



# GebFra

## Geburtshilfe und Frauenheilkunde

*German Journal of Obstetrics and Gynecology*

**Wissenschaftliches Organ  
der Deutschen Gesellschaft  
für Gynäkologie und Geburtshilfe ·  
DGGG und der Österreichischen  
Gesellschaft für Gynäkologie und  
Geburtshilfe · OEGGG**

### **Schriftleitung**

W. Rath, Aachen (verantwortlich)  
J. Baltzer, Krefeld  
M. W. Beckmann, Erlangen  
M. Breckwoldt, Freiburg  
G. Debus, München  
W. Holzgreve, Basel  
P. Husslein, Wien  
W. Jonat, Kiel  
L. Kiesel, Münster  
O. Ortmann, Regensburg  
K. Vetter, Berlin  
D. Wallwiener, Tübingen

### **Redaktion**

C. Bartz, Aachen (gesamt)  
B. Schauf, Tübingen (Aktuell diskutiert)

### **Beirat**

P. Dall, Düsseldorf  
K. Diedrich, Lübeck  
J. Dietl, Würzburg  
J. W. Dudenhausen, Berlin  
K. Friese, München  
U. Gembruch, Bonn  
B. Gerber, Rostock  
G. Gitsch, Freiburg  
E.-M. Grischke, München  
K. Hecher, Hamburg  
M. Höckel, Leipzig  
M. Kaufmann, Frankfurt  
H. Kölbl, Mainz  
M. Neises, Hannover  
U. Peschers, Dachau  
A. Rieber, München  
R. Schmutzler, Köln  
A. Schneider, Berlin  
H. Schneider, Bern  
Ch. Sohn, Heidelberg  
Th. Strowitzki, Heidelberg

### **Rechtsfragen**

K. Ulsenheimer, München

### **Begründet von**

Carl Kaufmann  
und Ludwig Seitz

### **Weitergeführt von**

Josef Zander  
und Kurt Holzmann

**Georg Thieme Verlag KG**  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
[www.thieme.de/gebfra](http://www.thieme.de/gebfra)  
[www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)



# Frauenheilkunde

## Qualitätssicherung und -management

*inkl. Kommentierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96)*

### Herausgegeben von

D. Wallwiener  
H. G. Bender  
K. Vetter  
T. Schwenzer  
W. Jonat  
H. J. Weyergraf

für die GOÄ-Kommission der DGGG

### Unter Mitarbeit von

Dr. Ch. Albring  
Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V.  
Elmstraße 14  
30657 Hannover

Dr. G. Bartzke  
Sprecher des Landesverbandes der Bundes-ARGE  
Ltd. Ärztinnen und Ärzte in der  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.  
Vorstandsmitglied und Länderbeauftragter BLFG e. V.  
Chefarzt der Frauenklinik  
Kreiskrankenhaus Rottweil  
Krankenhausstraße 30  
78628 Rottweil

Prof. Dr. R. Rauskolb  
Vorstand der BLFG e. V.  
Schöne Aussicht 4  
37154 Northeim

Prof. Dr. K. T. M. Schneider  
Leiter der Abt. für Perinatalmedizin und Geburtshilfe  
TU München, Klinikum rechts der Isar  
Ismaninger Straße 22  
81675 München

Prof. Dr. A. T. Teichmann  
Vorstand der BLFG e. V.  
Frauenklinik im Klinikum  
Am Hasenkopf 1  
63739 Aschaffenburg

Bärbel Therre  
Unimed GmbH  
Auf der Heide 17  
66687 Noswendel

Michael Uwer  
Geschäftsführer der Unimed GmbH  
Auf der Heide 17  
66687 Noswendel

**Georg Thieme Verlag KG**  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
[www.thieme.de/gebfra](http://www.thieme.de/gebfra)  
[www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)

# Inhalt

## Geburtshilfe und Frauenheilkunde

online [www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)

# S2

66. Jahrgang · Suppl. 2 · September 2006 · Seiten Q 1 – 70

### Q1 Geleitwort

*D. Wallwiener*

### Q2 Vorwort

*D. Wallwiener*

### Einführung

### Q5 Qualitätssicherung operative Gynäkologie –

Einführung

*D. Berg*

### Aspekte der Qualitätssicherung

### Q6 Aspekte der Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

*H. G. Bender*

### Recht

### Q8 Qualitätssicherung, Leitlinien und Recht. Strukturelle Vorgaben

*R. Ratzel*

### Programm der DGGG

### Q15 Das Programm der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als Grundlage einer Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie

*H. Koester*

### Stellungnahme

### Q19 Qualitätssicherung durch Kommentierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96) im Bereich Operative Frauenheilkunde.

Stellungnahme der GOÄ-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu den meist beanstandeten GOÄ-Ziffern bzw. Analogziffern

*H. G. Bender, T. Schwenger, H.-J. Weyergraf,*

*D. Wallwiener*

### Qualitätssicherung

### Q69 Überlegungen zur Qualitätssicherung der operativen Gynäkologie und Onkochirurgie

*U. Wagner, R. Kurek, G. Bastert, D. Wallwiener*

### Gutachterkommissionen

### Q77 Die Rolle der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in der Qualitätssicherung

*L. Beck, B. Weber*

### Qualitätsmanagement

### Q80 Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätstransparenz in der operativen Gynäkologie

*H.-K. Selbmann, M. Geraedts*

### Qualität 2006

### Q87 Qualität 2006: Der Rahmen

*M. Halber*

## Verantwortlich für die Schriftleitung

Prof. Dr. W. Rath, Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

## Übersichten

Prof. Dr. M. Breckwoldt, Abt. Klinische Endokrinologie, Universitäts-Frauenklinik, Hugstetterstraße 55, 79106 Freiburg

Prof. Dr. O. Ortmann, Caritas Krankenhaus St. Josef, Universität Regensburg, Landshuter Straße 65, 93053 Regensburg

## Aktuell referiert

Prof. Dr. J. Baltzer, Klinikum Krefeld, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld

## Aktuell diskutiert

Prof. Dr. D. Wallwiener, Universitäts-Frauenklinik, Calwerstraße 7, 72076 Tübingen

## Verlag

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart  
Postfach 301120, 70451 Stuttgart  
Telefon 0711-8931-0  
www.thieme.de  
www.thieme.de/gebfra  
www.thieme-connect.de

## Leserservice:

Telefon 0711-8931-900  
Fax 0711-8931-901  
E-mail: kunden.service@thieme.de

## Verlagsredaktion:

Telefon 0711-8931-332  
Fax 0711-8931-408  
E-mail: Sabine.Hoppenstock@thieme.de

## Herstellung:

Telefon 0711-8931-244  
Fax 0711-8931-392  
E-mail: Christa.Baurenschmidt@thieme.de

## Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thieme.media Pharmedia GmbH, Ulrike Bradler, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Postfach 300880, 70448 Stuttgart, Tel. 0711-8931-466, Fax: 0711-8931-624, E-Mail: Ulrike.Bradler@thieme.de

## Allgemeine Informationen

Die Zeitschrift *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (ISSN 0016-5751) erscheint monatlich.

Das Abonnement wird zum Jahreswechsel im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Preis für ein Einzelheft € 32,00 zuzügl. Versandkosten ab Verlagsort. Preisänderungen vorbehalten. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn bis zum 30. September keine Abbestellung vorliegt.

## Informationen für Leser

Wir bitten unsere Abonnenten, Adressänderungen unverzüglich dem Verlag mitzuteilen, um eine reibungslose Zustellung der Zeitschrift zu gewährleisten. Die Deutsche Post AG kann dem Verlag die neue Anschrift mitteilen, auch wenn kein Nachsendeantrag gestellt wurde. Hinweis nach § 4 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Gegen diese Weitergabe der Adressdaten kann beim Verlag Widerspruch eingelegt werden.

Geschützte Warenbezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

## Online

Die wissenschaftlichen Arbeiten der Zeitschrift stehen online in Thieme-connect zur Verfügung; siehe [www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de). Der Zugang ist für persönliche Abonnenten im Preis enthalten. Über kostenpflichtige Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Institutionen (Bibliotheken, Kliniken, Firmen etc.) informiert Sie gerne Bernd Heß, E-mail: [thieme-connect@thieme.de](mailto:thieme-connect@thieme.de).

Diese Zeitschrift bietet Autoren die Möglichkeit, ihre Artikel für die allgemeine Nutzung frei zugänglich zu machen ("open access"). Bei Interesse wenden Sie sich bitte an [gebfra@thieme.de](mailto:gebfra@thieme.de).

## Informationen für Autoren

Ansprechpartner für Manuskripte sowie Gestaltungsrichtlinien und andere Informationen für Autoren entnehmen Sie bitte den Autorenhinweisen. Grundsätzlich werden nur solche Arbeiten angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Publikationsorganen zum Abdruck angeboten werden. Mit der Annahme des Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist die ausschließliche Befugnis zur Wahrnehmung der Verwertungsrechte im Sinne des Urheberrechtsgesetzes. Den Erstautoren stehen 25 Sonderdrucke ihrer Arbeiten kostenfrei zur Verfügung.

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe und Buchbesprechungen zu kürzen bzw. auszugsweise zu veröffentlichen.

Bezugspreise*	Abo	Versand	gesamt
<b>Jahrespreis</b>			
Inland	266,00	22,80	288,80
Europa	266,00	43,80	309,80
Weltweit	266,00	69,80	335,80

\* in € (D); unverbindlich empfohlene Preise

Bezugspreise*	Abo	Versand	gesamt
<b>Vorzugspreis**</b>			
Inland	148,00	22,80	170,80
Europa	148,00	43,80	191,80
Weltweit	148,00	69,80	217,80

\* in € (D); unverbindlich empfohlene Preise

\*\* für Ärzte in der Weiterbildung zum Gebietsarzt für maximal 6 Jahre

## Copyright

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen – auch z.B. durch Fotokopie –, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## For users in the USA

Authorization of photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use of specific clients, is granted by Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service, provided that the base fee of \$ 10.00 per copy of each article is paid directly to CCC, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, 0016-5751/02 \$ 10.00.

For reprint information in the US, please contact International Reprint Corporation, 287 East "H" St., Benicia, CA 94510, USA; phone: 1-707-746-8740, fax 1-707-746-1643; E-mail: [irc@intreprints.com](mailto:irc@intreprints.com).

## Wichtiger Hinweis

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitschrift entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.

Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Printed in Germany

Satz: Ziegler + Müller, Kirchentellinsfurt  
Druck und Bindung: Grafisches Centrum Cuno, Calbe/Saale

Dieser Ausgabe liegt eine Verlegerbeilage des Georg Thieme Verlages bei.

© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York 2006

Anlässlich des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe konnte die 2. Auflage unseres Buches beim Thieme Verlag fertig gestellt werden.

Die nunmehr 2. Auflage wurde um mehrere Facetten unseres Faches aktualisiert, insbesondere im Hinblick auf wichtige Leistungsbereiche aus der Onkologie, wie z. B. der Mammaonkoplastik bzw. aus dem Bereich der geburtshilflichen Diagnostik.

Damit wird versucht, den Forderungen nach Qualitätssicherung und Leistungs- bzw. Kostentransparenz nachzukommen.

Da Qualitätssicherung ebenso wie Kostentransparenz in einem so innovativen Fach wie der Gynäkologie und Geburtshilfe einem dynamischen Wandel unterworfen ist, ist eine elektronische Form des Buches zur schnelleren Möglichkeit der Korrektur und Ergänzung unabdingbar geworden.

Besonderen Dank muss ich dafür dem Thieme Verlag aussprechen, insbesondere Herrn Dr. Wiegers und Herrn Dr. Kuhlmann, welche die Form des elektronischen Buches, des so genannten e-Buches, mit der Möglichkeit des PDF-Downloads ermöglicht haben. Das Buch wird online gestellt, einerseits auf dem Internetportal der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ([www.dggg.de](http://www.dggg.de)), dem Internetportal der Bundes-ARGE ([www.blfg.net](http://www.blfg.net)) und dem Berufsverband der Frauenärzte ([www.bvf.de](http://www.bvf.de)).

Andererseits wird das Buch auch auf der Internetseite des Thieme Verlages ([www.thieme.de](http://www.thieme.de)) als Supplement unseres wissenschaftlichen Organs, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, des Thieme Verlages erscheinen.

Ganz besonders dankbar ist die GOÄ-Kommission der DGGG, dem Berufsverband der Frauenärzte und der Bundes-ARGE für die Möglichkeit der Erstellung des Werkes in partnerschaftlicher Kooperation.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. D. Wallwiener · Universitäts-Frauenklinik · Calwerstraße 7 · 72076 Tübingen

#### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q1 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·  
DOI 10.1055/s-2006-924644 ·  
ISSN 0016-5751

## Vorwort

Was das Produkthaftungsgesetz für die Qualitätssicherung in Wirtschafts- und Industriebereichen ist, das ist die vertragsmäßige Pflicht zur Garantie einer fachgerechten und dem Stand der Technik und der Wissenschaft entsprechenden Ausübung der ärztlichen Tätigkeit.

Dies gilt umso mehr für im forensischen Bereich als sog. „Neuland-Operationen“ (Laubs) eingestufte Operationstechniken wie z. B. endoskopische Verfahren. Hier sollten als Evaluationskriterien die „Irrtümer“ nach GRIMES und die Aussagekraft wissenschaftlicher Ergebnisse nach OWEN Beachtung finden.

Das Schlagwort Qualitätssicherung hat immer mehr in alle Bereiche des Lebens Einzug gefunden. In Wirtschafts- und Industriebereichen sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsgarantie schon immer eine Selbstverständlichkeit gewesen, die die Existenz und den Fortbestand von Betrieben sichern sollen. Für Herstellungs- und Warenproduktionsbereiche gelten hier klare rechtliche Grundlagen, die über die Produkthaftung im Produkthaftungsgesetz verankert sind. Für den Bereich der medizinischen Dienstleistung besteht jedoch keine klare rechtliche Abgrenzung. Der Begriff der Qualitätssicherung ist vielmehr über die Garantie einer vertragsmäßigen Qualität eingeordnet. Die vertragsmäßige Qualitätssicherung ist jeweils auf den individuellen Behandlungsfall abgestimmt und daher nicht in den rechtlichen Vorschriften allgemein abgesichert.

Aus dem vertragsrechtlichen Begriff der Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Schadensersatzansprüche bildet sich die Brücke aus Gewährleistung und Qualitätssicherung des medizinischen Eingriffes unter Berücksichtigung des bestehenden Haftungspotenzials. Gefordert wird daher allge-

mein, dass ein Eingriff fachgerecht durchgeführt wird und dem Stand der Wissenschaft und der Technik entspricht. Unterstützende Maßnahmen werden hier durch die standespolitischen Organisationen gegeben, die durch ihre entsprechenden Richtlinien den Stand der Wissenschaft und der Technik abstimmen können.

Verankert ist die Qualitätssicherung als eine zentrale Norm in der Musterberufsordnung § 5 für Ärzte. Daher ist die Qualitätssicherung nicht nur unter haftungsrechtlichen Ansprüchen und vertragsärztlichen Vertragsgarantien zu verstehen, sondern Qualitätssicherung stellt eine ureigene ärztliche Aufgabe zum Wohle des Patienten und zur Garantie von Aus- und Weiterbildung dar.

Mit der Neuregelung des Sozialgesetzbuches findet die Regelung der Qualitätssicherung in den §§ 137 ff. eine weitere Absicherung. Hier wird die Entwicklung von Programmen zur Absicherung der Qualität durch Zusammenschluss der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaften in einem Rahmenvertrag geregelt.

Die Lösungsschritte zur Qualitätssicherung gehen in der Gynäkologie aus verschiedenen Initiativen hervor. Während für die geburtshilflichen Bereiche bereits seit Jahren Qualitätssicherungen im Bereich der Perinatalerhebung durchgeführt werden, gewinnen für den Bereich der operativen Gynäkologie diese Ansätze erst in jüngster Vergangenheit zunehmend an Bedeutung. Zum einen bestehen durch die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Rahmen von Pilotstudien zur Qualitätserfassung wie durch die OBgyn-Erhebung erste Schritte. Ergänzt werden derartige Evaluationen durch Initiativen aus den Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Gesellschaft für Gynäko-

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. D. Wallwiener · Universitäts-Frauenklinik · Calwerstraße 7 · 72076 Tübingen

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q2 – Q4 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924525 · ISSN 0016-5751

logie und Geburtshilfe (DGGG) heraus, z. B. der bundesweiten Erfassung von Komplikationen für die Hysteroskopie und Laparoskopie der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE) der DGGG.

Qualitätssicherung ist jedoch nicht mit Fehlersuche im Endergebnis gleichzusetzen, sondern umfasst eine Qualitätskette aller Organisationsabläufe von Diagnostik über Indikationsstellung und Aufklärung bis hin zu Operation und Nachbetreuung.

Ein wichtiges Kernstück ist die Bildung von Qualitätsketten. Diese Qualitätsketten sind die Basis für die Umsetzung einer umfassenden Qualitätssicherung im Sinne eines Total Quality Managements. Diese beiden Ansätze, d. h. Qualitätsketten und TQM-Modell, fließen dann in eine Endlosspirale zur Verbesserung ein. Unterstützt werden die qualitätssichernden Maßnahmen dabei durch Informationstechnologien. Für diesen Bereich als auch für das Gebiet der Perinatalerhebung sind die Arbeiten von Selbmann, Tübingen, wegweisend gewesen.

Die Qualitätsgewährleistung für einen fachgerechten Eingriff mit einem entsprechenden Heilerfolg ist nicht allein abhängig von der Durchführung des Eingriffes selbst. Beginnend mit dem medizinischen Problem eines Patienten schließt sich eine ganze Kette von Organisationsabläufen an, bis es letztlich zur Durchführung eines operativen Eingriffes kommt.

Mit Beginn der Patientenaufnahme und -vorstellung über die präoperative Diagnostik und über die Aufklärung bildet jedes Glied eine Kette und nur durch Absicherung der optimalen Qualität kann das fachgerechte Ergebnis garantiert werden. Das heißt – bildlich gesprochen –, reißt die Kette der Qualitätssicherung in einem der Glieder, so ist die Gewährleistung im Endergebnis gefährdet.

Zur Sicherung der Kette müssen sämtliche Organisationsabläufe ummantelt werden, um so der Kette von Organisationsabläufen eine weitere Stabilität zu verleihen. Durch diesen bildlichen Vergleich wird die Notwendigkeit sehr anschaulich verdeutlicht. Die Ummantelung der Qualitätskette wird durch weitere verschiedene Unterpunkte gewährleistet.

Um Qualität nicht nur zu sichern, sondern auch zu steigern und die Techniken der durchzuführenden Operationen stetig anzupassen und zu verbessern, müssen die Maßnahmen der Qualitätssicherung in den einzelnen Zentren in eine Endlosspirale der Verbesserung einfließen. Trainierte Eingriffe unterliegen dabei der Qualitätskontrolle, die zu einer unmittelbaren Korrektur und Verbesserung führen und nach Evaluation wiederum in Leitlinien und Empfehlungen zur Ummantelung der Qualitätsketten einmünden. Durch die Weiterentwicklung der Leitlinien erfolgt wie in einer Spirale ein stetiges Verbessern durch erneutes Training und erneute Qualitätskontrolle.

Eine Unterstützung können diese Maßnahmen durch Ausnutzung von Informationstechnologie entwickeln. Die erste Stufe erfordert hierbei die Beschreibung der Qualität, wobei hier bei Datenerhebung, Dokumentation und Kommunikation die Verwendung von Informationstechnologien unvermeidbar sind. Unterstützt werden die Datenerhebungen hier durch Interaktion

der einzelnen Zentren und Erhebung der Daten. Der zweite Schritt weist auf die Erstellung von Routineinformationen über die Qualität und auf die Präsentation von Qualität mit Arzt- und Zeitbezug im Sinne eines Medical Controlling auf. Den dritten Unterpunkt zur Beschreibung der Qualität stellen externe Vergleiche dar durch Entwicklung von Klinikprofilen und Bildung von klinikadaptierten Referenzbereichen.

Auch bei der Analyse und Verbesserung der Qualität stellen Informationstechnologien eine wichtige Grundlage dar. Sie helfen beim Erkennen von Auffälligkeiten durch die Erstellung von Trendanalysen und Suchen nach statistisch erkennbaren Gründen für Auffälligkeiten und spielen auch im Bereich der Beratung eine wichtige Rolle. Hier sei insbesondere auf das Anfragen von Wissensbanken und auf die Überwachung der Einhaltung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie hingewiesen. Bei der Durchführung von Qualitätsprojekten können durch problemorientierte Arbeiten der Qualitätszirkel unterstützende begleitende Maßnahmen entwickelt werden. Wichtig ist hier das Follow-up von Spätergebnissen und Patientenerfahrung zur Durchführung von Vorher/Nachher-Vergleichen.

Komplexere statistische Auswertungen wie z. B. prognostische Modelle geben hier wesentliche Informationen zur Verbesserung von Leitlinien und qualitätssichernden Maßnahmen. Einen wesentlichen Anteil stellen hierbei die Erstellung regelmäßiger Qualitätsberichte, die transparent die Bestandteile des umfassenden Qualitätsmanagements darlegen können.

Über die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements durch Bildung von Qualitätsketten, Einfließen in die Verbesserungsspirale unter Zuhilfenahme der modernen Informationstechnologien sollte die Entwicklung der Qualität eine Zunahme erfahren.

Durch Kommunikation, rasches Erfassen von Veränderungen und durch Transparenz muss die ständige Überarbeitung der einzelnen Schritte innerhalb des umfassenden Qualitätssicherungsmanagements zu einer stetigen Weiterentwicklung führen. Die operative Gynäkologie stellt hier mit ihrem klar umrissenen Spektrum an Eingriffen durch die Standardisierung immer transparenter werdender operativer Maßnahmen einen ganz wesentlichen Punkt dar, wodurch gerade die operative Endoskopie beispielhaft ist durch die bereits geleisteten und in Zukunft weiter einfließenden Maßnahmen in das Qualitätsmanagement, welche sich nicht als gesetzliche Zwangsmaßnahmen sondern – wie bereits eingangs erwähnt – als ureigene ärztliche Aufgabe verstehen lassen. Gerade die Anbindung der Arbeitsgemeinschaften und die Kommunikation zwischen den einzelnen Untergruppen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zeigen hier eine große Chance auf, Qualitätssicherung aus dem Fachgebiet zu entwickeln und für andere Bereiche fachübergreifend zur Verfügung zu stellen.

Gelingt es durch den bildhaften Vergleich, das Bewusstsein für qualitätssichernde Maßnahmen zu fördern, sollte es auch möglich sein, das Verständnis für die bereits bestehenden Maßnahmen und die noch in Zukunft zu planenden zu wecken. Ebenso sollte es möglich sein, gerade für die operative Gynäkologie hier eine Vorbildfunktion zu entwickeln.

Bedenkt man die Tatsache, dass Normen wie der § 137 des SGBV zum Zusammenschluss der Krankenkassenverbände und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur gemeinsamen Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen geführt haben, ist Kooperation zur Realisierung eigener Qualitätssicherungsprogramme in der operativen Gynäkologie auf der Basis der „evidence based medicine“ gefordert.



Die Entwicklung und Anpassung einer Gebührenordnung ist ein wichtiger Prozess in einem freien Gesundheitswesen, das die Interessen der Patienten ebenso zu beachten hat wie die Bedürfnisse der so genannten Leistungserbringer in Klinik und Praxis. Die Erfahrungen in Ländern mit rein staatlicher Lenkung und ohne Rücksicht auf wirtschaftliche Gegebenheiten und Notwendigkeiten – das gilt nicht nur für den ehemaligen Ostblock – zeigen übereinstimmend ein Absinken der Behandlungs- und Ergebnisqualität zum Schaden der Patienten, sowie die Entwicklung einer Zwei-Klassen-Medizin, die wir in Deutschland bisher so gut wie nicht kannten. Dabei dürfen wir allerdings nicht übersehen, dass wir in Deutschland bisher auf einer Insel der Glückseligkeit lebten, wenn man sich überlegt, wo in unserer Nachbarschaft diese Zwei-Klassen-Medizin unbekannt war. Mir fallen da keine östlichen und nur sehr wenige westliche Länder ein.

Die unübersehbaren Versuche der Politik (und hier nicht nur der jetzigen Regierung) nach Budget, staatlicher Reglementierung, Kontrolle, Dominanz der Kostenträger etc. sind freiheitsfremde Instrumente, die unser deutsches Gesundheitssystem dem des früheren Ostens anzugleichen drohen. Hier wird es nur Verlierer geben. Es ist zu hoffen, aber nicht zuverlässig zu erwarten, dass uns in Deutschland dieser Weg zur Staatsmedizin erspart bleibt.

Entgeltsysteme haben in mancherlei Hinsicht ausgeprägte Gemeinsamkeiten mit Qualitätssicherungsmaßnahmen. Zum einen versuchen sie stets die Pauschalierung: eine abzurechnende Leistung wird standardisiert, damit sie unabhängig von verschiedenen variablen Parametern wie Zeitdauer, Schwierigkeitsgrad,

persönlichem Geschick und Erfahrung Allgemeingültigkeit erlangt. Zum anderen beschreibt die Vielzahl der Leistungen in einem Entgeltsystem den derzeitigen medizinischen Stand diagnostischer und therapeutischer Verfahren.

Auch die Auswirkungen eines Entgeltsystems auf die Anwendung dieser verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, sowie auf die Qualität ärztlicher Berufsausübung sind beachtlich: Da Kliniken und Arztpraxen aus wirtschaftlicher Sicht Unternehmen sind, die sich selbst tragen und auch einen Gewinn zur Selbsterhaltung und Weiterentwicklung erzielen müssen, werden unterbezahlte Leistungen zurückgehen und höher bewertete Leistungen zunehmen. Hier sind gefährliche Eingriffe in den Versorgungsbedarf und in das praktische Procedere von Diagnostik und Therapie denkbar. Zur Weiterentwicklung der GOÄ und zur Anpassung an moderne medizinwissenschaftliche Entwicklungen gehört daher ein erhebliches Augenmaß.

Es war daher notwendig, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als wissenschaftliche Fachgesellschaft gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte Gedanken um diese Verknüpfungen zwischen Qualität und Entgelt machte und eine gemeinsame Kommission ins Leben rief, die die GOÄ zu aktualisieren hatte. Das Ergebnis liegt hier vor und kommentiert die Gebührenordnung vor allem aus der Sicht der Qualitätssicherung. Den Autoren war es ein Anliegen, diese genannte Verknüpfung sichtbar zu machen – es ist ihnen gelungen und es ist ihnen zu danken.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Berg · Schwaigerstraße 33 · 92224 Amberg

## Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q5 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924527 · ISSN 0016-5751

# Aspekte der Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

H. G. Bender

Qualitätskontrolle und -sicherung bzw. -verbesserung scheint eine Entdeckung der letzten Jahre zu sein. Operative Tätigkeit sollte und ist sicher überwiegend durch Qualitätsbewusstsein gekennzeichnet. Was sich gewandelt hat, sind die Aspekte, von welcher Seite und mit welchen Zielen im Grundsatz berechnete Qualitätsanforderungen an die operative Gynäkologie herangezogen werden. Unter den heutigen Bedingungen unseres Gesundheitswesens ist fast jede programmatische Aktivität – wie auch immer tituliert – letztendlich darauf ausgelegt, eine Kostenersparnis herbeizuführen. Qualität ist ein ohne Frage einfordersames Merkmal, und niemand wird sich einer sinnvollen Kosteneinsparung widersetzen. Fraglich bleibt jedoch, ob Erfassungssysteme alle Tatbestände so detailliert integrieren, dass sich ein Realitäts-widerspiegelndes Bild ergibt und sich nicht in der konkreten Handlung aufgrund insuffizienter Daten Fehlentwicklungen bemerkbar machen, die dann schon zu Schäden geführt haben und schwierig korrigierbar sind.

Die Definition der Qualität in der operativen Gynäkologie drückt sich aus in der Zufriedenheit der operierten Patientin auf der Basis von langfristig optimalen Heilungsergebnissen bei minimaler Belastung durch Nebenwirkungen und Komplikationen in einem möglichst positiven Umfeld. Ein in dieser Definition enthaltenes wesentliches Merkmal ist die Rate und der Schweregrad von operationsbedingten Komplikationen. Die Bemühung um die Minimierung und Beachtung von Komplikationen hat die Bewertung von Operateuren und Operationsverfahren nachhaltig mitgeprägt. Gegenüber den Verbesserungen in der indikationsbestimmenden Problematik wird gegenbalanciert, welche Nebenwirkungs- und Komplikationsquoten zu bedenken sind und letztendlich auch mit der Patientin vor der Operation angesprochen werden. Nicht zuletzt aufgrund der vorbildhaften Erfahrun-

gen aus den Erhebungen zur Perinatalogie lag es nahe, dass man sich innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – nicht zuletzt um vergleichbare Bewertungsebenen zu erhalten – um systematische Erhebungen bemüht hat. Darüber wird in anderen Kapiteln dieses Bandes berichtet. Eine wirklich aussagefähige Datenerhebung zur operativen Gynäkologie ist sehr aufwendig. Zunächst einmal erfordern die erfreulicherweise sehr niedrigen Komplikationsraten sehr große Kollektive für eine statistisch relevante Beurteilung der Basis-Komplikationsraten, die verfahrensimmanent unvermeidbar sind und solche, die eine Abweichung aus nicht beeinflussbaren Gründen darstellen oder die korrekturfähig wären und im Zusammenhang damit vermindert oder vermieden werden sollten. Unter diesen Aspekten sind derzeit valide Zahlen nur sehr schwer zu erhalten. Sie können nur aus Daten abgeleitet werden, die repräsentativ für die derzeitige Versorgungslage in den zu beurteilenden Regionen ist. Diesem Anspruch werden die bisher vorliegenden und zumeist herangezogenen Veröffentlichungen nicht gerecht. Muss man – zum Beispiel als Gutachter – Angaben zu Komplikationsraten machen, beruft man sich im Allgemeinen auf die aktuelle Literatur. Deren Relevanz ist jedoch durchaus daraufhin zu hinterfragen, ob nicht eine Selektion zu Zahlenangaben führt, die nicht der Situation in der allgemeinen operativ-gynäkologischen Versorgung in Deutschland entsprechen. Es besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass eine Institution oder eine Person eher geneigt ist, Ergebnisse zu publizieren, wenn sie eher günstiger als im Allgemeinen Durchschnitt sind. Ungünstigere Ergebnisse, die eine Institution oder Person möglicherweise in Erklärungsschwierigkeiten bringen könnten, dürften eher weniger Anlass für eine Bemühung um eine Publikation werden und würden wahrscheinlich auch nicht einfach in einer guten wissenschaftlichen Zeitschrift unterzubringen sein.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H. G. Bender · Frauenklinik · Heinrich-Heine-Universität · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf

## Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q6 – Q7 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924528 · ISSN 0016-5751

Diese Überlegungen verdeutlichen, dass eine unselektionierte und flächendeckende Dokumentation der operativen Qualität notwendig ist, wenn grundsätzlich eine Information in dieser Hinsicht gewünscht wird und zu Zwecken der Qualitätssteuerung und -verbesserung genutzt werden soll. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich seit längerer Zeit um die Verwirklichung eines solchen Konzeptes bemüht und sich aktiv in Pilotprojekte eingebracht (s. Beiträge Köster und Berg). Bedauerlicherweise haben die bisherigen Bemühungen nicht zu dem Erfolg geführt, dass mit einer baldigen praktischen Umsetzung zu rechnen ist.

Da mehrere Aktivitäten auf diesem Gebiet bestehen, muss klar gestellt werden, welche Qualitätsmerkmale erfüllt sein müssen, um die wichtige Rolle einer verlässlichen Qualitätsdokumentation und gegebenenfalls die als Argumentationsbasis für Veränderungs-Überlegungen zu spielen. Dazu zählt im Einzelnen:

1. Die Qualität der Datenerhebung muss valide sein und angesichts der Bedeutung der sich aus ihr möglicherweise ergebenden weitreichenden Konsequenzen nicht infrage gestellt werden können.
2. Die Datenerhebung muss Indikations- und Risikomerkmale klar und zuverlässig einschließen.
3. Die Programme zur Datenerhebung sollten darauf hin ausgelegt sein, dass sie letztendlich eine offizielle Anerkennung erfahren und auf dieser Basis eine Finanzierung gesichert ist. Derzeit liegt die Verantwortung beim Bundeskuratorium.
4. Die sich aus der Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten vor Ort ergebenden Belastungen müssen definiert und abgeschätzt werden. Zwar sollte die Beurteilung von Indikations-Risiko und operativen Merkmalen letztendlich ärztliche Aufgabe bleiben. Auf der anderen Seite darf die Gesamtbelastung der ärztlichen Mitarbeiter mit Dokumentationsaufgaben ein vertretbares Maß nicht überschreiten, und ohne Kompensation dürfen nicht immer mehr administrative Arbeiten auf die ärztlichen Mitarbeiter konzentriert werden. Hier muss eine Unterstützung erfolgen, die sicherlich auch Rückwirkungen auf die Gesamtfinanzierung haben wird.
5. Die Vielschichtigkeit von Qualitäts-Überlegungen in der operativen Gynäkologie, wie sie in diesem Buch zum Ausdruck kommt und sicher noch um mehrere Aspekte zu erweitern wäre, muss möglichst frühzeitig und durchgehend berücksichtigt werden.

Dazu zählt auch der Umstand, dass zwischen der weiterentwickelten operativen Technik und der zur Abrechnung derselben herangezogenen Gebührenordnung für Ärzte in der Grundkonzeption aus den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine Kluft besteht. Daraus ergibt sich eine inakzeptable Diskrepanz zwischen dem, was heutzutage als state of the art gefordert und durchgeführt wird und dem, was formal dafür zu berechnen ist. Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte dazu Vorschläge für eine interimistische Lösung erarbeitet, da eine Novellierung der GOÄ, die dringend erforderlich wäre, auf absehbare Zeit nicht zu erwarten sein wird.

Wie immer man über die Form und die Folgen einer Qualitätskontrolle denkt, sie wird eine immer bedeutsamere Komponente unserer zukünftigen Tätigkeit sein. Statt über das „ob“ zu diskutieren, sollte man sich ganz auf das „wie“ konzentrieren. Nur so gibt es eine Möglichkeit, dass die Diskussion in erster Linie von Kompetenz gesteuert wird und nicht von fordernden Institutionen, für deren eigene Bewertung keine Qualitätsaussagen vorliegen oder angemahnt werden.

### 1. Qualitätssicherung und Berufsordnung

Die zentrale Norm zur Qualitätssicherung im ärztlichen Berufsrecht ist § 5 der Musterberufsordnung. Danach ist der Arzt verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Diskussion der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist viel älter als die Norm selbst. Sie wurde erst 1988 vom 91. Deutschen Ärztetag in die Berufsordnung aufgenommen, ohne dass dies zum damaligen Zeitpunkt größere Veränderungen bewirkt hätte. Bereits bestehende Qualitätssicherungsmodelle wie etwa die flächendeckenden Perinatalstudien (als Beispiel für die Ergebnisqualität) oder auch die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien bestanden bereits zuvor. Gelegentlich wird von einer Qualitätssicherungskonkurrenz zwischen Kammer und KV gesprochen. Diese Konkurrenz besteht in der Tat im Bereich der nicht qualifikationsbezogenen Qualitätssicherung (also z. B. Prozessqualität). Die Qualifikation aufgrund der Facharztanerkennung gehört allerdings ausschließlich in den Bereich des Berufsrechts. Dies wird durch die Neufassung des § 135 Abs. 2 SGB V klargestellt. Für die Qualitätssicherungsrichtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen zuständig (§ 136 a SGB V).

### 2. Die Teilnahmepflicht des Arztes

Nimmt der Arzt nicht an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung teil, kann dies auf verschiedene Weise geahndet werden. Bei festgestellten Mängeln kann er

z. B. zu einem Kolloquium geladen werden. Im Falle des Nichtbestehens können ihm bestimmte ärztliche Tätigkeiten untersagt werden. Bei Zuwiderhandlungen sind sämtliche Maßnahmen der Berufsgerichtsbarkeit möglich. Im vertragsärztlichen Bereich ist der Entzug der Abrechnungserlaubnis für bestimmte Leistungspositionen ein probates Mittel, den Arzt zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen anzuregen. Im ambulant-operativen Bereich können entsprechende Einrichtungen bei Nichtbeachtung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die nach Landesrecht zuständige Behörde geschlossen werden. Für die Vertragsärzte enthält § 285 Abs. 1 Nr. 6 i. V. m. § 285 Abs. 2 SGB V insofern eine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht, als personenbezogene Angaben über Ärzte und Versicherte zur Durchführung von Qualitätsprüfungen erhoben und verwendet werden dürfen.

### 3. Qualitätssicherung und -management

Gemäß § 135 a Abs. 1 SGB V sind Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Durch § 135 a Abs. 2 SGB V werden zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen erstmals verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Nach der Gesetzesbegründung wird unter Qualitätsmanagement eine Managementmethode verstanden, die auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt die Qualität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die Bedürfnisse der Patienten,

#### Korrespondenzadresse

Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel · Ottostraße 1 · 80333 München

#### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q8 – Q 14 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924529 · ISSN 0016-5751

Mitarbeiter, Angehörigen oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung wird der Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Berufsgruppen ohne Rücksicht auf hierarchische Unterschiede beigemessen, das ganze natürlich ordentlich dokumentiert. Welches Qualitätsmanagement anzuwenden ist, ist nicht verbindlich vorgegeben. Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass das so genannte „KTQ-Konzept“ [1] zunächst einen Vorsprung gegenüber anderen Methoden haben könnte, weil an dem Projekt nicht nur der VdAK/AEV und die BÄK, sondern auch die DKG mitarbeiten. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die insbesondere die Rechtssicherheit dieses Konzepts hinterfragen [2]. Darüber hinaus soll die Anwendung anerkannter Leitlinien gefördert werden.

#### 4. Die Leitliniendebatte

Ausgelöst durch die zu Recht geführte Qualitätssicherungsdiskussion Anfang der 90er-Jahre wird die Ärzteschaft von einer Flut von „Leitlinien“, „Richtlinien“ und „Empfehlungen“ überrollt [3], so dass man sich inzwischen schon genötigt sah, „Leitlinien für Leitlinien“ [4] zu verabschieden. Ob damit letztlich mehr Rechtssicherheit für Patient und Arzt geschaffen wird, ist derzeit noch offen. Sich zum Teil deutlich widersprechende „Leitlinien“ von Fachgruppen mit gemeinsamen Schnittmengen sind nicht unbedingt geeignet, das Vertrauen in „Leitlinien“ zu stärken. Neben sprachlichen Ungenauigkeiten [5] gibt es tiefgreifende Unterschiede über die Zieldefinition von Leitlinien. Während es auf der Homepage der AWMF [6] heißt:

„Die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die Leitlinien sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“,

taucht bei den Kriterien für die Qualität von Leitlinien auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Dieser Gesichtspunkt wird auch mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des BSG [7] größere Bedeutung gewinnen. Danach sollen

„Leitlinien ... zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei akzeptablen Kosten führen.“

Dies ist ein weiteres Indiz dafür, wie Kostengesichtspunkte zunehmend Eingang in die Qualitätssicherungs- und Standarddiskussion finden [8]. Neuen Auftrieb bekommt die „Leitlinien-Diskussion“ durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das Prinzip der evidence based medicine (EBM) im Bereich der Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Leistungen zu implementieren [9]. Parallel gewinnen die Entscheidungen des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen dadurch an Bedeutung, dass das BSG den Anspruch des Versicherten unter den Vorbehalt der Leistungspflicht des Leistungserbringers stellt [10]. Aus haftungsrechtlicher Sicht stellt sich letztlich die Frage, ob denn „Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen“ wirklich etwas Neues darstellen oder ob es sich nicht vielmehr um altbekannte metho-

dische Ansätze handelt, die im Verkehr erforderliche Sorgfalt (§ 276 BGB) zu umreißen bzw. der „neuen Terminologie“ anzupassen [11].

#### 5. Leitlinien, Richtlinien, Empfehlungen, Versuch einer Definition

Nach der gemeinsamen Definition von KBV und Bundesärztekammer [12] sind

„Leitlinien ... systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. ... Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

... Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. ...

Der Begriff Richtlinien sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Die Inhalte der vorliegenden Empfehlungen beziehen sich ausdrücklich nicht auf Richtlinien der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.“

Richtlinien unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Verbindlichkeit also jedenfalls dann schon formal von Leitlinien, wenn sie über das Satzungsrecht einer Kammer zu verbindlichem Berufsrecht werden bzw. als untergesetzliche Norm im Rahmen des SGB V beachtet werden müssen [13]. Inwieweit dies, insbesondere bei einer dynamischen Verweisung, rechtlich zulässig ist, ist Gegenstand tiefgreifender Diskussionen [14]. Soweit Fachgesellschaften und Berufsverbände eigene Verlautbarungen als „Richtlinien“ bezeichnen, ist dies rechtlich unerheblich. Es handelt sich i. d. R. um generalisierende sachverständige Meinungsäußerungen.

Die Frage der Verbindlichkeit von Leitlinien ist in der Literatur umstritten. Während Laufs [15] nur eine mittelbare Bindungswirkung über § 276 BGB sieht, hält Hart [16] Leitlinien unter Bezug auf die Definition der Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin für verbindlich. Leitlinien sind nach Hart mehr als „Empfehlungen“. Er setzt Leitlinien mit Standards gleich. Damit befindet er sich in Einklang mit der internationalen Diskussion um Guidelines, da die im deutschen Sprachraum getroffene Unterscheidung zwischen „Leitlinie“ und „Richtlinie“ im anglo-amerikanischen Raum unbekannt ist und eine Differenzierung hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit nicht vorgenommen wird. Ob dieser Verzicht auf Differenzierung – entgegen dem Willen der „Schöpfer von Leitlinien“ – trägt, muss an dieser Stelle nicht entschieden werden. Maßgeblich ist, welchen Einfluss Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien auf die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gemäß § 276 BGB nehmen. Für diese Abgrenzung stehen bewährte juristische Werkzeuge zur Verfügung (dazu unten).

## 6. Leitlinien und Berufsrecht

Gemäß § 11 Abs. 1 Musterberufsordnung (MBO) verpflichtet sich der Arzt mit Übernahme der Behandlung dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Diese Norm ist die berufsrechtliche Ausformung des zivilrechtlichen Grundsatzes in § 276 BGB, wonach der Arzt bei der Behandlung seiner Patienten die im Verkehr erforderliche Sorgfalt zu beachten hat. Unter dieser beruflich gebotenen Sorgfalt ist nicht nur die übliche Sorgfalt zu verstehen [17], sondern die berufsspezifischen Sorgfaltspflichten. Diese orientieren sich an dem jeweiligen, dem behandelnden Arzt bei zumutbarer Anstrengung zugänglichen und verfügbaren Stand der medizinischen Wissenschaft [18]. Dadurch dass von geeigneten Verfahren die Rede ist, wird deutlich, dass die Berufsordnung keine Verpflichtung auf die so genannte „Schulmedizin“ beinhaltet, sondern von dem von der Rechtsprechung gebilligten „Grundsatz der Methodenfreiheit“ [19] ausgeht. Der Grundsatz der Methodenfreiheit findet jedoch berufs- und haftungsrechtlich dann seine Grenze, wenn die von dem Arzt vorgeschlagene Methode mittlerweile von einer neueren risikoärmeren und/oder weniger belastenden Methode abgelöst worden ist, worüber in der medizinischen Wissenschaft im Wesentlichen Einigkeit bestehen sollte [20] oder von den anerkannten Regeln medizinischer Behandlung diametral abgewichen wird [21]. Als Ausprägung der letztgenannten Alternative bestimmt § 11 Abs. 2 MBO, dass es der ärztliche Berufsauftrag verbietet, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Die Vorschrift wendet sich u. a. gegen Scharlatane, die die Not kranker Menschen zur Mehrung des eigenen Vorteils, sei er finanzieller oder persönlicher Natur (Eitelkeit), ausnutzen. Die Zielrichtung ähnelt § 3 HWG, wonach eine irreführende Werbung für Methoden und Arzneimittel insbesondere dann vorliegt, wenn ihnen eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkung beigelegt wird, die sie nicht haben oder fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden könne. Insgesamt gesehen, lässt sich aus der MBO keine Förderung der „Leitlinien-Euphorie“ herleiten.

## 7. Qualitätssicherung, Leit- und Richtlinien in der stationären Versorgung

Das SGB V kannte den Begriff der „Leitlinie“ bislang nicht. Nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat sich dies geändert (s. o.). Die in § 135a Abs. 2 SGB V enthaltene Verpflichtung an die zugelassenen Krankenhäuser sowie stationären Rehabilitationseinrichtungen, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen, knüpft u. a. an das Leitlinien-System und Grundsätze der evidence based medicine (EBM) an. Zentrale Norm der Qualitätssicherung im Krankenhaus ist jetzt § 137 SGB V. Danach vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser. Die KBV erhält ein Recht zur Stel-

lungnahme. Dieses Beschlussgremium ist dem Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen nachempfunden. Seine Kompetenzen sind klar geregelt. Es sind dies insbesondere (also ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinischer Leistungen,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Vergütungsabschlüsse für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Die finanziellen Sanktionen erhalten dadurch besonderes Gewicht, dass Vereinbarungen des Gremiums unmittelbar gelten, also nicht mehr einer weiteren Umsetzung durch Dritte bedürfen. Die bisher geschlossenen Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 SGB V gelten bis zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen dieses Gremiums fort. Vereinbarungen dieses Gremiums werden mit Mehrheitsentscheidung getroffen. Die DKG hat 10 Stimmen, die GKV acht Stimmen, die Bundesknappschaft und der PKV-Verband je eine Stimme. Damit ist zunächst Parität hergestellt. Deshalb sieht § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V vor, dass im Falle einer gegenseitigen Blockade auf Antrag von mindestens drei Beteiligten ein weiterer stimmberechtigter unparteiischer Beteiligter hinzugezogen werden kann, wobei sowohl der Kassenseite als auch der Krankenseite ein Vorschlagsrecht zusteht. Können sich die Beteiligten nicht einigen, ist ein Losentscheid vorgesehen.

Neben diesem in § 137 SGB V vorgesehen Beschlussgremium für die interne und externe Qualitätssicherung ist gemäß § 137 b SGB V ein weiteres Gremium zu bilden, nämlich die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. Ihr gehören neben den in § 137 genannten Organisationen noch die Bundesärztekammer und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe an. Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist es, den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen und den sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für einen an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Den Empfehlungen dieser Arbeitsgemeinschaft kommt keine direkte Verbindlichkeit zu.

§ 137 c SGB V führt im stationären Bereich einen Ausschuss ein, der wie der Ausschuss zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs. 1 SGB V im ambulanten Bereich Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darauf hin überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standards der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt eine Überprüfung, dass die Methode nicht diesen Kriterien entspricht, darf sie im

Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Eine enge Abstimmung mit den für den ambulanten Bereich zuständigen Bundesausschüssen ist vorgesehen.

Anders als in dem Gremium gemäß § 137 hat die Kassenseite in diesem „Ausschuss Krankenhaus“ das Übergewicht. Sie entsendet nämlich neun Vertreter, das Krankenhaus fünf, die Bundesärztekammer vier Vertreter. Hinzu kommt der unparteiische Vorsitzende des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen. Da ein derartiges Gremium im stationären Bereich neu ist, bietet es sich an, bezüglich seiner Befugnisse und seines Einflusses die bislang zu Maßnahmen des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen ergangene Rechtsprechung zu reflektieren. Gerade diesen kommt im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Medizin im Rahmen der GKV immer größere Bedeutung zu.

Gemäß § 135 I SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der KBV, einer KV oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 entsprechende Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Die Anerkennung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist Voraussetzung für ihre Berechnungsfähigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch eine entsprechende Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 SGB V. Die Krankenkassen wiederum dürfen ihrerseits grundsätzlich nur solche Leistungen vergüten, die Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind (ausgenommen sind z.B. Modellvorhaben). Diese eher restriktive Auslegung des Gesetzes begegnet zum Teil Bedenken. So hat z.B. das Landessozialgericht Niedersachsen in seiner Entscheidung vom 30.08.1995 [22] sehr deutlich zwischen dem Recht der Leistungserbringer und dem Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse unterschieden. Habe ein Versicherter im Rahmen einer alternativen Behandlungsmethode einen Leistungsanspruch innerhalb seines Versicherungsverhältnisses gegenüber seiner Krankenkasse, werde dieser Leistungsanspruch nicht dadurch eingeschränkt, dass die Methode als solche in den NUB-Richtlinien nicht anerkannt werde. Eine derartige normative Gewichtung komme dem Bundesausschuss nicht zu, da sie den Anspruch der überwiegend sozialversicherten Bevölkerung ohne ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage unzulässig einschränke. Das Urteil ist allerdings (dazu unten) mittlerweile vom BSG aufgehoben worden.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der Richtlinienproblematik ist in den letzten Jahren einem gewissen Wandel unterzogen. In seiner „Remadecen“-Entscheidung hat das BSG [23] betont, dass nur solche Behandlungsmethoden die Voraussetzung von § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V [24] entsprechen, deren Erprobung abgeschlossen ist und über Qualität und Wirksamkeit zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen vorliegen. Dies könne im Prinzip auch bei solchen Verfahren vorliegen, die noch nicht den „Segen des NUB-Ausschusses“ empfangen haben. In der „Lithotriper“-Entscheidung des BSG [25] zeichnet sich bereits ein leichtes Abweichen von dieser Öffnung ab, obwohl die

Entscheidung das Abrechnungsverhältnis des Arztes und nicht das Leistungsverhältnis des Versicherten betrifft. In der „Methadon“-Entscheidung vom 20.3.1996 hat das BSG [26] allerdings sehr deutlich gemacht, dass die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses auch solche Maßnahmen umfasst, die über eine Leistungsausgrenzung in das konkrete Versicherungsverhältnis des Patienten eingreift. Das Leistungsverhältnis der Versicherten gegenüber ihren Kostenträgern folge im Hinblick auf die Grundsätze des § 12 SGB V (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich) keinen anderen Regeln als die Leistungsrechte der Leistungserbringer [27]. Mit dieser Entscheidung scheint die Entwicklung abgeschlossen zu sein. Dies bestätigen zwei Entscheidungen des BSG vom 16.09.1997 [28], durch die im übrigen das eingangs erwähnte Urteil des LSG Niedersachsen aufgehoben wurde. Was ein Leistungserbringer mangels fehlender Berücksichtigung in den Richtlinien des Bundesausschusses nicht erbringen könne, könne auch nicht Gegenstand eines Leistungsanspruchs des Versicherten sein. Verfassungsrechtliche Bedenken sieht das BSG – entgegen gewichtiger Argumente im Schrifttum [29] – nicht. In letzter Konsequenz geht das BSG davon aus, dass – jedenfalls bis heute – die Einhaltung des zivilrechtlichen Sorgfaltsgebots innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung trotz der Richtlinienreglementierung möglich und gewährleistet ist. Ob diese Aussage heute noch für alle Spezialbereiche der Medizin zutrifft, mag man bezweifeln. Halten die Ressourcensteuerungsüberlegungen auf Ebene der Vertragspartner und des BMG an, werden sich diese Zweifel verdichten. Es ist dann nicht mehr auszuschließen, dass Wirtschaftlichkeitsgebot im Rahmen der GKV und Stand der medizinischen Erkenntnis auseinanderdriften [30].

