Leistenhernienchirurgie

Patientenorientierte Versorgung – befindet sich Deutschland auf einem Irrweg?

Bis zu 90 Prozent der Leistenhernien können – ganz im Sinne des Patienten – ambulant und offen mit Naht oder Netz versorgt werden. Die stationäre und die endoskopische Versorgung sollten Sonderindikationen vorbehalten bleiben. Hiervon ist die deutsche Versorgungsrealität allerdings weit entfernt.

Von Dr. Martin Pöllath

Der Begriff Versorgung umfasst mehr als nur die medizinische Therapie. Grundsätzlich steht einer Versorgung immer ein Bedarf gegenüber: zum Beispiel Nahrungsmittelbedarf – Nahrungsmittelversorgung. Der Bedarf wird vom Bedürftigen, hier vom Leistenbruchpatienten bestimmt.

Nach John Wennberg, dem US-amerikanischen Wegbereiter der modernen Versorgungsforschung, sollten die Patienten auf der Grundlage ihrer Präferenzen den Versorgungsbedarf definieren – und nicht etwa die Ärzte. [1]

In seiner vor 40 Jahren publizierten Studie erhob Wennberg die Lebensqualität der Betroffenen zum zentralen Entscheidungsparameter für oder gegen eine Operation. Basis war seine Beobachtung, dass die OP-Raten bei benigner Prostatahyperplasie ohne erkennbaren medizinischen Grund regional zwischen 20 und 60 Prozent schwankten.

Auf Basis von Befragungen betroffener Patienten vor und nach der Operation entwickelte Wennberg eine Entscheidungshilfe, die Patienten bei der Einschätzung von Auswirkungen und möglichen unerwünschten Ergebnissen der Operation half. Nach deren Einsatz entschieden sich deutlich weniger Männer für eine Prostatektomie.

Präferenzsensitive Therapie: Was bevorzugt der Patient?

Wennberg zielte auf die Verbesserung der Versorgung ab. Indem er die Behandlungsergebnisse an die Ärzte zurückmeldete, konnten diese ihre Indikationsstellung präzisieren und daraufhin die OP-Zahlen deutlich reduzieren. Wennberg forderte daher eine „präferenzsensitive Versorgung", wenn mehrere medizinisch allgemein akzeptierte Vorgehensweisen zur Verfügung stehen und das richtige Vorgehen von den Präferenzen des Patienten abhängt – sprich: von seiner individuellen Gewichtung der möglichen Ergebnisse und unerwünschten Wirkungen. [2]

Der Begriff Versorgung umfasst demnach mehr als nur die medizinische Therapie. Einer „Versorgung" steht immer ein Bedarf gegenüber. Dieser Bedarf wird vom Bedürftigen, in unserem Fall vom Leistenbruchpatienten bestimmt. Für ihn gibt es drei Wahlmöglichkeiten:

- Bruchband,
- „Watchful Waiting",
- Operation.

Die Entscheidung zum Bruchband trifft der Patient in der Regel

Tabelle 1: Kriterien zur Einteilung von Leistenhernien beim Erwachsenen

Einteilungskriterien 1. Ordnung (EHS-Klassifikation)

- Laterale Leistenhernie Grad I, II oder III (Skrotalhernie)
- Mediale Leistenhernie Grad I, II oder III
- Kombinierte Leistenhernie
- Femoralhernie
- Rezidivhernie (Erst-, Zweit- oder Multirezidiv)

Einteilungskriterien 2. Ordnung

- Alter (18 bis 30 Jahre oder über 30 Jahre)
- Geschlecht
- Allgemeinzustand (ASA I bis IV)
- Ernährungszustand (BMI unter oder über 30)
- Einseitige oder bilaterale Leistenhernie
- „Weiche Leiste"
- Inkarzerierte Leistenhernie

selbst, sicher nicht zusammen und nach Rücksprache mit einem Chirurgen. Wir sollten aber darüber nicht die Nase rümpfen, sondern die Präferenz des Patienten respektieren. Immerhin werden in Deutschland auch heute noch bis zu 100.000 Bruchbänder jährlich verkauft.

