

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) *

Burried bumper

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:

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.)

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

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)

Schaffung eines OPS-Kodes für die Freilegung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte bei Burried-bumper-Syndrom:

5-430.3 Inzision, Exzision und Resektion am Magen: Gastrotomie: Inzision der Magenwand

Inkl.: Freilegung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte

Endoskopischer Zugang

Beim Codebereich 8-123 sollte ein Hinweis ergänzt werden, dass die Freilegung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte mit 5-430.3 zu kodieren ist. Dies sollte mit einem Hinweis (nicht mit einem Exklusivum) geschehen, damit der Wechsel bzw. die Entfernung des Gastrostomiekatheters weiterhin kodierbar bleibt.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Beim Burried-bumper-Syndrom handelt es sich um eine Langzeitkomplikation der endoskopisch perkutanen Gastrostomie (PEG). Als Folge fehlender Mobilisierung oder zu festen Zuges der Halteplatte an der Magenwand kommt es zu einem Überwuchern der inneren Halteplatte durch Bildung von Granulationsgewebe der umgebenden Magenschleimhaut, die zu einem vollständigen Einwachsen der Halteplatte in die Magenwand führt. Konsekutiv entsteht eine Sondendysfunktion mit fehlender Durchgängigkeit und dadurch beeinträchtigter externer Zuführung von Nährlösung in den Magen oder Ansammlung von Nahrung/ Sekret innerhalb der Magenwand mit möglicher Abszedierung (Ablauf-PEG).

Um die Halteplatte wieder zu extrahieren, kann diese operativ von außen transcutan entfernt werden (Methode nach Sauer und Staritz). Hierfür gibt es einen etablierten OPS-Code (5-540.2).

In den letzten Jahren haben sich jedoch auch zusätzlich interventionelle endoskopische Techniken entwickelt, bei denen minimal invasiv die Halteplatte freigelegt, in den Magen vorgeschoben und von hier geborgen werden kann. Für die Freilegung wird dabei das überwuchernde Gewebe im Magen soweit aufgeschnitten, dass die Halteplatte nach der Inzision durch Druck auf den externen Anteil des Gastrostomiekatheters von außen in den Magen vorgeschoben werden kann.

Für die Freilegung kommen dabei verschiedene endoskopisch-interventionelle Techniken zum Einsatz. Das schneidende Instrument kann hierbei entweder durch den Arbeitskanal des Endoskops eingeführt werden oder alternativ transcutan durch den liegenden Gastrostomiekatheter in den Magen eingebracht werden. Bei der ersten genannten Technik, dem Freischneiden mit dem Endoskop von innen, kommen verschiedene Nadelmesser, Papillotome oder auch thermische Verfahren wie Argon-Plasma-Koagulation zum Einsatz. Ziel ist es, das überwuchernde Gewebe sternförmig bis auf die Halteplatte zu inzidieren. Zur Orientierung bezüglich der Lage der Halteplatte dient ein zuvor durch das Restlumen des Gastrostomiekatheters eingeführter Führungsdraht. Nach der Inzision kann dann die Halteplatte von außen mit Druck in den Magen vorgeschoben werden.

Alternativ besteht die Möglichkeit, unter endoskopischer Sicht die Halteplatte mit einem von außen eingebrachten und geführten Instrument freizulegen. Hierbei wird ebenfalls erst zur Orientierung ein Führungsdraht durch das Restlumen der Sonde in den Magen eingebracht. Über diesen kann dann durch die Sonde das Instrument zur Inzision in den Magen eingeführt werden, z.B. ein Papillotom oder ein speziell hierfür gefertigtes kürzeres Device. Dieses wird im Magen gespannt, so dass der Schneidedraht unter endoskopischer Kontrolle um 90° angewinkelt parallel zur Halteplatte zu liegen kommt. Unter leichtem Zug kann dann das überwuchernde Gewebe bis auf die Halteplatte inzidiert werden. Dieser Vorgang wird nach Rotation des Instrumentes mehrfach wiederholt, so dass eine sternförmige Inzision entsteht, durch die die Halteplatte mit Druck in den Magen vorgeschoben werden kann.

Ist die Halteplatte freigelegt, kann sie im Magen endoskopisch mit einer Schlinge oder Zange gefasst, entfernt und peroral geborgen werden. Die Wundfläche benötigt keine spezielle Therapie und heilt rasch ab. In der Regel kann in gleicher Sitzung auch eine neue PEG durch den vorbestehenden Stichkanal oder alternativ an anderer Lokalisation gelegt werden.

Für diese Technik gibt es bislang keinen spezifischen OPS-Kode. Es können nur der endoskopische unkomplizierte Wechsel oder die Entfernung eines Gastrostomiekatheters (8-123.-) kodiert werden. . Hilfsweise könnte zusätzlich der OPS-Kode 5-430.x 'Inzision, Exzision und Resektion am Magen: Gastrotomie: Sonstige' verschlüsselt werden, der allerdings das Verfahren nur unzureichend beschreibt.

Es wird daher die Etablierung eines spezifischen OPS-Kodes für die Freilegung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte bei Burried-bumper-Syndrom beantragt. Zusätzlich wird durch das Inklusivum die

Freilegung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte mittels endoskopischen Zugangs kodierbar.

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

Die bisherige Kodierung ist in keiner Weise spezifisch und führt zu einer Vermischung mit Fällen völliger unterschiedlicher Kosten. Aus diesem Grund ist eine spezifische Kodierung unabdingbar. Nur so können die entsprechenden Fälle mit ihren Kosten künftig vom InEK analysiert und einer adäquaten DRG zugeordnet werden.

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 *

Die Materialkosten für die Prozedur belaufen sich je nach Technik auf ca. 250 € (Draht, Nadelmesser/Papillotom, Versteifungshilfe, Schlinge) bis 400 € (vorgefertigtes Device mit inkludiertem Draht).

Die Eingriffszeit beträgt ca. 30 Minuten. Für den Eingriff sind zwei Ärzte sowie zwei Assistenzkräfte erforderlich. Da es sich bei den Patienten meist um multimorbide Pflegepatienten (in der Regel ASA3) handelt, erfolgt die notwendige Sedierung in der Regel durch einen weiteren Arzt. Daraus resultieren etwa 150 € Personalkosten.

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

Die Fallzahl wird auf 500-750 pro Jahr geschätzt.

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

Der Kostenunterschied zum unkomplizierten Wechsel einer PEG betragen etwa 350-500 €.
Die Kosten für eine operative Entfernung liegen wesentlich höher als die für die interventionelle Technik.

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)