QUALITÄTSSICHERUNG 01.04.2014

Maßgeschneiderte Chirurgen: Vom Wert der Qualitätssicherung und Zertifizierung

Die Hernienchirurgie ist in den letzten 20 Jahren durch die Einführung neuer endoskopischer, aber auch konventioneller Techniken immer komplexer geworden. Der differenzierte Einsatz der vielen verschiedenen Methoden und der dazu notwendigen medizintechnischen Produkte wird als “tailored approach”, also

maßgeschneiderte Hernienchirurgie, bezeichnet und heute von 82 Prozent der erfahrenen Hernienchirurgen umgesetzt [1]. Die Umsetzung des “tailored approach” erfordert eine intensive Beschäftigung sowie umfassende Erfahrung mit dem Gesamtgebiet der Hernienchirurgie. Die Einstellung “it’s just a hernia” wird dem Anspruch einer erfolgreichen Hernienchirurgie schon lange nicht mehr gerecht [2]. Das Gesamtgebiet der Hernienchirurgie ist anspruchsvoller geworden [3]. Gilbert et al. [4] konnten nachweisen, dass unabhängig von der Operationstechnik (offene anteriore Netztechnik, Plug-Technik, offene posteriore Netztechnik, endoskopische Technik) die Rezidivrate von nicht auf Hernienchirurgie spezialisierten Allgemeinchirurgen signifikant höher war, als die von Hernienspezialisten ($p < 0,0001$). So konnten Feliu-Palà et al. [5] zeigen, dass in zwei Kliniken bei der Einführung der TEP erst nach 500 Eingriffen die niedrigsten Werte für die Raten an postoperativen Komplikationen, Umstieg, Operationszeit und Rezidive erreicht werden konnten. Deshalb werden Hernienzentren benötigt [Rosen 2010 in 9], in denen in der Hernienchirurgie besonders ausgewiesene Hernienchirurgen arbeiten, die nach Möglichkeit alle Methoden der Hernienchirurgie beherrschen und in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Wissenschaft eine aktive Rolle spielen. Diese Forderung ist deshalb so wichtig, da jedes Jahr weltweit etwa 20 Millionen Leistenhernien operiert werden. Allein in den USA werden jährlich 1 Million und in Deutschland 350.000 Patienten wegen einer der verschiedenen Hernienformen operativ behandelt [3, 6, 7].

Jedes Rezidiv nach primärer Reparation einer Hernie stellt eine zusätzliche ökonomische Belastung für das Gesundheitssystem dar und kann zu erheblichen Komplikationen bei den Patienten führen. Das Auftreten von postoperativen chronischen Schmerzen nach hernienchirurgischen Eingriffen stellt ein großes Problem für die betroffenen Patienten und den behandelnden Chirurgen dar.

Welche Voraussetzungen muss ein Hernienzentrum erfüllen, in dem eine maßgeschneiderte Hernienchirurgie von besonders erfahrenen Hernienchirurgen durchgeführt wird?

Gibt man in der wissenschaftlichen Datenbank “Pubmed” den Begriff “Hernia Center” ein, wird keine Literaturstelle angegeben. Bei Google erhält man jedoch 8.510.000 Angaben. Somit wird klar, dass es bisher keine wissenschaftliche Definition eines Hernienzentrums gibt, sondern es sich um “selbsternannte” Hernienzentren handelt. Kliniken und Chirurgen nehmen für sich in Anspruch, dass sie auf dem Gebiet der Hernienchirurgie eine besondere Kompetenz besitzen oder sich ausschließlich mit Hernienchirurgie beschäftigen. Dieses wurde jedoch bisher nicht durch eine unabhängige chirurgische Fachgesellschaft oder gemeinnützige Institution überprüft und bewertet. Ebenso wenig können in der Regel diese “selbsternannten” Hernienzentren ihre konkrete Ergebnisqualität vorlegen. Hier wird der Begriff Hernienzentrum als reines Marketinginstrument verwendet, um möglichst viele Patienten mit einer Hernie in die eigene Einrichtung zu lenken. Somit haben sich diese Einrichtungen keinem Zertifizierungsprozess unterzogen, in dem die strukturellen, fachlichen und qualitativen Voraussetzugen überprüft wurden. Somit kann sich der Patient nicht darauf verlassen, dass er tatsächlich in einer Einrichtung behandelt wird, die eine überprüfbare Ergebnisqualität erbringt. Hier darf angemerkt werden, dass die Shouldice-Klinik bereits 1965 Follow-up-Daten ihrer damals 24.704 Patienten im Lancet publiziert haben [8].

