

## 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)

Deutsche Vereinigung für Orthopädische Sporttraumatologie  
Theatinerstr. 1, 80333 München  
Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Wolfgang Pförringer

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) \*

Implantation eines Ersatzmeniskus aus Polyurethanschaum

## 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)

Wir beantragen hiermit die Aufnahme der folgenden OPS-Kodes zur Ermöglichung der spezifischen Beschreibung und Kodierung des innovativen Verfahrens der Implantation eines Ersatzmeniskus aus Polyurethan. Der bereits vorhandene OPS für einen Kollagenmeniskus kann nicht verwendet werden, da dieses innovative Produkt aus einem anderen Werkstoff besteht und andere physiologische Reaktionen zum Abbau nach sich zieht. Dem Grunde nach ist sowohl die arthroskopische Erbringung als auch die offenchirurgische Operation möglich. Deshalb sollte der OPS an beiden Stellen um das neuartige Operationsverfahren ergänzt werden:

Offenchirurgische Operation:

- 5-801.o Implantation eines Ersatzmeniskus aus Polyurethan
- 5-801.p Entfernung eines Ersatzmeniskus aus Polyurethan
- 5-801.q Wechsel eines Ersatzmeniskus in einen Ersatzmeniskus aus Polyurethan

Arthroskopische Operation:

- 5-812.k Implantation eines Ersatzmeniskus aus Polyurethan
- 5-812.l Entfernung eines Ersatzmeniskus aus Polyurethan
- 5-812.m Wechsel eines Ersatzmeniskus in einen Ersatzmeniskus aus Polyurethan

Synonyme: Meniskus Implantat, Ersatzmeniskus

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Meniskusverletzungen und -schädigungen bilden die häufigste Ursache für operative Eingriffe am Kniegelenk. Im Rahmen einer Meniskusoperation auf Grund einer traumatischen oder degenerativen Verletzung des Meniskus am Kniegelenk kann es erforderlich werden, den Meniskus durch ein Implantat zu ersetzen. Das innovative synthetische Implantat ACTIFIT™ dient der Wiederherstellung eines körpereigenen Meniskus. Das aus Polyurethan bestehende Implantat ermöglicht das Einwachsen von Blutgefäßen und Chondrocyten, wodurch der natürliche Heilungsprozess und die Wiederherstellung von körpereigenem Gewebe unterstützt wird. Nach vier bis sechs Jahren werden die Polyurethanbestandteile zersetzt. Zurück bleibt ein Meniskus aus körpereigenen Zellen. Bisher besteht nur die Möglichkeit einen Ersatz-Meniskus aus Kollagen zu kodieren. Ergänzend muss also die Möglichkeit geschaffen werden, Implantate aus anderen Materialien kodieren, dokumentieren und auswerten zu können. Mit den vorhandenen Operationsschlüsseln kann dieses innovative Operationsverfahren nicht spezifisch genug dargestellt werden. Diese wirtschaftlich aufwändige Leistung lässt sich derzeit nicht über einen der vorhandenen Operationsschlüssel abbilden und ist damit im Rahmen der InEK-Fallkostenkalkulation nicht identifizierbar. Da zudem die Vergütung des synthetischen Meniskusimplantats mit Polyurethananteil derzeit nicht sachgerecht durch das G-DRG-System erfolgt, wird beim InEK im Rahmen des Vorschlagsverfahren gleichzeitig die Aufnahme zu einem

Zusatzentgelt beantragt. Auch dafür ist die eindeutige Identifizierung der Prozedur über einen OPS obligat.

Literaturverzeichnis:

1. Martinek V, Imhoff AB, Das künstliche Meniskusimplantat; 2008, Arthroscopie, 21:266-270
2. Van Minnen B, van Leeuwen MB, Kors G, Zuidema J, van Kooten TG, Bos RR, In vivo resorption of a biodegradable polyurethane foam, based on 1,4-butanediisocyanate: A three-year subcutaneous implantation study, 2008, J Biomed Mater Res, 85A:972-982
3. Verdonk R, Huyse WCJ, Almqvist F, Verdonk P, Verstraete KL, Imaging findings after meniscal repair with degradable polyurethane scaffold: Interim results, 2008, Posterpresentation; 13th ESSKA 2000 Congress, Porto, 21-24 May 2008

