

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

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

Einräumung der Nutzungsrechte *



Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

2. Ansprechpartner/-in (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 *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neudefinition der Cholangio-/Pankreatikoskopie

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Der Vorschlag ist mit dem BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgen) und der DGCH (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) abgestimmt.

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- ☒ Nein
☐ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

Vollständig wieder aufbereitbare Cholangio-/Pankreatikoskope:

- Olympus Mother Baby Choledochoskope: CHF-B20 or CHF-B30; XCHF-BP Type 160F; XCHF-B180Y1
- Olympus transnasales Endoskop: GIF-XP160; GIF-XP190N
- Olympus Bronchoskop: BF-P180; BF-P190

Teilweise wieder aufbereitbare Cholangio-/Pankreatikoskope:

- Boston Scientific SpyGlass TM:
Overtube mit in 4 Richtungen lenkbarer Spitze = nicht wiederaufbereitbare 1x-Komponente (SpyScope);
fiberoptische Technik (fiberoptischer Lichtleiter = wiederaufbereitbare Komponente; SpyProbe)
- PolyDiagnost PolyScope:
sterile Einmalkatheter; wiederverwendbare 10.000 Pixeloptik

Nicht wieder aufbereitbare Cholangio-/Pankreatikoskope

- Boston Scientific SpyScope DS (digitale Video-Technik; nicht wiederaufbereitbar, vollständiges 1x-Gerät)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

Es handelt sich um seit langem im klinischen Einsatz befindliche Verfahren.

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Umgestaltung der OPS-Kodes für Cholangio-/Pankreatikoskopie (zur besseren Darstellung der vorgeschlagenen Umsetzung ist diesem Antrag eine separate Datei ops2018-cholangioskopie-anlage.docx angefügt):

Streichung der Kodes:

1-643.0 Diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege (duktale Endoskopie) (POCS): Mit nicht modular aufgebautem Cholangioskop

1-643.1 Diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege (duktale Endoskopie) (POCS): Mit modular aufgebautem Cholangioskop

1-644.0 Diagnostische direkte Endoskopie des Pankreasganges (duktale Endoskopie) (POPS): Mit nicht modular aufgebautem Cholangioskop

1-644.1 Diagnostische direkte Endoskopie des Pankreasganges (duktale Endoskopie) (POPS): Mit modular aufgebautem Cholangioskop

1-695.40 Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ: Gallenwege: Perkutan

Etablierung der Kodes:

1-643 Diagnostische direkte Endoskopie der Gallenwege (duktale Endoskopie) (POCS)

1-643.2 Vollständig wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Mother-Baby-Technik, direkte Cholangioskopie mit dünnem Endoskop

1-643.3 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

1-643.4 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

1-644 Diagnostische direkte Endoskopie des Pankreasganges (duktale Endoskopie) (POPS)

1-644.2 Vollständig wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Mother-Baby-Technik, direkte Pankreatikoskopie mit dünnem Endoskop

1-644.3 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

1-644.4 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

1-695.4 Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ: Gallenwege

1-695.42 Durch Inzision der Gallenwege, der Gallenblase oder über den Zystikusstumpf

1-695.43 Perkutan-transhepatisch mit vollständig wieder aufbaretem Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Cholangioskopie mit dünnem Endoskop

1-695.44 Perkutan-transhepatisch mit nicht oder nur in Teilen wieder aufbereitem Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

1-695.45 Perkutan-transhepatisch mit nicht oder nur in Teilen wieder aufbereitem Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen

5-513.q Therapeutische Endoskopie der Gallenwege (duktale Endoskopie)

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

5-513.q0 Vollständig wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Mother-Baby-Technik, direkte Cholangioskopie mit dünnem Gastroskop

5-513.q1 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

5-513.q2 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

5-514 Andere Operationen an den Gallengängen

5-514.u Therapeutische Endoskopie der Gallenwege (perkutan-transhepatische Endoskopie)

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn eine perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege als Zugang für eines der unter 5-514.0 bis 5-514.t ff. aufgeführten Verfahren eingesetzt wurde.

