



OPS 2026

Änderungsvorschlag für den OPS 2026

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z. B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten 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:
ops2026-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
Beispiel: ops2026-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 2025** an vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

www.bfarm.de – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten unter www.bfarm.de - Datenschutzerklärung.



OPS 2026

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation *	Boston Scientific
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BSC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bostonscientific.com
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Nandor
Vorname *	Gondolatsch
Straße *	Klaus-Bungert-Straße 8
PLZ *	40468
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	Nandor.Gondolatsch@bsci.com
Telefon *	+49/170/7828587

Einräumung der Nutzungsrechte



* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände und der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2026

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation *	Klinikum Magdeburg gGmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.klinikum-magdeburg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med. habil.
Name *	Franke
Vorname *	Jörg
Straße *	Birkenallee 34
PLZ *	39130
Ort *	Magdeburg
E-Mail *	joerg.franke@klinikum-magdeburg.de
Telefon *	0391 / 791 5201

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2026

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

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

Kurzbeschreibung

OPS: Chirurgische Destruktion basivertebraler Nerven durch Radiofrequenzablation

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhängen.)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☒ Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), im Austausch mit der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG, Thomas Isenberg)

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird *

- ☐ Nein
- ☒ Ja

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

Medizinprodukt

Intrasept Intraosseous Nerve Ablation System (RF Probes and Access Instruments), Intrasept Radiofrequency Generator - Boston Scientific (ehemals Relievent Medsystems)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

CE-Zertifizierung

Datum des Zertifikats: 30.01.2025 durch TÜV SÜD Product Service GmbH (NB0123), Zertifikatsnummer: G10 065561 0060, Rev. 01



OPS 2026

- c. **Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Zweckbestimmung

Das intraossäre Nervenablationssystem Intracept™ ist für die Verwendung wie folgt bestimmt:

- zusammen mit einem Hochfrequenzgenerator
- zur Ablation basivertebraler Nerven der Lendenwirbel L3 bis S1
- zur Linderung chronischer Schmerzen im unteren Rückenbereich, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und auf konservative Behandlungen nicht angesprochen haben
- und Veränderungen nach der Modic-Klassifikationen (Typ 1 und/oder Typ 2) im MRT zeigen.

6. **Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird ***

☒ Nein

☐ Ja

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

Arzneimittel

-

- b. **Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Arzneimittelzulassung

-

7. **Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen ***

(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)

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

Wir bitten um die Etablierung spezifischer OPS-Kodes zur chirurgischen Radiofrequenzablation der intravertebralen, basivertebralen Nerven:

Kapitel: 5-83 Operationen an der Wirbelsäule

Hinw.:

Der offen chirurgische oder der endoskopische Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)

5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule

5-839.p - chirurgische Destruktion basivertebraler Nerven durch Radiofrequenzablation

5-839.p0 1 Segment

5-839.p1 2 Segmente



OPS 2026

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

5-839.p2 3 oder mehr Segmente

Hinweis: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren.

Anmerkung: Der Logik des OPS-Kataloges folgend, wird Klassifizierung gemäß Segmenten vorgeschlagen, da üblicherweise mindestens zwei Wirbelkörper behandelt werden.

8. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung (Begründung) *

Problembeschreibung

Die für die Grundversorgung in Deutschland neue chirurgische Methode ist noch nicht im OPS-Prozedurenkatalog abgebildet. Gegenwärtig besteht nur die Möglichkeit der Kodierung des unspezifischen OPS 5-839.x "Operationen an der Wirbelsäule: Sonstige" für die Prozedur. Andere destruktive Verfahren im Bereich der Wirbelsäule (z.B. 5-830.2 Facettendenervation, 5-83a.0- minimalinvasive Facettendenervation, 5-839.h- Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan) unterscheiden sich wesentlich in Lokalisation, Zugang (transpedikulär), Grad der Invasivität, dem Ziel (nervus basivertebrales) sowie der notwendigen Zielansteuerung innerhalb der Wirbelkörper. Es muss daher eine spezifische Kodierungsmöglichkeit geschaffen werden, um die Methode von anderen Denervations- und Ablationsverfahren abzugrenzen und eine sachgerechte Kalkulation der Kosten für das Verfahren zu ermöglichen.

