

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: Orthopädische Chirurgie <input type="checkbox"/> Nein Status der Abstimmung: <input checked="" type="checkbox"/> Begonnen <input type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: <input type="checkbox"/> Nein
--

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

Es wird im Kapitel 5-893 (andere Operationen an der Wirbelsäule) für eine etablierte, aber noch nicht spezifisch verschlüsselbare Operationstechnik, die Implementierung eines neuen ergänzenden OPS-Kodes (s. u.) beantragt:

Da bei der weiter unten dezidiert beschriebenen Operationstechnik regelhaft und obligat keinerlei Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule (Kapitel 5-830) vorgenommen wird, ist der nicht zutreffende, bereits vorhandene OPS 5-830.7 (Implantation eines interspinösen Spreizers zur Entlordosierung) nicht geeignet das Verfahren sachgerecht abzubilden. Zudem berücksichtigt er nicht die Anzahl der behandelten Wirbelsäulensegmente.

Dieser OPS sollte aus den genannten Gründen ganz gestrichen und durch folgenden Vorschlag substituiert werden.

Der OPS 5-830.7 ist für 2006 auf Betreiben der neurochirurgischen Fachgesellschaft beantragt, aber nicht gleichzeitig beim InEK mit einer passenden DRG verknüpft worden.

Durch diesen Antrag, der obligat noch mit einem entsprechenden passenden Antrag beim InEK zur Zuordnung zu einer leistungsgerecht kalkulierten DRG verbunden wird, werden künftig OPS-Zuordnungsschwierigkeiten vermieden und gleichzeitig eine passende operative DRG angesteuert.

Da bei dem minimal-invasiven Spreizer-Verfahren keinerlei Exzision von Knochen- oder Weichgewebe durchgeführt wird, entspricht die Zuordnung des OPS 5-830.7 zu dem Kapitel 5-830 nicht der Systematik der Prozedurenklassifikation.

Ziel und Ergebnis der Operation ist eine Dekompression der Nervenwurzeln und nicht die Behebung einer lordotischen Fehlstellung der Wirbelsäule oder die Entfernung von erkranktem Gewebe. Aus diesen beiden Gründen ist das Operationsverfahren (Minimal-invasive interspinale Dekompression durch einen Spreizer ohne zusätzliche Knochen- und/oder Weichteilentfernung) nach der Systematik des OPS nur dem Kapitel 5-839 zuzuordnen.

Es handelt sich um ein bereits häufig eingesetztes, neueres Verfahren. Dabei erfolgt über einen minimal-invasiven Zugang die Implantation eines interspinalen Spreizers. Dafür werden keine knöchernen Bestandteile der Wirbelsäule oder Weichteilstrukturen entfernt. Der Spreizer wird zwischen zwei Dornfortsätze der betroffenen Wirbelsegmente geschoben. Durch die vorsichtige Aufdehnungsphase erfolgt eine Dekompression der beiden (rechten und linken) betroffenen Nervenwurzeln. In der optimalen Aufspreizstellung wird das Implantat fixiert und sorgt so für eine dauerhafte Entlastung der Nervenwurzeln im behandelten Segment ohne weitere zusätzliche operative Maßnahme (1, 2, 3, 5, Literaturverzeichnis im Anhang).

Die ersten, auch mittelfristigen, Ergebnisse nach der Implantation des Spreizers, beispielsweise, zeigen ein gutes Ansprechen und deutliche Linderung der Schmerzen und Verbesserung der Beweglichkeit.

Durch die minimal-invasive Vorgehensweise profitieren die Patienten zum einen durch die schnellere Remobilisierung, kürzere Krankenhausbehandlung und schnelleren Heilungsverlauf und zum anderen dadurch, dass in Zukunft noch jede weitere, auch operative Therapieoption erhalten bleiben (4, 6).

Ein zusätzlicher evidenter Grund zur Einführung des neuen OPS sind die derzeitigen Probleme bei der Zuordnung der beschriebenen Behandlungsmethode zu einer DRG. Von Seiten der Krankenhäuser und auch von Seiten der Kostenträger/MDK werden die unterschiedlichsten Empfehlungen von OPS vorgenommen, die in die verschiedensten DRG führen. Gemeinsam ist diesen DRG-Zuordnungen die Unterfinanzierung, da die Erlöse zum Teil nicht einmal die Implantatkosten decken können.

Häufig wird eine Spondylodese verschlüsselt und damit die DRG I09C (Bewertungsrelation: 2,306)

angesteuert. Von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) werden unterschiedliche Empfehlungen zur Verschlüsselung abgegeben: Der hierbei gelegentlich empfohlene, unzutreffende OPS 5-830.7 führt in die konservative DRG I68C (Bewertungsrelation: 0,597) mit medizinischer (!) Partition. Der unspezifische Code 5-830.x, der eigentlich verschlüsselt werden müsste, wenn keine andere Zuordnung möglich ist, läuft in die DRG I56Z (Bewertungsrelation: 1,232).

Aufgrund dieser DRG-Zuordnungsproblematik und in Anbetracht der Häufigkeit dieser Prozedur (bisher mehr als 2.100 Operationen in Deutschland) muss eine zielgenaue Abbildung dieser Operation ermöglicht werden.

Weiterführende Literatur wird im Anhang aufgeführt.