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

Die Kosten des synthetischen Meniskusimplantats mit Polyurethananteil sind derzeit nachweisbar (siehe Punkt 2.2.2.3) nicht hinreichend im deutschen Entgeltsystem (G-DRG-System) enthalten. Daher muss diese Leistung für künftige DRG-Kalkulationsrunden 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**

Die Kosten des Verfahrens setzen sich im Wesentlichen aus den Sachkosten für das Implantat sowie zusätzlich aus den eingesetzten Applikationshilfen zusammen. Die Kosten für das Meniskusimplantat belaufen sich auf ca. 2.000 €. Durch das G-DRG-System ergibt sich keine hinreichende Refinanzierung des eingesetzten Implantats. Es fallen mehr Sachkosten an, als laut dem DRG-Reportbrowser, in den angesprochenen DRGs enthalten sind. Der vom InEK für diese DRGs kalkulierte Implantatanteil ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

| DRG  | Beschreibung   | Implantatanteil |
|------|--|-----------------|
| I30Z | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk   | 167,10 €        |
| I24Z | Arthroscopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | 4,30 €          |
| I18B | Wenig komplexe Eingriffen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre               | 3,57 €          |
| I18A | Wenig komplexe Eingriffen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre               | 53,82 €         |

Bei einer arthroscopischen Einbringung werden die DRGs I24Z, I18A und I18B, je nach Alter des Patienten und zusätzlichen Eingriffen, ausgelöst. In der DRG I18A sind 53,82 € Implantatkosten enthalten und in der DRG I18B 3,57 €. Somit ergeben sich Differenzkosten in signifikanter relevanter Höhe (I18A = 1946,18 €, I18B = 1996,43 €). Ebenfalls deckt der Implantatanteil der DRG

I24Z (4,30 €) die Kosten des Meniskusimplantats nur unzureichend. Auch bei den DRGs der offenchirurgischen Erbringung I30Z erfolgt die unzureichende Abbildung der Implantatkosten. In der DRG I30Z ist ein Implantatanteil von 167,10 € ausgewiesen, wodurch Differenzkosten in Höhe von 1.832,90 € entstehen. Hinzu kommen jeweils nochmals Kosten für die Applikationshilfe, die fakultativ eingesetzt werden kann. Es besteht, wie in den Kalkulationsbeispielen gezeigt werden konnte, eine relevante Kostendifferenz zwischen den konventionellen Operationsverfahren, bereits kalkulierten herkömmlichen Implantaten und dem innovativen Meniskusimplantat mit Polyurethananteil. Aus den kalkulierten Implantatskosten wird eindrucksvoll ersichtlich, dass Actifit durch die G-DRG-Fallpauschalen nicht sachgerecht vergütet wird. Im G-DRG-System 2009 existiert für ACTIFIT zudem weder ein bewertetes noch ein krankenhausesindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt.

**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 DRG-Fallpauschalen berücksichtigt. DRG-Fallpauschalen stellen in erster Linie kostenhomogene Fallgruppen dar, die nicht nur einzelne Indikationen beinhalten. Daher sind in den ermittelten DRG-Fallpauschalen auch Indikationen kalkuliert, die für diese 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 mit den Daten nach §21 KHEntgG 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 TOP20-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. Auf Basis aller stationär durchgeführten Meniskusoperationen im Jahr 2007 kommen geschätzte 10% der unter 60jährigen Patienten für das innovative Verfahren infrage. Hinzu kommen noch 3.000 Patienten, die sich zuvor nicht in stationärer Behandlung befanden, sondern ambulant aufgrund der Meniskusbeschwerden behandelt wurden. Nach dieser Vorgehensweise stellt sich eine theoretische Zahl möglicher Fälle von ca. 10.000 pro Jahr.

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

Die Kodierung des bereits vorhandenen OPS für den Kollagenmeniskus führt in die DRG I24Z (arthroskopisch, OPS: 5-812.c) oder in die I30Z (offen chirurgisch, OPS: 5-801.e). Wie oben ausgeführt ist in beiden DRG-Fallpauschalen der Anteil der kalkulierten Implantatkosten nicht ausreichend für dieses neue Verfahren. Die Kostenunterschiede betragen somit ungefähr 2.000 € Zu den bereits kodierbaren, vergleichbaren Operationstechniken.

**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