



Dtsch Arztebl Int 2016; 113(14): 250-1
DOI: 10.3238/arztebl.2016.0250b

Holzheimer, René G.

Ambulante Operation

MEDIZIN: DISKUSSION



zu dem Beitrag Todesfälle nach Cholezystektomien und Herniotomien von Ulrike Nimptsch, Prof. Dr. med. Thomas Mansky in Heft 31–32/2015

Leisten- beziehungsweise Schenkelbrüche werden seit Jahrzehnten in den USA fast nur ambulant (92 %) operiert. Selbst in der ehemaligen DDR wurde die Bedeutung der ambulanten Operation (OP) erkannt und auch in der Provinz Veneto stieg die Rate ambulanter OPs auf vergleichbare Werte (1). Nur im vereinten Deutschland werden nach Angaben von Jähne (2) 66,78 % der Leistenbruchoperationen stationär und lediglich etwa 33 % ambulant durchgeführt. Nimptsch und Mansky (3) kommen zur Schlussfolgerung, die Letalität der stationären Herniotomien ließe sich senken. Ursächlich für die Letalität sind Komplikationen (Perforation, Relaparotomien, Nahtinsuffizienz), die insbesondere im Zusammenhang mit laparoskopischen Operationen genannt werden. Neue Nationale Registerstudien aus Skandinavien (4) bestätigen, dass laparoskopische Herniotomien ein höheres Komplikationsrisiko für schwere Komplikationen im Vergleich zu den offenen Herniotomien haben: Aus einer extraabdominalen wird eine intraabdominale Erkrankung. Nachdem auch in unseren Nachbarstaaten (Niederlande, Großbritannien, Dänemark, Schweden) die Frequenz laparoskopischer Operationen niedriger ist als bei uns, und diese OP-Technik mit einem höheren Risiko und größerem finanziellen Aufwand verbunden ist, muss man doch fragen, was unterscheidet den deutschen Patienten von denen anderer Länder? In Anbetracht der Gesamtökonomie der Krankenhäuser, des Gesundheitswesens, der Komplikationen und der Letalität wäre weniger vielleicht mehr?

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0250b

Prof. Dr. med. René G. Holzheimer

Praxisklinik Sauerlach, rholzheimer@t-online.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

