



Colitis-Chirurgie - alles Pouch oder was?

Von **Karl-Wilhelm Ecker**

Nach kompletter Entfernung des Dickdarmes dürfen Patienten in den meisten Fällen davon ausgehen, dass sie von ihrer Grunderkrankung im Großen und Ganzen geheilt, zumindest aber grundlegend gebessert sind. Im Hinblick auf das bei der Dickdarmentfernung angewandte Operationsverfahren (OP-Methoden waren im Teil 1 in ILCO-PRAXIS 4/13 beschrieben) müssen sie jedoch akzeptieren, dass kein Operationsverfahren in der Lage ist, einen natürlichen Zustand wieder herzustellen. Deswegen ist jeder Patient nach einer Operation gut beraten, wenn er über mögliche Probleme oder gar Komplikationen, die sich späterhin einstellen können, informiert ist und sich darauf einstellt.

Teil II: Wenn nach der Dickdarmentfernung Komplikationen auftreten ...

Einleitung

Jede Operation stellt einen Eingriff in die normalen Körperfunktionen dar und verändert diese mehr oder weniger umfassend. Der Zustand nach einer großen Darmoperation ist somit kein natürlicher Zustand, so erfolgreich die Operation auch verlaufen sein mag und so gesund der Patient auch objektiv und subjektiv erscheinen mag. Wenn schon der natürliche Zustand krankheits- und störanfällig ist, so darf es nicht verwundern, dass ein vom Chirurgen herbeigeführter Zustand dies auch ist. Neben einem primären chirurgischen Behandlungskonzept ist es deswegen notwendig, auch ein sekundäres chirurgisches Behandlungskonzept vorzuhalten, mit dem Patienten auch nach einer Operation noch geholfen werden kann.

Welche Komplikationen gibt es und wie beeinflussen sie Gesundheit und Lebensqualität?

Zur Beantwortung dieser Frage müssen zunächst ein paar klarstellende Worte zum Begriff der Heilung vorangestellt werden. Wie die meisten Krankheiten oder Verletzungen, so verändern auch die meisten Behandlungen oder Operationen den Organismus nachhaltig. In beiden Fällen betreffen die Veränderungen den **Grad an Gesundheit** und das **Ausmaß von Funktionseinbußen**. Von echter Heilung dürfen wir strenggenommen nur sprechen, wenn es z. B. spontan (wie

beim Schnupfen) oder therapeutisch (wie nach erfolgreicher Operation eines Schienbeinbruches) zu einer „restitutio ad integrum“, also einer Wiederherstellung des unversehrten Zustandes kommt. Alles andere ist immer mehr oder weniger eine „Defekt-Heilung“. Mehr noch: Manchmal können auch neue, durch die Art der Behandlung hervorgerufene (iatrogene) Erkrankungen oder Komplikationen entstehen, wodurch die Heilungsabsicht kompromittiert wird.

1. Perioperative Komplikationen

Alle vier Operationsverfahren für die Colitis ulcerosa - Ileostoma, Kock'sche Tasche, Ileoanaler Pouch und die Dünndarm-Mastdarmverbindung (Ileorektostomie) - gehören zu den größeren Baueingriffen (s. *Beitrag Teil I*). Unabhängig davon, ob die Operationen in offener Technik (also mit kompletter Bauchraumeröffnung), laparoskopisch (Schlüsselloch-Technik) oder laparoskopisch-assistiert durchgeführt werden, sind perioperative Komplikationen selten. Voraussetzung ist immer, dass ein Chirurg die gewählte Operationsmethode perfekt beherrscht. Genau darin liegt jedoch die Problematik. In früheren Jahrzehnten ist z. B. die Kock'sche Tasche in Verfall geraten, weil in dieser Technik unerfahrene Chirurgen zu viele Komplikationen erzeugten. In diese Falle drohen heute manche Chirurgen zu laufen, indem sie unkritisch dem Trend zum ileo-analen Pouch folgen, ohne die notwendige Ausbildung und Erfahrung in der Pouch-Chirurgie zu haben. Dies müssen Patienten berücksichtigen, wenn sie zur Kenntnis nehmen, dass in fast allen großen internationalen Studien die Komplikationsraten auch bei komplexen darmchirurgischen Eingriffen heute als niedrig angegeben werden. Diese Ergebnisse stammen nämlich von sehr erfahrenen Zentren und nicht von unerfahrenen Einzelchirurgen.