Wer so viele neue Entscheidungsgremien schafft, bedarf der Koordinierung. Dies soll § 137e SGB V mit dem so genannten Koordinierungsausschuss gewährleisten. Dieser Koordinierungsausschuss soll insbesondere auf der Grundlage evidence basierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann. Ferner gibt er Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien dieser Verfahren, insbesondere bezüglich der Dokumentation der Leistungserbringer. Die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses (nicht die Empfehlungen) sind wiederum unmittelbar verbindlich.

## 8. Leitlinien, Standard und „im Verkehr erforderliche Sorgfalt“

Die Diskussion um den medizinischen Standard bzw. den „Stand der medizinischen Erkenntnis zur Zeit der Behandlung“ ist keineswegs neu und auf das Gebiet des medizinischen Standards beschränkt [31]. Im Baurecht kennt man den Begriff der „allgemein anerkannten Regeln der Baukunst“. Sie sollen die Summen der im Bauwesen anerkannten wissenschaftlichen, technischen und handwerklichen Erfahrungen darstellen, die durchweg bekannt und als richtig und notwendig anerkannt sind [32]. Dem Juristen, insbesondere dem Anwalt bei der Beratung seines Man-

danten, ist diese Problematik unter dem Stichwort „herrschende Meinung“ vertraut. Den Mandanten wird es kaum befriedigen, dass ihn sein Rechtsberater mit den wissenschaftlich überlegenen und schlagkräftigen Argumenten eines oder mehrerer Hochschulprofessoren vertreten hat, wenn diese Argumente nicht von den Gerichten geteilt werden. Die Pflicht zur Beachtung derartigen Erfahrungswissens ist aber prinzipiell unabhängig davon, in welches „äußere Gewand“ diese Erkenntnisse gekleidet sind. Dies ist durch die besondere Dynamik [33] des „Standardbegriffs“ bedingt, der eben gerade nicht statisch ist, sondern sich laufend verändert. Dies ist ein wichtiges Argument, Leitlinien nicht undifferenziert mit Standard gleichzusetzen. Dies muss jedenfalls so lange beachtet werden, als Leitlinien für einen längeren Zeitraum nicht überarbeitet werden, für Richtlinien kann nichts anderes gelten, wenn sich in der Wissenschaft längst ein anderer Standard etabliert hat, wie dies bei einer Vielzahl der im Internet verfügbaren Leitlinien der Fall ist. Dem kann zwar durch eine zukünftig verstärkte Implementierung der „Leitlinien für Leitlinien“ entgegengewirkt werden. Die dort aufgestellten Grundsätze bürgen jedoch nur für eine formale Qualitätssicherung, nicht für ihre inhaltliche „Richtigkeit“. Ähnliche Zweifel dürften für die normative Kraft von Entscheidungen des Koordinierungsausschusses auf den zivilrechtlichen Standard angebracht sein. Abgesehen davon, dass für die Deckungsgleichheit von Standard und Richtlinie allenfalls eine Vermutung im Zeitpunkt der Normsetzung besteht, diese aber wegen der Dynamik des Standardbegriffs nicht unbefristet fortgilt, wird man den Koordinierungsausschuss nicht so weit aufwerten können, dass ihm die Funktion einer „Wahrheitskommission“ zuwächst. Dies ist aufgrund der personellen Zusammensetzung und des gesteckten Aufgabenziels (10 Krankheiten pro Jahr) eine Illusion. Im übrigen muss man sich davor hüten, bei aller „Leitliniengläubigkeit“ den konkreten personellen und sachlichen Rahmen eines ärztlichen Entscheidungsprozesses zu vernachlässigen. Die Rechtsprechung [34] hat stets hervorgehoben, der Standard dürfe sich nicht nur an Universitätskliniken und Spezialkrankenhäusern orientieren, sondern müsse die dem Patienten örtlich zur Verfügung stehenden Möglichkeiten mitberücksichtigen. Dies schließt ein, dass nicht jede apparative und methodische Neuerung umgehend nachvollzogen werden muss [35].

## 9. Leitlinien und Methodenfreiheit

Der Begriff der „Leitlinie“ taucht in der höchstrichterlichen Rechtsprechung der letzten Jahre nicht auf. Dem gegenüber beherrscht der Grundsatz der Methodenfreiheit seit der Rechtsprechung des Reichsgerichts [36] die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs [37]. Wörtlich heißt es u. a. in einem Urteil aus dem Jahre 1991 [38]:

„Die Anwendung nicht allgemein anerkannter Therapieformen und sogar ausgesprochen paraärztlicher Behandlungsformen ist rechtlich grundsätzlich erlaubt. Es kann dahingestellt bleiben, ob dies schon deswegen der Fall sein muss, weil sich eine Beschränkung der Methodenfreiheit aus Rechtsgründen als Hemmnis des medizinischen Fortschritts bzw. als Stillstand der Medizin darstellen würde. Jedenfalls aber folgt dies aus dem Selbstbestimmungsrecht eines um die Tragweite seiner Entscheidung wissenden Patienten. Denn da

dieser das Recht hat, jede nicht gegen die guten Sitten verstößende Behandlungsmethode zu wählen, kann aus dem Umstand, dass der Heilbehandler den Bereich der Schulmedizin verlassen hat, nicht von vornherein auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden.“

Wie Ulsenheimer [39] zu Recht feststellt, bedeutet die Methodenfreiheit zwar keinen Freibrief für Gewissenlosigkeit [40]; die Wahlfreiheit des Arztes sei durch das Interesse des Patienten an sorgfältiger Behandlung begrenzt. Im Prinzip ist dies aber nur ein äußerer juristischer Rahmen, innerhalb dessen die Besonderheiten des einzelnen Falles einer ebenso individuellen Betrachtungsweise des Arztes unterliegen. Qualitätsstandard bedeutet nach der Rechtsprechung [41] demnach

„nicht Standardbehandlung. Im Gegenteil können Besonderheiten des Falles oder ernsthafte Kritik an der hergebrachten Methode ein Abweichen von der Standardmethode fordern. Der Arzt ist auch nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Allerdings muss ein höheres Risiko in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden.“

Dieses Konzept der Methodenfreiheit ist jedenfalls dann zu rechtfertigen, wenn es durch eine entsprechende Aufklärung flankiert wird. Eine Verpflichtung zur „Leitlinienbehandlung“ gegen den Willen des Patienten ist undenkbar.

## 10. Die normative Kraft des Faktischen, Leitlinien als „soft law“

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen den Schluss zu ziehen, Leitlinien seien rechtlich irrelevant, wäre allerdings völlig verfehlt. Über Leitlinien werden Erfahrungswissen und Strukturvorgaben transportiert. Leitlinien stellen daher ebenso wie Sachverständigengutachten, Empfehlungen oder Lehrbuchinhalte sachverständige Äußerungen dar, die ein Indiz dafür abgeben können, was unter der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt verstanden werden kann. Diese Indizwirkung wird desto stärker, als es sich um typisierte Fallvarianten handelt. Sie wird um so schwächer, als die Besonderheiten des einzelnen Falles überwiegen. Dementsprechend werden Leitlinien zuallererst in denjenigen Bereichen Wirkung entfalten, in denen es weniger um die individuelle ärztliche Entscheidung als vielmehr um Strukturvorgaben geht. Dies betrifft z. B. interkollegiale Vereinbarungen über die Zusammenarbeit einzelner Berufsgruppen wie z. B. die Vereinbarung zwischen Chirurgen und Anästhesisten über die Verantwortung für die prä-, intra- und postoperative Lagerung [42], die Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion [43] oder die Vereinbarung zwischen Anästhesisten und Frauenärzten über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe [44]. Derartige Vereinbarungen werden von der Rechtsprechung [45] als Konkretisierung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, d. h. als Verkehrsanschauung der betroffenen Fachkreise anerkannt. Dies ist nachvollziehbar, handelt es sich doch um die Absicherung allgemeingültiger Verfahrensabläufe, wie sie vorhersehbar in einer Vielzahl von Fällen – unabhängig von den Besonderheiten des einzelnen Krankheitsfalles



– planbar sind. Im übrigen werden Leitlinien ihre normative Kraft in der Regel über Sachverständigengutachten entfalten. Denn der Sachverständige muss die einschlägigen Leitlinien kennen, die für die Bewertung der ihm gestellten Sachfrage von Bedeutung sein können. Er ist allerdings nicht verpflichtet, sie seiner Bewertung zugrunde zu legen. Vielmehr hat er stets zu überprüfen, ob der Inhalt der Leitlinie sich mit seinem Erfahrungswissen deckt bzw. den Besonderheiten des konkreten Falles gerecht wird. Er darf sich weder durch eine schlichte Bezugnahme auf die Leitlinie einer eigenen Bewertung entziehen, noch darf er seine eigene Bewertung apodiktisch in den Raum stellen, ohne sich mit den Aussagen der Leitlinie kritisch auseinandergesetzt zu haben.

## 11. Leitlinien und Beweislastverteilung

Arzthaftung ist Verschuldenshaftung. Der Eintritt eines Schadens begründet grundsätzlich keinen Anschein sorgfaltswidrigen Verhaltens [46]. Dies gilt mit Hinblick auf den Grundsatz der Methodenfreiheit normalerweise auch bei Abweichen von einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bestimmter Krankheitsbilder [47]. Die Frage der Beweislastumkehr stellt sich schon begrifflich dann nicht, so lange sich der Arzt noch in dem von der Leitlinie selbst vorgegebenen „Entscheidungskorridor“ befindet. Verlässt er diesen Bereich, kommt es darauf an, welchem Regelungsbe- reich die Leitlinie zuzuordnen ist. Handelt es sich um Leitlinien mit Strukturkomponenten, wie dies bei den interprofessionellen Vereinbarungen unterschiedlicher Fachgebiete der Fall ist, kann die Nichtbeachtung einer Aufgabenzuweisung zur Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes führen [48]. Die Situation ist mit der Frage der Beweislast bei der Vermeidung beherrschbarer Risiken zu vergleichen [49]. Betrifft die Leitlinie hingegen den Bereich der Diagnose- und Therapiewahl, begründet ein Abweichen – isoliert betrachtet – noch keine Beweislastumkehr. Vielmehr kommen dann die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Frage der Beweislastumkehr und -erleichterung für den Fall des groben Behandlungsfehlers bzw. der Nichterhebung von Befunden zum Tragen [50].

## Literatur

- <sup>1</sup> Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus.
- <sup>2</sup> E. Pinter, KTQ – die kommende Zertifizierung, Q-med 1999, Editorial Heft 6; D. Scheinert, Krankenhauszertifizierung-Antwort der KTQ auf die Forderung der Öffentlichkeit, Q-med 2000, 66 ff.; B. Sens, BÄK/KBV/AWMF-Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“: Resümee aus drei Jahren praktischer Umsetzung einer zielorientierten Qualifikation, Q-med 2000, 75 ff.; A. Ekkernkamp, Qualitätsmanagement – Anspruch und Wirklichkeit, Q-med 2000, 79 ff.
- <sup>3</sup> A. Wienke, Leitlinien als Mittel der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, MedR 1998, 172
- <sup>4</sup> DÄ 1997 (A) 2154 ff.; hierzu Ch. Thomeczek, G. Ollenschläger, Qualitätssicherung und ärztliche Berufsausübung: Aktuelle Situation und Ausblick, in: Wienke/Lippert (Hrsg.), Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung, 1998, S. 51 ff.
- <sup>5</sup> Unterscheidung zwischen Richtlinie, Leitlinie und Empfehlung
- <sup>6</sup> www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm
- <sup>7</sup> BSGE 81, 54; 81, 74
- <sup>8</sup> P. Rumler-Detzel, Budgetierung – Rationalisierung – Rationierung, Einflüsse auf die medizinische Leistungsfähigkeit oder Senkung der medizinischen Standards?, VersR 98, 546; E. Steffen, Einfluss verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen aus dem Gesund-

- heitsstrukturgesetz auf die Arzthaftung. Thesen zur Weitergabe allgemeiner Grenzen der Finanzierbarkeit unter dem Postulat der Beitragsstabilität an den zivilrechtlichen Haftungsmaßstab, MedR 95, 190.
- <sup>9</sup> § 136 – § 137e SGB V BGBI
  - <sup>10</sup> BSGE 81, 54; 81, 74; 82, 233, 235; kritisch jetzt LSG Niedersachsen v. 23.02.2000, L 4 KR 130/98 (nicht rechtskräftig); BSG, Urt. v. 30.09.99, B 8 KN 9/98 KR
  - <sup>11</sup> siehe hierzu K. Ulsenheimer, Leitlinien, Richtlinien, Standards – Risiko oder Chance für Arzt und Patient, Bay. ÄBl 1998, 51 ff.; D. Hart, Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, MedR 1998, 8 ff.
  - <sup>12</sup> DÄ 1997 (A) 2154
  - <sup>13</sup> F.E. Schnapp, NZS 97, 152 ff.Th. Clemens, Verfassungsrechtliche Anforderungen an untergesetzliche Rechtsnormen, MedR 96, 432; ders. Ärztliche Berufsfreiheit aus juristischer Sicht, in: Wienke/Lippert, Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung, 1998, S. 17 ff.
  - <sup>14</sup> A. Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 2. Aufl., § 5 Rz. 11; Vesting MedR 1998, 168
  - <sup>15</sup> A. Laufs a. a. O.
  - <sup>16</sup> D. Hart, MedR 1998, 8, 11
  - <sup>17</sup> BGHZ 8, 138
  - <sup>18</sup> H.-J. Mertens, in: MünchKomm § 823 Rz. 367
  - <sup>19</sup> BGH NJW 1982, 2121, 2122; 1992, 754
  - <sup>20</sup> BGHZ 102, 17
  - <sup>21</sup> OLG Koblenz, NJW 1996, 1600
  - <sup>22</sup> LSG Niedersachsen, NZS 1996, 74
  - <sup>23</sup> BSGE 76, 194, 199
  - <sup>24</sup> Leistungen im Rahmen der GKV haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
  - <sup>25</sup> BSG, NZS 1997, 337
  - <sup>26</sup> BSGE 78, 70
  - <sup>27</sup> BSGE 78, 76
  - <sup>28</sup> BSGE 81, 54; BSGE 81, 74
  - <sup>29</sup> Siehe nur Papier, VSSR 1990, 123, 130 ff.; Wimmer, NJW 1995, 1577; ders. MedR 1996, 425; F. Ossenbühl, NZS 1997, 497; P. Wigge, Das Entscheidungsmonopol des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen, MedR 1999, 524 ff.
  - <sup>30</sup> P. Rumler-Detzel aaO
  - <sup>31</sup> P. Marburger, Die Regeln der Technik im Recht, 1979; Ch. von Bar, Verkehrspflichten – Richterliche Gefahrsteuerungsgebote im deutschen Deliktsrecht, 1980; ders. Entwicklung und rechtsstaatliche Bedeutung der Verkehrs(sicherungs)pflichten, JZ 1979, 332; E. Buchborn, Verbindlichkeit medizinisch wissenschaftlicher Aussagen in der ärztlichen Praxis, in: Deutsch/Kleinsorge/Scheler (Hrsg.), Verbindlichkeit der medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aussage, 1983, 107 ff.
  - <sup>32</sup> Werner/Pastor, Rz. 1021 ff.
  - <sup>33</sup> Als Beispiel des Unterschieds zwischen Richtlinie und Standard OLG Düsseldorf, VersR 1987, 414; „Aciclovir“-Entscheidung des OLG Köln, VersR 1991, 186; ein weiteres Beispiel sind die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur stationären und ambulanten Thrombo-Embolie-Prophylaxe, Beilage zu den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3/1995, die eine entsprechende Prophylaxe nur bei Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren vorsahen. Bereits ein Jahr nach der Veröffentlichung dieser „Empfehlungen“ wird dies auch bei ambulanten Patienten, die einen immobilisierenden Verband bekommen, auch ohne weitere Risikofaktoren diskutiert
  - <sup>34</sup> BGH NJW 1993, 2989; 1994, 1597, 1598
  - <sup>35</sup> BGH NJW 1988, 763
  - <sup>36</sup> RGSt 64, 263; 67, 22
  - <sup>37</sup> BGH NJW 1982, 2121
  - <sup>38</sup> BGH NJW 1991, 1536; BGHSt 37, 385, 387, fehlende Kompetenz der BÄK zur Verabschiedung von Richtlinien mit Bindungswirkung für Strafrichter.
  - <sup>39</sup> K. Ulsenheimer a. a. O.
  - <sup>40</sup> RGSt 67, 12, 22
  - <sup>41</sup> BGH NJW 1987, 2927
  - <sup>42</sup> AnästH IntensivMed 1987, 65
  - <sup>43</sup> AnästH IntensivMed 1989, 375
  - <sup>44</sup> Frauenarzt 1996, 1176

<sup>45</sup> BGH MedR 1992, 160

<sup>46</sup> Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, 57. Aufl. Anh. zu § 286 „Ärztliche Behandlung“

<sup>47</sup> BGH MDR 1991, 846; eingehend R. Weber, NJW 1997, 761 ff.

<sup>48</sup> Palandt/Thomas § 823 Rz. 170a; vor einer unkritischen Anwendung des § 282 BGB analog, wie dies teilweise im Schrifttum vertreten wird, ist jedoch zu warnen, so jedenfalls R. Weber, NJW 1997, 761, 763, 766 als Richter am BGH a. D.

<sup>49</sup> BGH VersR 1991, 467, 468

<sup>50</sup> BGHZ 132, 47; BGH NJW 1998, 1780; BGH VersR 1999, 60; 1999, 231; BGH NJW 1998, 3417

# Das Programm der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als Grundlage einer Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie

H. Koester

Gesundheitspolitische Maßnahmen und Reformen sind in der heutigen Zeit nicht mehr ohne Qualitätssicherung als integraler Bestandteil denkbar. Wie ein roter Faden durchzieht dieses Thema alle Bereiche des Gesundheitswesens, besondere aber den engeren medizinischen und den ärztlichen Bereich. Bei einer Definition einzelner ärztlicher Leistungen wie sie im Rahmen einer Gebührenordnung geschieht, ist die Notwendigkeit einer Beurteilung der Auswahl und Angemessenheit naheliegend.

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist die Erforschung und Lehre der Medizin. Somit ist es auch ihre Pflicht, Kriterien für eine Beurteilung zu formulieren, ob das, was gelehrt wird, auch getan wird und ob das, was getan wird, richtig ist. Nichts anderes ist das Programm der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Qualitätssicherung im engsten ärztlichen Bereich ist der Kern eines jeden sehr viel umfangreicheren Qualitätsmanagements.

Nach guten Erfahrungen mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, der auch heute noch so genannten Perinatalerhebung, welche die deutsche Geburtshilfe international in eine führende Position brachte, beschloss der Vorstand der DGGG bereits im Jahre 1981 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (H.-K. Selbmann), Tübingen, ein ähnliches Programm auch für die operative Gynäkologie zu entwickeln.

In operativen Fächern fußen Programme zur Qualitätssicherung in aller Regel auf der Erfassung der Komplikationshäufigkeit bei einzelnen für das Fach typischen Operationen. In der Chirurgie

erfolgt Qualitätssicherung beispielsweise mithilfe der Komplikationsrate bei nur wenigen sog. Traceroperationen. Auch in der operativen Gynäkologie folgten frühere Bemühungen diesem Prinzip [9]. Die Aussagekraft eines solchen Indikators erwies sich jedoch in der Gynäkologie als unzureichend, denn signifikante Abweichungen ließen sich nicht sicher erkennen. Die Erklärung hierfür liegt in einer primär niedrigen Komplikationsrate gynäkologischer Operationen und der in diesem Fach großen Zahl vielfältig kombinierter und damit nicht vergleichbarer Eingriffe. Wirklich vergleichbare Gruppen werden zu klein und sind statistisch nicht auswertbar.

Als aussagekräftiger Indikator erwies sich der Projektgruppe der DGGG<sup>1</sup> die Beurteilung der Indikationsstellung zur jeweils gewählten Operation. Nicht nur eine niedrige Komplikationsrate, sondern ebenso die Angemessenheit des Eingriffs im Verhältnis zum krankhaften Befund, also die richtige Indikationsstellung, sagen etwas über die Qualität ärztlichen Handelns aus. Als geeignet für diesen Qualitätsparameter erwiesen sich solche Operationen, die nicht mit anderen Eingriffen kombiniert sind, bei denen sich der krankhafte Befund postoperativ durch die histopathologische Untersuchung, also durch „harte“ Daten, präzise objektivieren lässt und bei denen der so gesicherte Befund die alleinige Indikation für die gewählte Operation war.

Es sei hier auf einen in der ärztlichen Diskussion, vor allem mit Pathologen, regelmäßig wiederkehrenden und oft hartnäckig verteidigten Irrtum, auf eine Fehlinterpretation des soeben dargelegten neuen Qualitätsindikators, hingewiesen. Es ist nicht die Tatsache der Befundsicherung durch eine histo-pathologische Untersuchung, so wichtig eine solche zweifellos ist, die den

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Helmut Koester · Ehem. Direktor der Frauenklinik · der Städt. Kliniken Dortmund · Heideblick 46 · 44229 Dortmund

## Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q 15 – Q 18 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924530 · ISSN 0016-5751

Qualitätsparameter ausmacht, sondern erst die Verknüpfung mit der Art des für diesen Befund ausgewählten operativen Eingriffs. Qualitätssicherung ist also nicht schon die Tatsache einer histopathologischen Untersuchung durch den Pathologen, sondern die richtige Indikationsstellung für die ärztliche Leistung und ihre Beurteilung nach den von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft erarbeiteten Maßstäben.

Dieses bereits 1981/83 entwickelte Konzept wurde in einer ersten, von der Robert Bosch-Stiftung, Stuttgart, finanzierten Pilotstudie 1984/85 an zwanzig Kliniken jeder Größe erprobt [1]. Ausgewählt für die Bewertung der Aussagekraft des neuen Qualitätsindikators wurden die Eingriffe an der Cervix uteri, an den Adnexen und am Uterus unter Erfassung des gesamten übrigen operativen Spektrums der jeweiligen Kliniken, der Risiken, des Blutverlusts, der Verweildauer etc.

Das Konzept erwies sich als praktikabel und aussagekräftig, was an nur zwei Beispielen demonstriert sei. Eine Konisation wegen einer Ektopie der Portio als alleiniger Indikation ist, wenn überhaupt, in höchstens 2–5% akzeptabel. Es überraschte die Variationsbreite, die von Null bis 85% reichte. Eine ähnliche Variationsbreite fand sich bei manchen Adnexoperationen. Sie reichte seinerzeit bei der Extrauterin gravidität von der laparoskopisch organerhaltenden Operation bis zur Exstirpation der gesamten Adnexe einschließlich des Ovars durch Laparotomie.

Nicht ausreichend beurteilen durch die histo-pathologische Diagnose ließ sich überraschenderweise die Indikationsstellung bei Eingriffen am Corpus uteri, beispielsweise wegen eines Myoms. Hier sagt die histo-pathologische Diagnose „Uterus myomatosus“ im Hinblick auf die zu beurteilende Indikationsstellung nicht viel aus. Ein kleines submuköses gelegenes Knötchen kann durchaus eine Hysterektomie rechtfertigen, ein sehr viel größeres subseröses gelegenes Myom aber nicht unbedingt. Auch die von manchen immer wieder geforderte Erfassung des Uterusgewichts kann hier aus diesem Grund nicht weiterhelfen.

Die Erkenntnisse der damaligen Pilotstudie wurden 1994 in einer sehr viel umfangreicheren, vom Bundesminister für Gesundheit finanziell geförderten Erhebung in 44 Kliniken weiter entwickelt und zur Anwendungsreife gebracht<sup>2</sup> [2–5]. Es wurden wiederum das gesamte operative Spektrum der jeweiligen Klinik einschließlich der auch in der früheren Studie erfassten allgemeinen Daten, wie Komplikationsrate etc., erfasst und zusätzlich in drei Operationsgruppen, nämlich bei den Eingriffen an der Cervix uteri, an den Adnexen und an der Mamma u. a. mithilfe der histo-pathologischen Untersuchung die Indikationsstellung beurteilt. Es wurden 42 Qualitätsindikatoren formuliert und überprüft. 20 von diesen erwiesen sich als aussagekräftig und wurden zum „Programm der DGGG zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“, jedoch erweitert um die nach § 301 SGB V vorgeschriebenen Daten. Für die Anwendung in der Praxis

erwies es sich als vorteilhaft, das gesamte Programm auf einem einzigen Erhebungsbogen unterzubringen und eine brauchbare, inzwischen mehrfach überarbeitete, EDV-Version zu erstellen.

Das Programm der DGGG unterscheidet sich also von den Qualitätssicherungsprogrammen anderer Fachgesellschaften durch die komplette Erfassung sämtlicher Eingriffe und nicht nur einzelner Tracer-Operationen sowie vor allem durch die Beurteilung der Indikationsstellung zum Eingriff. Die Auswertung des sehr umfangreichen Datenmaterials von 42 433 gynäkologischen Operationen ergab viele neue Erkenntnisse und auch Überraschungen, von denen hier einige beispielhaft geschildert seien.

Ein Drittel (33,1%) aller Operationen waren Eingriffe an den Adnexen. In mehr als der Hälfte (53,1%) war der Adnexbefund die alleinige Indikation für die Operation. In fast zwei Drittel (63,9%) erfolgte eine Gewebeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung. Diese wurden darauf hin ausgewertet, ob sich die Beurteilung der Indikationsstellung mithilfe der histo-pathologisch gesicherten Diagnose als Kriterium zur Qualitätssicherung eignet.

Neben anderen interessanten Aussagen überraschte es, dass in 23,0% eine Follikel- oder Luteinzyste operiert wurde. Auch der Anteil unauffälliger Histologie war mit 27,9% unerwartet hoch. Diese Daten sind jedoch zunächst nur ein Beispiel dafür, dass Zahlen allein bezüglich einer Qualitätssicherung gar nichts aussagen. Denn hierunter finden sich auch jene Adnexeingriffe, die in Zusammenhang mit einer anderen Operation, z. B. einer Hysterektomie, ausgeführt wurden. Bei diesen ist die Entfernung einer als Nebenbefund festgestellten Ovarialzyste aber durchaus sinnvoll.

Aufschlussreicher für die Beurteilung einer sorgfältigen Indikationsstellung sind jene Operationen, bei denen der Adnexeingriff der alleinige Eingriff war. Bei 3971 alleinigen Eingriffen an den Adnexen (ohne Tubensterilisation) war der relative Anteil funktioneller Zysten als der dem Entschluss zur Operation zugrunde liegende Befund mit 29,5% noch höher, fast 80% davon wurden laparoskopisch operiert. Weitere 14,9% waren histologisch unauffällig, zusammen also mit 44,4% fast die Hälfte aller alleinigen Adnexoperationen. Auch zeigte sich, dass es sich mit 78,1% bzw. 67,6% um typische laparoskopische Eingriffe handelt, die oft auch ambulant ausgeführt werden.

Diese Zahl wurde in anonymisierter Form den einzelnen Operationsstätten zugeordnet. Die Streubreite variierte bei einem Median von 31,3% von 6,3 bis 58,8%. Als Referenzbereiche, innerhalb derer man positiv oder negativ auffällig wird, gelten bei Programmen zur Qualitätssicherung, wie z. B. auch bei der Perinatalerhebung, obere und untere Perzentilen des Medians. Für die operative Gynäkologie gilt als anzustrebender Referenzbereich der Wert der 25% besten Teilnehmer. Mit zunehmender Annäherung aller Teilnehmer an diesen Bereich steigt dann der Referenzbereich und die zu überspringende Messlatte wird immer höher. Je besser das Gesamtkollektiv wird, desto höher werden die Anforderungen. Bei den funktionellen bzw. unauffälligen Ovarialzysten war dieser so definierte Referenzbereich z. Zt. < 22%.

<sup>1</sup> Projektgruppe: L. Beck, Düsseldorf; H. Koester, Dortmund (Federführung); E. Koschade, Dachau; H.-K. Selbmann, Tübingen; S. Eichhorn (Deutsches Krankenhausinstitut) Düsseldorf.

<sup>2</sup> Projektgruppe: D. Berg, Amberg; H. Koester, Dortmund (Federführung); R. Rauskolb, Northeim; P. Scheidel, Hamburg; H.-K. Selbmann mit M. Geraedts, Tübingen.

Die Abweichung dieser Rohdaten von den Referenzbereichen sagt zunächst jedoch nur, dass hier eine Auffälligkeit vorliegt, die mit dem bei der Perinatalerhebung seit langem bewährten Rückkopplungsverfahren durch die für den jeweiligen Ärztekammerbereich zuständige Fachgruppe der Projektgeschäftsstelle abgeklärt werden muss. Würde man beispielsweise die Frequenz von Fällen mit assistierter Reproduktion mit dem Prozentsatz unauffälliger Histologie korrelieren, sollte letzterer entsprechend hoch sein und wäre ein Zeichen guter Qualität.

Die Ursachen für die bei funktionellen Zysten oft zu hohe Operationsfrequenz sind meist andere. Eine sonographisch unauffällige, einkammrige Zyste unter 10 cm Durchmesser ist zwar meist eine funktionelle Zyste, in 0,8% aber auch ein Karzinom [7]. Sollte sich bei der nach sechs Wochen empfohlenen Kontrollsonographie, die den meisten Frauen wegen der dann in aller Regel erkennbaren Rückbildung der Zyste eine Operation ersparen würde, im Falle einer Operation ein Karzinom finden, wird dem Arzt trotz richtigen Handelns [8] wegen der für den Krankheitsverlauf unwesentlichen Verzögerung meist eine juristische Klage drohen. Auch die Erwartungshaltung des einweisenden Arztes mag unter Umständen von Einfluss auf die Entscheidung des Operateurs sein. Kann man es einem Operateur unter diesen Umständen verdenken, wenn er sich im Zweifel für eine großzügige Indikationsstellung zur Operation entscheidet?

Das Programm zur Qualitätssicherung schützt nicht nur die Patientin vor einer unnötigen Operation, sondern durch die ständige Rückkopplung mit der Fachgruppe der Projektgeschäftsstelle auch den Arzt vor juristischem Druck und ermöglicht ihm die fachlich richtige Entscheidung, unter sonographischer Kontrolle zunächst einmal abzuwarten. Der Anteil funktioneller Zysten ließe sich hierdurch unter den anzustrebenden Anteil von unter 10–15% senken, jene Fälle nämlich, die wegen vorhandener Beschwerden, z. B. Stieldrehung, Blutung etc., eine Operation erforderlich machen. Als Nebeneffekt wäre die durch ein solches Vorgehen zu erreichende Kostendämpfung sinnvoller als jene durch z. B. eine Budgetierung.

Die Auswertung des umfangreichen Datenmaterials des Programms der DGGG ließ erkennen, dass vor allem in den Fällen, in denen die histo-pathologische Diagnose allein keinen sicheren Rückschluss auf eine angemessene Indikationsstellung, wie z. B. beim Uterus myomatosus, ermöglicht, das Lebensalter der Patientin ein aufschlussreiches Qualitätskriterium darstellt. Beim Dermoidkystom wird sich der Operateur bei der älteren Frau für eine Ovariectomie entscheiden, bei einer jüngeren Patientin aber möglichst ein organerhaltendes Vorgehen wählen. In der Erhebung der DGGG reichte die Variationsbreite organerhaltend operierter Dermoidkystome bei Frauen unter 40 Jahren bei einem Median von 80% von 0 bis 100%.

Auch die vor allem in der Öffentlichkeit immer wieder geforderte Zurückhaltung bei der Hysterektomie, z. B. wegen eines Uterus myomatosus, ließ sich mit diesem Qualitätsindikator beurteilen. Die Streubreite einer Hysterektomie wegen einer gutartigen Erkrankung bei jungen Frauen unter 35 Jahren reichte bei einem Median von 4,3% und einem Referenzbereich von < 3% von 0 bis 12,5%.

Zahlreiche andere Qualitätsindikatoren ließen interessante Besonderheiten erkennen, z. B. die Anzahl der Blutübertragungen bei vergleichbaren Operationen. Große Abweichungen fanden sich u. a. bei der Frequenz der Hormonanalyse beim Mammakarzinom oder der Häufigkeit einer Röntgenlokalisation nicht tastbarer verdächtiger Befunde der Brust.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um das Prinzip des Programms der DGGG zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie darzulegen. Viele der Abweichungen wurden den Teilnehmern erst bewusst, nachdem sie ihre eigene Position im Vergleich mit der Gesamtheit der anderen Teilnehmer und die Mediane und Referenzbereiche erfahren hatten. Der korrektive Effekt ähnelt dem der Perinatalerhebung.

Durch die Totalerfassung sämtlicher Operationen lassen sich die Schwerpunkte einer operativen Stätte und die Häufigkeit der dort praktizierten Operationen erkennen. Auch lassen sich unerwartete statistische Abweichungen feststellen und ggf. durch hierfür neu entwickelte Qualitätsindikatoren beurteilen und korrigieren. Das Programm ist also offen für eine ständige Fortentwicklung und Modifizierung.

Das Programm der DGGG wurde so entwickelt, dass es in gleicher Weise für stationäres und ambulantes Operieren benutzt werden kann. Der regelmäßig vorgetragene Einwand, der hierfür notwendige Zeitaufwand sei für ambulante Operationen zu groß, ist sachlich falsch. Durch die Hinzufügung eines einzigen Kästchens für die Code-Ziffer einer der vorgegebenen histo-pathologischen Diagnosen zum seit langem gebräuchlichen Bogen zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren würde der gewünschte Effekt bereits bewirkt. Von Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie kann erst dann wirklich gesprochen werden, wenn sie für das gesamte Fach, also auch im ambulanten Bereich, in gleicher Weise angewandt wird.

Die Vorteile des Programms zur Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie für das ärztliche Handeln und auch bezüglich einer damit verbundenen Kostensenkung sollten eine umgehende flächendeckende Einführung vermuten lassen, doch nur in Hessen wurde es seit nunmehr über vier Jahren in etwa 90% der Kliniken auf freiwilliger Basis eingeführt. In allen anderen Bundesländern wird die Anwendung in der von der DGGG erarbeiteten und erprobten Weise von mächtigen Interessengruppen, der GKV und der DKG, aus Gründen, die mit Qualitätssicherung wahrscheinlich wenig zu tun haben, blockiert. Die Forderung von Verbandsvertretern, die Thesen und Ergebnisse des mit der Studie von 1994 erarbeiteten Programms der DGGG müssten erst in einem Großversuch bestätigt werden, ist inzwischen bei weitem erfüllt. Die Ergebnisse des in Hessen, also einem ganzen Bundesland, eingeführten Programms der DGGG stimmen mit den Ergebnissen der Studie von 1994 vollkommen überein und bestätigen das Konzept [6]. Die auf Grund der derzeit noch gültigen Gesetzeslage vorgeschriebene Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten in einigen Bundesländern unter der Regie der Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) beim Deutschen Krankenhausinstitut praktizierte Form erzeugt zwar große Datenmengen, aber keine Qualität.

Es ist zu wünschen, dass eine Qualitätssicherung, die diesen Namen verdient, in gleicher Weise für das ambulante und das stationäre Operieren im Rahmen einer Neuorganisation des Gesundheitswesens praktische Anwendung findet.

## Literatur

- <sup>1</sup> Eichhorn S, Koester H, Selbmann, HK. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Ergebnisse der „Pilotstudie 1984“. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, Bd. 31. Gerlingen: Bleicher, 1989
- <sup>2</sup> Geraedts M, Koester H, Berg D, Rauskolb R, Scheidel P, Selbmann HK. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 98. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998
- <sup>3</sup> Koester H. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Arch Gynec Obstet 1985; 242: 37–41
- <sup>4</sup> Koester H. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie aus klinischer Sicht. Zbl Gynäk 1995; 117: 670–673
- <sup>5</sup> Koester H. Qualitätssicherung: Anspruch, Realität und Auswirkungen auf den medizinischen Alltag. Arzt u. Krankenhaus 1996; 69: 249–256
- <sup>6</sup> Koester H, Berg D, Rauskolb R. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie und Perinatalogie. Frauenarzt 1999; 40: 594–602
- <sup>7</sup> Osmer R, Kuhn W. Diagnostik und Therapie bei Ovarialtumoren. Frauenarzt 1995; 36: 925–932
- <sup>8</sup> Rehbock J, Kindermann G. Diagnostische Abklärung der klinisch oder sonographisch auffälligen Adnexe. Der Gynäkologe 1997; 30: 92–97
- <sup>9</sup> Stark G. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Arch Gynec Obstet 1985; 242: 37–41

# Qualitätssicherung durch Kommentierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96) im Bereich Operative Frauenheilkunde

Stellungnahme der GOÄ-Kommission  
der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe  
zu den meist beanstandeten GOÄ-Ziffern bzw. Analogziffern

H. G. Bender  
T. Schwenzer  
H.-J. Weyergraf  
D. Wallwiener

## 1. Inkontinenz- und Deszensuseingriffe

Die Inkontinenz- und Deszensuschirurgie war seit Inkrafttreten der GOÄ 1982 einem erheblichen Wandel ausgesetzt. Die GOÄ bildet praktisch nur die Leistungen Hysterektomie, vordere und hintere Scheidenplastik und Plastische Operation bei Harninkontinenz ab. Heute werden sehr differenziert unterschiedliche Teilschritte im operativen Gesamtkonzept eingesetzt und häufig miteinander kombiniert. Für viele Operationsverfahren gibt es in der GOÄ keine adäquaten Leistungsziffern, und diese neue Techniken stellen keine Modifikation bisheriger Verfahren dar.

Ziffer 1781 Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels

Die Ziffer ist für die Operation einer Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels berechnungsfähig, da es sich nicht um eine Teilleistung des hauptoperativen Eingriffes handelt, sondern um eine eigenständige operative Maßnahme.

Ziffer 3283 A Hohe Kuldoplastik nach McCall

Die modernen Erkenntnisse über die Ätiologie des Deszensus haben gezeigt, dass bei Zelenbildung der vorderen Vaginalwand häufig kein medialer, sondern ein lateraler Defekt der endopelvinen Faszie bzw. ihrer seitlichen Verankerung an der Beckenwand besteht. Gelegentlich bestehen mediale und laterale Defekte gleichzeitig. Für die lateralen Defekte wurden in den letzten Jahren vaginale und abdominale Operationsverfahren entwickelt,

die nicht durch die vorhandenen Ziffern der GOÄ abgebildet werden. Daher ist eine Abrechnung über eine Analogziffer gemäß § 6 GOÄ zwingend geboten. Die Ziffer ist bei entsprechender Durchführung der Leistung neben anderen Operationsschritten, insbesondere auch neben den Ziffern 1125 bzw. 1127 GOÄ, berechenbar.

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme aus April 1997 die Ziffer 3283 GOÄ analog für eine Douglasverödung nach Moszkowicz für berechenbar erachtet. Zur Begründung wurde ausgeführt, es handele sich hierbei um eine von der abdominalen Hysterektomie eigenständig indizierte und durchgeführte Leistung. Dementsprechend käme die Ziffer 3283 GOÄ analog zum Ansatz.

Ziffer 1126 Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik neben

Ziffer 1780 Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz

Die Leistung nach Ziffer 1126 wird (überwiegend auf vaginalem Wege) bei einer Beckenbodeninsuffizienz, die Leistung nach Ziffer 1780 hingegen (überwiegend auf abdominalem Wege) aufgrund einer Harninkontinenz durchgeführt. Voraussetzung für die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit beider Ziffern ist das Vorliegen von Harninkontinenz und Beckenbodeninsuffizienz. Besteht lediglich eine Harninkontinenz, kann selbstverständlich nur die Ziffer 1780 zum Ansatz kommen.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H. G. Bender · Frauenklinik · Heinrich-Heine-Universität · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q 19–Q 68 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924531 · ISSN 0016-5751

Die Ziffer 1147 wird analog für die Scheidenfixation bzw. Vaginal Repair in Ansatz gebracht. Diese Leistung beurteilen wir als eine eigenständige Operation im Sinne der GOÄ. Insofern bestehen unsererseits keine Bedenken gegen den Ansatz der Nr. 1147 – analog – GOÄ.

Die Leistung ist, bei entsprechender Durchführung, neben der plastischen Operation bei Harninkontinenz gesondert berechnungsfähig.

## 2. Mammachirurgie

Die Aufstellung der GOÄ-Leistungsziffern stammt aus einer Zeit, seit der ein grundlegender Wandel in den Therapieverfahren stattgefunden hat. Daher treffen die Abrechnungspositionen in großen Teilen nicht mehr die heutigen standardmäßigen Operationsabläufe, die als zeitgemäß anzusehen sind. Dies gilt in besonders charakteristischer Weise für die heute üblichen Eingriffe an der Mamma. Während zum Zeitpunkt der Entwicklung der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte bei Mamma-Tumor-Operationen als Standard anzusehen war, dass zunächst eine Tumorexstirpation zur Malignitätssicherung vorgenommen wurde, die bei Tumornachweis zur modifiziert radikalen Mastektomie mit Ausräumung der ipsilateralen Axilla führte, wird nach den heutigen Maßstäben durchweg die so genannte brusterhaltende Mammakarzinom-Therapie bevorzugt durchgeführt. Bei diesem Vorgehen ist das notwendige Therapiekonzept, das sowohl Heilungssicherheit wie ästhetische Ansprüche erfüllt, wesentlich schwieriger als die standardmäßige ablative Therapie früherer Zeiten.

Ziffer 2580 A Freilegung und Schonung des N. intercostobrachialis

Im Gegensatz zur Entwicklungsphase der jetzt gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wonach früher die Durchtrennung der Nerven Standard war, ist der Erhalt der Intercostobrachialnerven heute ein wichtiges Ziel des Eingriffes. Daher stellt die Schonung der einzelnen Nerven der Axilla im Rahmen einer Radikaloperation eine jeweils selbständige ärztliche Leistung dar und ist gem. § 6 der GOÄ zusätzlich berechnungsfähig.

Bei Durchtrennung dieser Nerven ist die Ziffer 2580 A nicht in Ansatz zu bringen. Die Ziffer ist nur in den Fällen berechnungsfähig, in denen eine Freilegung und Schonung des N. intercostobrachialis im Rahmen einer Radikaloperation, d.h. einer Ausräumung der Axillalymphknoten bis Level III, durchgeführt wird.

Ziffer 2803 A Freilegung und Schonung der V. axillaris

Diese Leistung ist nur berechnungsfähig, sofern eine Axillaausräumung bis Level III erfolgt. Im Rahmen dieses radikalen Vorgehens wird eine komplette Freipräparation und Schonung der Vena axillaris in besonderer Tiefe bis zum Hauptstamm durchgeführt. Bei entsprechender medizinischer Indikation stellt die Leistung eigenständige operative Maßnahme dar und ist gem. § 6 Abs. 2 der GOÄ zusätzlich berechnungsfähig.

Die Auffassung einiger Krankenversicherungen, wonach die Ziffer 2583 im Rahmen anderer Operationen grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig wäre, trifft nicht zu. Es gibt durchaus Fälle, in denen die Leistung nach Ziffer 2583 als selbständige Leistung gewertet werden kann. Im Einzelfall sind Leistungsumfang und Schwierigkeitsgrad zu berücksichtigen.

Die Neurolyse des N. thoracicus dorsalis sowie des N. thoracicus longus ist in der Ziffer 2408 – Lymphstromausräumung der Axilla – mit beinhaltet. Eine Ausnahmesituation würde dann vorliegen, wenn eine ausgedehnte Metastasierung in der Axilla die Präparation dieser Nerven erheblich erschweren würde. Handelt es sich jedoch um einen makroskopisch negativen Lymphknotenbefund, muss man davon ausgehen, dass die Operation nicht erschwert war. Dementsprechend ist die Neurolyse dieser Nerven nicht gesondert abrechnungsfähig.

Die Neurolyse des N. intercosto brachialis kann unseres Erachtens sehr wohl diskutiert werden, da dieser Nerv früher oftmals durchtrennt wurde, heute aber, um die Sensibilität im Bereich des Arms zu erhalten, geschont wird. Die Präparation ist aufwendig und erschwert auch die Lymphnodektomie, selbst bei negativem Lymphknotenstatus. Eine Berechnung ist hier aus unserer Sicht möglich.

Abschließend kann daher festgehalten werden, dass unserer Ansicht nach die Neurolyse des N. thoracicus dorsalis sowie des thoracicus longus nur bei Tumorummauerung abrechenbar ist. Die Neurolyse des N. intercostobrachialis halten wir hingegen auch bei negativem Lymphknotenstatus für berechnungsfähig.

## 3. Endometrioseoperationen

Leichtere Endometriosefälle profitieren von der endoskopischen Diagnostik, die so einer konsequenten Therapie zugeführt werden können. Die Endometriose nach dem ASF-Score I und II ist in den meisten Fällen laparoskopisch angebar. Sehr leicht wird auch, vergleichbar zu laparoskopischen Adhäsiolektomie, die Grenze des endoskopisch Sinnvollen überschritten und eine komplexe Endometriose, z. B. mit Befall der Ovarien oder des Septum rectovaginale, endoskopisch nur insuffizient therapiert und damit die Rezidivrate noch erhöht. Häufig ist die Methode bei fortgeschrittener Endometriose überfordert. Darüber hinaus führt die Gefahr der Verletzung der Nachbarorgane, insbesondere des Ureters, zu einer inakzeptablen Komplikationsdichte.

Im Rahmen des § 6 GOÄ sind selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis noch nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses zu berechnen. Um die Fertilität der Patientin erhalten zu können, ist eine möglichst radikale Entfernung der Endometriose erforderlich.

Ziffer 2404 A Endometrioseresektion im Bereich des inneren Genitale und des Peritoneums



Ziffer 706 A Elektrochirurgische Laser-Endometrioseresektion bzw. Laserkoagulation zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen

Die Leistung nach Nr. 706 steht für alle endoskopisch geführten Einsätze des chirurgischen Lasers. Insofern kann die Nr. 706 für Laser-gestützte Eingriffe aus allen Fachgebieten zum Ansatz kommen (z. B. Einsatz bei Ösophagustumor, Kehlkopfpolyp oder Prostata-Adenom). Trifft die in der Leistungslegende genannte Indikation („zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung“) nicht zu und ist dennoch ein Lasereinsatz erforderlich, so kann die Nr. 706 analog berechnet werden (so auch die einschlägige Kommentierung zur GOÄ).

Insgesamt gehören Endometrioseoperationen, insbesondere wenn sie laparoskopisch durchgeführt werden, zu den anspruchsvollsten gynäkologischen Maßnahmen. U.E. ist der zusätzliche Ansatz der Analogziffer 706 durchaus angemessen, wenn die Koagulation von kleinen Endometrioseherden, die diffus im Unterbauch einer Frau verteilt sein können, sehr aufwendig ist und eine entsprechende Dokumentation im Operationsbericht erfolgte.

#### 4. Operationen bei Myomen

Die gesamte uteruserhaltende Myomchirurgie unterliegt einem strukturellen Wandel durch die Einführung laparoskopischer bzw. hysteroskopischer Operationstechniken. Durch die Perfektionierung der Präparationsinstrumente und die Möglichkeit der Morcellierung mittels elektronischer Morcellatoren ist die Größe des Myoms bei der laparoskopischen Myomenukleation kein Problem mehr. Vielmehr muss hier die Problematik gesehen werden, dass bei noch nicht erfülltem bzw. prospektivem Kinderwunsch die Rekonstruktion im Vordergrund steht. Gerade hier liegen die Grenzen der Methode. Bei zu tief intramural gelegenen Myomen ist oftmals eine suffiziente Rekonstruktion der Uterotomie nur sehr schwer möglich. Hier können im Extremfall Uterusrupturen bei nachfolgenden Schwangerschaften auftreten. Die hysteroskopische Resektion submuköser Myome stellt die minimalst invasive uteruserhaltende Myomoperation dar, wobei die ausgedehnte hysteroskopische Operation einen hohen Ausbildungsstand und eine akribische Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte erfordert.

Ziffer 1162 Abdominale Myomenukleation

Je nach Schwierigkeitsgrad sind die nachfolgend beschriebenen Myomoperationen als eigenständige Eingriffe jeweils unabhängig voneinander und unabhängig von der Anzahl bei gleichen Myomsitz gesondert berechnungsfähig:

- a) subseröse bzw. gestielte Myome ohne Notwendigkeit der Uterusrekonstruktion als solitäre Myome
- b) solitäre oder multiple intramurale Myome mit der Notwendigkeit der zusätzlichen Uteruswandrekonstruktion nach Enukleation
- c) intraligamentäre Myome
- d) zervikale Myome, die nach intraperitoneal oder retroperitoneal entwickelt sind

- e) solitäre oder multiple Myome mit kompliziertem Sitz
- f) sehr große intramurale Myome, die die komplette Wandung des Uterus durchsetzen und einen erheblichen Uteruswanddefekt darstellen
- g) intrakavitäre submukös gestielte Myome
- h) intrakavitäre submukös/intramurale Myome mit unterschiedlichen Myomanteil intramural
- i) intravaginale Zervixkarzinome

Ziffer 1800 A Morcellement

Die Enukleation von Myomen auf endoskopischen Wege und deren anschließende Bergung aus der Bauchhöhle ist nur bei Durchführung einer Morcellierung möglich. Für die manuelle elektronische Morcellierung ist die Ziffer 1800 analog anzusetzen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei der endoskopischen Morcellierung eine Laparotomie nicht notwendig ist. Daraus folgt, dass in der Ziffer 1800 A die Leistung nach Ziffer 700 enthalten ist. Dementsprechend ist bei der endoskopischen manuellen elektronischen Morcellierung die Ziffer 700 in Abzug zu bringen.

