

nen dringenden und großen Nachholbedarf an prospektiv-randomisierten Vergleichsstudien. Der Weg, diesen Nachholbedarf zu decken, ist eingeleitet, insbesondere über das Studienzentrum der DGCH. Hier werden ständig neue Vergleichsstudien aufgelegt. Natürlich kann man nicht jede Fragestellung in der Chirurgie mit einer randomisierten Vergleichsstudie beantworten und das ist auch gar nicht notwendig. Die großen Fragen sollten aber in der Zukunft über Vergleichsstudien angegangen werden. Hierzu haben die Förderer auch entsprechende Mittel bereit gestellt. Über den Weg einer guten Studienkultur können die Chirurgen zukünftig an wesentlich höhere Fördermittel gelangen. Wir werden daher das Thema evidenzbasierte Chirurgie und klinische Studien auf dem 129. Kongress der DGCH in Berlin ausführlich bearbeiten.

Kongresszeitung: Die Anforderungen an den Chirurgen werden immer komplexer: Gefragt sind nicht nur vertiefte operative Kenntnisse, Management- und Führungsqualitäten – gerne dokumentiert in einer zusätzlichen Ausbildung – sondern auch soziale und emotionale Kompetenzen. Welchen Stellenwert messen Sie letztgenannten Fähigkeiten zu und wie können diese Ihrer Ansicht nach gefördert oder erlernt werden?

Prof. Büchler: Ich lege ganz besonderen Wert darauf, dass Chirurgen heute so wie vor 100 Jahren zu detailliert und exzellent technisch weitergebildeten Chirurgen geformt werden. Ähnlich wichtig wie technische und fachliche Fertigkeiten sind aber heute die sozialen und emotionalen Kompetenzen. Eine ausgewogene Kombination aus Organisations- und Managementfähigkeiten, wirtschaft-

licher Kompetenz, positivem Führungsverhalten und Konfliktfähigkeit bescheren dem Chirurgen Erfolg und Zufriedenheit. Der DGCH-Kongress 2012 wird sich dieser Weiterbildungsaufgabe besonders widmen.

Kongresszeitung: Was möchten Sie im nächsten Jahr anders machen?

Prof. Büchler: Axel Haverich hat wegweisende Veränderungen des Chirurgenkongresses möglich gemacht. Chirurgen lieben Videositzungen. Wir werden deshalb 2012 tägliche Live-Übertragungen moderner chirurgischer Methoden ins Programm einführen. Es wird eine Menge Raum für junge Chirurgen und Einsteiger geben. Berufspolitisch ist mir – wie meinem Vorgänger – die Einheit der deutschen Chirurgie ein besonderes Anliegen.

■■■

Das Gespräch führte Carola Marx.

Weltpremiere beim Chirurgenkongress



Am Dienstag fand bei der Sitzung *3D-Videotechnologie – Fortschritt für die Chirurgie?* eine Weltpremiere statt. Prof. Dr. Martin Walz operierte im Klinikum Essen-Mitte eine laparoskopische Links-Hemikolektomie, die live in das Auditorium in 3D-Technologie übertragen wurde.

Die *Herniamed* Qualitätssicherungsstudie wird zur Erfolgsgeschichte

Ferdinand Köckerling (Berlin), Reinhard Bittner (Stuttgart), René H. Fortelny (Wien), Andreas Imdahl (Heidenheim), Andreas Koch (Cottbus), Barbara Kraft (Stuttgart), Ralph Lorenz (Berlin), Franz Mayer (Salzburg), Thomas Moesta (Hannover), Thomas Mussack (München), Henning Niebuhr (Hamburg), Christian Peiper (Hamm), Matthias Pross (Berlin), Wolfgang Reinhold (Hamburg), Matthias Rohr (Gifhorn), Matthias Scheyer (Bludenz), Michael Schweins (Köln), Thomas Simon (Sinsheim), Christine Schug-Paß (Hannover), Bernd Stechemesser (Berlin), Solveig Unger (Chemnitz)

