. Aufgabe der anwendungsorientierten Versorgungsforschung ist es, das durch die evidenzbasierte Wissenschaft generierte Wissen in seiner Umsetzung im klinischen Alltag zu begleiten und zu evaluieren (Begleitforschung) [10] und letztlich deren Wirksamkeit zu erforschen (Outcome-Forschung). Aufgrund der dargestellten Rahmenbedingungen ist die Hernienchirurgie ein ideales Gebiet für die Versorgungsforschung – zumal in Deutschland die Hernienchirurgie sowohl ambulant als auch stationär und in Kliniken und Praxen durchgeführt wird. Somit erfolgt gleichzeitig eine Überprüfung der konkreten Versorgungsstrukturen.

Ziel des gemeinnützigen Projektes Herniamed als Qualitätssicherungsstudie ist die Versorgungsforschung auf dem gesamten Gebiet der Hernienchirurgie [3]. Durch dieses Projekt soll letztlich eine Verbesserung der Qualität in der gesamten Hernienchirurgie erreicht werden. So zeigte sich beispielsweise in Dänemark, dass es nach der Einführung eines Hernienregisters zu einer signifikanten Reduktion der Rezidivraten kam [2]. Die gesellschaftliche Forderung an die Chirurgie nach transparenter Ergebnisqualität wird dementsprechend immer lauter [7].

Kliniken und Praxen können in der ersten Stufe das „DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie“ erhalten

Dieser Forderung ist die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) in ihren Beschlüssen zur Etablierung eines Zertifizierungsverfahrens für Hernienzentren nachgekommen, indem sie die Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie *Herniamed* und damit die Beteiligung an der Versorgungsforschung für das gesamte Gebiet der Hernienchirurgie zum unverzichtbaren Bestandteil der Zertifizierung zum Hernienzentrum gemacht hat. Die Deutsche Herniengesellschaft hat in einer Sitzung des Vorstandes und der Sektionen am 21. Juni 2011 in Berlin die Einführung der ersten Stufe einer mehrstufigen Zertifizierung zum Hernienzentrum beschlossen. Kliniken und Praxen können in der ersten Stufe das „DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie“ erhalten. Dafür müssen folgende Grundvoraussetzungen erfüllt sein:

- Mitglied des beantragenden Hauptoperateurs in der Deutschen Herniengesellschaft
- Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie *Herniamed*
- Operative Versorgung von mindestens 30 Hernienpatienten pro Jahr

Nach 30 eingegebenen Patienten im Register kann das Siegel vergeben werden. Nach einem Jahr erfolgt eine Kontrolle der in das Register eingegebenen Patienten im Abgleich mit dem Controlling-Bericht der Klinik bzw. dem Jahresbericht der niedergelassenen Chirurgen. Mehr als 90 Prozent der operierten Hernienpatienten müssen in das Register eingebracht werden. Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen wird nach weiteren zwei Jahren eine Rezertifizierung stattfinden, die nicht nur die Operationszahlen und die perioperativen Ergebnisse, sondern auch die Ergebnisse der Nachkontrollen beinhaltet. Somit ist ein Zertifizierungszyklus von drei Jahren vorgegeben. In den kommenden Monaten wird die DHG

die weiteren Anforderungen an die höhergradigen Zertifizierungsstufen festlegen. Grundsätzlich wird zukünftig jede höhergradige Zertifizierung auf dem „DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie“ beruhen.

Zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie *Herniamed* melden Sie sich bitte unter www.herniamed.de an. ◀

Literatur

1. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, et al (2011) Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society (IEHS). *Surg Endosc* DOI 10.1007/s00464-011-1799-6. Published online: 13 July 2011
2. Kehlet H (2008) Chronic pain after groin hernia repair. *Br J Surg* 95: 135–136
3. Köckerling F (2011) Die *Herniamed* Qualitätssicherungsstudie wird zur Erfolgsgeschichte. *Kongresszeitung* Nr. 3 vom 128. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (6. Mai 2011)
4. Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, et al (2007) The European Hernia Society Groin Hernia Classification: simple and easy to remember. *Hernia* 11: 113–116
5. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al (2009) Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 13: 407–414
6. Reinhold W (2008) Aktuelle Entwicklung der Hernienchirurgie. *Hamburger Ärztebl* 2008: 1012–1017
7. Sawicki PT (2008) Die Zukunft der deutschen Chirurgie liegt in der Überzeugung durch transparente Ergebnisqualität. *Chirurg BDC* 47: 371–372
8. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al (2009) European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 13: 343–403
9. Soleimanian A (2009) Postoperative Schmerzen im Fokus. *Dtsch Ärztebl* 106: 752–753
10. Zentrum für Versorgungsforschung (2011) Was ist Versorgungsforschung. [Download 16.6.2011]. http://zvfk.de/content/e2996/index_ger.html

Prof. Dr. med. F. Köckerling
Vivantes Klinikum Spandau
Klinik für Chirurgie – Visceral- und Gefäßchirurgie
Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin
ferdinand.koeckerling@vivantes.de