#### 5. Hysterektomie

Im Rahmen der Hysterektomie wegen gutartiger Erkrankungen kommt es immer wieder zu Problemen mit dem Zielleistungsprinzip. Die Ziffern 1138 und 1139 bilden die Hysterektomie mit oder ohne Adnexektomie, entweder vaginal oder abdominal, ab. Grundsätzlich sind nach dem Zielleistungsprinzip Nebenleistungen, die zur Erbringung der Hauptleistung zwingend erforderlich sind, in der Hauptleistung enthalten. Besondere Schwierigkeiten, die sich aus der Individualität des Einzelfalls ergeben, sind ggf. über die Steigerungssätze zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Überlegungen sind z. B. Verwachsungen des Uterus oder der Adnexe mit dem Darm in der Regel Teil der Zielleistung und somit nicht gesondert berechnungsfähig. In besonderen Fällen kann dennoch eine separate Berechnungsfähigkeit gegeben sein.

Ziffer 1145 Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter einseitig

Jede organerhaltende Maßnahme an einer Adnexe ist unserer Ansicht nach neben der Hysterektomie abrechnungsfähig, da in der Ziffer 1138 Eingriffe an den Adnexen nicht enthalten sind und die Hysterektomie in der Regel auch durchführbar wäre, ohne dass dieser Zusatzeingriff mit eigenständiger Indikationsstellung vorgenommen wird. Es handelt sich demnach um eine selbständige, gesondert berechnungsfähige Leistung.

#### 6. Diagnostische Laparoskopie

Die GOÄ-Ziffer 700 beinhaltet die Durchführung einer diagnostischen Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. mit PE. Hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit dieser Leistung möchten wir vorab aus zwei entsprechenden Stellungnahmen der Bundesärztekammer zitieren:

Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 19.03.1992:

„... Die auf Seite 11 des Protokolls zu TOP 2.2.15 aufgeführte Vorgehensweise, dass bei laparoskopischen Operationen gemäß den allgemeinen Bestimmungen vor Kapitel L die Nr. 3135 in Abzug gebracht werden sollte, ist nicht sachgerecht. Die Rechnungslegung sollte unter Anwendung der Nr. 700 GOÄ (Laparoskopie oder Nephroskopie, ggf. einschließlich PE, 800 Punkte) plus den entsprechenden Nummern des intraabdominalen Eingriffs ohne Abzug der Eröffnungsleistung erfolgen. Ausdrücklich wird klar gestellt, dass neben der entsprechenden Position des intraabdominalen Eingriffes nur Nr. 700 GOÄ, nicht Nr. 701, berechnet werden kann. ...“

Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 13.10.1992:

„ ... In der 2. Sitzung des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer vom 30.01.1992 hat dieser zur GOÄ-Anwendung bei laparoskopischen Operationen Stellung genommen. Bei laparoskopischen Operationen ist danach grundsätzlich die Anwendung der Nr. 700 GOÄ plus den entsprechenden Nrn des intraabdominellen Eingriffs gegeben. Die Anwendung der Nr. 315 neben der Nr. 700 bzw. 701 GOÄ ist u.E. nicht sachgerecht. Zwar sind bei laparoskopischen Operationen mehrere Zugänge erforderlich, diese sowie das Einbringen der Instrumente sind jedoch Bestandteil der Zielleistung und nicht eigenständig berechenbar. Werden mehrere Eingriffe in der Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang laparoskopisch durchgeführt, so ist von der zusätzlich erbrachten Leistung die Eröffnungsleistung (Nr. 700 GOÄ) nicht abzuziehen. Dies ergibt sich daraus, dass hier nicht, wie bei der Schnittoperation, durch ein und denselben Schnitt wesentlich leichter mehrere Eingriffe in einer Sitzung durchgeführt werden können. Die Präambel zum Abschnitt L der GOÄ ist abgestimmt auf die Erbringung der Leistung als Schnittoperation. Die nur gering gegebenen Erleichterungen bei der Durchführung mehrerer laparoskopischer Operationen in einer Sitzung können sich allenfalls, falls dem nicht patientenbezogene Gründe entgegenstehen, auf den Steigerungsfaktor hinsichtlich der weiteren erbrachten Operationen auswirken...“

Die Besonderheiten einer – deutlich schwierigeren und zeitaufwendigeren – laparoskopischen Operation sind in der zur Zeit gültigen Gebührenordnung nicht berücksichtigt, so dass der Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer den Beschluss gefasst hat, dass die Rechnungslegung für derartige Eingriffe unter Anwendung der GOÄ Nr. 700 plus den entsprechenden Nummern des intraabdominalen Eingriffs unter Abzug der Eröffnungsleistung erfolgen sollte.

Dabei ist selbstverständlich auch zu berücksichtigen, dass vor Durchführung der eigentlichen Operation regelmäßig eine diagnostische Laparoskopie stattfindet. Aus unserer Sicht besteht somit kein Widerspruch zwischen der Auffassung der Bundesärztekammer und den von einigen privaten Krankenversicherungen angesprochenen Passagen in der GOÄ-Kommentierung von Brück.

Ziffer 1155 Pelviskopie mit Anlage eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters neben Ziffer 700 – Laparoskopie

Die Ziffern 1155 und 700 halten wir beispielsweise nebeneinander berechnungsfähig, wenn zunächst eine diagnostische Laparoskopie mit Anlage eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums durchgeführt wurde und sodann der vaginale Eingriff (z.B. Hysterektomie, hohe Kuldoplastik nach McCall) mit anschließender Kontroll-Pelviskopie nebst erneuter Anlage eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums erfolgt.

Ziffer 5030 A Videodokumentation

In Anlehnung an die GOÄ-Kommentierung von Brück halten wir das Video-Monitoring für nicht gesondert berechnungsfähig. Eine darüber hinausgehende Dokumentation kann jedoch analog nach Nr. 5030 zum Einfachsatz berechnet werden.

## 7. weitere operative Leistungen

Ziffer 2802 Freilegung und Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle

Die Auffassung einiger Krankenversicherungen, wonach die Ziffer 2802 im Rahmen anderer Operationen grundsätzlich nicht berechnungsfähig ist, trifft nicht zu. Es gibt durchaus Fälle, in denen die Leistung nach Ziffer 2802 als selbständige operative Maßnahme durchgeführt wird, beispielsweise, wenn es sich aufgrund bestehender Tumordinfiltration um eine besonders schwierige und örtlich besonders aufwändige Gefäßfreilegung handelte. Im Einzelfall sind Leistungsumfang und Schwierigkeitsgrad zu berücksichtigen.

Ferner kann die Ziffer zusätzlich zum Ansatz kommen, wenn im Rahmen einer Lymphadenektomie (Ziffer 1809 GOÄ) schwierige und aufwändige Gefäßfreilegungen erforderlich werden. In solchen Fällen handelt es sich u.E. nicht um eine Teilleistung des hauptoperativen Eingriffes, sondern um eine gesondert berechenbare Leistung.

Ziffer 3172 Operative Darmmobilisation

Wir halten den Ansatz der Ziffer 3172 für gerechtfertigt, sofern es sich um eine langwierige, schwierige operative Leistung handelte.

Die Ziffer kommt unserer Ansicht nach ebenfalls im Rahmen eines Rezidiveingriffs zum Ansatz. Hierzu verweisen wir auch auf die Beschlüsse des Konsultationsausschusses der Bundesärztekammer im Bereich Herzchirurgie, wonach die Pericardiolyse bei Zustand nach Voroperation, Zustand nach Bestrahlung oder Zustand nach Entzündung gesondert berechnungsfähig ist. Gleiches muss für den Bereich der operativen Gynäkologie gelten.

Ziffer 1829 Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters

Gemäß der GOÄ-Leistungslegende ist die Harnleiterfreilegung bei Vorliegen einer retroperitonealen Fibrose und bei intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters mit der Ziffer 1829 in Ansatz zu bringen.

Die Nr. 1829 trägt nicht den Zusatz „als selbständige Leistung“, so dass deren Abrechnung nicht nur bei der Behandlung des Ormond-Syndroms, sondern auch bei Beseitigung ausgedehnter retroperitonealer Verwachsungen im Rahmen eines anderen operativen Eingriffs infrage kommt.

Unserer Ansicht nach ist der Ansatz der Ziffer 1829 bei Eingriffen gerechtfertigt, bei denen aus dem Operationsbericht zu entnehmen ist, dass eine eigene Indikation zur Durchführung der Ureterolyse vorliegt – beispielsweise, falls bei entzündlichen Veränderungen, Tumordinfiltration oder ausgedehnten Verwachsungen es einen hohen Zeitaufwand, Risiko und Mühe erfordert, den Ureter langstreckig freizulegen. In diesen Fällen ist die Ziffer 1829 für eine eigenständige operative Maßnahme gesondert in Ansatz zu bringen.

## Operative Therapie gutartiger Erkrankungen

### Hysterektomie

#### Vorbemerkung

Im Rahmen der Hysterektomie wegen gutartiger Erkrankungen kommt es immer wieder zu Problemen mit dem Zielleistungsprinzip. Die Ziffern 1138 bzw. 1139 GOÄ bilden die Hysterektomie mit oder ohne Adnexe entweder vaginal oder abdominal ab. Grundsätzlich sind nach dem Zielleistungsprinzip Nebenleistungen, die zur Erbringung der Hauptleistung zwingend erforderlich sind, in der Hauptleistung enthalten. Besondere Schwierigkeiten, die sich aus der Individualität des Einzelfalls ergeben, sind ggf. über die Steigerungssätze zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Überlegungen sind z. B. Verwachsungen des Uterus oder der Adnexe mit dem Darm i. d. R. Teil der Zielleistung und somit nicht gesondert berechnungsfähig. In besonderen Fällen kann dennoch eine separate Berechnungsfähigkeit gegeben sein (Tab. 1).

#### Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffer 1145 bzw. 1146 neben Ziffer 1138 GOÄ

Ziffer 3172 bzw. 3166 neben Ziffer 1138 bzw. 1139 GOÄ

Die Selbständigkeit der Ziffern 1145 bzw. 1146 neben der Ziffer 1138 GOÄ und der Ziffern 3172 bzw. 3166 neben der Ziffern 1138 bzw. 1139 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass die Leistungen nach Ziffer 1145 bzw. 1146 in der Leistung nach Ziffer 1138 GOÄ und die Leistungen nach Ziffer 3172 bzw. 3166 in der Leistung nach Ziffer 1138 bzw. 1139 GOÄ enthalten sind.

*Kommentar zur Ziffer 1145 bzw. 1146 neben Ziffer 1138 \*1 GOÄ*

Jede organerhaltende Maßnahme an einer Adnexe ist neben der Hysterektomie abrechnungsfähig, da in der Ziffer 1138 GOÄ Eingriffe an den Adnexen nicht enthalten sind und die Hysterektomie in der Regel auch durchführbar wäre, ohne dass dieser Zusatzeingriff mit eigenständiger Indikationsstellung vorgenommen wird.

*Kommentar zur Ziffer 1829a neben Ziffer 1138 bzw. 1139 GOÄ*

In bestimmten Fällen ist neben der Hysterektomie als selbständige Leistung eine Ureterolyse erforderlich. Dies kann z. B. bei Endometriose, intraligamentären Myomen, Verwachsungen etc. zur Behebung oder Vorbeugung einer Harnstauungssymptoma-

Tab. 1

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
1138 *1	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	2770	161,46
1139	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	3330	194,10
1145 *1	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76
	oder		
1146 *1	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1829a	Ureterolyse, als selbständige Leistung	1110	64,70
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	1600	93,26
	oder		
3166	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	174,86
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen (vaginal)	0060	3,50
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen (abdominal)	0060	3,50

tik notwendig sein. Die Ureterolyse, die ein- oder beidseitig notwendig werden kann, erfährt dann eine selbständige Indikationsstellung. Sie ist nicht notwendiger Bestandteil der Hysterektomie. Diese Leistung könnte auch ohne Freilegung der Harnleiter erfolgen.

*Kommentar zur Ziffer 3172 bzw. 3166 neben Ziffer 1138 bzw. 1139 GOÄ*

Bei chronischem Verwachsungsbauch (z. B. nach multiplen Voroperationen) erfolgt die Laparotomie häufig wegen der chronischen Beschwerden wie Schmerzen, Subileus etc. In diesen Fällen ist oft das gesamte Darmkonvolut zu einem Konglomerat verwachsen bzw. stenotisiert, und es muss eine systematische, häufig über mehrere Stunden dauernde, Adhäsionslyse erfolgen. Diese Leistung stellt einen eigenständigen Teilschritt der Operation dar. Wenn im Rahmen einer solchen derart ausgedehnten Adhäsionslyse bzw. Aufhebung von Stenotierungen mit einer eigenständigen Indikationsstellung auch noch die Hysterektomie mit oder ohne Adnexe erfolgt, sind beide Ziffern nebeneinander abrechnungsfähig. Die Ziffer kann **nicht** in Ansatz gebracht werden, wenn es sich lediglich um einzelne Verwachsungsstränge handelt, in die z. B. Uterus und Adnexe einbezogen sind. Die Adhäsionslyse ist hier Bestandteil der Zielleistung und kann ggf. über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

## Inkontinenz- und Deszensuseingriffe

### Vorbemerkung

Die Inkontinenz- und Deszensuschirurgie war seit Inkrafttreten der GOÄ 1982 einem erheblichen Wandel ausgesetzt. Die GOÄ bildet praktisch nur die Leistungen Hysterektomie, vordere und hintere Scheidenplastik und Plastische Operation bei Harninkontinenz ab. Heute werden sehr differenziert unterschiedliche Teilschritte im operativen Gesamtkonzept eingesetzt und häufig miteinander kombiniert. Für viele Operationsverfahren gibt es in der GOÄ keine adäquaten Leistungsziffern, und diese neuen Techniken stellen keine Modifikation bisheriger Verfahren dar (Tab. 2).

Tab. 2

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
1125	Vordere Scheidenplastik oder	0924	53,86
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik oder	1290	75,19
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83
1147	vaginale sacrospinale Fixation der Scheide nach Amreich Richter, abdominale Promontorofixation der Scheide etc.	1480	86,27
3231	analog für Operation einer Enterocele, Douglasverödung entspricht Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perianal, § 6	1150	67,03
3283	analog für paravaginale Scheidenplastik (Paravaginal repair), Kuldoplastik nach McCall entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruchs, § 6	1110	64,70

### Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffer 1780 neben Ziffer 1127

Ziffer 3231 analog, Ziffer 3283 analog Ziffer 1147

Die Selbständigkeit der Ziffer 1780 neben 1127 wird von den Krankenversicherungen bestritten.

Die Krankenversicherungen behaupten, dass die Ziffern 3231 analog und 3283 analog keine selbständigen ärztlichen Leistungen gemäß § 6 GOÄ (Analogie) darstellen.

Die medizinische Notwendigkeit der Leistung nach Ziffer 1147 GOÄ in Verbindung mit der Leistung nach Ziffer 1127 wird von den Krankenversicherungen nicht anerkannt.

#### Kommentar zur Ziffer 1780 GOÄ

Diese Ziffer bildet die Leistung typischer Inkontinenzoperationen wie Kolposuspension nach Burch, Hirsch, Marshall-Marchetti etc., aber auch von Nadelsuspension, Schlingenoperation usw. ab. Die vordere Scheidenplastik wird als Inkontinenzoperation zunehmend verlassen und gilt heute nur noch als Deszensusope-

ration. Wenn die vordere Scheidenplastik als Inkontinenzoperation durchgeführt wird, kann die Ziffer 1780 GOÄ angesetzt werden.

In den Fällen, in denen zusätzlich zu einer vorderen Scheidenplastik eine spezielle Inkontinenzoperation vorgenommen wird, kann selbstverständlich neben der Ziffer 1125 GOÄ (bzw. 1127 GOÄ) die Ziffer 1780 abgerechnet werden. Dies ergibt sich schon alleine daraus, dass für die Inkontinenzoperation ein anderer Zugang erfolgen muss (z.B. bei der typischen Kombination einer vorderen Scheidenplastik (vaginal) mit der Kolposuspension nach Burch (abdominal). Die medizinische Notwendigkeit dieser Leistungen ist in der Diagnose zu beschreiben, Stressinkontinenz und Scheidenprolaps.

#### Kommentar zur Ziffer 1147 GOÄ

Die Scheidenfixation am Liq. sacrospinale nach Amreich Richter, die beim Prolaps des Scheidenblindsackes, aber auch beim Prolaps der Gebärmutter im Anschluss an die Hysterektomie erfolgen kann, stellt ein eigenständiges Operationsverfahren dar, das zusätzlich zu den üblichen plastischen Operationen durchgeführt wird. Es erfolgt das Freipräparieren des Spatium pararektale und die subtile Darstellung des Ligaments, das entsprechend durchstoßen wird. Diese Operation stellt ein hochspezialisiertes, technisch schwieriges Verfahren dar, das entsprechend bewertet werden muss.

Auch die abdominale Fixation des Scheidenblindsackes am Promontorium ggf. unter Benutzung eines Interponats aus Fasziestreifen oder alloplastischem Material, stellt ein eigenständiges Operationsverfahren dar, das technisch anspruchsvoll ist.

Die Ziffer ist bei entsprechender Durchführung der Leistung neben anderen Operationsschritten berechenbar.

#### Kommentar zur Ziffer 3231 analog GOÄ

Im Bereich der hinteren Scheidenwand wurde früher praktisch nur introitusnah operiert, indem eine Rektozele versenkt und der Beckenboden neu aufgebaut wurde. Die Bauchhöhle wird bei diesem Operationsverfahren nicht eröffnet. Die erweiterte Präparation im oberen Scheidenbereich wird in der GOÄ nicht abgebildet. Besteht nämlich neben der Rektozele eine größere Enterozele, bedarf die Korrektur dieses Bruchs einer eigenständigen Operationsleistung mit Eröffnung der Bauchhöhle. Es gibt dafür in der GOÄ keine adäquate Ziffer, so dass die Abrechnung über eine Analogziffer gemäß § 6 GOÄ zwingend geboten ist. Die Ziffer ist bei entsprechender Durchführung der Leistung neben anderen Operationsschritten berechenbar.

#### Kommentar zur Ziffer 3283 analog für paravaginale Scheidenplastik (Paravaginal repair) oder andere Scheidenfixationen, z. B. Kuldoplastik nach McCall

Die modernen Erkenntnisse über die Ätiologie des Deszensus haben gezeigt, dass bei Zelenbildung der vorderen Vaginalwand häufig kein medialer, sondern ein lateraler Defekt der endopelvinen Faszie bzw. ihrer seitlichen Verankerung an der Beckenwand besteht. Gelegentlich bestehen mediale und laterale Defekte gleichzeitig. Für die lateralen Defekte wurden in den letzten Jahren vaginale und abdominale Operationsverfahren entwickelt, die nicht durch die vorhandenen Ziffern der GOÄ abgebildet wer-

den. Daher ist eine Abrechnung über eine Analogziffer gemäß § 6 GOÄ zwingend geboten. Die Ziffer ist bei entsprechender Durchführung der Leistung neben anderen Operationsschritten, insbesondere auch neben den Ziffern 1125 bzw. 1127 GOÄ, berechenbar.

Bei sehr mobiler Scheide kann neben der Hysterektomie oder isoliert zur Fixierung des Scheidenstumpfes eine Fixierung der Scheide an den Sacrouterinligamenten erfolgen, die entsprechend freipräpariert und dargestellt werden müssen. Auch dabei handelt es sich um einen eigenständigen Operationsschritt mit individueller Indikationsstellung.

## Urogynäkologie

### I. Inkontinenz/Deszensus bei Uterus in situ

1. Zentraler Defekt mit erheblichem Deszensus des inneren Genitals ohne ausgeprägte Zysto- und Rektozele (also kranialer und nicht kaudaler Defekt)

Jüngere Frauen, die noch kohabitieren bzw. noch prospektiv Kinderwunsch haben

- Möglichkeit 1:  
Abdominales Vorgehen: Suprazervikale Hysterektomie, dann Kolposakropexie/Zervikosakropexie mit Fixation durch Band-Interponat
- Möglichkeit 2:  
Erhalt des inneren Genitals und Ermöglichung einer Schwangerschaft: Keine suprazervikale Hysterektomie, aber Fixation von hinterem Vaginalgewölbe und Zervixhinterwand im Sinne der o.g. Sakro-Kolpo/Zerviko-Pexie (Tab. 3)

Tab. 3

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>Möglichkeit 1:</b>			
1147 A	Kolposakro-Zervikosakropexie mit Fixation durch Interponat entspricht Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle, § 6	1480	86,27
<b>Möglichkeit 2:</b>			
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle – Fixation vom hinteren Vaginalgewölbe	1480	86,27
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle – Fixation der Zervixhinterwand	1480	86,27

2. Ausladen des Douglas- und Gefahr der sekundären Deszensusproblematik im Rahmen der abdominalen Hysterektomie

- Möglichkeit 1:  
Geringgradigere Ausprägung: Abdominale Vaginae-Fixatio – Fixation des Vaginalstumpfes an den Parametrien

- Möglichkeit 2:  
Ausgeprägtere Problematik mit Neigung zu dorsalem Defekt: Abdominale Fixatio nach McCall (McCall = Fixation des Scheidenstumpfes an den verkürzten Uterosakralligamenten) (Tab. 4)

Tab. 4

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>Möglichkeit 1:</b>			
3283 A*	Abdominale Vaginae-Fixatio – Fixation des Vaginalstumpfes an den Parametrien entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches, § 6	1110	64,70
<b>Möglichkeit 2:</b>			
3284 A**	Abdominale Fixatio nach McCall, Fixation des Scheidenstumpfes an den verkürzten Uterosakralligamenten entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik, § 6	2500	145,72

\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 3283 A nicht enthalten

\*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 3284 A enthalten

3. Inkontinenz und Deszensus, vor allem mit kranialen anterioren Defekt und Zystozele

- Möglichkeit 1:  
Beginnende Symptomatik/prophylaktisch:  
Abdominale Kolposuspension nach Hirsch (jeweils 2 Obturatorius-Faszien-Suspensionsnähte)
- Möglichkeit 2:  
Ausgeprägtere Problematik:  
Abdominale Kolposuspension nach Cowan (Einmalnaht nach Burch, einmal Obturatorius-Fasziennaht)
- Möglichkeit 3:  
Zusätzlicher lateraler vaginaler Defekt/Verlagerungzystozele:  
Abdominale Paravaginale Kolpopexie (zusätzlich zu Cowan) mit zusätzlichen 1–3 Nähten zu beiden Cowan-Nähten
- Möglichkeit 4:  
TVT und vaginale paravaginale Kolpopexie (Tab. 5)

Tab. 5

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>Möglichkeit 1:</b>			
1780*	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83
<b>Möglichkeit 2:</b>			
1780**	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83
<b>Möglichkeit 3:</b>			
1780***	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83
3283 A****	Abdominale paravaginale Kolpopexie entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches, § 6	1110	64,70
<b>Möglichkeit 4:</b>			
1781 A*****	TVT entspricht Operative Behebung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels, § 6	2770	161,46
3231 A*****	Vaginale paravaginale Kolpopexie entspricht Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal, § 6	1150	67,03

- \* Baucheröffnung ist in der Ziffer 1780 nicht enthalten  
 \*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 1780 nicht enthalten  
 \*\*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 1780 nicht enthalten  
 \*\*\*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 3283 A nicht enthalten  
 \*\*\*\*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 1781 nicht enthalten  
 \*\*\*\*\* Baucheröffnung ist in der Ziffer 3231 A nicht enthalten

#### 4. Inkontinenz und Deszensus mit zusätzlich hinterem Beckenbodendefekt (mit Rektozele)

##### – Möglichkeit 1:

Wie unter 3., aber zusätzlich hinterer Kolporrhaphie, Levatorplastik, ggf. Perinealrekonstruktion

##### – Möglichkeit 2:

Wie unter 3., aber noch ausgeprägterer hinterer Beckenbodendefekt: Benutzung des transvaginal durchgezogenen Vaginae fixatio-Fadens nach McCall zur vaginalen Rekonstruktion des hinteren Vaginalgewölbes. In schweren Fällen: vaginale sakrospinale Fixation nach Amreich-Richter (Tab. 6)

#### 5. Trotz abdominaler Kolposuspension mit paravaginaler Fixation noch kaudale Zystozele/Urethrozystozele Zusätzliche vaginale vordere Kolporrhaphie (Tab. 7)

#### 6. Rezidiv-Zystozele/Rektozele

Ggf. Netzeinlage kombiniert mit Vorderer/Hinterer Kolporrhaphie (Tab. 8)

Tab. 6

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>Möglichkeit 1:</b>			
	wie unter Punkt 3., und zusätzlich		
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
<b>Möglichkeit 2:</b>			
	wie unter Punkt 3., und zusätzlich		
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
<b>Möglichkeit 2: Schwerer Fall</b>			
	wie unter Punkt 3., und zusätzlich		
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
1147	Vaginale sakrospinale Fixation nach Amreich Richter	1480	86,27

Tab. 7

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1125	Vordere Scheidenplastik oder	0924	53,86
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76

Tab. 8

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
1781 A	analog: Behebung der Rezidiv-Zystozele/Rektozele mit Netzeinlage entspricht Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels, § 6	2770	161,46

## II. Inkontinenz/Deszensus nach Hysterektomie

1. Kranialer anteriorer Defekt  
Abdominale Kolposakropexie (s.o.) (Tab. 9)
2. Kaudaler anteriorer Defekt  
Vordere Kolporrhaphie/Rektokolporrhaphie mittels zusätzlicher supportiver Bänderlage, z. B. TVT (Tab. 10)
3. Dorsaler Defekt  
Hintere Kolporrhaphie/Rekolporrhaphie (Tab. 11)
4. Subtotalprolaps hintere Vaginalwand
  - Möglichkeit 1:  
Ausgedehnte hintere Kolporrhaphie mit Levatorplastik
  - Möglichkeit 2:  
Ausgedehnter Defekt Hintere Kolporrhaphie/Rekolporrhaphie mit vaginaler sakrospinale Fixation nach Amreich-Richter (einseitig bzw. bei breitem Defekt doppelseitig) (Tab. 12)
5. zusätzlich Analprolaps  
Zusätzliches chirurgisches Vorgehen nach Rektomanometrie
6. Zusätzlicher Sphinkterdefekt  
Zusätzliche chirurgische Maßnahme

Tab. 9

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1147 A	Kolposakro-Zervikosakropexie mit Fixation durch Interponat entspricht Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle, § 6	1480	86,27

Tab. 10

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
1781 A *	TVT entspricht Operative Behebung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels, § 6	2770	161,46

Tab. 11

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76

Tab. 12

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>Möglichkeit 1:</b>			
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
<b>Möglichkeit 2:</b>			
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
1147	Vaginale sakrospinale Fixation nach Amreich Richter	1480	86,27

## Endoskopische Operationsverfahren („minimal access“)

### Vorbemerkung und Übersicht

Gerade im Bereich der minimalinvasiven Operationsverfahren ist die operative Gynäkologie in den letzten Jahren einem erheblichen Strukturwandel unterworfen worden. Dies basiert einerseits auf der Einführung neuer videoskopischer, endoskopischer Verfahren, andererseits der Einführung subtiler, teils thermischer Operationsverfahren.

In jüngster Zeit hat mit ungeahnter Geschwindigkeit die operative Endoskopie bzw. die videoendoskopische Chirurgie in fast allen operativen Disziplinen, wie auch in der Gynäkologie, Fuß gefasst. Gerade in der Gynäkologie ist das Feld für die endoskopischen Operationsverfahren besonders groß, da die operative Endoskopie hier auf mehreren Säulen ruht (Zentralblatt 117).

Die Gesamtheit der operativ-endoskopischen Verfahren per Videoskopie wird als „minimal-operative Operationsverfahren“ bezeichnet, wobei die jeweilige Säule dem endoskopischen Zugangsweg entspricht:

1. Laparoskopie
2. Hysteroskopie
3. Falloposkopie
4. Kolposkopie
5. Retziusskopie
6. Axilloskopie
7. Sentinel Lymphnode Detektion

Bei der detaillierten Darstellung im Folgenden wird einerseits auf die Standardoperationsverfahren per minimalinvasivem Zugang, andererseits auf neue, bisher noch nicht verfügbare Operationsverfahren fokussiert und eine schematische Darstellung der neuen Nomenklatur erstellt.

### 1 Laparoskopie

#### 1.1 Diagnostische Laparoskopie, ggf. mit

- Chromopertubation
- Spülzytologie
- Bakteriologie
- Probeexzision

## 1.2 Endometrioseoperationen

Hier profitieren leichtere Endometriosefälle allein schon von der endoskopischen Diagnostik, da sie so einer konsequenten Therapie zugeführt werden können. Eine Endometriose nach dem AFS-Score I und II ist in den meisten Fällen laparoskopisch angebar.

Sehr leicht wird aber auch, vergleichbar zur laparoskopischen Adhäsilyse, die Grenze des endoskopisch Sinnvollen überschritten und eine komplexe Endometriose, z. B. mit Befall der Ovarien oder des Septum rectovaginale, endoskopisch nur insuffizient therapiert und damit die Rezidivrate noch erhöht. Häufig ist die Methode bei fortgeschrittener Endometriose überfordert.

### 1.2.1 Elektrochirurgische Laser-Endometrioseresektionen bzw. Koagulationen

### 1.2.2 Endometriomexstirpation im Bereich inneres Genital und Peritoneum

## 1.3 Tuboplastische Operationen bei distaler und proximaler Tubenpathologie bzw. Refertilisierungen

Obwohl die Rekonstruktion distaler Tubenpathologie als weit verbreitete Indikation zum laparoskopisch-rekonstruktiven Eingriff gilt, ist gerade diese Indikation sehr kritisch zu sehen. Hier sollte sich der Operateur bewusst sein, dass ein tubenrekonstruktiver Eingriff nur einmal vorgenommen werden kann, da eine nicht optimal durchgeführte Fimbriolyse, Fimbrioplastik oder Salpingostomie einen irreparablen Tubenschaden darstellt.

Darüber hinaus kann nur ein spezialisiertes Zentrum entscheiden, ob der Eingriff nicht eher mikrochirurgisch erfolgen sollte bzw. eine Tubenrekonstruktion, beispielsweise bei dickwandiger oder gekammerter Sactosalpinx, eine unnötige Belastung für die Patientin darstellt und eine In-vitro-Fertilisation a priori bessere Erfolgsaussichten hätte.

### 1.3.1 Salpingolyse

### 1.3.2 Ovariolyse

### 1.3.3 Salpingostomie

### 1.3.4 Fimbrioplastik

### 1.3.5 Segmentresektion mit End-zu-End-Anastomosierung

### 1.3.6 Refertilisierung

## 1.4 Ovarialtumoren

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Pathologie zystischer Adnextumoren kann keine „100%ig sichere“ Selektion hinsichtlich des endoskopischen Zuganges bei „vermutet“ benignen Ovarialtumoren erfolgen.

Daher sollte im Zweifelsfalle der endoskopische Zugang trotz optimaler Selektion nur bei der Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnittdiagnostik und des jederzeitigen Umschaltens auf eine Staging-Laparotomie gewählt werden. Die suffiziente Aufklärung der Patientin ist selbstverständlich.

Auch sollte in diesen Fällen die laparoskopische Entfernung der Tumoren bzw. Adnexen möglichst im Bergesack erfolgen, wobei dies auch nur eine „trägerische“ Sicherheit darstellen kann, da zur Zeit nicht alle auf dem Markt befindlichen Bergesäcke die gleiche Qualität aufweisen und das sachgerechte Handling des Bergesackes übnungsbedürftig ist.

### 1.4.1 Zystexstirpationen, Zystektomie, Zystexstirpation, Zystfenestration, Zystenpunktion

### 1.4.2 Partielle Ovarektomie

### 1.4.3 Elektrochirurgische bzw. Laserstichelungen multipler Zysten bei PCO-Syndrom

### 1.4.4 Tumorexstirpationen

### 1.4.5 Elektronische Morcellierung über subkutane Minilaparotomie und Bergung

### 1.4.6 Transperitoneale Bergung über Bergesack

### 1.4.7 Adnexektomie

### 1.4.8 Ovarektomie

### 1.4.9 Bergung

Die endoskopische Ovarialchirurgie breitet sich aktuell vielerorts ebenso rasant wie kritiklos aus. Dabei werden die technischen Möglichkeiten sowohl der organerhaltenden wie der ablativen endoskopischen Ovarialchirurgie so kontrovers diskutiert, dass eine Strukturierung von Indikation zum endoskopischen Vorgehen ebenso wie die optimale endoskopische Bergung von Ovarialtumor bzw. Adnexe oberste Priorität hat.

Das Risiko des endoskopischen „Anoperierens“ wird in der Literatur mit zwischen 0,4% und 3% angegeben.

Bei der klinischen Anwendung der Bergesäcke zeigt sich, dass eine optimale Bergung ein intensives Training erfordert. Als typische Probleme zeigen sich Volumendiskrepanzen zwischen Bergesack bzw. Bauchdeckeninzision und zu entfernendem Gewebe (in 28% der Fälle).

Anhand der Materialprüfungen konnten signifikante ( $p < 0,05$ ) Unterschiede in der Reißfestigkeit zwischen dem besten und dem schlechtesten Bergesack festgestellt werden. Naturgemäß kann vor dem Hintergrund der Komplexität der Pathologie zystischer Adnextumoren keine „100%ig sichere“ Selektion hinsichtlich des endoskopischen Zuganges erfolgen.

Daher darf der endoskopische Zugang nur bei optimaler Selektion und nur bei der Möglichkeit der intraoperativen Gewebeschnittdiagnostik und des jederzeitigen Umschaltens auf eine Staging-Laparotomie gewählt werden.

Die suffiziente Aufklärung der Patientin ist selbstverständlich.

Bei postmenopausalen Patientinnen ist die ablativ Therapie die Therapie der Wahl.



Die laparoskopische Entfernung der Tumoren bzw. Adnexen sollte möglichst im Bergesack erfolgen. Keinesfalls sollte jedoch der laparoskopische Bergesack den Operateur in Sicherheit wiegen, da zur Zeit nicht alle auf dem Markt befindlichen Bergesäcke eine suffiziente Qualität aufweisen.

### 1.5 Die operative Therapie der Tubargravidität

#### Der Wandel im Erscheinungsbild der Tubargravidität

Auch heute stellt die Tubargravidität noch eine Herausforderung für den Operateur dar. Dabei ist die Problematik jedoch im Vergleich zu früheren Jahrzehnten oder gar dem ausklingenden vorigen Jahrhundert anders gelagert. Dies liegt zum einen im Wandel des Erscheinungsbildes der Tubargravidität begründet. Zum anderen tritt die mit der Tubargravidität assoziierte Sterilitätsproblematik mehr und mehr in den Vordergrund.

Weit bis in die erste Hälfte des Jahrhunderts stand die akute vitale Bedrohung der Patienten durch die Tubargravidität und damit die ablative Operation als vitale Maßnahme im Vordergrund. Erst um die Jahrhundertwende konnte die Mortalitätsrate, die noch weit über zwei Drittel der betroffenen Frauen betrug, schrittweise durch die Einführung ablativer Operationstechniken gesenkt werden.

Aufgrund moderner diagnostischer Verfahren, wie der  $\beta$ -HCG-Verlaufskontrolle und der transvaginalen sonographischen Untersuchung ist heute ein völliger Wandel im Erscheinungsbild der Tubargravidität eingetreten. Der überwiegende Teil der Patientinnen kann aufgrund frühester Diagnostik der Extrauterin-gravidität einer geplanten und somit nicht notfallmäßigen Operation zugeführt werden. In etwa einem Drittel aller Fälle handelt es sich sogar um eine stehende Tubargravidität, bei der es nicht zur Tubenwandruptur oder zum Austritt von Blut in die freie Bauchhöhle gekommen ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Extrauterin-gravidität ist deren sozio-ökonomische Bedeutung, die mehr und mehr in den Mittelpunkt des Interesses tritt.

So hat sich die Inzidenz der Extrauterin-gravidität im letzten Jahrzehnt verdreifacht, ohne dass eine Klärung der Ätiopathogenese definitiv erreicht werden konnte.

Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der mit der Tubargravidität assoziierten Sterilitätsprobleme erst in ihrer ganzen Tragweite deutlich. So muss nach radikaler operativer Therapie der Tubargravidität in bis zu 70% der Fälle, beim Auftreten der Tubargravidität in der ersten Schwangerschaft sogar in bis zu 90% der Fälle, mit einer sekundären tubaren Sterilität auch bei kontralateral vorhandener Tube gerechnet werden.

Damit stellt die frühestmögliche Diagnose und darüber hinaus die Wahl des individuell-spezifischen Operationsverfahrens eine klinisch-wissenschaftliche Herausforderung dar.

#### Die Operationstechniken

##### ■ Ablative Verfahren

Radikale Operationsverfahren, wie die totale oder partielle Salpingektomie oder die Adnexektomie, wurden schon vor über 100 Jahren beschrieben.

##### ■ Organerhaltende Verfahren

Für die organerhaltende, konservative oder besser konservierende Behandlung der Tubargravidität stehen verschiedene mikrochirurgische und/oder laparoskopische Operationsverfahren zur Verfügung. Prinzipiell muss dabei zwischen Kontinuitätserhaltenden und Kontinuitätsunterbrechenden Techniken unterschieden werden.

##### ■ Indirekt organerhaltende (Kontinuitätsunterbrechende) Techniken

#### 1.5.1 Einfache Segmentresektion

Bei der einfachen Segmentresektion handelt es sich um die Resektion des Tubensegmentes, das das Schwangerschaftsprodukt trägt, ohne dass eine primäre End-zu-End-Anastomosierung der Tubenstümpfe erfolgt.

Die Resektion erfolgt unter Erhalt der Mesosalpinx. Die Tubenstümpfe werden durch Peritonealisierung versenkt, um über die Möglichkeit der zweizeitigen tubotubaren End-zu-End-Anastomosierung zu verfügen.

Zur Segmentresektion wird zunächst die Tube proximal und peripher der Tubargravidität koaguliert.

Aufgrund der Tatsache, dass die Tubenstümpfe unter Umständen später einer Anastomosierung zugeführt werden müssen, steht das atraumatische Handling der Tube, möglichst mit mikrochirurgischem Instrumentarium, außer Frage. Nun erfolgt die Resektion scharf oder mit der Mikroelektrode. Die Tubenstümpfe werden anschließend durch Peritonealisierung mit resorbierbaren Fäden (Vicryl 6-0) versenkt.

Die Vorteile der Segmentresektion bestehen einerseits darin, dass das – zumindest hypothetisch – geschädigte Tubensegment entfernt ist und damit ein Rezidiv nicht mehr infrage kommt. Darüber hinaus ist das Risiko, Trophoblastreste zurückzulassen, ausgeschlossen, da eine Trophoblastinfiltration bis in die Muscularis bzw. bis in die Mesosalpinx hinein nie ausgeschlossen werden kann.

Aufgrund dieser Vorteile empfiehlt sich die Segmentresektion bei Patientinnen, bei denen eine Tubenkontinuität nicht oder nicht in jedem Falle wiederhergestellt werden muss. Die Möglichkeit einer zweizeitigen Rekonstruktion ist bei einer verbleibenden Tubenrestlänge von mindestens 4 cm in jedem Fall möglich.

Die Gewebeerhältnisse für eine primäre Anastomosierung sind in den meisten Fällen durch ödematöse Gewebsveränderungen oder intramurale Hämatombildungen ungünstig.

#### 1.5.2 Segmentkoagulation

Der Vollständigkeit halber soll die technisch sehr einfache Zerstörung der Tubargravidität durch eine Elektrokoagulation erwähnt werden. Die Segmentkoagulation ist nur bei extrem kleinen Tubargraviditäten möglich. Darüber hinaus ist hier in keiner Weise eine histologische Sicherung gegeben. Um in diesen Fällen eine größtmögliche Sicherheit, was die Zerstörung der gesamten Trophoblastzellen angeht, zu erzielen, ist eine ausgedehnte Elek-

trokoagulation notwendig. Eine Schädigung bis weit in die Mesosalpinx ist in keinem Falle auszuschließen.

- Direkt organerhaltende (kontinuitäts-erhaltende) Techniken

### 1.5.3 Segmentresektion mit einzeitiger End-zu-End-Anastomosierung

Das einzeitige Vorgehen zur primären End-zu-End-Anastomosierung nach Segmentresektion ist den Fällen vorbehalten, bei denen die kontralaterale Tube fehlt oder einen schweren Tubenschaden aufweist. Die prinzipielle Voraussetzung ist dabei jedoch, dass für eine primäre mikrochirurgische Intervention günstige Voraussetzungen vorhanden sind. Zum einen sollen die anatomischen Gegebenheiten entsprechend sein und die Tubargravidität nicht zu ausgeprägten Tubenschäden, wie einer Wandinfarzierung oder einem intramuralen oder in die Mesosalpinx entwickelten Hämatom geführt haben. Nicht zu vernachlässigen ist zum anderen auch die Tatsache, dass zu dieser aufwendigen Operation ein mikrochirurgisches Team einsetzbar sein muss. Die Technik der End-zu-End-Anastomosierung entspricht der bekannten mikrochirurgischen Anastomosetechnik.

Ein weiteres ungeklärtes Problem ist – und diese Frage bezieht sich vor allem auf die Segmentresektion – ob das zweizeitige dem einzeitigen Vorgehen vorzuziehen ist.

Eine primäre Rekonstruktion ist nur in jenen sehr seltenen Fällen zu befürworten, bei denen die Tubargravidität sehr früh diagnostiziert wurde, sich im Isthmus tubae oder im isthmoampullären Teil befindet und nach Resektion des graviden Tubenteils keine zu große Lumendifferenz besteht. Vor allem aber sollte das Gewebe nicht zu ödematös und in den Gewebsschichten kein Hämatom vorhanden sein, ebenso keine entzündliche Reaktion. Die verbleibende Tubenlänge sollte mindestens 4–5 cm betragen.

Da jedoch die Gewebsverhältnisse in den meisten Fällen für eine Anastomose sehr ungünstig sind, wird heute allgemein das zweizeitige Vorgehen befürwortet. Hierbei beschränkt man sich zunächst auf die Segmentresektion, um erst später, falls über die kontralaterale Seite keine intrauterine Gravidität oder ein EU-Rezidiv eintritt, die Anastomose im reizlosen Gewebe durchführen zu können. Aufgrund der kleinen Fallzahlen liegen über diese wichtige Frage bisher keine wegweisenden Ergebnisse vor. Dies gilt auch für die Frage, ob ein pathologischer Tubenbefund der kontralateralen Seite in gleicher Sitzung durch eine rekonstruktive makro- bzw. mikrochirurgische Technik angegangen werden soll. Unseres Erachtens haben hier die gleichen Argumente wie bei der Frage der einzeitigen oder zweizeitigen Anastomose Gültigkeit.

### 1.5.4 Lineare Salpingotomie

Hier ist die lineare Salpingotomie, das Aufschneiden der Tubenwand und das Herauspräparieren der Tubargravidität gemeint. Dies ist eines der aufwendigsten Verfahren, da nach Exstirpation der Tubargravidität gleichzeitig eine plastische Rekonstruktion der Tubenwand notwendig ist, wiederum oft wesentlich schwieriger ist und hinsichtlich einer späteren Schwangerschaft subtiler durchgeführt werden muss als die Salpingotomie selbst.

In gleichem Maße, wie die Anzahl der in sehr frühem Stadium diagnostizierten Tubargraviditäten steigt, gewinnt die Kontinuitäts-erhaltende Therapie der Tubargravidität durch eine lineare Salpingotomie an Bedeutung. Die Tubenwand wird dabei über dem Gestationsprodukt linear inzidiert und die Tubargravidität vorsichtig herausgelöst. Die Salpingotomie bietet sich an bei Frühfällen, d. h. bei nicht rupturierter Tubenwand und noch fehlender Hämatombildung, besonders bei isthmo-ampullärem oder ampullärem Sitz. Dazu wird nach atraumatischer Fixierung der Tube die lineare Salpingotomie antimesenterial oder, in Abhängigkeit von der anatomischen Situation, mesenterial durchgeführt.

Bei Beachtung der einzuhaltenden möglichst atraumatischen Kautelen und der möglichst sorgfältigen Trophoblastausräumung ist die lineare Salpingotomie, bis auf wenige Fälle, bei denen es zu stärkeren Blutungen aus dem Bett der Tubargravidität kommen kann, eine sehr einfache Operationstechnik, die ohne mikrochirurgische Instrumente, insbesondere ohne Sicht durch das Operationsmikroskop durchführbar ist.

Im Hinblick auf die anzuwendende Präparationstechnik zur Salpingotomie wird auf den Vergleich der verschiedenen Techniken am Ende des Beitrags verwiesen.

Nach sorgfältiger Blutstillung im Bereich des Wundbettes der Tubargravidität erfolgt die Toilette des Intraoperitonealraumes. Von einigen Arbeitsgruppen wird die Salpingotomie mittels Einzelknopfnähten oder einer fortlaufenden Seromuskulärnaht verschlossen. Immer mehr Arbeitsgruppen verzichten jedoch bei einer Salpingotomie, die nicht mehr als 2–3 cm beträgt, auf einen Wundverschluss. In eigenen tierexperimentell-chirurgischen Untersuchungen an den Tuben von Minischweinen konnte gezeigt werden, dass nach linearer Salpingotomie in fast allen Fällen eine Abheilung ohne Dehiscenz oder Fistelbildung resultiert.

### 1.5.5 Transampulläre Expression der Tubargravidität („milk-out“)

Die einfache Expression oder „milk-out“-Technik beruht auf dem Phänomen des spontanen transampullären Tubarabortes aus dem äußeren Teil der Ampulle oder dem Fimbrienbereich. Das Explimieren des Tubarabortes erfolgt vorsichtig in Richtung auf das Fimbrienenende zu. Dabei besteht das Problem, das Trophoblastgewebe gänzlich entfernen oder eine intraampulläre Blutstillung bei diffuser Blutung erreichen zu können. Als alternative Technik ist hier die periphere transampulläre lineare Salpingotomie vorzuziehen. Hier ist eine wirkliche Exploration sowie eine exaktere Blutstillung möglich.

Im Gegensatz zur distalen ampullären Salpingotomie werden beim Explimieren des Tubarabortes häufiger Rezidive beschrieben. Nach Timonen ist zudem die Schwangerschaftsrate bei der invasiven Therapie höher als beim einfachen „milk-out“. Wie bei der isthmischen oder isthmo-ampullären Tubargravidität führen wir auch in Fällen einer fimbriennahen oder ampullären linearen Salpingotomie keinen Nahtverschluss durch.

### 1.5.6 Organerhaltende laparoskopische Verfahren

Mit der Optimierung operativ-laparoskopischer Verfahren tritt die Behandlung der Tubargravidität per laparotomiam mehr

und mehr in den Hintergrund und bleibt bestimmten Indikationsbereichen vorbehalten. Denn sowohl ablativ Verfahren als auch die bereits dargestellten indirekt oder direkt tubenerhaltenden Verfahren können laparoskopisch durchgeführt werden.

#### ■ Technische Durchführung

Die laparoskopischen Techniken unterscheiden sich durch die Wahl der ablativen bzw. der direkt oder indirekt organerhaltenden Präparationstechniken.

In jedem Falle werden suprasymphysär im kranialen Schamhaarbereich drei Hilfseinstiche angelegt, wobei der erste Einstich in der Medianlinie, die beiden weiteren Einstiche lateral des Verlaufs der Arteria epigastrica angelegt werden. In allen Fällen wird über die lateralen Einstiche die Tube über atraumatische Fasszangen dargestellt. Über den mittleren Hilfseinstich bzw. über den Arbeitskanal des Laparoscops werden Schere, Bipolarzange, Endokoagulator oder andere Applikatoren eingeführt. Bei der Anwendung der Endoschlinge nach Roeder wird über den mittleren Einstich der Applikator für die Endoligatur intraperitoneal eingeführt.

Zur Entfernung der Tubargravidität bzw. der exzidierten Tuben- oder Adnexanteile wird durch den laparoskopischen Arbeitskanal oder bei größeren Gewebsanteilen nach Umdilatation des medianen Einstichs von einem 5-mm-Trokar auf einen 10-mm-Trokar mit einem jeweils dem Durchmesser des Trokars oder Arbeitskanals angepassten Instrument das Gewebe aus dem Intra-peritonealraum wird eine Toilette des Intra-peritonealraums unter Entfernung aller Blutkoagel durchgeführt.

Die Dokumentation der kontralateralen Tubenverhältnisse, inkl. einer Chromopertubation, ist unabdingbar.

Wichtige Details der einzelnen laparoskopischen Präparationstechniken (partielle Salpingektomie, Segmentresektion, lineare Salpingotomie) sollen im folgenden dargestellt werden.

#### ■ (Partielle) Salpingektomie

Die Salpingektomie bzw. partielle Salpingektomie erfolgt wie die Adnexektomie über die Schlingentechnik mittels Endoschlinge oder Elektrokoagulation. Die Endoschlingen werden nacheinander über den Applikator intraperitoneal eingeführt und über die abzutragenden Gewebeanteile gelegt. Nach Anziehen der vorgefertigten Schlinge sitzt der Knoten fest auf Tubenteil bzw. Adnexstiel. Die Elektrokoagulation ohne Schlinge ist zusätzlich ebenso etabliert wie die Schlingenapplikation.

#### ■ Segmentresektion

Die laparoskopische Segmentresektion wird analog der Segmentresektion per laparotomiam durchgeführt. Sie bietet sich als Alternative zur Salpingotomie gerade bei proximal lokalisierten Tubargraviditäten an, da hier das Risiko der sekundären Tubenstenosierung bzw. der Belassung von Trophoblastresiduen zu minimieren ist. Die laparoskopische Segmentresektion war erstmals von Sapphiro und Adler sowie von der Arbeitsgruppe von Gomel beschrieben worden.

Zur Vermeidung von Blutungen aus der Mesosalpinx kann das Tubensegment von der Mesosalpinx nach Bipolarokoagulation

oder nach Setzen einer Endoschlinge ebenfalls völlig blut trocken abgetrennt werden.

#### ■ Lineare Salpingotomie

Die laparoskopische Salpingotomie wird vorzugsweise mit der Elektrode und dem Operationslaser durchgeführt, da hier eine maximale Gewebeschonung durch atraumatische Präparation möglich ist.

In allen Fällen der laparoskopisch-operativen Intervention müssen eine Bipolarokoagulationseinrichtung und eine suffiziente Saug-Spül-Einrichtung vorhanden sein. Denn bei jeder laparoskopischen Operation kann es zu Blutungen kommen. Die Blutung auch aus einer kleineren Arterie, sei es aus dem Wundbett der Tubargravidität, sei es eine stärker spritzende Blutung beispielsweise aus dem Ramus tubarius, kann mit der Lasertechnik nicht koaguliert werden, so dass hier eine Bipolarokoagulation unter gleichzeitigem Saug-Spül-Einsatz vonnöten ist.