Methodenbeschreibung:

Die basivertebrale Nervenablation ist ein Verfahren, das speziell bei chronischen Rückenschmerzen vertebrogener Genese d.h. von degenerativen Veränderungen der Wirbelendplatten ausgehenden Schmerzen (Modic-Klassifizierung) - eingesetzt wird. Dabei werden Schmerzsignale, die von geschädigten Endplatten ausgehen, durch Ablation des Nervus basivertebrales gezielt unterbrochen. Dieser Nerv ist einzigartig, da er den Wirbelkörper innerviert und sich nach einer Ablation nicht regeneriert. Dies ermöglicht bei sorgfältig ausgewählten Patientinnen und Patienten eine dauerhafte Schmerzlinderung.

Der basivertebrale Nerv verläuft von anterior nach posterior im Wirbelkörper. Die Nervenzellen der basivertebrealen Nerven vereinigen sich im Wirbelkörper an einem Punkt, der in der MRT-Bildgebung sichtbar ist. Bei dem neuen Verfahren wird dieser Nervenpunkt des basivertebrealen Foramens erhitzt und dadurch ablatiert, wodurch die Schmerzübertragung zwischen Wirbelsäule und Gehirn blockiert wird.

Evidenzlage

Die Methode wurde im Rahmen eines RCT (Oktober 2011 - Februar 2014) bereits in drei renommierten Zentren in Deutschland angewendet [3]:

- Prof. Dr. med. Peter Vajkoczy (Charité Berlin)
- Prof. Dr. Bernhard Meyer (Klinikum Rechts der Isar)
- Prof. Franke (heute Klinikum Magdeburg gGmbH, damals Klinikum Dortmund gGmbH)

Die Identifizierung des basivertebrealen Nerves als mögliches Ziel destruktiver Verfahren zur Linderung von Rückenschmerzen ergab sich durch histologische Untersuchungen, bei denen festgestellt wurde, dass

Problembeschreibung

Nerven über das zentral gelegene hintere Gefäßforamen in den Wirbelkörper eindringen und die basivertebralen Gefäße begleiten [1].

Mehrere randomisierte, kontrollierte, multi-zentrische Studien zeigen inzwischen eine dauerhafte, signifikante Verbesserung der Funktionalität, Schmerzintensität und Lebensqualität auch nach 5 Jahren nach einmaliger Ablation gegenüber der Schein- und Standardbehandlung (Evidenzgrad Stufe 1b --> The Levels of Evidence and their role in Evidence-Based Medicine - PMC) [2,3].

In etwa jeder Dritte der behandelten Patientinnen und Patienten bleibt gänzlich schmerzfrei nach 5 Jahren. Die behandelten Patientinnen und Patienten benötigen innerhalb von 5 Jahren signifikant weniger Opioid- und schmerztherapeutische Maßnahmen. Wirbelsäulenoperationen können bei vielen Patientinnen und Patienten vermieden oder hinausgezögert werden (Siehe 8f, Kostenunterschiede) [4].

Aufgrund der Etablierung des Verfahrens in den USA, ist es Bestandteil der dortigen Guidelines zur Behandlung bei vertebrogenem Schmerz, siehe [5].

Indikation und Patientenselektion:

Geeignet sind Patientinnen und Patienten mit nachgewiesenen Endplattenveränderungen, die seit mindestens sechs Monaten erfolglos mit konservativen Maßnahmen behandelt worden sind und deshalb immer noch unter vertebrogenen Schmerzen leiden. Neben der klinischen Schmerzanamnese für Charakteristika von vertebrogenen Schmerzen (brennender Schmerz; gesteigerte Schmerzintensität gesteigert beim Sitzen, Vorbeugen und Positionswechsel vom Sitzen zum Stehen) ist für die Patientenselektion die MRT-Bildgebung wesentlich, um degenerative Veränderungen der Wirbelendplatten nachzuweisen (Modic-Veränderungen, Typ 1 und Typ 2) [5].

---> z. B. nach Modic-Typ 1: Entzündung, Ödem, Veränderungen der Wirbelendplatte, Zerstörung und Rissbildung der Wirbelendplatte, vaskularisiertes und fibröses Gewebe im angrenzenden Mark, hypointense Signale

--> z.B. nach Modic-Typ 2: Veränderungen am Wirbelkörpermark, einschließlich des Ersetzens von normalem Knochenmark durch Fett, hyperintensive Signale

Die Methode wird unter stationären Bedingungen durchgeführt.