Voraussetzung ist immer, dass ein Chirurg die gewählte Operationsmethode perfekt beherrscht.

2. Entzündliche Komplikationen

Im Hinblick auf die Präsenz einer Darmentzündung muss man die einzelnen Operationsverfahren dahingehend untersuchen, ob die Entzündung definitiv beseitigt ist, fortbesteht oder sogar neu entsteht. Unter diesem Gesichtspunkt schneidet die Ileostomie-Anlage mit Abstand am besten ab, da die Entzündung komplett eliminiert ist und nicht mehr neu auftreten kann. Es handelt sich also um die optimale Form der Defektheilung. Bei der Ileorektostomie besteht jedoch eine Restentzündung (im Mastdarm = Proktitis) fort. Ein Heilungsbegriff kann somit wie bei rein konservativer Therapie nicht angewendet werden. Wenn eine Ileorektostomie möglich ist, handelt es sich nur um eine optimale Krankheitsbesserung. Eine eventuelle Verschlimmerung der Proktitis ist auch keine Therapiekomplikation, sondern entspricht dem (mehr oder weniger natürlichen) Verlauf der Colitis ulcerosa.

Nach Pouch-Operationen werden wir nun mit einem neuen Phänomen konfrontiert, das zu Recht als **entzündliche Komplikation** zu bewerten ist und nur der Pouch-Bildung als solcher zuzuschreiben ist: **Die Pouchitis**. Das Risiko, eine solche Pouchitis zu erleiden, beträgt etwa 30 % und ist bei beiden Pouch-Ver-

fahren in der Quantität des Auftretens gleich. Bedeutsame Unterschiede bestehen jedoch in der Qualität der Pouchitispräsentation und in den Behandlungsmöglichkeiten.

Beim ileoanal Pouch geht die Pouch-Entzündung (Pouchitis) immer auch mit einer Funktionsverschlechterung einher.

Beim ileo-analen Pouch geht die Pouchitis immer auch zwangsläufig mit einer Funktionsverschlechterung einher, woraus nicht selten in der akuten Phase eine mehr oder weniger starke Inkontinenz, zumindest eine sehr hohe Entleerungsfrequenz resultiert. Bei der Kock'schen Tasche kann dies nicht passieren, da das Nippelventil weiterhin 100%ige Dichtigkeit garantiert. Aufgrund des Vorhandenseins eines

Stomas besteht jedoch die Möglichkeit, vorübergehend die kontinente Ileostomie in eine inkontinente umzuwandeln. Dazu verwendet der Patient ein wechselbares Dauerableitungssystem mit externem Beutel und wird damit vorübergehend einem Patienten mit normaler Ileostomie gleichgestellt, der ja bekanntermaßen keine Pouchitis entwickeln kann. Dies erleichtert erheblich die medikamentöse Behandlung, z. B. mit Metronidazol und ist in der Lage, die meisten Patienten innerhalb weniger Tage beschwerdefrei zu stellen, selbst wenn keine Medikamente zur Behandlung der Pouchitis zum Einsatz kommen (vgl. **Abb. 4** unten). An unserer Klinik stellen wir den Patienten immer ein selbst gebasteltes System zur Verfügung, wobei wir eine 32 mm Basisplatte der Firma Convatec benutzen und den klassischen Ileostomiekatheter an den Ring eines dazu passenden Beutels annähen, nachdem wir vorher den Beutel von dem Ring entfernt haben. Damit lässt sich der Katheter gut einführen, auf die Platte aufstecken und somit fixieren. Über die 32er Basisplatte kann dann eine 57er Basisplatte mit entsprechendem Beutel geklebt werden, sodass der Patient das System komplett am Körper tragen kann.