Folgende Präparationsverfahren, wie die scharfe Salpingotomie, die Laser-Salpingotomie, die Präparation mittels Schere oder mittels laparoskopischem Skalpell nach vorheriger Vasopressinapplikation stehen zur Verfügung. Hier wird eine Vasopressinlösung verwendet, die aus anästhesiologischen Gründen hochverdünnt werden muss (Por-8, wenige ml einer Lösung, bei der eine Por-8 Ampulle mit 2,5 I.E. auf 25 ml verdünnt wird und davon 10 ml aufgezogen werden).

Die Endokoagulationstechnik wird von uns nicht eingesetzt, da hier ein relativ breiter Gewebesaum koaguliert wird.

Gerade bei der laparoskopischen Salpingotomie muss bei der Herauspräparation der Tubargravidität sehr vorsichtig, möglichst stumpf präpariert werden, da hier die Gefahr der Belassung von Trophoblastgewebe am größten ist.

Wie bereits dargestellt, kann in den meisten Fällen auf einen Nahtverschluss der Salpingotomie verzichtet werden.

Die sorgfältige Blutstillung und Toilette des Intraabdominalraums steht wie bei jeder laparoskopischen Operation außer Frage.

#### ■ Operativ-technisches Vorgehen und zusammenfassende Wertung

In gleichem Maße wie die Zahl der unter Notfallbedingungen durchgeführten Operationen von Tubargraviditäten abgenommen hat, hat die Zahl der operativen Eingriffe bei Extrauterin-graviditäten mit fertilitätserhaltender Indikation zugenommen.

Schon 1895 wurde von Broschownik in einem Satz die Problematik der konservativen Operation von Tubargraviditäten zusammengefasst: „Unser Ziel muss sein, unter *Herabsetzung der Gefahren* doch konservativ zu bleiben!“

Somit ist die Basis der konservierenden Operationstechniken, die Tube zu erhalten, wann immer von der Sache her vertretbar, von der Patientin gewünscht und von ärztlicher Seite machbar. Somit stehen für die organerhaltende Therapie die möglichst frühzeiti-

ge Diagnose der Tubargravidität und die Selektion des Krankengutes für ein organerhaltendes Vorgehen im Vordergrund.

Die organerhaltende Operation ist in fast 95% der Fälle möglich.

#### ■ Indikationen für ein organerhaltendes Procedere

Bei Patientinnen mit Kinderwunsch ist prinzipiell ein organerhaltendes operatives Verfahren der Tubargravidität indiziert. Ein organerhaltendes Vorgehen ist bei Patientinnen im gebärfähigen Alter auch bei nur prospektiv bestehendem Kinderwunsch ratsam. Allerdings sollten bei diesen Patientinnen die Vorteile eines Kontinuitäts-erhaltenden Verfahrens und die damit verbundenen Risiken sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Insgesamt ist heute gesichert, dass nach konservativer Behandlung einer Tubargravidität die Fertilität höher ist als nach ablativem Vorgehen. Dies trifft auch für Fälle mit kontralateral intakter Tube zu. Während vor einer Tubargravidität 20% der Patientinnen eine Fertilitätsstörung aufwiesen, trat eine Fertilitätsproblematik nach einer Tubargravidität bei 50% der Patientinnen auf.

#### ■ Risiken

In jedem Falle eines organerhaltenden Vorgehens müssen die damit verbundenen Risiken abgewogen und mit der Patientin besprochen werden. Dabei stehen typische Komplikationen der tubenerhaltenden Operationen, bei denen das Bett des Gestationsproduktes nicht komplett exzidiert wird, Nachblutungen sowie persistierende Tubargraviditäten im Sinne von Trophoblastresiduen im Vordergrund. Mit diesen Risiken ist in bis zu 5% der Fälle zu rechnen.

Unabdingbar ist daher eine routinemäßige postoperative Kontrolle des Serum- $\beta$ -hCG-Wertes bis zur Nachweisbarkeitsgrenze.

#### ■ Kontraindikationen für ein organerhaltendes Procedere

In keiner Weise ist eine kontralateral intakte Tube ein Grund für ein ablatives Vorgehen. Hier sollte lediglich die Entscheidung für einen Kontinuitäts-erhaltenden oder einen Kontinuitäts-unterbrechenden Eingriff zu treffen sein.

#### ■ Das operativ-technische Vorgehen

Die Wahl des Operationsverfahrens, insbesondere des konservativen Operationsverfahrens, hängt, wie erwähnt, ab

- von dem aktuellen oder prospektiven Kinderwunsch der Patientin,
- dem Alter der Patientin,
- dem Status der kontralateralen Tube,
- der Lokalisation der Tubargravidität.

Insbesondere stehen bei den operativ-technischen Überlegungen die Forderungen nach der Minimierung des operativen Traumas, dem das endoskopische Vorgehen voll und ganz entspricht, im Vordergrund.

Voraussetzung für das laparoskopische Vorgehen ist die Kreislaufstabilität der Patientin. Dagegen ist der Nachweis von intra-peritonealem Blut in keiner Weise eine Kontraindikation zur diagnostischen bzw. therapeutischen Laparoskopie. Das ist auch der Grund dafür, dass die Douglaspunktion zur Planung des ope-

rativ-technischen Vorgehens vollständig an Bedeutung verloren hat.

Da beim operativ-laparoskopischen Vorgehen über eine lineare Salpingotomie die Gefahr von Nachblutungen bzw. die Gefahr des Verbleibens von Trophoblastresiduen besteht, sollte diese Methode nur den Patientinnen mit Kinderwunsch vorbehalten bleiben. Bei Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung dürfte das ablativem Verfahren im Sinne einer partiellen oder totalen Salpingektomie die größte Sicherheit bieten.

Bei Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch und kontralateral verschlossener oder fehlender Tube ist entweder eine lineare Salpingotomie oder eine Segmentresektion per Laparotomie mit einzeitiger End-zu-End-Anastomosierung die Methode der Wahl.

### 1.6 Uterusantefixation

### 1.7 Ovarialtranspositionen bzw. -suspensionen

### 1.8 Vaginalplastiken und Neovaginaanlage

Die Möglichkeit der endoskopischen Durchführung der Neovaginaanlage, in erster Linie in der Modifikation des Vorgehens nach Vecchietti erspart den gerade häufig sehr jungen Patientinnen in den meisten Fällen die Laparotomie, wobei das Risiko der Blasenläsion beim endoskopischen Vorgehen nicht vernachlässigt werden darf.

### 1.9 Ureterolyse

Die Ureterolyse stellt nur dann eine separate Leistung dar, wenn eine komplette Freilegung der Beckenwand und Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei Endometriose, Adhäsionen bzw. retroperitonealer Fibrosierung, erforderlich wird; in diesem Fall ist eine übermäßig komplizierte Operation notwendig, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigen Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt. Von daher handelt es sich nicht um einen separaten Eingriff. Falls die genannten Bedingungen nicht vorliegen, liegt auch keine separate Leistung vor.

### 1.10 LUNA

(Elektrochirurgische oder „Laserthermische Uterine Nervenablation“)

### 1.11 LAVH

Im Gegensatz zu dem noch nicht klar definierbaren Benefit der laparoskopischen bzw. endoskopisch-assistierten partiellen Hysterektomie ist der Vorteil bei der laparoskopisch-assistierten vaginalen Hysterektomie unbestritten (K. Neis). Gerade dieser endoskopische Eingriff zeigt beispielhaft die Wertigkeit des ergänzenden Einsatzes der Endoskopie im operativ-gynäkologischen Spektrum.

Dank des endoskopisch-assistierten Eingriffes könnte dem in vielen Ländern rückläufigen Trend des vaginalen Zuganges zur Hysterektomie, einer ureigenen Operationstechnik der operativen Gynäkologie, entgegengewirkt werden.

### 1.11.1 LAVH 1.–4.°

#### 1.11.2 LAVH bei Korpuskarzinom in Kombination mit Lymphonodektomie

1.11.3 Laparoskopisch assistierte vaginale partielle Hysterektomie (z. B. laparoskopisch-assistierte suprazervikale Hysterektomie). Im Gegensatz zu etablierten endoskopischen Verfahren sind viele neue Techniken Gegenstand derzeitiger Forschung. Diese Techniken können zum jetzigen Zeitpunkt und Stand der Forschung keineswegs allgemein empfohlen werden. Sie sollten bis zum Vorliegen ausreichender Erkenntnisse der kritischen Evaluierung spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben.

Dies gilt in erster Linie für das Spektrum der laparoskopischen bzw. laparoskopisch-assistierten partiellen Hysterektomien (im Gegensatz zur laparoskopisch-assistierten vaginalen Hysterektomie) sowie für endoskopische Manipulationen im Bereich gynäkologischer Malignome.

Lässt man im Hinblick auf die „partielle Hysterektomie“ die operativen Schulen der Hysterektomie der letzten 100 Jahre Revue passieren, so drängt sich der Satz von Tadir auf: „Soll das Rad neu erfunden werden?“

Gerade hier scheint es eine Renaissance lange verlassener Operationstechniken, wie der suprazervikalen Hysterektomie, Anfang des Jahrhunderts vaginal durchgeführt, z. B. nach Cashman mit elektrischer Destruktion des zervikalen Endometriums, zu geben.

Bei dieser Technik ist ein Benefit für die Patientin im Vergleich zum rein vaginalen Vorgehen mit Entfernung der Cervix uteri wissenschaftlich nicht zu objektivieren, demgegenüber sind die Langzeitriskien hinsichtlich der Entstehung eines Zervixstumpfkarcinoms nicht hinweg zu diskutieren.

Der Beweis des Benefits für die Patientin hinsichtlich der rein laparoskopisch durchgeführten Hysterektomie steht ebenfalls aus, zumal sich mehr und mehr der Konsens herauskristallisiert, dass eine vaginale Hysterektomie, im Gegensatz zur rein laparoskopisch durchgeführten Hysterektomie mit mehreren Inzisionen im Bereich der Bauchdecke, den wohl noch am wenigsten traumatisierenden Eingriff darstellt.

Daher sollte in der Gynäkologie der Ausbildung in vaginalen Operationsverfahren gesteigerte Bedeutung gegeben werden, speziell vor dem Hintergrund der Tatsache, dass, wie z. B. in Großbritannien ermittelt, aus vorwiegend ausbildungstechnischen Gründen nur mehr ca. 11 % aller Hysterektomien bei benignen Indikationen in der Prämenopause vaginal durchgeführt werden.

### 1.12 Transperitoneale laparoskopische Zügelplastiken

#### 1.13 Abdominale Vaginaefixatio z. B. nach Mc-Call

#### 1.14 Paravaginale Kolpopexie – zusätzliche Suspension der deszendierten vorderen apikalen Vaginalwand als zusätzliche Leistung zur einfachen Kolposuspension

#### 1.15 Hohe Douglasverödung

Die hohe Douglasverödung stellt eine separate Operationstechnik in Modifikation nach Moscovic dar. Der normale Peritonealverschluss bei vaginaler oder abdominaler Hysterektomie sollte Teil der Hauptleistung sein. Bei sehr weiteren Douglasverhältnissen ist die Gefahr der erneuten Deszensus- und Bruchsackbildung so hoch, dass hier eine spezielle, sehr aufwendige Technik der Douglasverödung mit Resektion des überschüssigen Peritoneums und hohem zirkulärem Verschluss des Douglas erfolgen muss. Dies ist eine sehr aufwendige Leistung, die einen hohen Zeitaufwand bedarf. Sie sollte im Einzelfall zusätzlich begründet sein, macht zusätzlich auch eine Ureterdarstellung notwendig, da ansonsten die Gefahr der Ureterläsion gegeben ist.

#### 1.16 Vaginale sakrospinale Fixation nach Amreich-Richter

Hierbei handelt es sich um eine der kompliziertesten vaginalen Operationstechniken in der Gynäkologie überhaupt. Sie kann in keiner Weise Nebenleistung bei 11.27 sein.

Im Rahmen der LAVH ist diese Leistung als spezieller Eingriff möglich.

Getrennte Operationstechniken sind schon deshalb angezeigt, da einerseits die Indikation (großer Bruchsack der hinteren Vaginalwand) nur beherrscht werden kann durch aufwendige vaginale Präparation und Fixationstechnik, andererseits dieser Eingriff vor allen Dingen bei großen Scheidenbruchsackbildungen im Zustand nach länger zurückliegender Hysterektomie mit Beckenboden- und Bindegewebsschwäche durchgeführt wird.

#### 1.17 Laparoskopische Lymphonodektomie

##### 1.17.1 Pelvines Lymphknotensampling

##### 1.17.2 Pelvine Lymphonodektomie

##### 1.17.3 Paraaortale Lymphonodektomie

## 2 Hysteroskopie

Der transzervikal-hysteroskopische Zugang zur Rekonstruktion des Uteruscavums ist zwischenzeitlich als etabliert anzusehen. Hier ist der Benefit für die Patientin offenkundig, da sowohl eine Laparotomie wie eine organinvasive Uterotomie umgangen werden kann. Allerdings sind die Komplikationsmöglichkeiten der operativen Hysteroskopie hinsichtlich des aufwendigen operativ-technischen Umfeldes und der Sicherheitsaspekte nicht zu unterschätzen.

Die Grenzen der Methode werden dann erreicht, wenn durch die intraabdominale Einschwemmung des Distensionsmediums bei zu ausgedehnten Geweberesektionen oder Operationszeiten über 50 min. eine kardiorespiratorische Gefährdung auftritt.

Die Endometriumablation kann mittlerweile als „etablierte“ Indikation zur Behandlung therapieresistenter Menometrorrhagien bei Hochrisiko-Patientinnen angesehen werden.

### 2.1 Myomresektion

### 2.2 Polypektomie

### 2.3 Probeexzision Endometrium bzw. Partielle Endometriumresektion

### 2.4 Septumdissektion

### 2.5 Synechiolyse

### 2.6 Transkavitäre Tubenkatheterisierung bzw. Falloposkopie

### 2.7 Salpingoskopie

Mit dieser Methodik gelingt es, prognostisch signifikante Befunde zu klassifizieren und damit die Untersuchung zu einem wichtigen Zusatzkriterium für die Abwägung der Erfolgchancen tuben-rekonstruktiver Eingriffe zu machen. Methodisch bedingte Limitierung von Fimbrientrichter und Ampulle, während sich die isthmische und proximale Tube aufgrund ihrer geringen Lumenweite der Betrachtung durch das Salpingoskop entzieht.

Transvaginal-transuterine Katheterisierung zur Beurteilung der Tube zwischen isthmoampullärem Übergang und uterinem Tubenostium.

### 3 Die Rolle der abdominalen Kolposuspension, insbesondere endoskopischer Verfahren (Laparoskopie und „Retziusskopie“) im Operationsspektrum der Stressinkontinenz

Kolposuspensionsplastiken sind etablierte Operationsverfahren im Gesamtspektrum der weiblichen Inkontinenzchirurgie. Die Fülle der operativ-technischen Varianten und die unterschiedliche Nomenklatur stellen den nicht schwerpunktmäßig damit befassten Operateur vor große Verständnisschwierigkeiten hinsichtlich der Bewertung der verschiedenen Verfahren und der Indikationsabgrenzung. Noch komplexer wird die Problematik, wenn die Möglichkeit der Durchführung von Kolposuspensionsplastiken per Endoskopie in die Diskussion eingebracht wird.

Vor diesem Hintergrund soll im folgenden zum einen versucht werden, eine Charakteristik der abdominalen Kolposuspension unter Einbeziehung neuer endoskopischer Verfahren zu erarbeiten, zum anderen eigene Pilotergebnisse zur Bewertung neuer Techniken und Abrundung der Thematik darzustellen.

#### ■ Operationstechnische Prinzipien

Die abdominale Kolposuspension oder Zystourethropexie bewirkt durch die Suspension der paraurethralen Vaginalfaszie an bindegewebigen Strukturen des kleinen Beckens, durch Anhebung des Blasenhalsses und durch die Annäherung an die Symphyse, eine Aufhebung der Hypermobilität des urethrovesikalen Überganges und eine Verbesserung der Drucktransmission auf die Urethra. Ein weiterer kontinenzfördernder Effekt resultiert aus der Wiederherstellung der funktionellen Urethralänge und Erhöhung des Urethroverschlussdruckes.

#### ■ Indikation und Diagnostik

Die abdominale Kolposuspension ist aufgrund ihres Wirkprinzips eine ausschließliche Inkontinenz-Operation, die nicht zum Ausgleich eines anatomischen Defektes dienen kann. Hieraus ergibt sich eine klare Abgrenzung der Indikation auf mittelschwere und schwere Stressinkontinenzprobleme ohne Deszensus vaginae. Im Falle des gleichzeitigen Vorliegens eines Deszensus vaginae anterior muss ein anderes operatives Verfahren gewählt oder eine abdominale Kolposuspension mit einer rekonstruktiven Maßnahme des Beckenbodens kombiniert werden.

Bei niedrigem Urethroverschlussdruck ist die abdominale Kolposuspension allen anderen Operationsverfahren überlegen. Im Vergleich zu vaginalen Operationsverfahren kann durch die abdominale Kolposuspension eine signifikant bessere Verkleinerung des retrovesikalen Winkels erzielt werden.

Den guten Kontinenzraten stehen zwei Problembereiche gegenüber: Zum einen ergibt sich eine, meist passagere, Miktions-Morbidität, wie Pollakisurie, zum anderen ist die Rate des postoperativen Auftretens von Rectocelen begünstigt.

Die Wahl des operativen Verfahrens bei Vorliegen einer Harninkontinenz erfolgt nach Klinik, urodynamischen Daten und dem patho-anatomischen Befund der Blasenhalssregion.

Im Vordergrund steht die klinische Befunderhebung.

Mittels Perineal-Sonographie gelingt neben der Darstellung von Symphyse, Harnblase und Urethravverlauf die Visualisierung des Rektums, womit die Beckenbodenregion als Gesamtgefüge beurteilt werden kann. Nur in Ausnahmefällen einer Rezidiv-Harninkontinenz, bei der es zu ausgeprägten periurethralen Vernarbungen bereits gekommen ist, bietet das laterale Cystogramm die Möglichkeit einer übersichtlicheren Darstellung des Urethravverlaufes. Zusätzlich dazu liefert die Perineal-Sonographie Details der entsprechenden Narbenregionen, so dass in diesen Fällen beide Untersuchungsverfahren komplementär anzuwenden sind. Die wesentlichste Information des bildgebenden Verfahrens ist die Lage des Blasenhalsses in Bezug zur Symphyse-Unterkante. Bei einem hochstehenden Blasenhalss sollte der Zugangsweg von abdominal, also im günstigsten Falle ein Kolposuspensions-Verfahren zur Korrektur, gewählt werden. Bei tiefstehendem Blasenhalss ist in Abhängigkeit der übrigen Kriterien ein abdominales Verfahren häufig wünschenswert, erweist sich aus technischen Gründen (low vaginal capacity) jedoch als nicht möglich. In diesen Fällen muss die Wahl auf ein vaginales Verfahren fallen, wobei berücksichtigt werden muss, dass bei Rezidiv-Stress-Inkontinenz eine alleinige Re-Kolporrhaphie keine eigentliche Inkontinenz-Operation darstellt. Ein ergänzendes Verfahren ist deshalb erforderlich, wobei sich Schlingenoperationen bzw. supportive Bandeinlagen als Modifikationen anbieten.

Die verschiedenen Untersuchungsabschnitte einer urodynamischen Untersuchung liefern mit ihren Messwerten eine wichtige Grundlage für die Auswahl des entsprechenden Operationsverfahrens. Dabei vermag die initial durchgeführte Zystometrie eine sensorische oder motorische Urge-Komponente zu erkennen. Mit der Aufzeichnung eines Urethra-Ruhedruckprofils kann ein flacher Kurvenverlauf von einem eher normalen bis steilem Kur-

venverlauf unterschieden werden. Da eine Kolporrhaphie zu einer Abflachung der Ruhedruckkurve führt, ist zur Verbesserung einer entsprechenden vesiko-urethralen Drucktransmission bei flachem Urethra-Ruhedruckprofil ein abdominales Vorgehen im Sinne einer Kolposuspension zu bevorzugen. Bei Rezidiv-Stressinkontinenz und flachem Urethra-Ruhedruckprofil stellt sich das Problem der „hypotonen Urethra“. Es kann hier am ehesten von einer operativ bedingten Abflachung (im Zustand nach Kolporrhaphie) ausgegangen werden. Das Urethra-Stressdruckprofil bestätigt die Diagnose der Stress-Harninkontinenz und gibt gleichzeitig Hinweise für das Ausmaß einer insuffizienten vesiko-urethralen Drucktransmission. Die Uro-Flow-Messung gibt Hinweise, inwieweit eine Blasenentleerungsstörung besteht.

#### ■ Spektrum der technischen Varianten der abdominalen Kolposuspensionsplastiken

Eine Schematisierung der Modifikationen der abdominalen Kolposuspension (Marshall 1949) ergibt sich aus der Platzierung der Nähte im Bereich der Vaginalfaszie und der Fixationspunkte im Bindegewebebereich des kleinen Beckens.

#### *Operativ-technische Unterschiede in Abhängigkeit vom jeweiligen Zugangsweg*

##### *Endoskopische Modifikationen*

Im Rahmen der Ausweitung der „minimal access surgery“ stellt sich die Frage nach der endoskopischen Durchführung abdominalen Kolposuspensionsplastiken.

### **3.1 Kolposuspension per laparoskopischem Zugang**

Beim laparoskopischen Zugang zur abdominalen Kolposuspension kann transperitoneal wie extraperitoneal vorgegangen werden. Wird mit dem Laparoskop transumbilikal eingegangen, kann entweder der Troikar bzw. das Laparoskop intraperitoneal platziert werden oder ein Spezial-Troikar mit Ballondilatationsvorrichtung präperitoneal nach prävesikal zum Cavum Retzii unter Umgehung des Intraeritonealraumes geführt werden, um so das Laparoskop nach Entfernen des Ballons in der präperitonealen Höhle platzieren zu können.

Hat der Operateur sich für den laparoskopisch transperitonealen Zugang entschieden, wie bei Fallkonstellation mit gleichzeitig anzugehender intraperitonealer Pathologie, wird nach Platzierung des Laparoscops und der Hilfseinstiche im suprasymphysären Bereich das Blasenperitoneum unmittelbar an der Überkreuzungsstelle von Symphysenbogen und Lig. umbilicale laterale infrasympysär transversal eröffnet. Anschließend erfolgt die Präparation des Cavum Retzii, ebenfalls möglichst stumpf, mittels Aquadisektion oder endoskopischem Präpariertupfer.

Bei Benutzung eines Spezialtroikars (Einmaltroikar) mit Vorrichtung zur stumpfen Ballondilatation des Cavum Retzii muss entsprechend den Anweisungen des Herstellers vorgegangen werden. Es muss betont werden, dass dieses Vorgehen, in Abhängigkeit vom speziellen Equipment, besonders übungsbedürftig ist.

Ansonsten wird beim extraperitoneal-transperitonealen Zugang wie unter „Retziusskopie“ beschrieben vorgegangen.

### **3.2 Kolposuspension per retziusskopischem Zugang**

Beim retziusskopischen Zugang, also beim Eingehen mit dem Troikar extraperitoneal, entweder transumbilikal oder suprasymphysär, kann entweder eine stumpfe Präparation mit dem Operationslaparoskop vorgenommen oder ebenfalls ein Spezialballontroikar zur stumpfen Dilatation des Cavums benutzt werden. Bei Verzicht auf einen Ballondilatationstroikar sollte der Troikar für die offene Laparoskopie benutzt werden. Die Präparation des Cavum Retzii erfolgt dann wie bei der offenen Laparoskopie in analogen Schritten, schichtweise. Durch Aufnahme von Peritoneum und Faszie am Troikar wird die Einstichpforte gasdicht verschlossen und mittels CO<sub>2</sub>-Insufflation ein „Pneumocavum“ angelegt. Unter Sicht kann die Entfaltung des Cavum Retzii beobachtet werden. Ohne weitere Manipulation lässt sich das Cavum Retzii zunächst durch den CO<sub>2</sub>-Gasdruck darstellen. Zur weiträumigeren Präparation von Paraurethralbereich und Symphysenhinterwand bzw. Obturatorius- und Vaginalfaszie wird ein Präpariertupfer über den Arbeitskanal des Endoscops eingeführt. Möglichst atraumatisch wird die Präparation durchgeführt und der retrosymphysäre Bereich sowie die Faszie der vorderen Vaginalwand sorgfältig von Fettgewebe befreit. Einzelne Gefäße werden koaguliert.

Unabhängig vom endoskopischen Zugangsweg wird die Kolpofixation durchgeführt.

#### ■ Zusammenfassende Wertung der endoskopischen Operationstechniken

##### Indikationsstellung

Gerade in einem Bereich wie der Inkontinenzchirurgie mit einem fast unüberschaubaren Spektrum operationstechnischer Varianten kommt der richtigen Indikationsstellung eine besondere Bedeutung zu. Die abdominalen Kolposuspensionsplastiken stellen etablierte Operationsverfahren dar, die mit zu den am meisten verbreiteten und am besten evaluierten Stressinkontinenzoperationsverfahren gehören. Die Indikationsstellung für die Kolposuspensionsplastiken prinzipiell bzw. den speziellen Vergleich untereinander, werden sehr variabel gehandhabt. Prinzipiell muss unterschieden werden, ob die Kolposuspension primär oder sekundär, d. h. bei einer primären oder Rezidivinkontinenz eingesetzt wird. Letztendlich sollte betont werden, dass die Indikationsstellung zur differenzierten Fragestellung, ob abdominal oder vaginal vorgegangen werden muss bzw. welche Technik bei dem jeweiligen Zugang gewählt wird, von klinischen und urodynamischen Kriterien strengstens abhängig gemacht werden muss (siehe Kapitel Indikationsstellung). Von daher ergeben sich nicht die geringsten Unterschiede in der Indikation im Vergleich zur konventionellen Kolposuspension. Gerade bei den technisch sehr aufwendigen und übungsbedürftigen endoskopischen Kolposuspensionsplastiken darf von dem Grundsatz nicht abgewichen werden, dass nicht der endoskopische Zugang, sondern die Heilungsaussicht der Patientin im Vordergrund der Indikationsstellung steht.

## **4 Falloposkopie**

### **4.1 Transhysteroskopische Falloposkopie**

#### **4.1.1 Transzervikale Falloposkopie**

## 5 Tuboskopie

## 6 Kolposkopisch gesteuerte Eingriffe – Lasertherapie

### 6.1 Diagnostische Eingriffe

#### 6.1.1 Portio-PE

#### 6.1.2 Vulva-PE

#### 6.1.3 Vulva-Exzision

#### 6.1.4 CK-Kürettage

Die zytologische Diagnostik hat bis vor kurzem in Deutschland das Vorgehen im Bereich des unteren Genitaltraktes prädominiert. Längst ist aber bekannt, dass klinische Entscheidungen, die alleine auf der Zytodiagnostik beruhen, sehr häufig zu Fehlentscheidungen wie Unter- und Übertherapie führen.

Die kolposkopische Diagnostik, kombiniert mit der kolposkopisch gesteuerten Biopsie, ist heute Grundlage für das Management von präkanzerösen Veränderungen im unteren Genitaltrakt. Nur eine sorgfältige, histologisch gesicherte Diagnostik ermöglicht ein für die Patientin sicheres expektatives Vorgehen als Alternative zu sofortigen Konisationen bei Dysplasien. Kontrolluntersuchungen sind gerade bei leichtgradigen Dysplasien sinnvoll, weil es bei einem Großteil der Patientinnen mit leichtgradigen Dysplasien zu einer Spontanremission kommt. Konisationen können so vermieden werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da das Durchschnittsalter von Patientinnen mit Dysplasien bei 30 Jahren liegt. Betroffen sind häufig Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Konisationen führen aber nachgewiesenermaßen zu einer erheblichen Zunahme der Frühgeburtlichkeit bei späteren Graviditäten.

Auch bei der Therapie von vulvären Läsionen ist die kolposkopisch gesteuerte Biopsie heute Grundlage für Therapieoptionen. Insbesondere pruriginöse Läsionen werden mitunter häufig bei mangelhafter Diagnostik in ihrer Bedeutung richtig erkannt (Morbus Paget, VIN).

### 6.2 Therapeutische Eingriffe an der Portio

#### 6.2.1 Laservaporisation

#### 6.2.2 Laserkonisation

#### 6.2.3 Messerkonisation

1. kolposkopisch gesteuert
2. diagnostisch

#### 6.2.4 Kombinierte Messerkonisation/Laservaporisation

#### 6.2.5 LEETZ (Large Loop of the Transformation Z.)

Während die diagnostischen Eingriffe – kolposkopisch gesteuerte Biopsien – durch Diagnoseoptimierung ein **minimalinvasives Management** ermöglichen und einen Beitrag zur Vermeidung unnötiger Eingriffe leisten, wird durch innovative Operationstechnik der Eingriff selbst als **minimalinvasive Operation** möglich.

Die Laservaporisation ist an der Universitäts-Frauenklinik mittlerweile ein Standardverfahren geworden. Vorteile dieses Verfahrens im Vergleich zu herkömmlichen Konisationen liegen auf der Hand: Der Eingriff kann praktisch immer ambulant durchgeführt werden. Bei 95% aller Patienten kann dies auch ohne Lokalanästhesie erfolgen. Die Komplikationsraten nach Laservaporisation sind extrem niedrig. Schwere postoperative Blutungen wurden in den letzten 10 Jahren nicht beobachtet. Leichte Blutungen kommen in einer Frequenz von unter 1% vor und lassen sich durch erneute Laserkoagulation oder Tamponade problemlos beherrschen. Komplikationen bei nachfolgenden Schwangerschaften sind nicht bekannt. Die Heilungs- bzw. Erfolgsrate liegt bei über 95% und damit im Bereich von Konisationen. Der Indikationsbereich reicht von virugenen persistierenden Läsionen bis hin zur CIN III bei ektozervikaler Lokalisation. Relativ seltene Indikationen sind Kontaktblutungen bei Zervizitis. Voraussetzungen für die erfolgreiche und für die Patientin sichere Anwendung von Laservaporisationen sind

1. eine kombinierte kolposkopisch-zytologisch-histologisch präoperative Sicherung des Befundes. Große klinische Erfahrung des Pathologen, des Zytologen und insbesondere des Kolposkopikers sind Voraussetzung für die einwandfreie Diagnostik.
2. Läsionen müssen komplett einsehbar sein.
3. Sorgfältige Nachkontrollen sind erforderlich. Eine entsprechende Compliance der Patientinnen ist eine weitere Voraussetzung.

Obwohl mittlerweile der größte Teil aller Patientinnen mit CIN mittels einer ambulanten Laservaporisation behandelt wird, ist die Durchführung einer Messerkonisation bzw. Laserkonisation in vielen Fällen unumgänglich. Indikationen sind insbesondere kolposkopisch nicht überschaubare endozervikale Läsionen, unklare persistierende zytologische Abstrichergebnisse, ausgedehnte ektozervikale Läsionen mit fraglich invasiver Komponente. Die manuell durchgeführte Laserkonisation hat sich gegenüber der Messerkonisation dabei nicht durchsetzen können, sie ist technisch schwierig. Ein neues Laserkonisationsverfahren mittels eines Handstückes wird noch erprobt. In besonderen Situationen, wie ausgedehnte endozervikale Läsionen und ins Scheidengewölbe reichende dysplastische Veränderungen, ist manchmal auch eine kombinierte Messerkonisation/Laservaporisation sinnvoll. Während die Messerkonisation die sichere Diagnostik intrazervikal sichert, ermöglicht die Laservaporisation ein moderates chirurgisches Vorgehen bei der Entfernung der häufig in das Scheidengewölbe ziehenden Veränderungen.

### 6.3 Eingriffe an der Vulva

#### 6.3.1 Kondylome

#### 6.3.2 VIN III – bowenoide Papulose

#### 6.3.3 Morbus Paget

#### 6.3.4 Pruritus vulvae (HPV-bedingte Läsionen)

Die Einführung der Lasertherapie im Bereich der Vulva hat die Vulvatherapie und -chirurgie von Präkanzerosen revolutioniert. Ausgedehnte chirurgische Eingriffe sind heute nur noch selten erforderlich.



Die häufigste Indikation für ambulante Lasertherapien sind Vulvakondylome.

Die zur Verfügung stehenden medikamentösen Verfahren sind nach wie vor, auch nach der Einführung von Imiquimot, häufig langwierig und schmerzhaft. Insbesondere, wenn es sich um ausgedehnte Läsionen handelt und frustrane medikamentöse Therapieversuche vorausgegangen sind, wird von einer Mehrheit der Patientinnen die Lasertherapie präferiert. Vulvakondylome werden heute an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen zu 98% ambulant und in Lokalanästhesie abgetragen. Inwiefern neue innovative immunologische Verfahren Verbesserung bringen, auch hinsichtlich der Rezidivraten, bleibt abzuwarten. Der Einsatz von Interferonen, Leukozytenultrafiltraten und therapeutischen Impfungen erfolgt in kontrollierten Studien.

Bei sehr ausgedehnten Läsionen, insbesondere bei hochgradigen Dysplasien – früher als bowenoide Papulose bekannt – muss in weniger als 5% auch heute noch der Eingriff in Narkose erfolgen.

Der Lasereingriff ersetzt aber in solchen Situationen die für die meist jungen Patienten persönlich katastrophale Vulvektomie und ermöglicht so ein organerhaltendes Vorgehen. Auch bei semimaligen Tumoren, wie dem Morbus Paget, kommt die Laservaporisation als Alternative zur radikalen Chirurgie in Betracht.

## **6.4 Eingriffe an der Vagina**

### **6.4.1 Kondylome**

### **6.4.2 VAIN I–III**

### **6.4.3 VAIN I–III nach Hysterektomie**

Häufig finden sich HPV-verursachte Läsionen wie Kondylome oder Dysplasien nicht an einer Stelle des unteren Genitaltraktes, sondern sind multilokulär ausgedehnt und befallen auch die Vagina. Die Therapie der Wahl bei vaginalen Läsionen ist heute die Laservaporisation. Zu empfehlende alternative Verfahren existieren in diesem Bereich nicht.

Gerade die vaginal häufig schlecht zu erreichenden Läsionen lassen sich mittels Lasertherapie konkurrenzlos gut ohne oder mit Lokalanästhesie entfernen.

Ein immer häufiger werdendes und zunehmend zu beobachtendes Phänomen sind Dysplasien am Scheidenabschluss nach Hysterektomie. Betroffen sind häufig Patientinnen im fortgeschrittenen Alter bei Zustand nach Konisation und/oder Hysterektomie wegen vor Jahrzehnten festgestellten Dysplasien.

Vor Einführung der Laservaporisation kam in solchen Fällen nur die Kolpektomie als sehr umfangreiches und die Funktion der Scheide häufig zerstörendes Verfahren in Betracht. Der damit verbundene wochenlange stationäre Aufenthalt kann heute in praktisch allen Fällen durch eine ambulante Laservaporisation ersetzt werden.

Auch wenn es aus unbekannter Ursache bei diesen Patienten über die Jahre zu Rezidiven kommt, so kann doch durch Einsatz

der Lasertherapie die Situation gut kontrolliert und immer wieder entfernt werden (Tab. 13).

## **7 Axilloskopie**

## **8 Sentinel Lymphnode-Verfahren über TRACER**

## **9 Myomoperationen**

Uteruserhaltende Myomoperationen stellen ein komplettes Spektrum subtiler organerhaltender Operationsverfahren dar, die je nach anatomischem Sitz des Myoms, Größe der Myome bzw. Anzahl der Myome (solitäres Myom oder multiple Myome), ggf. auch mit verschiedensten anatomischen Positionen, unterschieden werden.

Dabei sind hinsichtlich der minimalinvasiven Technik entweder der laparoskopische Zugang, der hysteroskopische Zugang oder der kombiniert laparoskopisch und hysteroskopische Zugang zur kompletten Myomexstirpation notwendig.

Die gesamte uteruserhaltende Myomchirurgie unterliegt einem strukturellen Wandel durch die Einführung laparoskopischer bzw. hysteroskopischer Operationstechniken.

Durch die Perfektionierung der Präparationsinstrumente und die Möglichkeit der Morcellierung mittels elektronischer Morcellatoren ist die Größe des Myoms bei der laparoskopischen Myomenukleation kein Problem mehr. Vielmehr muss hier die Problematik gesehen werden, dass bei noch nicht erfülltem bzw. prospektivem Kinderwunsch die Rekonstruktion im Vordergrund steht. Gerade hier liegen die Grenzen der Methode. Bei zu tief intramural gelegenen Myomen ist oftmals eine suffiziente Rekonstruktion der Uterotomie nur schwer möglich. Hier können im Extremfall Uterusrupturen bei nachfolgenden Schwangerschaften auftreten.

Die hysteroskopische Resektion submuköser Myome stellt die „minimalst“ invasive uteruserhaltende Myomoperation dar, wobei ausgedehnte hysteroskopische Operationen einen hohen Ausbildungsstand und eine akribische Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte erfordern.

Je nach Schwierigkeitsgrad sollten die folgenden Myomoperationen als eigenständige Eingriffe unabhängig voneinander abrechenbar sein.

### **9.1 Subseröse bzw. gestielte Myome ohne Notwendigkeit der Uteruswandrekonstruktion als solitäre Myome**

### **9.2 Mehrere Myome (3–4 Myome)**

### **9.3 Multiple Myome**

### **9.4 Solitäre oder multiple intramurale Myome mit der Notwendigkeit der Uteruswandrekonstruktion nach Enukleation**

### **9.5 Intraligamentäre Myome**

Tab. 13

**Kolposkopisch gesteuerte Eingriffe**

<b>I. Diagnostische Eingriffe</b>	<b>Indikation</b>	<b>Technik</b>	<b>amb./stat.</b>
Portio-PE	Dysplasien	ohne L. A.	99%
Vulva-PE	Leukoplakien	L. A.	99%
Vulva-Exzision	Pruritus	L. A.	
CK-Kürettage	Dystrophie	ohne L. A.	99%
<b>II. Eingriffe an der Portio</b>	<b>Indikation</b>	<b>Technik</b>	<b>amb./stat.</b>
1. Laservaporisation	CIN I – III	95% ohne L. A.	98%
	Kontaktblut. bei Zervizitis	95% ohne L. A.	98%
2. Laserkonisation	endozervik. Dysplasien	in Narkose	0%
3. Messerkonisation	mit Teflonkoagulation		
a) kolposkopisch gesteuert	CIN I – CIN III, fragliche Invasion	in Narkose	100% stat.
b) diagnostisch	unklare Situation, endozervikale Läsionen	in Narkose	100% stat.
4. Kombinierte Messerkonisation/Laservaporisation	unklarer endozervikaler Befund, ausgedehnte ektozervikale Läsionen		100% stat.
5. LEETZ Large Loop of the Transformation Z.		zur Zeit in Narkose	zu Zeit stationär
<b>III. Eingriffe an der Vulva</b>	<b>Technik</b>	<b>amb./stat.</b>	
a) Kondylome	in Lokalanästhesie	95%	
b) VIN III – bowenoide Papulose	bei ausgedehnten Läsionen		
c) Morbus Paget	auf Wunsch der Patientin in Narkose		
d) Pruritus vulvae (HPV-bedingte Läsionen)	in Lokalanästhesie, Brushing-Technik	100%	
<b>IV. Eingriffe an der Vagina</b>	<b>Technik</b>	<b>amb./stat.</b>	
a) Kondylome	meist ohne Lokalanästhesie	99%	
b) VAIN I – III	meist ohne Lokalanästhesie	95%	
c) VAIN I – III nach Hysterektomie	meist ohne Lokalanästhesie	95%	

**9.6 Zervikale Myome, die nach intraperitoneal oder retroperitoneal entwickelt sind**

**9.7 Solitäre oder multiple Myome mit kompliziertem Situs**  
wie z. B. in der Nähe der Uterinarterienbündel oder des Tubenabgangs bei Patienten mit prospektivem Kinderwunsch oder Sterilitätsproblematik

**9.8 Sehr große intramurale Myome**

die die komplette Wandung des Uterus durchsetzen und einen erheblichen Uteruswanddefekt darstellen.

**9.9 Intrakavitäre submuköse gestielte Myome****9.10 Intrakavitäre submukös/Intramurale Myome mit unterschiedlichem Myomanteil intramural****9.11 Intravaginale Zervixmyome**

Aufgrund der unterschiedlichen operativen Vorgehensweisen und des unterschiedlichen anatomischen Sitzes sind die in den vorausgegangenen Ziffern benannten Myomoperationen jeweils separat abrechenbar.

## ■ Myomexstirpation mit POR-8-Applikation

Die Verabreichung von Vasokonstriktiva ist nur bei starker Vasularisierung notwendig und speziell bei individueller Reduktion des Blutverlustes indiziert. Die Resektionen von mehreren Myomen oder bei sehr großen oder bei kompliziertem Sitz der Myome sind teilweise nur dann möglich, wenn durch die Anwendung von vasoconstructiva substanzial der Blutverlust bei der Enukleation der einzelnen Myome auf ein Minimum reduziert werden kann.

## ■ Uteruswandrekonstruktion

Im Falle tief intramural liegender Myome (in der Wandung des Uterus liegender Myome) ist bei prospektivem oder akutem Kinderwunsch die Rekonstruktion der Uteruswandung inkl. aller Wandschichtungen der schwierigste Eingriff bei der Myomenukulation. Hier sind aufwendige rekonstruktive Nahttechniken inkl. der Vereinigung aller durchtrennten Gewebeschichten des Uterus notwendig. Lediglich bei gestielten Myomen ist eine Uteruswandrekonstruktion nicht erforderlich. Hier sollte differenziert werden, und gerade bei der intramuralen Myomexstirpation ist die aufwendige Rekonstruktion schwieriger und subtiler als die Myomenukulation an sich.

## 10 Darmadhäsiole bei operativ-endoskopischen Eingriffen

Hierbei handelt es sich um eine völlig selbständige Leistung, die in der Mehrzahl einen größeren Aufwand mit höherer Risikokonstellation hinsichtlich sekundärer Darmverletzungen, Peritonitis usw. mit sich bringt, als die Operation der EUG an sich.

90% aller schwerwiegenden Komplikationen, die eine Re-Laparotomie, die Nachoperation einer Tubargravidität, ausmachen, sind Darmläsionen im Rahmen der Adhäsiole, um das Operationsgebiet hinsichtlich der Extrauterigravidität überhaupt zugänglich zu machen.

## 11 Intraperitoneale Lavage

Die intensive intraperitoneale Lavage als selbstständige Leistung ist nur dann notwendig, wenn durch akute, teils zurückliegende, teils frische Blutungen das gesamte kleine Becken so mit Blutkoageln ausgefüllt ist, dass als Ultima ratio zur Vermeidung einer Laparotomie zum Zugänglichmachen des Operationsgebietes und Vermeidung späterer Darmverwachsungen ein Herausspülen der Blutmassen, insbesondere der verhärteten Blutkoagel, notwendig ist. Im Falle der laparoskopischen Operation einer kleinen Tubargravidität ohne alte oder frische Blutkoagel ist sie ggf. nicht als separate Leistung notwendig.

## 12 Videoüberwachung: Endoskopie über Videokette

Die Videoüberwachung sollte eigentlich Videoskopie genannt werden, da das Operieren nicht mehr mit einem Auge von einem einzigen Mann ohne räumliches Sehen über ein Laparoskop oder ein Hysteroskop erfolgt, sondern durch videoskopische Übertragung auf einen großen Monitor erst kompliziertere laparoskopische wie hysteroskopische minimal invasive Operations- und Therapieverfahren möglich geworden sind. Bei einfachen Eingriffen, wie beispielsweise diagnostische Laparoskopie oder laparoskopische Sterilisationen ohne weitere intraperitoneale Pathologie oder Adhäsionen, ist im Gegensatz zu sonstigen videoskopischen Operationen kein räumliches Sehen über beide Augen und kein gleichzeitiges Operieren von einem ganzen Operationsteam unbedingt notwendig. Der Eingriff wird aber dadurch viel sicherer als beim Blick mit einem Auge durch das Endoskop selbst.

Von daher ist die Videoskopie originärer Bestandteil der modernsten innovativsten Entwicklung der minimalinvasiven Chirurgie. Ca. 90% der endoskopischen Operationsverfahren sind so erst in den letzten Jahren zur Vermeidung eines Bauchschnittes mit allen gesundheitlichen und ökonomischen Konsequenzen möglich geworden, die verbleibenden 10% der laparoskopischen Eingriffe, die nicht unbedingt auf Videoskopie angewiesen sind, werden aber durch die Videoüberwachung durch Videoskopie nicht nur wesentlich sicherer, sondern auch wesentlich präziser ermöglicht.

### ■ Zusammenfassende Wertung

Da die meisten Operateure die entsprechende Fachkenntnis und das entsprechende technische Equipment nicht zur Verfügung haben, sollte bei immer komplexer werdenden minimal invasiven Operationsverfahren ganz speziell auf die jeweilige Indikation geachtet werden. Hiermit wird vermieden, dass eine zu häufige Vermischung von Haupt- und Nebenleistung resultiert und

damit auch einer entsprechenden gezielten Falschabrechnung Vorbeuge geleistet wird. Gerade bei den hier angesprochenen Differenzierungen der Einzelleistungen muss in jedem Falle eine Indikation bestehen, da bei schematischer Abrechnung der verschiedenen Leistungen, wie z. B. Peritoneallavage, Ureterfreilegung, auch der Eindruck einer Kettenabrechnung entstehen könnte. Hier sollte im Sinne der gezielten Indikationsstellung und sachgerechten Abrechnung eine möglichst lückenlose Differenzierung erfolgen.

Ein spezielles Beispiel kann die Ureterolyse sein, da die laparoskopische Ureterolyse gerade bei Endometriose und Beckenwandfibrosierung für normale Operationszentren eine der schwierigsten und komplikationsreichsten Operationen überhaupt darstellt. Daher kann es nicht sein, dass dieser Eingriff immer oder häufig notwendig ist. Die Mehrzahl der Zentren ist hierzu gar nicht in der Lage. Die jeweilige Indikation hierzu muss gerechtfertigt sein, der Operateur muss über Ausbildung und technisches Equipment verfügen.

- Thermische und athermische Operationstechniken  
Bisher wurden in der operativen Laparoskopie überwiegend elektrochirurgische Techniken, so die Hochfrequenztechnik und die Endokoagulationstechnik eingesetzt.

Um die präparativen Verfahren in der endoskopischen gynäkologischen Chirurgie zu modifizieren oder zu ergänzen, wurden vielfältige Versuche unternommen (Tab. 14).

Tab. 14

### Konventionelle präparative Verfahren

I. Thermisch	Unipolare HF-Elektrode
a) Direkt-präparative Verfahren	- unipolare HF-Koagulation
b) Indirekt-präparative Verfahren (elektrische Hämostase, scharfe Präparation)	- Endokoagulation
	- Bipolarkoagulation
II. Nicht thermisch	
Indirekt-präparative Verfahren: scharfe Präparation nach:	
a) Endokoagulation	
b) vasokonstriktiven Substanzen (Vasopression)	

### ■ Die Nadelektrode

Die monopolare und bipolare Präparationselektrode hat sich nicht nur für konventionelle sondern auch laparoskopische Techniken weitgehend durchgesetzt.

### ■ Die Elektrokoagulationstechnik

Diese Technik ist ungefährlich für die Patientin, da der Stromfluss in einem separaten Stromkreis innerhalb des Instrumentes erfolgt. Die Gewebedestruktion ist jedoch erheblich, da der Punktkoagulator schon einen Durchmesser von 5 mm aufweist und dadurch per se schon eine Gewebeschädigung von 5 mm entsteht. Statt der Endokoagulationstechnik wird zur Verkleine-

rung der Zone einer thermischen Gewebedestruktion zur Erzeugung einer lokalen Ischämie die endoskopische Vasopressin-Applikation eingesetzt. Die Gabe dieser Substanz erfordert aber eine anästhesiologische Überwachung, da kardiovaskuläre Risiken befürchtet werden können.

#### ■ Die CO<sub>2</sub>-Laser-Laparoskopie

Nachdem der CO<sub>2</sub>-Laser bereits für mehrere Indikationen, z. B. zur Adhäsionolyse am offenen Abdomen, in der gynäkologischen Reproduktionschirurgie eingeführt worden war, hatte erstmals Bruhat den CO<sub>2</sub>-Laser via Arbeitskanal laparoskopisch (Single-Puncture-Laparoskop) eingesetzt. 1981 führte Tadir ein Second-Puncture-Laparoskop zur laparoskopischen CO<sub>2</sub>-Laser-Präparation ein. Der CO<sub>2</sub>-Laser hat sich in den letzten Jahren zum Laser der 1. Wahl für die operative Laparoskopie entwickelt.

### GOÄ-Kommentierung

#### Standard: Diagnostische Laparoskopie, Videoüberwachung (Tab. 15)

Tab. 15

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1087	Anlegen eines Portioadapters	0055	3,21
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
0700*	Laparoskopie	0800	46,63
5295	analog für Videoüberwachung, § 6	0240	13,99

\* Ziffer 700 nie neben Ziffer 701

#### Schwierigkeiten bei der Erstattung

##### Ziffer 5295 A GOÄ analog für Videoüberwachung

Die Berechnung der Ziffer 5295 A für die Videoüberwachung wird von einzelnen Krankenversicherungen bemängelt.

#### Kommentar

Die Videoüberwachung sollte eigentlich Videoskopie genannt werden, da das Operieren nicht mehr mit einem Auge von einer einzigen Person ohne die Möglichkeit des räumlichen Sehens über ein Laparoskop oder ein Hysteroskop erfolgt. Erst durch die videoskopische Übertragung auf einen großen Monitor sind komplizierte laparoskopische wie hysteroskopische minimalinvasive Operations- und Therapieverfahren möglich geworden. Bei einfachen Eingriffen, wie beispielsweise einer diagnostischen oder laparoskopischen Sterilisation ohne bestehende weitere intraperitoneale Pathologie oder Adhäsionen, ist im Gegensatz zu sonstigen videoskopischen Operationen kein räumliches Sehen über beide Augen und kein gleichzeitiges Operieren von einem ganzen Operationsteam unbedingt notwendig. Aber dadurch, dass mittels Videoskopie wie am offenen Abdomen operiert werden kann, wird ein noch so kleiner endoskopischer Eingriff viel sicherer als beim Betrachten mit einem Auge durch das Endo-

skop. Von daher ist die Videoskopie ein dringender zusätzlicher Bestandteil der modernsten innovativen Entwicklung der minimalinvasiven Chirurgie.

