

# 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) \***

Komplettierung der Kodiermöglichkeiten für Ballon-Enteroskopie

**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)

In Bezug auf Enteroskopie mit Push-and-pull-back-Technik sind verschiedenen Änderungen erforderlich. Die umfangreichen Änderungen sind in einer separaten Datei (ops2017-ballonenteroskopie-schepp-anlage.docx) in roter Farbe dargestellt:

Zur Klarstellung, dass der Code 1-636 'Diagnostische Intestinoskopie' nur das perorale Vorgehen meint, sollte ein Hinweis ergänzt werden:

Hinw.: Dieser Code ist zu verwenden, wenn die Untersuchung peroral vorgenommen wird.

In Analogie zum Code 1-657 sollte beim Code 1-636.1 das Inklusivum für Single-Ballon-Enteroskopie ergänzt werden:

Inkl.: Single-Ballon-Enteroskopie

Ebenso sollte beim Code 5-451.8 das Inklusivum für Single-Ballon-Enteroskopie ergänzt werden:

Inkl.: Exzision durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

Der Hinweis beim Code 1-657 sollte korrigiert werden. '1-63 oder' ist zu streichen, da für die diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes bereits ein spezifischer Code 1-636.1 existiert und damit ein Zusatzcode nicht erforderlich ist:

Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er kann zusätzlich zu anderen Codes aus dem Bereich 1-63 oder 1-65 Diagnostische Endoskopie des oberen oder unteren Verdauungstraktes angegeben werden

Für therapeutische Verfahren, die mittels Push-and-pull-back-Technik durchgeführt werden, sind spezifische Codes in Kapitel 5 teilweise bereits vorhanden. Diese sollten durch weitere Codes ergänzt werden:

Differenzierung des Codes 5-451.8 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes, Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik (analog zu 5-451.7\*\*) in:

.80 Exzision ohne weitere Maßnahmen

- .81 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
- .82 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
- .83 Endoskopische Mukosaresektion
- .84 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
- .8x Sonstige

Schaffung entsprechender Codes für den Dickdarm (analog zu 5-452.2\*\*) wie folgt:

5-452.6 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes, Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Exzision durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

5-452.60 Exzision ohne weitere Maßnahmen

5-452.61 Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge

5-452.62 Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge

5-452.63 Endoskopische Mukosaresektion

5-452.64 Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]

5-452.6x Sonstige

Gleichzeitig ist der Code 5-452.2 Exzision, endoskopisch abzuändern in:

5-452.2 Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

Streichung der Codes 5-452.5\*\* Destruktion, endoskopisch sowie Neuschaffung folgender Codes (analog zu 5-451.9 bzw. 5-451.a\*\*):

5-452.7\*\* Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik)

5-452.8\*\* Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik

Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

Ebenso sollte beim Code 5-451.a das Inklusivum für Single-Ballon-Enteroskopie ergänzt werden:

Inkl.: Destruktion durch Single- oder Doppel-Ballon-Enteroskopie

Weiterhin ist für die Kodekategorie 5-469.- eine Differenzierung in Bezug auf die Push-and-pull-back-Technik erforderlich. Folgende Verfahren können auch in dieser Technik ausgeführt werden:

Clippen, Injektion, Dilatation, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen

Da die verfügbaren alphanumerischen Kodemöglichkeiten nicht für eine Doppelung dieser Codes ausreichen, sollte ein Zusatzkode etabliert werden:

5-469 Andere Operationen am Darm

Hinw.: Die Durchführung der Untersuchung in Push-and-pull-back-Technik ist gesondert zu kodieren (5-469.u3)

5-469.u3 Durch Push-and-pull-back-Technik

Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzkode. Er kann zusätzlich zu anderen Codes aus dem dem Bereich 5-469 Andere Operationen am Darm angegeben werden

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Teilweise ist eine Ballon-Enteroskopie (Push-and-pull-back-Technik) erforderlich, um bestimmte Abschnitte des Darms zu erreichen.

Das Jejunum und Ileum kann von oral kommend meist nur mit einer Intestinoskopie in Push-and-pull-back-Technik erreicht werden.

Andererseits ist bei schwierigen Verhältnissen eine Koloskopie - beispielsweise aufgrund anatomischer Gegebenheiten - nicht bis zum Zökum bzw. terminalen Ileum möglich. Die Doppel- oder Single-Ballon-Koloskopie (Push-and-pull-back-Technik) kann als 'Rescue-Verfahren' nach inkompletter vorangegangener Koloskopie (langes Colon, schlingenreiches Colon mit torquiertem Verlauf, Vorliegen postoperativer Verwachsungen) eingesetzt werden.

Darüber hinaus kann es gelingen, mit diesem Verfahren von anal kommend über das terminale Ileum hinaus in weiter oralwärts gelegene Abschnitte des Ileums zu gelangen, was bei dort gelegenen Pathologien erforderlich ist.

Für das Verfahren wurden in der Vergangenheit verschiedene OPS-Kodes etabliert. Allerdings ist die bisherige Kodiermöglichkeit unvollständig, weshalb zusätzliche Codes erforderlich sind. Teilweise sind auch Korrekturen an vorhandenen Codes notwendig.

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

Aufgrund der unter 6d und 6f aufgeführten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da das Verfahren derzeit nicht in allen Situationen kodiert werden kann, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen insbesondere die Personalkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse einiger behandelte Fälle ist momentan aufgrund der unvollständigen Kodiermöglichkeiten nicht durchführbar. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher zusätzlicher OPS-Kodes.

### c. Verbreitung des Verfahrens \*

☐ Standard      ☒ Etabliert      ☐ In der Evaluation

☐ Experimentell      ☐ Unbekannt

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

Benötigt werden ein spezielles Endoskop sowie ein passender Overtube (Einmalartikel). Dieser kostet ca. 150 Euro.

Zudem ist der Zeitaufwand für diese Untersuchungen höher als bei der normalen Koloskopie, da das Colon trotzdem erschwert zu passieren bleibt, bzw. höher als bei der normalen Gastroduodenoskopie. Der zusätzliche Zeitbedarf wird im Mittel auf 1,5 Stunde (2 Ärzte plus 2 Assistenzkräfte) geschätzt. Dies entspricht zusätzlichen Personalkosten von ca. 300 Euro.

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

Die Fallzahl für die beschriebenen Verfahren wird auf mehr als 1.000 pro Jahr geschätzt.

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

Wie unter Punkt 6d beschrieben liegen die Mehrkosten für die Ballon-Enteroskopie bei ca. 450 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