

# Änderungsvorschlag für den OPS 2020

## 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:  
*ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-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 2019** 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](mailto: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](http://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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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 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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt 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.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**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 roboterassistierte Urologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGRU
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgru.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Witt
Vorname *	Jörn H.
Straße *	Möllenweg 22
PLZ *	48599
Ort *	Gronau
E-Mail *	witt@st-antonius-gronau.de
Telefon *	02562-915 2127

### 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](mailto: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](mailto: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) \***

Erweiterung der chirurgischen Zugangswege um 'Roboter-assistiert' für Urologie

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der 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.)**

entfällt

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

entfällt

**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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Erweiterung der chirurgischen Zugangswege (offen chirurgisch, laparoskopisch, etc.) um 'Roboter-assistiert' für die urologischen OPS-Kapitel 5-55 bis 5-59

Aufgrund des umfänglichen Umbaus ist diesem Antrag ein Umsetzungsvorschlag als separates Dokument beigelegt.

**7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags****a. Problembeschreibung \***

In den letzten ca. 20 Jahren hat die Roboter-assistierte Operationstechnik in verschiedenen Fachrichtungen Einzug genommen. Weltweit wurden bereits mehr als 3.900 robotische Operations-Systeme installiert (z.B. da Vinci®, Intuitive Surgical) und mehr als 4 Millionen Operationen Roboter-assistiert durchgeführt. In der Urologie stellt die Roboter-assistierte Operationstechnik mittlerweile neben offen chirurgischen und konventionell laparoskopischen Verfahren die dritte Säule der Operationstechnik dar. Die Roboter-assistierte Operationstechnik ist ein minimal invasives Verfahren, das alternativ zu offen chirurgischen und laparoskopischen Eingriffen durchgeführt werden kann, insbesondere wenn laparoskopische Eingriffe keine Alternative darstellen.

Unter Roboter-assistierter Operationstechnik ist die Anwendung komplexer Roboter gemeint. Mehrarmige komplexe Roboter sind geeignet Hand- und Fingerbewegungen des Operators über Controller zu detektieren und diese in feinste Bewegungen von Operationsinstrumenten zu übersetzen (Telemanipulation). Dabei werden ausschließlich Bewegungen des Chirurgen vom Roboter durchgeführt. Hierdurch lässt sich jedes einzelne Operationsinstrument vom Roboter in sieben Bewegungsfreiheitsgraden steuern. Dies wird durch die vom Operateur gesteuerte Kameraführung mit 3D-Übertragung unterstützt. Die Übersetzung chirurgischer Handbewegungen erfolgt gleichzeitig an 3 oder mehr endoskopischen Instrumenten. Die natürlichen Bewegungen des Operators - intuitive Handbewegungen bei ergonomischer Haltung und fortbestehender Hand-Augen-Koordination - werden durch den Roboter in feinste Instrumentenbewegungen so übersetzt, dass komplexe operative Manipulationen im Situs insbesondere auch bei komplizierten Operationen vorgenommen werden können, die mit anderen minimalinvasiven Verfahren nicht möglich sind. Im Ergebnis können so auch komplexe Operationen, die in vielen Fällen für laparoskopische Verfahren nicht geeignet sind, minimal-invasiv durchgeführt werden. Darüber hinaus geht die Roboter-assistierte Operationstechnik mit verschiedenen Vorteilen (u.a. geringerer intraoperativer Blutverlust, besseres Operationsergebnis, niedrigeres Infektionsrisiko, geringere postoperative Schmerzen, schnellere Mobilisation, reduzierte Verweildauer) einher. Dies trifft für nicht-komplexe Roboter-Systeme nicht zu, die beispielsweise lediglich mit nur einem einzigen Roboterarm die Kameraführung bei laparoskopischer Operationstechnik unterstützen.

Folgender Link veranschaulicht die Funktionsweise der Roboter-assistierten Operationstechnik:  
<https://www.youtube.com/watch?v=C17-bGquljI>

Die Roboter-assistierte Operationstechnik hat sich z.B. in den USA und skandinavischen Ländern bereits für verschiedene Eingriffe zum Standard entwickelt. Sie gilt in Deutschland im Bereich der Urologie als etabliert. Während in anderen Ländern Roboter-assistierte radikale Prostatektomien bereits das Standard-Operationsverfahren ist, hat sich in Deutschland die Roboter-assistierte

Operationstechnik, aufgrund einer nicht ausreichenden Vergütung bisher weniger durchgesetzt. In den USA werden inzwischen 87 % der radikalen Prostatektomien Roboter-assistiert durchgeführt, in Frankreich und England sind es ca. 60 %, in Schweden 100% und in Deutschland ca. 62%.

