

Ralph Lorenz, Andreas Koch, Ferdinand Köckerling

Ambulante und stationäre Hernienchirurgie in Deutschland – aktueller Stand

Leistenhernienoperationen zählen zu den weltweit häufigsten viszeralchirurgischen Eingriffen. Jährlich werden allein in Deutschland rund 300 000 Leistenhernien operativ versorgt. Dem Chirurgen stehen heute zahlreiche operative Verfahren mit und ohne Netz zur Verfügung. In Deutschland finden diese Operationen sowohl im Krankenhaus- als auch im ambulanten Sektor statt. Die Leitlinien der Europäischen Herniengesellschaft empfehlen die ambulante Durchführung von Leistenhernienoperationen bei allen Patienten mit ASA-Klassifikation I und II. Im 2014 publizierten Update der europäischen Leitlinien gilt dies sogar für viele Fälle mit ASA-Klassifikation III. Dennoch liegt der Anteil ambulanter Hernieneingriffe hierzulande weit unter dem OECD-Durchschnitt.

Leistenhernienoperationen zählen zu den weltweit häufigsten viszeralchirurgischen Eingriffen. Jährlich werden allein in Deutschland rund 300 000 Leistenhernien operativ versorgt. In Deutschland finden diese Operationen sowohl im Krankenhaus- als auch im ambulanten Sektor statt. Dem Chirurgen stehen heute zahlreiche operative Verfahren mit und ohne Netz zur Verfügung. In den letzten 30 Jahren sind eine Reihe von Verfahren – so auch die endoskopischen sowie zahlreiche offene Operationsverfahren mit und ohne Netzmaterialien – entwickelt worden (→ Abb. 1). Es scheint jedoch keine Technik zu geben, die allen anderen überlegen ist. Nichtsdestotrotz ist die einfache und sichere Lichtenstein-OP das weltweit am häufigsten (ca. 50–70%) angewendete OP-Verfahren. Im Jahre 2009 wurden von der Europäischen Herniengesellschaft erstmals Leitlinien zur Behandlung von Leistenhernien publiziert [12]. Seit dieser Zeit besteht eine Empfehlung zur operativen Versorgung einer Leistenhernie mit einem Kunststoffnetz offen oder endoskopisch, als Lichtenstein-Verfahren, oder als TEP bzw. TAPP, wenn entsprechende Expertise vorliegt. Weitere offene Operationsverfahren mit Netz sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten hinzugekommen und zeigen bisher vergleichbare, zum Teil auch bessere Ergebnisse. Aufgrund der veränderten Evidenz wurden das Plug- und das Gilbert-Verfahren in die

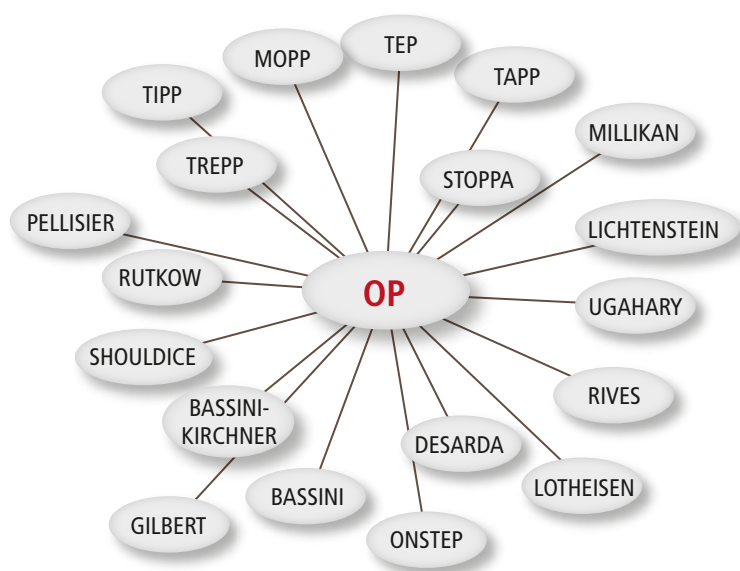


Abbildung 1 Mögliche Operationsverfahren zur Versorgung von Leistenhernien.

inzwischen überarbeiteten Leitlinien der Europäischen Herniengesellschaft aufgenommen [8].

Dank des medizinischen Fortschritts sind Leistenhernienoperationen heute in vielen Fällen ambulant durchführbar

Es gibt zahlreiche Studien, die ambulante Leistenhernienoperationen, sowohl offen als auch endoskopisch, auch im Alter über 65 Jahren oder bei Adipositas uneingeschränkt empfehlen [1, 6, 7]. Die Leitlinien der Europäischen Herniengesellschaft

empfehlen die ambulante Durchführung von Leistenhernienoperationen, gleichgültig mit welchem Verfahren bei allen Patienten mit ASA-Klassifikation I und II [12]. Im 2014 publizierten Update der europäischen Leitlinien gilt dies sogar für viele Fälle mit ASA-Klassifikation III [8].

Unabhängig von der Existenz der Leitlinien sind sich heute die Hernienexperten weltweit darin einig, dass ein *Tailored concept* – ein maßgeschneidertes Konzept der Leistenhernienversorgung sinnvoll ist. In dieses Konzept sollten nach Ansicht der meisten Hernienchirurgen sowohl offene netzfreie und offene Netzverfahren sowie endoskopische Operationsverfahren einbezogen werden. Eine Differenzierung sollte dabei nach Patientenalter, der Komorbidität, der Größe und Art der Hernie, dem Risikoprofil für eine Hernienerkrankung sowie nach dem Patientenwunsch erfolgen.

Der Anteil ambulanter Hernienoperationen liegt in Deutschland bei nur rund 20 Prozent

Die Versorgung der Leistenhernien entspricht hinsichtlich der Verfahrenswahl hierzulande grundsätzlich den Empfehlungen der *European Hernia Society*. Was die ambulante Durchführung der Leistenhernienoperationen angeht, so unterscheiden wir uns in Deutschland jedoch noch erheblich von unseren Nachbarn in Europa und auch im globalen Vergleich (→ Abb. 2).

Als mögliche Hemmfaktoren für ambulante Operationen in Deutschland werden die unterschiedliche Kosten- und Erlössituation sowie die strikte Trennung des stationären und ambulanten Sektors vermutet. Beide Sektoren werden zudem über Mengenbudgets an der unbegrenzten Ausweitung ihres Leistungsspektrums gehindert [11].

