

## 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](mailto: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](http://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](http://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](mailto: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) *	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)

Dem Vorschlag wurde durch das Vorstandsmitglied Prof. Dr. Thomas Helmberger der Deutschen Gesellschaft für interventionelle Radiologie zugestimmt.

Ansprechpartner Fachgesellschaft für Interventionelle Radiologie ist:

Prof. Dr. Thomas Helmberger

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin Klinikum Bogenhausen

Tel. 0049 (0)89/(intern 194) 9270 - 2201

Fax 0049 (0)89/(intern 194) 9270 - 2641

e-mail: thomas.helmberger@kh-bogenhausen.de

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) \*

Injizierbarer, keramischer Knochenersatz aus Calciumsulfat und Hydroxylapatit

**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:

5-785.5\_ Implantation von alloplastischem Knochenersatz: injizierbarer, keramischer Knochenersatz:

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

Sowie:

5-835.f Verwendung von injizierbarem, keramischem Knochenersatzmaterial.

- .f1 1 Wirbelkörper
- .f2 2 Wirbelkörper
- .f3 3 Wirbelkörper
- .f4 4 oder mehr Wirbelkörper

Synonyme: Hydroxylapatit, allogener Knochenersatz, Cerament

## 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. Bei der innovativsten Möglichkeit der Defektfüllung handelt sich um einen resorbierbaren, injizierbaren, keramischen Knochenersatz aus Calciumsulfat und Hydroxylapatit. Das Material ermöglicht und begünstigt das Wachstum von körpereigenem Knochen. Es wird nach (Wieder-)Aufbau des körpereigenen Knochens zu etwa 60% wieder abgebaut. Die wesentlichen Eigenschaften sind:

- hohe Druckfestigkeit
- verwendbar im wachsenden Knochen
- gleichmäßige Verteilung des Materials im defekten Knochen durch eine gute Flieseigenschaft, somit gleichmäßige Stabilisierung des defekten Knochens
- schnelle Minderung der Schmerzsymptomatik durch ein schnelles Aushärten und durch die gleichmäßige Verteilung des Materials mit folgender Stabilisierung des osteoporotischen Wirbelkörpers und somit auch Reduktion des Risikos einer Rezidivfraktur
- keine Hitzeentwicklung im Vergleich zum Knochenzement, somit Reduktion der Risiken wie lokale Hitzeschäden, Lungenembolien oder Rechtsherzbelastungen
- penetriert Knochen, lässt jedoch ein zukünftiges Wachstum des Knochens zu
- Anregung des Knochenwachstum bzw. Knochenregeneration durch resorbierbare Calciumanteile
- geringes Infektionsrisiko und Fehleranfälligkeiten durch vorgefertigte Sets
- keine unkontrollierte systemische Aufnahme des Materials im Blutkreislauf

- gute organische Verträglichkeit
- schnelle postoperative Belastbarkeit des Materials im Vergleich zum Knochenzement
- vielfältige Einsatzmöglichkeiten im gesamten Skelettsystem
- Resorption durch den sich im Heilungsprozess befindlichen Knochen, ggf. Wechsel der Metallimplantate somit im Vergleich zum Knochenzement komplikationsärmer

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:

Nilsson M, Wang J-S, Wielanek L, Tanner KE, Lidgren L, Biodegradation and biocompatibility of a calcium sulphate-hydroxyapatite bone substitute, 2004, The Journal of Bone & Joint Surgery (Br), 86: 120-125

Kelly CM, Wilkins RM, Gitelis S, Hartjen C, Watson JT, Kim PT, The Use of a Surgical Grade Calcium Sulfate as a Bone Graft Substitute, 2001, Clinical Orthopaedics and Related Research, 382: 42-50

Herstellerbroschüre BONESUPPORT, CERAMENT™ The injectable and bioactive Bone Substitute

Rauschmann M, Integrated Clinical Trial Report: An Open-labelled, Non-randomized Clinical Investigation to document the Safety and Feasibility of CERAMENT™, 2008

