



## Die Kocksche Tasche (kontinente Ileostomie)

*Die Kocksche Tasche (= Kock-Pouch) ist eine besondere Form der Ileostomie (Dünndarmstoma): ein kontinentes, also „dichtes“ Stoma, bei dem auf einen Beutel verzichtet werden kann. Auch wenn es sich dabei um eine etwas „exotische“ Operationsmethode und eher seltene Stomaart handelt, finden wir es wert, darüber in der ILCO-PRAXIS so ausführlich zu berichten, weil wir der Meinung sind, dass die Kocksche Tasche viel mehr Beachtung verdient.*

*Im folgenden Beitrag (zum Teil Wiedergabe bzw. Zusammenfassung des Beitrages aus der ILCO-PRAXIS 4/99 von Dr. Ecker unter dem Titel „Plädoyer für das funktionell-ästhetische Stoma“) und ganz besonders in den anschließenden Fragen und Antworten von Prof. Dr. Ecker wird deutlich, welche chirurgischen Möglichkeiten durch diese Operationsmethode ausgewählten Patienten geboten werden kann.*

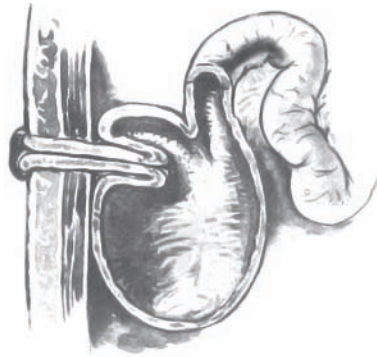
### **Moderne Darmchirurgie strebt Vermeidbarkeit des bleibenden Stomas an**

Die moderne Darmchirurgie feiert - sicherlich nicht ohne Berechtigung - die Vermeidbarkeit des bleibenden Stomas als einen ihrer großen Erfolge. Im Enthusiasmus über die Verbindungsmöglichkeit von Dickdarm- und Dünndarntaschen (Stuhlreservoir) mit dem After verblasen so segensreiche Errungenschaften wie die einfache Colostomie mit der Möglichkeit zur Irrigation genauso wie die kontinente Ileostomie mit der Entleerung durch Katheterismus. Dabei wird allzu leicht übersehen, dass ein Stoma oft die einzige Lösung bleibt und dass alleine schon der Aufhebung des normalen Stuhlausscheidungsweges gelegentlich die leidensbefreiende Bedeutung überhaupt zukommt. Letzteres trifft insbesondere zu, wenn eine Ileostomie angezeigt ist oder wäre.

Früher stand unter anderem deswegen die kontinente Ileostomie, nach dem Initiator der Methode auch Kocksche Tasche genannt, in Skandinavien und in den USA in großem Ansehen. Heute wird das kontinente Stoma jedoch dank der aftererhaltenden Operationsmöglichkeit von Patienten mit Colitis ulcerosa und Familiärer Polyposis (FAP) mit dem ileoanalen Pouch (IAP = Stuhlreservoir aus Dünndarmteilen, an den natürlichen After angeschlossen) von Experten mehrheitlich als überholt angesehen - was, wie die folgenden Seiten zeigen, nicht immer gültig sein muss!

## Was ist eine Kocksche Tasche und wie funktioniert sie?

Die Kocksche Tasche (KT) ist eine spezielle Variante der Ileostomie, die dem Operierten im Idealfall eine absolut sichere Stomakontinenz gewährt. Dies bedeutet, dass er Ort und Zeitpunkt seiner Darmentleerung selbst frei bestimmen kann und zwischenzeitlich keinerlei äußerlich erkennbare Stomaversorgung benötigt.