Die Voraussetzung für die Abrechnung ist die entsprechende technische Ausstattung und die Erfahrung des Operators in der Interpretation der erhobenen Befunde.

Aus diesem Grund ist die Ziffer 5295 analog für die Videoüberwachung als selbständige Leistung neben der Ziffer 700 GOÄ abrechnungsfähig.

#### Endometrioseoperationen

Leichtere Endometriosefälle profitieren von der endoskopischen Diagnostik, da sie so einer konsequenten Therapie zugeführt werden können. Die Endometriose nach dem AFS-Score I und II ist in den meisten Fällen laparoskopisch angebar.

Sehr leicht wird auch, vergleichbar zur laparoskopischen Adhäsionolyse, die Grenze des endoskopisch Sinnvollen überschritten und eine komplexe Endometriose, z. B. mit Befall der Ovarien oder des Septum rectovaginale, endoskopisch nur insuffizient therapiert und damit die Rezidivrate noch erhöht. Häufig ist die Methode bei fortgeschrittener Endometriose überfordert. Darüber hinaus führt die Gefahr der Verletzung der Nachbarorgane, insbesondere des Ureters, zu einer inakzeptablen Komplikationsdichte.

#### Elektrochirurgische Laser-Endometrioseresektionen bzw. Koagulationen

Im Rahmen des § 6 GOÄ sind selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses zu berechnen.

Um die Fertilität der Patientin erhalten zu können, ist eine möglichst radikale Entfernung der Endometriose erforderlich, und daher sind folgende Ziffern gemäß § 6 analog in Ansatz zu bringen (Tab. 16).

Tab. 16

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0706	<b>Analog:</b> Elektrochirurgische Laser-Endometrioseresektionen bzw. Koagulationen entspricht Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung, § 6	0600	34,97
2404	<b>Analog:</b> Endometrioseresektion im Bereich inneres Genital und Peritoneum entspricht Exzision einer größeren Geschwulst, § 6	0554	32,29

## Operation bei Extrauterin gravidität

- Operation bei Tubarabort
- Einfache Segmentresektion
- Segmentkoagulation
- Segmentresektion mit einzeitiger End-/End-Anastomosierung
- Lineare Salpingotomie
- transampulläre Expression der Tubargravidität („milk-out“)
- Partielle Salpingektomie
- Totale Salpingektomie
- Operation bei Ovarialgravidität

Die mit der Tubargravidität assoziierte Sterilitätsproblematik rückt mehr und mehr in den Vordergrund. Der überwiegende Teil der Patientinnen kann aufgrund frühester Diagnostik der Extrauterin gravidität einer geplanten und somit nicht notfallmäßigen Operation zugeführt werden. In etwa einem Drittel aller Fälle handelt es sich sogar um eine stehende Tubargravidität, bei der es nicht zur Tubenwandruptur oder zum Austritt von Blut in die freie Bauchhöhle gekommen ist (Tab. 17).

Tab. 17

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
0700	Laparoskopie	0800	46,63
5295	analog für Videoüberwachung	0240	13,99
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
1087	Anlegen eines Portioadapters	0055	3,21
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung (hier Adhäsolyse der Beckenwand, des Douglas-Raumes, des Uterus, des Sigmas und des Netzes) – z. B. als Ileusprophylaxe	1600	93,26
1048	Operation einer Extrauterin gravidität	2310	134,64
3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung (hier: kontinuierliche Spülung zur Ausräumung der Koagel)	0300	17,49

## Schwierigkeiten bei der Erstattung

### Ziffer 3172 GOÄ – Darmadhäsolyse

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3172 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung (Operation einer Extrauterin gravidität) als Zugangsleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Darmadhäsolyse bei operativ-endoskopischen Eingriffen kann eine selbständige Leistung darstellen, wenn sie nicht als Zugangsweg zur Extrauterin gravidität dient, sondern z. B. als Ileusprophylaxe.

In diesem Fall ist die Darmadhäsolyse zusätzlich neben der Ziffer 1048 GOÄ mit der Ziffer 3172 GOÄ berechnungsfähig und hat einen selbständigen Charakter neben dem Haupteingriff.

### Ziffer 3120 GOÄ – diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3120 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung (Operation einer Extrauterin gravidität) enthalten ist.

#### Kommentar

Die intensive intraperitoneale Lavage als selbständige Leistung ist nur dann notwendig und auch berechnungsfähig, wenn durch akute, teils zurückliegende, teils frische Blutungen das gesamte kleine Becken so mit Blutkoageln ausgefüllt ist, weil so eine Re-Laparotomie vermieden werden kann, zum Zugänglichmachen des Operationsgebietes und zur Vermeidung späterer Darmverwachsungen, ein Herausspülen der Blutmassen, insbesondere der Blutkoageln notwendig ist. Im Falle der laparoskopischen Operation einer kleinen Tubargravidität ohne alte oder frische Blutkoagel ist diese Leistung nicht zusätzlich berechnungsfähig.

### Operationstyp Salpingotomie

Hierunter ist die lineare Salpingotomie, das Aufschneiden der Tubenwand und das Herauspräparieren der Tubargravidität zu verstehen. Dies ist eines der aufwendigsten Verfahren, da zusätzlich zur Exstirpation der Tubargravidität gleichzeitig eine plastische Rekonstruktion der Tubenwand notwendig ist. Diese wiederum ist oft wesentlich schwieriger und muss hinsichtlich einer späteren Schwangerschaft subtiler durchgeführt werden als die Salpingotomie selbst.

Aus diesem Grund ist beim Operationstyp Salpingotomie zusätzlich zur Ziffer 1048 GOÄ (Operation einer Extrauterin gravidität) die Ziffer 1145 (Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, einseitig) mit 1660 Punkten berechnungsfähig, weil dies dem Leistungsumfang entspricht.

### Operationstyp Segmentresektion

#### mit einzeitiger End-zu-End-Anastomosierung

Das einzeitige Vorgehen zur primären End-zu-End-Anastomosierung nach Segmentresektion ist den Fällen vorbehalten, bei denen die kontralaterale Tube fehlt oder einen schweren Tubenschaden aufweist. Da jedoch die Gewebsverhältnisse in den meisten Fällen für eine Anastomose sehr ungünstig sind, wird heute allgemein das zweizeitige Vorgehen befürwortet.

Für dieses aufwendige Verfahren der Operation einer Extrauterin gravidität mit Erhalt der Fertilität muss zusätzlich zur Ziffer 1048 GOÄ (Operation einer Extrauterin gravidität) die Ziffer 1148 bzw. 1149 GOÄ (Plastische Operation bei Tubensterilität einseitig bzw. beidseitig) mit 2500 bzw. 3500 Punkten in Ansatz gebracht werden.

### Operationen bei Infertilität

- Salpingolyse- und Ovariolyse
- Fimbriolyse

## Tuboplastische Operationen bei distaler und proximaler Tubenpathologie bzw. Refertilisierungen

Obwohl die Rekonstruktion distaler Tubenpathologie als weit verbreitete Indikation zum laparoskopisch-rekonstruktiven Eingriff gilt, ist gerade diese Indikation sehr kritisch zu sehen. Hier sollte sich der Operateur bewusst sein, dass ein tubenrekonstruktiver Eingriff nur einmal vorgenommen werden kann, da eine nicht optimal durchgeführte Fimbriolyse, Fimbrioplastik oder Salpingotomie einen irreparablen Tubenschaden darstellt.

Hier muss kritisch unterschieden werden, ob der Eingriff nicht eher mikrochirurgisch erfolgen sollte bzw. eine Tubenrekonstruktion, beispielsweise bei dickwandiger oder gekammerter Sactosalpinx, eine unnötige Belastung für die Patientin darstellt und eine In-vitro-Fertilisation a priori bessere Erfolgsaussichten hätte (Tab. 18).

Tab. 18

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
1087	Anlegen eines Portoadapters	0055	3,21
0700	Laparoskopie	0800	46,63
5295	analog für Videoüberwachung	0240	13,99
1112	× 2, Tubendurchblasung (Chromoper-tubation)	0296 × 2	17,25 × 2
3172	Operative Darmmobilisation bei Ver-wachsungen, als selbständige Leistung – als selbständige Leistung, z. B. als Ileusprophylaxe	1600	93,26
1146	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig (hier Sal-pingo- und Ovarialyse bzw. Fimbriolyse)	2220	129,40
1829	× 2, Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters. (hier bei endometriose- oder verwachsungsbedingter retroperi-tonealer Fibrose)	2590 × 2	150,96 × 2

### Schwierigkeiten bei der Erstattung Ziffer 3172 GOÄ – Darmadhäsiole

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3172 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung als Zugangsleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Darmadhäsiole bei operativ-endoskopischen Eingriffen kann eine selbständige Leistung darstellen, wenn sie nicht als Zugangsweg zur Salpingolyse- und Ovariole oder Fimbriolyse dient, sondern z. B. als Ileusprophylaxe.

In diesem Fall ist die Darmadhäsiole zusätzlich neben der Ziffer 1048 GOÄ mit der Ziffer 3172 GOÄ berechnungsfähig und hat einen selbständigen Charakter neben dem Haupteingriff.

### Ziffer 1829 GOÄ – Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 1829 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Ziffer 1829 GOÄ ist nur dann als selbständige Leistung berechnungsfähig, wenn eine Freilegung der Beckenwand mit Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei endometriose- oder adhäsionsbedingter retroperitonealer Fibrose notwendig ist, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt.

- Fimbrioplastik
- Salpingostomie
- Salpingoneostomie
- Salpingotomie
- Salpingektomie
- Reanastomose (Tab. 19)

Tab. 19

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1087	Anlegen eines Portoadapters	0055	3,21
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
0700	Laparoskopie	0800	46,63
5295	analog für Videoüberwachung	0240	13,99
1112	× 2, Tubendurchblasung	0296 × 2	17,25 × 2
3172	Operative Darmmobilisation bei Ver-wachsungen, als selbständige Leistung, z. B. als Ileusprophylaxe	1600	93,26
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität, beidseitig	3500	204,01
1829	× 2 Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intra-peritonealen Verwachsungen des Harnleiters. (hier bei endometriose- oder verwachsungsbedingter retroperitonealer Fibrose).	2590 × 2	150,96 × 2

1. Die Ziffer 1148 bzw. 1149 GOÄ kann nicht für eine pertubare – ovarielle Adhäsiole, sondern nur bei organrekonstruktiven Eingriffen an der/den Tube(n) in Ansatz gebracht werden.
2. Die Ziffer 1146 GOÄ (Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig) für die Ovariole und Salpingolyse ist nicht neben der Ziffer 1149 GOÄ berechnungsfähig.

## Schwierigkeiten bei der Erstattung

### Ziffer 3172 GOÄ – Darmadhäsiole

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3172 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung als Zugangsleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Darmadhäsiole bei operativ-endoskopischen Eingriffen kann eine selbständige Leistung darstellen, wenn sie nicht als Zugangsweg zur Fimbrioplastik, Salpingostomie, Salpingoneostomie, Salpingotomie, Salpingoektomie oder Reanastomose dient, sondern z. B. als Ileusprophylaxe.

In diesem Fall ist die Darmadhäsiole zusätzlich neben der Ziffer 1048 GOÄ mit der Ziffer 3172 GOÄ berechnungsfähig und hat einen selbständigen Charakter neben dem Haupteingriff.

### Ziffer 1829 GOÄ – Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 1829 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Ziffer 1829 GOÄ ist nur dann als selbständige Leistung berechnungsfähig, wenn eine Freilegung der Beckenwand mit Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei endometriose- oder adhäsionsbedingter retroperitonealer Fibrose notwendig ist, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe, in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt.

### Operationen bei Adnextumoren

- Zystektomie, Zystenexstirpation, Zystenfenestration, Zystenpunktion
- Dermoidektomie
- Endometrioseresektion
- Ovarektomie/Adnexektomie
- Ovarialtumorexstirpation (Zystenexstirpation, Zystektomie, Dermoidektomie, Endometrioseexstirpation usw.)
- partielle Ovarektomie
- Elektrochirurgische bzw. Laserstichelungen multipler Zysten bei PCO-Syndrom
- transperitoneale Bergung über Bergesack

### Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Pathologie zystischer Adnextumoren kann keine 100%ig sichere Selektion hinsichtlich des endoskopischen Zuganges bei vermutet benignen Ovarialtumoren erfolgen. Daher sollte im Zweifelsfalle der endoskopische Zugang, trotz optimaler Selektion, nur bei der Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnittdiagnostik und des jederzeitigen Umschaltens auf eine Staging-Laparotomie gewählt werden. Die suffiziente Aufklärung der Patientin ist selbstverständlich. Auch sollte in diesen Fällen die laparoskopische Entfernung der Tumoren bzw. Adnexen möglichst im Bergesack erfolgen. Daher darf der endoskopische Zugang nur bei optimaler Selektion und nur bei der Möglichkeit der intraoperativen Gewebeschnittdiagnostik und des jederzeitigen Umschaltens auf eine Staging-Lapa-

rotomie gewählt werden. Die suffiziente Aufklärung der Patientin ist selbstverständlich. Bei postmenopausalen Patientinnen ist die ablative Therapie die Therapie der Wahl (Tab. 20).

Tab. 20

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1087	Anlegen eines Portoadapters	0055	3,21
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
0700	Laparoskopie	0800	46,63
0317	Punktion eines Adnextumors	0350	20,40
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung (hier Adhäsiole des Sigmas und des Netzes)	1600	93,26
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intra-peritonealen Verwachsungen des Harnleiters (hier bei endometriose- oder verwachsungsbedingter retroperitonealer Fibrose).	2590	150,96
1145	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, einseitig	1660	96,76

### Anmerkung

#### Ovarialzystenstichelung bei PCO-Syndrom mittels Elektrode oder Laser

Die zusätzlich Ovarialzystenstichelung bei PCO-Syndrom mittels Elektrode oder Laser ist separat mit der Ziffer 706 analog in Ansatz zu bringen.

### Schwierigkeiten bei der Erstattung

#### Ziffer 3172 GOÄ – Darmadhäsiole

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3172 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung als Zugangsleistung enthalten ist.

#### Kommentar

Die Darmadhäsiole bei operativ-endoskopischen Eingriffen kann eine selbständige Leistung darstellen, wenn sie nicht als Zugangsweg zur Operation von Adnextumoren dient, sondern z. B. als Ileusprophylaxe.

In diesem Fall ist die Darmadhäsiole zusätzlich neben der Ziffer 1048 GOÄ mit der Ziffer 3172 GOÄ berechnungsfähig und besitzt einen selbständigen Charakter neben dem Haupteingriff.

### Ziffer 1829 GOÄ – Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 1829 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung enthalten ist.

**Kommentar**

Die Ziffer 1829 GOÄ ist nur dann als selbständige Leistung berechnungsfähig, wenn eine Freilegung der Beckenwand mit Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei endometriose- oder adhäsionsbedingter retroperitonealer Fibrose notwendig ist, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt.

Die Ureterolyse stellt nur dann eine separate Leistung dar, wenn eine komplette Freilegung der Beckenwand und Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei Endometriose, Adhäsionen bzw. retroperitonealer Fibrosierung erforderlich ist; dann ist eine übermäßig komplizierte Operation notwendig, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt. In diesem Fall handelt es sich um einen separaten und eigenständig berechenbaren Eingriff. Falls die genannten Bedingungen nicht erfüllt werden, liegt auch keine separate Leistung vor.

**Operationen bei Myomen**

- Operation bei gestieltem Myom
- Operation bei subserösem Myom
- Operation bei intra- und transmuralen Myom
- Operation bei submukösem und intrakavitärem Myom
- Operation bei zervikalem Myom
- Operation bei intraligamentärem Myom
- Entfernung der Myome aus der Bauchhöhle

**Vorbemerkung**

Die gesamte uteruserhaltende Myomchirurgie unterliegt einem strukturellen Wandel durch die Einführung laparoskopischer bzw. hysteroskopischer Operationstechniken. Durch die Perfektionierung der Präparationsinstrumente und die Möglichkeit der Morcellierung mittels elektronischer Morcellatoren ist die Größe des Myoms bei der laparoskopischen Myomenukleation kein Problem mehr. Vielmehr muss hier die Problematik gesehen werden, dass bei noch nicht erfülltem bzw. prospektivem Kinderwunsch die Rekonstruktion im Vordergrund steht. Gerade hier liegen die Grenzen der Methode. Bei zu tief intramural gelegenen Myomen ist oftmals eine suffiziente Rekonstruktion der Uterotomie nur schwer möglich. Hier können im Extremfall Uterusrupturen bei nachfolgenden Schwangerschaften auftreten. Die hysteroskopische Resektion submuköser Myome stellt die minimalst invasive uteruserhaltende Myomoperation dar, wobei ausgedehnte hysteroskopische Operationen einen hohen Ausbildungsstand und eine akribische Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte erfordern (Tab. 21).

**Schwierigkeiten bei der Erstattung****Ziffer 1829 GOÄ – Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose**

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 1829 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung enthalten ist.

Tab. 21

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
1087	Anlegen eines Portioadapters	0055	3,21
0700	Laparoskopie	0800	46,63
1800	analog für manuelle elektronische Morcellierung entspricht Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung, § 6	1480	86,27
./-700	abzüglich: diagnostische Laparoskopie	- 800	- 46,63
0264	analog für vaso konstriktion, § 6	0120	7,00
1162	Abdominale Myomenukleation – subseröses Myom	1850	107,83
1162	Abdominale Myomenukleation – intraligamentäres Myom	1850	107,83
1829	× 2 Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters. (hier bei druckbedingter retroperitonealer Fibrose) – bei intraligamentärem oder laterozervikalem Myomsitz –	2590 × 2	150,96 × 2
1160	analog für Uterusrekonstruktion	2770	161,46

**Kommentar**

Die Ziffer 1829 GOÄ ist nur dann als selbständige Leistung berechnungsfähig, wenn eine Freilegung der Beckenwand mit Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei endometriose- oder adhäsionsbedingter retroperitonealer Fibrose, notwendig ist, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt. Diese Ziffer kann nur bei intraligamentärem oder laterozervikalem Sitz des Myoms berechnet werden.

Die Ureterolyse stellt nur dann eine separate Leistung dar, wenn eine komplette Freilegung der Beckenwand und Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei Endometriose, Adhäsionen bzw. retroperitonealer Fibrosierung, notwendig wird; dann ist eine übermäßig komplizierte Operation notwendig, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigeren mit höherer Komplikationsrate darstellt. In diesem Fall handelt es sich um einen separaten und eigenständig berechenbaren Eingriff. Falls die genannten Bedingungen nicht erfüllt werden, liegt auch keine separate Leistung vor.

**Ziffer 264 analog für Vasokonstriktion**

Die Krankenversicherungen lehnt die Erstattung ab, da es sich nicht um eine selbständige Leistung im Sinne des § 6 Analogbewertung handele. Sie behaupten, diese Leistung sei eine flankie-



rende Maßnahme, die in der Zielleistung 1162 (abdominale Myomenukleation) enthalten ist.

#### *Kommentar*

Die Verabreichung von vaso constrictiva ist nur bei starker Vaskularisierung notwendig und speziell bei individueller Reduktion des Blutverlustes indiziert. Die Resektionen von mehreren Myomen oder bei sehr großen Myomen oder bei kompliziertem Sitz der Myome sind teilweise nur dann möglich, wenn durch die Anwendung von vaso konstruktiva substanziiell der Blutverlust bei der Eukleation der einzelnen Myome auf ein Minimum reduziert werden kann.

Daher stellt die Verabreichung von vaso constrictiva eine selbständige ärztliche Leistung dar und ist mit der Ziffer 264 analog in Ansatz zu bringen.

#### **Ziffer 1160 analog für Uterusrekonstruktion**

Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese zusätzliche aufwendige und schwierige Leistung in der Zielleistung abdominale Myomenukleation enthalten und nicht als selbständige Leistung im Sinne des § 6 analog zu berechnen ist.

#### *Kommentar*

Im Falle tief intramural liegender Myome (in der Wandung des Uterus liegender Myome) ist bei prospektivem oder akutem Kinderwunsch die Rekonstruktion der Uteruswandung inklusive aller Wandschichten der schwierigste Eingriff bei der Myomenukleation. Hier sind aufwendige rekonstruktive Nahttechniken inklusive der Vereinigung aller durchtrennten Gewebeschichten des Uterus notwendig. Lediglich bei gestielten Myomen ist eine Uteruswandresektion nicht erforderlich. Hier sollte differenziert werden, und gerade bei der intramuralen Myomenukleation ist die aufwendige Rekonstruktion schwieriger und subtiler, als die Myomenukleation selbst.

Deshalb muss festgehalten werden, dass bei der intramuralen Myomenukleation die Uteruswandrekonstruktion eine zusätzliche selbständige Leistung ist und mit der Ziffer 1160 analog gemäß § 6 GOÄ in Ansatz zu bringen ist.

#### **Ziffer 1162 GOÄ – Myomenukleation**

Die Krankenversicherungen behaupten, dass die Ziffer 1162 nur einmal abzurechnen ist, obwohl der Leistungstext dieser Ziffer die Einzahl definiert.

#### *Kommentar*

Der Leistungstext der Ziffer 1162 in der aktuellen GOÄ (abdominale Myomenukleation) schreibt nur in der Einzahl.

Je nach Schwierigkeitsgrad sind die folgenden Myomoperationen als eigenständige Eingriffe jeweils mit der Ziffer 1162 GOÄ bzw. 1137 GOÄ unabhängig voneinander und unabhängig von der Anzahl bei gleichem Myomsitz abrechnungsfähig.

- subseröse bzw. gestielte Myome ohne Notwendigkeit der Uteruswandrekonstruktion als solitäre Myome
- solitäre oder multiple intramurale Myome mit der Notwendigkeit der zusätzlichen Uteruswandrekonstruktion nach Eukleation
- intraligamentäre Myome

- zervikale Myome, die nach intraperitoneal oder retroperitoneal entwickelt sind
- solitäre oder multiple Myome mit kompliziertem Sitz wie z. B. in der Nähe der Uterinagefäßbündel oder des Tubenabganges bei Patienten mit prospektivem Kinderwunsch oder Sterilitätsproblematik
- sehr große intramurale Myome, die die komplette Wandung des Uterus durchsetzen und einen erheblichen Uteruswanddefekt darstellen
- intrakavitäre submukös gestielte Myome
- intrakavitäre submukös/intramurale Myome mit unterschiedlichem Myomanteil intramural
- intravaginale Zervixmyome

Diese Abrechnungsweise erfordert eine äußerst diffizile Dokumentation im Operationsbericht.

#### **Kommentar zur Ziffer 1800 analog für die manuelle elektronische Morcellierung**

Die Grundlage für die Möglichkeit der Eukleation von Myomen auf endoskopischem Wege und deren anschließenden Bergung aus der Bauchhöhle ist nur mit der Durchführung einer Morcellierung möglich. Bei der endoskopischen Morcellierung ist eine Laparotomie nicht notwendig. Da in der Ziffer 1800 die Leistung nach Ziffer 700 enthalten ist, muss bei der endoskopischen manuellen elektronischen Morcellierung die Ziffer 700 **in Abzug** gebracht werden.

#### **Operationen zur Uterusentfernung**

- laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie ohne Adnexe
- laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie mit Adnexe (Tab. 22)

#### **Schwierigkeiten bei der Erstattung**

#### **Ziffer 3172 GOÄ – Darmadhäsioolyse**

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 3172 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung als Zugangsleistung enthalten ist.

#### *Kommentar*

Die Darmadhäsioolyse bei operativ-endoskopischen Eingriffen kann eine selbständige Leistung darstellen, wenn sie nicht als Zugangsweg zur LAVH dient, sondern z. B. als Ileusprophylaxe.

Aus diesem Grund ist die Darmadhäsioolyse zusätzlich mit der Ziffer 3172 GOÄ berechnungsfähig und besitzt einen selbständigen Charakter neben dem Haupteingriff.

#### **Ziffer 1829 GOÄ – Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose**

Die Selbständigkeit der Leistung nach Ziffer 1829 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung enthalten ist.

#### *Kommentar*

Die Ziffer 1829 GOÄ ist nur dann als selbständige Leistung berechnungsfähig, wenn eine Freilegung der Beckenwand mit Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei endometriose- oder adhäsionsbedingter retroperitonealer

Tab. 22

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
0007	Vaginale Untersuchung	0160	9,33
0321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	0050	2,91
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	0148	8,63
1087	Anlegen eines Portioadapters	0055	3,21
0700	Laparoskopie	0800	46,63
1146	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig (hier: Ovariolyse)	2220	129,40
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung (hier Adhäsiolyse des Sigmas und des Netzes)	1600	93,26
1829	× 2, Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters. (hier bei druck- oder verwachsungsbedingter retroperitonealer Fibrose)	2590 × 2	150,96 × 2
1138	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, ohne Adnexentfernung oder	2770	161,46
1139	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, mit Adnexentfernung	3330	194,10

Fibrose notwendig ist, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe in den meisten Fällen den schwierigen Eingriff mit höherer Komplikationsrate darstellt.

Die Ureterolyse stellt nur dann eine separate Leistung dar, wenn eine komplette Freilegung der Beckenwand und Ureterolyse bei starken Beckenwandverwachsungen, insbesondere bei Endometriose, Adhäsionen bzw. retroperitonealer Fibrosierung, notwendig wird; dann ist eine übermäßig komplizierte Operation notwendig, da die endoskopische Freilegung der Beckenwände im Bereich der großen Gefäße zur Lösung des Ureters im Vergleich zum Eingriff an Tube, Ovar oder ganzer Adnexe, in den meisten Fällen den schwierigeren Eingriff und mit höherer Komplikationsrate darstellt. In diesem Fall handelt es sich um einen separaten und eigenständig berechenbaren Eingriff. Falls die genannten Bedingungen nicht erfüllt werden, liegt auch keine separate Leistung vor.

#### Operationen bei Deszensus und Harninkontinenz

- Kolposuspensionsplastik
- vordere und hintere Kolporrhaphie mit Beckenbodenplastik
- Douglas-Verödung
- vaginale Sacropexie
- Abdominale Vaginae-Fixatio z. B. nach McCall
- paravaginale Kolpopexie als zusätzliche Suspension der deszendierenden vorderen apikalen Vaginalwand als zusätzliche Leistung zur einfachen Kolposuspension

Diese Eingriffe werden im Abschnitt der offenen Verfahren behandelt.

### Operative Therapie gynäkologischer Malignome

#### Zervixcarcinom

##### Vorbemerkung

Die typische Operation des Zervixcarcinom ist die abdominale Radikaloperation nach Wertheim-Meigs. Die vaginale Radikaloperation nach Schauta-Amreich hat in den letzten Jahren eine Renaissance erfahren. In der GOÄ werden beide Verfahren gleich bewertet gegenübergestellt. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ wurde überwiegend nur das Stadium I b operiert. Höhere Tumorstadien wurden fast ausschließlich bestrahlt. Die pelvine Lymphonodektomie wird zusätzlich zur radikalen Hysterektomie im Rahmen des abdominalen Eingriffs durchgeführt, bei der vaginalen Radikaloperation unterbleibt die pelvine Lymphonodektomie oder wird in einem separaten Eingriff ggf. endoskopisch vorgenommen. Die paraaortale Lymphonodektomie wurde zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ beim Kollumkarzinom praktisch nicht durchgeführt, in Einzelfällen höchstens als Lymphknotensampling, um daraus weitere Therapiekonsequenzen abzuleiten (z. B. Bestrahlung) (Tab. 23).

Tab. 23

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4620	269,29
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters) (hier bei tumor- und druckbedingter retroperitonealer Fibrose)	2590	150,96
2580	analog für die komplette Freilegung und Schonung des Nervus obturatorius entspricht Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, § 6	0554	32,29
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	129,40
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage (hier Anlage einer Easy-flow-Drainage)	0250	14,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen (hier subcutane Redondrainage)	0060	3,50
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	0273	15,91

### Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffern 2802, 2580 analog, 1829, 1809 GOÄ neben 1166 GOÄ

Die Selbständigkeit der Leistungen nach den Ziffern 2802, 2580 analog, 1829 und 1809 GOÄ neben der Leistung nach Ziffer 1166 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistungen in der Hauptleistung (Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten) enthalten ist.

#### Kommentar zur Ziffer 1829 GOÄ

In seltenen Fällen ist beim Zervixcarcinom der Ureter ein- oder beidseitig schon kranial der Parametrien in Tumorgewebe eingebettet, wodurch eine Harnleiterfreilegung bei tumor- und druckbedingter Fibrose erforderlich wird, die nicht bereits in der Hauptleistung (radikalen Hysterektomie) enthalten ist. Diese operative Leistung geht nämlich davon aus, dass der Ureter aus dem Parametrium freipräpariert werden muss, das in der Regel nicht tumorinfiltriert ist.

#### Kommentar zur Ziffer 2580 analog

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung in den Lymphknoten der Fossa obturatoria wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Andernfalls muss der N. obturatorius in seinem gesamten Verlauf in besonderer Tiefe vom Plexus pelvicus bis zum Foramen obturatum aus dem Tumor herausgelöst werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar und ist mit der Ziffer 2580 analog in Ansatz zu bringen.

#### Kommentar zur Ziffer 2802 GOÄ

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung zur Beckenwand hin wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Wird eine radikale Tumorektomie auch unter Entfernung von freien Tumorkonglomeraten im kleinen Becken durchgeführt, müssen ggf. Blutgefäße im Stromgebiet der A. und V. iliaca externa, interna oder communis bis zum Hauptstamm (Aorta) freipräpariert oder ligiert werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar. Selbstverständlich kann diese Ziffer nicht für die Unterbindung der A. und V. uterina angesetzt werden, da diese Leistung integraler Bestandteil der radikalen Hysterektomie ist (Tab. 24).

### Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffer 1809 neben der Ziffer 1167

Die Selbständigkeit dieser Leistung nach Ziffer 1809 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistung in der Hauptleistung (Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal) enthalten ist.

#### Kommentar zur Ziffer 1809 neben Ziffer 1167 GOÄ

Die Ziffer 1167 GOÄ ist gegenüber der Ziffer 1166 GOÄ mit 280 Punkten höher bewertet. Die Ziffer sieht ausschließlich die abdominale Vorgehensweise vor. Diese Ziffer umfasst als Zielleistung die typische radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation, Präparation der Parametrien mit den darin enthaltenen Lymphknoten und Lymphbahnen und die Resektion der Scheidenmanschette. Zusätzlich ist die Entfernung paraaortaler Lymphknoten Teil der Zielleistung. Dabei kann es sich jedoch nur um ein

Tab. 24

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	4900	285,61
1809	totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,71
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intra-peritonealen Verwachsungen des Harnleiters) (hier bei tumor- und druckbedingter retroperitonealer Fibrose)	2590	150,96
2580	analog für die komplette Freilegung und Schonung des Nervus obturatorius entspricht Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, § 6	0554	32,29
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	129,40
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage (hier Anlage einer Easy-flow-Drainage)	0250	14,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen (hier subcutane Redondrainage)	0060	3,50
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	0273	15,91

Lymphknotensampling handeln. Dies ergibt sich zwingend aus einem Vergleich mit der Ziffer 1809 GOÄ (totale retroperitoneale Lymphadenektomie), die mit 4610 Punkten bewertet ist. Wäre diese Leistung in der Ziffer 1167 enthalten, entfielen auf die radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation etc. nur 290 Punkte.

Die Ziffer 1167 GOÄ kann also beim Zervixcarcinom dann eingesetzt werden, wenn neben der radikalen Hysterektomie lediglich ein zusätzliches paraaortales Lymphknotensampling erfolgt.

### Korpuscarcinom

#### Vorbemerkung

Für das Korpuscarcinom sieht der Ordnungsgeber in der GOÄ keine eigenständige Leistungsposition vor. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ war die Standardoperation beim Korpuscarcinom die abdominale Hysterektomie mit beidseitiger Adnexektomie. In den letzten Jahren haben jedoch Techniken der radikalen Hysterektomie beim Korpuscarcinom zunehmende Bedeutung erlangt. Daneben hat auch die pelvine und teilweise die paraaortale Lymphonodektomie Eingang in das Behandlungskonzept gefunden. Gemäß diesen Ausführungen kommen je nach tatsächlich durchgeführter Operation folgende Abrechnungsmodalitäten in Betracht (Tab. 25).

Tab. 25

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
1138	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung oder	2770	161,46
1139	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung oder	3330	194,10
1166 *1	analog Radikaloperation des Korpuscarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten entspricht Radikaloperation des Zervixcarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten, § 6 oder	4620	269,29
1167 *2	analog Radikaloperation des Korpuscarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten entspricht Radikaloperation des Zervixcarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal, § 6	4900	285,61
1145 *1, *2	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76
1146 *1, *2	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1809 *2	totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,71
2580	analog für die komplette Freilegung und Schonung des Nervus obturatorius entspricht Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, § 6	0554	32,29
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	129,40
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage (hier Anlage einer Easy-flow-Drainage)	0250	14,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen (hier subcutane Redondrainage)	0060	3,50
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	0273	15,91

**Schwierigkeiten bei der Erstattung**

Ziffer 1809 neben Ziffer 1167 GOÄ

Ziffer 2580 analog und Ziffer 2802 neben Ziffer 1166 bzw. 1167 GOÄ Die Selbständigkeit der Leistungen nach den Ziffern 2802, 1809 und 2580 analog neben der Leistung nach Ziffer 1166 bzw. 1167 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistungen in der Hauptleistung enthalten ist.

**Kommentar zur Ziffer 1166 analog GOÄ \*1**

Erfolgt die Hysterektomie als radikale Hysterektomie mit pelviner Lymphonodektomie, so ist dies die entsprechende Abrechnungsziffer, falls nicht gleichzeitig ein paraaortales Lymphknotensampling vorgenommen wird (dann GOÄ 1167). Neben dieser Ziffer ist dann bei durchgeführter Adnexektomie die Ziffern 1145 oder 1146 GOÄ abrechenbar.

**Kommentar zur Ziffer 1167 analog GOÄ \*2**

Erfolgt die Hysterektomie als radikale Hysterektomie mit pelviner Lymphonodektomie und paraaortalem Lymphknotensampling, ist dies die entsprechende Abrechnungsziffer. Neben dieser Ziffer ist dann die Adnexektomie nach Ziffer 1145 oder 1146 GOÄ abrechenbar.

**Kommentar zur Ziffer 2580 analog GOÄ \*1, \*2**

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung in den Lymphknoten der Fossa obturatoria wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Andernfalls muss

der N. obturatorius in seinem gesamten Verlauf in besonderer Tiefe vom Plexus pelvicus bis zum Foramen obturatum aus dem Tumor herausgelöst werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar und ist mit der Ziffer 2580 analog in Ansatz zu bringen.

**Kommentar zur Ziffer 2802 analog GOÄ \*1, \*2**

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung zur Beckenwand hin wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Wird eine radikale Tumorektomie auch unter Entfernung von freien Tumorkonglomeraten im kleinen Becken durchgeführt, müssen ggf. Blutgefäße im Stromgebiet der A. und V. iliaca externa, interna oder communis bis zum Hauptstamm (Aorta) freipräpariert oder ligiert werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar. Selbstverständlich kann diese Ziffer nicht für die Unterbindung der A. und V. uterina angesetzt werden, da diese Leistung integraler Bestandteil der radikalen Hysterektomie ist.

**Kommentar zur Ziffer 1809 analog GOÄ \*2**

Die Ziffer 1167 GOÄ ist gegenüber der Ziffer 1166 GOÄ mit 280 Punkten höher bewertet. Die Ziffer sieht ausschließlich die abdominale Vorgehensweise vor. Die Ziffer umfasst die Zielleistung als typische radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation, Präparation der Parametrien mit den darin enthaltenen Lymphknoten und Lymphbahnen und die Resektion der Scheidenmanschette. Zusätzlich ist die Entfernung paraaortaler Lymphknoten

Tab. 26

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
1166 *1	analog Radikaloperation des Ovarialcarcinom, abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten entspricht Radikaloperation des Zervixcarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten, § 6 oder	4620	269,29
1167 *2	analog Radikaloperation des Ovarialcarcinom, abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten entspricht Radikaloperation des Zervixcarcinom, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der Lymphstrom- gebiete, auch paraaortal, § 6	4900	285,61
1145 *1, *2	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76
1146 *1, *2	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1809 *2	totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,71
2580	analog für die komplette Freilegung und Schonung des Nervus obturatorius entspricht Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, § 6	0554	32,29
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	129,40
3200	einfache Appendektomie	1480	86,27
3172	analog für partielle oder komplette Omentektomie entspricht operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung; § 6	1600	93,26
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	1850	107,83
3172	operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung, z. B. als Ileusprophylaxe oder	1600	93,26
3166	operative Beseitigung der Atresien, <b>Stenosen</b> , (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	174,86
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage (hier Anlage einer Easy-flow-Drainage)	0250	14,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen (hier subcutane Redondrainage)	0060	3,50
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	0273	15,91

Teil der Zielleistung. Dabei kann es sich jedoch nur um ein Lymphknotensampling handeln. Dies ergibt sich zwingend aus einem Vergleich mit der Ziffer 1809 GOÄ (totale retroperitoneale Lymphadenektomie), die mit 4610 Punkten bewertet ist. Wäre diese Leistung in der Ziffer 1167 enthalten, entfielen auf die radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation etc. nur 290 Punkte.

Die Ziffer 1167 GOÄ kann also beim Korpuscarcinom dann eingesetzt werden, wenn neben der radikalen Hysterektomie lediglich ein zusätzliches paraaortales Lymphknotensampling erfolgt.

### Ovarialcarcinom

#### Vorbemerkung

Auch für die operative Behandlung des Ovarialcarcinoms gibt es keine Ziffern, die dessen Therapie als Zielleistung enthalten. Die Abrechnung der operativen Maßnahmen muss daher ganz individuell an der tatsächlich erbrachten Leistung ausgerichtet werden. Gerade beim Ovarialcarcinom ist das Spektrum der zu erbringenden Leistungen sehr unterschiedlich: Im Stadium I + II kann in Einzelfällen bei noch bestehendem Kinderwunsch sogar organerhaltend operiert werden, während im Stadium III (ca. 60% aller Fälle bei der Primärdiagnose!) mit diffuser Ausbreitung

in der Peritonealhöhle eine möglichst maximale Tumorreduktion oder sogar Tumorfreiheit nur durch umfassende operative Teilschritte erreicht werden kann. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ wurde die operative Therapie in diesen Fällen häufig wegen sog. Inoperabilität abgebrochen, während heute in Zentren mit entsprechender Ausstattung und operativem Training in ca. 2/3 der Fälle eine völlige Tumorfreiheit oder eine Tumorreduktion mit Resten unter 2 cm Durchmesser erreicht werden kann (Tab. 26).

#### Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffer 1809 neben Ziffer 1167 GOÄ

Ziffern 2580 analog, Ziffer 3172, Ziffer 1805, Ziffer 1809

und Ziffer 2802 neben Ziffer 1166 bzw. 1167 GOÄ

Die Selbständigkeit der Leistungen nach den Ziffern 2802, 1809, 3172, 1805 und 2580 analog neben der Leistung nach Ziffer 1166 bzw. 1167 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistungen in der Hauptleistung enthalten sind.

**Kommentar zur Ziffer 1809 analog GOÄ \*2**

Die Ziffer 1167 GOÄ ist gegenüber der Ziffer 1166 GOÄ mit 280 Punkten höher bewertet. Die Ziffer sieht ausschließlich die abdominale Vorgehensweise vor. Diese Ziffer umfasst als Zielleistung die typische radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation, Präparation der Parametrien mit den darin enthaltenen Lymphknoten und Lymphbahnen und die Resektion der Scheidenmanschette. Zusätzlich ist die Entfernung paraaortaler Lymphknoten Teil der Zielleistung. Dabei kann es sich jedoch nur um ein Lymphknotensampling handeln. Dies ergibt sich zwingend aus einem Vergleich mit der Ziffer 1809 GOÄ (totale retroperitoneale Lymphadenektomie), die mit 4610 Punkten bewertet ist. Wäre diese Leistung in der Ziffer 1167 enthalten, entfielen auf die radikale Hysterektomie mit Ureterpräparation etc. nur 290 Punkte.

Die Ziffer 1167 GOÄ kann also beim Ovarialcarcinom analog dann angesetzt werden, wenn neben der radikalen Hysterektomie lediglich ein zusätzliches paraaortales Lymphknotensampling erfolgt.

**Kommentar zur Ziffer 2580 analog**

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung in den Lymphknoten der Fossa obturatoria wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Andernfalls muss der N. obturatorius in seinem gesamten Verlauf in besonderer Tiefe vom Plexus pelvicus bis zum Foramen obturatum aus dem Tumor herausgelöst werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar und ist mit der Ziffer 2580 analog in Ansatz zu bringen.

**Kommentar zur Ziffer 2802 GOÄ**

Bei einer ausgedehnten Tumorausbreitung zur Beckenwand hin wird von einigen Operateuren der Eingriff abgebrochen und die Region nachbestrahlt. Wird eine radikale Tumorektomie auch unter Entfernung von freien Tumorkonglomeraten im kleinen Becken durchgeführt, müssen ggf. Blutgefäße im Stromgebiet der A. und V. iliaca externa, interna oder communis **bis** zum Hauptstamm (Aorta) freipräpariert oder ligiert werden. In diesen Fällen stellt dieser Teil der Operation einen selbständigen Operationsschritt dar. Selbstverständlich kann diese Ziffer nicht für die Unterbindung der A. und V. uterina angesetzt werden, da diese Leistung integraler Bestandteil der radikalen Hysterektomie ist.

**Kommentar zur Ziffer 3172 analog**

Die Netzresektion bis zum Quercolon bzw. bis zur Magenkurvatur muss heute Bestandteil der operativen Therapie des Ovarialcarcinoms sein. Für diese operative Maßnahme, die in dieser Form praktisch nur im Rahmen der Primärtherapie des Ovarialcarcinoms durchgeführt wird, gibt es in der GOÄ keine abgreifbare Ziffer. Andererseits ist dieser operative Schritt in keiner anderen operativen Leistung enthalten. Es ist daher zwingend geboten, die Netzresektion über die Analogziffer 3172 analog abzurechnen. Dieser Sachverhalt wird auch durch den Kommentar zur GOÄ für Ärzte von Dr. med. Brück, Dr. med. L. Krimmel, Dr. jur. R. Hess, Dr. med. B. Kleinken u. Dr. med. H.-J. Warlo bestätigt.

**Kommentar zur Ziffer 1805 GOÄ**

Beim Ovarialcarcinom ist häufig bereits das Blasenperitoneum tumorinfiltriert, so dass eine vollständige Entfernung des Blasenperitoneum erforderlich wird. Diese Ausdehnung des Eingriffes stellt eine zusätzliche ärztliche Leistung dar, die nicht in der Hauptleistung enthalten und daher zusätzlich mit der Ziffer 1805 GOÄ in Ansatz zu bringen ist.

**Kommentar zur Ziffer 3172 oder 3166 GOÄ**

Beim Ovarialcarcinom ist das gesamte Darmkonvolut häufig tumorbedingt zu einem Konglomerat verwachsen, und es besteht eine Subileus-, Ileus- oder Stenosesymptomatik. In diesen Fällen muss eine systematische, häufig mehrere Stunden dauernde, Adhäsiolese erfolgen, damit sodann entschieden werden kann, ob ggf. Darmsegmente zusätzlich reseziert werden müssen. Diese Leistung stellt einen eigenständigen Teilschritt der Operation dar und ist mit der Ziffer 3172 bzw. 3166 zusätzlich in Ansatz zu bringen. Sie ist nicht in anderen Leistungsziffern im Rahmen der operativen Therapie des Ovarialcarcinoms enthalten.

Die Ziffer kann **nicht** in Ansatz gebracht werden, wenn es sich lediglich um einzelne Verwachsungsstränge handelt, in die z.B. Uterus und Adnexe einbezogen sind. Die Adhäsiolese ist hier Bestandteil der Zielleistung und kann ggf. über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

**Vulvacarcinom****Vorbemerkung**

Das Vulvacarcinom wird heute zunehmend individuell angepasst therapiert. Dies gilt einerseits für junge Patientinnen, bei denen funktionserhaltende Aspekte eine große Bedeutung haben, andererseits für hochbetagte Patientinnen, bei denen eingeschränkte Verfahren zur Verminderung der operativ bedingten Morbidität und Mortalität bedeutsam sind. Die GOÄ bietet differenzierte Abrechnungsmöglichkeiten gemäß den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen (Tab. 27).

Tab. 27

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
1159	Abtragung großer Geschwulste der äußeren Geschlechtsteile – auch Vulvektomie – oder	1660	96,76
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	3140	183,02
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1200	69,95
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1850	107,83
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik oder	1660	96,76
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik oder	1290	75,19
1125	Vordere Scheidenplastik	0924	53,86

## Schwierigkeiten bei der Erstattung

Ziffern 1762 und 1783 neben Ziffer 1165 GOÄ

Die Selbständigkeit der Leistungen nach den Ziffern 1762 und 1783 neben der Leistung nach Ziffer 1166 bzw. 1167 GOÄ wird bemängelt. Die Krankenversicherungen behaupten, dass diese Leistungen in der Hauptleistung enthalten sind.

### Kommentar zur Ziffer 1159 GOÄ

Bei eingeschränkten operativen Maßnahmen im Vulvabereich (z. B. Hemivulvektomie etc.) kann diese Ziffer in Ansatz gebracht werden.

### Kommentar zur Ziffer 1165 GOÄ

Typische Leistungsziffer für die radikale Vulvektomie, bei der der Tumor weit im Gesunden unter Mitnahme der Labia minora und majora reseziert wird.

### Kommentar zur Ziffer 1762 GOÄ

Die inguinale Lymphonodektomie ist eine eigenständige Leistung, die weder in der eingeschränkten noch in der radikalen Vulvektomie enthalten ist. Die inguinale Lymphonodektomie muss auch nicht zwingend im Rahmen der Vulvektomie vorgenommen werden, sondern stellt einen Eingriff mit differenzierter Indikationsstellung dar.

### Kommentar zur Ziffer 1783 GOÄ

Bei Befall der pelvinalen Lymphknoten kann es indiziert sein, über einen extraperitonealen Zugang die pelvinalen Lymphknoten zusätzlich zu entfernen.

### Kommentar zur Ziffer 1127 oder 1126 oder 1125 GOÄ

Bei der Vulvektomie wird der Scheideneingang gelegentlich stark verändert, so dass es in der Folge zu einem Scheidenprolaps kommen kann. Bei bereits bestehendem Prolaps des inneren Genitale kann es daher sinnvoll sein, während der primären Operation eine hintere Scheidenplastik und/oder Beckenbodenplastik durchzuführen. Diese Leistung stellt eine eigenständige Teilleistung dar, die **nicht** in der Leistung der Vulvektomie enthalten ist. Sie kann daher zweifelsfrei neben der entsprechenden Ziffer für die Vulvektomie abgerechnet werden. Entgegenstehende Ausführungen in einigen Kommentaren entbehren jeder medizinischen Grundlage. Sie beziehen sich lediglich auf die Nichtabrechenbarkeit dieser Leistung, wenn die Ziffer 1165 GOÄ für die Operation eines Scheidenkrebses mit Kolpektomie angesetzt wird.

## Mammachirurgie

### Vorbemerkung

Die Aufstellung der GOÄ-Leistungsziffern stammt aus einer Zeit, seit der ein grundlegender Wandel in den Therapieverfahren stattgefunden hat. Daher treffen die Abrechnungs-Positionen in großen Teilen nicht mehr die heutigen standardmäßigen Operationsabläufe, die als zeitgemäß anzusehen sind. Dies gilt in besonders charakteristischer Weise für die heute üblichen Eingriffe an der Mamma. Während zum Zeitpunkt der Entwicklung der derzeit gültigen GOÄ bei Mammatumor-Operationen als Standard anzusehen war, dass zunächst eine Tumorexstirpation zur Malignitätssicherung vorgenommen wurde, die bei Tumornachweis zur modifiziert radikalen Mastektomie mit Ausräumung der ipsilateralen Axilla führte, wird nach den heutigen Maßstäben nach minimalinvasiver Diagnosesicherung durchweg die so genannte brusterhaltende Mammakarzinom-Therapie bevorzugt durchgeführt. Bei diesem Vorgehen ist das notwendige Therapiekonzept, das sowohl Heilungssicherheit wie ästhetische Ansprüche erfüllt, wesentlich schwieriger als die standardmäßige ablative Therapie früherer Zeiten.