Bei der Entscheidung zum „Watchful Waiting" ist der Chirurg beteiligt. Dabei sollte er vor- und nachrangige Einteilungskriterien berücksichtigen (siehe Tab. 1). Die eigentliche Herausforderung stellt sich aber erst dann, wenn die Entscheidung zur Operation gefallen ist. Wo und wie soll operiert werden? Ambulant oder stationär? Offen oder endoskopisch? Mit Naht- oder mit Netztechnik? Nur die offenen Methoden erlauben es, zwischen Naht und Netz zu wählen. Beim endoskopischen Operieren (TAPP, TEP) ist die Netzimplantation obligat (siehe Tab. 2).

Heilung, Sicherheit und Komfort – mit Implantat?

Doch welche dieser Methoden dem Anspruch der Patientenorientierung am besten gerecht wird, ist schwer zu sagen. In der Regel wünscht sich der Patient Heilung, Sicherheit und Komfort – und, wenn möglich, lieber ohne Implantat.

» Wir sollten auch über Bruchbänder nicht die Nase rümpfen, sondern die Präferenz des Patienten respektieren. Immerhin werden in Deutschland jährlich bis zu 100.000 Bruchbänder verkauft. «

Heilung bedeutet für den Patienten, dass seine Beschwerden auf Lebenszeit beseitigt werden – erkennbar für ihn daran, dass er keine chronischen Schmerzen und kein Rezidiv erleidet. In puncto Sicherheit wünscht sich der Patient, dass keine oder wenigstens keine schweren Komplikationen auftreten.

Komfortabel ist eine Operation immer dann, wenn sie mit möglichst wenig perioperativem Schmerz einhergeht und er sich in einem angenehmen Ambiente aufhalten kann. Der Wunsch nach diesem Aspekt von Komfort ist ein gewichtiges Argument für die ambulante Durchführung der Operation, weil der Patient noch am Operationstag wieder zu Hause ist.

Gegenüber Implantaten sind die meisten Patienten zunächst skeptisch. Diese Skepsis verschwindet, wenn sie von den Vorteilen – insbesondere vom spannungsfreien Verschluss der Bruchlücke – erfahren. Letzte Sorgen nimmt die Erklärung, dass das Implantat im Grunde nichts anderes darstellt als die zum Netz gewobenen chirurgischen Fäden. Nicht resorbierbare Fäden verbleiben auch bei einer Nahttechnik lebenslang im Körper. Unverträglichkeitsreaktionen dadurch sind äußerst selten. Das gleiche gilt für die modenern Netzimplantate.

Doch abseits der Interessen des Patienten gibt es auch die nicht zu unterschätzenden Eigeninteressen von Ärzten, Kliniken und Industrie. So profitiert der Arzt unter Umständen mittelbar oder unmittelbar ökonomisch von einer Entscheidung. Bei unterschiedlichen Preisen wird er sehr stark versucht, ja – in subalterner Position – sich vielleicht sogar „gezwungen" sehen, die OP-Methode zu wählen, welche den höchsten Ertrag bringt.

Wenn die Klinik ökonomische Gründe in den Vordergrund stellt, wird sie stationär statt ambulant operieren. Sie erzielt dann Erlöse, die – gemessen an der 3-Tages-DRG – mehr als viermal höher liegen als bei ambulanter Vorgehensweise. Medizinprodukthersteller wiederum verdienen an den Herniennetzen exzellent. Mit Einführung dieses Therapieprinzips hat sich ein vorher nicht-existenter multimillionenschwerer Markt aufgetan.

Der Arzt ist immer auch ein „Zoon oeconomicon"

Die Haupteinflussgröße auf die Therapieentscheidung des Arztes, der ja auch ein „Zoon oeconomicon" ist, ist also der Preis. Therapieentscheidungen finden zwar in der Interaktion Arzt – Patient statt. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist aber keine Beziehung auf Augenhöhe. Sie ist auch nicht vergleichbar mit der Beziehung unter Geschäftspartnern.

Schon weil der Patient – so wie der Name sagt – Leidender ist, einer, der eine seinem menschlichen Anliegen gerecht wer-

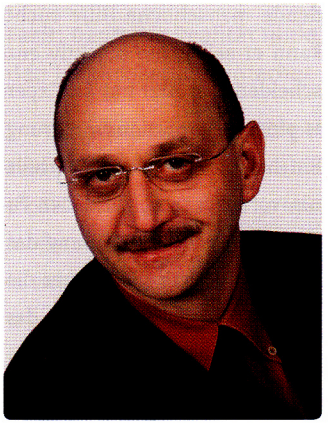

Foto: Pöllath

Dr. Martin Pöllath
Facharzt für Chirurgie, Proktologe und Tropenmediziner

Chirurgische Praxisklinik – MVZ
Obere Garten Straße 13 A
92237 Sulzbach-Rosenberg