**Abb. 1: Schemazeichnung der Kockschen Tasche:** Inneres Stuhlreservoir mit eingestülptem Nippelventil und äußerem, flachem Stoma

Um dieses Ziel zu erreichen, konstruiert der Chirurg aus dem unteren Dünndarm ein inneres Stuhlreservoir, die eigentliche Tasche (engl. Pouch). Der Ausführungsgang wird nach innen in die Tasche eingestülpt, bevor er als Stoma in die Bauchwand eingenäht wird. Dieser auch Nippelventil genannte Klappenmechanismus besitzt eine absolute Dichtigkeit gegenüber dem vorgeschalteten Niederdruckreservoir. Deshalb können weder flüssiger Stuhl noch Gas unwillkürlich entweichen (**Abb. 1**). Die Entleerung erfolgt etwa alle 6 bis 8 Stunden, indem der Patient durch Einführung eines Katheters die Klappe überwindet und den Tascheninhalt abfließen lässt. Da das Stoma selbst nicht äußerlich versorgt zu werden braucht, kann es im Gegensatz zur normalen

Ileostomie flach und wesentlich tiefer an der Bauchwand angelegt werden. Es braucht zum Schutz nur eine kleine Kompresse oder ein Pflaster, so dass es unauffällig unter jeder Bade- und Bikinihose tarnbar ist.

## Wann kommt eine Kocksche Tasche überhaupt in Frage?

Voraussetzungen müssen klargestellt werden, dass eine Kocksche Tasche - übrigens genauso wie ein ileoanaler Pouch - medizinisch streng genommen nicht notwendig ist. Zigtausende Operierte haben längst bewiesen, dass eine korrekt angelegte und ordentlich mit Beutel versorgte konventionelle Ileostomie grundsätzlich allen Ansprüchen genügen kann, die an ein Leben in Gesundheit und in Wohlbefinden zu stellen sind. Insofern stellt die Kocksche Tasche eine alternative Option dar für Menschen, die mit einer Ileostomie nicht zurecht kommen, sie von vornherein ablehnen und sonst keine andere Möglichkeit zu einer für sie besseren Lebensqualität haben. Dies ist aber auch ein ernstzunehmender Gesichtspunkt, für den eine patientenorientierte Chirurgie Lösungen, soweit es geht, anbieten sollte.

Dies vorausgeschickt, können drei wichtige Anwendungsmöglichkeiten festgestellt werden:

### ■ 1. Die primäre Taschen-Anlage bei der Proktokolektomie

Bei einer Proktokolektomie (Entfernung von Dick- und Mastdarm) gibt es keine unterschiedlichen Indikationen für eine KT oder einen IAP. Da der IAP aber den normalen Stuhlausscheidungsweg über den After aufrecht erhält, wird er grundsätzlich

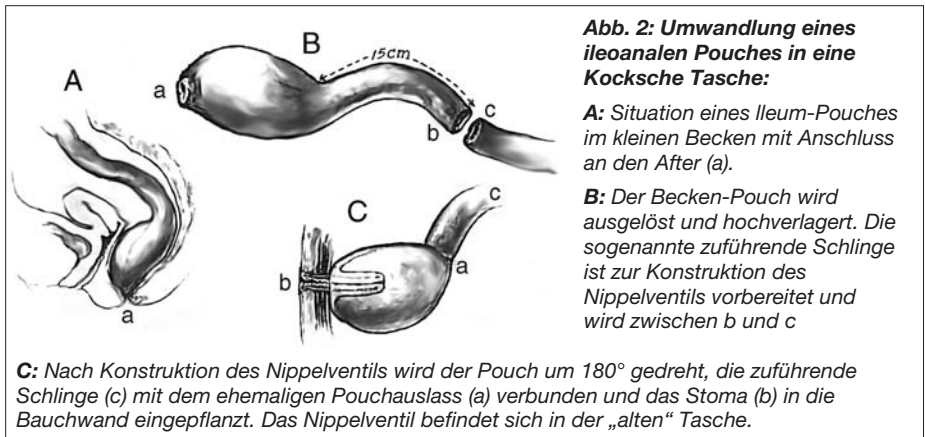
bevorzugt. Eine KT kommt dagegen dann in Frage, wenn Gründe gegen einen IAP vorliegen, wie z. B. schließmuskelinfiltrierendes Karzinom oder Inkontinenz.

■ **2. Sekundär als Umwandlung einer normalen (inkontinenten) Ileostomie**

Eine gute Indikation für Kocksche Taschen sind Patienten, die bereits eine Ileostomie haben. Sie sind ansonsten gesund, und die Operation ist weniger belastend als gleichzeitig zur Dickdarmentfernung. Meistens besteht bei dieser Patientengruppe eine psychologisch begründete Abneigung gegen die Ileostomie, die oft durch Stomakomplikationen und der Behandlung trotzender Hautallergien auf die unvermeidlichen Versorgungsartikel verstärkt wird.

