

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Herniengesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DHG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	info@herniengesellschaft.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med
Name *	Reinpold
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Groß-Sand 3
PLZ *	D-21107
Ort *	Hamburg
E-Mail *	w.reinpold@gmx.net
Telefon *	040 75205-225

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
- „Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Hernien der DGAV
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	CAH
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	info@dgav.de
Anrede (inkl. Titel) *	Priv. Doz. Dr. med
Name *	Weyhe
Vorname *	Dirk
Straße *	Georgstr 12
PLZ *	D-26121
Ort *	Oldenburg
E-Mail *	dirk.veyhe@pius-hospital.deinfo@
Telefon *	0441/ 22901471

Erklärung zum Datenschutz *



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neue minimalinvasive Verfahren mit extraperitonealer Netzeinlage bei Bauchwandhernien

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☒ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Die Vorstände der Deutschen Herniengesellschaft DHG und
der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernien der DGAV unterstützen den Vorschlag

Priv. Doz. Dr. med. Dirk Weyhe

1. Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernien der DGAV

Dr. med. Wolfgang reinpold

1. Vorsitzender der Deutschen Herniengesellschaft

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- ☒ Nein
- ☐ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

entfällt

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

entfällt

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Vorschlag für OPS Nummern der neuen minimalinvasiven extraperitonealen Netzaugmentationstechniken in der Ventralhernienchirurgie:

Bisher gültige OPS Nummern bei Nabelhernienoperationen:

5-534.3 Verschluss einer Nabelhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material

5-534.31 Laparoskopisch transperitoneal mit Verwendung von intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM)

Vorschlag neuer OPS Nummern bei Nabelhernienoperationen:

5-534.32 Laparoskopisch transperitoneal mit Sublay Technik (präperitoneale oder retromuskuläre Netzlage)

5-534.36 Endoskopisch assistiert total extraperitoneal mit Sublay Technik (MILOS) oder Endoskopisch total extraperitoneal mit Sublay Technik: EMILOS, eTEP, TES - es handelt sich in Analogie zum TEP Verfahren bei Leistenhernien um endoskopische total extraperitoneale Verfahren bei Narbenhernien. Die Netzlage ist präperitoneal oder retromuskulär.

5-534.37 Endoskopisch assistiert oder endoskopisch mit Onlay Technik (epifasziale Netzlage)

Bisher gültige OPS Nummern bei epigastrischen Hernienoperationen:

5-535.3 Verschluss einer epigastrischen Hernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material

5-535.31 Laparoskopisch transperitoneal mit Verwendung von intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM)

Vorschlag neuer OPS Nummern bei epigastrischen Hernienoperationen:

5-535.32 Laparoskopisch transperitoneal mit Sublay Technik (präperitoneale oder retromuskuläre Netzlage)

5-535.36 Endoskopisch assistiert total extraperitoneal mit Sublay Technik (MILOS) oder Endoskopisch totalextraperitoneal mit Sublay Technik: EMILOS, eTEP, TES - es handelt sich in Analogie zum TEP Verfahren bei Leistenhernien um endoskopische total extraperitoneale Verfahren bei Narbenhernien. Die Netzlage ist präperitoneal oder retromuskulär.

5-535.37 Endoskopisch assistiert oder endoskopisch mit Onlay Technik (epifasziale Netzlage)

Bisher gültige OPS Nummern bei Narbenhernienoperationen:

5-536.4 Verschluss einer Narbenhernie mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material

5-536.41 Laparoskopisch transperitoneal mit Verwendung von intraperitonealem Onlay-Mesh (IPOM)

Vorschlag neuer OPS Nummern bei Narbenhernienoperationen:

5-536.42 Laparoskopisch transperitoneal mit Sublay Technik (präperitoneale oder retromuskuläre Netzlage)

5-536.43 Endoskopisch assistiert total extraperitoneal mit Sublay Technik (MILOS) oder endoskopisch totalextraperitoneal mit Sublay Technik: EMILOS, eTEP, TES. Es handelt sich in Analogie zum TEP Verfahren bei Leistenhernien um endoskopische total extraperitoneale Verfahren bei Narbenhernien. Die Netzlage ist präperitoneal oder retromuskulär

5-536.49 Endoskopisch oder endoskopisch assistiert mit Onlay Technik (epifasziale Netzlage)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Neue laparoendoskopische und minimalinvasive
extraperitoneale Netztechniken in der Ventralhernienchirurgie