Hierbei wird die Patientin oder der Patient zumeist in Bauchlage positioniert und intravenös sediert oder in Narkose versetzt. Der Zugang erfolgt perkutan, transpedikulär durch den Pedikel des betroffenen Wirbels über eine kleine Hautinzision (3–5 mm) mit Hilfe eines Trokars [5]. Wie bei der inhaltlichen Beschreibung des Vorschlages angemerkt worden ist, werden üblicherweise mindestens zwei - der darüber befindliche sowie der darunter befindlichen Wirbelkörper - behandelt.

Die Zielführung- und Markierung der relevanten Segmente erfolgt unter fluoroskopischer Bildgebung, wobei eine Introducer-Kanüle durch das Pedikel hindurch Nahe am Nervus basivertebralis platziert wird. Nach erfolgreicher Platzierung wird der Trokar entfernt. Danach erfolgt die Einführung einer speziell gebogenen Thermoablationskanüle (Curved Cannula) für einen präzisen Zugang zum Zielpunkt zwischen den Wirbelendplatten. Abschließend wird die Hochfrequenzsonde zum Zielpunkt vorgeschoben und der Nerv ablatiert [5]. Die Prozeduredauer beträgt circa 50 Minuten.

Abgrenzung zu anderen Destruktionsverfahren:

Andere destruktive Verfahren im Bereich der Wirbelsäule (z.B. 5-830.2 Facettendenerivation, 5-83a.0-minimalinvasive Facettendenerivation, 5-839.h- Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan) unterscheiden sich wesentlichen Punkten von der Ablation des nervus basivertebralis:

1. Anatomisches Anwendungsgebiet (Lokalisation) & Zielsteuerung: Im Gegensatz zu anderen peripheren Denervationen/Ablationen im Bereich der Wirbelsäule wird bei der chirurgischen Destruktion des nervus basivertebralis erstmalig die Ziellokalisation der intravertebralen Nerven angesteuert. Die intraossäre Anwendung zwischen den Wirbelendplatten benötigt spezielle Instrumente für präzisen Zugang,

OPS 2026**Problembeschreibung**

Zielsteuerung und Platzierung. Dies wird durch eine wesentlich aufwendigere Technologie ermöglicht und rückt die Destruktion der basalen vertebrealen Nerven in den Bereich eines spezialisierten Verfahrens.

2. Grad der Invasivität: Durch die Lokalisation zwischen den Wirbelendplatten ist der Grad der Invasivität durch einen transpedikulären Zugang mit Trokar sowie intraossärer Durchführung erhöht. Durch die Lokalisation zwischen den Wirbelendplatten ist der Grad der Invasivität durch den transpedikulären Zugang mit Trokar sowie die intraossäre Durchführung z.B. gegenüber den in der OPS-Klassifikation unter 5-83a aufgeführten minimal-invasiven Verfahren erhöht.

3. Indikation: Das patientenbezogene Anwendungsgebiet unterscheidet sich bei der chirurgischen Destruktion basivertebraler Nerven des und bilden das derzeit einzige chirurgische Verfahren für die Behandlung vertebrogenen Rückenschmerzen, d.h. von degenerativen Veränderungen der Wirbelendplatten ausgehenden (Modic-Klassifizierung Typ 1 und/oder Typ 2) Schmerzen.

Dies macht eine Abgrenzung zu anderen Entitäten chronischer Kreuzschmerzen möglich. In den USA wurde mit der M54.51 – „Vertebrogenic low back pain“ eine spezifische Differenzierung gegenüber dem Kreuzschmerz (M54.5) etabliert. Auch Spanien wurde dies in der ICD-Überarbeitung für das Jahr 2024 umgesetzt.

4. anhaltender Therapieeffekt: Im Gegensatz zur Wirkung von gängigen Denervationen/Ablationen im Bereich der Wirbelsäule (z.B. lumbale Facettendenerivation) findet beim nervus basivertebralis keine Regeneration des Nervs statt, sodass eine dauerhafte Deaktivierung von schmerzleitenden Nervenfasern erzielt wird, während Facettendenerivationen häufig wiederholt durchgeführt werden müssen. Dieses Therapie ist in sich abgeschlossen und kann für sich alleine durchgeführt werden.

Die Therapie führt zu initial höheren Kosten, ist aber nicht mit Folgeeingriffen verbunden. Mehrere randomisierte, kontrollierte, multi-zentrische Studien zeigen eine dauerhafte, signifikante Verbesserung der Funktionalität, Schmerzintensität und Lebensqualität auch nach 5 Jahren nach einmaliger Ablation (siehe Literatur) gegenüber der Schein- und Standardbehandlung [2,3,4]. Zumeist können dadurch Fusionen an den behandelten Segmenten der Wirbelsäule vermieden oder hinausgezögert werden [4].