3. Technische (Spät-) Komplikationen

Jede dieser Operationen hat auch spezifische technische Komplikationen im Langzeitverlauf, die weniger etwas mit der Grunderkrankung zu tun haben, sondern eher mit der Art der Operation. Eine Ausnahme davon macht einzig die Ileorektostomie, deren Langzeitkomplikation in der Progression der Grunderkrankung zu sehen ist. Als Therapie kommen dann die drei übrigen Operationsverfahren bei Colitis ulcerosa in Frage wie beim „Noch-Nicht-Operierten“. Im Gegensatz dazu sind Komplikationen bei Ileostomie immer „reinrassige“ **operativ-technische Spätkomplikationen am Stoma**. Sie treten etwa in einer Häufigkeit von 20-40 % im Langzeitverlauf auf und können meistens durch einen lokalen Eingriff korrigiert werden. Die klassischen technischen Spätkomplikationen an der Ileostomie sind die Retraktion (Zurückschlüpfen des prominenten Stomas), der Prolaps (Stomavorfall) als das genaue Gegenteil, die Stenose (Verengung) und die parastomale Hernie (Bauchwandbruchbildung um den künstlichen Darmausgang). Die häufig zu beobachtende Fehlplatzierung des Stomas ist jedoch keine technische Spätkomplikation, sondern ein technischer Operationsfehler.

	Ileostomie (IS)	Kock'sche Tasche (KT)	Ileo-analer Pouch (IAP)	Ileo-Rektostomie (IRA)
Entzündliche Komplikationen				
Art	keine	Pouchitis		Proktitis
Symptomatik	entfällt	geringer	stärker	gering
Behandelbarkeit		besser	schlechter	gut
Technische Komplikationen				
Art	Stoma-komplikationen	Kontrollverlust		Proktitis-Progression
Häufigkeit	20 - 40 %	10 - 20 %	20 - 100 %	100 %
Chirurgische Korrigierbarkeit	gut	gut	schlecht	IAP KT IS
Konvertierbarkeit in	KT	(IS)	KT (IS)	
Bewertung				
Behandlung	unproblematisch	Spezialisten-Aufgabe		unproblematisch

Abbildung 4: Übersicht über die Komplikationen nach den vier Operationsmethoden

Links ist die Ileostomie dargestellt, die im Langzeitverlauf pauschal als völlig unproblematisch zu bewerten ist. In der Mitte sind die Pouch-Operationen (KT = Kock'sche Tasche und IAP = ileo-analer Pouch) dargestellt, die bei Problemen eine therapeutische Herausforderung für Spezialisten darstellen (Näheres siehe Text). Rechts ist die Ileorektostomie (IRA) dargestellt, die grundsätzlich unproblematisch zu bewerten ist, bis sie in die Notwendigkeit zur Nachoperation (Vervollständigung der Proktokolektomie) einmündet.

Eine seltene Komplikation ist die Unverträglichkeit gegenüber allen Versorgungsartikeln, weswegen in solchen Fällen die Konversion (= Umwandlung) in eine Kock'sche Tasche bei Entbehrlichkeit von Versorgungssystemen eine gute Lösung darstellt. Ansonsten können auch Patienten mit einer Ileostomie eine sogenannte Konversionsoperation haben, wenn sie (nur) eine willentliche Kontrolle ihrer Stuhlentleerung haben möchten. Man kann in diesen Fällen auch von einer Komfort-Operation sprechen.

Die häufig zu beobachtende Fehlplatzierung des Stomas ist keine technische Spätkomplikation, sondern ein technischer Operationsfehler.

Die Pouch-Operationen (Kock'sche Tasche und ileo-analer Pouch) nehmen eine Zwischenposition ein, indem die technischen Komplikationen möglicherweise durch einen Rückfall der Grunderkrankung (Pouchitis) eine Veränderung im Schweregrad erfahren. Im Vordergrund der technisch bedingten Spät komplikationen steht bei beiden Operationen der Verlust der Stuhlkontrolle. Bei der Kock'schen Tasche handelt es sich dabei meistens um ein sogenanntes Nippelgleiten, das in einer kumulativen Häufigkeit von 10-20 % im Verlauf von 20 Jahren nach der Operation auftritt und in der Regel durch einen Korrekturingriff zu beheben ist. Insoweit ist hier bei vergleichsweise niedriger Komplikationshäufigkeit eine **fast 100%ige Reparaturfähigkeit** gegeben. Anders ist es beim ileo-analen Pouch. Hier tritt der Kontrollverlust im Langzeitverlauf in mindestens 20 % und spekulativ in bis zu 100 %, zumindest temporär, auf. Die Ursachen dafür liegen in der Variabilität des Druckgradienten, wie im vorherigen Kapitel dargestellt. Hinzu kommt, dass die Funktionseinbuße durch das gleichzeitige Vorkommen einer Pouchitis verstärkt wird. Patienten mit Schließmuskelschwäche und Pouchitis verlieren oft vollkommen die Kontrolle über ihre Stuhlentleerung. Die therapeutischen Möglichkeiten zur Kontinenzverbesserung sind äußerst begrenzt,



