

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexe-fruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

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

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation * DGCH
Internetadresse der Organisation * www.dgch.de
Anrede (inkl. Titel) * Dr. med.
Name * Bartkowski
Vorname * Rolf
Straße * Forstweg 74
PLZ * 13465
Ort * Berlin
E-Mail * bartkowski-berlin@t-online.de
Telefon * 030 40109936

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

**3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *
(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)**

DGCH
BDC
DGVC
GMDS - AK Chirurgie

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Endorektale Vakuumtherapie

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Endorektale Vakuumtherapie zur Behandlung von Anastomoseninsuffizienzen nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei lokaler Peritonitis mit einspiegelbarer Wundhöhle. Einbringen eines Drainagesystems mit integriertem offenporigen Schwamm in die Insuffizienzhöhle mittels flexiblen Endoskops und kontinuierliche Sogbehandlung über 12 - 20 Tage.

Kodevorschlag: 5-916.a4

bisher wäre dieses Verfahren mit 5-916.ax zu verschlüsseln gewesen

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Bei einer Anastomosen-Insuffizienz kommt es durch die Funktion des Schließmuskels zu einem permanenten Rückstau von Sekret und Gas, und dadurch zu deren Austritt über die Insuffizienz in die Wundhöhle im kleinen Becken. Dies führt zu einer aufsteigenden Infektion.

Steigt das Sekret weiter auf, kann es zu einer generalisierten Peritonitis mit schwerem septischen Krankheitsverlauf kommen (sogenannte „pelvine Sepsis“). Hierbei handelt es sich um einen schweren Krankheitsverlauf, der schwierig therapierbar ist. Als konservative Möglichkeit steht nur die chirurgische Revision bzw eine langwierige konservative Behandlung mit täglichen Spülungen zur Verfügung.

Eine chirurgische Revision ist mit einer hohen Morbidität und einem dadurch erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden.

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

Außer der endorektalen Vakuumtherapie gibt es momentan keine vergleichbare konservative Behandlungsalternative.

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Re-Operationsrate, Morbidität und Mortalitätsrate reduziert werden konnte. Die stationäre Behandlungsdauer wurde im Schnitt auf 33 Tage vs. 81 Tage unter einer konventionellen konservativen Therapie gesenkt. Ein intensivstationäre Aufenthalte konnten bis auf einen Fall vermieden werden. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass bei 75 % der Patienten das Stoma nach durchschnittlich 141 Tagen zurückverlagert werden konnte. Bei den konservativ behandelten Patienten war dies in nur 56 % der Fälle nach durchschnittlich 190 Tagen möglich.

Zur Zeit gibt es keine Möglichkeit diese Therapieform adäquat mit dem OPS abzubilden und einer angemessenen Vergütung zuzuführen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Materialkosten der endoluminalen Vakuumtherapie pro Systemwechsel	180,- €
Endoskopiekosten je Systemwechsel	120,- €
Durchschnittlich sind 10 Systemwechsel pro Patient erforderlich	
Gesamtkosten (10 Wechsel)	3000,- €

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

In Deutschland erkranken etwa 71.400 Patienten jährlich an Darmkrebs. 50 % der Tumore sind im Rektum lokalisiert und werden mit einer Rektumresektion operiert. Ca. 15 % dieser Patienten erleiden eine Anastomoseninsuffizienz. Ca. 70 % dieser Insuffizienzen lassen sich mit der endoluminalen Vakuumtherapie behandeln. Das entspricht ca. 3750 Fälle pro Jahr.

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

Gegenüber konservativer Behandlung (Spülen mit ggf. Intensivaufenthalt): ca. 3800,- € durch verminderte Liegezeit.

Gegenüber operativer Revision: ca. 3500,- €

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)
8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Qualitativer Nutzen (Für Patient, Arzt, Krankenhaus, Kostenträger):

Bereits nach 1-2 Systemwechseln bildet sich Granulationsgewebe bei fortschreitender Rückbildung der Wundhöhle. Der Patient verspürt eine rasche klinische Besserung seines Zustandes verbunden mit einer signifikanten Reduktion von Schmerzen und Geruchsbelästigung.

Ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist der frühzeitige Beginn der Behandlung, optimalerweise sofort nach Manifestation der Anastomoseninsuffizienz.