

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

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 *	Deutsche Gesellschaft für Klinisches Kodieren
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation *	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med
Name *	Witthohn
Vorname *	Andreas
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@dgkkev.de
Telefon *	040-55565920

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

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

Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
Wörthstraße 74, 89077 Ulm
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Rudolf Beisse

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) *

Vollständig resorbierbarer keramischer Knochenersatz mit Silikatsubstitution

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)

Für das unten ausführlich beschriebene Verfahren wird beantragt, die folgenden neuen OPS-Kodes einzuführen:

5-785.6_ Implantation von alloplastischem Knochenersatz: keramischer Knochenersatz, resorbierbar mit geringer (< 3%) Silikatsubstitution

Die letzte Stelle wird durch die Anatomie festgelegt. Vom DIMDI ist dafür schon vorgegeben:

- 0 ⇒ Klavikula
- 1 ⇒ Humerus proximal
- 2 ⇒ Humerusschaft
- 3 ⇒ Humerus distal
- 4 ⇒ Radius proximal
- 5 ⇒ Radiuschaft
- 6 ⇒ Radius distal
- 7 ⇒ Ulna proximal
- 8 ⇒ Ulnaschaft
- 9 ⇒ Ulna distal
- a ⇒ Karpale
- b ⇒ Metakarpale
- c ⇒ Phalangen Hand
- d ⇒ Becken
- e ⇒ Schenkelhals
- f ⇒ Femur proximal
- g ⇒ Femurschaft
- h ⇒ Femur distal
- j ⇒ Patella
- k ⇒ Tibia proximal
- m ⇒ Tibiaschaft
- n ⇒ Tibia distal
- p ⇒ Fibula proximal
- q ⇒ Fibulaschaft
- r ⇒ Fibula distal

s ⇒ Talus
 t ⇒ Kalkaneus
 u ⇒ Tarsale
 v ⇒ Metatarsale
 w ⇒ Phalangen Fuß
 z ⇒ Skapula
 x ⇒ Sonstige

Synonyme: Hydroxylapatit mit Silikatsubstitution, allogener Knochenersatz

Sowie:

5-835.b2 Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: mit geringer (< 3%) Silikatsubstitution

Synonyme: Hydroxylapatit mit Silikatsubstitution, allogener Knochenersatz

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Bei knöchernen Defekten besteht neben der Rekonstruktion bzw. Defektfüllung mit körpereigenem Material die Möglichkeit der Behandlung mit allogenen Ersatz. Als eine Möglichkeit der Defektfüllung steht das Produkt Actifuse™ zur Verfügung. Es handelt sich dabei um einen Knochenersatz aus Hydroxylapatit, in welchem ein kleiner Teil der Phosphatgruppen durch Silikat ersetzt wird. Dadurch erfährt das Material eine signifikante Änderung der Ladungseigenschaften, wodurch es zu einer schnelleren Anbindung der Proteine kommt und damit zu einem schnellerem Durchwachsen des Knochens. Als Alleinstellungsmerkmal bietet Actifuse™ zusätzlich den kompletten Abbau durch eine osteoklastische Resorption, wodurch der körpereigene Knochen vollständig wieder aufgebaut werden kann. Eingesetzt werden kann Actifuse™ als Knochenersatz grundsätzlich bei allen Knochendefekten, die sich prinzipiell auch für natürliche Spongiosa eignen. Als Hauptanwendungsgebiete stellen sich die Wirbelsäule (Posterolaterale und posteriore Fusionen, Cage Befüllung und Skoliosen), die allgemeine Orthopädie und Traumatologie (Knochenzysten, Umstellungen, Frakturen und Revisionen), die Tumor-Chirurgie, die Neurochirurgie sowie die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie dar. Dieser neuartige Knochenersatz lässt sich derzeit nicht über einen der vorhandenen Operationsschlüssel exakt abbilden. Als weiterer Schritt wird beim InEK beantragt, dass dieses Verfahren einem Zusatzentgelt zugeordnet wird, damit eine sachgerechte Vergütung im G-DRG-System sichergestellt werden kann. Auch dafür ist die eindeutige Identifizierung der Prozedur über einen OPS obligat.

Literatur:

Eskander MS, Hays P, Eskander JP, Brooks DD, Franklin P, Connolly P, Treatment of degenerative spinal pathology utilizing silicated calcium phosphate graft in posterolateral fusion

Brandoff JF, Silber JS, Vaccaro AR, Contemporary options in synthetic Bone Graft alternatives, 2006

Jenis L, Grauer J, Blunn G, Advances in Bone Grafting in Spine Surgery, 2006, Clinical Symposium Synopsis

Guth K, Buckland T, Hing KA, Silicon Dissolution from Microporous Silicon Substituted Hydroxyapatite and its Effect on Osteoblast Behaviour

Hardenbrook MA, Lombardo SR, Silicate-substituted calcium phosphate as a bone void filler after kyphoplasty in a young patient with multiple compression fractures due to osteogenesis imperfecta variant, 2006, Neurosurg Focus, 21: 1-5

Porter AE, Buckland T, Hing K, Best SM, Bonfield W, The Structure of the Bond Between Bone and Porous Silicon-Substituted Hydroxyapatite Bioceramic Implants, 2006, Journal of Biomedical Materials Research Part, 10.1002: 25-33

Botelho CM, Lopes MA, Gibson IR, Best SM, Santos JD, Structural analysis of Si-substituted hydroxyapatite: zeta potential and X-ray photoelectron spectroscopy, 2002, Journal of Materials Science, 13: 1123-1127

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

Da die Kosten für den Einsatz des oben beschriebenen Knochenersatzes derzeit nachweisbar nicht vollständig im deutschen Entgeltsystem (DRG-System) enthalten sind, muss für die künftige Kalkulation bei der Behandlung der betroffenen Patienten diese Leistung über einen spezifischen OPS-Kode eindeutig identifiziert werden können. Zudem ist ein spezifischer OPS-Kode für die eindeutige Zuordnung zu einem Zusatzentgelt zwingend notwendig.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Für die Darstellung von Verfahrenskosten, müssen grundsätzlich sowohl die direkten Materialkosten, als die auch Kosten für den Prozess der Leistungserstellung berücksichtigt werden.

