

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 *	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie in der DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Offizielles Kürzel der Organisation *	AGE
Internetadresse der Organisation *	www.ag-endoskopie.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. Dr. h.c.
Name *	Tinneberg
Vorname *	Hans-Rudolf
Straße *	Baumfalkenweg 4
PLZ *	22397
Ort *	Hamburg
E-Mail *	geschaeftsstelle@ag-endoskopie.de
Telefon *	040 - 69 46 40 79

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)

- 1) (AGE) Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie in der DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Prof. Tinneberg - Vorsitzender
- 2) (BAO) Bundesverband für ambulantes Operieren - Dr. med. Axel Rainer Neumann - Präsident

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) *

OPS Differenzierung zur Adhäsionsprophylaxe im Bauch- und Beckenraum

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)

Zielsetzung des OPS Antrags

1. Differenzierung des existierenden OPS Schlüssels --> Ziel: Differenzierte Abbildung der verschiedenen Verfahren
2. Aufnahme von Hinweistexten zur Kodierung dieses Kodes --> Steigerung der Handhabbarkeit der Groupierung für den Anwender

Lösungsvorschlag

1. Differenzierung des existierenden OPS Schlüssels

Zur differenzierten Abbildung der Verfahren schlagen wir als Anpassung des bestehenden OPS Codes (5-933) folgende Klassifikation vor:

5-933. Adhäsionsprophylaxe

- .0 mittels Gel
- .1 mittels Flüssigkeit
- .2 mittels biologischer oder Kunststoffmembran
- .3 Sonstige

2. Aufnahme von Hinweistexten zur Kodierung dieses Zusatzkodes

Obwohl der Code bereits 2009 eingeführt wurde, wird dieser in der Praxis nicht ausreichend angewendet. Daher schlagen wir die Aufnahme eines Hinweistextes vor. Dieser sollte bei folgenden OPS Ziffern aufgenommen werden:

- Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (5-65...5-71)
Und/ Oder differenziert bei: Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus (5-68)
- 5-657 Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
- 5-692 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien

- Vorschlag für den Hinweistext:

Hinweis: Spezielle Anwendung von Adhäsionsprophylaxemaßnahmen müssen diese gesondert codiert werden (5-933.*)

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

1. Ausgangssituation

Als Folge von Operationen in Bauch- und Beckenraum können sich Adhäsionen bilden, die zu Schmerzen im Operationsgebiet und auch zu Folgekomplikationen wie beispielsweise Infertilität, Ileus und Darmperforation bei nachfolgenden Operationen führen können. Solche postoperativen Adhäsionen haben ihren Ursprung in der Bildung von Kontaktflächen aus fibrösem Gewebe zwischen anliegenden Geweben bzw. Organen.

Indikationsfokus stellen Patient:innen im Speziellen bei Endometriose sowie Myomen dar.

Zur Prophylaxe von postoperativen Adhäsionen existieren verschiedene Möglichkeiten. Eine interessante Methode ist die Anwendung von Gelen, welche als Barriere zwischen den angrenzenden Geweben bzw. Organen fungieren. Durch diese Verwendung kann die Bildung von Adhäsionen signifikant reduziert werden, welches mehrere Studien bereits belegen konnten (vgl. u.a. Metwally M, Watson A, Lilford R, Vendekerckhove P. Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2): CD001298.).

Da die Inzidenz post-operativer Adhäsionen, aber gerade nach gynäkologischen Eingriffen besonders hoch ist, besitzt das Verfahren zur Adhäsionsprophylaxe im Besonderen nach gynäkologischen Eingriffen Relevanz. So treten bei 60-90% der gynäkologischen Patientinnen nach konventionellen Eingriffen Adhäsionen auf (vgl. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. Am J Obstet Gynecol 1994 May; 170(5 Pt 1):1396-403). Mit Hilfe der Adhäsionsprophylaxe können bei einer operativer Hysteroskopie 45%, bei einer laparoskopischen Myomektomie sogar 54% der anschließenden Verwachsungen vermieden werden (Literatur derzeit im Peer Review, diese kann zum Ende des Jahres nachgereicht werden).

Eine hohe Relevanz besitzt die Adhäsionsprophylaxe nach gynäkologischen Endometrioseoperationen, weil hierbei regelmäßig Teile des Peritoneums entfernt werden müssen. Wenn diese Defekte mit einer Adhäsionsbarriere gedeckt werden, könnten nachfolgende Adhäsionen und Schmerzen vermindert, sowie Schwangerschaftsraten verbessert werden. (Marcoux S, Maheux R, Bérubé S (1997) Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med 337(4):217–222; DeWilde RL, Trew G, on behalf of the Expert Adhesions Working Party of the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery. Expert consensus position. Gynecological Surgery. 2007;4:161–168; Hackethal A, et al. Awareness and perception of intra-abdominal adhesions and related consequences: Survey of gynaecologists in German hospitals; Eur J Obstet Gynecol (2010))

2. Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)?

