

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) *

Endoskopische biliodigestive Anastomose

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)

Neuaufnahme folgender Codes in die Kodekategorie 5-519 'Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen'

5-519.5 Endoskopische biliodigestive Anastomose

Hinw.: Die Verwendung von selbstexpandierenden Stents ist gesondert zu kodieren (5-449.h3, 5-469.k3)

5-519.50 Gallengänge

5-519.51 Gallenblase

Alternativ könnte ein Code für die endoskopische biliodigestive Anastomose an Gallengängen unter der Kodekategorie 5-513 etabliert werden und ein Code für die endoskopische biliodigestive Anastomose an der Gallenblase durch Differenzierung des Codes 5-510.4 Cholezystostomie anhand des Zugangswegs.

Siehe hierzu separat eingereichte Darstellung (ops2017-endoskopischebiliodigestiveanastomose-schepp-anlage.docx). Die DGVS präferiert Alternative A in Bezug auf die Umsetzung des Vorschlags.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Für die chirurgische Anlage einer biliodigestiven Anastomose existieren die OPS-Kodes 5-512.* Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)

Für die chirurgische Anlage einer Cholezystostomie existiert der OPS-Code 5-510.4 Cholezystostomie

Mittlerweile kann eine biliodigestive Anastomose der Gallenwege sowie eine Cholezystostomie auch endoskopisch durchgeführt werden. Es wird dabei endoskopisch eine Verbindung zwischen Magen oder Duodenum einerseits mit Gallengangssystem oder Gallenblase andererseits geschaffen.

Die Punktion erfolgt aus dem Hohlorgan (Magen oder Duodenum) in den Gallengang oder in die Gallenblase unter endosonographischer Sicht, wobei die Punktionsnadel über den Arbeitskanal des Endoskops entsprechend platziert wird. Danach wird ein Führungsdraht über die Punktionsnadel eingebracht. Über

diesen Führungsdraht wird ein selbstexpandierender gecoverter Metallstent eingelegt, der die jeweiligen Organe aneinander dicht adaptiert und eine Verbindung herstellt.

Alternativ kann die endoskopische biliodigestive Anastomose aus dem Magen/Bulbus duodeni in die Gallenblase oder in den linken Gallengang auch mit nicht-selbstexpandierenden Plastikstents (Doppel-Pigtail) durchgeführt werden.

Diese Verfahren sind bei nicht narkosefähigen Patienten mit Gallenblasenhydrops oder bei Patienten mit transpapillär nicht drainierbarer Gallengangsstenose (z.B. bei anatomisch unzugänglicher Papille bei Magenausgangs- oder Duodenalstenose oder nach Magenresektion oder Whipple'scher Operation) indiziert.

Für die Anlage einer endoskopischen biliodigestiven Anastomose besteht momentan keine Kodiermöglichkeit und wird daher beantragt.

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

Neben der klassifikatorischen Notwendigkeit der Abbildung des existierenden Verfahrens der endoskopischen biliodigestiven Anastomose im OPS ist aufgrund der unter 6d und 6f aufgeführten Kosten der endoskopischen biliodigestiven Anastomose eine Abbildung des Verfahrens 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 sehr hohe Materialkosten (bis zu ca. 4.000 Euro).

Hinzukommen Personalkosten für die endoskopische Anlage einer endoskopischen biliodigestiven Anastomose. Diese werden bei einer Eingriffszeit von etwa 120 Minuten mit 2 Ärzten und 2 pfleg. Assistenzen auf ca. 350 Euro geschätzt.

Insofern ist eine Etablierung eines OPS-Kodes zur Ermöglichung einer sachgerechten Abbildung im G-DRG-System erforderlich.

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

Genaue Zahlen liegen nicht vor. Es wird aber mit einer Zahl von etwa 150 Patienten pro Jahr gerechnet.

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

Über die Kosten einer chirurgischen Anlage einer biliodigestiven Anastomose liegen der DGVS keine exakten Kostendaten vor. Die chirurgische Vorgehensweise ist jedoch sicherlich mit deutlich höheren Kosten verbunden.

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