

# 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](http://www.dgvs.de)  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Prof. Dr.  
Name \* Schepp  
Vorname \* Wolfgang  
Straße \* Engelschalkinger Str.77  
PLZ \* 81925  
Ort \* München  
E-Mail \* [gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de](mailto: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) \***

PTCD-Wechsel

**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 des folgenden Kodes:

5-514.p\*\* Andere Operationen an den Gallengängen, Wechsel einer Drainage

**6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags**

**a. Problembeschreibung \***

Unter der Kodekategorie 5-514.p 'Andere Operationen an den Gallengängen' existiert ein Kode für das Einlegen einer Drainage (5-514.5\*\*). Ebenso existieren Codes für das Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothese sowie für den Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen. Ein Kode für den Wechsel von Drainagen fehlt.

Während die Anlage einer perkutan-transhepatischen Choleangio-Drainage (PTCD) sehr aufwendig ist, gestaltet sich der Wechsel einer solchen Drainage im Verhältnis dazu weniger aufwendig. Da ein PTCD-Wechsel derzeit lediglich über die Kombination aus 5-514.b3 'Entfernung von alloplastischem Material' mit 5-514.53 'Einlegen einer Drainage' kodiert werden kann, wird der Wechsel in dieselbe DRG eingruppiert wie die Anlage einer PTCD. Dies ist nicht aufwandsgerecht.

Um Fälle mit PTCD-Wechsel besser von Fällen mit PTCD-Anlage unterscheiden zu können, sollte ein OPS-Kode für den Wechsel einer Drainage etabliert werden.

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

Siehe Punkt 6a

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

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

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

Für einen Wechsel einer PTCD werden in der Regel 2 Ärzte sowie 2 Assistenzkräfte benötigt. Bei einer Eingriffsdauer in der Regel von 20 bis 45 Minuten ergeben sich damit Personalkosten von etwa 60-150 Euro.

Die Materialkosten bei Einlage einer Kunststoffdrainage liegen in der Größenordnung von max. 50 Euro.

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

Die Fallzahl von PTCD-Anlagen lag im Jahr 2014 lt. stat. Bundesamt bei ca. 5.000 Fällen. Die Anzahl der Wechsel dürfte in der gleichen Größenordnung liegen.

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

Im Gegensatz zum Wechsel benötigt die Anlage einer PTCD ca. 1-3 Stunden. Damit liegen die Kosten um bis zu 500 Euro höher. Zusätzlich ist der Verbrauch von Einmalmaterialien (Führungsdrähte, Spezialektroden) deutlich höher (Materialkosten ca. 750 Euro) als beim Wechsel einer PTCD.

**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

