

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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 *	Medizinischer Dienst der Krankenkassen Sachsen-Anhalt
Offizielles Kürzel der Organisation *	MDK
Internetadresse der Organisation *	www.mdk-sachsen-anhalt.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Primus
Vorname *	Heiko
Straße *	Schleiufer 18
PLZ *	39104
Ort *	Magdeburg
E-Mail *	heiko.primus@mdk-san.de
Telefon *	03915953156

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)

mit Herrn Prof. Volkmer, Deutsche Gesellschaft für Urologie

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) *

Ergänzung eines Hinweises / Exklusivums unter OPS 5-586.0 u. 8-139.0

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)

5-586 Operative Dilatation der Urethra
Hinw.: als selbstständiger Eingriff zystoskopisch und unter Durchleuchtung
Exkl.: therapeutische Bougierung der Urethra (8-139.0)

8-139.0 therapeutische Bougierung der Urethra
Exkl.: operative Bougierung der Urethra (5-586.0)

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

Sichtweise der urologischen Fachgutachter sämtlicher Medizinischer Dienste:

Eine Harnröhrenbougie mit Kathetern oder Bougie a Boule oder Hegarstiften wird nur noch sehr selten angewendet bei relativen Harnröhren- und / oder Meatusstenosen, vielmehr dienen sie als Kalibrierungen der Harnröhre und / oder des Meatus in der Diagnostik bei Verdacht auf Engen. Diese Kalibrierungen und Bougierungen können nur medizinisch und sachlich korrekt als andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra im therapeutischen Sinne verstanden werden. Damit ist eine ausschließliche Kodierung mit dem OPS 8-139.0 korrekt. Eine operative Bougierung ist in diesem Zusammenhang medizinisch und sachlich nicht plausibel. Operative Dilatationen / Bougierungen der Harnröhre werden bereits regelhaft bei anderen Prozeduren mit abgebildet, bspw. Zystoskopien, transurethralen Resektionen von Blasenschleimhaut / Prostata, endoskopischen Schlitzungen der Harnröhre / des Meatus und offen chirurgischen Korrekturen einer Meatus- und / oder Harnröhrenenge bei plastischen / rekonstruktiven Eingriffen (nicht abschließende Beispiele). Nach der DKR P001f und P003d ist eine zusätzliche operative Bougierung im Sinne von 5-586.0 bei diesen aufgeführten Eingriffen nicht zulässig.

Prof. Volkmer, Direktor der Klinik für Urologie im Klinikum Kassel und Mitglied der deutschen Gesellschaft für Urologie:

"Wir haben manchmal folgende Situation:

Es stellt sich ein Patient mit einer hochgradigen punktförmigen Harnröhrenstriktur und Harnverhalt vor, der entweder nicht narkosefähig ist, abdominell voroperiert ist oder Antikoagulanzen einnimmt. Was machen Sie jetzt mit so einem Patienten? Sie müssen irgendwie einen Katheter einlegen, dürfen aber keine suprapubische Punktion vornehmen und dürfen auch in der Harnröhre nichts traumatisieren, das dann zu einer Blutung führen würde.

Unter diesen Umständen bleibt Ihnen als einzige Option die vorsichtige operative Bougierung. D.h. sie legen zunächst zystoskopisch und unter Durchleuchtung einen Draht durch die Engstelle vor und bougieren dann unter Durchleuchtung mit Harnleiter(!)-Bougies die Harnröhre sehr vorsichtig und mit großem Aufwand so weit auf, dass Sie dann anschließend über den liegenden Draht einen relativ dünnen, zentral offenen Katheter einlegen können. Dieser Eingriff ist natürlich nicht die definitive Therapie, überbrückt aber die Zeit, bis z.B. die Gerinnung wieder normalisiert worden ist, damit dann der eigentliche operative Eingriff erfolgen kann. Ein solcher Eingriff erfolgt meist ohne Narkose, dauert aber etwa eine Stunde und ist von den Materialkosten und dem technischen und personellen Aufwand her sehr kostenintensiv. So sind die Harnleiterbougies z.B. teures Einmalmaterial (Fa. Rüschi).

Ich selbst habe mindestens 3-4 derartige Fälle im Jahr und wüsste nicht, wie ich sie sonst kodieren sollte.

Vielleicht wäre es einfach nur sinnvoll, bei der Bougierung den Zusatz "unter Durchleuchtung" zu fordern. Damit fallen alle Fälle mit einfacher Zystoskopie oder mit der einfachen Anlage eines Katheters, die als Bougierung deklariert wird, weg. Auf jeden Fall stellt diese Situation für mich die "operative Bougierung der Harnröhre dar".