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

Da die Kosten für den Einsatz des oben genannten Knochenersatzes derzeit nachweisbar nicht im G-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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard      | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt            |  |

#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Der injizierbare Knochenersatz wird als Substitut für herkömmlichen Knochenzement verwendet. Auswirkungen auf die OP-Dauer oder die weitere stationäre Behandlung existieren dadurch kaum. Es ist lediglich von einer geringfügig kürzeren OP-Dauer (ca. 10 Minuten) auszugehen, da der injizierbare Knochenzement im Vergleich zum herkömmlichen Knochenzement schneller aushärtet, die Modulationszeit durch verbesserte Flieseigenschaften verkürzt wird, keine intraoperativen Komplikationen durch Hitzeentwicklung zu erwarten sind und die vorgefertigten Sets das Mischen des Materials obsolet erscheinen lassen. Daher ergeben sich grundsätzlich nur Kosten für das Materialset und für die benötigten Verbrauchsmaterialien von insgesamt € 1.000,-. Wird die geringfügige Zeitersparnis im OP bei der Verwendung des injizierbaren Knochenzementes berücksichtigt, sowie der nicht mehr benötigte herkömmliche Knochenzement, entstehen unter der Differenzkostenbetrachtung Mehrkosten in Höhe von € 917,-.

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

Als Ausgangsbasis zur Ermittlung der relevanten Fallzahl wurden die Daten des G-DRG-Browsers 2009 verwendet. Dabei wurde im ersten Schritt die Verwendung des injizierbaren keramischen Knochenersatzes auf die folgenden Kernindikationen beschränkt:

- Osteoporotische Wirbelfraktur Vertebroplastik
- Osteoporotische Wirbelfraktur Kyphoplastik
- Osteoporotische Wirbelfraktur Kyphoplastik - 3 Segmente
- Koxarthrose TEP mit resorbierbarem, keramischen Knochenersatz
- Plattenosteosynthese Tibiafraktur mit keramischen Knochenersatz
- Zyste Großzeh Keramischer Knocheneinsatz
- Kalkaneuszyste Keramischer Knochenersatz

Diese Indikationen lösen unterschiedliche DRGs aus. Jede DRG stellt eine kostenhomogene Fallgruppe dar, in der auch Indikationen, bei denen kein injizierbarer keramischer Knochenzement verwendet wird, subsumiert werden. Anhand der veröffentlichten OPS-Kodes (je DRG) kann die DRG-Fallzahl zu einer sinnvollen Teilmenge reduziert werden. Aus dieser Teilmenge wird anhand klinischer Erfahrungswerte im nächsten Schritt die Teilmenge extrahiert, die für die Verwendung von injizierbaren keramischen Knochenersatz besonders geeignet erscheint. Die relevante Kennzahl des G-DRG-Browsers beträgt somit abschließend 4.775 Fälle. Bei Extrapolation der veröffentlichten Daten der DRG-Kalkulationshäuser auf die Fallmenge sämtlicher Krankenhäuser ergäbe sich eine Prävalenz von ca. 29.000 Fällen. Dieses berücksichtigt jedoch nur die oben genannten Indikationen.

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

Der injizierbare keramische Knochenersatz versteht sich als Substitut des herkömmlichen Knochenzementes. Der wesentliche Kostenunterschied liegt in den Sachkosten. Während herkömmlicher Knochenzement bei Verwendung eines Kits ca. € 30 kostet, verursacht der injizierbare keramische Knochenzement Kosten in Höhe von ca. € 950. Im Bereich der Personalkosten ist die Verwendung des injizierbaren keramischen Knochenersatzes durch die schnellere Aushärtung und der verkürzten Modulationszeit aufgrund verbesserter Fliesseigenschaften geringfügig günstiger. Es ist davon auszugehen, dass sich die OP-Dauer um ca. 10 Minuten reduziert. Die übersichtliche Differenzkostenbetrachtung ist dem Punkt 7d zu entnehmen.

**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