

## Änderungsvorschlag für den OPS 2013

### 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). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

**Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!**

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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/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 e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGKK e.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 *	040-55565920

#### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGNC e.V.
Internetadresse der Organisation *	www.dgnc.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Priv.-Doz. Dr. med.
Name *	Messing-Jünger
Vorname *	Martina
Straße *	Arnold-Janssen-Straße 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)

Der OPS-Antrag wurde mit den augenblicklichen Anwendern und der Deutschen Fachgesellschaft für Neurochirurgie abgestimmt.

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) \*

Navigierte prä- oder postoperative Hirnstimulation (nTMS)

## 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)

Bei neurochirurgischen Eingriffen im Rahmen der Behandlung von Gehirntumoren ist die Kenntnis über mögliche Folgen einer Entfernung von Gehirnarealen von großer Bedeutung für den Patienten. Aus diesem Grund sind verschiedene Verfahren entwickelt worden, die es dem Operateur ermöglichen Tumorareale besser und genauer zu entfernen.

So wurde der OP-Schlüssel 8-925 'Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring' 2010 in den OPS aufgenommen und als Splittingkriterium den aufwendigen neurochirurgischen Eingriffen (DRG- B02) zugeordnet.

Die navigierte präoperative Hirnstimulation (nTMS) ermöglicht als neues Verfahren das direkte nicht-invasive kortikale Mapping und leistet einen wesentlichen zusätzlichen Beitrag.

In der gerade im Journal of Neurosurgery von S. M. Krieg et al. (1) veröffentlichten Studie sowie in der Studie von T. Picht et al (2) kommen die Autoren zum Ergebnis, dass nTMS nicht nur die Sicherheit des Chirurgen bei der Resektion erhöht, sondern auch zu einer verbesserten Planung beiträgt. Ebenso könnten die Patienten psychologisch besser vorbereitet werden. Die Beurteilung der Resektionsfähigkeit des intrakraniellen Tumors ist ein Merkmal, das für den Patienten und Neurochirurgen von besonderer Bedeutung ist. Hierzu leistet das nTMS einen großen Beitrag.

Die Antragsteller gehen davon aus, dass dieses präoperative Mapping zukünftig einen besonderen Stellenwert in der Diagnostik einnehmen wird.

Es wird deshalb ein neuer OP-Schlüssel beantragt:

1-20c Navigierte transkranielle magnetische Stimulation (nTMS, 3D neurochirurgisches Mapping)

1) Krieg, S. et al.: Utility of presurgical navigated transcranial magnetic brain stimulation for the resection of tumors

2) Picht, T. et al.: Assessment of the Influence of Navigated Transcranial Magnetic Stimulation on Surgical Plan-ning for Tumors in or Near the Motor Cortex. In: Neurosurgery, November 11/2011; DOI: 10.1227/NEU.0b013e318243881e

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Wenngleich die nTMS neu ist, wird erwartet, dass es sich als präoperative Diagnostik schnell durchsetzen wird und vergleichbare Fallzahlen wie das 'Intraoperative neurophysiologische Monitoring' (14.689 mal- -8-920.\*\* laut DESTATIS 2010) erreichen wird. Das präoperative Mapping hat neben hohen Investitionskosten, die über Fördermittel refinanziert werden, allerdings auch zusätzliche Kosten, die vor allem in der zeitlichen Inanspruchnahme der Untersucher liegen.

Diese Kosten sollten innerhalb des DRG-Systems transparent abgebildet werden. Zu diesem Zweck ist es bereits jetzt erforderlich, die Leistung als OP-Schlüssel sichtbar zu machen.

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

Die Relevanz ergibt sich aus der klinischen Bedeutung der Diagnostik in Kombination mit den zusätzlichen Kosten. Die Leistung wird in einem Bereich erbracht, der insgesamt hohe Kosten verursacht (intrakranielle Eingriffe) und die nur in Zentren durchgeführt wird. Diese medizinischen Zentren sind darauf angewiesen, dass Kosten möglichst transparent dargestellt werden können. Zudem würde ein OP-Schlüssel ganz wesentlich dazu beitragen das sogenannte Outcome bei intrazerebralen Eingriffen retrospektiv zu analysieren. Die Frage, ob eine bessere präoperative Diagnostik mit der nTMS die Lebensdauer verlängert oder die Lebensqualität verbessert, kann mit Hilfe einer eindeutigen Identifizierung im System leichter beantwortet werden.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard                       Etabliert                       In der Evaluation  
 Experimentell                       Unbekannt

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

Die Kosten setzen sich im Wesentlichen aus dem Geräteanschaffungskosten von EUR 285.600 (Lis-tenpreis inkl. MwSt.) zusammen. Hinzu kommen jährlichen Kosten für Wartung in Höhe von EUR 18.000 (inkl. MwSt.). Die Investitionen werden im Wesentlichen durch Fördermittel refinanziert.

Die sonstigen Kosten laufen über das DRG-System. Diese setzen sich größtenteils zusammen aus den Wartungskosten und den Personalkosten pro Untersuchung und Analyse.

Der Antragsteller geht davon aus, dass pro Fall ca. EUR 700,- bis 800,- veranschlagt werden können.

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

Die zu erwartende Fallzahl wird bedingt durch die Häufigkeit der Operationen am Gehirn. Nach dem DRG-Browser 2010 sind allein in der DRG B02 ca. 2.600 Eingriffe zu erwarten, ebenso in der B20 ca. 3.000 Eingriffe. Im Jahr 2012 und 2013 werden ca. 1.000 Untersuchungen an 10 Zentren zur präoperativen Diagnostik erwartet. Als voraussichtliches Maximum wäre die oben genannte Fallzahl für das intraoperative Monitoring zu sehen.

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

Präoperativ wird sehr häufig ein funktionelles MRT des Gehirns durchgeführt. Die Kosten hierfür betragen ca. 715 EUR (GOÄ). Theoretisch besteht in den kommenden Jahren die Chance, dass das fMRT in dieser Indikation durch das nTMS abgelöst wird .

Aktuell werden jedoch keine alternativen Verfahren ersetzt, somit ist auch ein Kostenvergleich nicht möglich. Das intraoperative neurophysiologische Monitoring wird ebenfalls nicht ersetzt werden.

(3) Forster, M. et al.: Navigated transcranial magnetic stimulation and functional magnetic resonance imaging: advanced adjuncts in preoperative planning for central region tumors. In: Neurosurgery. 2011 May;68(5):1317-24; discussion 1324-5, Doi: 10.1227/NEU.0b013e31820b528c

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

Entfällt.

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