Auf der anderen Seite sehe ich immer wieder (meist alte) Patienten mit einer rezidivierenden Harnröhrenstriktur, die einen operativen Eingriff ablehnen und stattdessen alle 3-4 Wochen zur "einfachen" therapeutischen Bougierung der Harnröhre kommen, indem ihnen ein 20 Charr Einmalkatheter für 15 min eingelegt wird. Danach haben die Patienten wieder für einige Zeit Ruhe. Ob es irgendeinen Sinn macht, für diese Maßnahme überhaupt einen Code zu haben, sei dahingestellt, aber es wird immer jemanden geben, der eine solche Bougierung ansonsten mit dem Code für die operative Bougierung kodieren wird.

Unter diesen Umständen plädiere ich für die Beibehaltung beider Codes. Ich bin strikt gegen den Mißbrauch der Bougierung, die in Wirklichkeit überhaupt keine ist, z.B. im Rahmen einer TUR oder Zystoskopie (das klassische Einführen eines Hegarstifts in die Harnröhre - egal wie weit sie ist - oder auch die Urethrotomia interna n. Otis, ob notwendig oder nicht) nur um diese Leistung abzurechnen. Aber diese Fälle wären nur dadurch zu lösen, wenn es hieße, dass im OPS-Code für alle transurethralen Eingriffe die Dehnung/Bougierung des Meatus und der Fossa navicularis eingeschlossen ist. Damit bleiben die Strikturen der penilen oder bulbären Harnröhre weiterhin kodierbar, aber der Missbrauch an der distalen Harnröhre fällt weg."

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

2012: HD N35.0 - N35.9 / N99.1 + 8-139.0 = DRG L64A, MDC 11

2012: HD N35.0 - N35.9 / N99.1 + 5-586.0 = DRG L17B, MDC 11

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

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

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

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

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

folgende Email-Korrespondenz zwischen Prof. Volkmer u. mir, Heiko Primus:

H. Primus:

"Zwecks Änderungsvorschläge habe ich mir für die Zukunft vorgenommen, nach entsprechender Konsensfindung auf MDK-Ebene, mich primär bei Ihnen zu melden, wenn Änderungen im ICD-/OPS-Verzeichnis wünschenswert sind.

Diskutiert hatten wir ja schon mal die ungenaue Differenzierung zwischen einer therapeutischen Bougierung der Urethra (8-139.0) und einer operativen Bougierung der Urethra (5-586.0). Aus gutachterlicher Sicht besteht hier ein Bedarf, die entsprechenden Exklusiva genauer zu definieren.

Zunächst waren wir urologischen MDK-Gutachter dafür, den OPS 5-586.0 gänzlich zu streichen, da unseres Erachtens die Bougierung der Urethra mit Kathetern / Bougies oder Hegar-Stiften stets therapeutischer Natur sind, auch wenn ggf. eine Narkose erfolgt. Das sehen auch die meisten Kliniker so. Die Kodierung einer Bougierung der Urethra als Schaffung eines Zugangsweges im Rahmen anderer Operationen (bspw. bei TUR-P u.s.w.) ist nach der DKR sowieso nicht vorgesehen.

Sehr wenige MDK-Urologen (1 bis 2) konnten sich eine operative Bougierung nur im Rahmen einer plastischen Harnröhrenrekonstruktion vorstellen. Dies ist jedoch auch nicht plausibel.

Auf unseren urologischen MDS-Seminar in Eisenach (vom 24.04. - 25.04.12) referierte Herr Dr. Ahyai (Uni Hamburg-Eppendorf) über plastische HR-Rekonstruktionen. Eine operative HR-Bougierung als selbstständiger Eingriff käme dabei aber nicht vor. Als einzigste OP, wenn auch sehr selten vorkommend, könnte er sich eine operative Bougierung der Urethra vorstellen, bei Dilatation der Urethra mit Kathetern aufsteigender Charrière unter gleichzeitiger zystoskopischer Kontrolle als selbstständiger Eingriff, wenn eine Urethrotomie kontraindiziert ist.

Können Sie Beispiele nennen für eine operative Bougierung der Urethra als selbstständiger Eingriff und wie könnten dann die Exklusiva genauer gefasst werden?"

Prof. Volkmer:

"Wir haben manchmal folgende Situation:

Es stellt sich ein Patient mit einer hochgradigen punktförmigen Harnröhrenstriktur und Harnverhalt vor, der entweder nicht narkosefähig ist, abdominell voroperiert ist oder Antikoagulanzen einnimmt. Was machen Sie jetzt mit so einem Patienten? Sie müssen irgendwie einen Katheter einlegen, dürfen aber keine suprapubische Punktion vornehmen und dürfen auch in der Harnröhre nichts traumatisieren, das dann zu einer Blutung führen würde.

