

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

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!**

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexeodefruehreha-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)).

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS 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.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation \* DRK-Klinik Baden-Baden, Abt. f. Handchirurgie  
Offizielles Kürzel der Organisation \* DRK-Klinik Baden-Baden  
Internetadresse der Organisation \* <http://www.drk-klinik.de>  
Anrede (inkl. Titel) \* Dr.  
Name \* Wolf  
Vorname \* Mathias  
Straße \* Lilienmattstr. 5  
PLZ \* 76530  
Ort \* Baden-Baden  
E-Mail \* [mathias.wolf@drk-klinikbb.de](mailto:mathias.wolf@drk-klinikbb.de)  
Telefon \* 07221/358-0

### 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)

noch nicht mit DGH abgestimmt

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Korrekte Lokalisations-Codes für die Handgelenksarthroskopie 5-81... etc.

### 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)

Die Lokalisation ist für die Codes 5-810 bis 5-812 und 5-819:

[...]

6 = distales Radio-Ulnargelenk

7 = Radio- + Ulnokarpalgelenk

(Kode 8 gestrichen)

(Kode 9 gestrichen)

a = Mediokarpalgelenk

b = Sattelgelenk

c = Metakarpophalangealgelenk

d = Skaphotrapezotrapezoidalgelenk [Hinweis: nur bei Verwendung eines separaten Portals]

[...]

z = sonstiges Gelenk der Hand

Hinweise für Alphabetisches Verzeichnis:

Die Begriffe 'Handgelenk', 'Radiokarpalgelenk' und 'Ulnokarpalgelenk' sollten alle auf die Endziffer '7' weisen

Skaphotrapezotrapezoidalgelenk und STT-Gelenk sind synonym

Interphalangealgelenk (arthroskopisch) sollte auf die Endziffer 'z' weisen

Alternativ-Vorschlag:

Will man die strenge Ordnung der Arm-Lokalisationen von proximal nach distal beibehalten, ergäbe sich:

6 = distales Radio-Ulnargelenk

7 = Radio- + Ulnokarpalgelenk

8 = Mediokarpalgelenk

9 = Skaphotrapezotrapezoidalgelenk [Hinweis: nur bei Verwendung eines separaten Portals]

a = Sattelgelenk

b = Metakarpophalangealgelenk

z = sonstiges Gelenk der Hand

### 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Für die Lokalisation der Handgelenks-Arthroskopie mit Eingriffen ICPM 5-10... bis 5-12... sind bisher folgende Codes für die 6. Stelle vorgesehen:

6 = distales Radio-Ulnargelenk

7 = Handgelenk

8 = Radiokarpalgelenk

9 = Ulnokarpalgelenk

Das distale Radio-Ulnargelenk ist anatomisch durch den Diskus articularis klar vom Handgelenk abgegrenzt.

Hingegen macht die Einteilung des Handgelenks in 'Handgelenk', Radiokarpalgelenk und Ulnokarpalgelenk weder anatomisch, noch operationstechnisch, noch abrechnungstechnisch einen Sinn.

Das Radiokarpal-Gelenk und Ulnokarpal-Gelenk haben eine gemeinsame Gelenkkapsel und sind nicht klar voneinander getrennt. Diese beiden Gelenkbereiche gehen ineinander über, die proximale Gelenkfläche des Lunatums gehört beiden Gelenkteilen an. Operationstechnisch bilden diese beiden Gelenkteile eine Einheit, die durch 2 Portale, meist das  $\frac{3}{4}$  - Portal und das 6R-Portal arthroskopiert und operiert werden, man kann von jedem dieser Portale beide Gelenkbereiche einsehen. Oft wird auch die Bezeichnung 'Radiokarpalgelenk' für den gesamten Abschnitt Radio- und Ulnokarpalgelenk gebraucht.

Anatomisch gesehen sind diese beiden Abschnitte Teile des Handgelenks. Der übergeordnete Begriff 'Handgelenk' umfaßt das Radiokarpalgelenk, Ulnokarpalgelenk und das Mediokarpalgelenk. Das oft routinemäßig mitarthroskopierte Mediokarpalgelenk hat eine eigene Gelenkkapsel, ist bei gesunden Verhältnissen klar vom Radio-Ulnar-Gelenk abgetrennt und läßt sich derzeit nur als 7 = Handgelenk kodieren. Operationstechnisch gesehen muß man für das Mediokarpalgelenk ein oder 2 neue Portale (RMC, UMC) einrichten.

Abrechnungstechnisch ergeben sich nun insbesondere bei Verwendung der nicht exakt definierten Begriffe 'partiell' und 'total' folgende Probleme: ist eine 'totale radiokarpale Synovektomie' (5-811.38) nun gleichwertig mit einer 'partiellen Handgelenks-Synovektomie' (5-811.27)? Muß bei einer 'totalen Handgelenkssynovektomie' (5-811.37) außer dem radiokarpalen und ulnokarpalen Anteil auch der mediokarpale Anteil synovektomiert werden? Darf man mit einer Kodierung 5-811.38 + 5-811.39 (totale Synovektomie Radiokarpal und Ulnokarpal) wegen simultaner Durchführung von 2 Eingriffen mehr Geld bekommen, als wenn man kodiert 5-811.37 = totale Synovektomie Handgelenk?