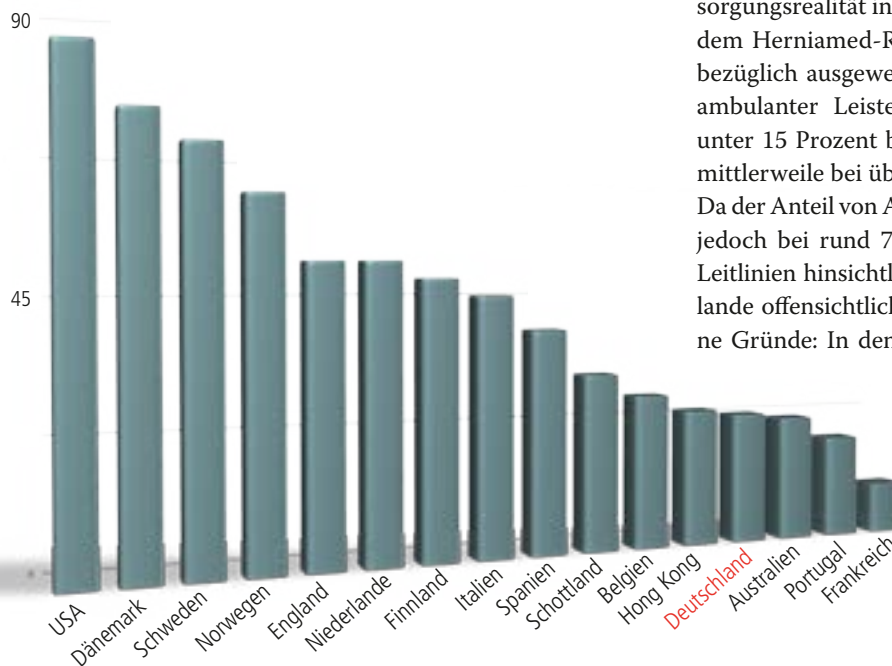


Abbildung 2 Anteil ambulanter Operationen bei Leistenhernien in ausgewählten Ländern 2005 (Quelle: International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) 2005). Demnach scheint der Anteil ambulanter Leistenhernienoperationen in Deutschland bei nur rund 20 Prozent zu liegen.

Das Deutsche Hernienregister Herniated zählt es neben den Registern in Schweden und Dänemark zu den weltweit größten Datenbanken zur Hernienchirurgie

Seit 2009 existiert in Deutschland das Deutsche Hernienregister (Herniated gGmbH) und erfasst alle Hernienoperationen. Die Teilnahme daran ist freiwillig und kostenfrei. Derzeit nehmen zirka 500 Kliniken und Praxen in Deutschland daran teil, rund ein Drittel davon sind niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen in eigener Praxis. Inzwischen konnten im Deutschen Hernienregister Herniated mehr als 200 000 Patienten erfasst werden (→ Tabelle 1). Damit zählt es neben den seit über 20 Jahren existierenden Registern in Schweden und Dänemark zu den weltweit größten Datenbanken zur Hernienchirurgie. Aufgrund der Freiwilligkeit werden derzeit jedoch noch nicht alle Hernienoperationen in Deutschland erfasst. In Skandinavien ist die Qualitätssicherung staatlich organisiert und verordnet, somit ist dort eine Erfassungsrate von 85 bis 90 Prozent der durchgeführten Hernienoperationen möglich.

Die Qualitätssicherung beansprucht einen erheblichen zeitlichen Arbeitsaufwand, der weder im stationären noch im ambulanten Sektor in irgendeiner Form vergütet wird. Hier wäre seitens der Gesundheitspolitik ein finanzieller Anreiz zukünftig besonders wichtig!

Trotz eines Anteils von 75 Prozent ASA-I- und ASA-II-Patienten in Herniated werden nur etwa 15 Prozent ambulant operiert

Da es seit 2006 keine aktuelleren Veröffentlichungen zur Versorgungsrealität in Deutschland gibt, haben wir die Daten aus dem Herniated-Register (Deutsches Hernienregister) diesbezüglich ausgewertet. Auch hier zeigt sich, dass der Anteil ambulanter Leistenhernienoperationen 2015 noch immer unter 15 Prozent beträgt, während der OECD-Durchschnitt mittlerweile bei über 50 Prozent liegt.

Da der Anteil von ASA-I- und ASA-II-Patienten in Herniated jedoch bei rund 75 Prozent liegt, werden die europäischen Leitlinien hinsichtlich der ambulanten Durchführung hierzulande offensichtlich nicht beachtet! Dafür gibt es verschiedene Gründe: In den meisten Europäischen Ländern bestehen

Tabelle 1 Übersicht über die im Zeitraum vom 1.9.2009–31.1.2015 erfassten Hernien im Deutschen Hernienregister – Herniamed

	n	%
Gesamt Hernienpatienten	201 781	100,0
Leistenhernien	134 597	66,8
Primäre Ventralhernien (Nabelhernien)	31 926	15,9
(Epigastrische Hernien)	7 151	3,6
Sekundäre Ventralhernien (Narbenhernien)	22 566	11,3
Hiatushernien	4 062	2,0
Parastomalhernien	877	0,4

keine oder nur geringe Vergütungsunterschiede zwischen der ambulanten oder der stationären Versorgung einer Leistenhernie. Darüber hinaus haben viele europäische Länder inzwischen ambulante DRG eingeführt. In Deutschland beträgt die Vergütung einer ambulanten Leistenhernienoperation trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit der beiden Sektoren nur etwa 30 bis 60 Prozent der stationären Vergütung [2].

Stationär liegt der Schwerpunkt bei TAPP und TEP, zudem werden deutlich mehr doppelseitige Eingriffe durchgeführt

Im rein stationären Bereich zeigt sich in Deutschland ein deutliches Schwergewicht auf den endoskopischen Operationen TAPP und TEP, die über 70 Prozent ausmachen (→ Abb. 3, → Tabelle 2). Dieser sehr hohe Anteil endoskopischer Verfahren ist im europäischen Vergleich einzigartig und nicht repräsentativ. Die hohe Rate ist in erster Linie auf die verfahrens-

