

## Änderungsvorschlag für den OPS 2010

### 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](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulardaten 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-komplexbcodefruehreha-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](http://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](http://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](mailto: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.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation \* Bundesverband Medizintechnologie e.V  
Offizielles Kürzel der Organisation \* BV Med  
Internetadresse der Organisation \* www.bvmed.de  
Anrede (inkl. Titel) \*  
Name \*  
Vorname \*  
Straße \*  
PLZ \*  
Ort \*  
E-Mail \*  
Telefon \*

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \* Pajunk GmbH  
Offizielles Kürzel der Organisation \* Pajunk GmbH  
Internetadresse der Organisation \* www.pajunk.com  
Anrede (inkl. Titel) \* Dr.med.  
Name \* Buhr  
Vorname \* Thomas  
Straße \* Karl-Hall-Straße 1  
PLZ \* 78187  
Ort \* Geisingen  
E-Mail \* h.mark@pajunk-medipro.de  
Telefon \* 077048008101

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

Deutsche Gesellschaft für 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) \*

Einführung eines Prozedurencodes für die Ballonlaparoskopie

## 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)

Mit der Ballonlaparoskopie (z.B. in der Technik nach Volland, LapVision®) steht ein technisch neues Verfahren für die minimalinvasive laparoskopische Diagnostik zur Verfügung, welches sich hinsichtlich der Invasivität, der Umstände der Durchführung, des eingriffsspezifischen Risikos und der Kosten von der 'klassischen' diagnostischen Laparoskopie mittels Aufbau eines Pneumoperitoneums signifikant unterscheidet. Im OPS 2009 gibt es zur Abbildung einer diagnostischen Laparoskopie nur die Möglichkeit der Abbildung mit dem unspezifischen Code OPS 1-694. Mit der Technik der Ballonlaparoskopie steht nun ein innovatives Verfahren neu zur Verfügung, welches sich medizinisch und ökonomisch signifikant von den bisher etablierten Techniken unterscheidet.

Vorschlag:

- |         |  |
|---------|--|
|         | Differenzierung des derzeitigen einzigen Codes OPS 1-694 in die Untergruppen   |
| 1-694.1 | Diagnostische Laparoskopie mittels eines Pneumoperitoneums                     |
| 1-694.2 | Diagnostische Laparoskopie mittels eines Ballonsystems (ohne Pneumoperitoneum) |

- Begründung:
- Schaffung der Voraussetzungen für eine differenzierte Erfassung der Ballonlaparoskopie als der kostengünstigeren Verfahrensalternative und kostenmäßige Evaluation im Rahmen der Weiterentwicklung des GDRG-Systems (InEK-Kalkulation) für den stationären Bereich
  - Bereitstellung eines spezifischen Codes für die Aufnahme in den AOP-Katalog (hier auch zur sachgerechten Sachkostenabrechnung im ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V bzw. im KV-Bereich)
  - Schaffung der Basis für die differenzierte Evaluation dieser Verfahrensinnovation unter Qualitätsaspekten

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Mit der Ballonlaparoskopie steht ein technisch neues, innovatives Verfahren für die minimalinvasive laparoskopische Diagnostik zur Verfügung. Das Verfahren unterscheidet sich signifikant hinsichtlich seiner Invasivität, der Umstände seiner Durchführung, des eingriffsspezifischen Risikos und der Kosten von der 'klassischen' diagnostischen Laparoskopie mit Aufbau eines Pneumoperitoneums.

Die Durchführung der Ballonlaparoskopie ist möglich durch Einsatz eines spezifischen Instrumentariums (z.B. in der Technik nach Volland, LapVision®). Dabei wird unter direkter Sicht mittels eines speziellen Trokarsystems ein sehr dünner Kanal durch die Bauchdecke geschaffen und das Instrument mit der Optik eingeführt. Durch Entfalten des integrierten Ballonsystems entsteht der Raum für die Inspektion der intraabdominellen Strukturen, durch Lageveränderung oder atraumatisches Auseinanderdrängen von intraabdominellen Strukturen ist eine gezielte Inspektion möglich.