5-514.u0 Vollständig wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Mother-Baby-Technik, direkte Cholangioskopie mit dünnem Gastroskop

5-514.u1 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

5-514.u2 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

5-526 Endoskopische Operationen am Pankreasgang:

5-526.j Therapeutische Endoskopie des Pankreasganges (duktale Endoskopie)

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

5-526.j0 Vollständig wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop

Inkl.: Mother-Baby-Technik, direkte Pankreatikoskopie mit dünnem Endoskop

5-526.j1 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer optischer Informationserkennung

Inkl.: Fiberoptische Technik

5-526.j2 Nicht oder nur in Teilen wieder aufbereites Cholangio-/Pankreatikoskop mit primärer digitaler Informationserkennung

Inkl.: Digitale Video-Technik

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Thematik Cholangio-/Pankreatikoskopie wurde bei einer Besprechung zwischen DGVS und InEK im Februar 2016 sowie im Februar 2017 thematisiert. Hintergrund der Diskussion war, dass sich laut InEK bei Fällen mit Kodierung einer Cholangio-/Pankreatikoskopie völlig unterschiedliche Kosten zeigten. Hierfür verantwortlich ist die nicht eindeutige Definierbarkeit von 'modular' bzw. nicht-modular'. Durch diesen Antrag soll die Voraussetzung für eine künftige Kodierung geschaffen werden, die Verfahrensweisen mit deutlich unterschiedlichen Kosten detektierbar macht und gleichzeitig die unterschiedlichen Verfahren eindeutig gegeneinander abgrenzt.

Bei der endoskopisch-retrograden Cholangiographie (ERC) wird Röntgenkontrastmittel durch einen Katheter, der durch ein vor der Papilla Vateri positioniertes Duodenoskop geschoben wird, in den Gallen- und/oder Pankreasgang injiziert und auf dem Röntgen-Durchleuchtungsmonitor sichtbar gemacht. Die Diagnose erfolgt durch Beurteilung des Radiogramms, auch Interventionen wie Gewebeentnahme mittels Biopsie-Zange sowie Steinentfernung, Bougierung, Dilatation oder Stent-Einlage werden rein radiologisch kontrolliert. Die Cholangio-/Pankreatikoskopie erweitert diese Technik durch direkte optische Visualisierung des Gallen- und/oder Pankreasgangs zur diagnostischen Beurteilung incl. Biopsie und zur therapeutischen Intervention (z.B. Dilatation, elektrohydraulische oder Laser-Lithotripsie, Radiofrequenzablation). Diese Visualisierung kann mit unterschiedlichen Techniken erfolgen:

- Konventionelle Mother-Baby-Endoskopie (seit den 1980er Jahren): Ein dünnes spezielles Baby-Endoskop wird durch den Arbeitskanal eines speziellen größeren Mother-Endoskops vorgeschoben und durch eine vorbestehende weite endoskopische Papillotomie (EPT) in Gallen- oder Pankreasgang eingeführt. Der Außendurchmesser (ca. 5 mm) erlaubt den Vorschub allenfalls bis zur Hepaticus-Gabel, die Inspektion der dünnerkalibrigen intrahepatischen Gallengänge ist dagegen mit dieser Technik nicht möglich.

Mother- und Baby-Skop sind Untersuchungsgeräte für den mehrfachen/häufigen Gebrauch und vollständig wiederaufbereitbar. Es fallen somit hauptsächlich Investitionskosten für die wiederaufbereitbaren Endoskope an. Sachkosten können lediglich für Biopsiezangen (aus hygienischen Gründen dürfen diese mittlerweile nur noch als Einmalartikel angewendet werden) oder für Einmalmaterial im Rahmen therapeutischer Interventionen auftreten.

Da ein zweiter untersuchender Arzt erforderlich ist, liegen die Personalkosten schätzungsweise bei 150 Euro (zusätzliche durchschnittliche Untersuchungszeit ca. 45 min. [30-60 min.]; 2 Ärzte plus 2 Assistenzkräfte).

Die Mother-Baby-Cholangio-/Pancreatikoskopie wurde bei Einführung der OPS-Kodes für modulare bzw. nicht-modulare Cholangioskopie (OPS-Version 2009) als nicht-modular angesehen. Da das Endoskopie-System allerdings aus mehreren Komponenten besteht (Mother- und Baby-Skop) könnte dies zu einer (strittigen) Kodierung einer modularen Cholangioskopie führen, was wiederum verwunderlich geringe Sachkosten bei einigen Kalkulationsfällen erklären könnte.

- Direkte Cholangio-/Pancreatikoskopie mit einem dünnen Endoskop (z.B. transnasales Endoskop, das ohne Führung durch ein Mother-Skop transnasal oder peroral eingeführt und durch Ösophagus, Magen und Bulbus duodeni bis ins absteigende Duodenum vorgeschoben und dann direkt durch eine vorbestehende weite EPT in den Gallengang eingeführt wird. Der Außendurchmesser (5,9 mm) erlaubt den Vorschub allenfalls bis zur Hepaticus-Gabel, die Inspektion der dünnerkalibrigen intrahepatischen Gallengänge ist dagegen mit dieser Technik nicht möglich.