Abbildung 5: Entleerung der Kock'schen Tasche

Das flache, nur ca. 15 mm im Durchmesser messende Stoma ist ganz bewusst sehr tief am Unterbauch angelegt, damit der Stuhl über den eingeführten Ileostomie-Katheter gut in die Toilette ablaufen kann. Der Katheter wird anschließend abgewaschen, in der Hosensack- oder Handtasche verstaut und kann wieder verwendet werden.

wie jeder betroffene Patient bestätigen kann. Für Patienten ohne wesentliche Pouchitis besteht jedoch die **Möglichkeit der Umwandlung des ileo-analen Pouches in eine Kock'sche Tasche**. Dies stellt die optimale Therapie dar, da dadurch nicht nur die Kontrolle über die Stuhlentleerung zum ersten Mal komplett gewährleistet wird, sondern gleichzeitig die Resorptionsfläche des Dünndarmes erhalten bleibt und damit ein funktionell ungünstiges Ausschaltungsstoma an höherer Dünndarmstelle vermieden wird (vgl. **Abb. 4** oben).

Wann ist eine Pouch-Konversion (Umwandlung vom ileo-analen Pouch zur Kock'schen Tasche) angezeigt und wie wird sie durchgeführt?

Die Kock'sche Tasche gilt als der „Prototyp“ des ileo-analen Pouches. Aus diesem einfachen Zusammenhang ergibt sich die Umwandlungsmöglichkeit. Eine Anzeige hierzu besteht immer dann, wenn das Problem des Operierten nicht im Pouch selbst, sondern am Verschlussmechanismus (also dem After) liegt.

Ursachen können sowohl Operationskomplikationen an der pouch-analen Anastomose (= Verbindung des Pouches mit dem Schließmuskel) als auch eine Schwäche des Schließmuskels oder



Abbildung 6:
Versorgung des Stomas

Zwischen zwei Entleerungen wird das Stoma für 8 Stunden mit einem Pflaster abgedeckt. Aufgrund der tiefen Anlage des Stomas kann das Pflaster unter einer passenden Bikini- oder Badehose komplett verschwinden.

einer Verengung des Afterkanals sein. Bei manchen Patienten liegen auch mehrere Ursachen für eine schlechte Funktion vor. Eine schlechte Funktion korreliert nicht zwangsläufig mit dem Alter eines Patienten, auch wenn wir berücksichtigen müssen, dass zumindest bei Frauen im höheren Lebensalter praktisch immer eine Beckenbodenschwäche vorliegt. Bei ansonsten gutem Gesundheitszustand können sie bei schlankem Körperhabitus dann trotzdem Kandidatinnen für eine Umwandlungsoperation sein.

Technisch geht man bei der Konversion so vor, dass der vorhandene Pouch aus dem sogenannten kleinen Becken ausgebaut und in den Bauchraum verlagert wird. Dort wird dann das noch fehlende Nippelventil aus Dünndarm hinzugefügt und das Stoma wie bei einer Original-Kock'schen Tasche angelegt (*Details siehe ILCO-PRAXIS 4/08 - Kopie kann in ILCO-Bundesgeschäftsstelle angefordert werden*). Da bei den Patienten durchaus unterschiedliche Voraussetzungen vorliegen können, haben wir verschiedene Techniken entwickelt, unter anderem auch mit einer Augmentation (Vergrößerung) des Pouches, falls dieser zu klein geraten sein sollte. Letzterer Umstand ist gar nicht so selten und oft die Ursache von zu hohen Entleerungsfrequenzen des ileo-analen Pouches. Man kann zwar auch den ileo-analen Pouch augmentieren, aber viele Patienten haben „schlicht und ergreifend“ das Vertrauen in die „anale Kontinenz“ verloren und ziehen die Sicherheit des Ventilstomas (vgl. **Abb. 5 und 6**) einer trägerischen Stomalosigkeit vor.

Zwischen zwei Entleerungen wird das Stoma für 8 Stunden mit einem Pflaster abgedeckt. Aufgrund der tiefen Anlage des Stomas kann das Pflaster unter einer passenden Bikini- oder Badehose komplett verschwinden.

Was können wir aus den letzten drei Jahrzehnten Colitis-Chirurgie lernen?