■ **3. Sekundär als Umwandlung eines fehlgeschlagenen ileoanal Pouches**

Eine besonders wichtige, aber kaum bekannte Indikation für die Kocksche Tasche ist die elegante Umwandlung eines ileoanal Pouches (**Abb. 2**). Dieses Vorgehen kann sinnvoll sein, wenn die Kontinenz des Schließmuskels beim IAP schlecht ist, die Stuhlfrequenz zu hoch, das Ileumreservoir selbst aber in Ordnung ist, d. h.,



wenn keine Pouchitis (Entzündung im Pouch) vorliegt. Der Vorteil liegt darin, dass die Tasche schon vorhanden ist und „nur“ noch mit dem Ventilstoma versehen zu werden braucht. Im Gegensatz zur einfachen Ileostomie-Anlage bleiben dem Patienten die Tasche und die zuführende Schlinge, somit die für die Resorption (Aufnahme von Nährstoffen) wertvolle Darmfläche, vollständig erhalten. Bei der großen Zahl mittlerweile mit ileoanalem Pouch operierter Menschen kann man sich sehr gut vorstellen, dass es etliche Patienten gibt, die sich ein besseres Ergebnis gewünscht hätten. Die Kocksche Tasche ist dann die einzige Möglichkeit, das inkontinente Stoma mit Beutelversorgung zu vermeiden, das diese Patienten ja vor ihrer Pouch-Anlage auch nicht wollten!

## Fragen und Antworten zur Kockschen Tasche

**Antworten von Prof. Dr. med. K.-W. Ecker, Chefarzt der Klinik für Allgemeine, Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Müritz-Klinikum, Weinbergstraße 19, 17192 Waren / Müritz**

**Welche Indikationen eignen sich für die KT - oder: unter welchen Umständen ist es sinnvoll, die KT als Alternative zum IAP bzw. Ileostoma anzubieten?**

**Welche Patienten kommen überhaupt dafür in Frage?**

Nicht jede Erkrankung von Dick- und Mastdarm eignet sich gleichermaßen gut für die Pouch-Chirurgie und damit auch für die Anlage einer Kockschen Tasche. Am vorteilhaftesten ist die Familiäre Polyposis (vererbte Erkrankung mit zahlreichen Polypen im Dickdarm), da bei dieser Erkrankung praktisch keine Entzündungen in der Tasche (Pouchitis) auftreten. Fast genauso gut schneiden Patienten mit einer Colitis ulcerosa (entzündliche Dickdarmerkrankung) ab, wenn das etwa 20 bis 30 %ige Risiko einer Pouchitis in Kauf genommen wird, die aber nur selten klinisch schwer verläuft. Bei Morbus Crohn-Patienten besteht aber ein unkalkulierbares Risiko von komplizierten Rezidiven (Krankheitsrückfällen) an und vor der Tasche, wodurch ansonsten vermeidbare Reoperationen notwendig werden können (bei der entzündlichen Darmerkrankung Morbus Crohn können sowohl Dick- als auch Dünndarm betroffen sein). Aus diesem Grund lege ich persönlich bei Morbus Crohn nur in ganz begründeten und seltenen Ausnahmen Kocksche Taschen an.

In den letzten Jahren bin ich etwas großzügiger in der Indikationsstellung geworden, da die heute verfügbaren Medikamente (topische Kortikoide und Immunsuppressiva) nach meinem persönlichen Eindruck die Remissionserhaltung (Zeit ohne Krankheitsaktivität) erleichtern.

