

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 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 * +49 (0) 40 - 555 659 20

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)

Der Vorschlag wurde mit der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie abgestimmt.

Ansprechpartner:

Dr. med. Volkhardt Studtmann

Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie

Elise-Averdieck-Straße 17

27356 Rotenburg/Wümme

Tel.: 04261 77-2180

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) *

Nicht resorbierbares, mikroporöses Material zur craniofazialen Rekonstruktion

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:

Für die wirtschaftlich besonders aufwendige und häufige Rekonstruktion des Hirnschädels wird beantragt, den folgenden Code einzuführen:

- 5-020.7 Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material
- .73 Mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration

Für die ebenfalls sehr aufwendige Rekonstruktion des Gesichtsschädels wird beantragt, den folgenden OPS-Kode einzuführen:

- 5-020.6 Rekonstruktion von Hirn- oder Gesichtsschädel oder Gesichtsschädel, allein
- .62 mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration

In den Indikationen Tumorenukleation (DRG C02A) und Bulbusersatztherapie bei anderen Indikationen (DRG C01A) belaufen sich die Differenzkosten auf €573,- bzw. €480,-. Deshalb sollte aufgrund der Kostenunterschiede in relevanter Höhe auch für diese Indikation ein spezifischer OPS-Kode geschaffen werden:

- 5-162.__ Entfernung des Augeninhaltes (Eviszeration)
- .2 Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-163.__ Entfernung des Augapfels (E nukleation)
- .1 Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel
- .13 Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- .2 Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates außerhalb der Tenonschen Kapsel
- .23 Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
- 5-165.__ Sekundäre Einführung, Revision und Entfernung eines Orbitaimplantates
- .0 Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel
- .03 Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer

- Integration
- .1 Sekundäre Einführung eines Orbitaimplantates außerhalb der Tenonschen Kapsel
 - .13 Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration
 - .3 Wechsel eines Orbitaimplantates
 - .33 Mit Einführung eines Bulbusplatzhalters aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration

Für alle anderen zahlreichen Indikationen wird beantragt, einen Zusatzkode für die Art des implantierten Materials einzuführen:

- 5-932 Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
- 5-932.0 Nicht resorbierbares Material
- .03 nicht resorbierbares, mikroporöses Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration
- .04 nicht resorbierbares, mikroporöses Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration mit eingebettetem Titanmesh

Synonyme: Material zur craniofazialen Rekonstruktion aus Polyethylen, Biomaterialimplantat

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Bei der Behandlung von Defekten im Bereich des Hirn- und Gesichtsschädels ist es sehr häufig erforderlich, alloplastisches Material einzusetzen. Immer öfter wird dafür ein mikroporöser Werkstoff verwendet, der in das Gewebe durch das Einwachsen von Bindegewebe und Gefäßen integriert wird. Diese Gewebeintegration kann durch eine Beschichtung der porösen Oberfläche des Materials mit undurchlässigem Material gezielt gesteuert werden. Bei vielen Eingriffen, vor allem im Bereich des Gesichts- und Hirnschädels kann durch die Verwendung des Materials ein weiterer beeinträchtigender Eingriff zur Gewinnung eines gestielten Knochentransplantates vermieden werden. Ein weiterer Vorteil ist die Unabhängigkeit von der Form der körpereigenen Transplantate, so dass eine passendere, ästhetischere Wiederherstellung der Körperform, vor allem im Gesichtsbereich, ermöglicht wird.

Mit den vorhandenen Operationsschlüsseln kann dieses innovative Operationsverfahren nicht spezifisch genug darstellt werden. Diese wirtschaftlich aufwändige Leistung lässt sich derzeit nicht spezifisch über einen der vorhandenen Operationsschlüssel abbilden und ist damit im Rahmen der InEK-Fallkostenkalkulationen nicht identifizierbar. Da die Vergütung der Implantation von nicht resorbierbarem, mikroporösem Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration derzeit nicht sachgerecht durch das G-DRG-System erfolgt, wird beim InEK im Rahmen des Vorschlagsverfahrens die Aufnahme zu einem Zusatzentgelt beantragt. Auch dafür ist die eindeutige Identifizierung der Prozedur über einen OPS obligat.

Literaturverzeichnis:

Rubin JP, Yaremchuk MJ, Complications and Toxicities of Implantable Biomaterials Used in Facial Reconstructive and Aesthetic Surgery: A Comprehensive Review of the Literature, 1997, Plastic & Reconstructive Surgery, 100: 1336-1353

Romano JJ, Iliff NT, Manson PN, Use of Medpor Porous Polyethylene Implants in 140 Patients with Facial Fractures, 1993, Journal of Craniofacial Surgery, 4: 142-147

Blaydon SM, Shepler TR, Neuhaus RW, White WL, Shore JW, The Porous Polyethylene (Medpor) Spherical Orbital Implant, 2003, Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 19: 364-371

Iordanidou V, De Potter P, Porous Polyethylene Orbital Implant in the Pediatric Population, 2004, American Journal of Ophthalmology, 138: 425-429

Gosau M, Schiel S, Draenert GF, Ihrler S, Mast G, Ehrenfeld M, Gesichtsschädelaugmentation mit porösen Polyethylenimplantaten (Medpor), 2006, MundKieferGesichtsChir, 10: 178-184