Direkte Cholangio-/Pancreatikoskope sind Untersuchungsgeräte für den mehrfachen/häufigen Gebrauch und vollständig wiederaufbereitbar. Es fallen somit hauptsächlich Investitionskosten für die wiederaufbereitbaren Endoskope an. Sachkosten können lediglich für Biopsiezangen oder für Einmalmaterial im Rahmen therapeutischer Interventionen auftreten.

Da nur 1 untersuchender Arzt erforderlich ist, werden die Personalkosten auf 100 Euro (zusätzliche durchschnittliche Untersuchungszeit ca. 45 min. [30-60 min.]; 1 Arzt plus 2 Assistenzkräfte) geschätzt.

Diese Technik ist nicht-modular, da das Endoskop nicht aus mehreren Komponenten besteht, sondern in sich vollständig ist. Es ist vollständig wiederaufbereitbar, so dass keine Sachkosten für Einmalmaterial anfallen (abgesehen von Biopsiezangen).

- Endoskopie mit einem fiberoptischen, teilweise wiederaufbereitbaren Endoskopie-System, das seit

2009 verfügbar ist (z.B. SpyGlass, Boston Scientific). Es besteht aus einem 3,3 mm im Durchmesser messenden kombinierten Zugangs- und Spülkatheter mit zwei separaten Spülkanälen, einem optischen Kanal (1 mm) und einem therapeutischen Kanal (1,2 mm) für Führungsdraht, Biopsiezange oder Laserfaser. Die Spitze dieses Zugangskatheters ist von außen über Steuerräder und Zugdrähte lenkbar. Dieser Zugangskatheter wird durch den Arbeitskanal eines Standard-Duodenoskops durch eine vorbestehende, lediglich mittelweite und daher risikoärmere EPT in das zu untersuchende Gangsystem eingeführt, aufgrund des geringen Außendurchmessers ist über die Hepaticusgabel hinaus auch das dünnerkalibrige intrahepatische Gallengangssystem erreichbar.

Durch den optischen Kanal des Zugangskatheters wird eine Licht- und Bild-leitende Visualisierungssonde mit 6.000 fiberoptischen und 225 Lichtfasern eingeführt. Diese Sonde wird nach Abschluss der Cholangioskopie wiederaufbereitet (insgesamt theoretisch bis zu 10 x wiederaufbereitbar; € 4.293,52 brutto). Allerdings werden fiberoptischen Fasern häufig schon beim ersten Patienten durch Abwinkelung der Duodenoskopspitze mit dem Albaranhebel zur Ausrichtung des Geräts auf die Papilla Vateri abgeknickt und damit zerstört. Dies führt zu einer massiven Beeinträchtigung der Bildqualität. Die mit bis zu 10 Untersuchungen angegebene Wiederverwendbarkeitsrate der Visualisierungssonde wird dadurch ganz erheblich (auf < 5) reduziert, was zu einer erheblichen Kostensteigerung führt. Bei diesem System handelt es sich um ein modulares, da es aus mehreren Komponenten besteht (Duodenoskop, Zuführungskatheter, Visualisierungssonde). Es handelt sich um ein semi-disposables System mit wiederaufbereitbaren (Duodenoskop, Visualisierungssonde) und mit Einmal-Bestandteilen (Zuführungskatheter). Der letztere wird verworfen, hierfür fallen Kosten für Einmalmaterial an (€ 1.024, 59 brutto).

Zusammenfassend fallen Sachkosten für Verbrauchsgüter an für:

oOptische Visualisierungssonde (€ 4.293,52 brutto, bis zu 10 x wiederaufbereitbar, i.e. € 429,35 bis maximal € 4.293,52 pro Prozedur, falls die Visualisierungssonde vorzeitig unbrauchbar wird)

oZuführungskatheter (€ 1.024, 59 brutto)

oSpezielle (dünnere) Biopsiezange (€ 470 brutto)

Da nur 1 untersuchender Arzt erforderlich ist, werden die Personalkosten auf 100 Euro (zusätzliche durchschnittliche Untersuchungszeit ca. 45 min. [30-60 min.]; 1 Arzt plus 2 Assistenzkräfte) geschätzt.

• Endoskopie mit einem seit 2015 verfügbaren video-digitalen Einweg-Cholangioskopiesystem (z.B. SpyScope DS, Boston Scientific). Es handelt sich um ein steril verpacktes, gebrauchsfertig zusammengesetztes, steuerbares Einmal-Endoskop mit einem Außendurchmesser von 3,5 mm, ferner mit einem therapeutischen Kanal (1,2 mm) für Führungsdraht, Biopsiezange oder Laserfaser und mit einem Videobildsensor an seiner Spitze. Das Einmal-Cholangioskop wird durch den Arbeitskanal eines Standard-Duodenoskops durch eine vorbestehende, lediglich mittelweite und daher risikoärmere EPT in das zu untersuchende Gangsystem eingeführt, aufgrund des geringen Außendurchmessers ist über die Hepaticusgabel hinaus auch das dünnerkalibrige intrahepatische Gallengangssystem erreichbar. Mechanische Glasfaserbrüche sind bei diesem digitalen Cholangioskop nicht mehr zu befürchten, Ausleuchtung und Bildqualität sind der glasfiberoptischen Cholangioskopie weit überlegen.