Die mittlerweile bedeutsame Rolle der Roboter-assistierten Operationstechnik in der Urologie zeigt sich auch in den von InEK veröffentlichten 21er-Daten. Bereits 2017 lag der Prozentsatz der Roboter-assistierten Operationstechnik innerhalb einer urologischen DRG-Fallgruppe bis zu 44%; bei 13 urologischen Fallgruppen lag der Prozentsatz über 2,5%, der Median bei 5,6%. Aufgrund der zunehmend expandierenden Operationstechnik ist mit einem weiteren Anstieg der betroffenen Fälle zu rechnen (siehe auch Abschnitt 7e).

Eine explizite Abgrenzung der Roboter-assistierten Operationstechnik von der konventionell laparoskopischen Operationstechnik ist dringend erforderlich. Im Zug der stattgehabten Entwicklung der Operationstechnik im urologischen Bereich kann die Roboter-assistierte Operationstechnik nicht mehr unter 'laparoskopisch' subsummiert werden. Sie ist schlichtweg eine anders geartete Operationstechnik. Die im OPS-Katalog definierten Zugangswege sind daher um den Zugangsweg 'Roboter-assistiert' zu erweitern, wie dies vor Jahren (nach Etablierung der laparoskopischen Verfahren) bei nahezu allen chirurgischen Verfahren flächendeckend bereits für den laparoskopischen Zugang vollzogen wurde.

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

Aufgrund der unter 7d und 7f dargestellten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da das Verfahren derzeit lediglich über einen Zusatzcode kodiert werden kann, ist eine Analyse der Verfahren nur eingeschränkt möglich. Zur sachgerechten Abbildung der Roboter-assistierten Verfahren bedarf es daher spezifischer OPS-Kodes.

**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

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität - S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. AWMF-Register-Nummer 043/022OL

S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 032/038OL

Prostate cancer: diagnosis and management - Clinical guideline.  
NICE 2014. nice.org.uk/guidance/cg175

Stolzenburg, JU et al. National trends and differences in morbidity among surgical approaches for radical prostatectomy in Germany. World J Urol (2016). DOI 10.1007/s00345-016-1813-7

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

Die Anschaffungskosten eines komplexen mehrarmigen Telemanipulations-Roboters liegen je nach System zwischen 800.000 und 2.000.000 €.

Pro Instrument, pro Eingriff, sind ca. 250 € zu rechnen; darüber hinaus die Kosten für Trokare, Patienten- und Roboterabdeckungen, sowie OP-übliche allgemeine Sachkosten. Da für unterschiedliche Eingriffe unterschiedliche Instrumente in unterschiedlicher Anzahl (mehrere Instrumente pro Roboter-Arm und Operation) angewendet werden, können generelle OP-Kosten nicht beziffert werden. Die OP-Sachkosten liegen in der Regel bei 1.500 bis 2500 €.

Eine Teilkompensation der Kosten über kürzere Verweildauern, geringere Blutverluste, geringere Intensivaufenthalte, einfachere Schmerztherapie, geringere Komplikationsraten, bei mindestens gleichwertigen onkologischen und funktionellen Ergebnissen, ist möglich. Die OP-Zeit ist während der Systemimplementierung in der Regel verlängert. In Zentren werden kürzere Operationszeiten als mit laparoskopischen Operationen erreicht. Das ärztliche Personal ist in der Regel in der Anzahl reduziert, bei gleichzeitig höherer OP-Bindungszeit des gesamten OP-Teams.

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

In den von InEK veröffentlichten 21er-Daten wurden bereits 2017 insgesamt ca. 12.900 urologische Fälle mit der Roboter-assistierten Operationstechnik behandelt.

Die Destatis-Daten aus 2017 beschreiben insgesamt ca. 17.715 Fälle (nicht nur urologische), wobei die Fallzahl über die letzten Jahre kontinuierlich steigt.

Diese Zahlen belegen die feste Etablierung der Roboter-assistierten Operationstechnik im urologischen Fachbereich.

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

Die Kostenunterschiede der Roboter-assistierten Operationstechnik zur konventionell laparoskopischen Operationstechnik ergeben sich im Wesentlichen durch die unter Punkt 7d dargelegten Materialkosten.

**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.)

Anhand der neu zu schaffenden OPS-Kodes wird die Qualitätssicherung (auch die externe) wesentlich verbessert. Die Information kann dann anhand von Routinedaten analysiert werden, was derzeit aufgrund der nicht vollständigen Kodierung der Zusatzkodes aus dem Bereich 5-987.0 'Anwendung eines OP-Roboters: ' nur eingeschränkt möglich ist.

Da es zudem Hinweise auf bessere Ergebnisse beim Einsatz der Roboter-assistierten Operationstechnik gibt, würde durch die beantragten OPS-Kodes auch die Entwicklung von Qualitätszu- und -abschlägen im Sinne des Gesetzgebers (vgl. Krankenhausstrukturgesetz) unterstützt.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

entfällt