1. Als **Standard** kann eigentlich und streng genommen nach wie vor nur die **Proktokolektomie mit Ileostomie** gelten, da nur mit dieser Operation die Colitis definitiv für immer eliminiert ist. Das konventionelle Stoma impliziert auch nicht Inkontinenz, selbst wenn das Stoma so genannt wird. Schließlich fließt der Stuhl nicht wie bei echter Inkontinenz in die (Unter)-Wäsche. Moderne externe Versorgungssysteme gewähren eine akzeptable Kontrolle über die Ausscheidungen, wodurch die meisten der Ileostomisten nach der Operation ihre Lebensqualität gegenüber dem Zustand vor der Operation als besser bezeichnen. Für viele Betroffene hat alleine die Ileostomie-Anlage bereits leidensbefreienden Charakter. Bei der Bewertung von Stoma und Inkontinenz darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass ein Stoma auch eine Behandlungsmethode für die anale Inkontinenz anderer Ursache sein kann. Damit wird vor Augen geführt, dass durch eine Sto-



Abbildung 7: Ileostomie-Versorgung mit einem zweiteiligen System

ma-Anlage nicht die eine Inkontinenz durch eine andere Inkontinenz ersetzt wird.

2. Bei kritischer Prüfung hat die ileo-anale Pouch-Operation für eine ungewisse Zahl von Operierten den „Test der Zeit“ nicht so bestanden wie Ärzte dies anfangs für alle Patienten enthusiastisch erhofft hatten. Schließlich „restauriert“ der ileo-anale Pouch nicht die Kontinenz, sondern nur die Kontinuität (also den Stuhlausscheidungsweg), was aber in günstigen Fällen einer Kontinenz nahekommen kann. Nur dann ist

auch die Lebensqualität gut. Nach unserer Erfahrung finden sich allerdings zu viele Patienten mit einem nur suboptimalen Ergebnis ab.

3. Eine **Kock'sche Tasche** wird zwar auch „kontinente Ileostomie“ genannt. Die Kontinenz ist dabei aber als vollkommene Kontrolle über die Stuhlentleerung im Sinne einer willkürlichen oder willentlichen Entleerung definiert. Dies bedeutet für den Betroffenen eine Sicherheit, die diejenige des nicht operierten Gesunden gelegentlich auch übertreffen kann. Infolge der Konvertierbarkeit von Dünndarmtaschen ist die Kock'sche Tasche die ideale **Salvage-Operation** (Rettungs-Operation) für einen fehlgeschlagenen ileo-analen Pouch.

4. Normale Kontinenzverhältnisse nach Dickdarmentfernung gibt es nur bei der **Ileorektostomie**. Sie ist deswegen die ideale Operation für alle, bei denen die Krebsvorbeugung (noch) keine Rolle spielt. Führt man bei geeigneten Patienten diese Operation als ersten Eingriff durch, hat man mit dem ileo-analen Pouch immer noch ein zweites Verfahren in der Hinterhand, das den Stuhlausscheidungsweg über den After erhält, was ja für viele Betroffene ein wichtiges, um nicht zu sagen, ausschlaggebendes Argument ist.

5. **Alle Colitis-Operationen sind technisch sehr anspruchsvoll.** Dies gilt insbesondere für die beiden Pouch-Verfahren. Die Komplikationsträchtigkeit,

die man der Kock'schen Tasche nachsagt, besteht genauso auch beim ileo-analen Pouch. Insofern gibt es nach beiden Pouch-Operationen erfolgreiche und nicht erfolgreiche Operationen und demnach glückliche und enttäuschte Patienten. Dies liegt zum einen an der Komplexität beider Methoden. Zum anderen muss aber Jeder vor einer Operation für sich prüfen, ob seine Erwartungshaltung an die Operation nicht

Jeder muss vor der Operation für sich prüfen, ob seine Erwartungshaltung nicht zu hoch geschraubt ist.

zu hoch geschraubt ist und ob im Falle von Komplikationen seine „Frustrationstoleranz“ ausreicht, unvermeidliche Wiederholungseingriffe durchzustehen.