Das deutsche Register für alle Hernienformen – Leistenhernie, Narbenhernie, Nabelhernie, epigastrische Hernie, parastomale Hernie, Hiatushernie – wird zur Erfolgsgeschichte. Nach etwas mehr als einem Jahr geht die Zahl der eingebrachten Fälle auf 15000 zu, darunter mehr als 10000 operierte Leistenhernien. Es lassen sich bereits jetzt hoch interessante Rückschlüsse aus der Datenbank ermitteln. Die Zahl der freiwillig an der Studie teilnehmenden Kliniken und Praxen liegt bereits bei über 100 und es werden ständig mehr. Ein besonderer Anreiz zur Teilnahme an dem Hernienregister ist ein automatisiertes Auswertungssystem, das allen Teilnehmern quasi per „Knopfdruck“ die eigenen aktuellen Ergebnisse liefert. Die Kliniken und Praxen erhalten so jederzeit einen Überblick über die eigenen Fallzahlen und Ergebnisse und können ihre eigenen Daten uneingeschränkt für Vorträge und Veröffentlichungen nutzen. Dieses automatisierte Auswertungsprogramm steht für alle Hernientypen zur Verfügung. Mit dem Auswertungsprogramm betritt das Hernienregister *Herniamed* Neuland. All zu häufig beklagten Teilnehmer an Qualitätssicherungsstudien den Sachverhalt, dass sehr viel Aufwand bei der Dateneingabe getrieben werden muss und die einzelne Institution zu wenig Vorteile durch die Teilnahme

hat. Diesem Kritikpunkt wurde durch das Auswertungsprogramm gezielt Rechnung getragen und hat die Akzeptanz von *Herniamed* positiv beeinflusst. Deshalb nehmen besonders Kliniken und Praxen an dem Hernienregister teil, die für sich einen Schwerpunkt in der Hernienchirurgie sehen. Durch die Möglichkeit der ständigen Ermittlung ihrer eigenen Ergebnisse erhoffen sich die Teilnehmer einen Ausbau ihrer Aktivitäten auf dem Gebiet der Hernienchirurgie.

Teilnehmer des *Herniamed*-Registers sind bereits jetzt für zukünftige Zertifizierung gerüstet

Alle führenden Kassenvertreter fordern inzwischen als wichtigsten Baustein einer Zertifizierung die pflichtmäßige Qualitätssicherung. Auch die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) hat eine Sektion Zertifizierung einge-

richtet und diskutiert zurzeit die Kriterien für Hernienzentren. Unverzichtbarer Bestandteil einer Zertifizierung von Hernienzentren wird, ähnlich wie bei allen Zertifizierungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), die Anforderung einer pflichtmäßigen Qualitätssicherung der Hernienchirurgie sein. Dementsprechend sind Kliniken und Praxen, die an dem *Herniamed*-Register teilnehmen, bereits jetzt für zukünftige Zertifizierungen von Hernienzentren gerüstet. Ein weiteres Merkmal von Zentren ist die Ausrichtung der Differentialtherapie im Sinne des „tailored approach“ an evidenzbasierten Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Entsprechende Leitlinien hat die Europäische Herniengesellschaft (EHS) für die Leistenhernienchirurgie herausgegeben [1]. Dabei empfiehlt die EHS als Standardverfahren für die Reparatur der Leistenhernie die

Netz-basierten Verfahren TEP, TAPP und Lichtenstein. Diese Operationstechniken werden auch von den an dem *Herniamed*-Register teilnehmenden Institutionen in der überwiegenden Häufigkeit (80,1 %) durchgeführt (Tabelle 1). Alle anderen Verfahren kommen nur in knapp 20 Prozent zum Einsatz. Somit kann festgestellt werden, dass die an dem Register *Herniamed* teilnehmenden Kliniken und Praxen die Leistenhernienchirurgie im Wesentlichen nach den Empfehlungen der Europäischen Herniengesellschaft durchführen. Aufgrund der dann in den nächsten Jahren ermittelten Langzeitergebnissen in dem Register kann dann erneut geprüft werden, ob auch tatsächlich die gewünschten positiven Langzeitergebnisse auf der Basis der EHS-Empfehlungen eingetreten sind. Nur durch solche Register lassen sich langfristig optimale Ergebnisse in der Hernienchirurgie erreichen. ■■■

Tabelle 1 Gesamtkrankengut Leistenhernie (n=9127/OP=10733): Operationsverfahren

EHS-Leitlinien-konform (80,1%)	TAPP		Netz-Methoden (91,6%)
		n = 4389	
}	Lichtenstein		}
		n = 2351	
}	TEP		}
		n = 1854	
}	Plug		}
		n = 675	
}	TIPP		}
		n = 556	
}	Shouldice		}
		n = 528	
	Sonstige		
		n = 380	3,5 %
			Nicht-Netz-Methoden (8,4%)

Literatur

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

Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling
Klinik für Chirurgie – Viszeral- und Gefäßchirurgie
Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstraße 6, 13585 Berlin
ferdinand.koeckerling@vivantes.de