Die direkten Materialkosten variieren stark in der Menge (in ml) des Knochenersatzes und der Verabreichungsform (als Mikro- und Makrogranulat oder als Ready-to-Use-Kartusche). Im günstigsten Fall beträgt die Höhe der Kosten € 160 (für 2,5 ml Mikro-Granulat) und maximal € 1.090 (10 ml Ready-to-Use-Kartusche). Die Kosten für den Prozess der medizinischen Leistungserstellung sind mit denen herkömmlicher Verfahren vergleichbar und daher nicht extra darzustellen. Auswirkungen auf die weitere stationäre Behandlung, wie die Verweildauer oder die prä- und postoperative Diagnostik, bestehen nicht. Kann auf die Gewinnung von Spongiosa verzichtet werden, ist im Regelfall von einer verkürzten OP-Dauer von ca. 30 Minuten auszugehen. In diesem Fall sind die Kostenersparnisse den Materialkosten entgegenzurechnen.

Die größte Ersparnis resultiert direkt aus den geringeren Personalkosten des Ärztlichen Dienstes und des Funktionsdienstes im OP und in der Anästhesie. Nach Vorgabe des Kalkulationshandbuchs für Fallkosten in der Version 3.0 sind für die OP-Dauer von 30 Minuten Personalkosten im OP und in der Anästhesie von ca. € 114 anzusetzen.

Abseits der direkten Personalkosten muss durch die verkürzte OP-Dauer auch von einem geringeren Verbrauch an Arzneimitteln und des übrigen medizinischen Sachbedarfs ausgegangen werden. Laut des Kalkulationshandbuchs werden die Kosten für Arzneimittel

und des übrigen medizinischen Sachbedarfes ebenfalls über die OP-Dauer ermittelt. Es wurde dafür die ermittelte Personalkostenersparnis von € 114 herangezogen und diese im Verhältnis zu den gesamten Personalkosten des OPs und der Anästhesie indikationsrelevanter DRGs gesetzt. Der sich daraus ergebende Prozentsatz wird mit den kalkulierten Kosten der Arzneimittel und des übrigen medizinischen Sachbedarfes multipliziert, wodurch sich die OP-Dauer abhängige Kostenersparnis bei den Arzneimitteln und des übrigen medizinischen Sachbedarfes ergibt. Selbiges Vorgehen wird auch für die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur verwendet. Nach dieser Vorgehensweise beträgt die Kostenersparnis im gewichteten Mittel knapp € 200.

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

Für die Ermittlung der Fallzahl, bei der das Verfahren zur Anwendung kommt, werden zunächst die in Frage kommenden DRGs berücksichtigt. DRGs stellen in erster Linie kostenhomogene Fallgruppen dar, die nicht nur einzelne Indikationen beinhalten. Daher sind in den ermittelten DRGs auch Indikationen kalkuliert, die für unsere Fragestellung nicht relevant sind.

Im Idealfall müssen die relevanten Teilmengen dieser DRGs durch entsprechende Diagnose- und Prozedurenschlüssel identifiziert werden. Als repräsentative Datenquelle steht im deutschen Gesundheitswesen dafür nur die Veröffentlichung der Datensätze im G-DRG-Reportbrowser zur Verfügung. In diesen Datensätzen werden allerdings nur die am häufigsten verwendeten (TOP 20) Diagnosen- und Prozeduren dargestellt. Relativ selten erbrachte OPS-Kodes bleiben somit unberücksichtigt.

Im ersten Schritt wird zunächst ermittelt, welche Prozeduren (aus der TOP 20 Liste je DRG) für unsere Fragestellung relevant sind. In Abhängigkeit der Häufigkeit dieser Prozeduren zu den weiteren veröffentlichten Prozeduren dieser DRGs, kann eine erste Teilmenge der in Frage kommenden DRG-Fallzahl gebildet werden.

Im zweiten Schritt wird mit erfahrender klinischer Expertise beurteilt, in welcher Häufigkeit in den gebildeten Teilmengen Actifuse™ zum Einsatz kommen kann.

Abschließend muss dieses Ergebnis extrapoliert werden, da die veröffentlichten DRG-Fallzahlen laut des Abschlussberichtes zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2009 16,17 % der bundesweiten Fälle repräsentieren.

Nach dieser Vorgehensweise stellt sich ein theoretisches Absatzpotenzial von ca. 150.000 Fällen dar.

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

Wie schon bei der Darstellung der Verfahrenskosten beschrieben, stellen die Materialkosten den wesentlichen Kostenbestandteil dar. Während herkömmlicher Knochenzement bei Verwendung eines Kits ca. € 30 kostet, verursacht der neuartige Knochenersatz Kosten in Höhe von € 160 bis € 1.090.

Wird durch die Verwendung des Knochenersatzes die Entnahme von Spongiosa vermieden, sind die oben dargestellten Kosteneinsparungen aufgrund der verkürzten OP-Dauer zu berücksichtigen. In diesem Fall beträgt der maximale Kostenunterschied lediglich ca. € 900, je nach Menge des Implantats.

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.)

entfällt

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

entfällt