bezogene Vergütungssystematik seitens der Kostenträger zurückzuführen – ohne dass es hierfür eine wissenschaftliche Basis gibt; hier muss ein Umdenken hinsichtlich patientenbezogener Risikofaktoren für eine ambulante oder stationäre Operation erfolgen. Zusätzlich fällt auf, dass im stationären Bereich signifikant mehr doppelseitige Eingriffe durchgeführt werden. Der Grund hierfür ist sicher in erster Linie in dem überproportionalen Anteil endoskopischer Operationen in stationären Bereich zu suchen, was auf die verbesserte diagnostische Möglichkeit beginnender, asymptomatischer Hernienbefunde auf der anderen Seite zurückzuführen ist. Eine Analyse der Herniamed-Daten für die TAPP und TEP zeigt jedoch eine signifikant höhere Morbidität und Reoperationsrate für die simultane doppelseitige Versorgung, wie sie ja auch zu erwarten ist [3, 4]. Dieses wäre auch dann der Fall, wenn die andere Seite zu einem späteren Zeitpunkt operiert wird. Aus diesem Grunde sollten aber auf keinen Fall prophylaktische Operationen der anderen Seite durchgeführt werden. Weiterhin sollte eine doppelseitige endoskopische Operation nur von sehr erfahrenen endoskopischen Hernienchirurgen durchgeführt werden. Im rein ambulanten Bereich liegt das Schwergewicht auf dem Lichtenstein-Verfahren sowie weiteren neuen offenen OP-Verfahren (→ Abb. 4, → Tabelle 2). Der niedrige Anteil endoskopischer Eingriffe im ambulanten Bereich (weniger als 17%) ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass ambulante endoskopische Leistenhernienoperationen zwar möglich und sicher sind, jedoch in Deutschland mit einer Kostenunterdeckung verbunden sind [13]. Oftmals wird im stationären Bereich das endoskopische Vorgehen als Begründung für eine stationäre Behandlung seitens der Krankenkassen akzeptiert, während ein offenes Vorgehen vom MDK abgelehnt oder im Erlös minimiert wird. Zusätzlich fällt auf, dass im stationären Bereich signifikant mehr doppelseitige Eingriffe durchgeführt werden. Der Grund hierfür ist sicher in erster Linie im überproportio-

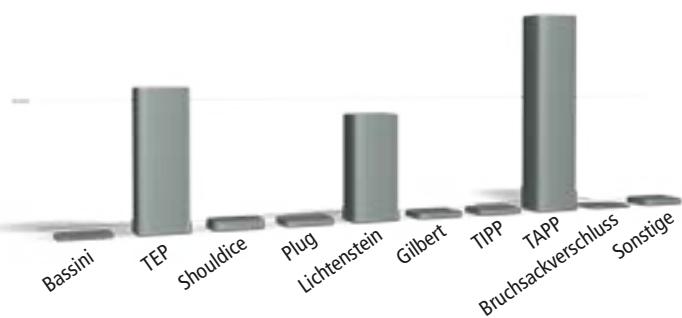


Abbildung 3 OP-Methoden Leistenhernienoperationen – stationär

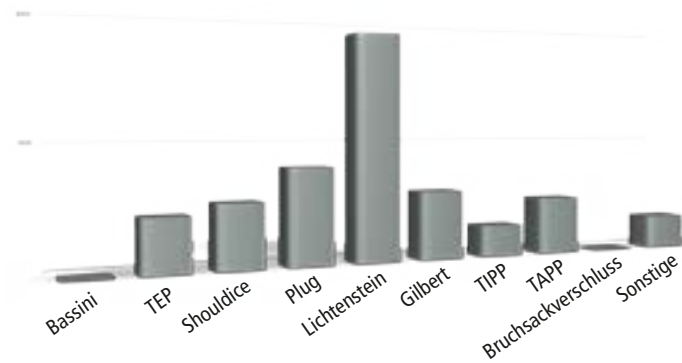


Abbildung 4 OP-Methoden Leistenhernienoperationen – ambulant

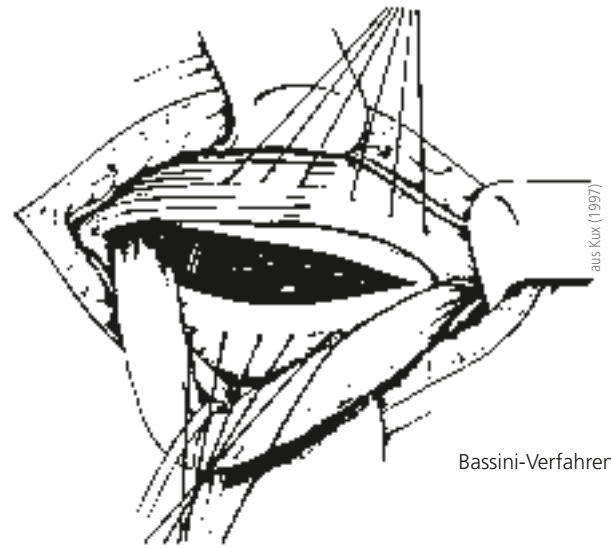
Tabelle 2 Anzahl der durchgeführten Operationen in den jeweiligen Operationstechniken: Stationär und ambulant (Herniamed-Daten Stand 24.3.2015)

OP-Methoden	Stationär	%	Ambulant	%
Bassini	304	0,22	47	0,20
TEP	38 711	27,58	1 930	8,07
Shouldice	2 414	1,72	2 319	9,69
Plug	1 616	1,15	3 833	16,02
Lichtenstein	31 439	22,40	8 590	35,91
Gilbert	1 776	1,27	2 676	11,19
TIPP	1 080	0,77	1 175	4,91
TAPP	60 879	43,37	2 142	8,95
Bruchsackverschluss	154	0,11	13	0,05
Sonstige	2 002	1,42	1 199	5,01
Gesamt	140 375	100,00	23 924	100,00
Patienten	116 554	83,03	23 270	97,26
Doppelseitige Eingriffe	23 821	16,97	654	2,74

Mögliche Verfahren für die ambulante Chirurgie, Basis für einen Tailored Approach

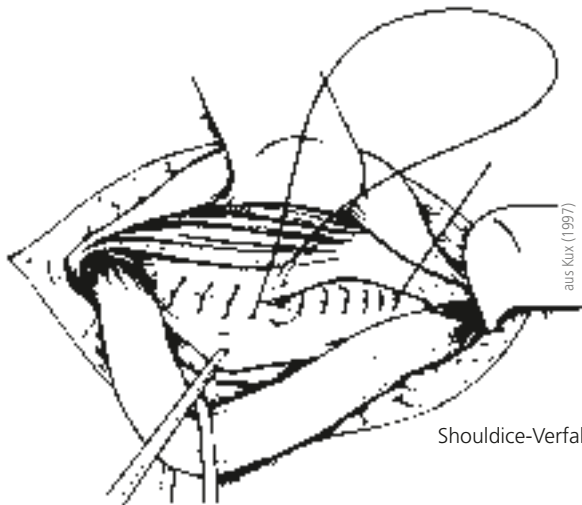
Reine Gewebereparatur → Nahtverfahren

Bassini: „Eine echte Heilung des Leistenbruchs scheint nur möglich durch die Neubildung einer starken hinteren Wand des Leistenkanals, die zugleich dessen schräge Lage wiederherstellt. Es musste eine Wand sein, die niemals wieder dem Druck der Eingeweide weichen konnte. Sie sollte daher aus kräftigem Muskelgewebe bestehen.“ Dieses Prinzip Bassinis, welches er 1889 formulierte, bildet die Basis der Hernienchirurgie bis heute, nur wird sich bei der Methodenvielfalt nicht mehr ausschließlich auf das kräftige Muskelgewebe beschränkt, sondern auch die Augmentation mit Kunststoffen vollzogen. [Read RC (1987) Am J Surg 153: 324–326/Castrini G, et al (1986) Int Surg 71: 141–143/Bassini E (1890) Arch Klin Chir 40: 429]