### Segmentresektion

- Segmentresektion ohne Pectoralmuskulatur
- Mastopexienähte (Tab. 28)

Tab. 28

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2411 A	Segmentresektion, entspricht Absetzen einer Brustdrüse, § 6	924	53,86
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	8,04
0204	Kompressionsverband	95	5,54
0206	Tape-Verband	70	4,08

- Segmentresektion mit Pectoralmuskulatur
- Glanduläre Lappenplastik – lateral, medial, kranial und kaudal
- Mastopexienähte
- Brusterhaltende Therapie
- Axilladissektion Level I, II und III
- Sentinelverfahren
- Aufwendige Angleichung kontralaterale Mamma (Tab. 29)

Tab. 29

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
<b>Beispiel Mamma rechts:</b>			
2412 A	Segmentresektion mit Pectoralmuskulatur, entspricht Absetzen einer Brustdrüse, einschließlich Brustmuskulatur, § 6	1400	81,60
2394 4 ×	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal) – von innen -	2200	128,23
2382 4 ×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal) – von außen -	739	43,07
2415	Rekonstruktion der Restbrust – aus den glandulären Rundstiellappen -	2000	116,57
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und intermistische Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen ein oder mehrerer Redondrainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	5,54
0206	Tape-Verband	70	4,08
0370	Einbringung Kontrastmittel	200	11,66
5430	Tumorszintigraphie einer Region	1200	69,94
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	1100	64,12
2583	Neurolyse des Nervus thoracico dorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercostobrachialis	924	53,86
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
<b>Kontralaterale Mamma:</b>			
2414	Reduktionsplastik der Mama	2800	163,20
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2414 A	Lifting des Hautmantels, entspricht Reduktionsplastik Mamma, § 6	2800	163,20
2382 4 ×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2394 4 ×	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal)	2200	128,23
2381 4 ×	Einfache Hautlappenplastik (kranial, lateral, medial, kaudal)	370	18,07
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79



## Brusterhaltende Therapie mit komplexer Onkoplastik bei Mammacarcinom (Tab. 30)

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2412 A	Segmentresektion mit Pectoralmuskulatur, entspricht Absetzen einer Brustdrüse, einschließlich Brustmuskulatur	1400	81,60
2394 4×	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal) – von innen –	2200	128,23
2382 4×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal) – von außen –	739	43,07
2415	Rekonstruktion der Restbrust – aus den glandulären Rundstiellappen –	2000	116,57
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

## Reduktionsmastektomie bei Makromastie Angleichung kontralaterale Seite (Tab. 31)

Ziffer	Leistungstext	Punkte	EURO
<b>Beispiel: Mamma rechts</b>			
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20
2415 A	Reformierung der Restbrust aus den glandulären Rundstiellappen, entspricht Aufbauplastik der Mamma, einschließlich Verschiebeplastik, § 6	2000	116,57
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2414 A	Lifting des Hautmantels, entspricht Reduktionsplastik Mamma, § 6	2800	163,20
2382 × 4	Schwierige Hautlappenplastik (kranial, lateral, medial, kaudal) – von außen –	739	43,07
2394 × 4	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal) – von innen –	2200	128,23
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und intermistische Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Kontralaterale Mamma:</b>			
2414	Reduktionsplastik der Mama	2800	163,20
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2414 A	Lifting des Hautmantels, entspricht Reduktionsplastik Mamma, Par. 6	2800	163,20
2382 4×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2394 4×	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal)	2200	128,23
2381 4×	Einfache Hautlappenplastik (kranial, lateral, medial, kaudal)	370	18,07
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und intermistische Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79

## Hautreduktion und Lifting bei Ptosis (Tab. 32)

Tab. 32

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20
2415	Aufbauplastik der Mamma, einschließlich Verschiebeplastik	2000	116,57
2414 A	Lifting des Hautmantels, entspricht Reduktionsplastik Mamma, § 6	2800	163,20
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	2000	116,57
2394 4x	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort	2200	128,23
2381 4x	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57
2417	Operative Entnahme einer Mamille und intermistische Implantation an anderer Körperstelle	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Kontralaterale Mamma:</b>			
2414	Reduktionsplastik der Mama	2800	163,20
2415 A	Remodellierung der Restbrust, entspricht Rekonstruktion der Restbrust, § 6	2000	116,57
2414 A	Lifting des Hautmantels, entspricht Reduktionsplastik Mamma, § 6	2800	163,20
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2394 4x	Implantation eines Rundstiellappens, einschließlich Modellierung am Ort (kranial, lateral, medial, kaudal)	2200	128,23
2381 4x	Einfache Hautlappenplastik (kranial, lateral, medial, kaudal)	370	18,07
2417 A	Rezentrierung der Mamille, entspricht operative Entnahme einer Mamille und intermistische Implantation an anderer Körperstelle, § 6	800	46,63
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79

## Radikale Ablatio mamma

- Schwierige Verschiebeplastiken – lateral, medial, kranial, kaudal (Tab. 33)

Tab. 33

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete	2310	134,64
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus dorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercosto-brachialis	924	53,86
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

- Rekonstruktion mit Latissimus dorsi-Flap (Tab. 34)

Tab. 34

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete	2310	134,64
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus dorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercosto-brachialis	924	53,86
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation	3000	174,86
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kaudal, medial, lateral, kranial)	739	43,07
2070	Muskelkanalbildung(en)	1660	96,76
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Entnahmestelle am Rücken:</b>			
2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
2386	Schleimhauttransplantation, einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (lateral, medial, kaudal, kranial)	739	43,07
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

- Endoskopischer Latissimus-dorsi-Flap (Tab. 35)

Tab. 35			
Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete	2310	134,64
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus dorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercosto-brachialis	924	53,86
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation	3000	174,86
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, medial, lateral, kaudal)	739	43,07
2070	Muskelkanalbildung(en)	1660	96,76
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Entnahmestelle am Rücken:</b>			
0700	Laparoskopie	800	46,63
5030 A	Videodokumentation und Videoüberwachung, entspricht Röntgenaufnahme in zwei Ebenen, § 6	100	5,83
2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
2386	Schleimhauttransplantation, einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, kaudal, lateral, medial)	739	43,07
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

- Perforatorlappen – Rekonstruktion mit Mikranastomosen (Tab. 36)

Tab. 36			
Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete	2310	134,64
2583	Neurolyse des Nervus thoracodorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercosto-brachialis	924	53,86
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation	3000	174,86
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2837 A	Arterielle Anastomose Arteria mamma-ria interna bzw. Arteria thoracodorsalis, entspricht Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß, § 6	5000	291,44
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken	- 1110	- 64,70
2891	Rekonstruktive Operation an den Körperven	3000	174,86
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Entnahmestelle am Bauch und Gesäß:</b>			
2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
2070	Muskelkanalbildung(en)	1660	96,76
2386	Schleimhauttransplantation, einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	23,31
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	43,07
3284 A	Durchführung einer Abdominoplastik, entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches, Par. 6	2500	145,72
2382 4x	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, kaudal, medial, lateral)	739	43,07
2381 4x	Einfache Hautlappenplastik (kranial, kaudal, medial, lateral)	370	21,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

## Hautsparende radikale Mastektomie

- unter aufwändigem Erhalt des Hautmantels und Latissimus-dorsi-Flap (Tab. 37)

Tab. 37

Ziff.	Leistungstext	Punkte	EURO
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete	2310	134,64
2583	Neurolyse des Nervus thoracico dorsalis	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus thoracicus longus	924	53,86
2583	Neurolyse des Nervus intercosto-brachialis	924	53,86
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation	3000	174,86
2382 4×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2837 A	Arterielle Anastomose Arteria mamma- ria interna bzw. Arteria thoracica dorsalis, entspricht Rekonstruktiver Operation an einem Viszeralgefäß, § 6	5000	291,44
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken	- 1110	- 64,70
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen	3000	174,86
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon- drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08
<b>Entnahmestelle am Bauch oder Gesäß:</b>			
2083	Freie Sehnen- und Muskeltransplantation	1650	96,17
2070	Muskelkanalbildung(en)	1660	96,76
2386	Schleimhauttransplantation, einschließ- lich operativer Unterminierung der Ent- nahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	23,31
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	43,07
3284 A	Durchführung einer Abdominoplastik, entspricht Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches, § 6	2500	145,72
2382 4×	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation (kranial, lateral, medial, kaudal)	739	43,07
2381 4×	Einfache Hautlappenplastik (kranial, lateral, medial, kaudal)	370	21,57
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon- drainagen	60	3,50
0204	Kompressionsverband	95	3,79
0206	Tape-Verband	70	4,08

## Komplexe onkoplastische Operationsverfahren beim Mammakarzinom

Klassifikation onkologischer, rekonstruktiver und onkoplastischer Operationsverfahren beim Mammakarzinom nach Komplexitätsgraden 1–6

### I. Brusterhaltende Operationsverfahren

#### 1. Einfache brusterhaltende Mammakarzinomoperationen

(histologisch kontrollierte Tumorexzision als wide excision bis zur Quadrantektomie mit Defektdeckung über alleinige, direkte Adaptation, ohne Mobilisation von glandulärem Gewebe oder Mobilisation von Hautlappen)

#### 2. Komplexe brusterhaltende Mammakarzinomoperationen

(zusätzliche intramammäre Rekonstruktion des Drüsenkörpers durch Mobilisation glandulärer Lappen subkutan oder epifaszial und ggf. Mobilisation des Hautmantels zur Defektdeckung)

#### 3. Onkoplastische brusterhaltende Mammakarzinomoperationen

(Tumorexzision über komplexere Umschneidungsfiguren mit Hautresektion, einschließlich Rezentrierung des Mamillenareolakomplexes und intramammärer Defektdeckung über glanduläre Lappenplastiken)

#### 4. Komplexe onkoplastische brusterhaltende Mammakarzinomoperationen

a) Tumoradaptierte Lifting-Operationen mit Desepithelialisierung und komplexen Umschneidungsfiguren (ohne weitere Resektion von Brustdrüsengewebe)

1. zentrale Stielung
2. zentral-inferiore Stielung
3. kraniale Stielung
4. free-nipple Transfer

Auswahl der Umschneidungsfigur in Abhängigkeit vom Hautüberschuss mit resultierendem Narbenbild rein periareolär, vertikal oder als inverted-T

b) Tumorresektion mit Defektdeckung über lokale Lappenplastiken mit oder ohne Hautersatz

1. Transpositions-lappenplastiken (z.B. thorakoepigastrische Lappenplastik)
2. Rotationslappenplastiken

#### 5. Komplexe onkoplastische brusterhaltende Mammakarzinomoperationen mit zusätzlicher Resektion (Reduktion) des Brustdrüsengewebes – Tumoradaptierte Reduktionsplastik

1. zentrale Stielung
2. zentral-inferiore Stielung
3. kraniale Stielung
4. free-nipple Transfer

Auswahl der Umschneidungsfigur in Abhängigkeit vom Hautüberschuss mit resultierendem Narbenbild rein periareolär, vertikal oder als inverted-T

## 6. Komplexe onkoplastische brusterhaltende Mammakarzinomoperationen mit Defektdeckung über Fernlappenplastiken

1. Tumorresektion mit partiellem Volumenersatz durch endoskopische Latissimus-Dorsi-Lappenplastik
2. Tumor- und Hautresektion mit partiellem Volumen – und Hautersatz über Latissimus-Dorsi-Lappenplastik mit Hautinsel
3. Tumor- und ggf. Hautresektion mit partiellem Volumen – und ggf. Hautersatz über gestielte TRAM-Lappenplastik
4. Tumor- und ggf. Hautresektion mit partiellem Volumen – und ggf. Hautersatz über freie Lappenplastiken mit mikrovaskulärem Gefäßanschluss (z. B. DIEP, SIEA, SGAP)

## II. Ablative Operationsverfahren

### 1. Einfache ablative Mammakarzinomoperationen

Modifiziert radikale Mastektomie (ohne Rekonstruktion)

### 2. Komplexe ablative Mammakarzinomoperationen

Radikale Mastektomie (mit Resektion der Pectoralmuskulatur, ohne Rekonstruktion)

### 3. Onkoplastische ablative Mammakarzinomoperationen mit Prothesenrekonstruktion (oder Rekonstruktion nach Ablatio)

A

1. Modifiziert radikale Mastektomie mit Implantation eines Expanders
2. Expanderexplantation und Implantation eines definitiven Implantates
3. Prothesenwechsel und Rekonfiguration bei Kapselfibrose

B

1. Hautsparende Mastektomie und Implantation eines Implantates
2. Nipple sparing Mastektomie und Implantation eines Implantates

### 4. Komplexe onkoplastische ablative Mammakarzinomoperationen mit Defektdeckung über lokale Lappenplastiken (auch bei ausgedehntem Rezidiv der Thoraxwand)

1. Transpositions-lappenplastiken (z. B. Thorakoepigastrische Lappenplastik)
2. Rotationslappenplastiken
3. Axiale Verschiebelappenplastiken

### 5. Komplexe onkoplastische ablative Mammakarzinomoperationen mit Rekonstruktion oder Defektdeckung über gestielte Fernlappenplastiken

A. Latissimus-Dorsi-Lappenplastiken

1. Erweiterte Latissimus-Dorsi-Lappenplastik zur Primärrekonstruktion im Rahmen eines ablativen Operationsverfahrens (mod. Rad. Mastektomie HSM, NSM)
2. Erweiterte Latissimus-Dorsi-Lappenplastik zur Sekundärrekonstruktion nach ablativen Operationsverfahren oder zur Defektdeckung an der Thoraxwand
3. Erweiterte Latissimus-Dorsi-Lappenplastik zur autologen Konversion bei Prothesenkomplifikationen

B. TRAM-Lappenplastiken

1. TRAM-Lappenplastik zur Primärrekonstruktion im Rahmen eines ablativen Operationsverfahrens (mod. Rad. Mastektomie, HSM, NSM)
2. TRAM-Lappenplastik zur Sekundärrekonstruktion nach ablativen Operationsverfahren oder zur Defektdeckung an der Thoraxwand
3. TRAM-Lappenplastik zur autologen Konversion bei Prothesenkomplifikationen

### 6. Komplexe onkoplastische ablative Mammakarzinomoperationen mit Rekonstruktion oder Defektdeckung über freie Lappenplastiken mit mikrovaskulärem Gefäßanschluss (DIEP, SIEA, SGAP, free-TRAM, u. a.)

1. freie Lappenplastik zur Primärrekonstruktion im Rahmen eines ablativen Operationsverfahrens (mod. Rad. Mastektomie, HSM, NSM)
2. freie Lappenplastik zur Sekundärrekonstruktion nach ablativen Operationsverfahren oder zur Defektdeckung an der Thoraxwand
3. freie Lappenplastik zur autologen Konversion bei Prothesenkomplifikationen

## III. Detaillierte Darstellung der Operationsschritte bei komplexen onkoplastischen Mammakarzinomoperationen durch tumoradaptierte Reduktion mit Lifting bei Makromastie und Ptosis mit Segment-/Quadrantenresektion, einschließlich Nachresektaten – in der Besonderheit bei zentral inferiorer Stielung nach Hester-Bostwick

- Anzeichnen der Umschneidungsfigur für Mastopexie, Segment-/Quadrantenresektion, Reduktion, Restbrustrekonstruktion, Remodellierung und Lymphonodektomie an der stehenden wachenden Patientin mit anschließender Fotodokumentation sowohl des individuellen Situs wie der Umschneidungsfigur
- Desepithelisierung der Umschneidungsfigur
- Ablösungen des Subkutanmantels zum Bilden von 4 Verschiebelappen in allen Ebenen zur abschließenden Remodellierung des Hautmantels der Brust nach Mastopexie (kranial, kaudal, medial, lateral)
- Tumor- bzw. Segmentresektion bzw. Tumorexzisionen bei mehreren Herden und mehreren präoperativen Drahtmarkierungen mit Pectoralisfaszie und ggf. -muskulatur
- Schnellschnitte
- Nachresektate in allen Ebenen nach Maßgabe des Schnellschnittes der Aussage des Pathologen
- Bei tumoradaptierter Reduktionsmastektomie Reduktion des Drüsenfettgewebes
- Bei tumoradaptiertem Hautlifting Resektion der Hautareale zum Lifting
- Aufgrund größerer Defekte Bilden von in der Mehrzahl der Fälle 4 glandulären Rotationslappen zur glandulären Defektdeckung und Rekonstruktion der Restbrust
- Sorgfältige Hämostase und Einlage von Redondrainagen
- Rekonstruktion der Restbrust aus den 4 glandulären Rotationslappen mit entsprechenden Liftingmaßnahmen der rekonstruierten Restbrust (Liftingmaßnahmen und Liftingnähte bzw. Coriumstabilisierung)

- Remodellierung der Brust durch die zuvor gebildeten kutanen Verschiebelappen zum spannungsfreien Hautverschluss und „trimmen“ überschüssiger Haut
- Rezentrierung der Mamille
- Kompressionsverband
- Tape-Verband
- Axilladisektion Level I–III inklusive Sentinel-Verfahren (mit Blau und Technetium)
- Angleichung kontralaterale Mamma

#### IV. Begründung der Komplexität am schwierigen Fallbeispiel, der tumoradaptierten Reduktionsmastektomie mit Lifting sowie axillärer Lymphonodektomie und kontralateraler Angleichung

##### Zielvorstellung der Operation

Die o. g. Operation vereint drei verschiedene Indikationsbereiche bei besonders schwieriger Fallkonstellation unter Kombination von

1. die Ermöglichung durch die aufwändigen plastisch-operativen Verfahren der möglichst großvolumigen Resektion diffiziler Mammakarzinome, die einerseits aus invasiven Komponenten, andererseits aus sehr großen begleitenden Carcinoma in situ-Komponenten bestehen und unter Beachtung evtl. zusätzlich vorhandener ungünstiger Tumorlokalisation, die großzügige Resektion unter leitliniengerechter Erzielung von freien Resektionsrändern (free margins) unter Vermeidung einer sonst typischerweise iatrogen verursachten Defektbildung.
2. die radioonkologisch sinnvolle Verkleinerung des Fettdrüsengewebes bei Makromastie inkl. der Liftingoperation der extrem hängenden Brust zur Optimierung der postoperativen Bestrahlung unter Minimierung der Strahlenkomplikationen, zur Verminderung der Strahlendermatitis, der gewebespezifischen Begleitreaktionen inkl. Langzeitfolgen wie Fettgewebnekrose, chronische Schmerzproblematik usw.;
3. insbesondere auch die Vermeidung von Asymmetrien mit konsekutiven Einschränkungen der Lebensqualität sowie statische und orthopädische Beschwerdekompexe
4. der medizinisch notwendigen Verkleinerungsoperation bei Makromastie unter Reduktion des Fettdrüsengewebes in für die Lebensqualität der Patientin notwendiger Volumengröße

##### Wichtigste Operationsschritte entsprechend der Komplexitätsgrade

- Bilden der Hautfettlappen zwei nach kranial, zwei nach kaudal
- Großzügige Segmentresektion bzw. Quadrantenresektion des Tumors unter Umständen mit Hautspindel
- Nachresektate nach allen Ebenen sowie nach ventral und nach dorsal ggf. unter Mitnahme der angrenzenden Pektoralisfaszie bzw. der angrenzenden Pektoralismuskulatur
- Bildung von vier glandulären Rotationslappen, um bei ausgeprägter Defektbildung durch die vorherige großvolumige Tumorexzision unter Vermeidung von Hohlräumbildungen decken zu können und eine Rekonstruktion einer neuen Brust zu ermöglichen
- Reduktionsplastik der Mamma im Sinne der Resektion allen überschüssigen Drüsengewebes und Fettgewebes, um das angestrebte neue Restvolumen der Brust im onkologischen, kosmetischen und radioonkologischen Sinne erzielen zu können

- Resektion des überschüssigen Hautmantels zur Erzielung des Liftings, einerseits im Sinne des straffen Hautmantels zur Defektdeckung, andererseits, die Korrektur der Ptosis der Brust in o. g. Sinne zu ermöglichen
- Bildung des Stieles für den Mamillenareolakomplex zur Ermöglichung der optimalen Durchblutung von Mamille und Areola durch Bildung eines zentrokaudalen oder je nach Technik anderen Gefäßstiels für die Mamille (oder falls nötig durch freien Mamillentransfer)
- In Ergänzung der Stielung werden die vier glandulären Rotationslappen zur Reformierung der neuen Brust aneinander angepasst, ggf. neu geformt, fixiert, modelliert und eingepasst (3. Abrechnung nach 2415)

Dieser Schritt entspricht der Reformierung

- durch Aufhängung des Gefäßstieles aus Bündelung der Rotationslappen an der Thoraxwand folgt eine Remodellierung der neuen Brust im Hinblick auf Höhe, Symmetrie und Formgebung;
- die neu gebildete Drüsenkörperbrust wird nun über das Anpassen der Hautfettlappen mit einer neuen Hautfethülle überzogen und durch das Modellieren des Hautmantels mit erneuter Hautresektion, Lifting und Fixierung zur oberflächlichen Formgebung und Fixierung rekonstruiert.

Erst nach Bildung des neuen Hautmantels mit Fixierung erfolgt dann die Einpassung des Mamillenareolakomplexes durch Einpassung in den neuen Hautmantel im Sinne der Neupositionierung und Zentrierung der Mamille bzw. des Mamillenareolakomplexes.

Bei dem genannten Operationsverfahren handelt es sich um ein auf hochspezialisierte Brustzentren beschränktes spezielles innovatives und einzigartiges Operationsverfahren. Neben den genannten Zielvorstellungen wird damit durch komplexe onkochirurgische Rekonstruktionsverfahren eine Ablatio vermieden, darüber hinaus eine Optimierung der Lebensqualität der Patientin erzielt und dies ohne zusätzlich erforderliche Fernlappenplastik, welche mit erheblich höherem Trauma für die Patientin einhergeht bzw. unter Vermeidung des Einlegens einer Prothese mit allen negativen Folgeerscheinungen für die Patientin.

Die Komplexität des geschilderten Eingriffes erklärt sich aus der Tatsache, dass vier verschiedene Operationsverfahren in einer Operation zusammengefasst sind.

Demgegenüber steht beim ablativen Operationsverfahren neben dem Trauma (Postmastektomie-Syndrom) für die Patientin die Notwendigkeit der Rekonstruktion in für gewöhnlich mehreren weiteren Operationen mit ungleich höherer Belastung und ungleich höherem Aufwand für die Patientin.

Bei der Fernlappenplastik ergibt sich neben dem ungleich schwerwiegenderen Trauma für die Patientin häufig die Notwendigkeit von zwei Operationen, wie der Delay-Operation vor Fernlappenplastik im Sinne eines TRAM-Flaps. Bei der einzeitigen oder zweizeitigen prothetischen Versorgung muss der Hautmantel nach Ablatio mammae erst durch eine Expanderprothese aufgedehnt werden und in einem weiteren Eingriff die definitive Prothese eingelegt werden mit allen Folgeerscheinungen, wie

z.B. Kapselkontrakturen und notwendigen Korrekturingriffen im Laufe des postoperativen Verlaufs bzw. des Lebens der Patientin.

So werden bei Fernlappenplastiken häufig zwei weitere Eingriffe notwendig, die durch Einsatz o.g. Techniken vermieden werden können.

Bei der prothetischen Versorgung ebenfalls zwei zusätzliche Eingriffe, nicht eingerechnet die durch Kapselbildung notwendigen Sekundäreingriffe und Komplikationen.

Die Voraussetzungen für diese komplexen Operationsverfahren sind die Zentralisierung in großen interdisziplinären Zentren mit komplettem operativ-senologischem Know-how und der operativen Infrastruktur.

Zusätzlich erforderlich sind spezielle Weiterbildungen, wie z.B. Schwerpunkt operative Gynäkologie und Onkologie oder plastische Mammachirurgie, um den entsprechenden Anforderungen gerecht zu werden.

### Senologie

Sonographische Markierung des Befundes (Tab. 38)

Tab. 38			
Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
0418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse	0210	12,24
1251 A	Markierung des Befundes entspricht Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff, § 6	0273	15,91

Sonographische Drahtmarkierung des Befundes (Tab. 39)

Tab. 39			
Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
0418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse	0210	12,24
0490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	0061	3,56
0314	Punktion der Mamma	0120	6,99
1251 A	Markierung des Befundes entspricht Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff, § 6	0273	15,91

Sentinel – Markierung (Tab. 40)

Tab. 40			
Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
0321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde	0200	11,66
0370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – ggf. intraoperativ	0200	11,66
5430	Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern – einer Region	1200	69,94

### Geburtshilfe

#### 1. Pränataldiagnostik

1. Ultraschall Nackenfalte beim Feten (Tab. 41)

Tab. 41			
Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
0415	Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49

- Ziffer 415 GOÄ zum 3,5fach Faktor

Begründung: Erhöhter Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand bei frühem Gestationsalter und bei zusätzlich durchgeführter Messung der fetalen Nackentransparenz.

Durchführung möglich erst ab: 11/0 bis 13/6 SSW

Medizinische Indikation: Die fetale Nackentransparenzmessung dient zur Risikoerfassung von Karyotypanomalien und fetalen Fehlbildungen.

2. Fehlbildungultraschall (Tab. 42)

- Voraussetzungen
  - Degum II oder
  - Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
  - Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
  - Gerätenachweis (zusätzlich!)

Durchführung möglich erst ab: 14/0 SSW

Medizinische Indikation: Zur gezielten Ausschlussdiagnostik einer fetalen Fehlbildung bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger. Grundsätzlich sind alle sonographisch nachweisbaren fetalen Organsysteme zu erfassen. Gilt entsprechend Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.

Tab. 42

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1006A	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Feten durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, dass mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt. Ggf. mehrfach – zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten SS-Verlauf im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, gilt entsprechend Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung pro Fet berechnungsfähig Analog Nr. 5373	1900	110,75

### 3. Fetale Echokardiographie beim Feten (Tab. 43)

- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Durchführung möglich erst ab: 11/0 SSW

Tab. 43

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1007A	Dreidimensionale und/oder farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Feten einschließlich Bilddokumentation, einschließlich Dopplerechokardiographische Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung		
	Analog Nr. 424,	700	40,80
	Nr. 404, (Einfachsatz)	250	14,57
	Nr. 406, (Einfachsatz)	200	11,66

Medizinische Indikation: Zur gezielten Ausschlussdiagnostik einer fetalen Erkrankung bzw. einer Anomalie des Herz-, Thorax- und Gefäßsystems bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Anomalie oder Erkrankung auch häufiger. Gilt entsprechend Id zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.

### 4. Doppler-Untersuchung des fetomaternalen Gefäßsystems (Tab. 44)

Tab. 44

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
1008A	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse Ggfs. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder 1006 A Gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung		
	Analog Nr. 649	0650	37,89

- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Durchführung möglich erst ab: 11/0 SSW

Medizinische Indikation für die 1. Untersuchung: EBM – Richtlinien allgemein

Zur Erfassung bzw. zum Ausschluss von gefäßrelevanten mütterlichen und fetalen Erkrankungen.

Medizinische Indikation der Häufigkeit der Untersuchung:

- zur Früherkennung von Erkrankung des mütterlichen und fetalen Gefäßsystems
- zur Früherkennung eines fetalen Herzfehlers bzw. fetalen Erkrankung
- bei Zustand nach IUGR, totes Kind
- bei SGA/IUGR
- bei Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenz
- bei Mehrlingen
- bei SIH, Präeklampsie
- bei Zustand nach SIH, Präeklampsie



Tab. 45

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>vor Amniocentese:</b>			
1006A	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Feten durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt. Ggf. mehrfach – zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten SS-Verlauf im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, gilt entsprechend Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung pro Fet. berechnungsfähig Analog Nr. 5373	1900	110,75
1007A	Dreidimensionale und/oder farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Feten einschließlich Bilddokumentation, einschließlich Dopplerechokardiographische Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse ggf. einschließlich zweidimensionaler echo-kardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 424, Nr. 404, (Einfachsatz) Nr. 406, (Einfachsatz)	700 250 200	40,80 14,57 11,66
1008A	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse Ggfs. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder 1006 A Gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 649	0650	37,89
0003	Aufklärungsgespräch vor Amniocentese (Beratung > 10 Minuten)	0150	8,74
<b>Amniocentese:</b>			
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49
1011	Amniocentese	0266	15,50
0442	Zuschlag nach den Leistungen mit 250–499 Punktwert (nur ambulant)	0400	23,31
3785	AcHE	0300	17,49
3743	AFP im FW	0250	14,57
0250	Blutentnahme	0040	2,33
3743	AFP im Serum	0250	14,57
<b>nach Amniocentese:</b>			
0021A	Pränataldiagnostische Beratung entspricht humangenetische Beratung, § 6	0360	20,98
0005	symptombezogene Untersuchung	0080	4,66
0075	Arztbrief + eventuell Porto (nur ambulant)	0130	7,58
0415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49

### 5. Invasive Diagnostik im Bereich der Pränataldiagnostik

- Amniocentese (Tab. 45)
- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Durchführung möglich erst ab: 13/+0 SSW

Tab. 46

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>vor Fetalblutentnahme:</b>			
1006A	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Feten durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, dass mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt. Ggf. mehrfach – zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten SS-Verlauf im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, gilt entsprechend Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung pro Fet berechnungsfähig Analog Nr. 5373	1900	110,75
1007A	Dreidimensionale und/oder farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Feten einschließlich Bilddokumentation, einschließlich Doppler-echo-kardiographische Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse ggf. einschließlich zweidimensionaler echo-kardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 424, Nr. 404, (Einfachsatz) Nr. 406, (Einfachsatz)	700 250 200	40,80 14,57 11,66
1008A	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenz-Spektrumanalyse Ggfs. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder 1006 A Gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 649	0650	37,89
0003	Aufklärungsgespräch vor FBS (Beratung > 10 Minuten)	0150	8,74
<b>Fetalblutentnahme</b>			
1158A	Analog: Fetalblutentnahme unter Ultraschallsicht entspricht Kuldoskopie, § 6	0739	43,07
0443	Zuschlag nach den Leistungen mit 500 – 799 Punktwert (nur ambulant)	0750	23,31
1011	Amniocentese *	0266	15,50
<b>nach FBS</b>			
0021A	Pränataldiagnostische Beratung entspricht humangenetische Beratung, § 6	0360	20,98
0005	symptombezogene Untersuchung	0080	4,66
0075	Arztbrief + eventuell Porto (nur ambulant)	0130	7,58
0415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49

\* ggfs. zusätzliche Berechnung der Laborleistungen

- Fetalblutentnahme (Tab. 46)
- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Tab. 47

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>vor Chorionzottenbiopsie</b>			
1006A	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sono-graphische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Feten durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, dass mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt. Ggf. mehrfach – zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten SS-Verlauf im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, gilt entsprechend Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung pro Fet berechnungsfähig Analog Nr. 5373	1900	110,75
1007A	Dreidimensionale und/oder farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Feten einschließlich Bilddokumentation, einschließlich Dopplerechokardiographische Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 424, Nr. 404, (Einfachsatz) Nr. 406, (Einfachsatz)	700 250 200	40,80 14,57 11,66
1008A	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenz-Spektrumanalyse Ggfs. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder 1006 A Gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 649	0650	37,89
0003	Aufklärungsgespräch vor CVS (Beratung > 10 Minuten)	0150	8,74
<b>Chorionzottenbiopsie</b>			
1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht Analog nach Nr. 1158	0739	43,07
4711°	Analog: Quantitative und Qualitative Differenzierung der Zottenprobe entspricht lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation, § 6	0120	6,99
<b>nach CVS</b>			
0021A	Pränataldiagnostische Beratung entspricht humangenetische Beratung, § 6	0360	20,98
0005	symptombezogene Untersuchung	0080	4,66
0075	Arztbrief + eventuell Porto (nur ambulant)	0130	7,58
0415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49

- Chorionzottenbiopsie (Tab. 47)
- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Durchführung möglich erst ab: 9/+0 SSW

Tab. 48

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
<b>vor intrauterinem Eingriff</b>			
1006A	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Feten durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt. Ggf. mehrfach – zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten SS-Verlauf im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, gilt entsprechend Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung pro Fet berechnungsfähig Analog Nr. 5373	1900	110,75
1007A	Dreidimensionale und/oder farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Feten einschließlich Bilddokumentation, einschließlich Doppler-echo-kardiographische Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 424, Nr. 404, (Einfachsatz) Nr. 406, (Einfachsatz)	700 250 200	40,80 14,57 11,66
1008A	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder directionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenz-Spektrumanalyse Ggfs. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder 1006 A Gilt entsprechend Anlage 1 d zu Abschnitt B Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung Analog Nr. 649	0650	37,89
0003	Aufklärungsgespräch vor IUT/IUTT (Beratung > 10 Minuten)	0150	8,74
<b>vor IUT/IUTT</b>			
1158A	Analog: Fetalblutentnahme unter Ultraschallsicht entspricht Kuldoskopie, § 6	0739	43,07
0443	Zuschlag nach den Leistungen mit 500 – 799 Punktwert (nur ambulant)	0750	23,31
<b>IUT/IUTT</b>			
1156A	Analog: Intrauterine Transfusion unter Ultraschallsicht entspricht operative Pelviskopie, § 6	1050	61,20
0444	Zuschlag nach den Leistungen mit 800 – 1199 Punktwert (nur ambulant) *	1300	75,77
<b>nach IUT/IUTT</b>			
1158A	Analog: Fetalblutentnahme unter Ultraschallsicht entspricht Kuldoskopie, § 6	0739	43,07
0443	Zuschlag nach den Leistungen mit 500 – 799 Punktwert (nur ambulant) **	0750	23,31
<b>nach intrauterinem Eingriff</b>			
0448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als 2 Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit	600	34,97
0021A	Pränataldiagnostische Beratung entspricht humangenetische Beratung, § 6	0360	20,98
0005	symptombezogene Untersuchung	0080	4,66
0075	Arztbrief + eventuell Porto (nur ambulant)	0130	7,58
0415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	0300	17,49

\* ggfs. zusätzliche Berechnung der Laborleistungen

\*\* ggfs. zusätzliche Berechnung der Laborleistungen

- IUT/IUTT (Tab. 48)
- Voraussetzungen
- Degum II oder
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder
- Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde
- Gerätenachweis (zusätzlich!)

Tab. 49

Ziffer	Leistungstext	Punkte	Euro
5377A	analog: Zuschlag für computergesteuerte Analyse und Abbildung des CTG entspricht Zuschlag für computergesteuerte Analyse, § 6	0800	46,63
0780A	Analog: Bougierung der Scheide entspricht apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiaspasmus, § 6	0242	14,11
5377A	Analog: Zuschlag für computergesteuerte Analyse und Abbildung an einer Geburtssimulation an kindlichen und mütterlichen Maßen entspricht Zuschlag für computergesteuerte Analyse, § 6	0800	46,63
5377A	Analog: Zuschlag für 3-D-Rekonstruktion zusätzlich des Ultraschalls entspricht Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion, § 6	0800	46,63
3652A	Analog: Messung des Scheiden-pH entspricht Streifenfest im Urin, § 6	0035	2,04
0422A	Analog: Fetale Zustandsdiagnostik, wie z. B. fetale Kindsbewegungs- und Atemwegsbewegungsanalyse zusätzlich zur Leistung nach Ziffer 415 GOÄ entspricht Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – ggf. einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle, § 6	0200	11,66
0021A	Pränataldiagnostische Beratung entspricht humangenetische Beratung, § 6	0360	20,98

## 2. Ultraschalluntersuchungen

### Erstuntersuchung: Sonographie

- Sicherung einer intrauterinen Schwangerschaft
- Bestimmung des Gestationsalters und Überprüfung des mutmaßlichen Entbindungstermins

### Untersuchung 12. SSW: Sonographie/Pränataldiagnostik

- Bestimmung des Gestationsalters und Überprüfung des mutmaßlichen Entbindungstermins
- Mehrlinge (Chorionizität)
- 1. Trimester-Screening (NT,  $\beta$ -hCG & PAPP-A, Chorionzottenbiopsie)

### Untersuchung 16. SSW: Pränataldiagnostik

- Fetometrie, ggf. Amniocentese

### Untersuchung 20. SSW: Pränataldiagnostik

- 2. Ultraschallscreening (Fehlbildungultraschall + Echokardiographie)

### Untersuchung 24. SSW: Sonographie

- Fetometrie und maternaler Doppler FW-Menge

### Untersuchung 28. SSW: Sonographie

- Fetometrie und Doppler, FW-Menge

### Untersuchung 30. SSW: Sonographie/Pränataldiagnostik

- 3. Ultraschallscreening, Doppler
- ggf. Echokardiographie

### Untersuchung 32. SSW: Sonographie

- Fetometrie, Doppler, FW-Menge

### Untersuchung 34. SSW: Sonographie

- Fetometrie, Doppler, FW-Menge

### Untersuchung 36. SSW: Sonographie

- Fetometrie, Doppler, FW-Menge

### Untersuchung 38. SSW: Sonographie

- Fetometrie, Doppler, FW-Menge

### Untersuchung 40. SSW: Sonographie

- Fetometrie, Doppler, FW-Menge

### Überwachung über Termin: Sonographie

(Bis maximal 14 Tage bei unauffälliger Schwangerschaft bis zum 7. Tag über Termin zweitägig, dann täglich)

- Bei Erstvorstellung: Fetometrie, Doppler, FW-Menge, dann bei jeder weiteren Vorstellung: FW-Menge und Doppler A. umbilicalis

### Stationäre Patientinnen

Stationäre Patientinnen erhalten mindestens alle 10 Tage eine Fetometrie und eine Doppleruntersuchung. Bei fetaler Risikosituation großzügige Indikation zur Vorstellung in der Pränataldiagnostik.

## 3. Zeitlicher Ablauf der Schwangerschaftsvorsorge und Ultraschalluntersuchung

### Erstuntersuchung

Anamnese:

- Familienanamnese
- Eigenanamnese
- Schwangerschaftsanamnese (LP, Gestationsalter, frühere Schwangerschaften)
- Arbeits- und Sozialanamnese

Allgemeinuntersuchung:

- Perkussion und Auskultation von Herz und Lunge
- Inspektion und Palpation der Brust
- Palpation des Abdomens und Beurteilung der Druckpunkte
- Inspektion der Haut

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- PAP-Abstrich
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung

- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Hb-Bestimmung (i. d. R. regelmäßig ab dem 6. Monat, falls Erstbestimmung normal)
- ggf. Schwangerschaftstest, HCG

## Beratung:

- Ablauf der Schwangerschaftskontrollen
- Berufstätigkeit
- Sport
- Reisen
- Geschlechtsverkehr
- Haustiere
- Ernährung, Substitutionstherapie (Folsäure, Jodid)
- Rauchen, Alkohol, Drogen

## Spezielle Beratung:

- Überweisung zur humangenetischen Beratung
- Pränataldiagnostik (s. u.)

## Serumscreening:

- Blutgruppe und Rh-Faktor
- Antikörpersuchtest
- Infektionsscreening (Chlamydien, Lues, Röteln, HIV, Toxoplasmose)

## Sonographie:

- Sicherung einer intrauterinen Schwangerschaft
- Bestimmung des Gestationsalters und Überprüfung des mutmaßlichen Entbindungstermins

## Mutterpass:

- Ausstellen des Mutterpasses

**Untersuchung 12. SSW**

## Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)

## Beratung:

- Schwangerschaftsbeschwerden (Nausea und Erbrechen, Ptyalismus gravidarum, Sodbrennen, Haar- und Hautveränderungen, Wadenkrämpfe, etc. Varikose, Hämorrhoiden, Obstipation)

## Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

## Sonographie:

- Bestimmung des Gestationsalters und Überprüfung des mutmaßlichen Entbindungstermins
- Mehrlinge (Chorionizität)
- Pränataldiagnostik: 1. Trimester-Screening (NT,  $\beta$ -hCG & PAP-P-A)
- bei Auffälligkeiten invasive Diagnostik anbieten (AC oder CVS)

## Diabetes-Screening:

- Bei entsprechender Risikokonstellation OGTT (75 g)

**Untersuchung 16. SSW**

## Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Herzaktionen (Sono), Kindsbewegungen

## Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

## Serumscreening:

- Bei unklarem oder nicht vorhandenem Rötelschutz Röteltiter

## Beratung:

- Spezielle Fragen
- Angebot des späten Triple-Tests, falls noch nicht erfolgt

## Pränataldiagnostik:

- ggf. Amniocentese
- ggf. frühe Fehlbildungsdiagnostik (bei auffälligem Sono in der 12. SSW)

**Untersuchung 20. SSW**

## Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Herzaktionen (Sono), Kindsbewegungen

## Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

## Serumscreening:

- ggf. Wiederholung Toxoplasmose-Screening

## Beratung:

- Spezielle Fragen

## Sonographie:

- 2. Ultraschallscreening

## Pränataldiagnostik:

- Fehlbildungsultraschall einschließlich maternalem Doppler + fetaler Echokardiographie
- ggf. Wunsch 3D-Ultraschall

### **Untersuchung 24. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Herzaktionen (Sono), Kindsbewegungen
- Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen

Diabetes-Screening:

- oGTT (75 g)

Sonographie:

- ggf. maternaler Doppler (falls auffällig in der 20. SSW)

Serumscreening:

- Antikörpersuchtest

### **Untersuchung 28. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen, Empfehlung zur Schwangerschafts-Gymnastik

CTG

Prophylaxe:

- 300 ng Anti-D-Immunglobulin bei rh-negativen Müttern, falls im Antikörpersuchtest keine Anti-D-AK nachweisbar waren

Sonographie:

- ggf. feto-maternaler Doppler

### **Untersuchung 30. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand

- Kindslage
- Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen

CTG

Sonographie:

- 3. Ultraschallscreening
- feto-maternaler Doppler

Pränataldiagnostik:

- ggf. fetale Echokardiokographie

### **Untersuchung 32. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- Hb-Kontrolle

Serumscreening:

- ggf. Wiederholung Toxoplasmosescreening

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen

CTG

Diabetes-Screening:

- Bei entsprechender Risikokonstellation oGTT (75 g), z. B. 24. SSW oGTT o. B., aber makrosomer Fet

Sonographie:

- ggf. feto-maternaler Doppler

### **Untersuchung 34. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- ggf. Hb-Kontrolle

Serumscreening:

- HbsAg bestimmen

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen

CTG

Sonographie:

- Fetometrie
- ggf. feto-maternaler Doppler

#### **Untersuchung 36. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- ggf. Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore
- vaginaler pH (ggf. mikrobiologischer Abstrich)

Beratung:

- Spezielle Fragen (Entbindungsmodus)

CTG

Sonographie:

- Fetometrie
- ggf. fetaler Doppler

#### **Untersuchung 38. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- ggf. Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore (führendes Kindsteil fest?)

Beratung:

- Spezielle Fragen (Entbindungsmodus)

CTG

Sonographie:

- Fetometrie
- ggf. fetaler Doppler

#### **Untersuchung 40. SSW**

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage
- ggf. Hb-Kontrolle

Vaginale Untersuchung:

- Cervixscore (führendes Kindsteil fest?)

Beratung:

- Spezielle Fragen (Entbindungsmodus, Übertragung)

CTG

Sonographie:

- Fetometrie
- Dopplersonographie (A. umbilicalis)

#### **Überwachung über Termin**

(Bis maximal 14 Tage bei unauffälliger Schwangerschaft bis zum 7. Tag über Termin zweitägig, dann täglich)

Allgemeines Screening:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Untersuchung des Mittelstrahlurins (Eiweiß, Zucker, Sediment, Erythrozyten)
- Fundusstand
- Kindslage

Vaginale Untersuchung:

- ggf. Cervixscore (führendes Kindsteil fest?)

Beratung:

- Spezielle Fragen (Entbindungsmodus, Übertragung)

CTG

Sonographie:

- FW-Menge
- Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Die Frequenz der Ultraschalluntersuchungen hängt im Einzelfall von der medizinischen Indikationsstellung und der Notwendigkeit ab.



Vor dem Hintergrund des Statements: „If you have a new hammer, every problem seems like a nail“, drängt sich die Frage auf: Ist alles sinnvoll, was technisch möglich ist?

Hier sind mehrere Aspekte zu diskutieren, denn die Entwicklung neuer Techniken in der Medizin folgt weitgehend dem gleichen prinzipiellen Verlauf. Zunächst wird eine Entwicklungsphase der Euphorie durchlaufen. Hier orientiert sich das Innovationsstreben am technisch Machbaren. Es folgt eine Phase der kritischen Evaluation als Gegenbewegung, bis sich das Pendel der Entwicklung eingependelt hat und etablierte Bahnen erreicht werden. So scheint in der gynäkologischen Endoskopie [1,3,6] aktuell die Phase der kritischen Bewertung angesagt zu sein, unter dem Motto

Endoskopische Verfahren oder „minimalinvasive Chirurgie in der Gynäkologie“: Kein Etikettenschwindel, sondern endoskopisch-assistierte Techniken als Baustein der operativen Gynäkologie.

Das Schlagwort „minimalinvasive Chirurgie“ lässt leicht den Beigeschmack des Etikettenschwindels aufkommen. Viel treffender wäre die Bezeichnung „maximale Chirurgie über einen minimalen Zugang“. Denn die operative Endoskopie ist konventionelle Chirurgie über einen minimalen Zugang, die eigentlichen Operationsverfahren sind die gleichen geblieben. Das gynäkologisch-operative Gesamtspektrum wird durch den Baustein der Endoskopie ergänzt. Durch die Wahl des weniger belastenden Zugangs konnte dem Streben der Patientin nach Komfort und Organintegrität nachgekommen werden [10].

Sehr wichtig erscheint vor diesem Hintergrund auch die Diskussion des Begriffes „**Komplikationen**“. Der Begriff Komplikationen kann entsprechend der lateinischen Übersetzung von „complicare“ nicht nur vom philosophischen Standpunkt vielfältig übersetzt werden.

Zunächst kann man Komplikationen als „Verwirrung“ interpretieren. Dies könnte in erster Linie auf die Indikationsstellung bezogen werden, denn die unbegrenzte Erweiterung des Indikationsspektrums ist in gewisser Weise eine Verwirrung. Ein wichtiger Punkt zur Erhöhung der Sicherheit und Senkung der Komplikationshäufigkeiten in der gynäkologischen Endoskopie ist die **richtige Indikationsstellung**. Aber gerade hier treffen verschiedene Interessen aufeinander. Auf der einen Seite stehen die Patientin mit ihrem Wunsch, die Vorteile (siehe oben), die die moderne Endoskopie bietet, zu nutzen und der Chirurg mit seinem Interesse an neuen Operationstechniken und Verfahren, was zu einer immer **breiteren Indikationsstellung** führen kann. Auf der anderen Seite besteht jedoch weiterhin das Streben nach Sicherheit und Verringerung der Komplikationsraten, was zu **klar definierten Operationskriterien** führen muss.

Die für die Patientin reizvolle minimalinvasive Therapie-Alternative darf nicht dazu verleiten, von klar definierten Indikationskriterien abzugehen. Falsch wäre es auch, Operationen, die einer wohl überlegten Indikationsstellung unterliegen, durch die Endoskopie vermehrt oder mit breiterer Indikationsstellung durchzuführen.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Wagner · Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie · Baldingerstraße · 35043 Marburg

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q69 – Q76 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924532 · ISSN 0016-5751

Eine weitere Facette der Betrachtungsweise ist die Interpretation der Komplikation als **Verwicklung**. Dies ist repräsentativ an dem Wildwuchs von Marktdruck und Technik darzustellen, denn der Katalysator für die Verbreitung der Endoskopie sollte nicht der Druck des Marktes sein, wenn gerade die Reife der Technik und die Ausbildung häufig noch nicht entsprechend sind.

Eine weitere Interpretationsmöglichkeit des Begriffes „Komplikation“ ist **Schwierigkeit**. Hier sollte der Begriff „Konversion“ angeführt werden. Konversion bezeichnet das Umschalten von einem endoskopischen Zugang auf einen konventionellen Zugang.

Von erheblicher auch „forensischer“ Bedeutung ist, dass die Konversion keine Komplikation darstellt, sondern eine Weiterführung der endoskopisch begonnenen Operation ist [8].

Die Konversion ist entweder sinnvoll oder notfallmäßig nötig. Sinnvoll dann, wenn die Grenzen des Machbaren erreicht sind. Dies alles macht die Konversion zu einem typischen operativen Bestandteil, der nicht forensisch negativ belastet werden darf. Unabdingbar ist daher vor jeder endoskopischen Operation die Aufklärung der Patientin hinsichtlich der eventuellen Notwendigkeit der Konversion. Die Patientin muss wissen, dass in jedem Fall eine konventionelle Operation notwendig sein kann und die Erweiterung der Operation im Sinne der Konversion weder fehlerhaft ist, noch eine Komplikation darstellt.

Die eigentliche Betrachtungsweise von „complicare“ ist die chirurgische Komplikation. Gerade hier liegen nämlich die Nachteile der „Video-Endoskopie“: Der Zielsitus wird deutlicher, die Übersicht wird kleiner, so dass zur Beherrschung der Komplikationen der laparoskopische Zugang zu klein sein kann.

Vielfältige wissenschaftliche Ansätze dienen aktuell der Analyse bzw. der Vermeidung von Komplikationen durch Aufklärung und Training.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass sich die innovativen Perspektiven in der Zukunft zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehen lassen, mögliche Risiken sollten dennoch frühzeitig ausgeschlossen werden:

- die Endoskopie sollte keine Verführung durch das Machbare darstellen, sondern kontrollierte Studien müssen aufzeigen, was sinnvoll ist vom technisch Machbaren.
- Der „Druck des Marktes“ darf nicht der Katalysator für die Indikationsstellung zum endoskopischen Vorgehen sein, schon gar nicht vor dem Hintergrund eines insuffizienten technischen Equipments oder der mangelnden Ausbildung und Erfahrung des Operateurs. Hier werden von der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGE) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Ausbildungsprogramme vorbereitet.
- Ebenso darf die Erweiterung des Indikationsspektrums nicht unbegrenzt sein, sondern muss sich an gesicherten wissenschaftlichen Fakten orientieren.

In jedem Fall muss die Handlungsmaxime der Operationserfolg sein und somit das Wohl der Patientin, nicht aber Endoskopie um jeden Preis!



Abb. 1 Bildung von Qualitätsketten durch Bereitstellung von Standardanweisungen für jeden einzelnen Unterschnitt als Glieder einer Kette.

### Operative Qualitätssicherung am Beispiel der Endoskopie

Ein wichtiges Kernstück ist die Bildung von Qualitätsketten. Diese Qualitätsketten sind die Basis für die Umsetzung einer umfassenden Qualitätssicherung im Sinne eines Total Quality Managements. Beginnend mit dem medizinischen Problem eines Patienten schließt sich eine ganze Kette von Organisationsabläufen an, bis es letztlich zur Durchführung eines operativen Eingriffes kommt (siehe Abb. 1).

Mit Beginn der Patientenaufnahme und -vorstellung über die präoperative Diagnostik und über die Aufklärung bildet jedes Glied eine Kette und nur durch Absicherung der optimalen Qualität kann das fachgerechte Ergebnis garantiert werden. Das heißt – bildlich gesprochen –, reißt die Kette der Qualitätssicherung in einem der Glieder, so ist die Gewährleistung im Endergebnis gefährdet.

Zur Sicherung der Kette müssen sämtliche Organisationsabläufe ummantelt werden, um so der Kette von Organisationsabläufen eine weitere Stabilität zu verleihen. Durch diesen bildlichen Vergleich wird die Notwendigkeit sehr anschaulich verdeutlicht. Die Ummantelung der Qualitätskette wird durch weitere verschiedene Unterpunkte gewährleistet (Abb. 2).

Durch Teambildung, Schaffung von Ausbildungszentren, Instrumentation und Erstellung von Leitlinien sichert der Mantel eine weitere Stabilität [5].

Für den Bereich der operativen Endoskopie stellt die Teambildung innerhalb einer Klinik einen wesentlichen Schritt zur Sicherung der Qualität eines Operationsergebnisses dar. Die Ausbildung erfahrener routinierter Teams mit Operateur, Assistenz, OP-Personal und Anästhesie bildet hier einen wesentlichen Baustein.