5. Herkömmliche Verfahren zielen auf Nervenäste außerhalb des Wirbelkörpers, beispielsweise an den Facettengelenken, und werden häufig unter Lokalanästhesie durchgeführt. Da sie nicht gezielt an der Schmerzursache ansetzen, kommen sie nicht für die Zielpopulation in Frage und sind weniger aufwendig.

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

Im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG Systems ist eine Differenzierung von anderen Verfahren notwendig, um eine Abgrenzung und sachgerechte Kalkulation der Kosten in den Klassifikationssystemen zu gewährleisten.

Das Verfahren der chirurgischen Destruktion basivertebraler Nerven ist zwar mit initial erhöhten Materialkosten verbunden, geht allerdings einher mit der Vermeidung weiterer Hospitalisierungstage und der Inanspruchnahme weiterer schmerzmedizinischer Maßnahmen für die zugrundeliegende Schmerzursache. Hervorzuheben ist, dass es sich um eine einmalige Therapieanwendung handelt.

Lediglich ein geringer Anteil der behandelten Patientinnen und Patientinnen (in etwa 13%) erhalten innerhalb von 5 Jahren weitere Maßnahmen (spinale Injektionen, lumbale Radiofrequenzablation, Wirbelsäulenoperation) zur Behandlung der Schmerzen in den Bereichen der abladierten Wirbelsegmente [4].



OPS 2026

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

d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Leitlinien, Literatur, Studienregister

- [1.] Antonacci MD, Mody DR, Heggeness MH. Innervation of the human vertebral body: a histologic study. J Spinal Disord. 1998 Dec;11(6):526-31. PMID: 9884299.
- [2] Conger A, Burnham TR, Clark T, Teramoto M, McCormick ZL. The Effectiveness of Intraosseous Basivertebral Nerve Radiofrequency Ablation for the Treatment of Vertebrogenic Low Back Pain: An Updated Systematic Review with Single-Arm Meta-analysis. Pain Med. 2022 Jul 20;23(Suppl 2):S50-S62. doi: 10.1093/pm/pnac070. PMID: 35856331; PMCID: PMC9297160.
- [3] Fischgrund JS, Rhyne A, Franke J, Sasso R, Kitchel S, Bae H, Yeung C, Truumees E, Schaufele M, Yuan P, Vajkoczy P, DePalma M, Anderson DG, Thibodeau L, Meyer B. Intraosseous basivertebral nerve ablation for the treatment of chronic low back pain: a prospective randomized double-blind sham-controlled multi-center study. Eur Spine J. 2018 May;27(5):1146-1156. doi: 10.1007/s00586-018-5496-1. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29423885.
- [4] Khalil JG, Truumees E, Macadaeg K, Nguyen DTD, Moore GA, Lukes D, Fischgrund J. Intraosseous basivertebral nerve ablation: A 5-year pooled analysis from three prospective clinical trials. Interv Pain Med. 2024 Dec 13;3(4):100529. doi: 10.1016/j.inpm.2024.100529. PMID: 39758714; PMCID: PMC11700295.
- [5.] Sayed D, Naidu RK, Patel KV, Strand NH, Mehta P, Lam CM, Tieppo Francio V, Sheth S, Giuffrida A, Durkin B, Khatri N, Vodapally S, James CO, Westerhaus BD, Rupp A, Abdullah NM, Amirdelfan K, Petersen EA, Beall DP, Deer TR. Best Practice Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Vertebrogenic Pain with Basivertebral Nerve Ablation from the American Society of Pain and Neuroscience. J Pain Res. 2022 Sep 14;15:2801-2819. doi: 10.2147/JPR.S378544. PMID: 36128549; PMCID: PMC9482788.

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten

Die Kostenschätzung des Verfahrens geht von den durchschnittlichen Kosten einer Kyphoplastie an einem Wirbelkörper aus, da es bezüglich des Zuganges, der chirurgischen Technik, dem Grad der Invasivität und der unmittelbaren postoperativen Versorgung viele Gemeinsamkeiten gibt. Für beide Prozeduren ist ein präziser, transpedikulärer und intravertebraler Zugang anhand geeigneter Instrumente nötig, um eine effektive Behandlung zu ermöglichen.

Die Kosten für eine Kyphoplastie an einem Wirbelkörper werden zumeist in der DRG I09I (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren) erstattet.