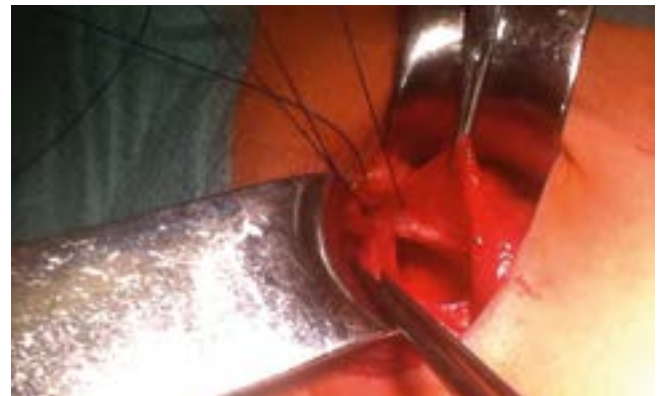


Bassini-Verfahren

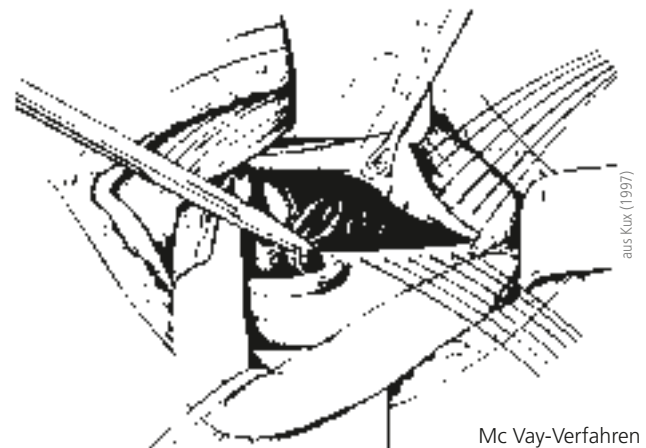
Shouldice: Das Shouldice-Verfahren stellt bis heute das Referenzverfahren dar, an dem sich alle Verfahren zu messen haben. Ein Cochrane-Review ergab, dass die Shouldice-Technik das beste offene netzfreie Verfahren ist. Seit 1954 wird die Technik standardisiert an der Shouldice Klinik in Toronto (www.shouldice.com) mit einer dokumentierten Rezidivrate von unter zwei Prozent durchgeführt! [Schumpelick V (1984) Chirurg 55: 25–28/Glassow F (1986) Int Surg 71: 148–153/Glassow F (1973) Can Med Assoc J 108: 308–313/Amato B, et al (2012) Cochrane Database Syst Rev 4:CD001543/Shouldice EE (1953) Ontario Med Rev: 1–14]



Shouldice-Verfahren

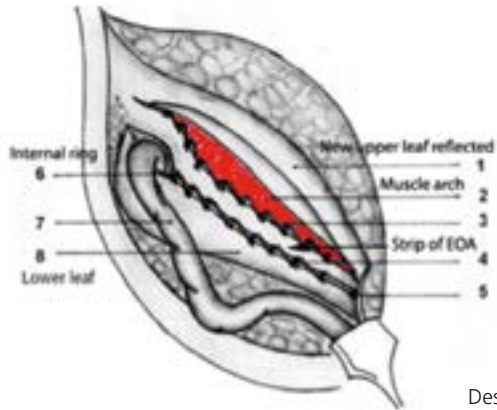


McVay: Das Nahtverfahren, bei dem am sichersten die femorale Lücke mit verschlossen wird. Es erfolgt eine Re-Insertion der Transversusaponeurose am Ligamentum Cooperi. Besonderes Augenmerk ist auf die Vermeidung einer Einengung der V. femoralis zu legen. Das Verfahren findet heute nur noch selten Anwendung. [McVay CB (1989) In: Nyhus LM: Hernia, 3rd ed. Lippincott, Philadelphia, S 119/Klausner JM, et al (1986) Postgrad Med J 62(726): 301–302]

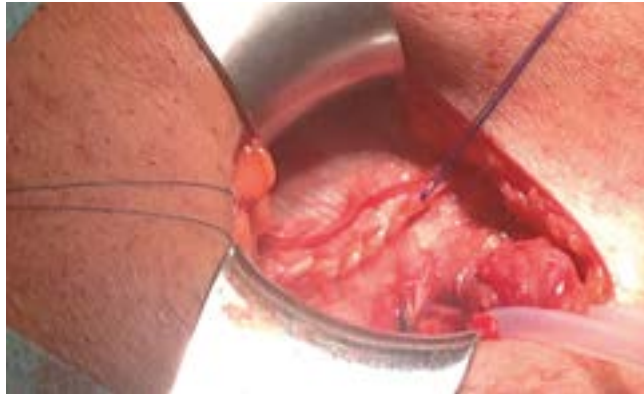


Mc Vay-Verfahren

Desarda: Die Desarda-Technik findet seit der Erstbeschreibung 2001 zunehmend Verbreitung. Die Augmentation der Leistenkanalhinterwand erfolgt hierbei mit einem Faszien-Flap, welcher aus der Externusaponeurose gebildet wird. In randomisierten Studien wurden gleiche Ergebnisse wie bei der Lichtenstein-Operation ermittelt. [Szopinski J, et al (2012) World J Surg 36: 984–992/Manyilira W, et al (2012) Hernia 16: 133–144/Desarda MP (2001) Eur J Surg 167: 443–448]



