

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/unseres 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 Neurochirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGNC
Internetadresse der Organisation *	www.dgnc.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Messing-Jünger
Vorname *	Martina
Straße *	Alte Jakobstraße 77
PLZ *	10179
Ort *	Berlin
E-Mail *	gs@dgnc.de
Telefon *	030 28 44 99 - 22

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Messing-Jünger
Vorname *	Martina
Straße *	Arnold-Janssen-Str. 29
PLZ *	53757
Ort *	Sankt Augustin
E-Mail *	m.messing@asklepios.com
Telefon *	02241 249-246

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

BVMed

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) *

Telemetrische Ermittlung der Liquordruckwerte in einem implantierten Shunt-System

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)

Ein telemetrischer Shuntsensor, im Reservoir eines Shuntsystems integriert, wird zur Funktionsdiagnostik verwendet und dient der zuverlässigen nichtinvasiven Detektion und Lokalisation von Okklusionen innerhalb eines Ventrikel-Drainage-Systems, sowie der Erkennung einer Fehlfunktion von Hydrozephalus-Ventilen. Mit Hilfe eines Lesegerätes können die Messdaten des Shuntsensors ausgelesen und angezeigt werden. Aus dem Verlauf des Liquordrucks können Rückschlüsse auf die Funktion des Shuntsystems gezogen werden.

Vorschlag für den OPS Schlüssel:

5-023.3 Anlegen eines Liquorshuntes mit integriertem telemetrischen Sensor

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Die Revisionsrate von Ventrikel-Drainage-Systemen wird in der Literatur zwischen 30-70 % angegeben und ist besonders im ersten Jahr nach Implantation erhöht.

Neben der Infektion gelten Verstopfungen und Funktionsstörungen der Systeme als Hauptursachen.

Eine nichtinvasive Funktionsdiagnostik bei symptomatischen Patienten ist nur sehr eingeschränkt möglich und lässt oft keine genauen Rückschlüsse zu.

Die Folge sind häufige Revisionen aufgrund von Fehlinterpretationen.

Invasive Methoden sind nur kurzzeitig (bis zu 28 Tagen) anwendbar und bergen das Risiko einer Infektion.

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

Außer dem telemetrischen Shuntsensor gibt es momentan keine vergleichbare Behandlungsalternative.

Durch die Verwendung eines Sensors könnte die Re-Operationsrate deutlich reduziert werden, da eine zuverlässige Funktionsdiagnostik des Ventrikel-Drainagesystems durchgeführt werden kann. Weiterhin würde sich die Infektionsrate verringern, da der telemetrische Shuntsensor nichtinvasiv mit Hilfe eines von außen für den Zeitraum der Messung angebrachten Lesegerätes Druckwerte abliest.

Zur Zeit gibt es keine Möglichkeit diese Therapieform adäquat mit dem OPS abzubilden und einer angemessenen Vergütung zuzuführen.

In folgende DRGs sollte der OPS eingebettet werden:

B01Z

B02D

B20E

B81B

B85B

B85D

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Telemetrischer Shunt-Sensor integriert in Reservoir 2.000 €

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

In Deutschland werden jährlich etwa 10.000 Shuntsysteme implantiert. Bei ca. 50 % der Shunträger kommt es zu einer Ventilrevision oder zu nicht zufrieden stellenden Krankheitsverläufen. Das entspricht ca. 5.000 Fällen pro Jahr.

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

Der Revisionseingriff kann dadurch in vielen Fällen erspart werden.

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)**

Qualitativer Nutzen (für Patient, Arzt, Krankenhaus und Kostenträger):

Die Funktion von Hydrocephalus Shunt-Systemen ist begleitet durch zwei wesentliche Komplikationen. Einerseits kann es zu Infektionen ausgehend vom Shunt kommen, andererseits kann der Liquortransport aus dem Ventrikel zum Resorptionsort gestört bzw. komplett durch einen Verschluss des Shunts unterbrochen sein. Ein Shunt-Verschluss oder eine Fehlfunktion ist für die Patienten äußerst belastend. Sie führen zu Symptomen, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Störungen des Sichtfeldes, Gleichgewichtsprobleme und Schwindel bis hin zur Bewusstlosigkeit u. a.. Chirurgische Revisionen von Shunts wegen (angenommenen oder tatsächlichen) Verschlüssen oder Fehlfunktionen sind sehr häufig. In einem Zeitraum von 2 Jahren liegt die Rate zwischen 30 und bis zu 50% der Patienten (1-3). Jede zusätzliche Operation ist mit Kosten, mit einer Belastung für den Patienten und mit einem einhergehenden Infektionsrisiko verbunden.