Studien hierzu gibt es aber noch nicht. Schwer Kranke Patienten scheiden bei der Proktokolektomie für eine gleichzeitige KT-Anlage aus. Sowieso rekrutieren sich die Kandidaten zum größten Teil aus Patienten, bei denen der Krankheitsherd bereits bei einer früheren Operation (Ileostomieanlage, IAP-Anlage) entfernt worden war. Von großer Bedeutung ist das Fehlen von Übergewicht, da Fett am Dünndarm der sicheren Taschenfaltung und der Ventilbildung entgegensteht. Wenn der Patient ansonsten gesund ist, spielt das Lebensalter praktisch keine Rolle. Meine älteste Patientin, die ich vor ca. 20 Jahren operiert habe, war damals 67 Jahre alt. Sie war bereits jahrelang Ileostomieträgerin und wünschte sich die Kocksche Tasche, nachdem sie kurz zuvor einen neuen Lebenspartner kennen gelernt hatte. Leider habe ich sie mittlerweile aus den Augen verloren, allerdings kann ich sagen, dass sie nach meinem Kenntnisstand noch mindestens 10 Jahre mit einer guten Funktion der KT weitergelebt hat.

### **Wie verteilen sich die Primär- und Sekundär-Anlagen unter Ihren KT-Patienten?**

Persönlich lege ich eine Kocksche Tasche bei der Primäroperation nur sehr selten an. Im Verlauf von 22 Jahren habe ich „nur“ 16 von ca. 100 Kockschen Taschen gleich bei der Dickdarmentfernung angelegt, im gleichen Zeitraum aber ca. 200 IAP operiert. Das bedeutet, dass, bezogen auf ca. 220 IAP-Kandidaten, nur 16 (7,3 Prozent) für den IAP ausgeschieden sind. Meine 16 KT-Patienten mit Primäranlage entsprechen somit denjenigen, die sich ansonsten mit einer normalen Ileostomie hätten abfinden müssen.

Mehr als 80 Prozent meiner Kockschen Taschen habe ich als Umwandlungsoperation angelegt. Hier steht zahlenmäßig die Umwandlung einer normalen Ileostomie ganz im Vordergrund. Wichtigster subjektiver Grund für diese Patienten, die zum Teil schon jahrelang eine Ileostomie hatten, war die Aussicht, auf einen „Beutel“ und die damit verbundenen unangenehmen Begleiterscheinungen gänzlich verzichten zu können. Insbesondere empfanden die Betroffenen diesen Wunsch, wenn es im Intimleben nicht (mehr) so klappte, wie es sollte, oder wenn sie einen neuen Partner kennen gelernt hatten, dem sie makellos gegenüberzutreten wollten. Für mich waren dies immer sehr nachvollziehbare Gründe, erfordert doch eine normale Ileostomie gerade in einer Partnerschaft immer ein gerüttelt Maß an Rücksichtnahme und Verständnis.

Die interessanteste und in meinen Augen eleganteste Indikation ist heute die Umwandlung des fehlgeschlagenen ileoanalen Pouches. Leider scheint es

flächendeckend mehr schlechte Ergebnisse beim IAP zu geben, als die einschlägigen Publikationen spezialisierter Zentren erwarten lassen würden. Viele Betroffene mit einem unbefriedigenden Ergebnis finden sich enttäuscht mit der Inkontinenz ab und quälen sich mit Einlagen herum, weil sie eine „normale“ Ileostomie als noch schlimmer befürchteten und weil ihnen niemand sagt, dass es noch eine gute, um nicht zu sagen optimale Alternative gibt. Die Umwandlung ist deswegen so attraktiv, weil sie im Gegensatz zur Ausschaltungsileostomie (doppelläufiges Ileostoma, das leicht zurück verlegt werden kann) und zur endständigen Ileostomie keinen zusätzlichen Darmverlust bedeutet. Hinzu kommt, dass sie im Gegensatz zum ileoanalen Pouch eine 100%ige, somit absolut verlässliche Kontrolle über die Stuhlentleerung gewährleistet. Für mich ist dies die „Königsoperation“ der Pouchchirurgie überhaupt. Leider wird sie aus Unkenntnis viel zu wenigen Betroffenen zuteil.

