

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-komplexbefruehrea-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 * Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * BVmed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardtstrasse 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * 030-24625526

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Vivantes Klinikum Spandau
Offizielles Kürzel der Organisation * KSP
Internetadresse der Organisation * <http://www.vivantes.de/ksp/>
Anrede (inkl. Titel) * Herr Prof. Dr.
Name * Köckerling
Vorname * Ferdinand
Straße * Neue Bergstrasse 6
PLZ * 13585
Ort * Berlin
E-Mail * ferdinand.koeckerling@vivantes.de
Telefon * 030-130132150

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

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)

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) *

Aufnahme Hinweistext zum verwendeten Material bei korrektur 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)

Bisherige OPS Code:

5-464

Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma

Hinw.:Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:Kode Titel

0 Duodenum

1 Jejunum

2 Ileum

3 Kolon

x Sonstige

.0** Plastische Erweiterung

.1** Plastische Einengung

.2** Neueinpflanzung

.3** Abtragung des vorverlagerten Teiles

.4** Umwandlung in ein kontinentes Stoma (z. B. Kock-Pouch)

.5** Korrektur einer parastomalen Hernie

.x** Sonstige

.y N.n.bez.

Änderungsvorschlag:

5-464

Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma

Hinw.:Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:Kode Titel

0 Duodenum

1 Jejunum

2 Ileum

3 Kolon

x Sonstige

.0** Plastische Erweiterung

- .1** Plastische Einengung
- .2** Neueinpflanzung
- .3** Abtragung des vorverlagerten Teiles
- .4** Umwandlung in ein kontinentes Stoma (z. B. Kock-Pouch)
- .5** Korrektur einer parastomalen Hernie

Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932)

- .x** Sonstige
- .y N.n.bez.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die historische Inzidenz für chronische Schmerzen nach Verschluss von Hernien mit alloplastischem Material führt bei 6-14% der Fälle einer offenen oder laparoskopischen rezidiv Operation. Neue Verfahren wie TAPP, TEP oder Lichtenstein führen zu einer Verminderung dieser chronischen Schmerzen auf 3,3-4,2% bzw. 9,7-11,2% (1;2). Als eine Ursache für die Schmerzen werden immunologische Reaktionen durch die alloplastischen Materialien ebenso wie die Schrumpfungseigenschaften dieser gesehen. Das Schrumpfen bewirkt seinerseits eine chronische Entzündungsreaktion und Faltung des Materials mit der daraus verminderten Abdeckung der Fläche durch das Implantat.

Titanisierte alloplastische Materialien haben in ihren histopathologischen, immunhistochemischen und molekularbiologischen Untersuchungen eine verminderte Entzündungsreaktion nachgewiesen (3-5). Auch die Schrumpfungstendenz zeigte sich im Vergleich zu herkömmlichen Materialien geringer, verbunden mit der geringsten chronischen Entzündungsaktivität. Die bisherigen klinischen Ergebnisse titanisierter alloplastischer Materialien bestätigen die Verminderung der chronischen Schmerzen (3,5%) im Vergleich zu unbeschichteten Materialien sowie eine bessere Quality of Life durch titanisierte alloplastische Materialien im Vergleich zu untitanisierten, vergleichbaren Materialien (6-8).

Literatur Verzeichnis

1. Bringman, S., Ramel, S., Heikkinen, T. J., Englund, T., Westman, B., and Anderberg, B. (2003) Ann. Surg 237, 142-147
2. Kumar, S., Wilson, R. G., Nixon, S. J., and Macintyre, I. M. (2002) Br. J Surg 89, 1476-1479
3. Scheidbach, H., Tamme, C., Tannapfel, A., Lippert, A., and Köckerling, F. (2003) Biokompatibilität verschiedener Polypropylen-Netze unter Berücksichtigung der Handhabbarkeit bei der totalen extraperitonealen Patchplastik (TEP). In Köckerling, F., Bittner, R., Gasting, L., and Lippert, H., editors. Minimal Invasive Chirurgie, Science Med, Hannover
4. Scheidbach, H., Tannapfel, A., Schmidt, U., Lippert, H., and Kockerling, F. (2004) Eur Surg Res 36, 313-317
5. Scheidbach, H., Tamme, C., Tannapfel, A., Lippert, H., and Kockerling, F. (2004) Surg Endosc. 18, 211-220
6. Tamme, C., Garde, N., Klingler, A., Hampe, C., Wunder, R., and Kockerling, F. (2005) Surg Endosc. 19, 1125-1129
7. Horstmann, R., Hellwig, M., Classen, C., Rottgermann, S., and Palmes, D. (2006) World J Surg 30, 1742-1749
8. Schardey, H. M., Schopf, S., Rudert, W., Knappich, P., and Hernandez-Richter, T. (2004)

Zentralbl. Chir 129, 363-368

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

Durch die entstehenden Zusatzkosten beim Einsatz von titanbeschichtetem alloplastischen Material ist die Operation nicht voll kostendeckend im DRG System abgebildet.

