

## Änderungsvorschlag für den OPS 2012

### 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-komplexe-fruehreha-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 e.V.  
Offizielles Kürzel der Organisation \* DGKKe.V.  
Internetadresse der Organisation \* www.dgkkev.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr  
Name \* Ehlebracht  
Vorname \* Michael  
Straße \* Krähenweg 30  
PLZ \* 22459  
Ort \* Hamburg  
E-Mail \* info@dgkkev.de  
Telefon \* 040-555659200

### 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)

DOG Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft

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 trabekulären Mikro-Bypass-Systems

## 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 schlagen nachfolgenden Code zur Aufnahme in den OPS-Katalog vor:

5-131.7 Implantation eines trabeculären Mikro-Bypass Systems

Synonym: Trabekulärer Mikro-Bypass-Stent

Der neue Schlüssel wird unter die Überschrift 5-131.\* Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen einsortiert.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Zurzeit besteht kein OP-Kode, um einen trabeculären Mikro-Bypass-Stent, beziehungsweise ein Mikro-Bypass-System zu verschlüsseln.

Das trabeculäre Mikro-Bypass-System gehört zu den Glaukomdrainagesystemen und wird zur Behandlung von milden Formen des Offenwinkelglaukoms eingesetzt. Ca. 74% der 60,5 Mill. Erkrankten weltweit leidet an einer primären Veränderung des Kammerwinkels und der konventionellen Abflusswege mit einer nachfolgenden Abflussbehinderung des Kammerwassers und Steigerung des Augeninnendruckes. Die Behandlung dieser chronischen Patienten ist immer symptomatisch. Je nach Schweregrad des Glaukoms stehen unterschiedliche Therapien zur Vermeidung einer späteren Erblindung zur Verfügung.

Das trabeculäre Micro-Bypass-System besteht aus heparinbeschichtetem Titan und wiegt 60µg. Der Abflusskanal hat einen Durchmesser von 120µm. Über diesen Bypass kann das Kammerwasser durch den Schlemm-Kanal abfließen und der intraokuläre Druck wird reduziert. Die besten Ergebnisse wurden in Kombination mit der Phakoemulsifikation gemessen.

Während einer zwei Jahren andauernden, unkontrollierten, multizentrischen Studie wurde bei 58 Patienten der durchschnittliche intraokuläre Druck (IOD) signifikant abgesenkt. Ebenso konnte der Medikamentenverbrauch deutlich reduziert werden (1).

Für eine weitere prospektive, randomisierte, multizentrische Kontrollstudie wurden 240 Augen mit einem IOD von größer gleich 24 mmHG entweder mit einem Stent und einer Katarakt-Operation (Interventionsgruppe) oder nur einer Katarakt-Operation (Kontrollgruppe) therapiert. Obwohl eine Follow-up Untersuchung nach einem Jahr signifikante Reduktionen des IOD in beiden Gruppen zeigte, erreichten 66% der Patienten der Interventionsgruppe und nur 48% der Patienten der Kontrollgruppe eine Reduktion des Augeninnendrucks ohne begleitende Medikation um 20% (2).

Der ähnliche Code '5-131.6 ↔ Filtrationsoperation mit Kunststoffimplantat' ist für das Mikro-Bypass-System nicht geeignet, da er die Anwendung eines Kunststoffimplantats beschreibt, welches durch Nutzung eines nicht natürlichen Abflussweges sogar den intraoculären Druck zu niedrig werden lassen kann.

Das trabekuläre Mikro-Bypass-System nutzt hingegen über das trabekuläre Hohlraumsystem und den Schlemm-Kanal die natürlichen Abflusswege und vermeidet eine hypotone Augeninnendrucksituation.

Der Stent unterscheidet sich zudem sehr deutlich von anderen Implantaten in der Dimension. Er ist vor allem wesentlich kleiner.

Der operative Eingriff ist von geringem Aufwand und nach einer Lernkurve innerhalb einer Zeitspanne von 15 bis 30 Minuten durchführbar. Er wird zukünftig häufiger mit der Katarakt-OP kombiniert werden.

Das trabekuläre Mikro-Bypass-System wird unter gonioskopischer Sicht über eine Parazentese in den Schlemm-Kanal nach Mikroperforation des Trabekelmaschenwerkes implantiert. Es besteht aus einem L-förmig gebogenen Titanröhrchen, wobei ein Ende in die Vorderkammer ragt und das andere Ende im Schlemm-Kanal positioniert wird. Kleine Widerhaken verhindern die Dislokation. Der Abflusswiderstand des Trabekelwerkes soll so umgangen werden (3).

