

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).

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, 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 erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

| | |
|---|---|
| Organisation * | Universitätsmedizin Mainz |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | http://www.unimedizin-mainz.de/ |
| Anrede (inkl. Titel) * | Prof. Dr. med |
| Name * | Kneist |
| Vorname * | Werner |
| Straße * | Langenbeckstraße 1 |
| PLZ * | 55131 |
| Ort * | Mainz |
| E-Mail * | Werner.Kneist@unimedizin-mainz.de |
| Telefon * | 06131 17-2063 |

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) *

Intraoperatives Neuromonitoring autonomer Nerven

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.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Erweiterung des vorhandenen OPS-Code 8-925 für autonome Nerven durch geringfügige Änderungen im Text. Umbau der geschlossenen Listen in offene Listen zur Aufnahme autonomer und insbesondere der pelvinen Nerven (siehe beigefügte Differenzdatei). Diese Änderungen haben für die bisherigen Anwendungsbereiche, z.B. Neurochirurgie, keine Auswirkungen.

8-925.– Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring

Inkl.: Elektrophysiologisches Monitoring

Sprachmonitoring bei Wacheingriffen

8-925.0- Bis 4 Stunden

Hinw.:Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden.

.00 Mit Stimulationselektroden (z.B. Hirnnerv, peripherer Nerv, autonome Nerven, spinal, pelvin)

.01 Mit evozierten Potentialen (z.B. AEP, SEP, MEP, VEP)

Hinw.:Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten.

.02 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

.03 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.04 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

Hinw.:Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten.

.0x Sonstige

8-925.2- Mehr als 4 Stunden bis 8 Stunden

Hinw.:Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden.

.20 Mit Stimulationselektroden (z.B. Hirnnerv, peripherer Nerv, autonome Nerven, spinal, pelvin)

.21 Mit evozierten Potentialen (z.B. AEP, SEP, MEP, VEP)

Hinw.:Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten

.22 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

.23 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.24 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)
 Hinw.:Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten.

.2x Sonstige

8-925.3- Mehr als 8 Stunden bis 12 Stunden

Hinw.:Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden.

.30 Mit Stimulationselektroden (z.B. Hirnnerv, peripherer Nerv, autonome Nerven, spinal, pelvin)

.31 Mit evozierten Potentialen (z.B. AEP, SEP, MEP, VEP)

Hinw.:Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten.

.32 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

.33 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.34 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

Hinw.:Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten.

.3x Sonstige

8-925.4- Mehr als 12 Stunden

Hinw.:Die Dauer berechnet sich z.B. vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden.

.40 Mit Stimulationselektroden (z.B. Hirnnerv, peripherer Nerv, autonome Nerven, spinal, pelvin)

.41 Mit evozierten Potentialen (z.B. AEP, SEP, MEP, VEP)

Hinw.:Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Code enthalten.

.42 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

.43 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung) und mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)

.44 Mit 8 und mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/ oder Kartierung)

Hinw.:Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potentialen ist im Code enthalten.

.4x Sonstige

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Beim pelvinen intraoperativen Neuromonitoring (pIOM) werden die neurophysiologische Aktivität eines oder mehrerer autonomer Nerven während der Operation graphisch und akustisch dargestellt und im Verlauf dokumentiert. Nach elektrischer Stimulation der autonomen pelvinen Nerven wird die Aktivität der innervierten glatten Muskulatur als elektromyographische Ableitung (EMG) beobachtet.

Die Methode wird in der kolorektalen Chirurgie angewandt. Hauptindikation ist das Rektum- Karzinom mit totaler mesorektaler Exzision (TME). Weitere Indikationen sind Eingriffe aus dem Bereich der Beckenbodenchirurgie, bei denen das Verfahren jetzt schon eingesetzt wird. Darüber hinaus ist das Verfahren bei Eingriffen an Beckenbodenorganen in den Fachgebieten Gynäkologie, Urologie und Proktologie einsetzbar.

Bei den OPS-Kodes dieser Operationen, wie z.B. 5-484 Rektumresektion unter Sphinktererhaltung, ist das intraoperative Monitoring nicht direkt oder als Zusatzkode kodierbar, wie das z.B. bei den Schilddrüsenoperationen der Fall ist.

Der Code 8-925 Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring ist nach Verfahren und Dauer unterteilt. Eine explizite Angabe für die Überwachung von autonomen (pelvinen) Nerven ist im OPS nicht möglich. Deshalb kann das pIOM-Verfahren für autonome Nerven nicht abgebildet werden.

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

Das pelvine intraoperative Neuromonitoring (pIOM) während der Operation unterstützt bei großen Eingriffen im kleinen Becken die Vermeidung von intra- und postoperativen Komplikationen, wie z.B. Stuhl- oder Harninkontinenz. Somit führt das pIOM statistisch zu einer Reduktion der Verweildauer. Wird durch das pIOM intraoperativ eine Schädigung der autonomen Nerven nachgewiesen, kann mit der Behandlung sofort begonnen werden, was ebenfalls die Verweildauer verkürzt. Darüberhinaus werden außerhalb des Krankenhausbereichs durch die Vermeidung von Inkontinenzen erhebliche Kosten vermieden. Folgeschäden benötigen meist weitere Krankenhausaufenthalte und eine spezielle aufwändige ambulante Versorgung.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard
 ☒ Etabliert
 ☒ In der Evaluation

☐ Experimentell
 ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Mehrkosten entstehen durch Einmalmaterial für die Elektroden und den Katheter für die Harnblasendruckmessung in Höhe von ca. 400 Euro.
Der Zeitaufwand für Auf- und Abbau beträgt ca. 20 Minuten.

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

ca. 50 bis 100 Fälle pro Jahr in der Rektumchirurgie an der Universitätsklinik Mainz. Für 2016 werden ca. 15 weitere Kliniken das Verfahren einsetzen. Eine weitere Steigerung der Fallzahlen ergibt sich bei Ausweitung des Einsatzes des pIOM in der Gynäkologie und Urologie.

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

Da das Verfahren für autonome Nerven neu ist (NUB Antrag wurde 2016 gestellt) existieren keine vergleichbaren Verfahren.

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.)

Nach der aktuellen S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom sind bei einer totalen mesorektalen Exzision (TME) die autonomen Beckennerven zu schonen. Das intraoperative Neuromonitoring könnte hier der Qualitätssicherung der nervenerhaltenden OP-Technik dienen.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Da es sich um ein intraoperatives Verfahren handelt, wäre ggf. ein Verschiebung des Kodes von Kapitel 8 nach Kapitel 5 zu den Zusatzinformationen für Operationen sinnvoll.