Die Bauchwand- und Narbenhernienchirurgie hat in den letzten Jahren eine dynamische Wandlung durchlaufen, indem neue, minimal- invasive bzw. endoskopisch- laparoskopische Techniken entwickelt wurden. Trotz der Methodenvielfalt haben sich für Hauptkriterien der Zielsetzung herauskristallisiert: 1) Die morphologisch- funktionelle Rekonstruktion der Bauchwand. 2) Die extraperitoneale Netzaugmentation. 3) Der Verzicht auf penetrierende Fixationselemente. 4) Minimale chirurgische Zugangstraumata der Bauchdecke. 5) Minimierte intraperitoneale Dissektion mit dem Risiko der Verletzung adhärenter intestinaler Strukturen. Die Netzlage bei diesen Verfahren ist präperitoneal-retromuskulär oder epifaszial. Die Zugangswege können direkt transhernial oder fernab des Bauchwanddefektes erfolgen. Letztere lassen sich laparoskopisch transperitoneal, endoskopisch subkutan, oder endoskopisch retromuskulär/präperitoneal realisieren. Die Techniken können durch anteriore oder posteriore Komponentenseparationen zur Spannungsreduktion bzw. Vergrößerung des Netzlagers erweitert werden.

Die neuen minimalinvasiven Techniken ermöglichen die sehr ausgedehnte, falls erforderlich komplette Ablösung der Rektusmuskulatur vom hinteren Blatt der Rektusscheide und damit einen spannungsarmen Verschluss großer Bauchwanddefekte im Sinne einer Verschiebelappenplastik.

Durch die neuen Techniken ist auch die minimalinvasive bzw laparoendoskopische Versorgung von symptomatischen Rektusdiastasen möglich.

Bei der offenen Sublaytechnik kann diese ausgedehnte Präparation zwischen den Bauchwandschichten nur durch eine ausgedehnte Durchtrennung intakter Bauchwandanteile (Linea Alba) mit ausgedehntem Gewebetrauma erreicht werden.

Die neuen Techniken können auch Roboter gestützt durchgeführt werden. Einige Operationsschritte wie intrakorporales Nähen werden durch die Robotertechnik erleichtert.

Zusammenfassung:

Die neuen Techniken ermöglichen die minimalinvasive Implantation auch großer alloplastischer Kunststoffimplantate außerhalb der Bauchhöhle ohne traumatische Netzbefestigung auf dem schmerzempfindlichen parietalen Peritoneum. Die neuen Techniken scheinen mit geringeren akuten und chronischen Schmerzen behaftet zu sein als die herkömmliche offene Sublay- und laparoskopische IPOM Technik.

Eine Matched-Pair-Analyse (Propensity Score Matching) mit jeweils 600 Narbenhernienpatienten der endoskopisch assistierten minimally open Sublay Technik (MILOS-Technik), der offenen Sublay- und laparoskopischen IPOM-Operation zeigte signifikant weniger perioperative Komplikationen mit Revisionsoperation, signifikant weniger chronische Schmerzen und Rezidive nach einem Jahr in der MILOS Gruppe. Auch fanden sich im Vergleich mit der offenen Sublayoperation signifikant weniger Wundheilungsstörungen und Wundinfekte (5).

Die ersten Publikationen der neuen Techniken sind vielversprechend. Weitere Registerdaten und Qualitätsstudien sind erforderlich. Eine Abbildung der Techniken im OPS System ist hierfür unbedingt erforderlich.

Referenzen:

1) LeBlanc KA, Booth WV (1993) Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings. Surg Laparosc Endosc. 3:39–41

- 2) Miserez M, Penninckx F (2002) Endoscopic totally preperitoneal ventral hernia repair. *Surg Endosc.* 16(8):1207-13.
- 3) Schroeder AD, Debus ES, Schroeder M, Reinpold WM (2013) Laparoscopic transperitoneal sublay mesh repair: a new technique for the cure of ventral and incisional hernias. *Surg Endosc.* 27:648–654
- 4) Al Chalabi H, Larkin J, Mehigan B, McCormick P (2015) A systematic review of laparoscopic versus open abdominal incisional hernia repair, with metaanalysis of randomized controlled trials. *Int J Surg.* 20:65–74
- 5) Reinpold W, Schröder M, Berger C et al. (2018) Mini- or Less-open Sublay Operation (MILOS): A New Minimally Invasive Technique for the Extraperitoneal Mesh Repair of Incisional Hernias. *Ann Surg.* 2 Jan 16. doi: 10.1097/SLA.0000000000002661
- 6) Holihan JL, Nguyen DH, Nguyen MT et al. (2016) Mesh Location in Open Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *World J Surg.* 40(1):89-99.
- 7) Reinpold W. Endoskopisch total extraperitonealer transhernialer Sublay-Bauchwandhernienverschluss in Single-Port-Technik. In: Schumpelick V, Arlt G, Conze J, Junge K, eds. *Hernien*. 5th ed., Stuttgart: Thieme; 2015:301-304
- 8) Schwarz J, Reinpold W, Bittner R (2017) Endoscopic mini/less open sublay technique (EMILOS) -a new technique for ventral hernia repair. *Langenbecks Arch Surg.* 402(1):173–180
- 9) Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ (2012) Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg.* 204:709–716
- 10) Belyansky I, Daes J, Radu VG et al. (2017) A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surg Endosc.* 32:1525–1532
- 11) Daes J (2012) The enhanced view-totally extraperitoneal technique for repair of inguinal hernia. *Surg Endosc.* 26:1187–1189
- 12) Li Bingen, Qin C, Bittner R. (2018) Totally endoscopic sublay (TES) repair for midline ventral hernia: surgical technique and preliminary results. *Surg Endosc.* Oct 29. doi: 10.1007/s00464-018-6568-3
- 13) Muysoms F, Van Cleven S, Pletinckx P et al. (2018) Robotic transabdominal retromuscular umbilical prosthetic hernia repair (TARUP): observational study on the operative time during the learning curve. *Hernia.* 22(6):1101-1111
- 14) Moore AM, Anderson LN, Chen DC (2016) Laparoscopic stapled sublay repair with self-gripping mesh: a simplified technique for minimally invasive extraperitoneal ventral hernia repair. *Surg Technol Int.* 26:131–139
- 15) Prasad P, Tania O, Patle NM, et al. (2011) Laparoscopic ventral hernia repair: a comparative study of transabdominal preperitoneal versus intraperitoneal onlay mesh repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 21: 477–483.
- 16) Köckerling F, Botsinis MD, Rohde C, Reinpold W (2016) Endoscopic-Assisted Linea Alba Reconstruction plus Mesh Augmentation for Treatment of Umbilical and/or Epigastric Hernias and Rectus Abdominis Diastasis - Early Results. *Front Surg.* 13;3:27.