Desarda-Verfahren

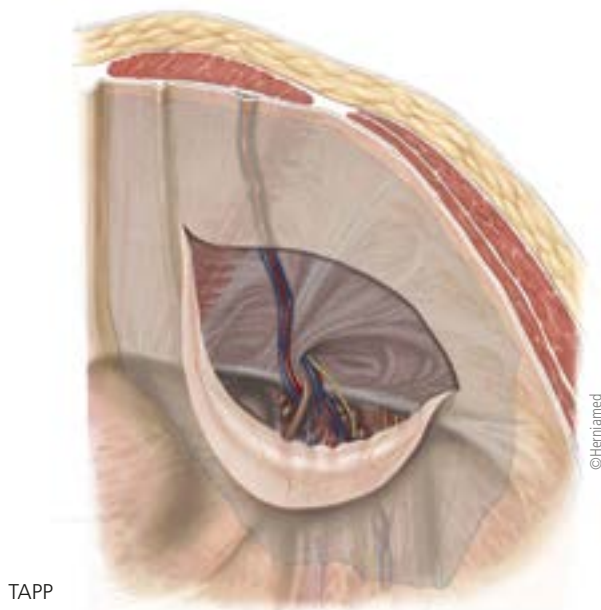


Präperitoneale Verfahren → endoskopisch

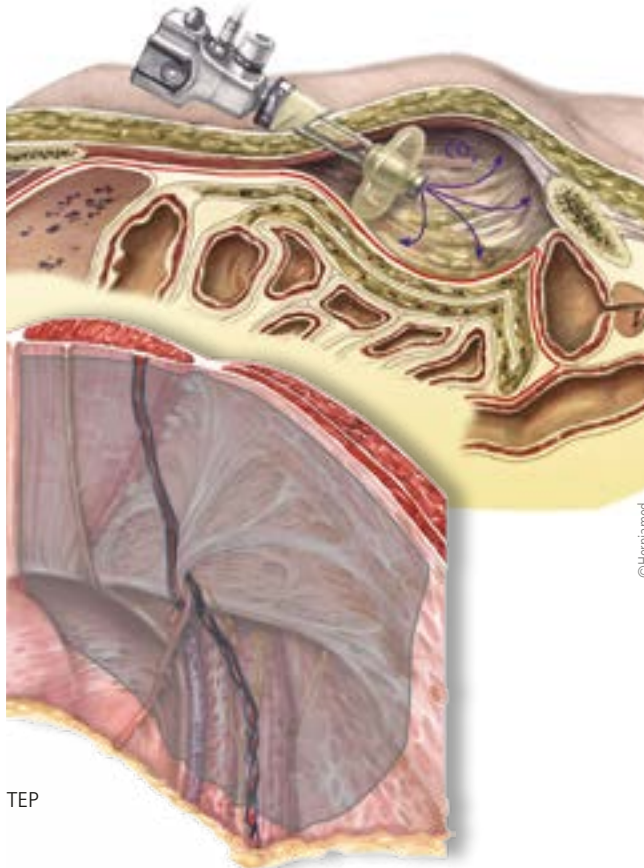
Beide Verfahren werden überwiegend im stationären Bereich angewendet. Ambulant ist kann eine Kostendeckung nur im Rahmen integrierter Versorgungsverträge erzielt werden. Die endoskopischen Verfahren platzieren das Netz immer präperitoneal und erlauben eine simultane Versorgung doppelseitiger Hernien. [Bittner R, et al; IEHS (2015) Surg Endosc 29: 289–321/Köckerling F, et al (2015) Surg Endosc. 2015, Mar 25 (Epub ahead of print)]

TAPP: Präperitoneale Netzplatzierung über transabdominalen Zugang. [Arregui ME, et al (1992) Surg Laparosc Endosc 2: 53–58/Bittner R, et al (2006) J Minim Access Surg 2: 155–159]

TEP: Extraperitonealer Zugang endoskopisch und präperitoneale Netzplatzierung. [Ferzli GS, et al (1992) J Laparoendosc Surg 2: 281–286]



TAPP



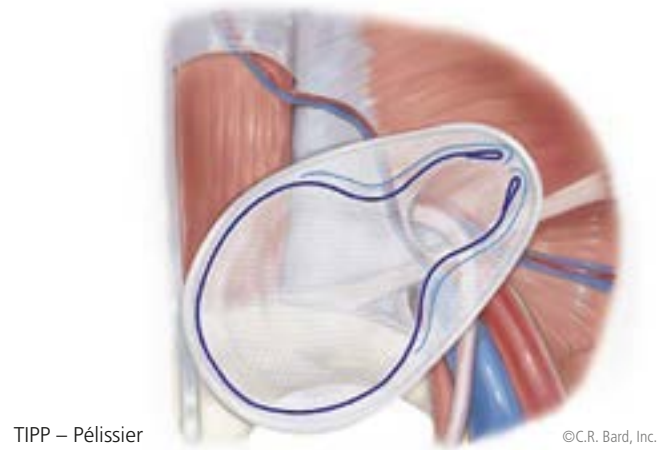
TEP

Präperitoneale Verfahren → offen

[Willaert W, et al (2012) Cochrane Database Syst Rev 7:CD008034]

TIPP – Pélissier: Transinguinale Präperitoneale Patchplastik, hierbei wird ein vorgefertigtes, selbstentfaltendes Netz (Polysoft Patch®) in den Präperitonealraum offen transinguinal platziert [Koning GG, et al (2012) Br J Surg 99: 1365–1373/ Sajid MS, et al (2013) Gastroenterol Rep (Oxf) 1: 127–137/Pélissier EP (2006) Hernia 10: 248–252]

TREPP: Die TREPP (TransRectusPraeperitonealPatchPlastik)-Technik stellt eine Modifikation des TIPP-Verfahrens dar, wobei die Platzierung des vorgefertigten, selbstentfaltenden Netzes (Polysoft®) in den präperitonealen Raum transrektal über die Rektusmuskulatur erfolgt. Die Rationale hierfür ist, den Leistenkanal nicht zu eröffnen und damit jeglichen Nervenkontakt zu vermeiden. [Koning GG, et al (2012) Hernia 16: 295–269/Lange JF, et al (2014) World J Surg 38: 1922–1928]



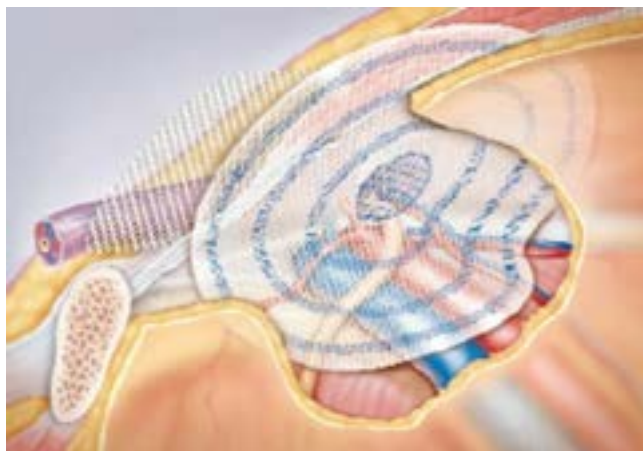
TIPP – Pélissier

©C.R. Bard, Inc.