Zusammenfassung:

Die beschriebene Operationstechnik (Minimal-invasive interspinale Dekompression durch einen Spreizer ohne zusätzliche Knochen- und/oder Weichteilentfernung) findet derzeit im OPS keine spezifische sachgerechte Verschlüsselungsmöglichkeit. Wir beantragen daher die Neueinführung des OPS 5-839.b um diese Leistung fachgerecht abbilden zu können. Wie bei anderen Wirbelsäuleneingriffen auch sollte eine weitere Splittung dieses OPS je nach Anzahl der behandelten Segmente erfolgen:

- .b0 1 Segment
- .b1 2 Segmente
- .b2 3 Segmente
- .b3 mehr als drei Segmente

Der ähnlich lautende OPS 5-830.7 sollte aus oben ausführlich dargelegten Gründen gestrichen werden.

Die korrekte leistungsrechtliche Zuordnung im DRG-System wird im Parallelantrag beim InEK fristgerecht eingereicht und dort beantragt.

Die Zustimmung der Fachgesellschaften dürfte nicht schwer fallen, da durch diese beantragte Korrektur nunmehr eine eindeutige Zuordnung zu einem OPS und nachfolgend zu einer zutreffenden DRG gewährleistet wird. Die Systematik der Prozedurenklassifikation wird wieder sachgerecht hergestellt und die bisher versäumte durchkalkulierte Einordnung in eine DRG vorgenommen.

- Streichung des OPS 5-830.7
- Einführung des OPS 5-839.b
Minimal-invasive interspinale Dekompression durch einen Spreizer ohne zusätzliche Knochen- und/oder Weichteilentfernung
 - .b0 1 Segment
 - .b1 2 Segmente
 - .b2 3 Segmente
 - .b3 mehr als drei Segmente

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

5-839.b

Textdefinition: Minimal-invasive interspinale Dekompression durch einen Spreizer ohne zusätzliche Knochen- und/oder Weichteilentfernung

- .b0 1 Segment
- .b1 2 Segmente
- .b2 3 Segmente
- .b3 mehr als drei Segmente

Synonyme: Nervenwuzeldekompersion, Spreizer

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung: Derzeit ist keine korrekte, eindeutige Zuordnung der Prozedur zu einer DRG möglich.

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Das beschriebene Operationsverfahren wurde 2005 ca. 900 Mal in Deutschland eingesetzt. Im Schnitt mussten 1,3 Implantate pro Operation eingesetzt werden. Mit einer Zunahme der Operationsanzahl ist zu rechnen. Insgesamt erfolgte in Deutschland bislang diese Prozedur etwa 2.100-fach, nach den Angaben des Herstellers.

Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Implantatkosten: ca. 2375,- € (je Segment)

Operationskosten: ca.: 1250,- € (Anhaltswert, orientierend an DRG I56Z)

Gesamt: ca.: 3625,- € (für ein Segment, häufigste Operation)

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Alternativ, sollte der Antrag wider Erwarten nicht angenommen werden, beantragen wir einen Zusatz, ein Inklusivum im Kapitel 5-836 (Spondylodese): „Inkl.: dynamische Fixierung, z. B. durch einen interspinalen Spreizer“.

Aus oben ausführlich dargelegten Gründen wäre der von uns vorgeschlagene spezifische Kode (5-839.b) allerdings wesentlich geeigneter als diese Alternative. Bei Ablehnung dieses spezifischen Kodes müsste dann allerdings unbedingt dieser alternative Zusatz im OPS eingeführt werden, um das Operationsverfahren überhaupt abbilden und einer DRG zuordnen zu können.

Literaturverzeichnis:

1. Vikram Talwar, Derek P. Lindsey, Amy Fredrick, Ken Y. Hsu, James F. Zucherman and Scott A. Yerby1, **Insertion loads of the X STOP interspinous process distraction system designed to treat neurogenic intermittent claudication**, European Spine Journal, 2005, 10.1007.
2. Craig M. Wiseman, Derek P. Lindsey, Amy D. Fredrick and Scott A. Yerby, **The Effect of an Interspinous Process Implant on Facet Loading During Extension**, 2005, SPINE Volume 30, Number 8, pp 903–907.
3. Robert Gunzburg, Marek Szpalski, **The conservative surgical treatment of lumbar spinal stenosis in the elderly**, Eur Spine J (2003) 12 : S176–180.

4. Zucherman J. F., Hsu K. Y., Hartjen C. A., Mehalic T. F., Implicito D. A., Martin M. J., Johnson II D. R., Skidmore G. A., Vessa P. P., Dwyer J. W., Puccio S., Cauthen J. C., Ozuna R. M., **A prospective randomized multi-center study for the treatment of lumbar spinal stenosis with the X STOP interspinous implant: 1-year results**, Eur Spine J (2004) 13 : 22–31.
5. Swanson Kyle E., Lindsey Derek P., Hsu Ken Y., Zucherman James F. and Yerby Scott A., **The Effects of an Interspinous Implant on Intervertebral Disc Pressures**, SPINE Volume 28, Number 1, pp 26–32.
6. Lindsey Derek P., Swanson Kyle E., Fuchs Paul, Hsu Ken Y., Zucherman James F. and Yerby Scott A., **The Effects of an Interspinous Implant on the Kinematics of the Instrumented and Adjacent Levels in the Lumbar Spine**, SPINE Volume 28, Number 19, pp 2192–2197.