Bei diesem System handelt es sich um ein modulares, da es aus mehreren Komponenten besteht (Duodenoskop, Einmal-Cholangioskop). Bei dem Einmal-Cholangioskop handelt es sich um ein vollständig (incl. Videobildsensor) zu verwerfendes Einmal-System ohne wiederaufbereitbare Komponenten (€ 2.731,05 brutto). Es ist nur 1 untersuchender Arzt erforderlich.

Zusammenfassend fallen Sachkosten für Verbrauchsgüter an für:

oSteriles Einmal-Cholangioskop (€ 2.731,05 brutto)

oSpezielle (dünnere) Biopsiezange (€ 470 brutto)

Da nur 1 untersuchender Arzt erforderlich ist, werden die Personalkosten auf 100 Euro (zusätzliche durchschnittliche Untersuchungszeit ca. 45 min. [30-60 min.]; 1 Arzt plus 2 Assistenzkräfte) geschätzt.

Alternativ können – nach perkutan-transhepatischer Punktion und Einlage eines Führungsdrahtes – die Gallenwege auch perkutan erreicht und diagnostisch beurteilt oder einer Intervention zugänglich gemacht werden. Hierfür eignen sich sowohl die direkte Cholangioskopie als auch das fiberoptische bzw. video-digitale Cholangioskopie-System, nicht jedoch die konventionelle Mother-Baby-Endoskopie. Nach perkutan-transhepatischem Punktionszugang in einen peripheren Gallengang wird das Gerät zentripetal in Richtung Leberhilus und Papille vorgeschoben.

Die perorale/transnasale Cholangio-/Pankreatikoskopie kommt während oder nach (in einer unabhängigen Folgesitzung) einer endoskopisch-retrograden Cholangio- (ERC) bzw. Pankreatographie (ERP) mit weiter endoskopischer Sphincterotomie des jeweiligen Gangsphincters zur Anwendung, wenn

- das Cholangio- oder Pankreatikogramm eine unklare Raumforderung, Striktur oder Stenose ergibt, um die Läsion direkt in Augenschein zu nehmen und zu beurteilen bzw. optisch direkt gezielt eine Gewebeprobe mittels spezieller Biopsieange zu entnehmen und/oder mit einem Ballonkatheter zu dilatieren
- eine Raumforderung nach konventioneller Vorgehensweise mittels Führungsdraht nicht passiert werden kann. Unter endoskopischer Sicht wird die Passage von Führungsdraht und diagnostischem Katheter ermöglicht und die Stenose sondiert
- sich ein im gemeinsamen Hauptgallengang, in seiner Aufzweigung (Hepaticusgabel) oder im rechten oder linken Lebergallengang oder im Pankreasgang impakter Stein nicht mobilisieren lässt und mittels Laser- oder EHL-Sonde unter direkter endoskopischer Sicht zertrümmert werden soll, um ihn zu entfernen.

Ebenso kann sie bei Notwendigkeit eines perkutan-transhepatischen Zugangs (z.B. bei voroperierten Magen-resezierten Patienten oder bei entzündlicher oder maligner Duodenalstenose) und Vorliegen der geschilderten Gründe perkutan-transhepatisch zum Einsatz kommen.

Neben der Umgestaltung in Bezug auf 'nicht oder nur in Teilen wieder aufbereitbar' bzw. 'wieder aufbereitbar', beinhaltet der Vorschlag eine Streichung des OPS-Kodes 1-695.40 'Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ: Gallenwege: Perkutan', da eine Cholangioskopie technisch perkutan (im Gegensatz zu perkutan-transhepatisch) nicht möglich ist.

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

Aufgrund der unter 7a aufgeführten Kosten ist eine eindeutige Abgrenzung der unterschiedlichen Verfahren für eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da die Verfahren derzeit unpräzise kodiert werden, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen die Material- und Personalkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse der behandelten Fälle ist momentan aufgrund der unspezifischen Kodierung nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher dieser Kode-Umgestaltung.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

siehe 7a

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

Gemäß Daten von Destatis wurden im Jahr 2015 die Verfahren ca. 1.700 Mal kodiert.

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

siehe 7a

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.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)