

# Änderungsvorschlag für den OPS 2017

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

## Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten

- ☒ 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.
- ☒ Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### **1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags**

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGVS
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Schepp
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Englschalkinger Str.77
PLZ *	81925
Ort *	München
E-Mail *	gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de
Telefon *	089 9270 2061

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

Organisation  
Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)  
Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)  
Anrede (inkl. Titel)  
Name  
Vorname  
Straße  
PLZ  
Ort  
E-Mail  
Telefon

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Transduodenale Pankreasdrainage und -nekrosenentfernung

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

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

**5. 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)

Neuaufnahme folgender Codes in die Kodekategorie 5-529 'Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang'

5-529.r Endoskopische transduodenale Drainage einer Pankreaszyste

5-529.r0 Ohne Einlegen eines Stents

5-529.r1 Mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents

5-529.r2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

5-529.s Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen

Inkl.: Drainage

Entfernung von retroperitonealen postpankreatitischen Nekrosen

5-529.s0 Ohne Einlegen eines Stents

5-529.s1 Mit Einlegen eines nicht selbstexpandierenden Stents

5-529.s2 Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents

Sperrung der 6. Stelle für den endoskopischen Zugangs beim Kode

5-469.g\*\* Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste

[Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2,x]

Alternativ könnte ein Kode für die endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen unter der Kodekategorie 5-469 etabliert werden. Bei Verwendung eines selbstexpandierenden Stents wäre eine gesonderte Kodierung mittels 5-469.k3 als Hinweis bei diesem neuen Kode als auch beim Kode 5-469.g\*\* aufzunehmen.

Siehe hierzu separat eingereichte Darstellung (ops2017-transduodenalepankreasdrainage-schepp-anlage.docx). Die DGVS präferiert Alternative A in Bezug auf die Umsetzung des Vorschlags, da damit die transgastrale sowie die transduodenale Durchführung von Pankreasdrainage und Pankreasnekrosenentfernung in derselben Kodekategorie abgebildet wären.

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die endoskopische transduodenale Drainage ist ein interventionell endoskopisches Verfahren zur Behandlung von Pseudozysten und Nekrosen nach akuter Pankreatitis. Im Rahmen einer Gastroduodenoskopie oder Gastroduodenoendosonographie erfolgt die Punktion der Pseudozyste mit anschließender Anlage einer Drainage mittels nicht-selbstexpandierenden Kunststoffröhrchen oder selbstexpandierenden Metallstents. Soweit es sich lediglich um eine Pseudozyste mit dünnflüssigem Inhalt handelt, die keine Nekrosenentfernung erfordert, ist die Einlage von Kunststoffröhrchen meist ausreichend. Sollen allerdings Nekrosen ausgeräumt werden oder handelt es sich um dickflüssiges Sekret mit Detritus, ist ein größeres Lumen, als es mittels Kunststoffröhrchen erreichbar ist, erforderlich. Dazu wird zusätzlich eine Dilatation des Punktionskanals vorgenommen, so dass durch diesen Zugang das Endoskop in die Pseudozyste/Nekrose vorgeschoben werden kann und endoskopische 'Toilette' in mehreren aufeinander folgenden Sitzungen (meist 2-10 Sitzungen im Abstand von 2-4 Tagen) möglich wird. Damit der Punktionskanal über die erforderliche Zeit (meist 2-8 Wochen) weiter zugänglich bleibt, muss er mit einem selbstexpandierenden Metallstent offen gehalten werden. Dieser Stent ermöglicht auch den zwischenzeitlichen Sekretabfluss aus der Pseudozyste in das Duodenum. Bei der Verwendung von Kunststoffstents müssen diese oft bei jeder der endoskopischen Sitzungen erst entfernt und nach Abschluss der Nekrosektomie als Platzhalter wieder neu gelegt werden.

Die endoskopische transduodenale Drainage einer Pankreaspseudozyste ist im OPS über die 5-469.g3 'Andere Operationen am Darm: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch' definiert. Primär war dieser OPS-Code zur Kodierung von Zystendrainagen mit Kunststoffstents erstellt worden. Mittlerweile sind jedoch selbstexpandierende Metallstents (z.B. Axios-Stent) verfügbar, die einen zuverlässigeren und weiterlumigen Zugang zur Zyste und den Endoskopvorschub durch den Stent erlauben. Nach Abschluss der Behandlung können die selbstexpandierenden Stents wieder extrahiert werden. Sie verursachen jedoch deutlich höhere Kosten (ca. € 4.000 vs. € 20 für Kunststoffstents).

1.

Der bislang existierende OPS-Code 5-469.g3 lässt keine Unterscheidung zwischen nicht-selbstexpandierenden Drainageröhrchen bzw. selbstexpandierenden Stents zu. Aufgrund der erheblichen Kostenunterschiede sowohl bezüglich der Materialkosten als auch bezüglich der Schwere der Krankheitsbildes und der notwendigen Behandlungskosten ist eine Differenzierung des OPS-Kodes dringend erforderlich.

2.

Für die endoskopisch-transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen existiert im Gegensatz zur endoskopisch-transgastralen Entfernung von Pankreasnekrosen (5-529.p) kein OPS-Code. Dem soll durch Etablierung eines OPS-Kodes Abhilfe geschaffen werden.

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

Neben der klassifikatorischen Notwendigkeit der Abbildung der beschriebenen Verfahren im OPS ist aufgrund der unter 6d und 6f aufgeführten Kosten eine Abbildung der Verfahren im G-DRG-System erforderlich. Aufgrund der fehlenden Kodiermöglichkeit ist dem InEK eine Analyse der behandelten Fälle nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des beschriebenen Verfahrens bedarf es daher spezifischer OPS-Kodes.

### c. Verbreitung des Verfahrens \*

☐ Standard    ☒ Etabliert    ☐ In der Evaluation

☐ Experimentell ☐ Unbekannt

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

Die mittlerweile zur Verfügung stehenden selbstexpandierenden Metallstents (z.B. Axios-Stent) verursachen deutlich höhere Kosten (bis zu ca. 4.000 Euro) als ein Kunststoffstent (ca. 20 Euro). Die Einbringung der selbstexpandierenden Metallstents ist in Bezug auf die dafür notwendige Zeit mit der primären Platzierung von Kunststoffstents vergleichbar. Dementsprechend fallen bei der Erstanlage der Drainage die gleichen Personalkosten an.

Aufgrund der deutlichen Sachkostenunterschiede ist zur Differenzierung dieser eine Unterscheidung zwischen nicht-selbstexpandierende Kunststoffstent und selbstexpandierendem Metallstent über den OPS erforderlich.

Auch die Entfernung von Pankreasnekrosen selbst ist aufgrund der häufigen Sitzungen personalkostenintensiv. Um diese analysierbar zu machen, ist ein spezifischer OPS-Kodes erforderlich.

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

Genaue Zahlen liegen nicht vor. Es wird aber mit einer Anwendung von derzeit etwa 200 selbstexpandierenden Metallstents pro Jahr gerechnet.

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

Wie unter 6d. beschrieben liegen die Mehrkosten für einen selbstexpandierenden Metallstent gegenüber einem Kunststoffstent bei ca. 4.000 Euro.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

entfällt

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

entfällt