

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Klinikum der Universität München, Referat Medizincontrolling
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	KUM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.klinikum.uni-muenchen.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr PD Dr. med.
Name *	Sienel
Vorname *	Wulf
Straße *	Marchioninistraße 15
PLZ *	81377
Ort *	München
E-Mail *	wsienel@lmu.de
Telefon *	089 4400 72137

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Kranioplastik: Osteosynthese unter Verwendung von CAD-Schablonen

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

OPS 5-020.9! Kranioplastik: Osteosynthese unter Verwendung von CAD-Schablonen

Die geplante Umformung kraniofazialer Fehlbildungen wird als Kranioplastik bezeichnet. Die Ursache für solche Fehlbildungen selbst kann angeboren sein (z.B. Kraniosynostosen oder syndromatisch bedingt) oder sie sind erworben d.h. sie treten somit im weiteren Lebensweg des Patienten auf (z.B. durch Unfälle, Tumore etc.).

Ziel der Kranioplastik ist es, durch geplante Osteotomien anatomisch unauffällige und funktionell störungsfreie Strukturen zu schaffen. Die Osteosynthese ist dabei als Bestandteil der Kranioplastik anzusehen.

Als neuartiges Verfahren zur Formgebung bei der Kranioplastik besteht die Möglichkeit, im Vorfeld eine per Computer-Aided-Design (CAD) hergestellte Schablonen sowohl für die Resektion (Resektionschablone) als auch für den Ort der Rekonstruktion (Rekonstruktionsschablone) herzustellen, um damit eine optimale

Passgenauigkeit sicherzustellen.

Die hier vorgeschlagene Methode basiert auf einer Formgebung der Osteosynthese an einer sterilen nach CT-Darstellung patientenindividuell CAD-gefertigten Schablone. Bei der Operation wird zunächst eine Trepanation vorgenommen und das fehlgeformte Knochenfragment entnommen. Sein Korrekturbedarf wird anschließend an der patientenindividuellen CAD-gefertigten Schablone veranschaulicht. Die Knochenstatik des fehlgeformten Schädelknochenfragments wird mit Hilfe einer Perforationszange und mittels radiärer Einschnitte aufgehoben um so eine Modellierbarkeit des Knochenfragments zu erlangen. Das Knochenfragment kann auf der CAD-gefertigten Schablone in die CAD-geplante Form gebracht werden. Mithilfe von Stempeln werden die Knochenfragment in die gewünschte Form auf die Schablone gepresst. Dort wird mithilfe von resorbierbaren Platten und Schrauben eine Osteosynthese zur Fixierung der neuen gewünschten Form vorgenommen. Anschließend wird das neu geformte Schädelknochenfragment wieder in den Patienten eingesetzt und dort mit resorbierbaren Platten, Schrauben und PDS-Nähten an der angrenzenden Schädelkalotte fixiert.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Der Planungsaufwand der CAD-Schablone beträgt ca. 4 Stunden und der Herstellungsprozess der Schablonen wird mehrere Wochen vor dem Eingriff gestartet. Der Planungsaufwand ist damit insgesamt umfangreicher als bei einer reinen Anfertigung einer patientenspezifischen Rekonstruktionsplatte (abgebildet durch die OPS-Codes 5-020.71 oder 5-020.72). Zudem darf eine Kranioplastik mittels CAD-Schablone nicht mit diesen OPS-Codes verschlüsselt werden. Die Osteosynthese, d.h. die Knochenfixierung selber im Empfängerbereich, findet bei dem o. g. Verfahren in der Regel über resorbierbare Mini-Platten statt.

Derzeit existiert kein OPS-Code, der den Einsatz dieser CAD Schablone im Bereich der Kranioplastiken beziffert. Eine Rückverfolgung hinsichtlich des angewandten Verfahren und der Verfahrenstechnik ist deshalb derzeit nicht möglich, sodass in diesem Bereich keine Weiterentwicklung des bestehenden Entgeltsystems möglich ist.

Die aktuellen OPS Codes 5-020.* beschreiben die Prozeduren nur allgemein, die Modellierung an ein CAD-gefertigte Schablone bei Kranioplastik wird in der OPS-Klassifikation 2017 bislang noch nicht erläutert. Aktuell kann die Verwendung von CAD-Schablonen nicht mittels der Angabe eines spezifizierten OPS-Codes kodiert werden. Um eine exakte Ermittlung der vorgenommenen Eingriffe bzw. Verfahren vornehmen zu können, wird ein eigener OPS-Code benötigt, der den Einsatz von CAD-Schablonen beschreibt.

Nur wenn diese Codierung vorliegt, können dem InEK genaue Daten durch die Kalkulationskrankenhäuser übermittelt werden, welche die Kosten der verwendeten Schablonen transparent machen.