Tel.: 09661 803 36
Fax: 09661 803 37
poellath@surochir.de

Tabelle 2: Operative Versorgungsmöglichkeiten der Leistenhernie 2014

Offene Verfahren

Mit Netz
- Lichtenstein
- Plug & Patch
- ONSTEP
- TIPP
- UHS/PHS
- Gilbert
- und andere

Mit Naht
- Shouldice
- Minimal Repair
- Desarda
- Bassini
- und andere

Endoskopische Verfahren

Immer mit Netz
- TAPP
- TEP

dende menschliche Hilfe sucht, kann er selbst nie objektiv entscheiden. Der Arzt hat als Experte einen Informationsvorsprung. Ein intaktes Vertrauensverhältnis vorausgesetzt, wird der Patient meist der Empfehlung des Arztes folgen. Es sind daher die Ärzte, die – nahezu exklusiv – das Versorgungsgeschehen steuern.

Um eine patientenorientierte Therapieentscheidung zu treffen, gilt es zu differenzieren. „Differenzieren" meint in diesem Zusammenhang, aus verschiedenen – auch nicht-operativen – Versorgungsmöglichkeiten die für den Patienten am besten geeignete Option auszuwählen. Beim Differenzieren handelt es sich um das grobe Raster. „Tailoring" hingegen bedeutet, eine gewählte Operationsmethode zu individualisieren oder zu modifizieren.

Beim Differenzieren hilft das Klassifizieren. Es gibt verschiedene Klassifizierungssysteme der Leistenhernien [3]. Als Europäer sollten wir selbstbewusst genug sein und vor anderen Klassifikationssystemen das der European Hernia Society (EHS) von 2007 wählen [4]. Nur bei einheitlicher Klassifikation der Hernien durch uns Chirurgen können die Behandlungsergebnisse auf internationaler Ebene in Zukunft besser verglichen werden.

EHS-Leitlinien bieten nur bedingt Hilfestellung

Aus der Klassifizierung kann man durchaus eine mögliche Therapie ableiten. Doch die operativen Möglichkeiten sind für jeden einzelnen Hernientyp vielfältig. Hilfestellung bei der Wahl der OP-Methode erwartet der Chirurg eigentlich von den Leitlinien.

Allerdings kennen die aktuellen EHS-Leitlinien von 2009 fast ausschließlich Netzversorgungen. Einzige Ausnahmen sind inkarzerierte Hernien und Notfall-Operationen. Wir müssen uns daher fragen, ob die Leitlinien ausreichend patientenorientiert und noch aktuell sind. Viele Hernienchirurgen kritisieren, die Leitlinien seien aus der Netzeuphorie der vergangenen Jahrzehnte geboren.

> *» Nur bei einheitlicher Klassfikation der Hernien durch uns Chirurgen können die Behandlungsergebnisse auf internationaler Ebene in Zukunft besser verglichen werden. «*

Überlegenheit der Netze ist nicht wissenschaftlich belegt

Sie geben zu bedenken, dass die Nahttechniken bei mehr Indikationen ihre Berechtigung haben als bei inkarzerierten Hernien. So schreibt der Cottbusser Kollege Dr. Andreas Koch: „Bis heute gibt es keinen wirklichen wissenschaftlichen Beweis für die Überlegenheit der Netzverfahren gegenüber den Nahtverfahren bei jeder Leistenhernie des erwachsenen Mannes" [5].

Es gilt also – unter Umständen auch ungeachtet der EHS-Leitlinien – eine differenzierte ärztliche Versorgungsentscheidung zu treffen:

- Für gebrechliche alte Patienten (> 80/85 Jahre) mit symptomloser oder symptomarmer Leistenhernie kommt „Watchful waiting" in Frage.
- Sodann gilt es zwischen den verschiedenen Orten der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) zu entscheiden.
- Im nächsten Schritt muss differenziert werden zwischen den verschiedenen Zugangswegen, der offenen (mit Netz oder Naht) und der endoskopischen OP (TAPP oder TEP – immer mit Netz).
- Beim offenen Vorgehen fällt damm die Entscheidung zwischen den verschiedenen OP-Methoden, also Nahtverfahren wie Shouldice, Desarda, Bassini etc. oder Netzversorgung wie Lichtenstein, Plug&Patch, PHS/UHS, TIPP, ONSTEP oder Kombinationen aus Naht- und Netzverfahren bei komplexen Leistenhernien (Tailoring).