Das INEK hat sich aus der Affäre gezogen, indem alle ICPM-Kodes partiell / total in eine einzige DRG I32F triggern. Der EBM2000plus hat einen anderen Weg gewählt und bezahlt nur die Endziffer 7 = Handgelenk, während 8 = radiokarpal und 9 = ulnokarpal nicht abrechenbar sind. Anhand der ICPM-Daten ist es derzeit vollkommen unmöglich, herauszufinden, wer wieviel Gelenkanteile arthroskopiert hat und wieviel Aufwand dafür kalkuliert wird.

Die Handgelenks-Arthroskopie wird zunehmend auch bei weiteren kleineren Gelenken der Hand eingesetzt, insbesondere Sattelgelenk, Daumen-Grundgelenk und andere Fingergrundgelenke. Diese sind bisher nicht korrekt kodierbar.

Bei der Wahl der Kürzel in meinem Vorschlag folgende Überlegungen:

7 = Radio- und Ulnokarpalgelenk (bisher 'Handgelenk'): Meist wird der gemeinsame radio- und ulnokarpale Gelenkabschnitt arthroskopiert und, da bei ambulanten Operationen nach §115b nicht anders möglich, mit 7 = Handgelenk kodiert. Auf eine Änderung der Code-Ziffern wird nicht sofort eine Änderung der §115b-Bestimmungen erfolgen, da ja mehrere Vertragspartner zustimmen müssen. Wird die '7' weiterhin für die am häufigsten durchgeführte und abgerechnete Form der Handgelenksarthroskopie verwendet, ergeben sich in einer eventuellen Übergangszeit keine Abrechnungsprobleme.

Streichung von '8' und '9', um keine Probleme bei Verwendung verschiedener OPS-Versionen zu

erzeugen.

a = Mediokarpalgelenk: Lehnt sich an a = Handwurzelgelenk aus den Codes zu 5-79a ff an; das Mediokarpalgelenk ist das vorrangige arthroskopierbare Handwurzelgelenk. Zum STT-Gelenk siehe 'd'.

b = Sattelgelenk, dies ist das einzige sinnvoll arthroskopierbare Karpometakarpalgelenk (=b für 5-79a)

c = Metacarpophalangealgelenk, entspricht dem Code aus 5-79a und umfaßt das manchmal arthroskopierte Daumengrundgelenk und die nur als Rarität zu arthroskopierenden Langfingergrundgelenke

d = Skaphotrapezotrapezoidalgelenk (=STT-Gelenk): Dieses Gelenk (Gelenkabschnitt aus den Handwurzelgelenken) ist aus dem Zugang (=Portal) 'RMC' des Mediokarpalen Gelenks einsehbar, allerdings erfordert es für eine genaue Untersuchung bzw. Operation (z.B. Synovektomie) mindestens ein zusätzliches Portal (STT-U oder STT-R). Der Hinweistext 'nur bei Verwendung eines gesonderten Portals' ist notwendig, damit dieser Code nicht bei jeder Mediokarpalen Arthroskopie aus Abrechnungsgründen dazugefügt wird. Eine Arthroskopie der Interphalangealgelenke (siehe 'd' bei 5-79a etc.) hat sich meines Wissens nicht etabliert.

z = sonstiges Gelenk der Hand, da es bei der Hand zahlreiche kleine Gelenke gibt, die bei weiterem technischen Fortschritt möglicherweise arthroskopiert werden und unterschieden werden sollten von anderen als 'x' zu kodierenden Körpergelenken (z.B. Kiefergelenk?, Fußwurzelgelenk??).

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

Aus den jetzigen Codes läßt sich aufgrund der unklaren und zweideutigen Definition kein Aufschluß über die Ausdehnung einer durchgeführten Handgelenks-Arthroskopie gewinnen. Die Frage, wieviel Gelenkabschnitte wirklich arthroskopiert wurden, kann für die Kostenkalkulation von Bedeutung sein. Die Durchführung von 'Simultaneingriffen' (Mehrfacheingriffen), für den EBM2000plus abrechnungstechnisch von Bedeutung (ca. 100 Euro Differenz), muß durch eindeutige Codes eindeutig geregelt werden.

Neuere Entwicklungen mit Arthroskopie kleinerer Gelenke der Hand wie z.B. Sattelgelenk und Metacarpophalangealgelenk sind bisher nicht darstellbar.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

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

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

- 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.)

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

Die gemeinsame Verwendung der anatomisch ineinander übergreifenden Codes 7=Handgelenk, 8=Radiokarpalgelenk und 9=Ulnokarpalgelenk machen auch bei den OPS-Kodes 5-79a..., 5-79b..., 5-800... und 5-801... wenig Sinn. Allerdings bin ich hier in der Praxis bisher noch nicht auf manifeste Probleme gestossen.