- 17) Bellido Luque J, Bellido Luque A, Valdivia J et al. (2015) Totally endoscopic surgery on diastasis recti associated with midline hernias. The advantages of a minimally invasive approach. Prospective cohort study. *Hernia*. 19(3):493-501.
- 18) Juárez Muas DM (2018) Preaponeurotic endoscopic repair (REPA) of diastasis recti associated or not to midline hernias. *Surg Endosc*. Sep 18. doi: 10.1007/s00464-018-6450-3.
- 19) Claus CMP, Malcher F, Cavazzola LT et al. (2018) SCOLA Subcutaneous Onlay Laparoscopic Approach: *Arq Bras Cir Dig*. Dec 6;31(4):e1399. doi: 10.1590/0102

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

Die neuen Techniken finden zunehmende Verbreitung. Eine präzise Verschlüsselung der neuen Techniken ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme unverzichtbar.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☒ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

- 1) Miserez M, Penninckx F (2002) Endoscopic totally preperitoneal ventral hernia repair. Surg Endosc. 16(8):1207-13.
- 2) Schroeder AD, Debus ES, Schroeder M, Reinhold WM (2013) Laparoscopic transperitoneal sublay mesh repair: a new technique for the cure of ventral and incisional hernias. Surg Endosc. 27:648–654.
- 3) Reinhold W. Endoskopisch total extraperitonealer transhernialer Sublay-Bauchwandhernienverschluss in Single-Port-Technik. In: Schumpelick V, Arlt G, Conze J, Junge K, eds. Hernien. 5th ed., Stuttgart: Thieme; 2015:301-304.
- 4) Reinhold W, Schröder M, Berger C et al. (2018) Mini- or Less-open Sublay Operation (MILOS): A New Minimally Invasive Technique for the Extraperitoneal Mesh Repair of Incisional Hernias. Ann Surg. 2 Jan 16. doi: 10.1097/SLA.0000000000002661
- 5) Schwarz J, Reinhold W, Bittner R (2017) Endoscopic mini/less open sublay technique (EMILOS) -a new technique for ventral hernia repair. Langenbecks Arch Surg. 402(1):173–180.
- 6) Belyansky I, Daes J, Radu VG et al. (2017) A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. Surg Endosc. 32:1525–1532
- 7) Daes J (2012) The enhanced view-totally extraperitoneal technique for repair of inguinal hernia. Surg Endosc. 26:1187–1189

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Vergleichbar mit herkömmlichen Techniken: Die Operationszeit der neuen Techniken ist im Vergleich zur laparoskopischen IPOM- und offenen Sublay Technik etwas länger. Teure beschichtete Netze und Tackersysteme zur Netzbefestigung sind verzichtbar.

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *

Die neuen Techniken finden zunehmende Verbreitung. Eine genaue Zahl ist nicht verfügbar. Im Referenzhernienzentrum des Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand wurden inzwischen über 2000 MILOS und EMILOS Operationen bei Bauchwand- und Narbenhernien durchgeführt, die alle im deutschen Hernienregister Herniamed dokumentiert sind.

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *

Beschichtete Kunststoffimplantate sind verzichtbar. Operationszeiten aber etwas länger als bei den herkömmlichen Techniken

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Zur Evaluation und angemessenen Vergütung im DRG System müssen die neuen Techniken präzise verschlüsselt werden.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)