

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/unseres 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 Klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation * www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *
Name * Ehlebracht
Vorname * Michael
Straße * Krähenweg 30
PLZ * 22459
Ort * Hamburg
E-Mail * info@dgkkev.de
Telefon * +49 (0) 40-555659-20

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)

Der Vorschlag wird derzeit mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie in einer konstruktiven Diskussion abgestimmt. Eine Empfehlung von PD Dr. med. Fürst als Vorstandsmitglied der Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) liegt vor.

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) *

Kompressionsanastomose mit Ringkomplex für die Anwendung am Kolon und Rektum

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)

Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen

- 5-98c Anwendung eines Klammernahtgerätes
Exkl.: Wundverschluss an Haut und Unterhaut Klammernahtverschluss von Blutgefäßen
- 5-98c.0 Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt
- 5-98c.1 Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt
- 5-98c.2 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt
- 5-98c.3 Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung bei Gefäßanastomosen
- 5-98c.x Sonstige
- 5-98c.y N.n.bez.

N E U

- 5-98d Anwendung eines Ringeskomplexes zur fremdkörperfreien Kompressionsanastomose
- 5-98d.0 Offen chirurgisch am Kolon und Rektum
- 5-98d.1 Laparoskopisch am Kolon und Rektum
- 5-98d.x Sonstige
- 5-98d.y N.n. bez.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Besonders in den vergangenen Jahren hat die Kolorektalchirurgie mit der Entwicklung neuer Methoden und Instrumente an Bedeutung gewonnen. In Deutschland wurden im Jahr 2009 zum Beispiel knapp 93.000 partielle Resektionen des Dickdarmes durchgeführt (1).

Die Anastomoseninsuffizienz ist eine der schwerwiegendsten Komplikationen mit hoher Morbidität, hoher Letalität, hohen Kosten, schlechter Funktionsfähigkeit und erhöhter Rezidivrate (2, 3).

Der Erfolg einer Darmanastomose ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. So kommt es neben der korrekten Diagnosestellung und der präoperativen Vorbereitung besonders auf die Wahl eines optimalen Zuganges für den geplanten Eingriff sowie die Resektion, welche für die Durchführung der Anastomose selbst die günstigsten Vorbedingungen schaffen muss, an (4).

Der aktuelle Versorgungsstandard sieht derzeit bestimmte Naht- und Klammertechniken zur Anastomoseerstellung vor. Während diese Verfahren bereits in vielen klinischen Studien evaluiert wurden, zeigen sich Vor- und Nachteile dieser Methoden besonders in der technischen Handhabung sowie in dem Auftreten von Anastomosenstenosen und Anastomoseblutungen (5).

Wie schon im Jahr 1899 durch Untersuchungen von Chlumsky festgestellt wurde, ist bis zur Anastomoseheilung eine Haltefunktion der Nahtmaterialien von weniger als zwei Wochen ausreichend (6). Daher sollte in der gastrointestinalen Chirurgie der Gebrauch von kurzfristig resorbierbaren Materialien zur Fixierung der Anastomose fokussiert werden.

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde der Ring zur fremdkörperfreien Kompressionsanastomose als neue Methode zur Behandlung von Anastomosen entwickelt.

Dieser Ring besteht aus zwei Teilen, die nach Einsatz an den Darmenden über Blattfedern einen kontinuierlichen Druck ausüben. Während des Heilungsprozesse wird das im Ring befindliche Gewebe nekrotisch. An der Ringaußenseite bildet sich neues Gewebe, welches die beiden Lumen miteinander verbindet.

Im Gegensatz zur konventionellen Klammernahttechnik muss die Andruckplatte nicht durch die Anastomose geführt werden, da man sich bereits nach Auslösen des Instruments hinter der Anastomose befindet.

Diese Methode kann überall im Kolon und Rektum zur Erstellung von End-zu-End-, End-zu-Seit- oder Seit-zu-Seit-Anastomosen, sowohl bei offenen als auch bei laparoskopischen chirurgischen Eingriffen eingesetzt werden. Dabei wird das Gewebe aneinander gebracht (Kompression) und die natürliche Heilung des Kolons kann sofort einsetzen. Das Instrument ermöglicht die Platzierung eines Ringkomplexes, welcher den Vorteil hat, dass die Anastomose nach dem Prinzip der nahtlosen Kompressionsanastomose ohne Hinterlassung von Fremdmaterial im Gewebe abheilen kann und dass er durch Fragmentierung vollständig mit den Faces ausgeschieden wird, wodurch eine rückstandsfreie Anastomose entsteht.

Seit dem Jahr 2011 ist es möglich über spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen den Einsatz eines Klammernahtgerätes durch den spezifischen Zusatzcode 5-98c im DRG-System abzubilden.

