

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardtstrasse 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * 030-24625526

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Berliner Kontinenzzentrum am Franziskus-Krankenhaus
Offizielles Kürzel der Organisation * Berliner Kontinenzzentrum
Internetadresse der Organisation * www.berliner-kontinenzzentrum.de
Anrede (inkl. Titel) * Dr.
Name * Neymeyer
Vorname * Jörg
Straße * Budapester Straße 15-19
PLZ * 10787
Ort * Berlin
E-Mail * joerg.neymaeyer@web.de
Telefon * 030-26383801

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe eV.

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Differenzierung der Codes für Uro/Gyn Operationen mit titanisierten Alloplasten.

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Weitere Differenzierung der Schlüsselnummern für Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik (5-704): (alle Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexte sollten wie im aktuellen Katalog bestehen bleiben!)
 aktuell im OPS 2008:

- 5-704.0 Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele)
 - >.00 Ohne alloplastisches Material
 - >.01 Mit alloplastischem Material
- 5-704.1 Hinterwandplastik (bei Rektozele)
 - >.10 Ohne alloplastisches Material
 - >.11 Mit alloplastischem Material
- 5-704.4 Scheidenstumpffixation
 - >.40 Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material
 - >.41 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material
 - >.42 Laparoskopisch
 - >.43 Vaginal
 - >.44 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
 - >.45 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
 - >.4x Sonstige

Erweiterungsvorschlag:

- 5-704.0 Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele)
 - >.00 Ohne alloplastisches Material
 - >.01 Mit alloplastischem Material, unbeschichtet
 - >.02 Mit alloplastischem Material, titanbeschichtet
 - >.03 Mit alloplastischem Material, mit sonstiger Beschichtung
- 5-704.1 Hinterwandplastik (bei Rektozele)
 - >.10 Ohne alloplastisches Material
 - >.11 Mit alloplastischem Material, unbeschichtet
 - >.12 Mit alloplastischem Material, titanbeschichtet
 - >.13 Mit alloplastischem Material, mit sonstiger Beschichtung
- 5-704.4 Scheidenstumpffixation
 - >.40 Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material
 - >.41 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, unbeschichtet

- >.42 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, titanbeschichtet
- >.43 Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit sonstiger Beschichtung
- >.44 Laparoskopisch
- >.45 Vaginal
- >.46 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
- >.47 Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- >.4x Sonstige

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Aktuell wird ein sprunghafter Anstieg der Dysfunktionen im Bereich des weiblichen Beckenbodens verzeichnet. Die Rezidivrate herkömmlicher Methoden unter Verwendung alloplastischer Materialien verzeichnet eine Rezidivrate von 40% (1;2). In der jüngsten Vergangenheit hat es Optimierungen der Operationstechniken und Materialien gegeben, die hier zu Verbesserungen geführt haben (3). Die Vielzahl der in diesem Bereich verwendeten ca. 30 unterschiedlichen alloplastischen Produkte unterscheidet sich in Reißfestigkeit und Webformen. Sie bestehen jedoch im Wesentlichen aus Polypropylengewirke. Materialbedingt treten bei diesem Material immunologische Reaktionen und Material Schrumpfungen auf. Das Schrumpfen bewirkt seinerseits eine chronische Entzündungsreaktion und Faltung des Materials mit der daraus verminderten Abdeckung der Fläche durch das Implantat. Titanisierte alloplastische Materialien haben in ihren histopathologischen, immunhistochemischen und molekularbiologischen Untersuchungen eine verminderte Entzündungsreaktion nachgewiesen (3-6). Auch die Schrumpfungstendenz ist im Vergleich zu herkömmlichen Materialien geringer, verbunden mit der geringsten chronische Entzündungsaktivität. Klinische Ergebnisse aus kontrollierten Studien des titanisierten alloplastischen Material im Einsatzgebiet der Hernien bestätigt die Verminderung der chronischen Schmerzen und Rezidivraten (7-9). Die vorläufige Studienberichte titanisierter alloplastischer Materialien in der vaginalen rekonstruktiven Prolapsversorgung (10) oder Hysterektomie bzw. radikaler Zystektomie (11) bestätigen die Wirksamkeit titanisierter alloplastischer Materialien.

Literatur Verzeichnis

1. Kahn, M. A. and Stanton, S. L. (1998) Int Urogynecol. J Pelvic. Floor. Dysfunct. 9, 37-47
2. Sand, P. K., Koduri, S., Lobel, R. W., Winkler, H. A., Tomezsko, J., Culligan, P. J., and Goldberg, R. (2001) Am J Obstet. Gynecol. 184, 1357-1362
3. Krause, H. G., Galloway, S. J., Khoo, S. K., Lourie, R., and Goh, J. T. (2006) Aust. N Z J Obstet. Gynaecol. 46, 42-45
4. Scheidbach, H., Tamme, C., Tannapfel, A., Lippert, A., and Köckerling, F. (2003) Biokompatibilität verschiedener Polypropylene-Netze unter Berücksichtigung der Handhabbarkeit bei der totalen extraperitonealen Patchplastik (TEP). In Köckerling, F., Bittner, R., Gastinger, L., and Lippert, H., editors. Minimal Invasive Chirurgie, Science Med, Hannover
5. Scheidbach, H., Tannapfel, A., Schmidt, U., Lippert, H., and Kockerling, F. (2004) Eur Surg Res 36, 313-317
6. Scheidbach, H., Tamme, C., Tannapfel, A., Lippert, H., and Kockerling, F. (2004) Surg Endosc. 18, 211-220
7. Tamme, C., Garde, N., Klingler, A., Hampe, C., Wunder, R., and Kockerling, F. (2005) Surg

Endosc. 19, 1125-1129

8. Horstmann, R., Hellwig, M., Classen, C., Rottgermann, S., and Palmes, D. (2006) World J Surg 30, 1742-1749

9. Schardey, H. M., Schopf, S., Rudert, W., Knappich, P., and Hernandez-Richter, T. (2004) Zentralbl. Chir 129, 363-368

10. Milani, A. L., Heidema, W. M., van, d., V, Kluivers, K. B., Withagen, M. I., and Vierhout, M. E. (2008) Eur J Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.

11. Neymeyer, J. (2006) Kontinenzhaltendes Operationsverfahren bei radikaler Zystektomie der Frau Berliner Neoblase.

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

Durch die entstehenden Zusatzkosten beim Einsatz von titanbeschichtetem alloplastischen Material ist die Operation nicht kostendeckend im DRG abgebildet.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

1389€ (davon Sachkosten Implantate/Transplantate 300€)

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

10880

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

Mehrkosten von 231€ (für titanisiertes Material).

Die bisherigen OPS (5-704.01/5-704.11/5-704.41) laufen in die DRGs N06Z/N14Z/N04Z. Die Gesamtkosten OP und Sachkosten Implantate Transplantate wurden dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 (G-DRG Browser HA 2008) entnommen. Die jeweiligen Fallzahlen der Prozeduren wurden den §21 KHEntgG Daten 2006/2007 entnommen. Die angegebenen Zahlen entsprechen dem rechnerischen Mittel.

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

8. **Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)