Neben der Bildung von routinierten Teams stellt jedoch auch die Auswahl der Instrumentation einen weiteren wesentlichen Schritt zur Absicherung des Operationsergebnisses dar. Die Qualität von bildübertragenden Systemen kann hier bereits entscheidende Einflüsse auf den zeitlichen Ablauf und das Operationsvorgehen haben. Auch sollten die Instrumente an die ge-

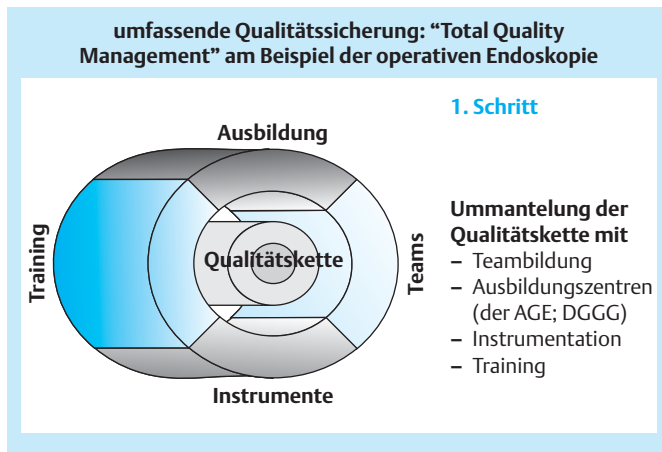


Abb. 2 Stabilisierung der Qualitätsketten in mehreren Schritten und Inhalten

planten Operationsindikationen angepasst sein. Einen weiteren Schritt zur Qualitätssicherung stellen auch hier die Bilddokumentation und die Aufzeichnungsmöglichkeit der durchzuführenden Eingriffe dar [7,9,11].

Die nächste Stufe der Ummantelung der Qualitätskette wird durch die Bildung von Ausbildungszentren, unterstützt von der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, vermittelt (siehe Abb. 3). Die Stufe 1 umfasst hierbei innerhalb der Ausbildungszentren In-vitro-Simulationen, die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen, die Vermittlung von Kenntnissen zur Handhabung mechanischer Instrumente, die Unterstützung beim Aufbau von Operationsteams, die Lehre von Bewegungskoordination über Bildschirme, Hinweise auf Fehler, Vermeidung von Fehlern und Gefahren sowie die Einarbeitung in Hilfstechnologien.

Die Stufe 2 der Ausbildungszentren hat die Aufgabe, bereits in Abdominalchirurgie erfahrende Operateure in konventionellen gynäkologischen Operationstechniken für die Endoskopie auszubilden.

Dabei ist obere Priorität die Ummantelung dieser Organisationsabläufe durch Leitlinien, Schaffung von Trainingszentren und Bildung von Expertengremien, die für die dynamische Anpassung der Leitlinien auf höchstem operativem und technischem Standard verantwortlich sind. Hierzu ist die Entwicklung eines umfassenden Qualitätssicherungsprogrammes (TQM – Total Quality Management) aus dem eigenen Fachgebiet heraus unabdingbar (Abb. 6 – 10). Demgemäß konnten erste Schritte realisiert werden, wie die deutsche Komplikationserfassung **Hysteroskopie**, die Etablierung von Ausbildungskonzepten und Ausbildungszentren entsprechend der Leitlinien der AGE der DGGG unter Einbeziehung von Ausbildungsprogrammen nach dem Stufenkonzept und Einbeziehung von In-vitro-Simulationskursen und -trainern [13], exemplarische Erarbeitung von Leitlinien zur laparoskopischen Diagnostik und Therapie von Ovarialtumoren (5) (AGO/AGE-Kommission).

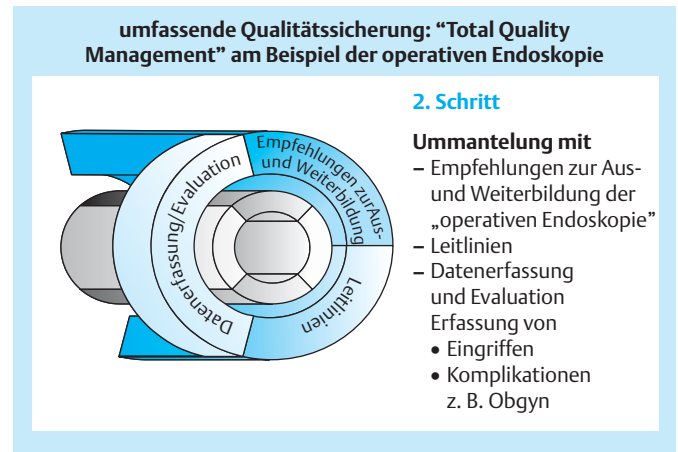


Abb. 3 Zweiter Schritt der Ummantelung durch Bereitstellung von Ausbildungsempfehlungen, Leitlinien und Qualitätssicherung durch Datenaufarbeitung der Eingriffe

Entsprechend des TQM-Konzeptes müssen die durchgeführten Evaluationen der Qualitätskette zur Aktualisierung der ummantelnden Leitlinien führen, um so im Sinne einer kontinuierlichen „Effizienzspirale“ zur Optimierung der Qualitätssicherung der teilnehmenden Zentren zu gelangen, um auf der Basis der Komplikationserfassung präventive Konzepte zur Verhinderung bzw. Beherrschung von Komplikationen zu erarbeiten [12].

Den wesentlichsten Schritt in der Ummantelung stellt jedoch die Aufstellung von Leitlinien dar, die durch die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe unterstützt werden. Beispielhaft seien hier die Leitlinien der AGE und AGO zum Vorgehen der Endoskopie bei Ovarialtumoren dargelegt. In den wesentlichen Punkten der Indikationsstellung, die die Wahl des Zugangsweges beeinflusst, sind hier standardisierte Vorschriften zur Durchführung der präoperativen Diagnostik zu erwähnen. Aufklärung und strukturelle Voraussetzung für die Durchführung von endoskopischen Operationen von Ovarialtumoren bestimmen hier das operative Vorgehen. Wesentlich sind auch hier die Hinweise zur Durchführung der Operationstechnik, die im Rahmen der Leitlinien verankert werden.

Wenn der erste Schritt zur Bildung von Qualitätsketten und erste Ummantelungen zur Absicherung der bildlichen Rissfähigkeit der Kette erfolgt sind, müssen weitere Schritte zur Ausbildung der engeren Ummantelung erfolgen, um die Qualitätssicherung in der Entwicklung der Organisationsabläufe noch weiterführend abzusichern. Diese nächste Stufe der Ummantelung wird aus unserer Sicht aus der Empfehlung zur Aus- und Weiterbildung der operativen Endoskopie gegeben und umfasst die Evaluation und Erfassung von Eingriffen und Komplikationen, wie sie beispielhaft für das Fach Gynäkologie durch das OBgyn-Projekt angegangen worden ist.

In die Ummantelung fließen die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie in die Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung ein. Darunter wird verstanden, dass die Ausbildung in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wird und die Empfehlung zu einem Bestandteil der fakultativen Weiterbildung für spezielle operative Gynäkologie einfließen.

**onkologische Qualitätssicherung – operative Therapie des Mammakarzinoms**  
**Einflussfaktoren – Zielkriterien**

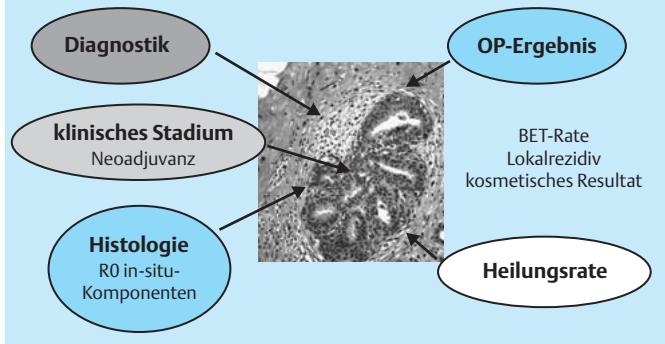


Abb. 4 Einflussfaktoren auf die operative Therapie des Mammakarzinoms.

Neben der Erstellung von Leitlinien und Bildung von Ausbildungszentren müssen hier die Empfehlungen in die Weiterbildungsordnung mit einfließen, so dass im Bereich der speziellen operativen Gynäkologie die Aus- und Weiterbildung zur operativen Endoskopie verankert werden kann.

Den letzten Schritt stellt daher die wesentliche Voraussetzung zur Durchführung operativen endoskopischer Eingriffe dar, die auch maßgeblich zur Zulassung als Ausbildungsklinik dienen. Hierbei ist es wichtig, dass die Zahl der operativen endoskopischen Eingriffe ein bestimmtes Maß hat und die Teilnahme an Qualitätskontrollen sowohl intern als auch extern dokumentiert werden können.

Der abschließende Schritt ist die Teilnahme an Komplikationsregistern und die nachvollziehbare Dokumentation der durchgeführten Eingriffe.

**Das Beispiel der brusterhaltenden Mammakarzinomchirurgie**

Eine onkologische Qualitätssicherung im Rahmen der operativen Therapie des Mammakarzinoms unterliegt zahlreichen Einflussfaktoren und Zielkriterien. Während Heilungsrate und OP-Ergebnis für den Patienten im Vordergrund stehen, werden diese Zielkriterien über das klinische Stadium, die angewandten diagnostischen Methoden, die Histologie, insbesondere Anteil an In-situ-Komponenten, wesentlich gesteuert und beeinflusst [4].

Das OP-Ergebnis zielt nach den heute gültigen Kriterien im Wesentlichen auf die brusterhaltenden Therapien, auf Lokalrezidivraten und auf kosmetische Resultate ab. Neuere Therapiestrategien, wie beispielsweise die neoadjuvante Therapie, können hier einen wesentlichen Einfluss auf die operative Therapie des Mammakarzinoms und die onkologische Qualitätssicherung nehmen (Abb. 4).

Es bleibt nunmehr die Frage, wie eine onkologische Qualitätssicherung (wie auch in vielen anderen Bereichen) umgesetzt werden kann. Auch hier bietet sich das Modell des so genannten „To-

**Bildung von Qualitätsketten**

Mammographie	BET (präp. Kontrolle)	BET-Rate
Sonographie	Mod. rad. Mastektomie	Lokalrezidive
NMR	Rekonstruktion	RO?
Stanz-Biopsie (HG, Vakuum)		NO?

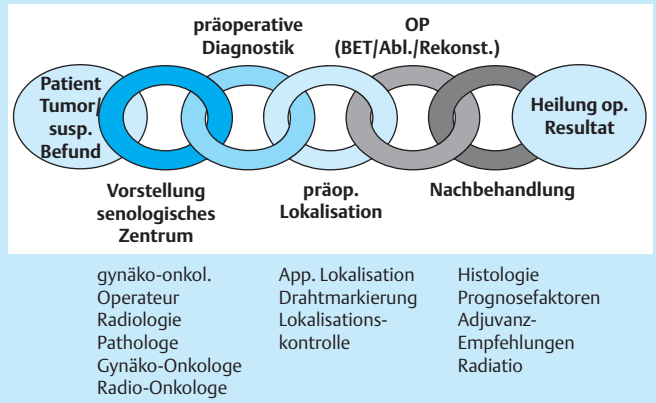


Abb. 5 Qualitätskette für die operative Therapie des Mammakarzinoms. Auffallend sind hier die vielschichtigen und insbesondere interdisziplinären Einflussfaktoren auf den Organisationsprozess.

tal Quality Managements“ an, welches sich aus Qualitätsketten zusammensetzt, die durch verschiedene Ummantelungen stabilisiert werden. Unterstützt wird dieses Qualitätsmanagement durch die Innovation im Bereich der Informationstechnologie und durch eine stetige Einflussnahme auf Inhalte und Ummantelungen im Sinne einer Endlosspirale der Verbesserung. Die Bildung von Qualitätsketten ist dabei der wesentlichste Schritt in der Bildung einer onkologischen Qualitätssicherung.

Ausgehend von der Patientin, welche im Rahmen eines Palpations- oder suspekten apparativen Befundes in einem senologischen Zentrum vorgestellt wird, stellt dies eine Zusammenarbeit aus gynäkoonkologischem Operateur, Radiologen, Pathologen, Gynäko-Onkologen und Radio-Onkologen dar (Abb. 5).

Der nächste Schritt in der Kette wird durch die präoperative Diagnostik bestimmt, welche wegweisende Schritte zur apparativen Lokalisation, evtl. Markierungsschritten und auch zur Lokalisationskontrolle für die operative Therapie vorbereitet.

Der eigentliche Schritt der Operation mit den Möglichkeiten der brusterhaltenden Therapie, der ablativen und auch der rekonstruktiven Therapie umfasst hier nur ein weiteres Glied in der Kette, welches von der Nachbehandlung, die durch die Qualität der histologischen Aufarbeitung und den Möglichkeiten der adjuvanten Therapie sowie der Strahlentherapie beeinflusst wird.

Endglied der Kette ist für die Patientin die Heilung und das operative Resultat, insbesondere unter Berücksichtigung der Rate an brusterhaltenden Therapien, Lokalrezidiven, RO- und NO-Situationen.

Um jetzt die Möglichkeit einer umfassenden Qualitätssicherung zu garantieren, verwenden wir eine Ummantelung im Sinne des Total Quality Managements, hier für das Beispiel des Mamma-

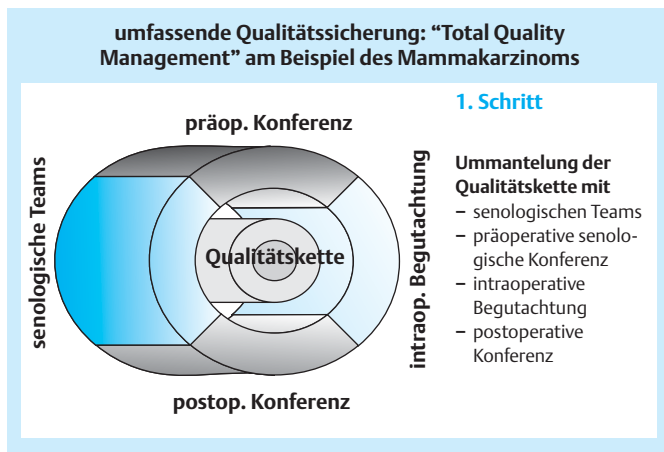


Abb. 6 Ummantelung der Qualitätskette mit Teambildung, Senologischen Konferenzen, histopathologischer intraoperativer Konferenz und postoperativen qualitätssichernden Konferenzen.

karzinoms. Den ersten Schritt der Ummantelung der Qualitätskette stellt eine weitere Stufe der Qualitätssicherung im Sinne von Bildung senologischer Teams, präoperativen und postoperativer Konferenzen, die Ergebnisse vergleichen und schnelle Gegenregulation ermöglichen, dar. Die senologische Teambildung ist insbesondere für die Ausbildung und Erweiterung routinierter Teams, insbesondere unter der Berücksichtigung rekonstruktiver Verfahren notwendig (siehe Abbildung 6).

Die präoperativen senologischen Konferenzen, die interdisziplinär die Zusammenarbeit zwischen diagnostischen Radiologen, Gynäkologen, Pathologen und Radio-Onkologen gewährleisten, sollen gemeinschaftliche Befunddemonstration von Klinik und Bildgebung garantieren, die für die Planung von beispielsweise Biopsieverfahren, Markierung und insbesondere der OP-Strategie, die unter Umständen auch weiterführende Diagnostiken notwendig macht, auch im Hinblick auf die Neoadjuvanz, wichtig sind.

Die intraoperative Begutachtung stellt hier einen weiteren wesentlichen Schritt zur Sicherung der Qualitätskette dar, wobei hier nochmals auf Markierung und Lokalisationskontrollen im Sinne von Präparatradiographie und auch die Problematik der intraoperativen histologischen Aufarbeitung abzuheben ist. In der letztlich durchgeführten postoperativen Konferenz werden Gewebeuntersuchungen, Resektionsergebnisse einschließlich der Prognosefaktoren diskutiert und die Qualitätskontrolle hinsichtlich der Bildgebung und der Markierung sowie des OP-Ergebnisses überprüft. Der weitere Ausgangspunkt ist die interdisziplinäre Planung weiterer postoperativen Maßnahmen.

Den zweiten Schritt in der Bildung einer umfassenden Qualitätssicherung stellt die Ummantelung durch Empfehlung aus internationalen Konsensuskonferenzen wie St. Gallen 1998 und Einfließen der Erfahrung in die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft dar. Hier greifen unterstützend die Informationstechnologien mit Erfassung von Komplikationen, Rezidivraten und Überlebensraten der einzelnen Arbeitsgruppen mit ein, die zum Teil national und auch international im Vergleich überprüft werden müssen. Aufgrund der internen und externen Evaluation muss hier eine stetige Verbesserung durch Überprüfung der internen

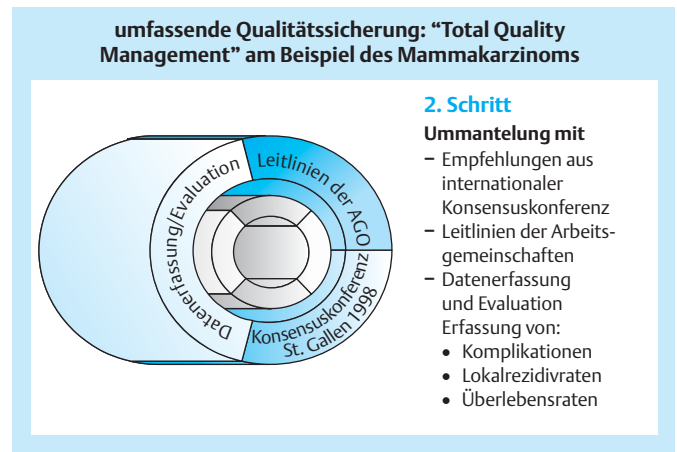


Abb. 7 Zweite Stufe der Ummantelung mit Konsensuskonferenzen, Leitlinien und Datenerfassung und Auswertung.

Qualitätskontrolle, evtl. Korrektur, und erneutes Einfließen in Empfehlungen, Leitlinien und der internen und externen Ummantelung der Qualitätskette einfließen (Abb. 7).

Diese stetige Verbesserung ist letztlich über die Effizienzspirale der Ausgangspunkt, dass eine Qualität stetig steigen kann.

Risiken innerhalb dieses Qualitätssicherungsprinzips entstehen immer dann, wenn beispielsweise neuere Techniken Einfluss in die qualitätssichernden Schritte finden. Das Beispiels des Sentinel-Node-Verfahrens sowie endoskopischer operativer Techniken und auch diagnostische Verfahren wie Vakuumbiopsie können Qualitätsrisiken beinhalten, wenn sie direkt innerhalb der Qualitätskette eingeführt werden. Die Konsequenz daraus ist, dass nicht der wichtige innere Bereich der Qualitätskette geändert wird, bevor neue Technologien in Empfehlungen und Ummantelungen des Total Quality Managements eingeflossen sind. Das Risiko eines Risses der inneren Qualitätskette birgt hier die Gefahr, dass das für die Patientin wichtige Ergebnis möglicherweise infrage gestellt wird (Abb. 8).

Die Lösung des Problems ist daher die Einführung neuerer Verfahren über kontrollierte Studien oder Protokolle über die Ummantelung der Qualitätskette, um so über eine gesicherte Basis kontrolliert innovative Techniken in das Qualitätsmanagement mit einzuarbeiten (Abb. 9).

### Qualitätssicherung in der Onkochirurgie am Beispiel des Ovarialkarzinoms

Durch die Verankerung der Qualitätssicherung als genuines Ziel der heutigen Medizin nimmt diese einen zunehmenden Einfluss auch auf die operative Therapie innerhalb der gynäkologischen Onkologie. Am Beispiel des Mamma-Karzinoms sollte aufgezeigt werden, wie die Bildung von Qualitätsketten im Rahmen eines total quality management realisierbar ist, aber auch eine Vielzahl von beeinflussbaren und unbeeinflussbaren Faktoren, die eine wesentliche Auswirkung auf das operative Resultat und letztlich die Heilungsrate für die Patientinnen beinhalten.

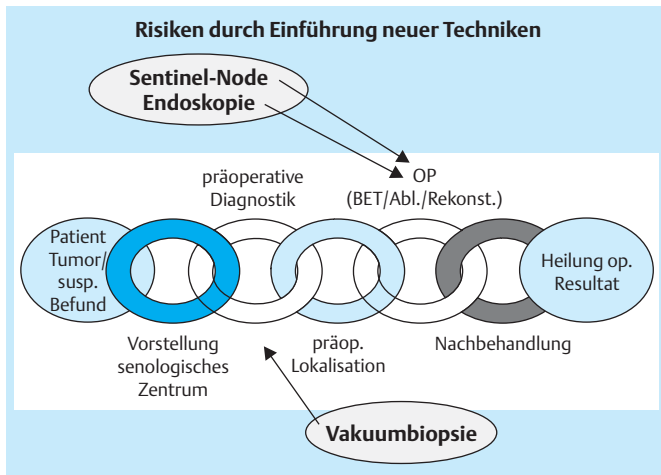


Abb. 8 Instabilitäten durch neue Verfahren führen im ersten Ansatz zur Destabilisierung von inneren Organisationsabläufen innerhalb der Qualitätskette, wenn sie noch nicht ausreichend validiert worden sind. Ein Beispiel dafür ist die Einführung des Sentinel-Verfahrens oder Vakuumbiopsie.

Während die präoperative Diagnostik beim Mammakarzinom bereits sehr früh und wegweisend den therapeutischen Ablauf bestimmt, so hat auch das klinische Stadium und u.U. auch präoperative Therapien, wie die neoadjuvante Chemotherapie, einen wesentlichen Einfluss auf das operative Ergebnis. Exakte histologische und morphologische Beschreibungen, insbesondere der R0-Situation, auch unter dem Aspekt der Erfassung von In-situ-Komponenten, zeigen hier direkte Einflüsse auf den operativen Vorgang und damit zu erzielende Resultate, die sich letztlich anhand der brusterhaltenden Therapierate, der Lokalrezidive und auch der kosmetischen Resultate widerspiegeln.

Ganz anders ist eine operative Qualitätssicherung für den Fall des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms zu sehen. Während hier die Operation sowohl Diagnosestellung als auch definitive operative Therapie beinhaltet, hat sie das Ziel einer exakten intraoperativen Festlegung der Ausbreitung und erfüllt das therapeutische Ziel der maximalen zytoreduktiven Therapie [14].

Ganz im Gegensatz zur Qualitätskette der operativen Therapie beim Mammakarzinom stehen sich hier eine kleinere Zahl von beeinflussbaren und unbeeinflussbaren Risikofaktoren gegenüber [2].

Wichtigstes Kriterium ist hier in den **beeinflussbaren** Risikofaktoren des postoperativen Tumorrestes und der Tumorzellelimination zu sehen. Während letztere durch die Auswahl einer zytoreduktiven medikamentösen Therapie zu beeinflussen ist, ist der postoperative Tumorrest letztlich von der individuellen Ausprägung des onkologischen Zentrums und der dort tätigen Operateure abhängig. Unbeeinflussbar ist hier die eigentliche Tumorbiologie und das Resistenzverhalten der Tumorkrankheit generell (Abb. 10).

Das operative Vorgehen hat daher standardisiert zu erfolgen. Die Laparotomie als definitiver operativer Schritt der Diagnostik und gleichzeitig der Therapie umfasst hier ein umfassendes Stagingvorgehen. Beginnend mit dem abdominalen Längsschnitt und

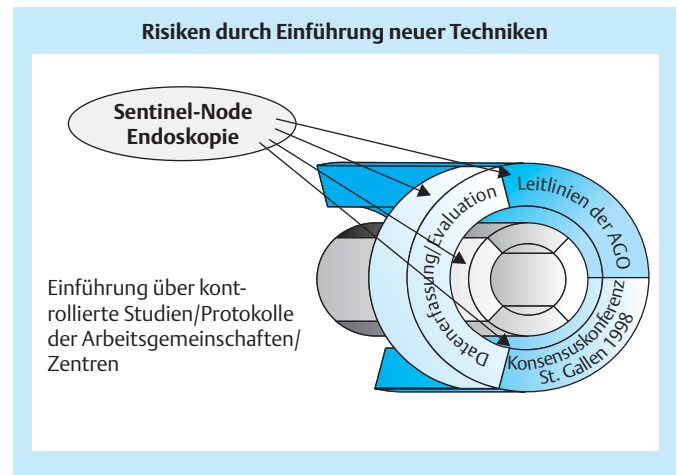


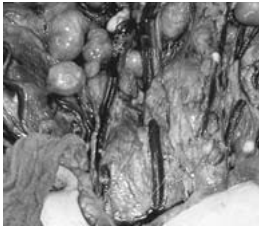
Abb. 9 Neue Verfahren müssen über die qualitätssichernden Um-mantelungen der Qualitätsketten eingeführt werden, um so eine Absicherung der Qualität auch dauerhaft zu gewährleisten.

gezielten Zytologieentnahmen in den möglicherweise betroffenen Arealen wird komplettiert durch die Hysterektomie und die bilaterale Adnexektomie mit hoher Resektion der Gefäßbündel. Komplettiert wird die Erfassung der Ausbreitung durch die infragastrische Omentektomie sowie durch die Entnahme von Peritonealbiopsien, insbesondere im Bereich des Douglas und des Blasenperitoneums mit ggf. auch Resektion der Bereiche. Ziel ist insgesamt eine Entfernung von allem suspekten Tumorgewebe intraabdominell, welches, ggf. auch durch zusätzliche Darmresektion und den Einsatz der Oberbauchchirurgie, auch interdisziplinär realisiert werden muss. Das operative Ziel ist die makroskopische R0-Resektion oder zumindest eine möglichst maximale Tumorreduktion, die dann auch durch eine paraaortale (Staging N1/3c mit Insertionspunkt der Arteria ovarica im Bereich der Aorta abdominalis) und pelvine Lymphonodektomie komplettiert werden muss. Wichtig ist hier, dass ein positiver Nodalbefall mit einem Tumorrest gleichzusetzen ist. Die Komplettierung der Tumorzellelimination durch die paraaortale pelvine Lymphonodektomie hat hier einen möglichst optimalen Zugangsweg zur Gefäßpassage durch Eventeration des Darmkonvolutes und direkte paraaortale und paracavale Präparation sicherzustellen. Auch der Einsatz von Ultrashallaspiration, wie durch CUSA, kann hier neben der maximalen Reduktion durch Deperitonealisierung, beispielsweise der Zwerchfellkuppel, zur Erzeugung eines minimalen Tumorrestes verwendet werden (Abb. 11).

Während deutschlandweit bis zu 10% der Patientinnen im Rahmen der kontrollierten Studien der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie betreut werden, lassen sich hier auch Ergebnisse von höchster operativer Qualität bereits belegen. Denn in über 90% der Fälle, in denen als operatives Vorgehen ein Längsschnitt gewählt wird, welcher überhaupt erst primär ein exaktes Staging erlaubt, lässt sich hier für Patientinnen mit Tumorrest < 1 cm in über 90% der Fälle die oben angegebene operative Strategie realisieren. In über 60% der Fälle erfolgen darüber hinaus pelvine Lymphonodektomien und in nahezu 40% auch paraaortale Lymphonodektomien, die eine maximale Reduktion absichern.

### operative Qualitätssicherung Ovarialkarzinom Einflussgrößen – Zielkriterien

- Diagnosestellung
- exakte intraoperative Festlegung der Ausbreitung
- maximale, zytoreduktive Therapie



beeinflussbare Risikofaktoren  
- postoperativer Tumorrest  
- Tumorzellelimination

unbeeinflussbar!  
- Tumorbiologie/Resistenz

Abb. 10 Einflussgrößen auf die Qualitätskette beim Ovarialkarzinom. Wichtiger Unterschied ist der Faktor der unbeeinflussbaren Größen wie Tumorbiologie und Resistenz gegenüber den beeinflussbaren Größen wie postoperativer Tumorrest und Auswahl der Chemotherapie-regime.

Welchen Einfluss der postoperative Tumorrest und auch die paraortale Lymphonodektomie auf das Überleben hat, zeigt sich anhand der Auswertungen zahlreicher Studien. Der Einfluss des Tumorrestes ist hoch signifikant, während die Lymphonodektomie generell das progressionsfreie Überleben nicht beeinflusst, jedoch einen Einfluss über die Tumorrestsituation, insbesondere im Rahmen der pelvinen Lymphonodektomie und damit auf das Gesamtüberleben, erhält.

Gerade der Faktor der Beeinflussbarkeit des postoperativen Tumorrestes macht anhand der Überlebensdaten, die daraus resultieren, diesen Faktor besonders wichtig. Während präoperativ im Rahmen der Studien bereits für 20% der Patientinnen eine Ausgangstumormasse von < 11 mm existiert, ist dies durch den Einsatz der operativen Reduktion postoperativ zwischen 59 – 66%, je nach Therapie, zu realisieren. Dies bedeutet, dass durch die exakte operative Tumorreduktion ein Benefit von über 40% für die Patientinnen erreichbar ist, wenn durch Ausschöpfen der operativen Maßnahmen das wichtige prognostische Kriterium des verbleibenden Tumorrestes erzielt werden kann. Zu den unbeeinflussbaren Prognosefaktoren gehört die Chemoresistenz, die auch bei Ausnutzung der hoch effektiven Kombination von Platin und Taxol bei ca. 20% besteht.

Daraus resultiert ein neues generelles Konzept, welches vielmehr die beeinflussbaren Prognosefaktoren der operativen Staginginformationen mit einbezieht. Die Unterscheidung von R0-Patientinnen von R1-resezierten hat das Ziel, optimale Bedingungen für eine postoperative Therapie zu gestalten, die durchaus dann von immunologischen oder genterapeutischen Therapiekonzepten profitieren kann. Grundvoraussetzung dazu sind jedoch exakte Staginginformationen, die überhaupt generell die Aussage einer R0-Situation, d. h. auch Aussagen über die pelvine und paraaortale Lymphknotensituation, umfassen müssen.

In der Situation der R1-Resektion ist es dagegen wichtig, unbeeinflussbare Prognosefaktoren, wie die Chemoresistenz, früh zu erfassen, um Patientinnen, die von einer aggressiven Therapie wenig profitieren können, früh in toxisitätsbeschränkte Regime überführen zu können.

### operative Qualitätssicherung Ovarialkarzinom operatives Vorgehen

#### Staging-Laparotomie

#### Adnektomie bds. mit hoher Resektion der Gefäßbündel

- infragastrische Omentektomie
- Entnahme von Peritonealbiopsien/Douglas/Blasenperitoneumresektion
- Entfernung allen suspekten Tumorgewebes
- zusätzliche Darmresektionen/Oberbauchchirurgie

**Cave!** pos. Nodalbefall = Tumorrest

Abb. 11 Standardisiertes operatives Vorgehen im Rahmen der operativen Primärtherapie des Ovarialkarzinoms.

### operative Qualitätssicherung Ovarialkarzinom Voraussetzungen

#### OP-Schema

- Längsschnitt**  
Peritoneum par.  
Zytologie
- kleines Becken**  
Ovarien  
Uterus  
Rektum/Sigma
- Douglasraum/  
Beckenwände**
- Oberbauch**  
Zwerchfellkuppeln  
Omentum  
Leber/Milz  
Darm
- Retroperitoneum**  
Lk paraaortal/pelvin  
Nierenstiel

exaktes Staging

standardisierte Nachbehandlung  
und Erfassung i. S. der Qualitäts-  
sicherung

Teilnahme an kontrollierten Studien

frühzeitige  
Resistenz Erfassung

Vermeidung von Toxizität

Abb. 12 Voraussetzungen für eine operative Qualitätssicherung beim Ovarialkarzinom und Lösungsansätze.

Die Voraussetzung für eine operative Qualitätssicherung ist demgemäß in einem exakten Staging zu sehen. D. h., dass gemäß den Vorgehensrichtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie standardisierte operative Zugangswege und standardisierte operative Ausdehnung garantiert werden müssen. Auch die Auswahl der Nachbehandlung sollte hier objektiven Qualitätskriterien gemäß durchgeführt werden und eine Erfassung im Sinne einer Qualitätssicherung erlauben. Dies wird primär durch die Teilnahme an kontrollierten Studien, die sowohl eine Transparenz betreffend der operativen als auch der Auswahl der postoperativen Chemotherapie erlauben, realisiert. Wichtig ist dabei auch die frühzeitige Erfassung einer Resistenz und Vermeidung von Toxizitäten, um neben dem angestrebten Heilungsergebnis auch das Nebenwirkungsprofil und die Lebensqualität der Patientinnen zu optimieren (Abb. 12).

Während das Mamma-Karzinom durch eine Vielzahl von Faktoren – die operative Qualität am Beispiel der Qualitätskette von der Vorstellung am onkologischen Zentrum für operative Diagnostik und Lokalisierung, des intraoperativen Befundes sowie der Histologie und prognostischer Kriterien – beeinflusst wird,

gilt für das Ovarialkarzinom mit dem Ziel der Remission der fortgeschrittenen Erkrankung, dass sich die Zahl der Einflussnahmen innerhalb der Qualitätskette auf die beiden Punkte der operativen Therapie, exakte Staginginformationen und konsequente Durchführung der first line-Therapie beschränken. Hier ist insbesondere die Rolle der onkologisch tätigen Zentren zu sehen, die zum einen die hoch spezialisierte Therapie und zum anderen auch die Ausbildung und Qualitätssicherung garantieren müssen.

## Literatur

- 1 Gauwerky JFH, Wallwiener D, Bastert G. Die endoskopisch assistierte Anlage einer Neovagina. *Geburtsh Frauenheilk* 1993; 53: 261 – 264
- 2 Köhler S, Prietl G, Schmolling J, Grün U, Fischer HP, Schlebusch H, Wagner U. Immuntherapie des Ovarialkarzinoms mit dem monoklonalen anti-idiotypischen Antikörper ACA125 – Ergebnisse der Phase Ib Studie. *Geburtsh Frauenheilk* 1998; 58: 180 – 186
- 3 König M, Fersis N, Franz H, Thelen M, Bares R, Kiesel L, Wagner U, Wallwiener D. Endoskopisches Sentinel-Node (ESN)-Verfahren zum laparoskopisch assistierten Staging des Endometriumkarzinoms (Endoscopic sentinel lymph node identification with laparoscopically-assisted surgical staging of endometrial carcinoma: a case report). *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 60: 187 – 190
- 4 Mayer R, Mielke G, Oettling G, Geppert M, Stoll P, Wallwiener D. Sonographisch gesteuerte Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsien der Mamma. Eine Gegenüberstellung von Histologie, Hormonrezeptorfärbung sowie Expression von Ki-67 an Stanzbiopsien und Operationspräparaten (Needle core biopsy and open biopsy of breast lesions: comparison of histologic results and expression of hormone receptors and Ki-67) *Geburtsh Frauenheilk* 1999; 59: 566 – 568
- 5 Neis KJ, Kindermann G, Wallwiener D, Pfeleiderer A. Leitlinie zur laparoskopischen Operation von Ovarialtumoren. *Frauenarzt* 1998; 39: 1055 – 1056
- 6 Schmidt S, Stirner G, Wagner U., Sierra F, Swolin F, Swolin K, Krebs D. Erfolgsfaktoren der Myomenukleation bei Sterilitätspatientinnen unter besonderer Berücksichtigung der mikrochirurgischen Operationstechnik. *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 49: 186 – 192
- 7 Wallwiener D, Rimbach S, Kaufmann M, Schmid H, Pollmann D, Sohn C, v. Fournier D, Bastert G. Palliative Lasertherapie in der gynäkologischen Onkologie. *Geburtsh Frauenheilk* 1992; 52: 191 – 194
- 8 Wallwiener D, Rimbach S, Pollmann D, v Fournier D, Bastert G: Thermische Präparationstechniken in der gynäkologischen Endoskopie – technische, experimentelle und klinische Ergebnisse (n = 2000). *Zentralbl Gynäkol* 1994; 116: 1 – 15
- 9 Wallwiener D, Grischke EM, Rimbach S, Sohn Ch, Kaufmann M, Bastert G. Inkontinenzoperation per „Retziusskopie“? Eine endoskopische Modifikation der Marshall-Marchetti-Krantz-Operation. *Geburtsh Frauenheilk* 1994; 7: 383 – 386
- 10 Wallwiener D, Rimbach S, Kaufmann M, Aydeniz B, Sohn C, Bastert G, Conradi R. Hysteroskopische Endometriumablation zur Vermeidung einer Hysterektomie bei „High-Risk“-Patientinnen. *Geburtsh Frauenheilk* 1994; 9: 498 – 501
- 11 Wallwiener D, Grischke EM, Rimbach S, Maleika A, Kaufmann M, Bastert G. Endoskopische Kolposuspension (Retziusskopie versus Laparoskopie). *Geburtsh Frauenheilk* 1995; 5: 235 – 239
- 12 Wallwiener D, Aydeniz B, Rimbach S, Fischer A, Conradi R, Bastert G. Ethanol-Beimengung im Distensionsmedium bei der operativen Hysteroskopie als Screening zur Vermeidung eines „Fluid overloads“. *Geburtsh Frauenheilk* 1996; 56: 462 – 469
- 13 Wallwiener D, Neis K. Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung in der „Operativen Endoskopie“. *Frauenarzt* 1996; 37: 1467 – 1470
- 14 Wallwiener D, Eble MJ, Solomayer E-F, Junkermann H, Schmid H, Kaufmann M, Diel IJ, Grischke EM, Schönig T, Wannemacher M, Bastert G. Organübergreifendes Debulking (OD) in Kombination mit intraoperativer Strahlentherapie (IORT) im multimodalen Therapiespektrum von Beckenrezidiven (BR). *Geburtsh Frauenheilk* 1998; 58: 19 – 26



Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf wurde 1975 auf Initiative der Ärztekammer eingerichtet, um auf Antrag zu prüfen, ob ein vorwerfbarer ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, der einen Gesundheitsschaden verursacht hat. Eine Stellungnahme (Bescheid), z.T. auf ein Gutachten gestützt, an den Patienten und den Arzt stellt die Grundlage für einen außergerichtlichen Vergleich mit den Versicherungsgesellschaften dar. Seit der Wiedervereinigung bestehen in allen Ländern der Bundesrepublik entsprechende Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen, die in der von der Bundesärztekammer eingerichteten Ständigen Konferenz ihre Ergebnisse austauschen. Danach kommen nach einer Zusammenstellung der Jahre bis Ende 2003 etwa 60% der Anträge wegen eines vermeintlichen Behandlungsfehlers aus den operativen Fächern, davon 13% aus der Gynäkologie und Geburtshilfe; aus den Gebieten der Inneren Medizin 9% (Tab. 1). Die Behandlungsfehlerquote beträgt mit geringen Unterschieden in den letzten Jahren etwa 33% (Tab. 1).

In den vergangenen Jahren führten bis zu 90% der gutachtlichen Bescheide zu einer außergerichtlichen Streitschlichtung; gut 10% der betroffenen Ärzte und Patienten waren mit dem gutachtlichen Bescheid nicht zufrieden und gingen vor Gericht, wobei etwa 1% von der Beurteilung der Gutachterkommission abweichende Gerichtsentscheidungen ergangen sind.

Danach dienen die Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen in Deutschland in erster Linie einem verbesserten Arzt-/Patientenverhältnis im Sinne einer befriedenden Wirkung. Die Dauer der für die Beteiligten kostenfreien Verfahren ist im Vergleich zu Gerichtsverfahren mit durchschnittlich 12–15 Monaten deutlich kürzer. Aufgrund der hohen Akzeptanz der Bescheide bei

den Versicherungsgesellschaften führen die außergerichtlichen Schlichtungsverfahren im Falle der Bejahung von Behandlungsfehlern mit kausalem Gesundheitsschaden in der Regel zum Erfolg im Sinne einer Regulierung der Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche. Sie dienen gleichfalls der Abwehr unbegründeter Ansprüche für den in Anspruch genommenen Arzt und bewirken eine Klärung der beide Seiten belastenden Vorwürfe.

Aus den Ergebnissen der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen ist aber aufgrund der fehlenden Kenntnisse über die Gesamtzahl der ärztlichen Behandlungen in einer vorgegebenen Zeit keine sichere Aussage über die Schadens- und Fehlerrate möglich (die Schadensrate gibt den Prozentsatz der ärztlichen verursachten Schäden im Vergleich zur Gesamtheit der Behandlungsfälle pro Fachgebiet wider, während die Fehlerrate den Prozentsatz der durch ärztliche Sorgfaltsmängel verursachten Schäden angibt).

Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen lassen sich auch zur Lösung von Qualitätsproblemen durch Auswertung der Gutachten und Bescheide heranziehen:

1. Bei fehlerhafter Indikation und Durchführung einer Operation (Risiko- und Eingriffsaufklärung).
2. Im Falle eines fehlerhaften Befundes oder einer Diagnose (Befund- und Diagnoseaufklärung).
3. Durch Fehler einer therapeutisch gebotenen Aufklärung zur Gefahrenabwehr, um den Patienten durch eine entsprechende Information zur Dringlichkeit einer gebotenen Behandlung oder Untersuchung zu veranlassen (Risiko- und Eingriffsaufklärung). Dabei bedeutet das Fehlen einer Sicherungsaufklärung ein ärztlicher Behandlungsfehler.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. L. Beck · Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q 77–Q 79 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924533 · ISSN 0016-5751

Tab. 1

Zeitraum 01.12.1975 – 31.12.2003	Zahl der beschuldigten Ärzte*	Anteil an Gesamtzahl der besch. Ärzte (v. Sp. 2)	Zahl der festge- stellten Behand- lungsfehler (BF)	„BF-Quote“ der jeweiligen Fachgebiete (v. Sp. 2)
<b>Gesamtzahl</b>	21 365	100%	6 714	31%
<i>Verteilung auf die jeweiligen Fachgebiete</i>				
1. Chirurgie incl. Schwerpunkte	7 844	37%	2 702	34%
2. Gynäkologie mit Geburtshilfe	2 742	13%	881	32%
3. Orthopädie	2 538	12%	804	32%
4. Innere Medizin	1 926	9%	575	30%
5. Prakt. u. Allgemeinmediziner	945	4%	382	40%
6. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	920	4%	187	20%
7. Urologie	719	3%	202	28%
8. Anästhesie	719	3%	156	22%
9. Diag. und interv. Radiologie	566	3%	271	48%

\* Mehrfachnennung pro Verfahren: nur 1 Arzt pro in Anspruch genommener Einrichtung (Klinikabteilung/Praxis)

### Entwicklung der Behandlungsfehlervorwürfe in der Gynäkologie und Geburtshilfe im letzten Jahrzehnt in der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein

Anträge aus den chirurgischen Fachgebieten Allgemeine und Unfallchirurgie, Orthopädie und Gynäkologie mit Geburtshilfe machen über die Jahre konstant zwei Drittel aller Verfahren bei der Gutachterkommission aus, wobei die Gynäkologie mit einem Anteil von 13% vor der Orthopädie (12%) das am zweithäufigsten betroffene Fachgebiet darstellt. Insgesamt entfallen etwa  $\frac{2}{3}$  der Behandlungsfehlervorwürfe auf im Krankenhaus tätige Ärzte. Von 741 gutachtlichen Bescheiden im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe der letzten 5 Jahre entfielen wie bisher  $\frac{1}{3}$  auf Vorwürfe in der Geburtshilfe. Den im Krankenhaus tätigen Gynäkologen wurden in 85% Fehler bei operativen Maßnahmen sowie bei der Nachbehandlung vorgeworfen. Mit jeweils einem Viertel standen hier die Mammachirurgie und die laparoskopischen Eingriffe, gefolgt von den abdominalen (12%) und den vaginalen (11%) Hysterektomien im Vordergrund der Vorwürfe. Fast 60% der anerkannten Behandlungsfehler in der Gynäkologie ereignen sich im Rahmen der operativen Therapie mit in etwa gleich hohen Behandlungsfehlerquoten (36–38%). Allein bei der radikalen Hysterektomie (5%) und den kosmetischen Eingriffen (3%), die nicht Teil der Mammachirurgie waren, war die Anerkennungsquote mit 47% bzw. 50% höher. Bezogen auf alle festgestellten Fehler standen im Vordergrund intraoperative (43%) und Fehler in der Nachbetreuung (31%), gefolgt von der fehlenden Indikation (14%) und der Verfahrenswahl (9%); präoperative Mängel wurden selten festgestellt (3%). Häufige Fehler waren bei den Hysterektomien und den laparoskopischen Eingriffen die Verknennung von Ureterläsionen sowie von Läsionen des Magen-Darm-Traktes im Rahmen der laparoskopischen Adhäsiolyse, in der Mammachirurgie die unzureichende PE.

Niedergelassenen Gynäkologen wurden in der Hälfte der Bescheide diagnostische Versäumnisse vorgeworfen, wie die Ver-

kennung bösartiger Tumoren, besonders des Mammakarzinoms ( $\frac{2}{3}$  der Vorwürfe). Die Anerkennungsquoten lagen deutlich über dem Durchschnitt, insbesondere beim Mammakarzinom (59%) und Cervixkarzinom (46%). Der Vorwurf der Verknennung einer Extrateringravidität war in der Hälfte der diesbezüglich geführten Verfahren berechtigt. Der bezogen auf die Gesamtheit der Begutachtungsverfahren selten erhobene Vorwurf (4%) des Eintritts einer Paravasation bei der Verabreichung von Chemotherapeutika betraf ganz überwiegend die onkologisch tätigen Gynäkologen (insbesondere durch Epirubicin). Dieser für die Patienten oftmals schwerwiegenden Komplikation kommt auch im Hinblick auf die erhöhte Quote dabei festgestellter Behandlungsfehler (45%) eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung für die Qualitätssicherung zu.

Der Anteil der in den letzten 5 Jahren gegen Krankenhausbehandlungen erhobenen Vorwürfe in der Geburtshilfe hat gegenüber einer früheren Auswertung von 70% auf 79% zugenommen. Gestiegen ist auch, von 25% auf 30%, der Anteil der hier festgestellten vorwerfbaren Behandlungsfehler. In der Mehrzahl waren es Vorwürfe zur Geburtsleitung, in  $\frac{2}{3}$  der Fälle strittige vaginal-operative bzw. Schnittentbindungen. Zunehmend wird auch die präpartale Betreuung gerügt. Die seltene Komplikation der Schulterdystokie beinhaltet immerhin 18% der Vorwürfe einer fehlerhaften Geburtsleitung; der Anteil der dabei als unzureichend betrachteten Maßnahmen sank von vormals 33 auf 20%. Dem niedergelassenen geburtshilflich tätigen Frauenarzt galten jetzt  $\frac{2}{3}$  statt früher  $\frac{3}{4}$  der Vorwürfe zur Schwangerschaftsbetreuung, wobei im Vordergrund standen: Fehlbildungsdiagnostik, Wachstumsretardierung, Erkennen drohender Frühgeburtlichkeit bei Gestosesymptomatik, Plazentainsuffizienz sowie aufsteigender Genitalinfektionen. Die durchschnittliche Behandlungsfehlerquote der niedergelassenen Frauenärzte erhöhte sich im Berichtszeitraum auf 38%.

Für die Qualitätssicherung lassen die Zahlen erkennen, dass in der Gynäkologie Fehler im Bereich der Onkologie, der operativen

Diagnostik und Therapie und in der Geburtshilfe Fehler in der Geburtsleitung einschließlich der Behandlung der Schulterdys- tokie im Vordergrund stehen. Im niedergelassenen Bereich wa- ren es Vorwürfe wegen fehlerhafter Schwangerschaftsbetreuung im Rahmen der pränatalen Diagnostik, Störungen der Kindsent- wicklung und der sonographischen Missbildungsdiagnostik.

Fehler in der Eingriffsaufklärung wurden in 29% der Fälle als haf- tungsbegründende Aufklärungsversäumnisse anerkannt, wobei häufig durch widersprechende Aussagen die Frage der Risikoauf- klärung nicht abschließend beurteilt werden konnte. Ein lehrrei- cher Fall zur Risikoaufklärung:

Eine Frau wurde ½ Stunde vor dem Eingriff nach Prä-Medikation mit Dormicum über eine Änderung und Erweiterung der geplan- ten Operation aufgeklärt. Die ursprünglich vaginal angesetzte Operation sollte nun abdominal erfolgen und eine Suspensions- plastik wegen Harninkontinenz durchgeführt werden. Bei gro- ßem Uterus myomatosus und Zeichen der Stressinkontinenz war die Indikation und Durchführung der so geänderten Opera- tion richtig, die Operation war aber wegen unwirksamer Einwil- ligung rechtswidrig. Dies hat zur Folge, dass der behandelnde Arzt für alle im Zusammenhang mit dem Eingriff eingetretenen, d. h. auch für die nicht vermeidbaren gesundheitlichen Beein- trächtigungen haftungsrechtlich einstehen muss.

# Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätstransparenz in der operativen Gynäkologie

H.-K. Selbmann  
M. Geraedts

## Einleitung

In der seit Anfang des Jahres 2004 gültigen Fassung des § 135a des 5. Sozialgesetzbuchs wird festgestellt, dass „die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind.“ Zudem verpflichtet der § 135a alle Leistungsanbieter – also auch die Abteilungen für operative Gynäkologie und die niedergelassenen Gynäkologen

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus verpflichtet das Sozialgesetz im § 137 SGB V Abs. 1 alle Krankenhäuser, ab 2005 zweijährlich in einem Qualitätsbericht strukturiert über den Stand der Qualitätssicherung zu berichten. Dabei ist u. a. darzustellen, inwieweit Strukturanforderungen an die Qualität erfüllt werden, die ab 2004 vom neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden. Zu diesen Strukturanforderungen gehören unter anderem auch Mindestmengen für spezielle Leistungen – die Gynäkologie ist davon in 2004 noch nicht betroffen – pro Arzt oder Krankenhaus.

Mit externen Vergleichen hat die operative Gynäkologie in den Pilotstudien von 1984 und von 1992–96 ausreichend Erfahrungen sammeln können und funktionstüchtige Verfahren erarbeitet (Eichhorn et al., 1989; Geraedts et al., 1998). Im Jahr 1999

hatte der Gesetzgeber die Grenzen der externen Vergleiche bezüglich der Qualitätsverbesserung erkannt und die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement in das Gesetz mit aufgenommen.

Neben den genannten gesetzlich verordneten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung gibt es eine Reihe weiterer Maßnahmen, die sich langsam in Deutschland ausbreiten bzw. im Ausland bereits Platz gegriffen haben. Es sind dies das Qualitätsmanagement für Versorgungsnetzwerke, das Peer Reviewing, die Zertifizierung von Krankenhäusern und Abteilungen und die intensive Patienteninformation. Sowohl die bereits existierenden als auch die zurzeit diskutierten bzw. sich entwickelnden Ansätze zum Qualitätsmanagement in der operativen Gynäkologie werden im Folgenden der Reihe nach behandelt.

