

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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/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 * Medizinischer Dienst der Krankenversicherung NORD
Offizielles Kürzel der Organisation * MDK NORD
Internetadresse der Organisation * www.mdk-nord.de
Anrede (inkl. Titel) * Dr.
Name * Lucka
Vorname * Jens
Straße * Heinrich-Christiansen-Straße 43
PLZ * 25421
Ort * Pinneberg
E-Mail * jens.lucka@mdk-nord.de
Telefon * 04101-370787

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Medizinischer Dienst der Krankenkassen NORD
Offizielles Kürzel der Organisation * MDK NORD
Internetadresse der Organisation * www.mdk-nord.de
Anrede (inkl. Titel) * Dr.
Name * Schneiderei
Vorname * Joerg
Straße * Hammerbrookstr. 5
PLZ * 20097
Ort * Hamburg
E-Mail * joerg.schneiderei@mdk-nord.de
Telefon * 04025169509

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

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) *

OPS 5-829.k - Modulare Endoprothese: Focussierung auf den Defektausgleich

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)

Der größte Teil der heute verwendeten Endoprothesen ist modular aufgebaut, d. h., es können z. B. Schaft und Basisplatte frei kombiniert werden. Modularität ist also der Normalfall geworden, die modular aufgebaute Endoprothese ist Standard. Für besondere Fälle, in denen es zu größeren Knochenverlusten gekommen ist, können besondere Prothesen verwendet werden, mit denen durch ihre Bauform und zusätzlich anzubringende Teile der Knochendefekt ausgeglichen bzw. überbrückt werden kann. Diese Prothesenvarianten unterscheiden sich preislich teils deutlich von den modularen Standard-Prothesen. Der Zusatz-Code 5-829k sollte beschränkt werden auf solche Implantate, die zur Versorgung spezieller Defektsituationen konstruiert worden sind.

Die bisherige textliche Beschreibung des Code fasst zwar als Voraussetzung für die Anwendung des Codes sowohl den Aspekt des Substanzverlustes wie auch den Aspekt der Modularität. Diese beiden Aspekte sind aber inhaltlich nicht miteinander verbunden. Zudem wird zwar darauf hingewiesen, daß der Kopf der Endoprothese nicht mitzurechnen ist. Auf das Problem der Mitzählung des Koppelungsmechanismus, einer Mechanik, die gleich dem Kopf nicht zum Ausgleich von Substanzdefekten dient, wurde aber bisher nicht eingegangen. Der hier unterbreitete Vorschlag führt die Voraussetzungen (Substanzverlust & Modularität) zusammen und regelt die Betrachtung von Kopf und Koppelungsmechanismus gleichförmig.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Bei Einführung des Kodes "Modulare Endoprothese" waren aus mehreren Teilen zusammengesetzte Prothesen schon lange im Handel. Mit dem neuen Code wurde nun eine besondere Prothesen-Konstruktion vergütet, die dem Defektausgleich bei größeren Knochenverlusten diene. Das zusätzliche Metallteil stützte ab oder überbrückte, es sollte jedenfalls direkten Bezug zum Defekt haben. Das ist mit den Jahren etwas aus dem Focus geraten. Vielmehr ist man (bei zusätzlichen Mindestvoraussetzungen) dazu übergegangen, die Bauteile zu zählen, ganz unabhängig davon, ob sie dem Ausgleich eines Defektes dienen: Die Metallteile und der Defekt werden unabhängig voneinander betrachtet. Weg vom Defektausgleich, hin zur Bauteilsicherheit.

Aus der Zeit, als Modularität noch dem Defektausgleich diene, stammt auch die Festlegung, der Aufsteckkopf der Endoprothese werde nicht mitgezählt. Denn, so die Überlegung, der Kopf hat nichts mit dem Defekt zu tun. Dieser Rest der ursprünglichen Betrachtungsweise hat sich bis heute im Text gehalten: In den Hinweisen zu OPS 5-829.k heißt es wie bisher, der Aufsteckkopf der Endoprothese werde nicht mitgezählt.

Aber die kleine Schraube, die den Kopf oder den Konus jetzt fixiert, die wird natürlich mitgezählt? An dieser Stelle wird das Problem sehr schnell deutlich:

Früher wurde der Kopf einfach auf den Konus gesetzt. Durch die Drei-Metalteile-Regelung hat die Industrie das Bauteil variiert, z. B. den Konus als Extra-Bauteil eingeführt, eine kleine Feststellschraube dazu etc.

Eine ähnliche Situation findet man an Schulter- oder Knie-Endoprothesen. So werden beispielsweise Scharnier-Endoprothesen am Knie heute gern mit einem aus mehreren Metallteilen (Maden-Schraube!) bestehenden Kopplungsmechanismus geliefert. Dabei dient der Kopplungsmechanismus der Scharnierendoprothese genauso wenig dem Defektausgleich wie der Aufsteckkopf der Hüftendoprothese.

Durch die Einführung des Begriffes "Bauteilsicherheit" ist in der letzten Revision schon einmal klar gestellt worden, daß nur Schrauben und Bolzen gezählt werden, die die Prothese als solches zusammenhalten; Schrauben, die der Verankerung im Knochen dienen, sind damit schon einmal von der Liste gestrichen worden. Diese Einschränkung hat das Problem zwar etwas kleiner gemacht, die eigentliche Ursache aber nicht beseitigt. Und diese Ursache ist die Trennung von Funktion des Bauteiles und Zahl der Bauteile.

Der MDK-Nord schlägt deshalb vor, Funktion und Zahl der Bauteile wieder direkt miteinander zu verknüpfen und auf den Defektausgleich zu focussieren. Die bisherige Ergänzung, dass zusätzlich zu den drei Metallteilen ein knöcherner Defekt vorliegen muß, reicht nicht hin. Die Festlegung sollte lauten: "Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende Implantatkomponente aus mindestens 3 metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination dem Ausgleich des knöchernen Defektes dienen. Kleinteile zur Fixierung der den Defekt ausgleichenden Bauteile werden nicht mitgezählt. Weder der Aufsteckkopf der Endoprothese noch der Kopplungsmechanismus zwischen den gelenkbildenden Anteilen wird hierbei mitgezählt."

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

Durch die textliche Zusammenführung der Grundvoraussetzungen erfolgt eine gezielte Mittelallokation für die Versorgung von Patienten mit erheblichen Knochendefekten bei Einsatz von dafür speziell gearbeiteten Endoprothesen.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

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