

MedTech ambulant № 03/15

6. Oktober 2015; Empfänger: 1.740

Hernienoperationen im ambulanten Bereich

Hernienregister zeigt hohe ambulante Versorgungsqualität

Trotz der hohen Anzahl von Hernienoperationen sind die Ergebnisse allgemein nicht zufriedenstellend. In Deutschland sind sowohl die Rezidivraten, als auch die Symptomatik von chronischen Leistenbeschwerden nach einer stationären oder ambulanten OP sehr hoch (> 10 %). Um die Ergebnisse und die Qualität zu verbessern, wurden Register gegründet. Für die Ermittlung der Ergebnisqualität von Hernien-OPs in Verbindung mit den verwendeten OP-Verfahren und Medizinprodukten kommt den Registern neben den prospektiv randomisierten Studien eine bedeutende Rolle in der Versorgungsforschung zu. Zudem ist ein einheitlicher Maßstab für Leistenhernien-OPs und die Zertifizierung der chirurgischen Zentren wichtig, um bestmögliche OP-Ergebnisse zu erzielen. Das Register „Qualitätssicherungsinitiative ambulante Leistenhernienchirurgie“ (www.netzwerk-leistenbruch.de) beinhaltet über 8.000 Patientendatensätze, die nach einem standardisierten OP-Verfahren (Gilbert und Rutkow Plug Technik) ambulant operiert und nachkontrolliert wurden (nach 4, 12 und 52 Wochen). Das Netzwerk Leistenbruch ist mit [Herniamed](http://www.herniamed.de) (www.herniamed.de) – einer der weltweit größten Datenbanken auf dem Gebiet der Hernienchirurgie – verbunden, die über 260.000 Patientendaten (ambulant und stationär) verfügt.

Die Auswertung des ambulanten Leistenhernienregisters zeigt hervorragende Ergebnisse für die in der Qualitätssicherungsinitiative angewendeten OP-Verfahren und Netze:

1. Hohe Versorgungsqualität

- > Sehr geringe Rezidivrate: 1 Jahr postoperativ < 0,5 % (vs. 10 % als durchschnittliches Ergebnis in Deutschland)
- > Geringe intra- und postoperative Komplikationsrate: < 2 % (vs. 18 % chronischer Schmerzrate, andere Beschwerden bis 40 %)

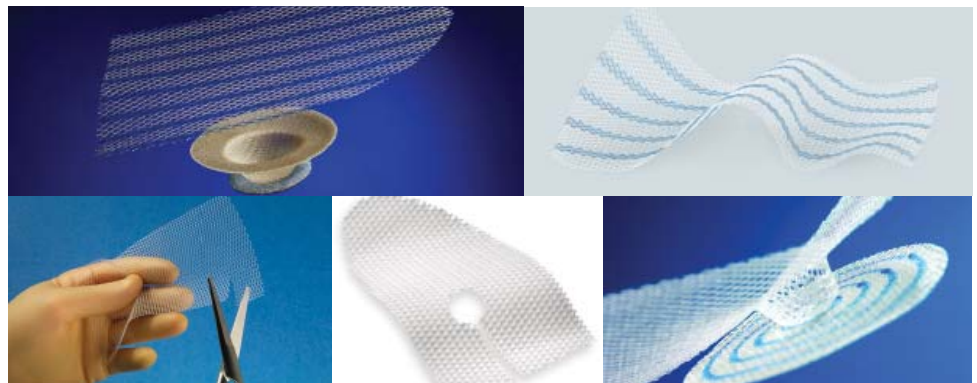
2. Hohe Patientenzufriedenheit

- > Sehr hohe Patientenzufriedenheit (> 98 %) auch 12 Monate postoperativ
- > Geringer postoperativer Schmerzgrad
- > Zeitnahe Mobilisierung (Quelle: Netzwerk Leistenbruch)

Was kann ambulant operiert werden?