In meiner persönlichen chirurgischen Vorgehensweise ist somit die Kocksche Tasche eine bevorzugte Operation innerhalb des von mir so genannten sekundären Behandlungskonzeptes von Patienten mit operationspflichtigen Erkrankungen des gesamten Dick- und Mastdarmes. Leider ist dieses sekundäre Behandlungskonzept nur wenigen Patienten und auch nur wenigen Ärzten bekannt. Über viele Jahre habe ich die Erfahrung gemacht, dass es sich bei vielen umgewandelten Patienten um äußerst motivierte Menschen gehandelt hat, die sich selber in ihrer Verzweiflung als „Desperados“ gese-

hen haben und die sich von den Ärzten und insbesondere der Chirurgie verlasen vorkamen. Die meisten haben den Weg zur KT alleine durch eigene Informationsbeschaffung über Selbsthilfegruppen, Literatur oder das Internet gefunden. Selbstverständlich konnte nicht jedem erfolgreich geholfen werden, was jedoch in Anbetracht der vielen vorausgegangenen Enttäuschungen mir als dem letzten Operateur im Leidensweg nie nachgetragen wurde.

### **Welche Vor- und Nachteile bietet die KT im Vergleich zum IAP?**

Die Kocksche Tasche hat im Vergleich zum ileoanalen Pouch nur einen einzigen sehr relativen „Nachteil“, nämlich, dass sie noch ein Stoma hat, wengleich es sehr unauffällig ist. Dabei wird allzu leicht übersehen, dass es für viele Betroffene gerade dadurch zur Verbesserung ihres Gesamtbefindens kommt, dass der Stuhl nicht mehr den normalen Weg über den After zu nehmen braucht. Häufig werden in der medizinischen Literatur und der ärztlichen Diskussion Komplikationen am Kontinenzmechanismus der Tasche, dem Nippelventil, als schwerwiegender Nachteil der Methode bezeichnet. Das ist so aber nicht richtig. Denn erstens ist die Häufigkeit der Komplikationen von anfänglich um die 50 % auf heute unter 10 % in den wenigen darauf spezialisierten Kliniken der Welt gesunken, so auch in unserer Hand. Zweitens sind die Komplikationen, die fast immer nichts anderes als die Notwendigkeit zur Beutelversorgung (wie bei der normalen Ileostomie sowieso) zur Folge haben, chirurgisch vollständig korrigierbar, sodass immer eine 100%ige Kontrolle über die Stuhlentleerung wie-

der herstellbar ist. Dies kann sogar als Vorteil gegenüber dem ileoanalen Pouch gewertet werden, da bei diesem Kontinenz immer ein sehr relativer Begriff ist und im Falle einer Störung nur sehr selten und wenn, dann nur sehr begrenzt beeinflussbar ist.

Ein nicht zu vernachlässigender Vorteil der KT besteht in der besseren Tolerierbarkeit und auch der einfacheren Behandelbarkeit einer evtl. Pouchitis. Während beim ileoanalen Pouch eine Pouchitis immer mehr oder weniger auch mit einer Funktionsverschlechterung (Steigerung der Stuhlfrequenz, Kontinenzminderung) einhergeht, ist dies beim Kock-Pouch nicht in dem Maße der Fall. Das Ventil hält nun einmal 100%ig dicht, ob eine Pouchitis vorliegt oder nicht. Sollte die Pouchitis sehr stark entwickelt sein, dann kann der Kock-Pouch (ohne Operation) durch Konstruktion einer Katheter-Dauerableitung vorübergehend in ein inkontinentes Stoma mit entsprechender Beutelversorgung umgewandelt werden, sodass der Stuhl permanent ablaufen und auch eine lokale Spülung in regelmäßigen Intervallen vorgenommen werden kann. Dies erleichtert wesentlich die medikamentöse Behandlung der Pouchitis und beschleunigt auch als alleinige Maßnahme ihre Rückbildung. Nach Abklingen der Entzündung wird dann die Dauerableitung wieder entfernt und die Kocksche Tasche funktioniert wieder wie vorher.

Ein besonders wichtiger Vorteil besteht im Intimleben. Manche Patienten mit einem ileoanalen Pouch haben peinliche Erlebnisse beim Geschlechtsverkehr, da im Rahmen der körperlichen Bewegung und evtl. auch der Erregung

der Kontinenzmechanismus nicht so unter Kontrolle ist, wie dies wünschenswert wäre. Einige Patienten beklagen im ärztlichen Gespräch solche Situationen. Diese können bei einem Kock-Pouch absolut nicht auftreten.