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

Das trabekuläre Mikro-Bypass-System ist aktuell im OP-Code nicht abgebildet, vergleichbare Codes beschreiben eine andere Prozedur und ein anderes Implantat. Da ein Mikro-Bypass-System zukünftig häufiger eingesetzt wird, ist es sowohl für die Anwender als auch für die Kostenträger von Relevanz, die Leistung eindeutig identifizieren zu können.

Nur mit einem eindeutigen OP-Schlüssel ist es möglich, retrospektiv Aussagen zu Langzeitverhalten, Kostenveränderungen durch Senkung der Medikamentenkosten oder Entwicklung der Symptome des Glaukoms im Rahmen der klassischen Versorgungsforschung zu treffen. Ein eindeutiger Schlüssel erleichtert diese Analysen ganz erheblich.

**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**

Die Kosten des Verfahrens werden durch die zusätzlichen Materialkosten des Implantats bestimmt. Es ist geplant, die aktuelle Zuordnung des neuen OPS in die DRG C06Z (Relativgewicht 2011 0,980) münden zu lassen und einen entsprechenden Antrag für das InEk vorzubereiten. Das entspricht den gleichen Zuordnungen anderer Schlüssel in der OPS-Gruppe.

Die Kosten für eine Tropfentherapie liegen bei 500 bis 900 Eur pro Jahr (4). Inwiefern die Implantation eines ca. 650,- EUR (inkl. 7% MwSt) teuren Implantats zu einer Kostenreduktion beitragen kann, ist bislang nicht kalkuliert. Bekannt ist, dass die Medikamentenkosten sinken (1).

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

In Deutschland wurden 2009 laut statistischem Bundesamt in der Gruppe der Operationen zur Senkung des Augeninnendruckes 33.876 Fälle dokumentiert. Hierzu kommt eine nicht unbedeutende Anzahl von ambulanten Eingriffen. Filtrierende Operationen zur Senkung des Augeninnendruckes wurden 12.139 mal dokumentiert.

Es ist davon auszugehen, dass Operationen zur Senkung des Augeninnendruckes häufiger bei schwereren Formen des Glaukoms durchgeführt wurden, während ein trabekuläres Mikro-Bypass-System eher bei den mildereren Verläufen des Glaukoms zur Anwendung kommt.

Daher ist eine Fallzahl für die Implantation eines Mikroostents sehr schwer abzuschätzen. Wir gehen jedoch davon aus, dass die Fallzahl deutlich über 1.000 liegen wird.

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

Laut der bestehenden Therapie-Richtlinien der European Glaucoma Society wird zunächst eine medikamentöse Therapie, beginnend mit einer Monotherapie, später mit einer Kombinationstherapie durchgeführt. Sobald der Zieldruck nicht mehr erreichbar ist, kann eine operative Therapie, meist eine Trabekulektomie, die nach wie vor als Goldstandard gilt, angewandt werden.

Die Kosten für diesen Eingriff werden mit der DRG C06Z vergütet.

Alternative Verfahren werden mit der C07A (RG 0,635) oder C07B (RG 0,501) refinanziert.

Die Kosten sind vorläufig mit der DRG C06Z unter der Voraussetzung keines Abschlages von der unteren Grenzverweildauer akzeptabel refinanziert. Durch die eindeutige Kodierung besteht später die Möglichkeit der Anpassung des Kostengewichts der DRG.

**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.)**

Für das Erfassungsjahr 2011 nicht erforderlich

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

Literatur:

(1) Laurel Eye Clinic, Middle East Afr J Ophthalmol. 2009 Jul-Sep; 16(3): 138–140.

doi: 10.4103/0974-9233.56227 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813604/>

(2) Thomas W. Samuelson, MD, L. Jay Katz, MD, Jeffrey M. Wells et al.: Randomized Evaluation of the Trabecular Micro-Bypass Stent with Phacoemulsification in Patients with Glaucoma and Cataract.

(3) H. Thieme, Ophthalmologe 2009 • 106:1135–1146, DOI 10.1007/s00347-009-2090-2, Online publiziert: 27. November 2009, © Springer-Verlag 2009

(4) H. Thomas, <http://www.uniklinik-freiburg.de/augenkl/nlive/augena/mitt/Zusammenfassung-249.pdf>