Die Hernie zählt zu den Diagnosen, die weltweit am häufigsten chirurgisch behandelt werden muss. Allein in Deutschland werden jährlich ca. 275.000 Leistenbrüche und knapp 100.000 Bauchwand-/Nabelbrüche operiert. Jeder vierte Mann entwickelt in seinem Leben eine Leistenhernie, der Anteil bei Frauen liegt bei etwa 10 %. Für die chirurgische Versorgung von Leistenbrüchen stehen rund 100 verschiedene Techniken zur Verfügung. In Deutschland werden Hernienoperationen zunehmend ambulant durchgeführt. Dies wird auch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vertraglich gefördert. So haben z. B. die KV Brandenburg und die IKK Brandenburg und Berlin einen Vertrag zur Förderung ambulanter Hernienoperationen mit dem Ziel geschlossen, diese aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Trotz dieser Förderungen ist der Anteil an ambulanten Operationen in diesem Bereich – insbesondere gegenüber den skandinavischen

Ländern und den USA – noch vergleichbar gering. Um Hernienoperationen ambulant abrechnen zu können, bedarf es eines Eintrags im AOP-Katalog. Dieser wird jährlich angepasst. Im Jahr 2015 wurden sieben neue OPS-Codes im Bereich der Hernienchirurgie in den AOP-Katalog aufgenommen. Grundlage für die Anpassung des AOP-Katalogs bilden die aktuellen OPS-Codes. Im OPS-Katalog 2016 kommt es zu einer weiteren Differenzierung und Aufnahme neuer Codes, um unterschiedliche chirurgische Verfahren besser abzubilden: Während es vorher bei Leisten-, Schenkel-, Nabel- und epigastrischen Hernien für offene Eingriffe nur den Code „Sonstige“ gab, sind für 2016 neue Codes für anteriore Verfahren mit Netz in der Onlay-Technik und posteriore Verfahren in der Sublay-Technik eingeführt worden (OPS-Codes unter: www.dimdi.de). Die Vertragspartner nach § 115 b SGB V (KBV, DKG und GKV-Spitzenverband) entscheiden, welche Codes in den AOP-Katalog aufgenommen werden.



Trend zum ambulanten Operieren (AOP)

Das Prinzip ambulant vor stationär ist im Sozialgesetzbuch (SGB) gesetzlich verankert. Daher werden zunehmend viele entsprechende Leistungen in die vertragsärztliche Behandlung verlagert. Dies spiegelt sich auch im AOP-Katalog wider. Die meisten dort vorhandenen Prozeduren sind mit der Kategorie 1 versehen. Mit der Kategorie 1 gekennzeichnete Leistungen können und sollen ambulant erbracht werden. Eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe (Leistungen der Kategorie 1) kann jedoch erforderlich sein, wenn die Kriterien der allgemeinen Tatbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V (AOP-Ver-

trag) erfüllt sind (Abschnitt 1 des AOP-Katalogs). „Um für den Patienten die bestmögliche Ergebnisqualität zu erzielen, müssen auch im ambulanten Bereich die Expertise des Operateurs hinterfragt und entsprechende Qualitätskriterien gefordert werden. Was bei ambulanten Koloskopien längst gefordert wird, sollte auch auf eine der häufigsten in Deutschland durchgeführten Operationen Anwendung finden – Mindestmengen! So können Rezidive vermindert und auch ambulant ein hoher Standard der Hernienchirurgie gesichert werden.“ (Andreas Koch in „Ambulante Hernienchirurgie“, CHAZ, 2008)

Kostenübernahme durch die GKV

Herniennetze werden durch die GKV erstattet. Sie fallen unter die Abrechnungsregeln für gesonderte Sachkosten. Diese sind zum einen im AOP-Katalog § 9 sowie im EBM Allgemeiner

Teil Punkt 7.3 geregelt. Nähere Ausführungen finden Sie in der AOP-Broschüre des BVMed (www.bvmed.de/publikationen/broschuerengesundheitsversorgung).