6. Die „Gretchen-Frage“ lautet also: „Braucht der Mensch überhaupt einen Pouch?“ Es gibt zwei widersprüchliche Antworten, je nachdem, ob man eine biologische oder eine psychologische Begründung anführt. Mit biologischer Argu-

mentation lautet die Antwort eindeutig: „Nein!“. Psychologisch argumentiert lautet sie allerdings: „Ja!“. Schließlich kann der Stuhlentleerungsweg über den After bei radikaler Proktokolektomie nur unter Konstruktion eines Ileum-Pouches erhalten werden. Wenn ein Patient sich somit für einen Pouch entscheidet, dann muss dieser auch perfekt funktionieren. Unter dieser Prämisse operieren auch wir die Mehrzahl unserer Patienten primär mit einem ileo-analen Pouch und zwar meist laparoskopisch und oft ohne vorübergehendes Ausschaltungsstoma. In diesem Zusammenhang darf auch der Hinweis nicht fehlen, dass es nicht das „Verfahren der Wahl“ gibt. Den berechtigten **Ansprüchen eines Patienten** kommt es viel näher, wenn er den Eingriff bekommt, der für ihn **exakt passt** und den er auch **haben möchte**. Mit anderen Worten: Der Chirurg sollte nicht die Operation durchführen, die er aus seiner Sichtweise am stärksten bevorzugt, sondern diejenige Operation, die für seinen Patienten die beste ist. In diesem Kontext sind auch Pouch-Konversions-Operationen als **Eingriffe eines sekundären Behandlungskonzeptes** für Patienten zu verstehen, bei denen die Eingriffe des primären Behandlungskonzeptes nicht zur Zufriedenheit geführt haben.

Wo bestehen Erfahrungen mit Konversions-Operationen?

Es gibt weltweit leider nicht viele Kliniken bzw. Operateure, die ihren Patienten Konversions-Operationen auf der Grundlage einer ausreichend großen persönlichen Erfahrung anbieten können. Es sind nur drei Institutionen in Europa (Deutschland, Schweden, Norwegen) und etwa genauso viele in den USA (*Adressen auf Anfrage bei der ILCO-Bundesgeschäftsstelle*).

Zusammenfassung

Alle Operationsverfahren bei Colitis ulcerosa haben spezifische Komplikationsmöglichkeiten. In den meisten Fällen können diese durch einen chirurgischen Wiederholungseingriff beseitigt werden. Dabei spielt die Kocksche Tasche eine bedeutsame Rolle, da sie ein universelles Korrekturverfahren für alle vorangegangenen anderen Operationsverfahren ist, insbesondere nach fehlgeschlagenem ileo-analem Pouch. Entgegen weit verbreiteter Meinung hat die Kocksche Tasche heute keineswegs mehr Komplikationen als der ileo-ale Pouch. Leider haben betroffene Patienten es schwer, einen Chirurgen zu finden, der das sogenannte sekundäre Behandlungskonzept beherrscht. Im Zweifelsfall sollte der Weg ins Ausland in Betracht gezogen werden. (Siehe auch folgendes Interview!)



Anschrift des Verfassers:

*Prof. Dr. med. Karl-Wilhelm Ecker, Chefarzt am
MediClin Müritzklinikum, Klinik für Chirurgie
Weinbergstraße 19, 17192 Waren
E-Mail: karl-wilhelm.ecker@mueritz-klinikum.de*

Fragen an Prof. Ecker zur Kostenerstattung und zu möglichen „Nachfolgern“ unter den Chirurgen

ILCO: Übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Kock-Pouch-Operation oder eine Umwandlungsoperation?

Prof. Ecker: Sowohl die primäre Anlage einer Kock'schen Tasche als auch die Umwandlungsoperation eines fehlgeschlagenen ileo-analen Pouches oder die Umwandlung einer inkontinenten Ileostomie in eine kontinente Ileostomie (Kock'sche Tasche) sind in Deutschland Kassenleistungen und werden von allen Krankenkassen ohne die Notwendigkeit einer vorherigen Genehmigung übernommen. Das Gleiche gilt für private Krankenversicherungen.

Entstehen dem Patienten darüber hinaus weitere Kosten?

Privatversicherte Patienten mit Arztwahl erhalten vom Krankenhaus auch eine Rechnung über ärztliche Honorare, sowohl für die Operation als auch für die Narose und für sonstige ärztliche Leistungen.