Präperitoneale Verfahren → kombinierte Verfahren

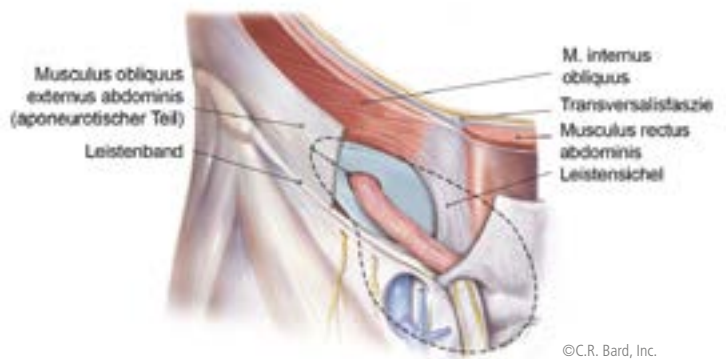
Bei den kombinierten Verfahren erfolgt sowohl eine anteriore als auch eine posteriore (präperitoneale) Netzplatzierung.

Gilbert-Technik: Bei der Gilbert-Technik kommen vorgefertigte Netze, die dreidimensional, mit einem posterioren und anterioren Anteil verbunden durch einen Konnektor, aufgebaut sind. Es gibt hiervon zwei Varianten: Ein schwergewichtiges kleinporiges (Prolene Hernia System PHS®) und ein leichtgewichtiges, großporiges und teilresorbierbares (Ultra Pro Hernia System UHS®). Die Platzierung erfolgt transinguinal lateral der epigastrischen Gefäße oder nach Eröffnung der Transversalisfaszie medial in den präperitonealen Raum. Der Onlay-Anteil wird analog zur Lichtenstein-Operation platziert. Das Verfahren eignet sich insbesondere für Typ II–III M und große laterale Hernien. [Tollens T, et al (2011) Surg Technol Int XXI: 128–134/Gilbert AI, et al (1997) Can J Surg 40: 209–212/Gilbert AI, et al (2004) Hernia 8: 203–207/Karateke F, et al (2014) Int Surg 99: 391–397/Magnusson J, et al (2012) Hernia 16: 277–285/Koch A, et al (2013) CHAZ 14: 325–330]

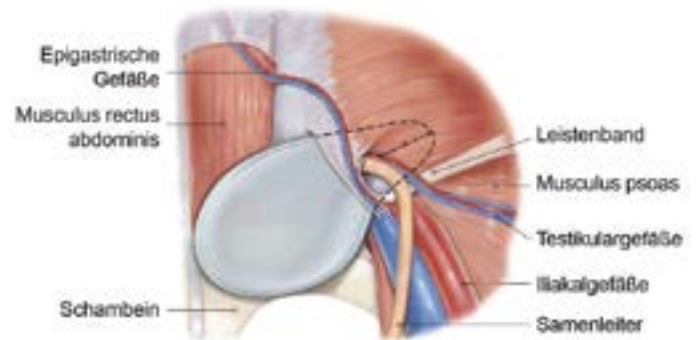


Gilbert-Technik

ONSTEP: Bei der ONSTEP-Technik wird ein vorgefertigtes, selbstentfaltendes Polysoft®-Netz verwendet. Der laterale Anteil kommt zwischen Internus- und Externusmuskulatur zu liegen, der mediale Anteil transfaszial (Fascia transversalis) im Spatium Retzii hinter dem Os pubis. Bei lateralen Hernien muss der Bruchsack sorgfältig präpariert und reponiert werden. Der Zugang ist zwei Querfinger über der Symphyse und damit außerhalb der Nervenverläufe. [Lourenço A, da Costa RS (2013) Hernia 17: 357–364/Andresen K, et al (2015) Scand J Surg 104: 61–65]



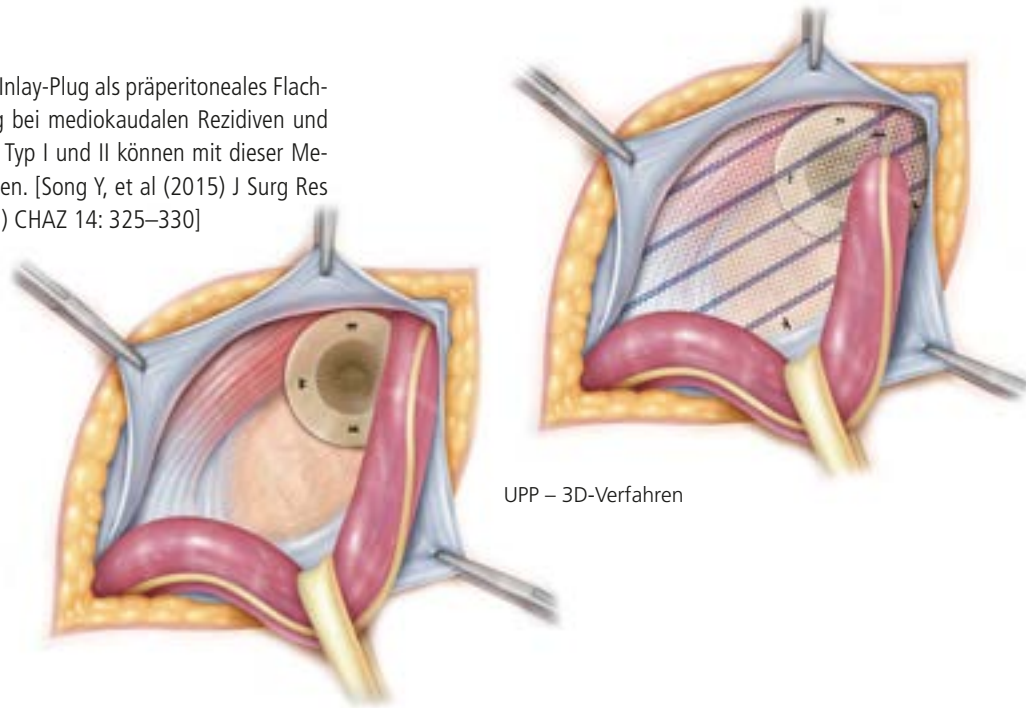
©C.R. Bard, Inc.



©C.R. Bard, Inc.