***Welche Vor- und Nachteile bietet die KT im Vergleich zum Ileostoma?***

Im Vergleich zur Ileostomie liegt der Vorteil der KT darin, dass das Stoma keine permanenten Entleerungen fördert und deswegen eine äußere Beutelversorgung nicht erforderlich ist. Dies erhöht in vielen Bereichen die Freiheitsgrade des Betroffenen, sowohl im Beruf, im Sport als auch im Intimleben, wie bereits dargelegt. Dies dürfte für jeden ohne weitere Erläuterungen einleuchtend sein. In einer großen vergleichenden Studie aus den USA rangiert die Kocksche Tasche, die globale Lebensqualität betreffend, zwischen der normalen Ileostomie und dem ileoanal Pouch, wie es auch nicht anders zu erwarten war. Da Lebensqualität jedoch ein sehr subjektiv geprägter Begriff ist, kann dies im Einzelfall ganz anders aussehen. Für meine Patienten mit Kock-Pouch ist dieser das „Non-plus-ultra“ und mit nichts anderem vergleichbar. Schließlich finden sich unter meinen KT-Patienten Taucher, Drachenflieger, Bergsteiger, Skifahrer und ein Theaterschauspieler.

Der Operationsaufwand ist natürlich viel größer als bei einer normalen Ileostomie. Für den Patienten ist dies jedoch völlig unerheblich, wenn er durch einen in dieser Disziplin erfahrenen Chirurgen operiert wird. Wie viele Betroffene selbst erfahren haben dürften,

kann auch das Anlegen einer gewöhnlichen Ileostomie durch einen unerfahrenen Chirurgen nicht immer zu einem optimalen Ergebnis führen. Deswegen sind Ileostomiekomplicationen, welcher Art auch immer, nach meiner Auffassung immer eine absolute Indikation zur Korrektur durch einen Spezialisten.

Im Langzeitverlauf fallen bei der KT nur geringfügige Kosten für die Ileostomiekatheter und die kleinen Pflaster an. Zusammen dürften diese um den Faktor 10 niedriger liegen als für eine moderne Ileostomieversorgung. Was die Berufstätigkeit betrifft, gibt es bei der Kockschen Tasche keine wesentlichen Einschränkungen, das Gleiche gilt für eine evtl. Schwangerschaft bei Frauen.

***Warum wird die KT von den meisten Chirurgen „ignoriert“? Sie ist doch weder zum Stoma noch zum IAP eine „Konkurrenz“?***

Diese Frage kann nur sehr spekulativ beantwortet werden. Nach meinem persönlichem Eindruck wurden deutsche Chirurgen in den 70er und 80er Jahren von der ehemals beträchtlichen Komplikationshäufigkeit abgeschreckt. Der Schrecken saß offenbar so tief, dass sie die Weiterentwicklung der Methode, wozu auch wir beigetragen haben, nicht bewusst wahrgenommen haben. Hinzu kommt, dass zum gleichen Zeitpunkt der ileoanale Pouch entwickelt wurde und sehr viele Befürworter, insbesondere unter den Gastroenterologen, innerhalb kurzer Zeit gefunden hat. Die als moderner und physiologischer („natürlicher“) anmutende Operationsmethode hat die Verbesserung der Operationstechnik bei der Kockschen Tasche vollständig

**Auch der heute favorisierte ileoanale Pouch ist komplikationsträchtig.**

überschattet. Heute müssen jedoch alle Chirurgen und auch alle Gastroenterologen eingestehen, dass auch der ileoanale Pouch keineswegs grundsätzlich „das Gelbe vom Ei“ ist und ebenfalls eine hohe Komplikationsfähigkeit hat. Aber: sind Meinungen und vor allen Dingen Vorurteile einmal festgefahren, sind sie nur schwer oder gar nicht mehr aus der Welt zu schaffen.

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass es von der Nordsee bis zum Bodensee den einen oder anderen renommierten Chirurgen gibt, der die KT zwar selbst nicht operiert, aber geeignete Patienten „herausfischt“ und sie nach telefonischer Fallbesprechung mit mir an unsere Klinik weiter überweist. Besonders erfreulich finde ich es, wenn sogar manchmal ein Gastroenterologe anruft und fragt, ob sein „Sorgenkind“ nicht für den Kock-Pouch geeignet sein könnte.