Laut InEK-Kostenbrowser 2023_2025 wurden für die I09I eine Zahl von 2.136 Fällen in der Kostenkalkulation berücksichtigt. Hiervon wurde die Kyphoplastie (5-839.a0) an einem Wirbelkörper in 88% dieser Fälle kodiert. Somit bilden die durchschnittlichen Kosten der I09I im InEK-Datenbrowser einen hohen Grad an Repräsentativität für die durchschnittlichen Kosten der Kyphoplastie an einem Wirbelkörper ab. Im Durchschnitt betragen die Kosten der I09I gerundet 5.597 € bei einer mittleren Verweildauer von durchschnittlich 7,8 Tagen.



OPS 2026

Kosten

Demnach gilt folgende Kostenabschätzung:

Hauptleistungskosten für die Prozedur: (Quelle: siehe Abschlussbericht InEK vom Systemjahr 2004, Seite 49f. zu Hauptleistungs- und Differenzkosten)

Aufgrund der Gemeinsamkeiten im Vorgehen zur Kyphoplastie gelten für die Hauptleistungskosten (Kostenstellengruppen 4=OP-Bereich, 5=Anästhesie, 6= KreiBsaal, 7=Kardiologische Diagnostik/Therapie, 8= Endoskopische Diagnostik/Therapie):

- In den Kostenarten 1 (=Ärztlicher Dienst), 2 (=Pflegedienst), 3 (= MT-Dienst), 4 (=Arzneimittel Gemein- und Einzelkosten), 6a (= übriger med. Bedarf Gemeinkosten), 6c (= Behandlungsleistungen Dritter) sowie der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur (Kostenarten 7,8) werden die Kosten der I09I angenommen – 1.643 €

- Implantatkosten fallen im Vergleich zur Kyphoplastie nicht an (Kostenbereich 5, Kostenart Implantate)

- Im Kostenbereich 6 (medizinischer Sachbedarf, Einzelkosten) fallen in der DRG I09I durchschnittlich 548 € an. Im Vergleich zur Kyphoplastie fallen hier zusätzliche Kosten an:

Die Kosten der eingesetzten Medizinprodukte bestehen aus einem für destruktive Verfahren üblichen Hochfrequenzgenerator, sowie Materialien für den Zugang und die Zielführung für die chirurgische Radiofrequenzablation:

- Introducer für den transpedikulären Zugang

- gebogene Thermoablationskanüle und Stilet für eine präzise Ansteuerung des intravertebralen, basivertebralen Foramen, wo der basivertebrale Nerv zwischen den Wirbelendplatten sitzt

- bipolare Hochfrequenzsonde zur einmaligen Verwendung

Die Kosten für die Einmalprodukte hängen von der Anzahl der behandelten Wirbelkörper ab.

Die Materialkosten betragen 8.500 € für zwei Wirbelkörper (1 Segment) und 1.100 € für jeden weiteren Wirbelkörper.

In Summe ergeben sich durchschnittliche Kosten in den Kostenstellengruppen OP-Bereich, Anästhesie, Kardiologische Diagnostik/Therapie, Endoskopische Diagnostik/Therapie in Höhe von etwa 10.689 €

Differenzkosten (Aufenthalt) (Quelle: siehe Abschlussbericht InEK vom Systemjahr 2004, Seite 49f. zu Hauptleistungs- und Differenzkosten):

Für die überwiegend von der Verweildauer abhängigen Differenzkosten (Kostenartengruppe: Normalstation, Intensivstation, Radiologie, Laboratorien, Diagnostische Bereiche, Therapeutische Verfahren und Patientenaufnahme) ergeben sich geringere verweildauerabhängige Kosten als für die Kyphoplastie (durchschnittliche Verweildauer der I09I ~ 7,8 Tage), was im Wesentlichen auf die unterschiedliche Patientenpopulation zurückzuführen ist (Alter und Allgemeinzustand der Patientinnen und Patienten, Indikation --> Frakturen, längere Nachsorge).

Dementsprechend erfolgt eine anteilige Anpassung der durchschnittlichen Differenzkosten der I09I (2.941 € bei 7,8 Tagen durchschnittlicher Verweildauer) auf drei Tage, dies entspricht 1.131 €.

Insgesamt ergeben sich so geschätzte Kosten für das Verfahren in Höhe von etwa 11.820 €

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

Kostenunterschiede

Den Ausführungen des Punktes 8e) ergeben sich somit Kostenunterschiede für die Versorgung eines Wirbelkörpers von 6.223 € gegenüber den durchschnittlichen Kosten der DRG I09I, wobei bei einem Segment zwei Wirbelkörper behandelt werden (siehe 8a).