Die Laparoskopie in dieser neuen Technik ist ohne Pneumoperitoneum - und damit ohne die mit dessen Errichtung verbundenen spezifischen Risiken - und ohne Narkose in einem entsprechend ausgerüsteten Eingriffsraum einfach durchführbar. Das Verfahren reduziert erheblich die Behandlungskosten durch Verweildauerverkürzung und Vermeidung aufwendigerer Alternativverfahren und ist grundsätzlich auch ambulant durchführbar. Durch die Ausführung über eine sehr dünne Optik ist der postoperative Schmerz minimiert. Das Verfahren zeichnet sich wegen der Einführung des Instrumentariums unter direkter Sicht durch eine hohe Anwendungssicherheit aus, es ist atraumatisch und bietet eine sehr gute intraabdominelle Übersicht.

Neben der Hauptindikation zur primären laparoskopischen Diagnostik wird die Ballonendoskopie auch zum Second-look, z.B. nach größeren Darmoperationen mit kritischer Anastomose oder bei Durchblutungsstörungen, eingesetzt.

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

Stationäre Behandlung:

Die Durchführung einer Laparoskopie führt im Vergleich zu einer rein konventionellen /klinischen Abklärung von Verdachtsfällen mit abdominellen Beschwerden zu einer Eingruppierung in andere, höher bewertete Fallpauschalengruppen und damit zu einer Erhöhung der pauschalen DRG-Vergütung von 600 € – 1.130 € / Fall.

Im Vergleich zur Abklärung solcher Fälle mittels einer konventionellen Laparoskopie liegt der methodenspezifische Vorteil des neuen Verfahrens darin, dass auf die Inanspruchnahme eines Operationssaals und die Durchführung einer 'kompletten' Anästhesie verzichtet werden kann. Daraus resultieren Kosteneinsparungen von mind. 350 € - 500 € pro Fall

Realisierbare Verkürzungen der Verweildauer lassen sich ökonomisch bewerten (z.B. aus der DRG-Kalkulation heraus mit 365 € pro Tag).

Aus Gesundheitsökonomischer Sicht ist außerdem zu berücksichtigen, dass sich durch die Möglichkeit einer raschen, aussagekräftigen (Ausschluss-)diagnostik Kosteneinsparungen infolge der Vermeidung von stationären Beobachtungsfällen realisieren lassen.

Durch Schaffung eines spezifischen Codes für die Ballonlaparoskopie werden im stationären Bereich die Voraussetzungen für einer differenzierte Erfassung dieser kostengünstigeren Verfahrensalternative geschaffen und damit die kostenmäßige Evaluation im Rahmen der Weiterentwicklung des GDRG-Systems über die InEK-Kalkulation ermöglicht.

In 2009 werden die Fälle der zahlenmäßig größten Patientengruppe, bei der die Ballonlaparoskopie zum Einsatz kommt, nämlich 'Abklärungsfälle bei Abdominalbeschwerden', in die DRG (2009) G12 C "Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur" eingruppiert (siehe TAB-G12-1, Definitionshandbuch GDRG 2009 Bd. 2).

Auch nach Etablierung des gewünschten neuen Codes kann mangels einer Alternative als Mappingvorschlag nur empfohlen werden, entsprechende Fälle in die gleiche DRG einzugruppiieren. Mittelfristig wäre jedoch zu prüfen, ob relevante Kostenunterschiede eine weitere Ausdifferenzierung, z.B. in eine DRG G12D mit niedrigerem Fallgewicht, sinnvoll erscheinen liessen.

Ambulanter Bereich:

Die Möglichkeit der Durchführung der Maßnahme als „Ambulante Operation im Krankenhaus“ nach

§ 115 b SGB V besteht dem Grunde nach und damit die Notwendigkeit der Abbildung im AOP-Katalog.