Fällt die Entscheidung zugunsten einer Operation, wird man den Interessen des Patienten am besten gerecht, wenn man sich für ein ambulantes und offenes Netz- oder Nahtverfahren entscheidet. In einem dünn besiedelten Flächenstaat wie Norwegen werden mehr als 90 Prozent aller Leistenhernienoperationen ambulant durchgeführt [6].

Auch in unserer Praxisklinik operieren wir über 90 Prozent der Inguinalhernien ambulant. Die standardmäßige Evaluierung der

Tabelle 3: Zahl der Leistenhernienoperationen in Deutschland nach Sektoren in 2011

Datenquelle		KBV[1]	InEK[2]	Summe	Jahr
		Belegabteilung	inkl. GOÄ Hauptabteilung		
Stationär		16.937	175.015	191.952	2011
	Direktverträge	KBV	GOÄ		
Prozentanteile* geschätzt	3	87	10	100 %	
Ambulant	2.773	92.434	9.243	104.450	2011
Stationär und Ambulant				296.502	2011
Anteil ambulanter Leistenhernien in 2011:				35 %	

Datenart: Leistenbruchoperationen mit Schenkelhernien (= Femoralhernien)
OPS: 5–530 (H. inguinalis) und 5–531 (H. femoralis)

Quellen: 1 KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stabsstelle ISI, übermittelt 2014
2 InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

*Geschätzte Prozentanteile: Der Anteil der Privatpatienten liegt bei den niedergelassenen Chirurgen seit Jahrzehnten konstant bei ca. 10 %. In welchem Umfang Leistenhernien im ambulanten Sektor auf der Basis von Direktverträgen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, ist völlig unbekannt. Die Annahme von 3 % entspricht deshalb einer Schätzung des Autors.

Autor: Dr. M. Pöllath (2014)

Patientenzufriedenheit mit Hilfe des ambulanten Qualitätssicherungs-Systems AQS1 ergibt seit Jahren sehr zufriedene Patienten, die sich jederzeit wieder ambulant würden operieren lassen. Stationäre Einweisungen am OP-Tag wegen chirurgischer oder anästhesiologischer Probleme sind die absolute Ausnahme. [7]

Es fehlen verlässliche Zahlen für das Ambulante Operieren

Leider gibt es keine Zahlen über das Versorgungsgeschehen auf dem Gebiet der Hernienchirurgie in Deutschland, die valide im wissenschaftlichen Sinne sind. Zur Linderung dieses Dilemmas wurden mir von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dankenswerterweise Zahlen aus dem Jahr 2011 zur Verfügung gestellt. Sie schließen eine InEK-Statistik (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) ein und erlauben es so, den Anteil ambulanter Leistenoperationen annähernd genau einzugrenzen.

Eine unbekannte Variable in dieser Schätzung ist der Anteil Operationen, die im Rahmen von IV-Verträgen von den Kassenärzten direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet wurden. Dieser Anteil wurde vom Autor auf drei Prozent geschätzt. Um die wissenschaftlich korrekte Zahl zu erfahren, müssten alle gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland (n = 132, Stand 2014) befragt werden.

Darüber hinaus ist auch die Anzahl der Leistenoperationen bei Privatversicherten nicht bekannt. Immerhin weiß man, dass Privatpatienten in Bezug auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle niedergelassener Chirurgen seit langem zirka zehn Prozent der Fälle ausmachen. Unter Berücksichtigung dieser Unsicherheiten darf man deshalb näherungsweise annehmen, dass in Deutschland 2011 etwa 35 Prozent aller Leisten- und Schenkelhernien ambulant operiert wurden (siehe Tabelle 3).

