

## Änderungsvorschlag für den OPS 2011

### 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 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-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.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

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

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Organisation *                        | Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie                    |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | DGTHG  |
| Internetadresse der Organisation *    | <a href="http://www.dgthg.de/">http://www.dgthg.de/</a>                        |
| Anrede (inkl. Titel) *                | Herr Prof. Dr. med.  |
| Name *                                | Roeder   |
| Vorname *                             | Norbert  |
| Straße *                              | Domagkstr. 5   |
| PLZ *                                 | 48149  |
| Ort *                                 | Mün  |
| E-Mail *                              | <a href="mailto:norbert.roeder@ukmuenster.de">norbert.roeder@ukmuenster.de</a> |
| Telefon *                             | 0251/83-0  |

### 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)

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) \*

Mechanische Anastomosierung im Rahmen von Operationen an den Koronargefäßen

## 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)

5-364 Mechanische Anastomosierung im Rahmen von Operationen an den Koronargefäßen

Hinweis: Proximale und distale Anastomosen sind getrennt zu kodieren

Mehrfache Anastomosenanlagen sind getrennt zu kodieren

5-364.0 Mechanische Anastomosierung, proximal

5-364.1 Mechanische Anastomosierung, distal

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Eine vaskuläre Rekonstruktion ohne Durchführung einer manuell durchgeführten Naht oder Knotung wird als mechanische Anastomose bezeichnet. Unterschieden wird zwischen proximalen, in der Regel an die Aorta ascendens konnektierende, und distalen, an die Koronararterien anbindende Anastomosierungsapplikatoren.

Es existieren unterschiedliche Verfahren für die mechanische Anastomosierung, wobei ein Hauptunterscheidungspunkt in der Anzahl unterschiedlicher Devices für die proximale und die distale Anastomose besteht. Derzeit sind beide Verfahren etabliert, wobei sich die Kosten (s. u.) pro Anastomose nicht unterscheiden.

Der Vorteil einer mechanischen Anastomose liegt zum einen im geringeren Zeitbedarf pro Gefäßanschluss mit kürzeren Narkose- und Eingriffszeiten. Zum anderen entfällt systembedingt die Ausklemmung der Aorta mit der Gefahr einer Läsion des Gefäßes und konsekutiver zerebraler Insulte.

Eine Verwendung der Anastomosengeräte ist zum Teil bis zu einer lichten Gefäßweite von ca. 1 mm möglich. Insbesondere auch im Zusammenhang mit minimal-invasiven herzchirurgischen Eingriffen mit zum Teil nur begrenzter Übersicht über das Anastomosengebiet und beengten Anastomosenverhältnissen bieten die mechanischen Verfahren der Anastomosenerstellung

erhebliche Vorteile für Operateur und Patient.

Ein weiterer Vorteil der mechanischen Anastomosen liegt in der sich daraus entwickelnden Standardisierung der Anastomosentechnik. Dieser Umstand wird mittelfristig auch aus der Sicht der Qualitätssicherung für die behandelten Patienten von Vorteil sein.

Diese Verfahren gehen mit deutlichen Mehrkosten für die erforderlichen Applikationen einher, so dass eine differenzierte Abbildung der Verfahren in Abgrenzung zur konventionellen Nahttechnik im OPS-Katalog erforderlich ist.

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

Aufgrund der zum Teil erheblichen Mehrkosten der Devices für die mechanische Anastomosierung ist eine Identifizierung dieser Fälle anhand einer differenzierten OPS-Kodierung erforderlich, um eine sachgerechte Vergütung im G-DRG-System zu erreichen.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

Die Kosten belaufen sich für die proximale und die distale Anastomose auf jeweils ca. 600 Euro pro Anastomose. In Abhängigkeit von der Anzahl der intraoperativ erforderlichen Anastomosen variieren die Gesamtkosten pro Fall entsprechend.

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

ca. 1.000 Fälle bundesweit derzeit mit steigender Tendenz

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

Die Gesamtkosten der mechanischen Anastomose repräsentieren im Wesentlichen auch die Mehrkosten gegenüber dem manuellen Verfahren.

**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.)**

Derzeit keine Relevanz für die externe Qualitätssicherung abzusehen

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