Es wurden bereits 2008 für 2009 mehrere ähnliche OPS Anträge gestellt und in den Katalog aufgenommen, um eine möglichst genaue Verschlüsselung der Operationen zu gewährleisten. Dieses sollte fortgeführt werden um auch hier den medizinischen Fortschritt im System abbildbar zu machen. Durch den Verweis auf den Zusatzcode, für die Art des verwendeten Materials, bleibt die Systematik des Katalogs beibehalten.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

ca. 3500€ (Implantatkosten 600€)

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

800 - 1000 Fälle/Jahr

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

Durch die entstehenden Zusatzkosten beim Einsatz von titanbeschichtetem alloplastischen Material ist die Operation nicht kostendeckend im DRG abgebildet.

Mehrkosten von 600€ (für titanisiertes Material).

Die bisherigen OPS laufen überwiegend in die DRGs G21A und G21B. Die Gesamtkosten und Sachkosten Implantate Transplantate wurden dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 entnommen. Die beiden DRGs sind mit 3044€ bzw. 2447€

kalkuliert. Der Anteil für Implantate beläuft sich auf jeweils unter 20€.

- 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.)

na

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

OP Beschreibung:

Die Komplikation einer parastomalen Hernie wird zunehmend häufiger gesehen. Aufgrund der zunehmenden Übergewichtsentwicklung und Altersentwicklung mit Schwächung des Bindegewebes entstehen nach Anlage von Stomata in einem hohen Prozentsatz parastomale Hernien. Dabei wird die Inzision in den Bauchwandschichten, die für die Anlage des Stomas durchgeführt wird, durch den intraabdominellen Druck aufgeweitet. Somit entsteht um den ausgeleiteten Darm herum eine Lücke in der Bauchwand. In diese Lücke in der Bauchwand verlagern sich häufig Anteile des großen Netzes und des Dünndarms. Dementsprechend gibt es auch inkarzerierte parastomale Hernien.

Parastomale Hernien stellen eine ideale Indikation für das laparoskopische Vorgehen dar, da man außerhalb des geöffneten Darmes arbeitet. Dazu werden weit entfernt von dem Stoma drei Trokare in das Abdomen eingebracht, und zwar ein 10 mm Trokar für die Optik, und ein 10 mm und ein 5 mm Trokar für Arbeitsinstrumente. Die Trokare beschreiben einen Halbkreis mit Öffnung auf das Stoma.

Es beginnt dann die Präparation. Dabei werden mit den Arbeitsinstrumenten unter Zuhilfenahme von Strom bzw. Ultraschall die in der Lücke um das Stoma herum angehefteten Anteile des großen Netzes bzw. des Dünndarmes aus der Lücke herauspräpariert. Der Situs zeigt sich dann so, dass der Darm, der den künstlichen Ausgang bildet, in die Lücke in der Bauchwand hineinzieht. Je nach Größe der Lücke gibt es jetzt unterschiedliche Vorgehensweisen. Ist die Lücke um den Darm herum nicht so groß, wird das TiLINE Guard über den 10 mm Arbeitstrokar in das Abdomen eingebracht, um den Darm herum gelegt und über der Lücke ausgebreitet. Dabei sollte das Netz allseitig 5 cm über den Bruchrand hinausragen. Anschließend wird das Netz in dieser Position mit Tackern oder Nähten fest an die Bauchwand verankert. Somit ist der Darm allseitig von Netz umgeben und die Lücke mit dem Netz verschlossen. Ist die Lücke um den Darm herum jedoch zu groß, ist eine allseitige Überlappung des Netzes von mindestens 5 cm nicht mehr gewährleistet. In diesen Fällen wird die Lücke um den Darm herum zunächst mit einer kräftigen fortlaufenden Naht eingeengt und damit eine Reduktion der Defektgröße erreicht. Anschließend wird auch in diesem Fall das Netz um den Darm herumgelegt und auf die einengende Naht positioniert. Auch in diesem Fall erfolgt die Fixierung des Netzes an die Bauchwand mit Tackern oder Nähten.