

## 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](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 \* Bundesverband Medizintechnologie e.V.  
Offizielles Kürzel der Organisation \* BVMED  
Internetadresse der Organisation \* www.bvmed.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr  
Name \* Winkler  
Vorname \* Olaf  
Straße \* Reinhardstr. 29b  
PLZ \* D - 10117  
Ort \* Berlin  
E-Mail \* winkler@bvmed.de  
Telefon \* 030 246255-26

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

Organisation \* FEG Textiltechnik mbH  
Offizielles Kürzel der Organisation \* FEG Textiltechnik  
Internetadresse der Organisation \* www.dyna-mesh.com  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dipl.Ing.  
Name \* Schneemelcher  
Vorname \* Stefan  
Straße \* Jülicher Str. 338a  
PLZ \* 52070  
Ort \* Aachen  
E-Mail \* schneeme@feg-textiltechnik.de  
Telefon \* 0241 18923740

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

Deutsche Hernien Gesellschaft e.V.  
c/o Chirurgische Klinik und Poliklinik  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen

Ansprechpartner:  
OA PD Dr. med. Joachim Conze

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) \*

Prävention parastomaler Hernien

## 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 Rektumexstirpation unter Anlage eines endständigen Descendostomas stellt das Routineverfahren für tiefe, den Sphinkter beteiligende primäre Rektumkarzinom oder Rektumkarzinomrezidive dar. 30-60% dieser Patienten mit einem dauerhaften Stoma entwickeln postoperativ eine parastomale Hernie, welche durch eine offene oder laparoskopische Netztechnik versorgt werden muss. Durch die extra/intraperitoneale Platzierung einer Kunststoffprothese, die im Rahmen der Initialoperation eingebracht wird, wird die Parastomalhernie verhindert. Ein OPS-Kode für den präventiven Eingriff existiert nicht. Grundsätzlich sind alle Prozeduren betroffen, die die Anlage eines endständigen Enterostomas beinhalten, dahingehend zu erweitern, dass eine Differenzierung zwischen

- ohne alloplastisches Material und
- mit alloplastischen Material

möglich ist.

Es wird deshalb beantragt, die OPS-Kodes

- 5-455.xx.2 Partielle Resektion des Dickdarms - Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
- 5-455.xx.6 Partielle Resektion des Dickdarms - Laparoskopisch mit Enterostoma
- 5-456.xx.0 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie - Offen chirurgisch mit Ileostoma
- 5-456.xx.7 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie - Laparoskopisch mit Ileostoma
- 5-458.xx.2 Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen - Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
- 5-461.xx Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbstständiger Eingriff
- 5-463.xx Anlegen anderer Enterostomata
- 5-464 Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma
- 5-464.2 Neueinpflanzung
- 5-464.5 Korrektur einer parastomalen Hernie
- 5-485.01 Rektumresektion offen chirurgisch
- 5-485.02 Rektumresektion kombiniert offen chirurgisch-laparoskopisch
- 5-485.0x Rektumresektion sonstige
- 5-485.1 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung:abdominoperineal mit Entfernung von Nachbarorganen

durch eine entsprechende Ausdifferenzierung zu erweitern. Weiterhin wird beantragt auch die

- 5-565 Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)
- 5-565.0\*\*.0 bzw. 1 Ureteroileokutaneostomie [Ileum-Conduit] (0- Offen chirurgisch/ 1- laparoskopisch)
- 5-565.1\*\*.0 bzw. 1 Ureterokolokutaneostomie [Kolon-/Sigma-Conduit] (0-Offen chirurgisch/ 1 - laparoskopisch)