Das Erkennen einer Okklusion oder mechanischen Schädigung und deren korrekte Lokalisation im Shunt ist überaus schwierig und erfordert in der Regel invasive Verfahren. Als diagnostische Methode der Wahl ist die Röntgendiagnostik mittels Computertomographie indiziert, welche, bei wiederholter Durchführung, eine erhebliche kumulierte Strahlendosis bei dem individuellen Patienten zur Folge hat. Eine weitere invasive Methode ist die Punktion des Diaphragmas im Bohrlochreservoir bzw. der Pumpkammer mit einer Kanüle mit einer nicht zu vernachlässigenden Infektionsgefahr.

Die Telemetrie ermöglicht eine einfache, schnelle und völlig schmerzfreie Diagnostik, ohne Strahlenbelastung und ohne zusätzliche Kosten oder Infektionsrisiken. Ein telemetrischer Sensor ermöglicht eine Okklusionskontrolle von Kathetern und Ventilen sowie die Prüfung der korrekten Öffnungs- und Schließdrücke des Ventils. Damit lassen sich unnötige Operationen und Untersuchungen vermeiden. Nicht zuletzt ließen sich durch optimale Anpassungen der Shuntfunktion die Therapie optimieren und die Lebensqualität der Hydrocephaluspatienten verbessern.

Auf die Wichtigkeit und Bedeutung eines telemetrischen Sensors zur validen Shunt-Funktionsdiagnostik auf der Basis von Druckmesswerten wird in der Literatur mehrfach hingewiesen (4-14).

1. Drake JM, Kestle JRW, Milner R, Cinalli G: Randomized trial of cerebrospinal fluid shunt valve design in pediatric hydrocephalus. *Neurosurgery* 43:294-305, 1998
2. Hanlo PW, Cinalli G, Vandertop WP, Faber JA, Bogeskov L, Borgesen SE, Boschert J, Chumas P, Eder H, Pople IK, Serlo W, Vitzthum E: Treatment of hydrocephalus determined by the European Orbis Sigma Valve II survey: A multicenter prospective 5-year shunt survival study in children and adults in whom a flow-regulating shunt was used. *J Neurosurg* 99:52-57, 2003
3. Pollack IF, Albright AL, Adelson PD, the Medos-Hakim Investigator Group: A randomized study of a programmable shunt valve versus a conventional valve for patients with hydrocephalus. *Neurosurgery* 45: 399-1411, 1999
4. Aschoff A, Richard KE, Block F, Schnippering H, Kunze S (2001) Shunt-telemetry over 6 weeks at home under daily life conditions. *Child's Nerv Syst* 17:433-434
5. Cosman ER, Zervas NT, Chapman PH, Cosman BJ, Arnold MA.: A telemetric pressure sensor for ventricular shunt systems. *Surg Neurol.* 1979 Apr;11(4):287-94
6. de Jong DA, Maas AI, den Ouden AH, de Lange SA.: Long-term intracranial pressure monitoring. *Med Prog Technol.* 1983-1984;10(2):89-96.
7. Frim DM, Goumnerova LC.: Telemetric intraventricular pressure measurements after third ventriculocisternostomy in a patient with noncommunicating hydrocephalus. *Neurosurgery.* 1997 Dec;41(6):1425-8; discussion 1428-30.
8. Frim DM, Goumnerova LC.: In vivo intracranial pressure dynamics in patients with hydrocephalus treated by shunt placement. *J Neurosurg.* 2000 Jun;92(6):927-3
9. Gucer G, Viernstein L, Wang A, Szymanski R.: Ten-year follow-up on the performance of a telemetric intracranial pressure sensor. *Neurosurgery.* 1988 May;22(5):892-5.
10. Lee MC, Yamini B, Frim DM.: Pseudotumor cerebri patients with shunts from the cisterna magna: clinical course and telemetric intracranial pressure data. *Neurosurgery.* 2004 Nov;55(5):1094-9.
11. Miyake H, Ohta T, Kajimoto Y, Matsukawa M.: A new ventriculoperitoneal shunt with a telemetric intracranial pressure sensor: clinical experience in 94 patients with hydrocephalus. *Neurosurgery.* 1997 May;40(5):931-5.
12. Richard KE, Block FR, Weiser RR.: First clinical results with a telemetric shunt-integrated ICP-sensor. *Neurol Res.* 1999 Jan;21(1):117-20.

13. Rylander HG, Taylor HL, Wissinger JP, Story JL.: Chronic measurement of epidural pressure with an induction-powered oscillator transducer. J Neurosurg. 1976 Apr;44(4):465-78.
14. Williams MA, McAllister JP, Walker ML, Kranz DA, Bergsneider M, Del Bigio MR, Fleming L, Frim DM, Gwinn K, Kestle JR, Luciano MG, Madsen JR, Oster-Granite ML, Spinella G. Priorities for hydrocephalus research: report from a National Institutes of Health-sponsored workshop. J Neurosurg. 2007 Nov;107(5 Suppl):345-57.