## Internes Qualitätsmanagement für gynäkologische Versorgungseinrichtungen

Nach der ISO EN DIN-Norm 9000:2000 umfasst das Qualitätsmanagement (QM) alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation, mit denen die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele festgelegt sowie diese durch Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklicht werden. Übertragen auf gynäkologische Abteilungen und Praxen heißt das, dass sie sich als Unternehmen verstehen sollen, die explizite Qualitätsziele haben und diese durch Methoden der Planung, Kontrolle, Sicherung und Verbesserung zu erreichen versuchen.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-K. Selbmann · Institut für Medizinische Informationsverarbeitung · Westbahnhofstraße 55 · 72076 Tübingen

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q80–Q86 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2006-924534 · ISSN 0016-5751

Wesentlichstes Element des internen Qualitätsmanagements ist der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP), der mit der Erkennung und Kommunikation von mutmaßlichen Qualitätsproblemen beginnt. Nach der Problemverifizierung und -analyse und dem Auffinden von Problemlösungen folgt der wohl schwierigste Schritt dieses Prozesses, die Umsetzung der Lösungen in den Versorgungsalltag. Die beiden Schritte „Evaluation der umgesetzten Problemlösungen“ und „Sicherstellung, dass die Probleme nicht erneut auftreten“ schließen den Kreis (in der QM-Literatur auch PDCA-Zyklus – von Plan, Do, Check, Act – genannt) und man kann sich neuen Problemen zuwenden. Da in der Krankenversorgung immer etwas zu verbessern ist – dies liegt u.a. auch an den begrenzten Ressourcen – ist es in der Regel nicht schwer, im Versorgungsalltag neue Probleme für den KVP zu finden.

Eine gynäkologische Einrichtung mit einem funktionierenden internen Qualitätsmanagement zeichnet sich u.a. durch folgende Charakteristika aus:

- eine engagierte oberste Leitungsebene, die dem Unternehmen ein Leitbild gibt, Qualitätsziele formuliert, die Mitarbeiter zur Qualitätsverbesserung motiviert und dabei selbst Vorbild ist,
- geeignete Qualitätsmanagementstrukturen wie eine Qualitätskonferenz und mindestens einen geschulten Qualitätskoordinator (nicht Qualitätsbeauftragten). Weiter müssen die Ressourcen für problemorientierte Qualitätszirkel vorhanden sein,
- die richtigen Mitarbeiter, die qualitätsbewusst, kundenorientiert, teamfähig, veränderungsbereit und fachlich kompetent die Qualität planen, prüfen, sichern und ggf. verbessern. Die Schaffung der psychosozialen Kompetenz bei den Mitarbeitern ist sicher das schwierigste und langwierigste Unterfangen beim Aufbau eines internen Qualitätsmanagements,
- ein regelmäßiger Qualitätsbericht, mit dem die erreichte Qualität nach innen transparent gemacht und neue Qualitätsziele kommuniziert werden können. Der neue gesetzlich geforderte Qualitätsbericht kann diese Aufgaben nicht erfüllen,
- etablierte Problemerkennungsverfahren wie die Messung von Qualitätsindikatoren oder die Sammlung von Informationen über unerwünschte Ereignisse. Gerade Letzteres benötigt in der Abteilung eine Qualitätskultur, in der jede Schwachstelle als eine Möglichkeit zur Verbesserung verstanden wird. Solange das auf Schwachstellen aufmerksam machen als Nestbeschmutzung verstanden und z. B. mit Nicht-Vertragsverlängerung geahndet wird, solange wird das interne Qualitätsmanagement einer Abteilung nicht funktionieren,
- Beherrschung der QM-Techniken (Problemanalyse, Priorisierung, Arbeit in multiprofessionellen Gruppen, Motivierung etc.) durch die Leitungsebene und die Mitarbeiter. Diese Techniken lassen sich erlernen. Die QM-Kurse der Landesärztekammern nach dem Curriculum Qualitätssicherung bieten seit 1997 beim Lernen Hilfestellung,
- geeignete qualitätssichernde Verfahren wie Hausleitlinien, hierarchische Entscheidungsverfahren, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen etc.,
- Fähigkeit zur Darlegung der Qualität und des Qualitätsmanagement nach außen, um die Kunden – in der Hauptsache die Patienten, ihre Angehörigen, die mitbehandelnden Ärzte und die kooperierenden Krankenhäuser – über die zu erwartende Qualität informieren zu können.

Die Exzellenz einer gynäkologischen Einrichtung kann man z. B. mithilfe des 1999 überarbeiteten Verfahrens der European Foundation for Quality Management (EFQM) messen und bewerten. Die neun EFQM-Kriterien Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse, kunden-, mitarbeiter- und gesellschaftsbezogene Ergebnisse sowie wichtige Ergebnisse der Abteilung bei den Schlüsselleistungen helfen dabei, nichts an Unternehmensexzellenz zu übersehen. Die Beteiligung erfahrener externer EFQM-Assessoren kann sinnvoll sein, um die Objektivität bei der Beobachtung der eigenen Qualität zu erhalten.

### 3. Qualitätsmanagement für gynäkologische Versorgungsnetzwerke

Wie für das interne Qualitätsmanagement von gynäkologischen Einrichtungen gilt auch für die so genannte „integrierte Versorgung“ (§ 140a-d SGB V), dass die Qualität gesichert sein muss (Definition der integrierten Versorgung: Leistungssektoren übergreifende- oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung). Solche integrierten Versorgungsformen können auch im Rahmen von Modellvorhaben oder Strukturverträgen in Form vernetzter Praxen (§ 63 – 65, § 73a SGB V), bei strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (§ 137 f SGB V) und in von verschiedenen Leistungsanbietern gemeinsam betriebenen Brustzentren zum Einsatz kommen. Das grundsätzliche Ziel der integrierten Versorgung sollte sein, die Versorgungsqualität zu verbessern, indem vorhandene Koordinationsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren oder Disziplinen überwunden und dabei auch Wirtschaftlichkeitsreserven z. B. durch Unterlassung von Wiederholungsuntersuchungen ausgeschöpft werden. Im Kern sollen vertragliche Beziehungen zwischen den Leistungserbringern verschiedener Sektoren z. B. zwischen niedergelassenen Gynäkologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder anderen ärztlichen (z. B. Laborärzte, Radiologen) bzw. nicht ärztlichen Leistungserbringern (z. B. Physiotherapeuten) dafür sorgen, dass Patienten mit hoher Kontinuität und Qualität wirtschaftlich versorgt werden.

Solange Maßnahmen wie etwa Leitlinien für Ein- und Überweisungen mit Absprache der vor- oder nachstationär zu erbringenden Leistungen von Netzwerken eingeführt werden, sind vor allem positive Effekte auf die Qualität der Versorgung zu erwarten. Werden jedoch vertragliche Beziehungen in Form von Einkaufsmodellen beschlossen – eine Krankenkasse kauft die für ihre Versicherten notwendigen ambulanten und stationären Leistungen zu vorab festgelegten Preisen bei ausgewählten Leistungserbringern ein – dann können sie sich durch falsch gesetzte finanzielle Anreize auch negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken.

Genau deshalb will der Gesetzgeber die Betreiber von Versorgungsnetzwerken, die zumeist auch die wirtschaftliche Verantwortung für die medizinische Versorgung von Patientengruppen übernehmen, zur Qualitätssicherung verpflichten. Das „Wie“ des Qualitätsmanagements wird dabei den Versorgungsnetzwerken überlassen.

Auf der Suche nach Beispielen für Aktivitäten und Systeme für das Qualitätsmanagement von Versorgungsnetzwerken fällt ins-

besondere die amerikanische Akkreditierungsorganisation für Managed Care Organisationen (MCO) ins Auge, das National Committee for Quality Assurance (NCQA, 1998). So verlangt das NCQA für eine Akkreditierung, dass die MCO folgende Kriterien im Bereich des Qualitätsmanagement (QM) und der Qualitätsverbesserung (QV) erfüllen. Diese Kriterienliste könnte auch in der gynäkologischen Versorgung Deutschlands als Vorbild für Versorgungsnetzwerke dienen. Zum Teil spiegeln sich diese Kriterien bereits in der Definition des Landes Nordrhein-Westfalen für Brustzentren wider:

1. QM-Programm: schriftliche Darlegung von Strukturen, Prozessen und Verantwortlichkeiten; Jahresarbeitsplan; angemessene Ressourcen für QV.
2. Aktiver Programm-Betrieb: protokollarischer Nachweis von QV-Aktivitäten.
3. Verträge mit Leistungserbringern: Offenlegung der Vertragsklauseln zur Kooperation der Ärzte, Krankenhäuser und anderer medizinischer Leistungserbringer im Bereich QM.
4. Erreichbarkeit von medizinischen Leistungserbringern: Nachweis einer ausreichenden Anzahl und einer geeigneten geographischen Verteilung von medizinischen Leistungserbringern.
5. Zugang zu Leistungen: Definition von Kriterien zur Verfügbarkeit und Zeitigkeit von Arztterminen, Notfallbehandlungen und Telefonservice-Leistungen.
6. Mitglieder-/Patientenzufriedenheit: Durchführung valider Mitglieder-/Patientenbefragungen und von Beschwerdeanalysen; Information der Leistungserbringer über die Ergebnisse.
7. Versorgungsmanagement-Systeme: Einführung und Wirksamkeitsanalysen von Disease-Management-Programmen für Patienten mit chronischen Erkrankungen.
8. Leitlinien: Anpassung, Verbreitung und Wirksamkeitsevaluierung evidenzbasierter Leitlinien.
9. Umfang und Inhalt klinischer QV-Aktivitäten: Überwachung und Evaluierung von mindestens drei klinischen Leistungsbereichen, die insbesondere auf die Über-/Unterversorgung, Kontinuität und Kooperation der Versorgung zu fokussieren sind.
10. Messung klinischer Leistungen: Durchführung valider und reliabler Datenerhebungen, -analysen und -bewertungen in mindestens drei klinischen Leistungsfeldern.
11. Intervention und Langzeitbeobachtung klinischer Leistungen: Nachweis der Intervention bei prioritären Problemen und (Langzeit-)Messung der Wirksamkeit der Interventionen.
12. Effektivität des QV-Programms: Nachweis der Wirksamkeit des QV-Programms durch Nachweis von Verbesserungen bei klinischen- und Serviceleistungen.

Zusammengefasst kommt es darauf an, dass Versorgungsnetzwerke zunächst Strukturen und Prozesse implementieren, die der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung dienen. Anschließend ist es wichtig, die Effektivität der eingeführten Maßnahmen und die Funktionalität des Versorgungsnetzes empirisch zu belegen.

Zwischen dem Qualitätsmanagement von Versorgungseinrichtungen und dem von Versorgungsnetzwerken bestehen zwei wesentliche Unterschiede: Erstens geht bei Letzteren die Perspekti-

ve bei der Messung der Ergebnisse von Versorgungsleistungen über die Kurzzeitergebnisse hinaus und umfasst die Langzeitergebnisse innerhalb eines Versorgungsnetzwerks. Zweitens verschiebt sich der Fokus des Qualitätsmanagements von einzelnen Leistungserbringern auf die Gesamtheit der an der Versorgung bestimmter Patientengruppen Beteiligten. Sind diese regional organisiert und beispielsweise alle in einer Region niedergelassenen Gynäkologen mitsamt den in der Region vorhandenen stationären gynäkologischen Abteilungen eingebunden, dann zeigt sich deutlich der Vorteil eines solchen bevölkerungsorientierten Qualitätsmanagements in Versorgungsnetzwerken: Betrachtet man etwa den Qualitätsindikator „Frequenz von Adnexoperationen ohne histopathologischen Befund“ nur in Krankenhausabteilungen, dann könnte die ausführende Klinik argumentieren, dass ihre hohe Frequenz zum Teil deshalb zustande kommt, weil sie auf die Operationswünsche eingeht, die zwischen einweisenden Ärzten und Patientinnen bereits abgesprochen waren. Bei der regionalen Betrachtung dieses Indikators würden alle in den Prozess der Indikationsstellung zur Operation Involvierten in die Qualitätsbeurteilung einbezogen. Gemeinsam tragen dann die Leistungserbringer die Verantwortung dafür, dass möglichst alle Patientinnen mit wahrscheinlich benignen Adnextumoren der Leitlinie entsprechend konservativ vorbehandelt zur Operation kommen. Eine solche bevölkerungsorientierte Qualitätsbewertung erzwingt förmlich die Kommunikation der Leistungserbringer sowie die Versorgungsintegration zum Wohl der Patientinnen. Hiermit ließe sich eine echte Qualitätsverbesserung für die Patientinnen auf der Grundlage von Qualitätsmanagement-Maßnahmen innerhalb von Versorgungsnetzwerken erzielen.

### Peer Reviewing in der Gynäkologie

Eine in den Niederlanden sehr erfolgreiche Maßnahme zur externen Qualitätssicherung ist das Peer Reviewing – das so genannte VISITATIE-Programm der Nationalen Organisation für Qualitätssicherung (CBO). Fachkollegen (Peers) beurteilen dabei andere Fachkollegen, ein Verfahren, das in Deutschland bei der wissenschaftlichen Beurteilung von Sonderforschungsbereichen oder Klinischen Forschergruppen nicht unbekannt ist. Für nahezu alle Fächer – einschließlich der Gynäkologie – gibt es in den Niederlanden ausgearbeitete Vorgehensweisen und geschulte Peers, die die ausgefüllten Fragebogen studieren und sich bei einem strukturierten eintägigen Besuch vor Ort ein Bild von der Qualität der besuchten Einrichtung machen (Weert 2000). Bei den alle fünf Jahre vorgesehenen Besuchen wird zwar auch auf die vorhandene Strukturqualität (technische Ausstattung, räumliche Anordnungen, Zahl und Fortbildungsstand der Mitarbeiter etc.) geachtet, im Vordergrund stehen aber die Kernprozesse des ärztlichen und pflegerischen Handelns einschließlich der klinischen Dokumentation. Fragen nach den verwendeten Leitlinien, der Ablauforganisation, der Kooperation mit anderen Abteilungen und Funktionsbereichen, dem Wissen um die eigene Ergebnisqualität (z.B. Komplikations- und Infektionsstatistiken, Patientenzufriedenheit), der Qualität der Krankenblattführung und des Arztbriefes und den eingesetzten Maßnahmen zur Qualitätsförderung haben die besuchten Abteilungen zu beantworten. Nach einem Abschlussgespräch vor Ort werden die Ergebnisse dann in einem Besuchsbericht ggf. einschließlich konkreter Empfehlungen der Peers für Qualitätsverbesserungen festgehal-

ten. Die hohe Akzeptanz des Peer Reviewing ist sicher darin begründet, dass erstens das Verfahren freiwillig und damit Vertrauenssache ist und zweitens die Peers nicht als Kontrolleure sondern als erfahrene Kollegen in die Abteilungen kommen und auch ihrerseits einen Nutzen davontragen. Auf Grund der Fokussierung auf die fachärztlichen Leistungen und der erreichbaren Bewertungstiefe ist das Peer Reviewing eine hervorragende Ergänzung zu anderen QM-Verfahren.

In Deutschland haben Pneumologen und Kardiologen die längsten Erfahrungen mit dem Peer Reviewing. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte bis 2000 ein Projekt der kommunalen Kliniken Bremens, Hamburgs und Münchens zum Peer Reviewing in den Fächern Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Innere Medizin und Neurologie (Blum et al., 2002). Wohl wegen der organisatorischen Probleme und auch den damit verbundenen Kosten wurde jedoch bisher von einer Ausbreitung auf Deutschland abgesehen.

Im Rahmen der Zertifizierung von Brustzentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie finden ebenfalls Begehungen vor Ort statt, das einem Peer Reviewing ähnelt.

### Zertifizierung von Krankenhäusern und Abteilungen

International wie national ist die Zertifizierung von Krankenhäusern einer der großen Hoffnungsträger der Gesundheitswesen und zwar nicht erst seit die Industrie 1987 damit begonnen hat. Die erste Zertifizierung eines deutschen Krankenhauses nach dem aus der Industrie kommenden ISO 9001-Modell (ISO: International Organisation for Standardisation) erfolgte 1995. Bereits 1996 hatten die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der VdAK jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass die ISO-Zertifizierung kein geeignetes Instrument zur Qualitätsdarlegung für Krankenhäuser sein kann.

In den USA waren es die Colleges der Chirurgen und der Internisten, die amerikanische Krankenhausgesellschaft und andere Organisationen, die 1951 durch die Gründung der Joint Commission on Accreditation of Hospitals (später JCAHO) den Grundstein zu einem Akkreditierungsprogramm legten, bei dem heute ca. 19.000 Einrichtungen des Gesundheitswesens freiwillig zertifiziert (die US-Amerikaner verwenden dafür das Wort akkreditiert) sind. Ihren Spuren und Methoden folgten schon sehr früh Canada (1958) und zwanzig Jahre später Australien (1974). Seit dem Jahr 2000 existiert eine gegenüber dem JCAHO-Katalog verallgemeinerte, internationale Version des US-amerikanischen Zertifizierungsverfahrens, das von der Joint Commission International (JCI) auf dem Markt angeboten wird. Fünf deutsche Kliniken mit ihren Frauenkliniken verfügten in 2004 über das Zertifikat der JCI ([www.jcrinc.com/international](http://www.jcrinc.com/international)).

In Deutschland folgt die „Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ)“, die von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen getragen wird, und ihre konfessionelle Variante „proCumCert“ den großen internationalen Erfahrungen. Im Juni 2002 wurde das

erste Krankenhaus zertifiziert. Bis Ende 2004 hatten sich bereits 129 Krankenhäuser – einschließlich ihrer gynäkologischen Abteilungen – zertifizieren lassen. Ihre Qualitätsberichte wurden als Grundvoraussetzung für das Erlangen des Zertifikats über das Internet der Allgemeinheit zugänglich gemacht ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)).

Die Intention der genuin-medizinischen Zertifizierungsverfahren ist die nachvollziehbare Darlegung qualitativ guter Leistungen der Versorgungseinrichtungen; der hohen Qualität ihrer Leistungen und ihres Qualitätsmanagements. Ein abgestimmter Katalog an Standards und Kriterien für gute Versorgungsqualität dient dabei sowohl als Maßstab für die aktuelle Einschätzung als auch als Vorbild für weitere Qualitätsverbesserungen. Die Standards gelten für alle medizinischen Fachgebiete. Dieselbe Idee für den niedergelassenen Bereich verfolgt auch das in der Entwicklung befindliche Modell QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de/qm/qualitaet\\_index.htm](http://www.kbv.de/qm/qualitaet_index.htm)).

Die genuin-medizinischen Zertifizierungsverfahren unterscheiden sich von der ISO-Zertifizierung u. a. dadurch, dass sie die Versorgung der Patienten von der Aufnahme bis zur Betreuung nach der Entlassung in den Mittelpunkt stellen. Dem Hauptbereich der Patientenversorgung nachgeordnet sind die fünf Bereiche Leitung, Management und Führung des Krankenhauses, Personal-Management und -Entwicklung, Informationsmanagement und Management der Versorgungsumwelt inkl. Sicherheit und Qualitätsverbesserung.

In allen sechs Bereichen verfügen die Verfahren über detaillierte Vorstellungen von guter Qualität (so genannte Standards). Diese Standards enthalten die Beschreibung der zu fordernden guten Prozesse und Ergebnisse. An diesen Standards müssen oder können sich dann die einzelnen Krankenhäuser messen (Selbstbewertung) oder messen lassen (Fremdbewertung). Bei der Bewertung wird festgestellt, in wieweit die eingesetzten Prozesse zur Zielerreichung geeignet sind und die Ziele erreicht wurden. Wurden sie nicht erreicht, können die Mitarbeiter der Einrichtung unschwer den Standards entnehmen, wie sie ihre Qualität verbessern können (Glück und Selbmann, 2000). Die Zertifikate der genuin-medizinischen Verfahren gelten immer für die gesamte Einrichtung, während nach dem ISO-Verfahren auch nur einzelne Abteilungen einer Einrichtung zertifiziert werden können.

Die Zertifizierung von Brustzentren mit ihren Anforderungen an eine gute Struktur- und Prozessqualität hat in den letzten 3 Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. In Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2003 eine staatlich verordnete Pflichtzertifizierung für alle Brustzentren, deren Methoden sich stark an das ISO-Verfahren anlehnen. Die Mindestmengenanforderungen (150 Erstoperationen p.a für das Zentrum und 50 p.a. für den Operateur) haben zwischenzeitlich zu erheblichen Diskussionen geführt. Die Zertifizierung selbst erfolgt durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Hervor zu heben ist bei dem NRW-Verfahren die Existenz von 25 Qualitätsindikatoren, die in den Qualitätsbericht eingehen und an Hand derer man unter anderem die Erfüllung der Anforderungen erkennen kann.

Für das übrige Deutschland gilt – ebenfalls seit 2003 – das Zertifizierungsangebot der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie, dem sich bis Ende 2004 schon über 55 Brustzentren unterworfen haben. Das Verfahren besteht aus einer zwei-stufigen Zertifizierung: zunächst die Zertifizierung des Qualitätsmanagement vor allem nach ISO oder KTQ und anschließend eine Zertifizierung der onkologischen Anforderungen nach einer Begehung durch Fachexperten der Onko-Cert (Einrichtung der Deutschen Krebsgesellschaft).

Auch die European Society of Mastology (EUSOMA) hat in 2003 Anforderungen an Brustzentren formuliert und über das europäische Parlament lanciert. Die weitergehenden Anforderungen der EUSOMA gegenüber dem Verfahren der beiden deutschen Fachgesellschaften bezüglich der Zahl der interdisziplinären Fallkonferenzen, der OP-Fallzahlen für Ersterkrankungen und der Spezialisierung der Operateure hat in Deutschland zu einiger Verunsicherung geführt.

### Externe Vergleiche der Leistungen gynäkologischer Abteilungen

Externe Vergleiche der medizinischen Versorgung durch einzelne Leistungserbringer haben in der Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, zunächst als freiwillige Perinatalerhebungen bzw. als „Qualitätssicherungsmaßnahme Operative Gynäkologie“ begonnen, eine lange Tradition. In Form der von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung in Düsseldorf (BQS, [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)) im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses betriebenen externen vergleichenden Qualitätssicherung sind diese Verfahren inzwischen von allen gynäkologischen/geburtshilflichen Abteilungen verpflichtend durchzuführen. Prinzipiell erhofft man sich von diesen externen Vergleichen, dass diejenigen Leistungserbringer, deren Versorgungsprozesse oder –ergebnisse außerhalb vorab definierter Referenzbereiche oder weit weg von der mittleren Ausprägung aller verglichenen Institutionen liegen, motiviert werden, ihre Versorgungsprozesse zu verändern.

Trotz der inzwischen über zwanzigjährigen Erfahrungen mit dieser Form interkollegial praktizierter und Institutionen übergreifender externer Vergleiche fehlt der streng wissenschaftliche Kausalitätsnachweis dafür, dass sie wirklich die Versorgung der Patientinnen verbessert haben. Die bisherigen Studien erlauben nur den Nachweis von Assoziationen, nicht aber den von Kausalbeziehungen. Dies gilt natürlich auch für die Interpretation von beobachteten Unterschieden zwischen Kliniken oder Abteilungen. Nichtsdestotrotz werden die unzweifelhaften Fortschritte bei der perinatalen Sterblichkeit und weiterer Versorgungsergebnisse, Veränderungen der Klinikstrukturen und die vielfachen Ablaufoptimierungen der Versorgungsprozesse auf die Existenz der externen Vergleiche zurückgeführt (z.B. Longo et al., 1998; Kazandjan & Lied, 1998; Geraedts & Selbmann, 1997; Geraedts et al., 1998).

Betrachtet man die vorgeschriebenen Inhalte für die Krankenhaus-Qualitätsberichte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen ab 2005 ins Internet gestellt werden müssen und von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen für

die Versicherten bzw. Kassenärzte vergleichend interpretiert werden können, dann überwiegen hier die Strukturmerkmale der Einrichtungen. Im so genannten Basisteil der Berichte geht es vor allem um Ausstattungs- und Leistungsmerkmale, die Personalqualifikation und die Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener Qualitätssicherungsmaßnahmen. Im so genannten Systemteil sollen die Krankenhäuser vor allem beschreiben, welche Qualitätspolitik sie befolgen, wie Qualitätsmanagement intern umgesetzt wird und welche Qualitätsmanagement-Projekte durchgeführt wurden. Darüber hinaus kann über die Ergebnisse der externen QS-Maßnahmen oder über durchgeführte Selbst- oder Fremdbewertungen berichtet werden.

Wichtiger als eine Auflistung solcher struktureller Faktoren im Rahmen von externen Vergleichen ist jedoch, den Bürgern gegenüber darzustellen, ob sich ein Krankenhaus, ein Versorgungsnetzwerk, eine Praxisgemeinschaft oder eine einzelne Praxis an denjenigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren orientiert, die sich als am besten wirksam herausgestellt haben. Hierfür sprechen u. a. Studienergebnisse von Chen und Mitarbeitern im Bereich der Herzinfarkttherapie, die zeigten, dass die konsequente Durchsetzung einer leitliniengerechten Behandlung der Faktor zu sein scheint, der diejenigen Krankenhäuser mit niedrigen Letalitätsraten von den Krankenhäusern mit höheren Raten unterscheidet (Chen et al., 1999).

Zur Vorbereitung valider externer Vergleiche zwischen Abteilungen oder Kliniken müssen die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften Sorge tragen, dass methodisch einwandfreie Leitlinien für die wichtigsten Krankheitsbilder existieren und daraus Indikatoren für die Prozessqualität abgeleitet werden. Die Aktivitäten in dieser Richtung wurden in den letzten Jahren gerade auch in der operativen Gynäkologie verstärkt. Die im Rahmen der operativ-gynäkologischen, extern vergleichenden Qualitätssicherung verwendeten Indikatoren wurden als erste Qualitätsindikatoren der BQS auf ihre methodische Güte hin überprüft und wo nötig überarbeitet (Reiter et al., 2002), womit die Gynäkologie ihrer seit langem eingenommenen Vorreiterrolle in der deutschen Qualitätssicherung wieder einmal gerecht wurde.

Neben den erwähnten Prozessindikatoren sind auch patienten-seitig ablesbare Ergebnisindikatoren zu vergleichen. Hierbei ist vor allem zu gewährleisten, dass die Vergleichbarkeit nicht durch die in der Regel unterschiedlichen Fallmixe der einzelnen Abteilungen oder Kliniken gestört wird. Die Glaubwürdigkeit von Vergleichsergebnissen steigt immens, wenn die Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität bei weitgehend vergleichbarem Fallmix analysiert werden. Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass die zu vergleichenden Patientengruppen durch eine geeignet enge Wahl von Ein- und Ausschlusskriterien zwischen den Krankenhäusern vergleichbar gemacht werden. Will man aber die dadurch entstehende Verengung des Blickfeldes auf die Qualität der Versorgung nicht in Kauf nehmen, sind statistische Verfahren zur Standardisierung notwendig, z.B. in Form einer Fallmix-Adjustierung, bei denen der Fallmix der zu vergleichenden Abteilungen quasi rechnerisch vereinheitlicht wird.

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Fallmix-Adjustierung besteht jedoch darin, dass die zur Adjustierung notwendigen Daten in ausreichender Qualität zur Verfügung stehen. Diese



Bedingung ist derzeit nicht erfüllt. Noch nicht absehbar ist, ob die vollständige Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs dazu führen wird, dass alle notwendigen Daten zur Fallmix-Adjustierung zumindest in den Krankenhäusern vorliegen werden. Zudem muss noch getestet werden, ob diese Daten für die Adjustierung von Qualitätsindikatorausprägungen verfügbar und auch wirklich geeignet sind.

Wenn versorgungsrelevante Indikatoren definiert und adjustiert sowie extern vergleichend analysiert wurden, kommt es schließlich darauf an, diese Analysen in einer Form zu präsentieren, die die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen anregt. Hierzu muss die Darstellung der Qualitätsindikatoren so gestaltet werden, dass sie vom Betrachter

1. möglichst auf den ersten Blick durchschaut werden,
2. die Tendenz zur Orientierung am Mittelmaß durch eine Orientierung an den jeweils Besten ersetzen und
3. zur Qualitätsverbesserung motivieren.

Diese Prinzipien wurden bei der Entwicklung der so genannten Qualitätsmonitore für die operative Gynäkologie verfolgt (Geraedts 1997). Bei der Übertragung und Vereinheitlichung des Verfahrens durch die BQS hat sich jedoch eine andere Form der Darstellung durchgesetzt, deren Lesbarkeit und Auswirkungen auf die Motivation von Qualitätsverbesserungen noch zu untersuchen wäre.

## Patienteninformation

Damit externe Vergleiche aber nicht nur von der Fachöffentlichkeit, sondern auch von (potenziellen) Patienten – und anderen „Kunden“ der Kliniken bzw. Ärzte – verstanden und verwendet werden, sind besondere Anstrengungen bei der inhaltlichen und formalen Gestaltung der Vergleiche notwendig.

Bisher scheinen die Patienten und „Einkäufer“ von Versorgungsnetzwerk-Dienstleistungen wenig Gebrauch von externen Vergleichen zu machen. Darauf deuten U.S.-amerikanische Erfahrungen hin: Schneider und Epstein berichten über eine telefonische Befragung von Patienten, die sich 1995 im Staat Pennsylvania einem koronarchirurgischen Eingriff unterzogen hatten (Schneider und Epstein, 1998). Hier werden seit 1992 die Mortalitätsraten jedes Herzchirurgen und jeder herzchirurgischen Klinik jährlich in einem Konsumentenführer in hoher Auflage veröffentlicht. Jedoch kannten nur 12% der Patienten vor ihrem Eingriff diese Veröffentlichung. Weniger als 1% der Patienten kannte die genaue Mortalitätsrate und sagte, die Kenntnis habe einen mittleren bis hohen Einfluss auf ihre Wahl des Arztes bzw. Krankenhauses gehabt.

Eine Befragungsstudie von „Einkäufern“ von Versorgungsleistungen ergab sogar, dass gerade die Informationen zur Akkreditierung der Leistungserbringer und zur Qualität der Versorgung, wie sie in den USA bisher veröffentlicht werden, als am wenigsten relevant für die Einkaufsentscheidung bewertet wurden (Legnini et al., 2000). Wichtigstes Kriterium bei der Wahl eines Leistungsanbieters war dagegen der Preis, ein Kriterium, das in Deutschland wegen des Sachleistungsprinzips allerdings keine

Rolle spielt. Die Autoren schließen daraus, dass die bisherigen Patienten- und Kundeninformationen stark überarbeitet und die Verbraucher in der Nutzung dieser Informationen trainiert werden müssen, damit die Qualität der Versorgung auch tatsächlich zum Wettbewerbsfaktor werden kann.

Einer Studie von Robinson und Brodie folgend vertrauen die Patienten bei Informationen zur Qualität einzelner Leistungserbringer bislang am meisten auf das Urteil von Freunden und Bekannten (50%) (Robinson und Brodie, 1997). Danach folgen Ergebnisse aus Patientenbefragungen (34%). Weniger als ein Drittel der Patienten nutzen Ärzte, Versicherungen oder Regierungsorganisationen bzw. Beratungsstellen als Informationsquelle. Bei der Auswahl von Kliniken spielen die Familie und die betreuenden Ärzte mit jeweils rund 60% eine gleich wichtige Rolle, gefolgt von Patientenbefragungen (43%). Die übrigen Informationsquellen, unter anderem externe Vergleichslisten von „offiziellen“ Stellen oder Zeitschriften, werden zu jeweils weniger als 25% genutzt.

Für die neu im Sozialgesetzbuch (§ 65 b SGB V) verankerten, von den Krankenkassen zu fördernden Organisationen zur Verbraucher- und Patientenberatung wird es also viel zu tun geben, um sich als anerkannte Informationsquellen zu etablieren. Zunächst scheint es dem Gesetzgeber aber nicht darum zu gehen, den Patienten mithilfe dieser Organisationen Informationen zur Qualität der Versorgung durch einzelne Ärzte oder Kliniken an die Hand zu geben. Vielmehr stehen allgemeine Gesundheitsinformationen im Vordergrund des Interesses. Damit Patienten sich ein Bild über die Qualität dieser Informationen schaffen können, koordinierte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Gründung eines „Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem für Deutschland (AFGIS) e.V.“. Sein Ziel ist es, ein Netzwerk von Organisationen aufzubauen, auf deren Gesundheitsinformationen sich die Patienten verlassen können, und dieses auch durch ein Logo erkenntlich zu machen.

Langfristig könnte dieses Netzwerk auch dazu genutzt werden, den Patienten nützliche Informationen zur Auswahl von Ärzten und Kliniken nach Qualitätsgesichtspunkten zu vermitteln. Um auch bei dieser Entwicklung Einfluss dahingehend auszuüben, dass keine Fehlinformationen verbreitet werden, würde es sich lohnen, konstruktiv am Aufbau des Patienteninformationsnetzwerks teilzunehmen.

## Ausblick

Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie heißt nicht, monoman das Konzept der externen Vergleiche zu verfolgen. Vielmehr steht eine Reihe innovativer qualitätssichernder Ansätze zur Verfügung, von denen hier einige besprochen wurden. Um diese Ansätze in der operativen Gynäkologie zur Anwendungsreife zu bringen, bedarf es des intensiven Engagements vieler im Qualitätsmanagement erfahrener Gynäkologen und der Fachgesellschaften. Die Vielzahl bereits existierender Aktivitäten zum Qualitätsmanagement lässt darauf hoffen, dass auch die neueren Entwicklungen von den Gynäkologen wahrgenommen und aktiv mit gestaltet werden.

## Literatur

- <sup>1</sup> Blum K, Hanel E, Mündermann-Hahn A, Storm T, Thoma E. Leitfaden: Klinisches Audit. Band 143 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2002
- <sup>2</sup> Chen J, Radford MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Do "America's Best Hospitals" perform better for acute myocardial infarction? *NEJM* 1999; 340: 286 – 292
- <sup>3</sup> Eichhorn S, Koester H, Selbmann HK. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung Nr. 31. Gerlingen: Bleicher, 1989
- <sup>4</sup> Geraedts M, Selbmann HK. Erfahrungen mit externer Qualitätssicherung im gynäkologisch operativen Bereich. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 1997; 37: 14 – 20
- <sup>5</sup> Geraedts M. Operative Gynäkologie. In: Scheibe O (Hrsg). Qualitätsmanagement in der Medizin. Landsberg: Ecomed 1997: IV-2.2.2.1: 1 – 13
- <sup>6</sup> Geraedts M, Koester H, Berg D, Rauskolb R, Scheidel P, Selbmann HK. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Band 98 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Baden-Baden: Nomos, 1998
- <sup>7</sup> Glück D, Selbmann HK. Genuin-medizinische Zertifizierungsverfahren in ausländischen Krankenhäusern. *Z ärztl Fortbild Qualitätssich* 2000; 94/10: 659 – 664
- <sup>8</sup> Kazandjan VA, Lied TR. Cesarean section rates: Effects of participation in a performance measurement project. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24/4: 187 – 196
- <sup>9</sup> Legnini MW, Rosenberg LE, Perry MJ, Robertson HJ. Where does performance measurement go from here? *Health Affairs* 2000; 19/3: 173 – 177
- <sup>10</sup> Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA* 1997; 278: 1579 – 1584
- <sup>11</sup> National Committee for Quality Assurance (NCQA): Standards for Accreditation of Managed Care Organizations 1998. Washington, DC, NCQA, 1998
- <sup>12</sup> Reiter A, Geraedts M, Stillger R, Misselwitz B. Evaluation und Überarbeitung der Qualitätsindikatoren in der operativen Gynäkologie. *Geburtsh Frauenheilkunde* 2002; 62: 635 – 643
- <sup>13</sup> Robinson S, Brodie M. Understanding the Quality challenge for health consumers: The Kaiser/AHCPR Survey. *Jt Comm J Qual Impr.* 1997; 23/5: 239 – 244
- <sup>14</sup> Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. *JAMA* 1998; 279/20: 1638 – 1642
- <sup>15</sup> Weert C. van. Developments in professional quality assurance towards quality improvement: Some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom. *Internat J Quality in Health* 2000; 12/3: 239 – 242

## Das globale Problem

Nach Schätzungen von PriceWaterhouseCoopers werden sich die Gesundheitsausgaben der OECD-Länder bis 2020 auf ca. 10 Billionen US-Dollar verdreifachen. In den Gesundheitssystemen der Industrienationen treten dabei zunehmend ähnliche Probleme auf: bedarfsgerechter Zugang zu medizinischen Leistungen, Finanzierungsprobleme bei Mittelherkunft und -verwendung sowie Sicherung der Versorgungsstrukturen unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Weniger bekannt ist, dass in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit zehn Jahren ziemlich konstant um elf Prozent beträgt, und zwar in einem System, für das der erwähnte „bedarfsgerechte Zugang“ (noch) kein wirkliches Problem ist. Hierum werden wir vom Ausland regelmäßig beneidet. Trotzdem wird im Licht der gesamtwirtschaftlichen Situation auch bei uns die Frage „Was bekommen die Zahler für ihr Geld?“ immer drängender. Nur als Randbemerkung: Frustrierend für qualitätsüberzeugte Praktiker ist weiterhin der starke Fokus auf die Kosten für Patienten und Beitragszahler, während die Qualität (immerhin) an dritter Stelle steht und Fragen nach Informationen, Mitsprache und Beteiligung weit abgeschlagen auf der Wunschliste der Wähler stehen. Jedenfalls stellen sich für alle Versorgungsbereiche die Fragen „Wirken unsere Maßnahmen wie beabsichtigt auf die Gesundheit der Bevölkerung?“, „Erbringen wir unsere Leistungen in der gebotenen Qualität?“ und „Werden Schäden soweit möglich vermieden?“. Unübersehbar ist der Nachholbedarf an normierter und institutionalisierter Erfassung, Bewertung und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen in fast allen Versorgungsbereichen. Während in den USA Qualitätssicherung in den Krankenhäusern als Erfolgsfaktor im Wettbewerb unver-

zichtbar ist und naturgemäß das Personal aktiv und mit positiver Überzeugung daran interessiert ist, Fehler zu erkennen und zu vermeiden, um im Leistungswettbewerb zu den Besten zu gehören, macht sich das deutsche System gerade auf den mühseligen Weg, solches durch Gesetz zu verordnen. Dabei wurden in den sechs Jahren seit dem letzten Erscheinen dieser Artikelserie vergleichsweise radikale Veränderungen verordnet.

## Gesundheitsreform – was ist das?

Seit dem Amtsantritt von Horst Seehofer 1993 gab es sieben große Gesetzeswerke (GSG, GKV-NOG1, GKV-NOG2, GKV-SolG, GKV-GRG2000, FPG, GMG), die jeweils als „Gesundheitsreform“ dargestellt wurden, und daneben Hunderte von „kleineren“ Gesetzen, um die eingangs erwähnten Probleme in den Griff zu kriegen. In der Darstellung der Bundesregierung wurden dabei diese „Erfolge“ erzielt, die von den Betroffenen jedoch zum Teil als das Gegenteil bezeichnet werden:

- Disease-Management-Programme: 6100 zugelassen für 1,9 Millionen Versicherte (Diabetes mellitus, Brustkrebs, KHK, Asthma bronchiale und COPD)
- Integrierte Versorgung: 1407 Verträge (September 2005)
- Medizinische Versorgungszentren: 971 Ärztinnen und Ärzte in 270 MVZ, Tendenz steigend
- Hausarztssystem: In elf Bundesländern, möglich für über 23 Millionen Versicherte
- Bonusprogramme für Versicherte: z.B. Teilnahme an einer Rückenschule oder Rauchentwöhnungskurs, bisher 2,5 Millionen Versicherte eingeschrieben.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Marco Halber · Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement des Klinikumsvorstandes ·  
Universitätsklinikum Tübingen · Otfried-Müller-Str. 51 · 72076 Tübingen ·  
E-mail: marco.halber@med.uni-tuebingen.de

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2006; 66 (Suppl 2): Q87 – Q90 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·  
DOI 10.1055/s-2006-924526 ·  
ISSN 0016-5751

- Patientenbeauftragte: Seit 2004: Helga Kühn-Mengel, darüber hinaus seit zwei Jahren erstmals Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Finanzielle Situation: 35 Millionen Versicherte profitieren von Beitragssenkungen, derzeit 35% der Kassen verschuldet (2003 über zwei Drittel), gleichzeitig Reduzierung der Kassen von 322 auf 260

Weil die gut gemeinten Regelungen, insbesondere zur Qualitätssicherung, in der Gesundheitsreform 2000 sich zum Teil als ineffektiv erwiesen, wurde die Steuerung des Systems durch das GMG erheblich umgestaltet, indem die einschlägigen Regelungen des Fünften Sozialgesetzbuches über die gesetzliche Krankenversicherung komplett umformuliert wurden.

Zum Qualitätsthema im engeren Sinne lautet die wichtigste Neuerung, dass nun praktisch alle Leistungserbringer, insbesondere auch Vertragsärzte, verpflichtet werden, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzurichten und weiterzuentwickeln“ (§ 135a Abs. 2 SGB V).

### Gemeinsamer Bundesausschuss

Zentralgewalt im Gesundheitswesen ist nun der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der an die Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse tritt. Er bildet Unterausschüsse für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung. Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft). Diese Kräfte sind durch § 91 SGB V in einer arithmetisch ausgeklügelten Stimmgewichtung für die Themen Allgemeines, Ärztliches, Vertragsärzte, Psychotherapie, Zahnärzte und Krankenhaus je unterschiedlich zusammengesetzt. Hierdurch wird die bisherige Verteilung der Verbände hinsichtlich ihres jeweiligen Einflusses im Prinzip fortgeschrieben, die Entscheidungsfindung jedoch – so die Hoffnung – effizienter. Der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt auch Aufgaben, die bisher in einer Vielzahl von Organisationen zur Qualitätssicherung erfüllt werden. Hierzu gehört auch die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Medizin (AQS), die schon seit langem jede Aktivität bezüglich Qualität in Deutschland in eine Projektdatenbank aufnahm, und auch Teile der Aufgaben der inzwischen umbenannten „Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ), einer Art „Competence Center“ von Bundesärztekammern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ([www.aezq.de](http://www.aezq.de)).

### 4. Qualitätssicherung beim Leistungsanbieter

Für die einzelnen Anbietersektoren medizinischer Leistungen werden die einzelnen Leistungsanbieter verpflichtet (§ 135a SGB V), sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Das Gesundheitsreformgesetz hat 2000 schon hervorgehoben, dass „insbesondere die Ergebnisqualität“ zu verbessern sei.

### Stationäre Krankenversorgung und BQS

Die für Krankenhäuser wichtigste Regelung im SGB V bezüglich Qualität ist der § 137 SGB V, in dem die Verpflichtungen der Leistungserbringer normiert werden: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten. Der Gesetzgeber schreibt weiterhin vor, dass die „Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen“ sind. Im Detail soll der GBA folgendes regeln:

1. verpflichtende Maßnahmen der externen Qualitätssicherung mit Datenerfassung, -auswertung und -beurteilung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und an die Ergebnisqualität festzulegen,
3. einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
4. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen,
5. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten und
6. Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach den Nummern 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.

Erheblicher Aufwand und schlaflose Nächte bei den ausführenden Verantwortlichen in den Krankenhäusern waren die Hauptwirkung des – gut gemeinten – gesetzlich geforderten Qualitätsberichtes (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Die Absicht ist in § 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V unmissverständlich formuliert: „Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.“ Zwar sind fast alle Krankenhäuser mit ihren Leistungsdaten im WWW vertreten ([www.g-qb.de](http://www.g-qb.de)), die zitierte steuernde Absicht wurde jedoch aus vielen Gründen völlig verfehlt. Demgegenüber gewinnt die externe vergleichende Qualitätssicherung in der Hand der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)) ste-

tig an Bedeutung. Mit den Daten, die aus den Krankenhäusern speziell für Zwecke der Qualitätssicherung abgefragt werden, können aussagekräftige Vergleiche zwischen den Krankenhäusern für viele Qualitätsziele angestellt werden. Durch (noch nicht ganz zeitgerechte) Rückkopplung der Vergleiche an die Häuser soll ein Verbesserungsprozess angestoßen werden. Mit „auffälligen“ Fachabteilungen in diesem Verfahren wird ein „strukturierter Dialog“ geführt, in dem die Leistungserbringer Defizite und entsprechende Gegenmaßnahmen schlüssig erklären müssen. Probleme mit valider Risikoadjustierung werden derzeit angegangen. Schließlich wird die Datenqualität im Jahr 2006 mit Stichproben von 5% der Fälle in drei Leistungsbereichen untersucht, außerdem werden statistische Verfahren zur Validitätskontrolle angewandt. Die mit Spannung erwarteten Ergebnisse hieraus liegen bislang noch nicht vor. Zu erwarten ist die weitere Bekämpfung der Urangst des Gesetzgebers: das Absacken der Qualität unter den seit 2004 und wirksam ab 2009 geltenden Festpreisen (DRG) für die stationäre Krankenversorgung.

### Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Über alle Leistungen, die „wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen“, können jetzt Kostenträger und Leistungserbringer bezüglich Vergütung und Qualität verhandeln. Zum größten Ärger hochspezialisierter Ärzte und Einrichtungen hat diese Regelung gemäß § 135 SGB V noch keine praktische Bedeutung erlangt.

### Ambulante, vertragsärztliche Versorgung

Die Qualitätsprüfung obliegt in ihrem Zuständigkeitsbereich den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese im Einzelfall durch Stichproben durchzuführen haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Gestaltung dieser Qualitätsprüfungen nicht frei, sondern müssen die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung des GBA (früher: des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen) beachten, worin gleichzeitig Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen festgelegt werden (§ 136 SGB V). Die Notwendigkeit, dies mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einvernehmlich abzustimmen, ist entfallen. Die Vorschriften gelten auch für Vertragszahnärzte und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

### Heil- und Hilfsmittel

Neue Heilmittel dürfen nur vom Vertragsarzt verordnet werden, wenn der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen zuvor erstens ihren therapeutischen Nutzen und zweitens in Richtlinien Empfehlungen zur Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen einvernehmlich die Qualitätsstandards für alle Hilfsmittel zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entwickeln. Für neue Hilfsmittel sind darüber hinaus die Funktionstauglichkeit, der therapeutische Nutzen sowie seine Qualität gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen nachzuweisen, anderenfalls kommt es nicht zur erforderlichen Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V.

## Das IQWiG

Mit § 139a bis c SGB V hat der Gesetzgeber im Jahre 2004 ein „fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) ins Leben gerufen. Seine Aufgaben sind:

1. Recherche, Darstellung und **Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes** zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu **Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit** der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
3. **Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien** für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
5. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
6. Bereitstellung von **für alle Bürgerinnen und Bürger** verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Diese Aufgaben erhielt das IQWiG nach dem Vorbild ausländischer Institutionen (Großbritannien: NICE, Frankreich: HAS, USA: AHRQ) als von den Leistungserbringern unabhängige wissenschaftliche Einrichtung, erklärtermaßen unter vollständiger Umgehung der erwähnten ÄZQ, die sich bisher schwerpunktmäßig um evidenzbasierte Leitlinien (Punkt 3.) gekümmert hat. Die praktische Aufgabenverteilung in diesem Konflikt ist noch nicht abgeschlossen. Unter anderem zu Punkt 5. gibt es wegen der enormen wirtschaftlichen Bedeutung für die Pharma-Industrie verständlichen Konfliktstoff, der sich auch in vergleichsweise heftigen wissenschaftlichen Disputen manifestiert, wie zuletzt in der Frage der Nützlichkeit von Insulinanaloga (0). Die Bedeutung des IQWiG wird sich in den nächsten Jahren herausstellen und von der Qualität seiner Arbeit abhängen (siehe [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)).

### Qualitätssicherung vorrangig durch Gesetz?

Fraglich bleibt, ob alles Vorgenannte reicht und ob gesetzliche Regelungen allein ausreichend sind. Beispiele einer wirksamen Qualitätssicherungspraxis in vielen Bereichen des amerikanischen Gesundheitswesens begründen die Vermutung, dass gerade nicht über Gesetze, sondern über den Wettbewerb und untergesetzliche Zertifizierungsverfahren eine leistungsfähige Sicherung der Qualität erreicht werden kann. Klar dabei ist, dass marktorientierte Mechanismen nur in einem Markt funktionieren können, in dem Transparenz über Kosten, Leistungen und Qualität herrscht. Die richtige Balance zwischen Staatsmedizin und reiner Marktwirtschaft gilt es dabei in Deutschland noch zu finden; zu wünschen wäre dabei ein zunehmendes Bewusstsein der Verantwortlichen um die gesamtwirtschaftlichen Chancen des Gesundheitsmarktes.

## Literatur

- <sup>1</sup> Henry J, Barnes K. HealthCast 2020: Gesundheit zukunftsfähig gestalten. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2005
- <sup>2</sup> [http://www.pwc.com/de/ger/ins-sol/publ/HealthCast\\_2020\\_Deutsch.pdf](http://www.pwc.com/de/ger/ins-sol/publ/HealthCast_2020_Deutsch.pdf) [2005-12-15]
- <sup>3</sup> Janssen-Cilag. Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will. [http://www.janssen-cilag.de/bgdisplay.jhtml?itemName=delphi\\_nutzen\\_kosten](http://www.janssen-cilag.de/bgdisplay.jhtml?itemName=delphi_nutzen_kosten) [2005-06-17]
- <sup>4</sup> Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003. BGBl I 2003 (55) 2190–2258
- <sup>5</sup> Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 2 Nr. 3 G v. 22.12.2005, I 3686
- <sup>6</sup> Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- <sup>7</sup> Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525, 8.9.2003
- <sup>8</sup> Müller D. Qualitätsberichte – Ziel verfehlt. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103 (8): A444
- <sup>9</sup> Paschen U. Qualitätsberichte im Netz – Unabhängige Bewertung erforderlich. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103 (17): A1130–A1134
- <sup>10</sup> Letzel H, Pfützner A, Forst Th. Insulinanaloga bei Diabetes mellitus Typ 2 – Innovation oder Versorgungsirrtum? Diabetes Stoffwechsel Herz 2006; 3: 3–10
- <sup>11</sup> <http://www.ds-herz.de/631.0.html> [2006-05-02]
- <sup>12</sup> Stanowsky J, Schmax S, Sandvoß R. Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Economic Research, Allianz Group, Dresdner Bank, Working Paper Nr.: 17, 28.07.2004. [http://www.allianz.com/Az\\_Cnt/az/\\_any/cma/contents/469000/saObj\\_469309\\_Working\\_Paper\\_Boommarkt\\_Gesundheit.pdf](http://www.allianz.com/Az_Cnt/az/_any/cma/contents/469000/saObj_469309_Working_Paper_Boommarkt_Gesundheit.pdf) [2005-11-20]