ONSTEP-Technik

UPP – 3 D: 3-D teilresorbierbarer Inlay-Plug als präperitoneales Flachnetz mit Onlay-Patch. Anwendung bei mediokaudalen Rezidiven und Femoralhernien. Indirekte Hernien Typ I und II können mit dieser Methode ebenfalls gut versorgt werden. [Song Y, et al (2015) J Surg Res 194: 383–387/Koch A, et al (2013) CHAZ 14: 325–330]



UPP – 3D-Verfahren

Inlay-Verfahren → Plug

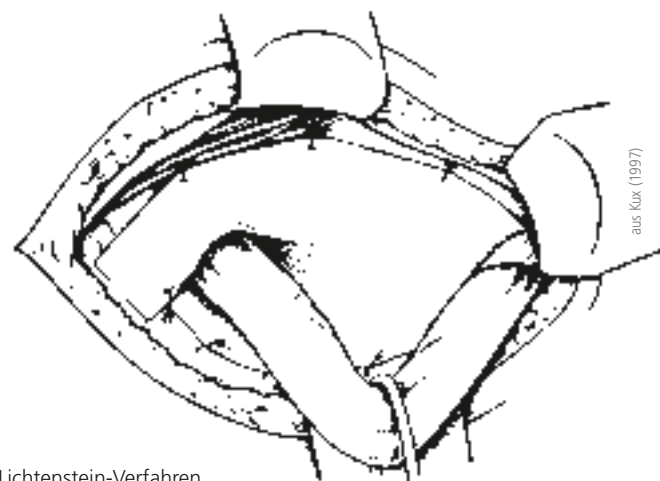
Rutkow: Bei dem Plug-and-Patch-Verfahren nach Rutkow handelt es sich um das am weitesten verbreitete Verfahren weltweit im ambulanten Bereich. Hierbei wird als Inlay ein Plug in der Bruchlücke platziert und darüber ein Flachnetz analog der Lichtenstein-Technik implantiert. Das Verfahren ist einfach anzuwenden, was zu seiner raschen Verbreitung geführt hat. Langzeitergebnisse sind rar und es wird zunehmend über Explantationen im Langzeitverlauf berichtet. Es bleibt abzuwarten, ob das Rutkow-Verfahren bei der zunehmenden Verbreitung präperitonealer und kombinierter Verfahren auch weiterhin Bestand haben wird. Nach der derzeitigen Datenlage ist es den anderen Verfahren einschließlich der Lichtenstein-Technik gleichzusetzen [Isemser FE, et al (2004) Surg Technol Int 12: 129–136/Robbins AW, Rutkow IM (1993) Surg Clin North Am 73: 501–512/Rutkow IM, Robbins AW (1993) Surgery 114: 3–8/Gossetti F, et al (2010) Hernia 14: 227/Dalenbäck J, et al (2009) Hernia 13: 121-129/Ohkura Y, et al (2015) BMC Surg 15: 64/Eid JJ, et al (2014) J Surg Case Rep 2014(11): pii:rju119/Murphy JW, et al (2006) Hernia 10: 436–438]



Rutkow-Verfahren

Onlay-Verfahren

Lichtenstein: Die Lichtenstein-Operation ist die weltweit am häufigsten durchgeführte Reparatur. Hierbei wird onlay ein Netz aufgebracht und mit Nähten oder Klebung (selten Tacker) fixiert. Ein Problem wird im Netz-Nerven-Kontakt gesehen, was im Verlauf zu chronischen Schmerzen führen kann. Nach der derzeitigen Datenlage bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen Plug, präperitonealen, kombinierten Verfahren und der Lichtenstein-Technik. Dies wird auch in den aktualisierten Leitlinien der EHS so abgebildet. [Miserez M, et al (2014) Hernia 18: 151–163 + Erratum (2014) Hernia 18: 443–444/Lichtenstein IL, Shulman AG (1986) Int Surg 71: 1–4/Lichtenstein IL, et al (1990) AORN J 52: 559–565/Kux M (1997) Hernienoperationen. JA Barth, Heidelberg Leipzig/Nienhuijs SW, Rosman C (2015) Hernia 19: 77–81]



Lichtenstein-Verfahren

nen Anteil endoskopischer Operationen im stationären Bereich zu suchen. Eine Analyse der Herniamed-Daten für die TAPP und TEP zeigte jedoch eine signifikant höhere Morbidität und Reoperationsrate für die simultane doppelseitige Versorgung. Aufgrund der Datenlage ist also die Indikation zur simultanen Versorgung einer asymptomatischen und nur endoskopisch diagnostizierten Leistenhernie der Gegenseite eindeutig kritisch zu hinterfragen [3, 4].

Im ambulanten Sektor sind eine sehr gute Qualität mit niedrigen Rezidiv- und chronischen Schmerzraten zu erzielen

Seit 2009 existiert aufgrund der Initiative einer Gruppe niedergelassener Chirurgen das *Netzwerk Leistenbruch* (www.netzwerk-leistenbruch.de) – eine zusätzliche Qualitätssicherungsstudie zu Leistenhernienoperationen – das mit dem Deutschen Hernienregister – *Herniamed* verlinkt ist. Im Netzwerk Leistenbruch werden insbesondere der frühpostoperative Verlauf ein und drei Monate nach einer Leistenbruchoperation erfasst und die Lebensqualität arztunabhängig mittels *Carolina Comfort Scale*, mit einem hernienspezifischen Lebensqualitätsfragebogen für Patienten evaluiert. Hier konnte gezeigt werden, dass im ambulanten Sektor eine sehr gute Qualität mit niedrigen Rezidiv- und chronischen Schmerzraten zu erzielen sind [5].

Zu fordern ist eine einheitliche Vergütung für ASA-I- und -II-Patienten mit primärer Inguinalhernie unabhängig vom Ort der Leistungserbringung

Insgesamt wird in Deutschland derzeit im internationalen Vergleich ein sehr geringer Anteil aller Leistenhernienoperationen ambulant durchgeführt. Wie die Daten aus dem Deutschen Hernienregister *Herniamed* veranschaulichen, bestehen erhebliche Unterschiede zwischen ambulant und stationär durchgeführten Leistenhernienoperationen: Im stationären Bereich finden endoskopische Verfahren überproportional häufig Anwendung und es werden häufiger doppelseitige Eingriffe durchgeführt, während im ambulanten Sektor überwiegend offene Verfahren durchgeführt werden. Medizinisch lassen sich diese Unterschiede kaum begründen, da das Outcome vergleichbar ist, sodass die Rationale hierfür eher ökonomisch basiert ist. Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung der Leistenhernie sollte unseres Erachtens jedoch grundsätzlich und ausschließlich morbiditäts-, nicht jedoch methodenabhängig erfolgen. Dementsprechend ist eine einheitliche Vergütung für ASA-I- und -II-Patienten mit primärer Inguinalhernie unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu fordern. Ein ambulantes DRG-System wäre unserer Ansicht nach ein Ausweg, um den beschriebenen gesundheitspolitischen Fehlanreizen ein Ende zu setzen. ■■■