Dieser im internationalen Vergleich niedrige Wert ist nicht sachlich begründbar. Dass in Deutschland weiterhin überwiegend stationär operiert wird, hat deshalb keine medizinischen, sondern in hohem Maße ökonomische Gründe:

- **Preis der Leistung:** vierfach höherer Erlös (gemessen an der 3-Tages-DRG) für einen stationären im Vergleich zu einem ambulanten Eingriff.
- **Hohe Bettendichte:** Deutschland hatte 2011 3,8 mal so viele Betten wie Norwegen oder 62 Prozent mehr als der OECD-Durchschnitt [9].
- **Häufigkeit des Eingriffs:** Die Leistenhernie ist unverändert eine der häufigsten allgemeinchirurgischen Operationen, die stationär durchgeführt werden (Rang 3 nach Gallen- und Darmoperationen in 2012). Angesichts von jährlich 300.000 Leistenhernienoperationen in Deutschland ist die Operation der Leistenhernie für viszeralchirurgische Abteilungen nach wie vor ein „Brot- und Butter-Eingriff".

Auch die endoskopischen Verfahren, deren Bedeutung in den EHS-Leitlinien überbewertet wird, tragen zu dem Ungleichgewicht zwischen ambulant und stationär bei. Nirgends auf der Welt werden Leistenhernien so oft endoskopisch operiert wie in Deutschland: Im Jahr 2011 lag der Anteil endoskopischer Operationen hierzulande bei über 50 Prozent, während andere OECD-Staaten nur einen Anteil von 0 bis 31 Prozent aufwiesen [10]. Selbst Prof. Reinhard Bittner als Verfechter der endoskopischen Hernienchirurgie weist darauf hin, dass die laparoskopische Hernioplastik eine hochtechnologische Operation ist, und „je mehr technische Geräte sich zwischen OP-Team und Patient befinden, desto größer ist die Fehlerrate". [11].

> *» Auch ein Verfechter der endoskopischen Hernienchirurgie weiß: Je mehr technische Geräte sich zwischen OP-Team und Patient befinden, desto größer ist die Fehlerrate. «*

Fehlgesteuerte Versorgung durch unterschiedliche Preise

Was wir daher sehen, ist eine Fehlsteuerung der Versorgung durch unterschiedliche Preise in Abhängigkeit davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die endoskopische Leistungserbringung wird hierbei ökonomisch bevorzugt.

Dass aber nachweislich, wenn auch selten, beim endoskopischen Operieren schwerere Komplikationen auftreten (etwa Darmperforation oder die Verletzung großer Gefäße), wiegt die postulierten Vorteile nicht auf und scheint bei der Entscheidung über die Art der Versorgung keine gewichtige Rolle zu spielen.

Fazit: Deutsche Realität hinkt den Möglichkeiten hinterher

Es bleibt festzuhalten: Es gibt keine einzelne Operationsmethode, die alle Ansprüche an eine moderne Leistenbruchchirurgie in sich vereinigt. Die differenzierte und patientenorientierte chirurgische Versorgung der Erwachsenen-Leistenhernie bewegt sich im Koordinatensystem: ambulant vs. stationär, offen vs. endoskopisch, Naht vs. Netz.

Bis zu 90 Prozent der Leistenhernien können ambulant und offen, mit Naht oder Netz versorgt werden. Die stationäre und endoskopische Versorgung hingegen sollte Sonderindikationen vorbehalten bleiben. Von alledem ist die deutsche Versorgungsrealität allerdings weit entfernt.

Literatur

1. Klemperer D, Robra B-P: John Wennberg – Wegbereiter einer patientenorientierten Medizin. Dt Aerztebl 2014; 111; Heft 4: A118–A120

2. Wennberg JE: Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 2011; 342: 687–90

3. Simons et al.: European Hernia Society guidelines on the treatment of hernia in adult patients. In: Hernia 2009; 13: 343–403

4. Muysoms et al.: Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. In: Hernia. Aug 2009; 13(4): 407–414

5. Koch A, Lorenz R, Meyer F, Weyhe D: Leistenhernienreparation – Wo wird wie operiert? In: Zentralbl Chir 2013; 138: 410–417

6. Toftgaard: Day surgery activities 2009. International survey on ambulatory surgery conducted 2011. In: Amb Surg; 17: 53–63

7. Auswertung AQS1-Patientenfragebögen in der Chirurgischen Praxisklinik Sulzbach-Rosenberg von 2009 bis 2013

9. OECD Health Statistics 2013, siehe stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTHREAC

10. OECD Health Data 2013: siehe knoema.de/OECDHDHCU2013Oct/health-data-health-care-utilisation-october-2013

11. Obermaier R, Pfeffer F, Hopt UT: Hernienchirurgie, 1. Aufl. München, Urban & Fischer, 2009; 2.8.2 (Spezielle OP-Aufklärung): 77–78