Deshalb kann die Orientierung von Patienten an der ungeprüften Ernennung zum Hernienzentrum dazu führen, dass hernienchirurgische Behandlungen nicht nach den Leitlinien der Fachgesellschaften vorgenommen werden und dafür die nachgewiesene Ergebnisqualität fehlt. Dazu ein Zitat von Robert Fitzbibbons, einem ausgewiesenen Hernienspezialisten aus den USA: “Es gibt kein Gremium, dass die Regeln von Hernienzentren aufstellt. Es ist mehr oder weniger nur das Aufhängen eines Schildes”[9].

Grundvoraussetzung für ein glaubwürdiges Zertifizierungsverfahren von Hernienzentren ist die Festlegung der Anforderungen und ihre Überprüfung durch chirurgische Fachgesellschaften und/oder gemeinnützige Organisationen, die an der bestmöglichen Qualität in der Hernienchirurgie interessiert sind. Weiterhin muss die von dem zertifizierten Zentrum tatsächlich erbrachte Behandlungsqualität durch die obligatorische Teilnahme an einem Qualitätssicherungsprogramm bzw. Register mit einem Follow-up der Patienten ermittelt werden. In dieses Qualitätssicherungsprogramm bzw. Register müssen weitestgehend alle Patienten (≥ 90 %), die ihr Einverständnis dazu geben müssen, eingebracht und nachverfolgt werden. Nach Nilson et al. [10] und Kehlet et al [11] kann belegt werden, dass die Teilnahme an einem Register zu einer Reduktion der Rezidivrate und Verbesserung der Kosteneffizienz führt. In regelmäßigen Audits werden von unabhängigen Experten, die von der chirurgischen Fachgesellschaft oder gemeinnützigen Organisation beauftragt werden, die Hernienzentren und deren Ergebnisqualität überprüft und bewertet. Bei jeder personellen Änderung in dem zertifzierten Hernienzentrum muss erneut eine Re-Evalutation stattfinden.

Zurzeit existieren weltweit zwei Zertifizierungsverfahren von Hernienzentren durch chirurgische Fachgesellschaften bzw. gemeinnützige Organisationen:

- Zertifizierte Center of Excellence in Hernia Surgery (COEHS) durch die gemeinnützige Surgical Review Corporation (SRC), unterstützt von der Asia-Pacific Hernia Society (APHS). www.surgicalreview.org
- Gemeinsame Zertifizierung von Hernienzentren durch die Deutsche Herniengesellschaft (DHG) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) [12].

Gemeinsam ist beiden Zertifizierungsverfahren von Hernienzentren ein klares Anforderungsprofil, das durch Audits regelmäßig zertifiziert wird, und die konsequente Durchführung einer kontinuierlichen Qualitätssicherung mit Follow-up der Patienten zur Ermittlung der Ergebnisqualität. Dadurch wird der “Hawthorne effect” genutzt, d. h. die Qualität der Hernienchirurgie verbessert sich durch kontinuierliche Ermittlung der Ergebnisqalität, die regelmäßig evaluiert wird.