Literatur

1. Acevedo A, Leon J (2010) Ambulatory hernia surgery under local anesthesia is feasible and safe in obese patients. *Hernia* 14: 57–62
2. Brökelmann J (2009) Vergütung ambulanter Operationen im internationalen Vergleich. *BAO-Depesche* Nr. 19, 18–19
3. Jacob DA, Hackl JA, Bittner R, et al (2015) Perioperative outcome of unilateral versus bilateral inguinal hernia repairs in TAPP technique: analysis of 15,176 cases from the Herniamed Registry. *Surg Endosc* DOI10.1007/s00464-015-4146-5
4. Köckerling F, Jacob DA (2012) Re: bilateral total extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) has outcomes similar to those for unilateral TEP: population-based analysis of prospective data of 6,505 patients. *Surg Endosc* 26: 2695–2696
5. Koch A, Lorenz R, Meyer F, Weyhe D (2013) Leistenhernienreparation – Wo wird wie operiert? *Zentralbl Chir* 138: 410–417
6. Kurzer M, Kark A, Hussain ST (2009) Day-case inguinal hernia repair in the elderly: a surgical priority. *Hernia* 13: 131–136
7. Mattila K, Vironen J, Eklund A, et al (2011) Randomized clinical trial comparing ambulatory and inpatient care after inguinal hernia repair in patients aged 65 years or older. *Am J Surg* 201: 179–185
8. Miserez M, et al (2014) Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernias in adult patients. *Hernia* 18: 151–163
9. O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR (2012) A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg* 255: 846–853
10. Sanjay P, Leaver H, Shaikh I, Woodward A (2011) Lichtenstein hernia repair under different anaesthetic techniques with special emphasis on outcomes in older people. *Australas J Ageing* 30: 93–97
11. Schulz G (2008) Kosten und Erlöse des „Ambulanten Operierens“ unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen – eine exemplarische Analyse. *Ambulant Operieren* 3: 125–130
12. 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
13. Toftgaard C, Parmentier G (2007) European Observatory on Health System and Policies
14. Weyhe D, Winnemöller C, Hellwig A, et al (2006) Das Aus für die minimal-invasive Leistenhernienversorgung durch § 115 b SGB V. Eine Analyse zu Patientenoutcome und Ökonomie. *Chirurg* 77: 844–855

Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzender der Deutschen Herniengesellschaft (DHG)
Schriftführer der CAH (Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernie) in der DGAV

1. Vorsitzender des Landesverbandes Berlin im BDC
Hernienzentrum 3⁺CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35, 13581 Berlin
✉ lorenz@3chirurgen.de, 🌐 www.3chirurgen.de

Dr. med. Andreas Koch

1. Vorsitzender der CAAC (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Ambulante Chirurgie) in der DGAV
Chirurgische Praxis Cottbus
Gerhart-Hauptmann-Straße 15, 03044 Cottbus
✉ info@chirurgie-cottbus.com, 🌐 www.chirurgie-cottbus.de

Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling

Klinik für Chirurgie – Visceral- und Gefäßchirurgie
Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie
Referenzzentrum für Hernienchirurgie und für Adipositaschirurgie
Vivantes Klinikum Spandau
Neue Bergstraße 6, 13585 Berlin
✉ ferdinand.koeckerling@vivantes.de

Fragen zum Artikel Ambulante und stationäre Hernienchirurgie in Deutschland – aktueller Stand

1_Wie viele Leistenbruchoperationen werden in Deutschland jährlich etwa durchgeführt?

- I. 65 000
 - II. 80 000
 - III. 300 000
 - IV. 200 000
 - V. 120 000
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

2_Das weltweit am häufigsten durchgeführte Verfahren bei der primären Inguinalhernie ist ...

- I. Shouldice.
 - II. TEP.
 - III. TAPP.
 - IV. Gilbert.
 - V. Lichtenstein.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

3_Laut European Guidelines sollten ambulante Operationen durchgeführt werden ...

- I. bei ASA-I und II-Patienten.
 - II. bei jeder primären Inguinalhernie.
 - III. nur bei männlichen Patienten.
 - IV. niemals.
 - V. nur bei Frauen mit rechtsseitigen Leistenhernien.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

4_Der Anteil ambulanter Operationen beim Leistenbruch ist in Deutschland ...

- I. weltweit im oberen Drittel.
 - II. zirka 60 Prozent.
 - III. unter fünf Prozent.
 - IV. deutlich höher als im OECD-Durchschnitt.
 - V. mit rund 20 Prozent deutlich unterrepräsentiert.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

5_Herniamed ist ...

- I. ein kostenfreies und freiwilliges Register zur Überprüfung der eigenen Ergebnisqualität.
 - II. eine Marketingwebseite für Hernienzentren.
 - III. eine Einkaufsgemeinschaft für Hernienetze.
 - IV. ein staatlich finanziertes Register.
 - V. Eine Kette von Hernienzentren.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

6_Der Anteil von ASA-I- und ASA-II-Patienten bei Leistenhernienoperationen beträgt ...

- a. zehn bis 20 Prozent.
 - b. 40 Prozent.
 - c. rund 75 Prozent.
 - d. 95 Prozent.
 - e. 50 Prozent.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

7_Endoskopische Operationen (TAPP und TEP) haben im stationären Bereich einen Anteil von ...

- I. spielen kaum eine Rolle.
 - II. unter 20 Prozent.
 - III. etwa 70 Prozent.
 - IV. unter 50 Prozent.
 - V. 90 Prozent.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

8_Eine asymptomatische Hernie der Gegenseite sollte im Rahmen eines endoskopischen Eingriffes ...

- I. immer mitversorgt werden.
 - II. die doppelseitige Versorgung aufgrund einer höheren Morbidität und Reoperationsrate kritisch betrachtet werden.
 - III. zweizeitig offen versorgt werden.
 - IV. zweizeitig endoskopisch versorgt werden.
 - V. niemals versorgt werden.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

9_Ambulante Leistenbruchoperationen sind ...

- I. mit hohen Rezidiv- und Schmerzraten verbunden.
 - II. ebenfalls mit niedrigen Rezidiv- und Schmerzraten möglich.
 - III. aufgrund der Patientengefährdung abzulehnen.
 - IV. in Deutschland Standard bei ASA-I- und ASA-II-Patienten.
 - V. keine Option im Versorgungsalltag.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

10_Die Vergütung von Leistenbruchoperationen ist in Deutschland ...

- I. streng sektoral getrennt.
 - II. auch im ambulanten Bereich DRG-basiert.
 - III. kostendeckend auch für ambulante endoskopische Operationen.
 - IV. individuell auf das Risikoprofil des Patienten zugeschnitten.
 - V. für jeden ambulanten Operateur frei verhandelbar.
- a) I ist richtig b) II ist richtig c) III ist richtig
d) IV ist richtig e) V ist richtig

Die Antworten auf die aufgeführten Fragen können ausschließlich von Abonnenten der CHAZ und nur online über unsere Internetseite <http://cme.kaden-verlag.de> abgegeben werden. Der Einsendeschluss ist der 31.10.2015. Beachten Sie bitte, dass per Fax, Brief oder E-Mail eingesandte Antworten nicht berücksichtigt werden können.