Die sich erheblich von dieser Methode differenzierende Kompressionsanastomose mit einem Ringkomplex ist jedoch bislang nicht durch einen OP-Kode korrekt zu verschlüsseln und somit im DRG-System abzubilden.

Um retrospektiv die Anastomosemethode abbilden, Anastomosekomplikationen analysieren und aus diesen Ergebnissen Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Therapie ableiten zu können, ist die Definition eines spezifischen OP-Kodes für die fremdkörperfreie Kompressionsanastomose mit einem Ringkomplex für die Anwendung am Kolon und Rektum unerlässlich.

1. Statistisches Bundesamt 2010
2. Eberhardt JM, et al. Dis Colon Rectum 2009; 52 (3):380

3. Law WL, et al. J Gastrointest Surg 2007; 11 (1):8
4. B. Herzog. Zur Nahttechnik der Darmanastomose. Langenbecks Arch. Chir. 344 1-5 (1977)
5. Pascal Höpfl 2001: Prospektive kontrollierte Untersuchung zum Biofragmentierbaren anastomosering im extraperitonealen Rektum im Vergleich zur Handnaht und Klammeranastomose. <http://www.opus-bayern.de/uni-wuerzburg/volltexte/2002/101/pdf/hoepfl.pdf>
6. Chlumsky V (1899) Experimentelle Untersuchungen über die verschiedenen Methoden der Darmvereinigung. Beitr Klin Chir 25:539-600

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

Dieser Vorschlag ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme von besonderer Relevanz, da die fremdkörperfreie Kompressionsanastomose mit Ringkomplex für die Anwendung am Kolon und Rektum eine spezielle Behandlungsmethode zur Therapie von Anastomosen darstellt und über einen spezifischen OP-Code zukünftig richtig im deutschen Entgeltsystem abbildbar ist.

Die Effizienz und Effektivität der Methode sowie mögliche Anastomoseprobleme können mit einem neuen Code retrospektiv in den kommenden Jahren analysiert werden und ökonomisch besser bewertet werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Der operative und ökonomische Aufwand des Verfahrens ist vergleichbar mit der Anwendung eines zirkulären Klammernahtgerätes.

Die Kosten für den Ringkomplex belaufen sich auf ca. 400 EUR (inkl. 7% MwSt.).

Unterschiede bestehen also nicht in den Kosten. Die Anwendung ist jedoch sehr unterschiedlich. Gegebenenfalls bestehen Differenzen bei nachfolgenden Kosten z.B. Aufgrund von Unterschieden bei der Inzidenz von Nahtanastomosen.

Mit einer eindeutigen Identifizierung durch einen spezifischen OP-Schlüssel, können zukünftig alle Kostenunterschiede durch das InEk oder die Krankenkassen identifiziert werden.

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

Die Zahl der jährlichen Darmkrebs-Neuerkrankungen in Deutschland liegt schätzungsweise bei den Männern bei ca. 39.000 und bei den Frauen bei ca. 33.000 Fällen.

Tumore im Dünndarm sind außerordentlich selten, während Tumoren des Dickdarms und des Mastdarms/Enddarms zu den häufigeren Formen von Darmkrebs zählen.

In Deutschland werden jährlich mehr als 100.000 Darmresektionen durchgeführt, bei denen der größte Teil mit einer Anastomose versorgt wird.

Seit dem Jahr 2011 gibt es die Möglichkeit die Anwendung eines Klammernahtgerätes mit dem Kode 5-98c zu verschlüsseln. Statistische Daten liegen hierfür noch nicht vor.

Im Jahr 2010 wurde die fremdkörperfreie Kompressionsanastomose mit einem Ringkomplex in Deutschland ca. 1.000 mal durchgeführt.

Es ist zu erwarten, dass die Versorgung mit einer Kompressionsanastomose mit Ringkomplex für die Anwendung am Kolon und Rektum eine große Teilmenge der Fälle erreichen wird, die jedoch nur retrospektiv erfasst werden kann, wenn es zukünftig möglich ist, dieses Verfahren durch einen spezifischen OP-Kode abzubilden.

Die Häufigkeit der Anwendung für das Jahr 2011 wird auf 2.000 - 2.500 Fälle geschätzt.

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

Kostenanalysen zum Vergleich zwischen der Anwendung eines Klammernahtgerätes und der einer Kompressionsanastomose existieren bislang nicht.

Zudem werden die Klammernahtgeräte erst seit dem Jahr 2011 durch einen Zusatzkode abgebildet.

Laut den Angaben unterschiedlicher Hersteller kann davon ausgegangen werden, dass nur geringe Kostenunterschiede zwischen den Methoden zur Anastomose bestehen.

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)