Unter diesen Umständen bleibt Ihnen als einzige Option die vorsichtige operative Bougierung. D.h. sie legen zunächst zystoskopisch und unter Durchleuchtung einen Draht durch die Engstelle vor und bougieren dann unter Durchleuchtung mit Harnleiter(!)-Bougies die Harnröhre sehr vorsichtig und mit großem Aufwand so weit auf, dass Sie dann anschließend über den liegenden Draht einen relativ dünnen, zentral offenen Katheter einlegen können. Dieser Eingriff ist natürlich nicht die definitive Therapie, überbrückt aber die Zeit, bis z.B. die Gerinnung wieder normalisiert worden ist, damit dann der eigentliche operative Eingriff erfolgen kann. Ein solcher Eingriff erfolgt meist ohne Narkose, dauert aber etwa eine Stunde und ist von den Materialkosten und dem technischen und personellen Aufwand her sehr kostenintensiv. So sind die Harnleiterbougies z.B. teures Einmalmaterial (Fa. Rüschi).

Ich selbst habe mindestens 3-4 derartige Fälle im Jahr und wüsste nicht, wie ich sie sonst kodieren sollte.

Vielleicht wäre es einfach nur sinnvoll, bei der Bougierung den Zusatz "unter Durchleuchtung" zu fordern. Damit fallen alle Fälle mit einfacher Zystoskopie oder mit der einfachen Anlage eines Katheters, die als Bougierung deklariert wird, weg. Auf jeden Fall stellt diese Situation für mich die "operative Bougierung der Harnröhre dar".

Auf der anderen Seite sehe ich immer wieder (meist alte) Patienten mit einer rezidivierenden Harnröhrenstriktur, die einen operativen Eingriff ablehnen und stattdessen alle 3-4 Wochen zur "einfachen" therapeutischen Bougierung der Harnröhre kommen, indem ihnen ein 20 Charr Einmalkatheter für 15 min eingelegt wird. Danach haben die Patienten wieder für einige Zeit Ruhe. Ob es irgendeinen Sinn macht, für diese Maßnahme überhaupt einen Code zu haben, sei dahingestellt, aber es wird immer jemanden geben, der eine solche Bougierung ansonsten mit dem Code für die operative Bougierung kodieren wird.

Unter diesen Umständen plädiere ich für die Beibehaltung beider Codes. Ich bin strikt gegen den Mißbrauch der Bougierung, die in Wirklichkeit überhaupt keine ist, z.B. im Rahmen einer TUR oder Zystoskopie (das klassische Einführen eines Hegarstifts in die Harnröhre - egal wie weit sie ist - oder auch die Urethrotomia interna n. Otis, ob notwendig oder nicht) nur um diese Leistung abzurechnen. Aber diese Fälle wären nur dadurch zu lösen, wenn es hieße, dass im OPS-Code für alle transurethralen Eingriffe die Dehnung/Bougierung des Meatus und der Fossa navicularis eingeschlossen ist. Damit bleiben die Strikturen der penilen oder bulbären Harnröhre weiterhin kodierbar, aber der Missbrauch an der distalen Harnröhre fällt weg."

H. Primus:

"Ich habe mich sehr über Ihre Antwort gefreut und bedanke mich für die konstruktive Zusammenarbeit.

Mit Ihrem Vorschlag haben wir eigentlich schon Konsens erreicht.

Damit würden wir folgenden Vorschlag unterbreiten hinsichtlich OPS-Änderungsvorschlages an das DIMDI:

5-586 Operative Dilatation der Urethra

Hinw.: als selbstständiger Eingriff zystoskopisch und unter Durchleuchtung

Exkl.: therapeutische Bougierung der Urethra (8-139.0)

8-139.0 therapeutische Bougierung der Urethra

Exkl.: operative Bougierung der Urethra (5-586.0)

Wären Sie damit einverstanden oder haben Sie noch Änderungsvorschläge?

Bitte senden Sie mir dazu ihre Antwort als Email mit Protokoll (inklusive aller bisherigen Antworten).

Wären Sie auch damit einverstanden, dass ich im Rahmen des OPS-Änderungsvorschlages unseren Schriftverkehr weiterleite an Frau Krause

(DIMDI) und Herrn Euler (SEG 4)?

Nach meiner Erfahrung wäre diese Weiterleitung zur Erläuterung des fachspezifischen Kodierproblems sehr sinnvoll."

Prof. Volkmer:

"absolut einverstanden."