

Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

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:
ops2021-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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.

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, 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte

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

Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Hernien Gesellschaft e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DHG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.herniengesellschaft.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Lammers
Vorname *	Bernhard J.
Straße *	Groß Sand 3
PLZ *	21107
Ort *	Hamburg
E-Mail *	blammers@lukasneuss.de
Telefon *	02131 - 888 3001

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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGAV
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgav.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.med.
Name *	Farke
Vorname *	Stefan
Straße *	Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40, Mieteinheit 3.200
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	Farke@marienkrankenhaus-berlin.de
Telefon *	030 767 83 261

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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) *

Defektbreite W3 von Narbenhernien nach den Kriterien der European Hernia Society

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:

Antragsteller ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) gemeinsam mit der Deutschen Herniengesellschaft (DHG)

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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Ergänzung eines Hinweises zum OPS- Kode 5-536

5-536 Verschluss einer Narbenhernie

Hinw.: Die Defektbreite einer Narbenhernie mit einer horizontalen Breite > 10 cm (Breite W3 nach den Kriterien der European Hernia Society (EHS)) ist gesondert zu kodieren (5-536.5 ff.)

Definition neuer OPS- Kodes als Zusatzcode zu OPS 5-536

5-536.5 Versorgung einer Narbenhernie mit einer Defektbreite W3 > 10 cm nach Kriterien der European Hernia Society

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzcodes. Er kann zusätzlich zu den Kodes 5-536 ff verwendet werden. Er bezieht sich auf die horizontale Breite des Defekts.

Die Defektbreite ist über geeignete bildgebende Verfahren (CT, MRT) zu dokumentieren.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Komplexität der Versorgung einer Narbenhernie nimmt mit der Größe des zu versorgenden Bauchwanddefekts deutlich zu. Speziell die Breite eines Bauchwanddefekts ist mit erhöhter Komplikationsrate, erhöhten OP- und Verweildauern und häufiger notwendigen Reoperationen assoziiert. Weitere Ausführungen hierzu siehe Punkt 6b.

Bisher können die deutlich schwerwiegenderen Fälle mit großer Defektbreite nicht spezifisch kodiert und somit im DRG- System abgegrenzt werden.

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

Nach den Kriterien der European Hernia Society (EHS) wird die horizontale Breite eines Defekts bei Narbenhernien wie folgt eingeteilt. [1]

W1: <4 cm

W2: 4 cm - <=10 cm

W3: > 10 cm

In einer aktuellen Auswertung der Daten aus dem Herniamed- Register (<https://www.herniamed.de>) konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Defektbreite und verschiedenen Endpunkten, die sowohl die Komplexität der Eingriffe selbst, aber auch der Gesamtkomplexität der Fälle, gezeigt werden [2].

Defektbreite:	W1	W2	W3	Signifikanz
Anzahl Fälle:	8.615 (37.6%)	10.519 (45.9%)	3.761 (16.4%)	
Alter in Jahren:	60.4 ± 14.6	64.4 ± 12.5	64.9 ± 11.9	p <0.001
BMI:	28.4 ± 5.6	29.5 ± 5.8	29.9 ± 5.9	p<0.001
OP-Dauer (min):	50.4	80.5	110.8	p<0.001
Netzgröße (cm2):	118.4	270.1	487.2	p<0.001

Das Risiko von postoperativen Komplikation korreliert ebenfalls hochsignifikant mit der Defektbreite:

W3 vs. W1: OR=2.500 [2.135; 2.927], $p < 0.001$

W3 vs. W2: OR=1.555 [1.380; 1.752], $p < 0.001$

W2 vs. W1: OR=1.608 [1.397; 1.850], $p < 0.001$

Auch das komplikationsbezogene Risiko für eine Reoperation hängt signifikant mit der Defektbreite zusammen:

W3 vs. W1: OR=2.219 [1.756; 2.804], $p < 0.001$

W3 vs. W2: OR=1.438 [1.209; 1.711], $p < 0.001$

W2 vs. W1: OR=1.543 [1.251; 1.903], $p < 0.001$

Anhand von Daten, die uns von Hr. Prof. Dr. F. Köckerling (Klinik für Chirurgie- Visceral- und Gefäßchirurgie, Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie, Referenzzentrum für Hernienchirurgie, Vivantes Klinikum Spandau) aus dem Herniamed- Register im Rahmen einer internen Auswertung zur Verfügung gestellt wurden, kann auch sehr deutlich der Einfluß der Defektbreite auf die Verweildauer gesehen werden.