Grundsätzlich ist die Methode bei allen operativen Eingriffen (offen wie auch minimalinvasiv) im Bauch- und Beckenraum angezeigt, da sich nach jedem operativen Eingriff Adhäsionen bilden können. Indikationsfokus stellen Patient:innen im Speziellen bei Endometriose sowie Myomen dar. Somit fokussiert die Therapie sowohl Patienten mit primären Eingriffen als auch bei sekundären (bestehende symptomatische Adhäsionen). Eine Fallzahlaberschätzung der sekundären Intervention wird mit 153.000 Patienten (Datenbasis 2008) angenommen.

3. Welche bestehende Methode gibt es?

Derzeit gibt es verschiedene Adhäsionsbarrieren auf dem Markt. Diese unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Applikationsmethode (z.B. Gele, visköse Flüssigkeiten oder bioresorbierbare Membrane), der zeitlichen Dauer der Applikation sowie in Preis und Wirksamkeit.

- Gel: Das farblose und hochvisköse Gel basiert auf ACP (sich selbst-selbstvernetzende Polysaccharid), das durch Kondensation von Hyaluronsäure gebildet wird, einem Hauptbestandteil des Bindegewebes, Epithels und Mesothels. Das Gel wird intraoperativ auf die Wundfläche bzw. die potentielle Adhäsionsstelle aufgetragen. Im Ergebnis entsteht eine physikalische Adhäsionssperre, die das angrenzende Gewebe während der postoperativen Heilungsphase physikalisch von der Wundfläche trennt. Das Produkt hat die Eigenschaft für einen Zeitraum von sieben Tagen das

Risiko der Adhäsionsentstehung zu vermindern. In den darauffolgenden Tagen ist eine vollständige Resorption eingetreten. (siehe. http://www.verwachsungs-info.de/med_fachkreise/hyalobarrier_gel/darreichungsform_packungen.htm).

- Weitere Produkte können als Flüssigkeit aufgetragen, gesprüht oder als Membran eingefügt werden.
- Darüber hinaus finden in der Literatur auch medikamentöse Therapien (z.B. anti-inflammatorische Pharmaka, Antihistaminika, GnRH-Antagonisten, fibrinolytische Medikamente und Antikoagulantien) bei der Behandlung von Adhäsionen Erwähnung. Allerdings zeigte Metwally et al., dass sich pharmakologische Therapien nicht zur Prävention von Adhäsionen bei gynäkologischen Eingriffen eignen (vgl. Metwally M, Watson A, Lilford R, Vendekerckhove P. Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2): CD001298.).

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

- 1) Der bestehende OPS Kode ist nicht hinreichend differenziert um die verschiedenen Verfahren aus Kostensicht adäquat abzubilden.
- 2) Es fehlen Hinweistexte um die Anwender der Kodierung auf diese Kodierungsnotwendigkeit hinzuweisen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Preise unterscheiden sich je Produkt, daher wurde eine Differenzierung des bestehenden OPS Kodes vorgeschlagen. Die Kosten finden sich je Produkt in folgenden Preisspannen

- 1) Sachkosten: zwischen 70-450€ und steigern sich im Falle einer größeren Applikationsfläche
- 2) Personalkosten: Verlängerte OP Zeiten durch die Anwendung der Adhäsiosprophylaxe.
Geschätzt: 3-20min

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

Eine Fallzahlabeschätzung der sekundären Intervention wird mit 153.000 Patienten (Datenbasis 2008) angenommen. Daher muss für die primäre Prävention mit deutlich höheren Fallzahlen gerechnet werden bzgl. der genauen Patientenzahl die mit Adhäsionsprophylaxemaßnahmen behandelt wurden stehen dem Antragsteller keine validen Daten zur Verfügung.

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

siehe d.

- 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.)

Zum aktuellen Stand ist keine direkte Relevanz ersichtlich, jedoch für die Weiterentwicklung der vormaligen BQS Module durchaus denkbar. Adhäsionsprophylaxen sind daher vorstellbar für das Modul der SQG (sektorübergreifende Qualität im Gesundheitswesen)

- SQG Gynäkologische Operationen

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

Ein entsprechender Antrag an das INEK zur Gruppierungssystematik wird parallel gestellt.