**Wo könnten interessierte Chirurgen die Technik der KT-Anlage erlernen? Gibt es nach Ihrem Wissen andere Chirurgen in Deutschland, die die KT machen?**

Interessierte Chirurgen können die Technik am besten in Göteborg/Schweden bei den Nachfolgern von Prof. Kock erlernen oder auch in großen darmchirurgischen Zentren der USA wie z. B. der Cleveland Clinic in Ohio. An unserer Klinik in Waren werden im Jahr bis zu zehn Kocksche Taschen bzw. Korrekturoperationen an

Kockschen Taschen durchgeführt, wobei auch mein Oberarzt sich in die Materie einarbeitet. Insoweit ist ein Erlernen auch an unserer Klinik möglich, wenn es organisatorisch gelingt, einige Operationen zu einem gewissen Zeitpunkt zu sammeln. Oder wenn ein interessierter Chirurg mehrfach im Jahr zur Hospitation kommt. Man muss nämlich nicht nur den Standard erlernen, sondern auch die verschiedenen Varianten, die erforderlich sind, um die Methode komplett zu beherrschen, einschließlich des Komplikationsmanagements.

Ich persönlich war Anfang der 80er Jahre mehrfach und jeweils für mehrere Wochen in Göteborg, und Prof. Kock bzw. sein Nachfolger Prof. Hultén haben mich auch zu gemeinsamen Operationen, damals noch an der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg/Saar, besucht. Ohne dieses Training wäre unsere heutige Kompetenz in der Anlage der Kockschen Tasche nicht denkbar.

Was andere deutsche Chirurgen angeht, habe ich folgenden Kenntnisstand: Vor meiner Zeit hat in München Prof. Schaudig einige Taschen operiert, von denen ich in diesem Jahr eine nach 32 Jahren optimaler Funktion korrigiert habe. Des Weiteren sind mir drei Chirurgen bekannt geworden, weil sie mir ihre Komplikationen zur Korrektur überwiesen haben. Ob diese Chirurgen auch weitere Taschen operiert haben, weiß ich nicht. Mittlerweile haben fünf Chirurgen bei mir bei jeweils einer Operation hospitiert. Ich weiß allerdings nur von einem, dass er später eine Tasche selbst erfolgreich operiert hat.



***In welchem Land wird Ihrem Wissen nach die Kocksche Tasche noch angelegt? Wo gilt sie als allgemein anerkannte Alternative?***

Die Kocksche Tasche ist nach wie vor im internationalen Schrifttum eine anerkannte operative Methode bzw. Alternative. Man braucht hierzu nur die Lehrbücher und Handbücher der Chirurgie aus den angelsächsischen Ländern und den USA heranzuziehen. In Deutschland dagegen findet die Kocksche Tasche in der Fachliteratur nur am Rande Erwähnung. Demzufolge werden nach wie vor die meisten Operationen in den USA durchgeführt, gefolgt von Schweden und England und danach dürfte Deutschland, vertreten wahrscheinlich alleine durch uns, rangieren. Auch kenne ich einzelne Operateure aus Frankreich und Italien.

***Gibt es Probleme bei der Bewilligung dieser Operation durch die gesetzlichen Kassen? Womit werden Ablehnungen begründet? Welche Kosten muss ggf. der Patient selbst tragen?***

In Deutschland wird die Operation grundsätzlich nach dem DRG-System (Fallpauschalen) abgerechnet. Insoweit bedarf es keiner Bewilligung durch die Krankenkasse. Allerdings wird die Anlage einer Kockschen Tasche (wahrscheinlich aufgrund der geringen Operationshäufigkeit) im DRG-System nicht kostendeckend abgebildet. Wir müssen uns deswegen an unserer Klinik vorbehalten, mit dem Patienten, der ja in der Regel zudem nicht aus der Region unseres Versorgungsauftrages stammt, ein zusätzliches Operationshonorar zu vereinbaren. Der Patient erhält bei die-

ser Gelegenheit von uns vorbereitetes Informationsmaterial, nach dessen Lektüre er in der Lage ist, eine Beteiligung seiner Kasse an den Zusatzkosten zu beantragen. Obwohl kein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme besteht, haben bislang die meisten Kassen zum Vorteil ihrer Versicherten entschieden. Auch eine Entscheidung über die Übernahme der Fahrtkosten oder eines Fahrtkostenzuschusses liegt im Ermessensspielraum der Krankenkasse. Falls erforderlich, erhält ein Patient auch hierzu von uns Bescheinigungen, die die Notwendigkeit der Reise medizinisch begründen. Einen Einfluss auf die Entscheidung der Krankenkasse haben wir selbstverständlich nicht.

