

## Änderungsvorschlag für den OPS 2009

### 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-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.

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/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 Chirurgie; Berufsverband der Ärzte für Chirurgie; Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie; Deutsche Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (AK Chirurgie und AK Orthopädie)
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGCH, BDC, DGU, DGOOC, AG Chirurgie der GMDS; AK Orthopädie der GMDS
Internetadresse der Organisation *	www.dgu-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Windolf
Vorname *	Joachim
Straße *	Moorenstr. 5
PLZ *	40225
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	Joachim.Windolf@med.uni-duesseldorf.de
Telefon *	0211 - 8 10 44 00

### 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)

S. Zeile 1

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) \*

Anwendung 3D-Bildwandler

## 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)

Neuaufnahme eines OPS-Kodes für die Anwendung eines 3D Bildwandlers

5-98b Anwendung eines 3D-Bildwandlers

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Der OPS-Katalog enthält bisher keinen Code für die Anwendung eines 3D-Bildwandlers.

Die Methode der intraoperativen 3D-Bildgebung mit einem mobilen Bildwandlersystem verspricht eine Kombination der intraoperativ routinemäßig praktizierten C-Bogen-Anwendung mit den Vorteilen einer intraoperativen 3D-Darstellung. Bei der intraoperativen 3D-Bildgebung mit mobilen C-Bögen wird der C-Bogen kontinuierlich motorisch um das Operationsfeld bewegt. Während der Rotation werden in äquidistanten Winkelabständen Fluoro-Projektionsbilder aufgenommen, aus denen dann ein hochaufgelöster 3D-Bilddatensatz des OP-Gebietes berechnet werden kann. Der Untersucher erhält wenige Sekunden nach Beendigung der automatischen Rotationsbewegung Schnittbilder des abgebildeten Volumens in jeder frei wählbaren Schnittebene. Das Ergebnis ist ein 3D Bilddatensatz, der in verschiedenen Darstellungsformen dem Operateur unmittelbar zur Verfügung steht. Die 3D-Aufnahmen können während der chirurgischen Prozedur jederzeit wiederholt und so auch unter anderem zur intraoperativen Ergebnis-Kontrolle herangezogen werden.

Prädestiniert für dreidimensionale Bildgebung sind die Gelenkregionen und komplexe knöcherne Strukturen. In allen Fällen in denen eine präoperative CT Diagnostik zur Beurteilung des Frakturausmaßes erforderlich ist, liefert die intraoperative 3D Bildgebung wichtige Zusatzinformationen bezüglich der Ergebnisqualität. Die häufigsten Indikationen ergeben sich in der

Unfallchirurgie und der orthopädische Chirurgie bei der Beurteilung komplexer gelenktragender Frakturen, wie zum Beispiel am Fersenbein, sowie in der Wirbelsäulenchirurgie und kann zusätzlich als intraoperative Datenquelle für computerassistierte Operationen dienen. Hierdurch wird eine unmittelbare Prozess- und Ergebniskontrolle des rekonstruktiven Eingriffs möglich. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre mit intraoperativer 3D Bildgebung werden in etwa 20% aller Fälle aus den zusätzlich gewonnenen Informationen intraoperativ Konsequenzen gezogen, meist durch die Korrektur von nicht ideal platzierten Implantaten oder durch die Verbesserung der Reposition.

Die intraoperative 3D-Bildgebung mit mobilen C-Bögen stellt eine Ergänzung der bisher im Operationssaal praktizierten fluoroskopischen Bildgebung mit „konventionellen“ 2D C-Bögen dar. Dies bedeutet eine erhebliche Erweiterung der intraoperativen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, da die intraoperative 3D Bildgebung knöcherner Strukturen im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie selbst in Zentren bisher nicht zur Verfügung stand.

Bislang ist nur eine unspezifische Kodiermöglichkeit gegeben. Dies dient nicht einer sachgerechten Identifikation des Ressourcenaufwands.

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

Das Fehlen eines spezifischen Codes für die Anwendung eines 3D-Bildwandlers dient nicht einer sachgerechten Identifikation des Ressourcenaufwands komplexer Fallkonstellationen. Eine sachgerechte Allokation des Ressourcenaufwands dient der leistungsgerechten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

Durch die Methode entstehen Mehrkosten durch den Investitionsaufwand (ca. 240.000-900.000 €), Verbrauchsmaterialien von ca. 100 €/Fall einen erhöhten Zeitbedarf intraoperativ (+10 min./Fall) und durch die Dokumentationspflicht nach der Röntgen-Verordnung.

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

1000

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

s.o.

**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.)**

keine

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