Für den ambulanten Bereich ermöglichte die Bereitstellung eines spezifischen Codes die Abbildung des Verfahrens im AOP-Katalog und eine Vereinfachung der Sachkostenabrechnung mit den Kostenträgern im Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V bzw. im KV- Bereich.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Durch die verfahrensspezifischen Umstände lassen sich gegenüber vergleichbaren stationären Behandlungsfällen wg. fehlender Inanspruchnahme einer Operationssaals und Notwendigkeit einer Vollnarkose Kosteneinsparungen von mind. 350 € - 500 € pro Fall erreichen (siehe auch b). Die Kosten des Instrumentariums selbst liegen bei ca. 250 €.

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

Bisher wurde das Verfahren in Deutschland nur bei kleineren Fallzahlen im Rahmen der Verfahrensevaluation eingesetzt. Nach Etablierung der Methode als Diagnostikum beim unklaren Abdomen, zur Histologiegewinnung bei abdominellen Neoplasien und zum Staging in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Gynäkologie im ambulanten und stationären Bereich ist mit großen Fallzahlen zu rechnen

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

Eine Bewertung der Kostenunterschiede ist auf Basis der veröffentlichten Kostendaten des InEK möglich (hier die Kostendaten der DRG G12C). Berücksichtigt werden bei der nachfolgenden Betrachtung nur die Kosten, die methodenspezifisch vermieden werden können. Im Vergleich zur Behandlung medizinisch gleichgelagerter Fälle mittels einer konventionellen Laparoskopie liegt der methodenspezifische Vorteil des neuen Verfahrens darin, dass auf die Inanspruchnahme einer Operationssaals und der Durchführung einer 'kompletten' Anästhesie verzichtet werden kann, wodurch Kosteneinsparungen von mind. 350 € - 500 € pro Fall resultieren. Nicht exakt beziffern lassen sich die gesundheitsökonomisch relevante Vermeidung von stationären Aufnahmen 'zur Abklärung' sowie die wirtschaftlichen Effekte durch Früherkennung und Frühbehandlung von drohenden intraabdominellen Komplikationen durch den Einsatz der Ballonlaparoskopie als Second-look.

**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.)**

Kurz- und mittelfristig kein Bezug zur Externen Qualitätssicherung der BQS absehbar

**8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)**

Publikationen zum Verfahren und zur Evidenz:

Posterpräsentation auf dem Kongress Viszeralmedizin 2008, 1.-4.10.2008, Berlin, 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) mit Sektion für gastroenterologische Endoskopie, 2. gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Die gaslose Ballon-Laparoskopie – ein neues Verfahren zur abdominalen Diagnostik  
M. Volland, M. Lienert, O. Horstmann. Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie,  
Sana-Krankenhaus Gerresheim, Düsseldorf.  
Zeitschrift für Gastroenterologie, September 2008

Einleitung: Das Konzept der Ballon-Laparoskopie (B-LSK) verfolgt die Vereinfachung der konventionellen diagnostischen Laparoskopie (LSK), indem das Pneumoperitoneum durch einen der Optik vorgeschalteten transparenten Ballon ersetzt wird. Es soll gezeigt werden, daß damit unter Verzicht auf die Narkose eine diagnostische LSK außerhalb des OP's möglich ist.

Material und Methoden: Im Rahmen einer Studie nach MPG wurde für eine 30°/3,5 mm-Stablinse ein Ballonaufsatz entwickelt. Nach Einführen des Systems Optik-Ballonaufsatz durch einen minimalinvasiven Zugang wurde der Ballon durch Luftinsufflation auf einen Durchmesser von 3 cm expandiert und die B-LSK ausgeführt. In der 1. Studiengruppe wurden 12 Probanden (w/m= 8/4, Median 52,5 J.) in Narkose vor Durchführung eines konventionellen laparoskopischen Eingriffs mit der B-LSK untersucht. In der 2. Gruppe wurden 12 Probanden (w/m=6/6, Median 71 J.) ohne Narkose am ersten oder zweiten postop. Tag nach einem viszeralchirurgischen Eingriff über einen bei der Primär-OP eingebrachten flexiblen Trokar (Port) im Sinne eines 'second look' einer B-LSK unterzogen. In der 3. Gruppe wurde bisher bei 4 Probanden (w/m= 3/1, Median 76,5 J.) zunächst ein Trokar in Lokalanästhesie eingebracht und anschließend über diesen die B-LSK ausgeführt. In den Gruppen 2 und 3 wurde bei Bedarf eine Analgosedierung verabfolgt.