Zusammenfassung

Es ist längst überfällig, dass der Wildwuchs mit dem Begriff Hernienzentrum beendet wird. Statt dessen sind die chirurgischen Fachgesellschaften und Non-Profit-Organisationen, die sich mit der optimalen Qualität der Hernienchirurgie beschäftigen, aufgefordert, klare Anforderungen und Zertifizierungsverfahren für Hernienzentren festzulegen, damit den Patienten eine echte Orientierungshilfe gegeben wird. Die moderne Hernienchirurgie mit dem Konzept des “tailored approach” ist so anspruchsvoll geworden, dass sie nicht in allen operativen Einrichtungen in gleicher Weise erfüllt werden kann. Die Zeit der Hernienchirurgie unter dem Motto “it’s just a hernia” ist vorbei und erfordert heute eine intensive Beschäftigung mit dem Thema und eine entsprechende klinische Erfahrung. Nur durch eine konsequente Umsetzung von Qualitätsanforderungen kann ein entsprechendes Outcome in der Hernienchirurgie erreicht werden. Mit dem Certified Center of Excellence in Hernia Surgery (COEHS) program der Surgical Review Coporation und dem gemeinsamen Zertifizierungsverfahren der Deutschen Herniengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sind die ersten Schritte in die richtige Richtung gemacht. Alle selbsternannten

Hernienzentren sollten sich dieser Herausforderung stellen und sich zertifizieren lassen. Dazu müssen die chirurgischen Fachgesellschaften weltweit den hier aufgeführten Beispielen folgen.

Literatur

[1] Morales-Conde S, Socas M, Fingerhut A. Endoscopic surgeons' preferences for inguinal hernia repair: TEP, TAPP, or OPEN. Surg Endosc (2012); Sep; 26(9):2639-43. DOI 10.1007/s00464-012-2247-y

[2] Roll S. A Global Vision For Hernia Repair Improvement. General Surgery News (2012); Issue: January 2012; Volume: 39:01

[3] Smith, M. Surgeons Face More Complex Hernias in More Complex Reimbursement World. Older, Sicker Patients; Obesity and Smoking; Experts Discuss Strategies for Optimizing Outcomes. General Surgery News (2012); Issue: January 2012; Volume: 39:01

[4] Gilbert AI, Graham MF, Young J, Patel BG. Closer to an ideal solution for ingiunal hernia repair: comparision between general surgeons and hernia specialists. Hernia (2006); 10:162-168

[5] Feliu-Palà X, Martin-Gómez M, Morales-Conde S, Fernández-Sallent E. The impact of the surgeon's experience on the results of laparoscopic hernia repair. Surg Endosc (2001); 15:1467-1470

[6] Reinpold W. Aktuelle Entwicklungen der Hernienchirurgie. Hamburger Ärzteblatt (2008); 10:12-17

[7] Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. Langenbecks Arch Surg (2012); 397:271-282

[8] Iles JDH. Specialisation in Elective Herniorrhaphy. The Lancet (1965); April 3:751-755

[9] Miller G. Hernia Centers of Excellence? With Papers Ever Watchful of Outcomes and Costs, Some Argue That Complex Hernias Go the Way of Bariatric Surgery. General Surgery News (2010); Issue: August 2010; Volume: 37:08

[10] Nilson E, Haapaniemi S. Hernia Registers and Specialization. Surgical Clinics of North America (1998); Volume 78; Issue 6; December 1998; Pages: 1141-1155

[11] Kehlet H, Bay-Nielsen M. Nationwide quality improvement of groin hernia repair from the Danish Hernia Database of 87,840 patients from 1998 to 2005. Hernia (2008); Feb; 12(1): 1-7

[12] Köckerling F., Berger D., Jost J. Gemeinsame Zertifizierung von Hernienzentren durch die DGH und die DGAV. CHAZ (2013); 14. Jahrgang; 1. Heft

Köckerling F. Maßgeschneiderte Chirurgen: Vom Wert der Qualitätssicherung und Zertifizierung. Passion Chirurgie. 2014 April, 4(04): Artikel 02_01.