

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 *	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) *

Konkretisierung der OPS-Kodes für Zugang durch retrograde Endoskopie

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

1-645 Zugang durch retrograde Endoskopie

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 1-640 bis 1-644 aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde

Mit diesem Kode soll ausschließlich die aufgrund von Voroperationen retrograd durchgeführte Endoskopie (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler Gastrektomie oder nach Magenteilresektion) zur diagnostischen Untersuchung der Gallen- oder Pankreaswege verschlüsselt werden

5-513.k Zugang durch retrograde Endoskopie

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 5-513.1 bis 5-513.h und 5-513.m bis 5-513.n aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde

Mit diesem Kode soll ausschließlich die aufgrund von Voroperationen retrograd durchgeführte Endoskopie (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler Gastrektomie oder nach Magenteilresektion) zur therapeutischen Intervention in den Gallenwegen verschlüsselt werden

5-526.g Zugang durch retrograde Endoskopie

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine retrograde Endoskopie als Zugang für eines der unter 5-526.1 bis 5-526.f aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde

Mit diesem Kode soll ausschließlich die aufgrund von Voroperationen retrograd durchgeführte Endoskopie (z.B. nach partieller Pankreatoduodenektomie, bei Roux-Y-Anastomose nach totaler Gastrektomie oder nach Magenteilresektion) zur therapeutischen Intervention im Pankreasgang verschlüsselt werden

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Bei Patienten mit Roux-Y-Anastomose nach totaler Gastrektomie oder nach Magenteilresektion als auch bei Patienten nach partielle Pankreatoduodenektomie (Whipple'sche Operation) ist der Zugang zur Gallenwegs- bzw. Pankreasgangmündung erheblich erschwert. Die veränderte Anatomie erfordert häufig ein überlanges Endoskop (Koloskop) oder ein Single- oder Doppelballon-Enteroskop sowie spezielles Zubehör (Spezial-Papillotom). Aus diesem Grund wurden bereits vor Längerem entsprechende OPS-Kodes geschaffen.

Anhand der Untersuchung der Leistungs- und Kostendaten durch das InEK besteht der Verdacht, dass die vorhandenen Kodes missverstanden werden. Es scheint teilweise die retrograde Darstellung der Gallen- bzw. Pankreaswege fälschlicherweise als retrograde Endoskopie aufgefasst zu werden. Eine entsprechende Klarstellung der drei betroffenen Kodes ist demnach erforderlich.

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

Da es sich um sehr aufwendige Untersuchungen handelt, ist eine eindeutige Detektion dieser Fälle erforderlich, um eine korrekte Analyse durch das InEK zu ermöglichen. Nur durch eine eindeutige Erläuterung der jeweiligen OPS-Kodes können diese künftig Gruppierungsrelevanz erreichen.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard ☒ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Kosten für solche Untersuchungen liegen deutlich über denen einer unkomplizierten ERCP, da die Untersuchungen zeitlich wesentlich verlängert und die erforderlichen technischen Maßnahmen sehr teuer sind.

Die Mehrkosten werden auf mindestens 300 Euro pro Fall geschätzt. Vermutlich werden die Mehrkosten allerdings um ein Vielfaches höher liegen.

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

Laut Daten des Stat. Bundesamts lag die Fallzahl der betroffenen OPS-Kodes bei ca. 1.700 im Jahr 2014.

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

Siehe Punkt 6c.

- 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)