

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Kinderchirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

5-497 sollte gestrichen werden

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Die Konstruktion des Anus bei kongenitaler Kloakenbildung (richtiger bei persistierender Kloake bzw. bei anorektaler Agenesie mit rektokloakaler Fistel) wäre eine unsinnige Operation. Bei dieser Fehlbildung wird nicht nur der Anus „konstruiert“ sondern in gleicher Sitzung wird eine Vagina angelegt und aus der ursprünglichen Kloake eine Urethra gebildet.

Inhaltlich gehört diese – bei der anorektalen Agenesie mit sog. langem common channel (>4cm) – sehr aufwendige Operation zum Code 5-495.- Primäre plastische Rekonstruktion bei Analatresie.

(Hinweis: Der Begriff Analatresie ist embryologisch falsch und sollte besser durch Analagenesie bzw. anorektale Agenesie ersetzt werden).

Zur Verdeutlichung des Aufwandes der oben erwähnten aufwändig zu operierenden anorektalen Agenesien sollte nach der verwendeten Technik differenziert werden können, mit der die Vagina angelegt wird. Hierzu sind folgende redaktionelle Änderungen im OPS nötig.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die redaktionellen Änderungen an der Prozedur 5-495.3- sind GELB hinterlegt:

5-495.– Primäre plastische Rekonstruktion bei Analatresie

5-495.0- Anteriore sagittale Anoproktoplastik

.00 Offen chirurgisch

.01 Perineal

.0x Sonstige

5-495.1- Posteriore sagittale Anoproktoplastik [PSAP] (OP nach Pena de Vries)

.10 Offen chirurgisch

.11 Perineal

.1x Sonstige

5-495.2- Posteriore sagittale Anoproktoplastik [PSAP] mit Fistelverschluß zum Urogenitaltrakt

.20 Offen chirurgisch

.21 Perineal

.2x Sonstige

5-495.3- Posteriore sagittale Anoproktoplastik [PSAP] mit Korrektur einer Fehlbildung der Vagina **mit ortsständigem Gewebe (z.B. Umwandlung einer Vagina duplex in ein unpaares Organ)**

Hinweis: Die Rekonstruktion aus nicht ortsständigem Gewebe ist aus 5-705.- gesondert zu kodieren.

.30 Offen chirurgisch

.31 Perineal

.3x Sonstige

5-495.4 Durchzugsoperation, abdominoperineal

5-495.5 Durchzugsoperation, sakroperineal

5-495.x- Sonstige

.x0 Offen chirurgisch

.x1	Perineal
.xx	Sonstige
5-495.y	N.n.bez.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- Ja
 Nein

Begründung:

Zur differenzierten Abbildung des Behandlungsaufwandes: Die Operationsdauer ist in der Regel doppelt bis dreifach so lang wie bei den übrigen anorektalen Anomalien; postoperativ sind außer dem Kunststafter und dem transurethralen Katheter ein suprapubischer Blasen Katheter zu versorgen, der so lange belassen bzw. intermittierend abgeklemmt werden muss, bis eine Spontanmiktio wieder in Gang kommt. Die stationäre Behandlung dauert länger als bei den übrigen anorektalen Anomalien.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- Ja
 Nein

Begründung:

Ein wesentliches Ziel bei der Behandlung anorektaler Anomalien ist die Kontinenz für Stuhl bei normaler Harnblasenfunktion. Kinder mit operierter Kloakenpersistenz mit langem common channel haben eine relativ geringe Chance, kontinent zu werden und ein hohes Risiko einer neurogenen Blasenentleerungsstörung. Sie sind auch in dieser Hinsicht mit den übrigen anorektalen Anomalie nur eingeschränkt vergleichbar.

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

- Standard
 Etabliert
 In der Evaluation
 Experimentell
 Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS**) ca. 12 – 14 Fälle pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland. Die Zahl der Kliniken, die solche Fälle behandeln, ist nicht bekannt. Sie dürfte unter 10 liegen.

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Die Kosten für diesen Eingriff unterscheiden sich von den übrigen unter 5-495.- gelisteten Codes durch die erheblich längere Operationsdauer und die doppelt bis vierfach so lange postoperative Verweildauer.

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Im OPS Version 2005 ist nur die Primäre plastische Rekonstruktion bei Analatresie kodierbar. Gelegentlich muss eine der unter 5-405.- gelisteten Operationen ganz oder teilweise wiederholt werden; der Zusatzcode 5-983 wäre dann unlogisch. Folglich wäre entweder das Wort „Primäre“ zu streichen oder ein zusätzlicher Code für Sekundäreingriffe einzuführen.