

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) *

Präzisierung der Hinweise zu den Codes "Partielle Resektion des Dickdarms" (5-455.ff)

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:

DGAV (Antragsteller)

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.)

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die OPS-Kodes zur Kodierung von Dickdarmresektionen sollen durch Hinweise und Präzisierungen erweitert werden, um Unklarheiten zu beseitigen:

5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes

Hinw.:

Das Anlegen eines protektiven Enterostomas ist gesondert zu kodieren (5-462 ff.)

Die (Teil-)Resektion von Nachbarorganen ist gesondert zu kodieren

Die Nachbarorgane umfassen z.B. Dünndarm, Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere

Das Omentum majus gehört nicht zu den Nachbarorganen, die (Teil-)Entfernung ist im Code der Kolonresektion enthalten.

Die regionale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-406.2, 5-406.3, 5-406.4, 5-406.5, 5-406.6, 5-406.9, 5-406.a, 5-406.b)

Die radikale Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-407.2, 5-407.3, 5-407.4, 5-407.6, 5-407.7)

Die Art des verwendeten Materials für Gewebersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.)

Die Resektion einer Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm ist als Segmentresektion des Dickdarmes zu kodieren

Zugang und Art der Rekonstruktion sind für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Nicht alle Verfahren sind von allen Zugängen durchführbar:

1 Offen chirurgisch mit Anastomose

2 Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss

3 Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata

4 Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter

5 Laparoskopisch mit Anastomose

6 Laparoskopisch mit Enterostoma

7 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

x Sonstige

5-455.0**

Segmentresektion

[Subklassifikation]

Inkl.: Resektion einer Dickdarmanastomose

5-455.1**

Multiple Segmentresektionen

[Subklassifikation]

5-455.2**

Ileozäkalresektion

[Subklassifikation]

Hinw.:

Die Mitresektion einer End-Ileummanschette bis etwa 15cm ist im Code enthalten. Darüber hinausgehende

Entfernungen von Dünndarmanteilen sind mit dem Kode für Segmentresektionen des Dünndarms zu kodieren (5-454.ff)

5-455.3

Zäkumresektion

5-455.31

Offen chirurgisch

5-455.35

Laparoskopisch

5-455.37

Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

5-455.4**

Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]

[Subklassifikation]

Hinw.:

Die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ileummanschette bis etwa 10cm ist im Kode enthalten

[...]

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Der bisherige Hinweis, dass die regionalen Lymphknoten nicht zu den Nachbarorganen gehören, ist irreführend und sollte ersatzlos gestrichen werden. Im nächsten Absatz der Hinweise wird die Kodierung der Lymphadenektomie klar vorgegeben.

Die bisherigen Hinweise klären den Umfang der Entfernung von Ileumanteilen bei der Ileozökalresektion und der Hemikolektomie nicht eindeutig. Dies führt zu Unstimmigkeiten in der Kodierung von Operationen mit erweiterter Entfernung von Dünndarmsegmenten. Durch die Präzisierung der Hinweise wird dieses Problem gelöst. Die Formulierungen der Hinweise geben die aktuelle chirurgische Vorgehensweise gemäß der gängigen Standards und OP-Lehren wieder.

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

Durch die Präzisierung der Hinweise wird die Abbildung in den Entgeltsystemen unstrittiger möglich.

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)

S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom
Langversion 2.1. – Januar 2019 AWMF-Registernummer: 021/007OL

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens ***e. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *****f. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *****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, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)