OPS 2026

Kostenunterschiede

Darüber hinaus stehen den initial höheren Sachkosten für die einmalige Therapieanwendung der chirurgischen Radiofrequenzablation des basivertebralen Nerven nach dem Eingriff Einsparungen an Hospitalisierungstagen (z.B. Vermeidung stationäre Schmerztherapie) und weiteren schmerztherapeutischen Maßnahmen gegenüber [4].

- 32 % der Patient/innen gänzlich schmerzfrei nach 5 Jahren
- 65 % der Patient/innen mit Einnahme von Opioiden zu Beginn, benötigen nach 5 Jahren keine mehr
- Lediglich ein geringer Anteil der behandelten Patientinnen und Patientinnen (in etwa 13 %) erhalten innerhalb von 5 Jahren weitere Maßnahmen (spinale Injektionen, lumbale Radiofrequenzablation, Wirbelsäulenoperation) zur Behandlung der Schmerzen in den Bereichen der abladierten Wirbelsegmente, inkl. nur 6 % bei denen in der Folge eine Stabilisierungs-Operation der Wirbelsäule in dem behandelten Bereich notwendig war.

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

Fallzahl

Aufgrund der Neuheit des Verfahrens in Deutschland kann zur Fallzahl noch keine exakte Aussage getroffen werden. In den USA, in denen das Intrasept-System seit mehreren Jahren einen Zulassungsstatus besitzt, wurden inzwischen mehr als 40.000 Patientinnen und Patient seit 2018 mit dem Verfahren behandelt. Dementsprechend ist das Verfahren in den USA spezifisch in den Klassifikationssystemen abgebildet.

Es wird von Expertinnen und Experten davon ausgegangen, dass für das Verfahren in etwa 5 % des heutigen Patientenkollektives monosegmentaler Fusionsoperationen indiziert sind.

Dies ergibt sich auf Basis einer Schätzung des Versorgungsbedarfs für Deutschland auf Basis der Behandlungszahlen in den USA:

Ausgehend vom InEK-Datenbrowser (Datenlieferung DRG 2023 gruppiert nach 2024) wurden im Jahr 2023 ca. 36.100 monosegmentale Spondylodesen kodiert (Anzahl Fälle, OPS: 5-836.30, 5-836.40, 5-836.50). Anhand einer Zuordnung der Haupt- oder Nebendiagnosen zum lumbalen/lumbosakralen Bereich verbleiben in etwa 22.200 Fälle im anatomischen Bereich, welcher der Zweckbestimmung im weitesten Sinne entspricht.

Von den 22.200 Fällen decken sich ferner 1.170 Fällen mit den Haupt- oder Nebendiagnosen, die in den amerikanischen Klassifikationssystemen zur Abrechnung empfohlen werden (M47.96 - Sonstige Spondylose: Lumbalbereich, M47.97- Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich, M54.96 Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbal, M54.97: Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbosakral, M54.5: Kreuzschmerz).

Dies ergibt eine Fallzahl von ca. 1.170 für das Jahr 2023, was in etwa den 5 % monosegmentaler Spondylodesen im lumbalen/lumbosakralen Bereich entspricht. Da gemäß Zweckbestimmung die Lendenwirbel L3 bis S1 indiziert sind, wird von einer Fallzahl zwischen 700 – 900 ausgegangen.

h. 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.)

Relevanz Qualitätssicherung

-



OPS 2026

9. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Bisherige Kodierung

Es besteht bisher keine spezifische Kodierung für das Verfahren der chirurgischen Destruktion basivertebraler Nerven durch Radiofrequenzablation und muss somit über den unspezifischen OPS 5-839.x im Kapitel "5-839: Andere Operationen an der Wirbelsäule: Sonstige" kodiert werden.

Im OPS-Kapitel 5-839 - Andere Operationen an der Wirbelsäule findet sich zwar ein OPS für die "Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan" von Wirbelkörpern, dieser bildet das Verfahren aber nicht ab (s. Problembeschreibung): Bei dem Verfahren wird kein knöchernes Gewebe abladiert, sondern der basivertebrale Nerv (nervus basivertebralis) direkt und einmalig abladiert, sowie dabei dauerhaft durchtrennt. Eine Regeneration des Nervs kann somit nicht stattfinden.

10. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)

Sonstiges