Während ich somit den gesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkassen in der Mehrzahl der Fälle erfreuliche „Großzügigkeit“ attestieren kann, gebärden sich die Privaten Versicherer zunehmend als „Erbsenzähler“, die offensichtlich die Beiträge ihrer Versicherten lieber für Gutachten zur Abwehr von Honorarforderungen ausgeben, als ihren Versicherten zugute kommen zu lassen.

***Eigene Daten (wie viele KT legen Sie im Schnitt pro Jahr an, wie viele Korrekturoperationen führen Sie im Jahr durch) und Fazit nach über 20 Jahren eigene OP-Erfahrungen!***

Insgesamt führen wir im Jahr durchschnittlich ca. zehn Operationen durch. Darunter befinden sich ca. drei bis vier Umwandlungen einer normalen Ileostomie, ca. zwei bis drei Umwandlungen eines ileoanalen Pouches und ca. zwei bis vier Korrekturoperationen an Kockschen Taschen. Unter Letzteren befin-

den sich sowohl von uns voroperierte Patienten als auch insbesondere solche, die von Prof. Kock, teilweise vor Jahrzehnten, bereits operiert worden waren. Übrigens: Prof. Kock, mittlerweile 84 Jahre alt, ist sowohl körperlich als auch geistig nach wie vor in bester Verfassung. Seine Patienten (die für ihn durchs Feuer gehen würden) sind im Besitz seiner Telefonnummer, über die er sie nach wie vor in allen die Tasche betreffenden Fragen berät und über die er seinen deutschen Patienten meine Kontaktdaten weitergibt, falls sie chirurgische Hilfe benötigen sollten.

Nach 22 Jahren eigener Operationserfahrung bin ich von dem Variantenreichtum, den diese Methode in mein operatives Repertoire gebracht hat, noch genauso begeistert wie zu Beginn. Es ist immer wieder ein chirurgisch höchst befriedigender Augenblick, wenn mir ein erfolgreich operierter Patient berichtet, er habe eine völlig neue und vor allem perfekte Lebensqualität geschenkt bekommen. Um so mehr schmerzt es auch persönlich, wenn gelegentlich ein Patient aus me-

dizinischen Gründen abgelehnt werden muss oder wenn, was ganz selten vorkommt, eine Umwandlung nicht gelingt. Ich kenne keinen Betroffenen, der seine Tasche im Bauch vermissen möchte. Dies sagt eigentlich alles über die Bedeutung dieser Operation für Patienten.

Abschließend möchte ich eine grundlegende Weisheit der Chirurgie weitergeben, die mir Prof. Kock bei meinem ersten Besuch bei ihm ins Stammbuch geschrieben hat: „Es ist die Operation die beste, die der Patient braucht und nicht die, die der Chirurg für das beste Verfahren hält“. Bezogen auf die Dickdarmentfernung können je nach individueller Patientenlage sowohl die Ileostomie, die Kocksche Tasche, der ileoanale Pouch und auch die in diesem Beitrag nicht erwähnte Ileorektostomie (Dünndarm-Mastdarm-Verbindung) diese Forderung erfüllen.

**Prof. Kock: „Es ist die Operation die beste, die der Patient braucht - und nicht die, die der Chirurg für das beste Verfahren hält!“**

*Wir danken Prof. Ecker für diese ausführlichen und interessanten Einblicke in eine „Nische“ der Pouch-Chirurgie, die für den einen oder anderen Patienten die entscheidende Wende zu mehr Lebensqualität bedeuten kann!*

*Wer Interesse an der Kockschen Tasche hat, nähere Informationen benötigt oder sich mit „Tasche-Trägern“ austauschen will, kann sich an die Bundesgeschäftsstelle der ILCO wenden.*

**Bearbeitung:** DSch