durch eine o.g. Ausdifferenzierung entsprechend zu unterteilen.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Pro Jahr treten in Deutschland ca 100.000 Neuerkrankungen von kolorektalen Karzinomen auf. In 5- 10% muss exstirpiert werden, so dass ein bleibender Anus praeter gelegt werden muss. 30-60% dieser Patienten mit einem dauerhaften Stoma entwickeln eine parastomale Hernie, die nach dem Stand der Technik mit einem Netzimplantat in offener oder zunehmend laparoskopischer Technik versorgt werden muss. Mehrere internationale Studien belegen, dass die Parastomal-Hernie durch den präventiven Einsatz von Netzprothesen bereits bei der Initialoperation vermieden werden kann. Diese präventive Massnahme lässt sich im bekannten OPS Kode nicht darstellen. Eine Berücksichtigung dieser wirkungsvollen Prävention ist bei den gegebenen OPS- Codes nicht möglich, so dass auch eine entsprechende Kostenbetrachtung im DRG System nicht stattfindet. Vielmehr wird durch eine zusätzliche Operation das Kostensystem unnötig belastet.

Literaturverzeichnis:

Israelsson, Leif A.: Preventing and Treating Parastomal Hernie; World J.Surgery.29,1086-1089(2005)

Gögenur, I. et al.: Prevention of Parastomal Hernie by Placement of a Polypropylenen Mesh at the Primary Operation; Dis Colon Rectum 2006;49;1131-1135

Berger, D.: Prevention of parastomal hernias by prophylactic use of a specially designed intraperitoneal onlay mesh; Hernia: Volume 12 - Number 3 - June 2008

Berger, D., Bientzle, M.: Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair; Hernia: Nov 2008

Rosch R, Conze J, Junge K, Neumann U 2010 Conventional reparation of parastomal hernia. Chirurg 81:982-987

Berger, D.: Laparoskopische Reparation der parastomalen Hernie; Chirurg 2010 81:988-922

Janson AR, Janes A, Israelsson LA 2010 Laparoscopic stoma formation with a prophylactic prosthetic mesh. Hernia 14:495-498

Janes A, Cengiz Y, Israelsson LA 2010 Experiences with a prophylactic mesh in 93 consecutive ostomies. World J Surg 34:1637-1640

Wijeyekoon SP, Gurusamy K, El Gendy K, Chan CL 2010 Prevention of Parastomal Herniation with Biologic/Composite Prosthetic Mesh: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. J Am Coll Surg 211:637-645

Tam KW, Wei PL, Kuo LJ, Wu CH 2010 Systematic review of the use of a mesh to prevent parastomal hernia. World J Surg 34:2723-2729

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

Ohne die Berücksichtigung eines präventiven Einsatzes einer Kunststoffprothese zur Vermeidung von parastomalen Hernien im DRG wird das Entgeltsystem durch die Kosten einer ganzen zusätzlichen Operation belastet.

Der Vorschlag stellt eine Möglichkeit dar, die Kosten für Entgeltsystem erheblich zu reduzieren.

### c. Verbreitung des Verfahrens

Standard       Etabliert       In der Evaluation

- Experimentell  Unbekannt

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

Durch die zusätzliche Einbringung eines Netzimplantates zur Vermeidung einer parastomalen Hernie während der initialen OP entstehen schätzungsweise Kosten in Höhe von 2.600€, hiervon ca: 800€ für das Implantat und entsprechende Hilfsmittel wie Nahtmaterial und Befestigungsmaterial. Der zusätzliche Aufwand an OP Ressourcen muss ermittelt werden.

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

Nach einer Studie der Deutschen ILCO - Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs - beträgt die Anzahl der Stomaneuanlagen in Deutschland ca. 5000 pro Jahr.

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

Die bisherige Reparatur einer parastomalen Hernie wird nach DRG je nach Technik und Aufwand mit 6.300 - 6.800€ pro Patient vergütet. Hierbei sind die DRG's : G08B , N18.83 und E11.91 zugrunde gelegt worden. Würden durch die präventive Erweiterung der Stoma- OP ca 50 - 90% dieser Op' s entfallen, so könnte das Kostensystem auch bei Berücksichtigung der Mehrkosten in der Initial-OP und einer sehr konservativen Schätzung um erheblich mehr als 6.000.000€ pro Jahr entlastet werden.

**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.)**

- entfällt

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

- keine