

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. 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, 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).

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 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/unsere 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 Unfallheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie; Deutsche Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (AK Orthopädie)
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGU, DGOOC, AK Orthopädie der GMDS
Internetadresse der Organisation *	www.dgu-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Windolf
Vorname *	Joachim
Straße *	Universitätsklinikum Düsseldorf
	Moorenstr. 5
PLZ *	40225
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	windolf@uni-duesseldorf.de
Telefon *	0211/8104400

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Chirurgische Klinik der Universität Rostock
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	http://chirurgie.uni-rostock.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr PD Dr.
Name *	Gradl
Vorname *	Georg
Straße *	Schillingallee 35
PLZ *	18055
Ort *	Rostock
E-Mail *	georg.gradl@med.uni-rostock.de
Telefon *	0381-4946093

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Bundesverband Medizintechnologie e.V.
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) *

Osteosynthese mittels intramedullärem Nagel bei distalen Radiusfrakturen

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 der neuen Versorgungslösung handelt es sich um eine Marknagelung mit einem Implantat, das im gelenknahen Bereich speziell für die gelenktragende Funktion modifiziert wurde. Die Modifikation (Gelenkkomponente) sieht die Abflachung des Nagels im Sinne einer intramedullären Platte vor, die es ermöglicht, dass mehrere winkelstabile Schrauben auf sehr kurzer Länge durch das Implantat zur Fixierung des Gelenkanteils eingebracht werden können. Die technische Lösung der Gelenkkomponente um am distalen Radius mit einem Marknagel arbeiten zu können ist zwar komplexer als bei einem Marknagel für den gelenknahen Humerus oder das Femur, zielt jedoch gleichsam darauf ab eine Region intramedullär stabilisieren zu können, die bislang durch extramedulläre Verfahren adressiert wurde. Um in einen röhrenförmigen Knochen ein rechteckiges Implantat einsetzen zu können, muss dieser durch einen aufwendigen Operationsschritt vorbereitet werden. Hierfür benutzt der Chirurg Raffeln, die den Raffeln zum Einbringen von Hüftprothesen in den Femurschaft ähneln. Ist das Nagelbett vorbereitet, kann der Nagel, einschließlich dem flachen Gelenkanteil komplett intraartikulär versenkt werden. Durch den distalen Plattenanteil des Implantats werden mit Hilfe eines Zielbügels zunächst Kirschnerdrähte und dann mehrere Fixierschrauben exzentrisch eingeschraubt, um einen möglichst guten Knochenkontakt zu erzielen. Der proximale Anteil wird ebenfalls über den Zielbügel verriegelt. Als zentraler Krafräger besitzt das Implantat bereits ohne Verriegelung eine Retentionsfunktion gegen volare oder dorsale Abkippung. Dies ermöglicht, nach vorläufiger Fixierung des Nagels durch Kirschnerdrähte, die Einstellung der radialen Länge in Längsachse des Implantats, die durch anschließende Schraubenfixation sicher gehalten wird.

Bei diesem Verfahren kommt es neben einer geschlossenen zusätzlich häufig zu einer offenen Reposition. Aufgrund des radialen Zugangs ist eine gute Exposition der Fraktur und damit eine gezieltere Reposition größerer Fragmente möglich. So kann z. B. bei einer zusätzlichen Fraktur des Processus styloideus radii das Fragment offen reponiert und durch die weit distal gelegenen Schrauben am Nagel fixiert werden.

Indikationen:

Patienten im Erwachsenenalter mit der Indikationsstellung lt. AO Klassifikation 23 -

A2 (1,2,3) Extraartikuläre Fraktur des Radius, einfach und impaktiert

A3 (1,2,3) Extraartikuläre Fraktur des Radius, mehrfragmentär

C1 (1,2,3) Vollständig artikuläre Fraktur des Radius, artikulär einfach, metaphysär einfach

C2 (1,2,3) Vollständig artikuläre Fraktur des Radius, artikulär einfach, metaphysär mehrfragmentär

Weiter sind Pseudarthrosen, verzögerte Heilungen und der Korrekturingriff am distalen Radius z.B. bei posttraumatischem radialem Längenverlust als Indikation zu nennen. Damit werden ca. 75% der auftretenden Frakturen abgedeckt.

Die offene Reposition und anschließende Marknagelung mit Gelenkkomponente ist im aktuellen OPS-Katalog nicht für den distalen Radius klassifizierbar (im Gegensatz zur geschlossenen Reposition).

Vorschlag für Ergänzung der Klassifikationsstruktur: Aufnahme des distalen Radius im OPS-Code 5-794.a...: Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: ... als Code 5-794.a6.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Radiusfraktur gehört zu den häufigsten Frakturen des Menschen. Da bei konservativer Therapie ein erheblicher Anteil primär gut reponierter Frakturen in einer Fehlstellung ausheilte, gewann die operative Versorgung zunehmend an Bedeutung. Entscheidend für ein gutes Ergebnis sind hierbei die Rekonstruktion der Länge und Achse des distalen Radius und eine optimale Gelenkstellung bei Gelenkfrakturen. Bei der Plattenosteosynthese kommt es immer wieder zu Fremdkörperempfinden, Weichteilirritationen und Zweitoperationen zur Metallentfernung. Diese Schwierigkeiten werden durch einen intramedullären Krafträger vermieden.

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

Der OPS-Katalog bildet alle bislang bekannten Verfahren ab. Das neue, zukunftsgerichtete Verfahren mittels eines intramedullären Nagels zur Osteosynthese distaler Radiusfrakturen wird von keinem der bestehenden OPS-Codes abgebildet.

Diese neuartige Versorgungslösung führt zur Reduktion von Prozesskosten, da kürzere OP-Zeiten erreicht werden, Eingriffe zur Metallentfernung oder aufgrund Weichteilirritationen entfallen und die Verweildauer verkürzt werden kann. Bisherige Patientendaten zeigen darüber hinaus eine deutlich schnellere Rekonvaleszenz und frühere Belastungsmöglichkeit. Das führt zu geringerem Physiotherapieaufwand und schnellerem Eintritt der Arbeitsfähigkeit.

Durch die steigenden Fallzahlen insbesondere bei älteren Patienten (bedingt durch fortschreitende Osteoporose und Altersdemographie) sind Behandlungsmethoden für den am häufigsten vorkommenden Frakturtyp notwendig, um eine sofortige Übungsstabilität sowie eine schnelle Rückkehr in den Alltag zu ermöglichen, was auch eine Reduktion der Aufenthaltsdauer in der Klinik bedeutet. Das hier beschriebene Implantat erfüllt bereits heute zukünftige Anforderungen.

Zur Zeit gibt es keine Möglichkeit diese Therapieform adäquat im DRG-System abzurechnen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten für eine Versorgung (1 Nagel, 4 Fixierschrauben, 2 Verriegelungsschrauben): ca. 350 €

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

In Deutschland werden ca. 200.000 Radiusfrakturen pro Jahr gezählt. Da bei 75% aller Indikationen eine Versorgung mit einem intramedullären Nagel möglich ist, können ca. 150.000 Fälle p.a mit diesem Implantat versorgt werden.

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

Der Preis für das Implantat ist im Vergleich zu den sich im Markt befindenden Versorgungsmöglichkeiten um ca. 100 - 150 € höher.

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)