Hierzu wurden folgende zwei Gruppen gebildet und miteinander verglichen:

W1 und W2 vs. W3

Anzahl Fälle: W1/W2 = 38.541 W3 = 8.393

Verweildauer (Tage): W1/W2 = 6 W3 = 10

Aus diesen Daten wird ersichtlich, dass Fälle mit einer großen Defektbreite im Bezug auf Komplexität und Komorbidität nicht mit Fällen mit kleiner Defektbreite vergleichbar sind.

Im DRG- System erfolgt die Eingruppierung der chirurgischen Versorgung von Narbenhernien in die ADRG G08 „Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre“ anhand der OPS-Kodes in Liste „Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand G08-V1“. Die Unterscheidung, ob ein Fall der G08A oder der G08B zuzuordnen ist, erfolgt ausschließlich über den PCCL anhand von Nebendiagnosen. Die Komplexität des Eingriffes selbst, die damit verbundenen verlängerten Verweildauern und die erhöhte Komplikationsrate werden hierbei nicht berücksichtigt.

Dies führt dazu, dass „einfache kleine Narbenhernien-OPs“ genauso vergütet werden, wie komplexe Bauchwandrekonstruktionen bei großen Bauchwanddefekten.

Dies führt vor allem in der DRG G08B dazu, dass die Versorgung von großen Narbenhernien nicht sachgerecht vergütet ist.

Kosten

Mittlere Verweildauer in G08B:	4,8
Mittlere Verweildauer „große Hernie“	10
Gesamtkosten G08B:	3.493,66 €
VWD- adaptierte Gesamtkosten „große Hernie“	5.448,57 €

Auf Basis der fast verdoppelten Verweildauer ergeben sich Mehrkosten von knapp 1.955 €, diese übersteigen die Standardabweichung der DRG von 1.116,07 € deutlich und sind somit als signifikant anzusehen. Zusätzlich fallen hier auch noch höhere Materialkosten für größere Netze an.

(Basis der Kostenberechnung ist der vom InEK veröffentlichte aDRG- Reportbrowser 2020)

Schiefelage:

Die DRG G08B wurde laut DeStatis im Jahre 2018 von 994 Kliniken abgerechnet, die Versorgung von großen und komplexen Narbenhernien erfolgt allerdings in erster Linie in wenigen spezialisierten Hernien-Zentren, so dass wir hier von einer klaren Schiefelage in der Leistungserbringung ausgehen.

Diese Fälle mit großer Defektbreite müssen also im DRG- System durch Einführung geeigneter Kodiermöglichkeiten sichtbar gemacht werden, um sie einer sachgerechten Vergütung zuführen zu können.

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)

[1] Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407–414. doi:10.1007/s10029-009-0518-x

[2] Köckerling F et al: Potential influencing factors on the outcome in incisional hernia repair - A registry based multivariable analysis of 22,895 patients, noch nicht publiziert, momentan im Review

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Mehrkosten von ca. 2.000 € für Fälle mit großer Defektbreite W3 (Details siehe 7b)

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

entfällt

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

Schätzung: Wenn man den Prozentsatz von 16,4% für die Defektbreite W3 aus der Publikation aus dem Herniamed- Register zugrunde legt, wären für das Jahr 2018 4086 Fälle in der DRG G08B betroffen (16,4% von 24.914 Fällen in der G08B, Quelle: DeStatis für das Datenjahr 2018)

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)

Alternativ zu einem OPS-Kode könnte auch ein entsprechender ICD- Kode als Sekundärkode etabliert werden.