Lee S, Maronian N, Most SP, Whipple ME, McCulloch TM, Stanley RB, Farwell DG, Porous High-Density Polyethylene for Orbital Reconstruction, 2005, Archives Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 131: 446-450

Choi JC, Bstandig S, Iwamoto MA, Rubin PAD, Shore JW, Porous Ployethylene Sheet Implant with a Barrier Surface: A Rabbit Study, 1998, Plastic & Reconstructive Surgery, 14: 32-36

Fernandes R, Fattahi T, Steinberg B, Schare H, Endoscopic Repair of Isolated Orbital Floor Fracture With Implant Placement, 2007, 65: 1449-1453

Park HK, Dujovny M, Diaz FG, Guthikonda M, Biomechanical properties of high-density polyethylene for pterional prosthesis, 2002, Neurological Research, 24: 671-676

Janecka IP, New Reconstructive Technologies in Skull Base Surgery, 2000, Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 126: 396-401

Garibaldi DC, Iliiff NT, Grant MP, Merbs SL, Use of Porous Polyethylene With Embedded Titanium in Orbital Reconstruction: A Review of 106 Patients, 2007, Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, 23: 439-444

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

Die Kosten der Implantation von nicht resorbierbarem, mikroporösem Material zur craniofazialen Rekonstruktion sind derzeit nachweisbar nicht hinreichend im deutschen Entgeltsystem (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 zusammen. Vor allem in den Indikationen Hemisphärenersatz und Orbitarekonstruktion ergibt sich durch das DRG-System keine hinreichende Refinanzierung der eingesetzten Implantate. In allen anderen Indikationen (Nasenrekonstruktion, Ohrmuschelersatz, Bulbusplatzhalter u.v.m.) fallen ebenfalls mehr Kosten für die Implantate an, als Sachkosten im DRG-Browser dafür ausgewiesen werden. Allerdings erreichen die Differenzkosten keine signifikante, relevante Höhe. Dennoch muss diese Leistung durch einen OPS-Kode identifizierbar werden, damit sich in den Kalkulationsrunden die Kosten in richtiger Höhe den DRG-Fallpauschalen zuordnen lassen. Das nicht resorbierbare, mikroporöse Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration wird der Kostengruppe der Implantate (5) im Operationsbereich zugeordnet.

Die Kosten für das Implantat Complete Orbit betragen € 1.750,-. Bei dem Einsatz dieses Implantats wird die DRG I15B angesprochen, welche Implantatskosten in Höhe von € 123,70 enthält. Somit entstehen Differenzkosten in Höhe von € 1.626,30, was die unzureichende Abbildung im System verdeutlicht.

Bei dem Einsatz eines Cranial Hemisphere Implantats wird die DRG B20B angesprochen, welche Implantatskosten von € 77,04 enthält. Jedoch weist das Implantat Sachkosten in Höhe von € 1.500,- auf. Es entstehen Differenzkosten in Höhe von € 1.422,96.

Die Kosten des nicht resorbierbaren, mikroporösen Materials zur craniofazialen Rekonstruktion

werden demnach nur unzureichend abgebildet.

Die Implantationskosten des Bulbusplatzhalters betragen € 650,-. Bei dem Eingriff der Eukleation wird die DRG C02A ausgelöst, welche Implantatskosten in Höhe von lediglich € 77,- berücksichtigt. Somit entstehen Differenzkosten in Höhe von € 573,-.

Der Einsatz des nicht resorbierbaren, mikroporösen Materials zur craniofazialen Rekonstruktion ist somit nicht dem Kostenaufwand entsprechend abgebildet. Es besteht, wie in den Kalkulationsbeispielen gezeigt werden konnte, eine erhebliche Kostendifferenz zwischen den herkömmlichen Implantaten und dem innovativen nicht resorbierbaren, mikroporösen Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration.

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 Indikation 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 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. Im zweiten Schritt wird mit erfahrender klinischer Expertise beurteilt, in welcher Häufigkeit in den gebildeten Teilmengen das nicht resorbierbare, mikroporöse Material zur craniofazialen Rekonstruktion mit fibrovaskulärer Integration 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 in allen Indikationen zusammen von ca. 15.000 Fällen dar.

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

Im Bereich der Schädelkalottenrekonstruktion entstehen erhebliche Kostenunterschiede zum Beispiel im Vergleich mit der (intermittierenden) Verwendung von Knochenzement (OPS: 5-020.70 Rekonstruktion des Hirnschädels mit einfachem Implantat (zum Beispiel Knochenzement)). Mit den in der betreffenden DRG B20B enthaltenen Implantatkosten kann die Anschaffung von Knochenzement finanziert werden. Die Verwendung des nicht resorbierbaren, mikroporösen Materials zur craniofazialen Rekonstruktion würde den Implantatkostenbereich um mehr als 1.400,- € pro Fall überschreiten.

Bei der Gesichtsschädelrekonstruktion tritt dieses Phänomen ebenfalls auf, wenn anstelle alloplastischen Materials körpereigener Knochen oder Knochenzement (OPS: 5-020.60 Rekonstruktion von Gesichtsschädel mit Transplantation oder 5-020.61 Mit einfachem Implantat (zum Beispiel Knochenzement)) verwendet wird. Hier übersteigen zum Beispiel die Materialkosten für den Orbitaersatz die enthaltenen Kosten um ca. € 1.600,-.

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