Ergebnisse: An technischen Parametern wurde auf einer Skala von 1-5 (1=sehr gut, 5=sehr schlecht) der optische Gesamteindruck mit 1,9 (□0,8) bewertet, die Ansteuerung der unterschiedlichen Bauchorgane mit 2,4 (□0,8), das Auflösungsvermögen mit 1,5 (□0,7), die Eignung des Ballonformates mit 1,9 (□0,4) und die Stabilität des Ballons gegen seitliche Scherkräfte mit 2,3 (□0,8). Die Schmerzhaftigkeit der Untersuchung wurde von den Patienten mit 2,9 (□1,2) angegeben. Die Toleranz des Ports lag bei 1,4 (□0,7), die Schmerzhaftigkeit der Trokarplatzierung bei 2,5 (□1,0). Vasovagale Reaktionen traten bei keiner Untersuchung auf.

Diskussion: In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die B-LSK unter Verzicht auf das Pneumoperitoneum bei guter Bildgebung technisch praktikabel ist. Sie wird weitgehend vom wachen Patienten, insbesondere aber unter Analgosedierung gut toleriert.

Das Verfahren ist außerhalb des OP's durchführbar. Es eignet sich zur Diagnostik des unklaren Abdomens, als 'second look'-LSK sowie als Staging-LSK.

Vortrag auf dem ALS Annual Scientific Meeting der Association of Laparoscopic Surgeons (ALS) of Great Britain and Ireland, 20.-21.11.2008, Colchester

Gasless Balloon Laparoscopy - a New Method in Abdominal Diagnostics

M. Volland, M. Lienert, O. Horstmann. . Department of General- and Visceral Surgery,  
Sana-Hospital Gerresheim, Düsseldorf.

Abstract book, ALS 2008 Annual Scientific Meeting, Colchester, FP06, S.5

Introduction: The concept of balloon laparoscopy (B-LSC) pursues the simplification of conventional diagnostic laparoscopy (LSC), in which the pneumoperitoneum is replaced by a transparent balloon which is positioned in front of the optical system. It shall be shown, that with this arrangement, diagnostic LSC can be performed outside of the operating theatre without requiring narcosis.

Material and methods: A mountable balloon was developed for a 30°/3.5 mm rod lens. After introducing the combined optical / balloon system through an access created by minimally invasive surgery, the balloon was expanded to a diameter of 3 cm by air insufflation, and B-LSC was performed. In the 1st

study group, 12 patients (f/m = 8/4, average 52.5 y.) were examined with B-LSC in narcosis before the performance of a conventional laparoscopic intervention. In the 2nd group, 12 patients (f/m = 6/6, average 71 y.) were subjected to a B-LSC without narcosis as a "second look" measure on the first or second postoperative day after visceral-surgical intervention by way of a flexible trocar (port) which was created during the primary operation. In the 3rd group, till now 5 patients (f/m = 4/1, average 72 y.) have been first provided with a trocar in local anaesthesia, and B-LSC was then subsequently performed. If required, analgosedation was administered in the groups 2 and 3.

Results: On a scale of 1-5 (1= very good, 5 = very bad), the technical parameters of the visual overall impression was rated 1.9 ( $\pm$  0.8), the navigability to the different organs in the abdomen with 2.4 ( $\pm$  0.8), the resolution with 1.5 ( $\pm$  0.6), the suitability of the balloon format with 1.9 ( $\pm$  0.4), and the stability of the balloon against.