Mit gesetzlich versicherten Patienten spreche ich ebenfalls über ein privatärztliches Operationshonorar. Dies hat zwei Gründe: Zum Ersten ist für jeden einsichtig, dass eine spezielle Leistung, die von anderen nicht erbracht werden kann, eine 6-stündige Operation und zusätzlich die spezielle Nachsorge beinhaltet, das Maß einer Regelversorgung überschreitet und deswegen honorierungswürdig ist. Zum anderen ist der finanzielle Hauptgewinner einer solchen Operation die Krankenkasse, die in die Zukunft gesehen enorme Kosten bei den Stomaversorgungsartikeln einspart. Auf die Lebenserwartung eines jungen Patienten bezogen, übersteigt die Kassensparnis bei Anlage einer kontinenten Ileostomie die Summe aus DRG (Fallpauschalen) und privatärztlichem Honorar um das Mehrfache.

Wie hoch ist die Kostenersparnis pro Jahr für die Krankenkasse im Vergleich inkontinente gegen kontinente Ileostomie (Kock'sche Tasche)?

Je nach Vertrag der Krankenkasse mit einem Versorgungsunternehmen bzw. auch je nach Art der Versorgbarkeit einer Ileostomie dürften die Kosten für die Versorgung einer inkontinenten Ileostomie zwischen 2.000 und maximal 10.000 Euro in Extremfällen pro Jahr liegen. Die notwendigen Ileostomie-Katheter kosten nur wenige Euro und die notwendigen Abdeckpflaster kann man sich aus Kompressen selbst herstellen. Selbst wenn man das vergleichsweise teure Mestopore-Pflaster anwendet, liegen die Jahreskosten bei einer kontinenten Ileostomie in der Größenordnung von wenigen 100 Euro. Man kann pauschal von einer Kostenersparnis durch die kontinente Ileostomie von 90 Prozent gegenüber der inkontinenten Ileostomie ausgehen.

Kann ein gesetzlich versicherter Patient die Übernahme der Kosten für das privatärztliche Honorar bzw. einen Zuschuss von seiner Kasse erwarten?

Ob die Krankenkasse sich an diesen Kosten beteiligt, ist in jedem Falle eine sogenannte Einzelfallentscheidung. Hier sollte der Patient nach meinen Erfahrungen

nicht nur telefonisch oder schriftlich, sondern ganz persönlich mit dem Krankenkassenmitarbeiter, der für ihn zuständig ist, reden. Er sollte sich gut rüsten mit schlagkräftigen, überzeugenden Argumenten.

Welche Möglichkeiten gibt es, wenn die Krankenkasse einer Einzelfallentscheidung im Hinblick auf die Übernahme oder die Beteiligung bei dem privatärztlichen Honorar nicht zustimmt?

Das Dilemma für den Patienten besteht darin, dass es keinen Rechtsanspruch auf die Einzelfallentscheidung gibt. Im Falle der Ablehnung greift jedoch in gewissen Umfang Paragraph 18 des Sozialgesetzbuches V. Bei der kontinenten Ileostomie handelt es sich um eine international etablierte und standardisierte Operationsmethode. Im Sozialgesetzbuch ist deswegen verankert, dass ein Patient, der eine etablierte Operationsmethode in der europäischen Union nicht bekommen kann, einen Anspruch auf eine Operation im außereuropäischen Ausland geltend machen kann. Dabei sollten Patient und Kasse zur Kenntnis nehmen, dass die Anlage einer Kock'schen Tasche an einer US-amerikanischen Klinik rund das Fünffache kostet wie die Gesamtsumme aus DRG und Arzthonorar in Deutschland.

In welcher Form ist - nach Ihrem Ruhestand - für Patienten eine Behandlung in Deutschland sichergestellt?

Zunächst werde ich über das Erreichen der Regelaltersgrenze (Ende des Jahres 2013) hinaus auf zunächst unbestimmte Zeit weiter im Dienst bleiben. Darüber hinaus ist einer meiner Oberärzte jeder Zeit in der Lage, einfache Korrekturen an Kock'schen Taschen durchzuführen, sofern der Patient vorher bei uns operiert worden war. Für neue Erstanlagen bzw. Umwandlungsoperationen wird meine Klinik in Zukunft höchstwahrscheinlich jedoch nicht mehr zur Verfügung stehen. Interessanterweise haben sich eine Reihe von jüngeren Chirurgen aus Deutschland mit Erfahrungen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bei mir angemeldet, um die Operationstechnik zu erlernen. Deswegen haben wir für das Jahr 2014 ein oder zwei Workshops in Planung, an denen diese Chirurgen ihre Patienten mitbringen und wir gemeinsam operieren. Darüber hinaus habe ich in der Vergangenheit auch einige Patienten an anderen Kliniken in Deutschland konsiliarisch operiert und werde dies auf Wunsch von Chirurgen und Patienten auch in Zukunft fortsetzen. Dies hatte im Übrigen Prof. Kock in den 1980er Jahren mit mir auch so gehandhabt.

