

Änderungsvorschlag für den OPS 2012

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-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, 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 Röntgengesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG
Internetadresse der Organisation *	www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof.Dr.
Name *	Vorwerk
Vorname *	Dierk
Straße *	Krumenauerstrasse 25
PLZ *	85049
Ort *	Ingolstadt
E-Mail *	dierk.vorwerk@klinikum-ingolstadt.de
Telefon *	08418802800

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)

DRG
Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

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) *

Verschließung einer enterokutanen Fistel durch Plug-Technik

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)

Die Verschließung einer enterokutanen Fistel mit einem biologischen Plug mit Wachstumsfaktoren ist eine neue Methode. Der Plug wird von außen mit einem Einführsystem durch den Ausgang der Fistel in das Innere des Körpers geschoben (perkutaner Zugang). Er wird an Darmwand und äußerer Bauchwand befestigt. Das Implantat verwächst mit dem Körpergewebe und verschließt die Fistel.

5-467.b Verschluss einer Darmfistel, perkutan (inkl. Implantation eines biologischen Plugs)
Synonym: Implantation eines biologischen Plugs für enterokutane Fisteln

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

Die Behandlung einer enterokutanen Fistel ist schwierig, und aufgrund der heterogenen Krankheitsbilder und der unterschiedlichen Ausprägung von Fisteln gibt es zahlreiche Behandlungsmethoden. Gängige Behandlungsarten sind der chirurgische Verschluss, die Anwendung von Fibrinkleber, die intravenöse Verabreichung von Somatostatin und Octreotid oder der Vakuum-assistierte Verschluss (VAC).

Eine neue Methode ist die Implantation eines Plugs aus porciner SIS (small intestine submucosa), welcher perkutan eingesetzt wird. Die Wachstumszellen des Implantats provozieren das Hineinwachsen des Xenografts in das körpereigene Gewebe, und der Plug wird so vollständig absorbiert. Diese Methode ist eine Innovation und wird daher noch nicht im OPS-Katalog abgebildet.

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

Die Verschlussmethode durch die Implantation des Plugs ist eine neue Methode und führt höchstwahrscheinlich zu einer Veränderung der Prozedurenkosten. Die einfache Technik der Platzierung des Plugs verkürzt zum einen die OP-Dauer und hat vermutlich auch einen geringeren Personal- und Geräteaufwand zur Folge als die meisten anderen Methoden. Jedoch müssen die hohen Kosten des Implantats berücksichtigt werden.

Ein eigener Prozedurenschlüssel lässt die Nachverfolgung der Kostenentwicklung im Entgeltsystem zu.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Materialkosten: Für den Plug mit Einführungssystem werden in etwa Kosten von 3.000 € veranschlagt.

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

(K63.2 Darmfistel: 2.053 behandelte Fälle laut Diagnosedaten der Krankenhäuser 2008, Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Hiervon werden schätzungsweise 25% für eine solche Therapie in Frage kommen (etwa 500 Fälle/Jahr)

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

Vermutlich geringere OP-Kosten im Vergleich zu 5-467.1 Verschluss offen chirurgisch oder 5-467.2 V. endoskopisch, da weniger Zeitaufwand. Jedoch kommen die Kosten für den Plug hinzu

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.)

nicht relevant

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

Das Material SIS wurde bereits erfolgreich bei enterokutanen Fisteln eingesetzt und in Fallstudien als alternative Behandlungsmethode diskutiert:

Miranda LE, Sabat BD, Carvalho EA: A low-output colocutaneous fistula healed by Surgisis anal plug. Tech Coloproctol. 2009 Dec;13(4):315-6.

Satya R, Satya RJ.: Successful treatment of an enterocutaneous fistula with an anal fistula plug after an abdominal stab wound. J Vasc Interv Radiol. 2010 Mar;21(3):414-5.

Toussaint E, Eisendrath P, Kwan V, Dugardeyn S, Devière J, Le Moine O.: Endoscopic treatment of postoperative enterocutaneous fistulas after bariatric surgery with the use of a fistula plug: report of five cases. Endoscopy. 2009 Jun;41(6):560-3. Epub 2009 Jun 16.

- Schultz DJ, Brasel KJ, Spinelli KS, Rasmussen J, Weigelt JA: Porcine small intestine submucosa as a treatment for enterocutaneous fistulas. *J Am Coll Surg.* 2002 Apr;194(4):541-3.
- Maluf-Filho F, Hondo F, Halwan B, de Lima MS, Giordano-Nappi JH, Sakai P.: Endoscopic treatment of Roux-en-Y gastric bypass-related gastrocutaneous fistulas using a novel biomaterial. *Surg Endosc.* 2009 Jul;23(7):1541-5. Epub 2009 Mar 19.
- Allgemeine Studien zur Behandlung von enterokutanen Fisteln:
- Singh B, Haffejee AA, Allopi L, Moodley J.: Surgery for high-output small bowel enterocutaneous fistula: a 30-year experience. *Int Surg.* 2009 Jul-Sep;94(3):262-8.
- Datta V, Engledow A, Chan S, Forbes A, Cohen CR, Windsor A.: The management of enterocutaneous fistula in a regional unit in the United kingdom: a prospective study. *Dis Colon Rectum.* 2010 Feb;53(2):192-9.
- Fischer PE, Fabian TC, Magnotti LJ, Schroepel TJ, Bee TK, Maish GO 3rd, Savage SA, Laing AE, Barker AB, Croce MA: A ten-year review of enterocutaneous fistulas after laparotomy for trauma. *J Trauma.* 2009 Nov;67(5):924-8.
- Brenner M, Clayton JL, Tillou A, Hiatt JR, Cryer HG: Risk factors for recurrence after repair of enterocutaneous fistula. *Arch Surg.* 2009 Jun;144(6):500-5.
- Martinez JL, Luque-de-Leon E, Mier J, Blanco-Benavides R, Robledo F.: Systematic management of postoperative enterocutaneous fistulas: factors related to outcomes. *World J Surg.* 2008 Mar;32(3):436-43; discussion 444.
- Evenson AR, Fischer JE: Current management of enterocutaneous fistula. *J Gastrointest Surg.* 2006 Mar;10(3):455-64.