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

Erst wenn ein spezifischer OPS-Code besteht, können Kosten- und Leistungsdaten gesammelt und in den Revisionen des G-DRG-Systems berücksichtigt werden.

Der Einsatz von CAD-Schablonen bei Kranioplastiken ist jedoch in der derzeitigen Aufschlüsselung der Sachkosten des DRG-Systems nicht dargestellt.

Somit existiert keine verlässliche Grundlage, in welcher Häufigkeit, Fälle unter Verwendung von CAD-Schablonen versorgt wurden.

Fälle mit der Diagnose Kraniosynostose (Q75.0) und den Prozeduren aus der Kodierklasse Kranioplastik 5-020 werden derzeit in die DRG I15A/(seltener in I15B) eingruppiert, die CAD-Schablone ist als eigener, spezifischer OPS-Code nicht abgebildet und kann somit hier nicht durch das System widergespiegelt werden.

(I15A: Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder außer Materialentfernung, Alter < 16 Jahre

I15B: Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, Alter > 15 Jahre)

Ebenso wird aktuell auch bei anderen Operationen, mit durchgeführter Kranioplastik, wie bei Kraniotomien, die in die DRG-Gruppen B20 und B02 führen, keine Möglichkeit geboten, durch einen spezifizierten OPS-Code den Einsatz von CAD-Schablonen darzustellen.

Die Besonderheit beim Einsatz von CAD-Schablonen liegt in erster Linie darin, dass die Rückfallrate (Mißerfolg) nach der Operation geringer und die Operationsdauer durch die CAD geplante Formgebung kürzer ist als bei einer Kranioplastik ohne Schablone. Gerade bei kindlichen Kranioplastik-Eingriffen ist dies ein entscheidender Faktor hinsichtlich der Verfahrenswahl. Die Patienten, vor allem die Säuglinge werden durch diese Methodik seltener einer Folge-OP und somit keinen weiteren Risiken/Belastungen ausgesetzt. Neben der individuellen Schonung des Patienten, ist auch auf die Einsparung volkswirtschaftlich relevanter Kosten für eine vermeidbare Zweitoperation und für die kürzerer Operationsdauer hinzuweisen.

Auf Grund der fehlenden Kodiermöglichkeit ist dem InEK eine Analyse der mit CAD-Schablone behandelten Fällen nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des beschriebenen Verfahrens bedarf es daher eines eigenen OPS-Codes.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Soleman J et al. Computer-assisted virtual planning and surgical template fabrication for frontoorbital advancement. Neurosurg Focus. 2015 May;38(5): E5

Mardini S et al. Three-dimensional preoperative virtual planning and template use for surgical correction of craniosynostosis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014 Mar;67(3):336-43

Burge J et al. Application of CAD/CAM prefabricated age-matched templates in cranio-orbital remodeling in craniosynostosis. J Craniofac Surg. 2011 Sep;22(5):1810-3

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Im Vergleich zu den konventionellen Verfahren ohne Schablone, entstehen bei der neuen Methodik primär Mehrkosten durch die CAD-Planung und durch die patientenindividuelle Anfertigung der Schablonen.

Verbrauchsmaterial:

CAD-Schablone, Angebot der Firma Depuy Synthes ca. 4.270,70 €

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

Die Anzahl der vollstationär-entlassenen Patienten im Jahr 2012 mit der Diagnose Kraniosynostose (Q75.0) betrug laut Statistischem Bundesamt 650 Fälle.

Bei Betrachtung der Altersgruppen wurden 460 Patienten unter 1 Jahr ermittelt. Bei den 1-4jährigen Patienten waren es 155 Fälle. Insgesamt ergibt sich eine Fallzahl von 615 Entlassungen bei den 0-4jährigen Kraniosynostose-Patienten im Jahr 2012.

Mit der Annahme, dass durchschnittlich ca. 75% dieser Säuglinge/ Kleinkinder operativ mittels einer

Kranioplastik behandelt werden können, kann man von einer Fallzahl von ca. 450 Eingriffen pro Jahr ausgehen, die für die Methodik mit CAD-Schablonen in Frage kommen.

Die Angaben der rund 245 Kalkulationskrankenhäuser, die im G-DRG Browser (Hauptabteilung Version 2017) abgebildet sind, zeigen eine Fallzahl von 449 Patienten in der DRG I15A.

Die Anzahl der Fälle mit ICD Q75.0 (Kraniosynostose) und normaler Liegedauer liegt bei 272, das entspricht einem prozentualen Anteil von 66,5% der Normalliegender der DRG I15A.

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

Bei einer Gegenüberstellung von Kranioplastiken mit und ohne Schablone beträgt der Kostenunterschied gemäß eines vorliegenden Herstellerangebots über eine CAD-Schablone der Firma Depuy Synthes 4.270,70€.

Die OPS-Codes einer vergleichbaren Kranioplastik ohne Schablone lauten 5-020.0 oder 5-020.5

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Nicht relevant

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)