Falls es dennoch zukünftig in Deutschland keine Behandlungsmöglichkeit mehr geben wird, bleiben eigentlich doch nur unbefriedigende Alternativen.

Dies ist richtig. Die Defunktionalisierung eines ileoanalen Pouches durch ein Loop-Ileostoma oder der Ausbau eines ileoanalen Pouches bedeutet für den Patienten einen unnötigen Darmverlust. Die Umwandlung in eine Kock'sche Tasche sichert ihm dagegen die funktionell wichtige Resorptionsfläche des Dünndarmes und beschert ihm zusätzlich die Kontrolle über die Stuhlentleerung. Jede andere Alternative ist schlechter. Auf gar keinen Fall sollte aber ein Patient sich eine

kontinente Ileostomie von einem Chirurgen operieren lassen, der dies nicht an einem entsprechenden Zentrum gelernt hat. Das korrekte Erlernen bei einem erfahrenen Operateur ist nach meiner Erfahrung die absolute Voraussetzung für erfolgreiches selbständiges Operieren in dieser speziellen Situation. Alternativ bleibt nur die Operation im Ausland, z. B. in den USA an mehreren Kliniken.

Warum wurden keine Nachfolger „angelern“? Besteht von Seiten der Chirurgen zu wenig Interesse?

Dies ist eine sehr berechtigte Frage, die sich aber nicht so ganz einfach beantworten lässt. Ich denke jedoch, dass man in der Rückschau folgende Aussagen treffen darf:

1. In den 1970er Jahren haben in Deutschland und anderen europäischen Ländern verschiedene Chirurgen die Kock'sche Tasche probiert und dabei im Gegensatz zu den Amerikanern Schiffbruch erlitten. Erfolgreich waren nur die beiden einzigen Chirurgen, die ihre Ausbildung in Göteborg bei dem Initiator der Methode, also bei Prof. Kock selbst, absolviert haben. Dies waren vor Jahrzehnten Prof. Schaudig aus München und dann meine Person. Die ehemals negativen Ergebnisse anderer Operateure haben offensichtlich einen bleibenden Eindruck hinterlassen, wobei man nicht mehr zur Kenntnis genommen hat, dass zwischenzeitlich die Komplikationsträchtigkeit durch Verbesserungen der Methode, woran auch wir beteiligt waren, beseitigt wurde.
2. Anfang der 1980er Jahre wurde der ileoanale Pouch international etabliert und alle Chirurgen haben weltweit in diese Operationsmethode ihre Hoffnungen gesetzt, da man einerseits im Vergleich zur Kock'schen Tasche von geringerer Komplikationsträchtigkeit ausging und vor allen Dingen den Verzicht auf ein bleibendes Stoma als großen Vorteil angesehen hat. Chirurgen, darunter viele Amerikaner und meine Wenigkeit, sind aufgrund des Umstandes, dass sie beide Methoden bei geeigneten Indikationen über Jahrzehnte erfolgreich angeboten und durchgeführt haben, aufgrund eigener Erfahrungen zu einer anderen Beurteilung gekommen.

Was sagen Sie vor diesem Hintergrund Ihren Patienten?

In der Tat ist es so, dass mich meine Patienten in der letzten Zeit immer häufiger fragen, wie es in der Zukunft weitergehen soll. Ihre Sorgen sind absolut nachvollziehbar und treiben auch mich um. Zunächst einmal kann ich als beruhigend festhalten, dass meine persönliche, sogenannte kumulative Revisionsrate in den letzten 15 Jahren die 10 %-Marke nicht überschritten hat. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, dass einer meiner Patienten nach Beendigung meiner operativen Tätigkeit revidiert werden muss, nicht sehr hoch. Andererseits habe ich aber auch meine Patienten im letzten Jahr darüber informiert, dass ich mit anderen Chirurgen ein flächendeckendes Versorgungskonzept etablieren möchte und dass dies hoffentlich gelingen wird, um Reisen ins Ausland zu vermeiden.