

Änderungsvorschlag für den OPS 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge 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 DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
ops-kurzbezeichnungsinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungsinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: ops-komplexe-fruehreha-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum 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.

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

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

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.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGOU
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.dgou.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Göbel
Vorname *	Pierre
Straße *	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ *	53127
Ort *	Bonn
E-Mail *	Pierre.Goebel@ukb.uni-bonn.de
Telefon *	0228-28714170

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGOU
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.dgou.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Selter
Vorname *	Dirk Dorian
Straße *	Prof. Küntscher Str. 8
PLZ *	82418
Ort *	Murnau
E-Mail *	dirk.selter@bgu-murnau.de
Telefon *	08841-482931

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

DGOU, DGU, DGOOC

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Zusatzkode dynamische Stabilisierung/Osteosynthesen an Extremitätenknochen(gelenken)

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Änderungen von Klassentiteln 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)

Einführen eines neuen Zusatzcodes unter 5-98 für dynamische Stabilisierung bei Osteosynthesen:

5-98g Dynamische Stabilisierung
5-89g.0 Bewegungsfixateur
5-89g.x Sonstige

Durch die Darstellung der dynamischen Stabilisierung (z. B. Bewegungsfixateure) unter einem Zusatzcode, wird die unnötige Ausweitung des OPS-Kataloges unter 5-79 verhindert. Diese Vorgehensweise wurde 2012 auch für Operationen an der Wirbelsäule gewählt und der Zusatzcode 5-83w.1 -Dynamische Stabilisierung- eingeführt.

Sollten weitere Entwicklungen dynamische Stabilisierungen bei Osteosynthesen hervorbringen, die keine Fixateure sind, ist über .x eine Kodiermöglichkeit gegeben. Bei Bedarf kann hier dann erweitert werden.

Zudem wird die Einführung eines entsprechenden Hinweises unter 5-79 beantragt:

Hinw.: Die Verwendung einer dynamischen Osteosynthese ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-98g)

Durch den Hinweis unter 5-79 'Die Verwendung einer dynamischen Osteosynthese ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (5-98g)' kommt es zu keinen Interferenzen mit bestehenden Osteosynthese-Kodes, die 'dynamisch' beinhalten (z. B. dynamische Kompressionsschraube).

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Im OPS-Bereich 5-79 wird bei Osteosynthesen mittels Fixateur externe lediglich zwischen dem Fixateur externe und dem Ringfixateur unterschieden. In den letzten Jahren wurden die Fixateure technisch den zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und neben rigiden Pin-/Schrauben-Stangensystemen dynamische Fixateure (Bewegungsfixateure) entwickelt, welche eine wählbare Beweglichkeit in Gelenken zulassen.

Die Ergebnisse nach längerfristiger Ruhigstellung von Gelenken sind in der Regel hinsichtlich des späteren funktionellen Resultates überwiegend unbefriedigend, es verbleibenden häufig deutliche Bewegungsdefizite. Daraus resultierten Überlegungen, wie die sichere Fixation der Gelenksstellung mit einer früh einsetzenden Begleit- und Nachbehandlung kombiniert werden kann. Hieraus entwickelte sich das Konzept, die Stabilisierung durch externe Fixation mit einer kontrollierten Bewegungsachse zu kombinieren. Klinische Untersuchungen hierzu in den letzten Jahren zeigen, dass die Verwendung von Bewegungsfixateuren das Outcome positiv beeinflusst (siehe weiterführende Informationen unter 'Sonstiges').

Die Kosten der Bewegungsfixateure mit ihren mechanischen Gelenken sind im Vergleich zu den konventionellen, rigiden Fixateuren deutlich höher. Durch die fehlende Unterscheidung im OPS ist eine vergleichende Kalkulation der verschiedenen Systeme dem InEK nicht möglich.

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

Durch den Zusatzcode können die hochpreisigen Bewegungsfixateure gegenüber den günstigeren konventionellen Fixateuren im Kalkulationsdatensatz beim InEK differenziert betrachtet und etwaige Vergütungsunterscheidungen berechnet werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Je nach betroffenem Gelenk und verwendetem Bewegungsfixateur-Modell zwischen 1.550 € (Handgelenk) und 3.100 € (Kniegelenk).

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

Osteosynthesen mittels Fixateur externe werden in mehreren tausend Fällen pro Jahr durchgeführt

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

Gegenüber konventionellen Fixateuren resultieren Mehrkosten zwischen 1.000 und 2.500 €

g. 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.)

Keine

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Bewegungsfixateur und distale Radiusfraktur

Unfallchirurg 2011 • 114:105–113

DOI 10.1007/s00113-010-1928-z

Online publiziert: 2. Februar 2011

© Springer-Verlag 2011

D. Pennig • S. Heck • R. Möhring

‘Die wesentliche Untersuchung zum Vergleich statischer mit dynamischer transartikulärer Fixation bei der distalen Radiusfraktur wurde von Hove et al. [13] durchgeführt. In dieser prospektiv randomisierten Studie wurden 70 instabile Radiusfrakturen entweder mit einem statischen oder einem dynamischen Bewegungsfixateur versorgt. Die Fixateure blieben im Mittel 6 Wochen in situ. Klinische und radiographische Untersuchungen erfolgten bei Entfernung des Fixateurs sowie nach 3, 6 und 12 Monaten. Die Ergebnisse zeigten, dass die dynamische Fixation eine bessere Wiederherstellung der radialen Länge erbringt. Kein Unterschied ergab sich in Bezug auf den radialen oder dorsalen Winkel in beiden Gruppen. Beugung, radiale Deviation sowie Pro- und Supination waren besser in der dynamischen als in der statischen Gruppe zu allen Nachuntersuchungszeiten.’

13. Hove LM, Krukhaug Y, Revheim K et al (o J) Dynamic Compared with Static External Fixation of Unstable Fractures of the Distal Part of the Radius: A Prospective, Randomized Multicenter Study. J Bone Joint Surg Am 92:1687–1696

Der Bewegungsfixateur zur frühfunktionellen Behandlung komplexer osteoligamentärer Verletzungen des Ellenbogengelenks

Unfallchirurg 2007 • 110:320–326

DOI 10.1007/s00113-006-1223-1

Online publiziert: 22. März 2007

© Springer Medizin Verlag 2007

T. Schmickal • D. Hoentzsch • A. Wentzensen

Die Behandlung im Bewegungsfixateur wurde mit einem mittleren ROM von 71° im Mittel für 34,7 Tage fortgeführt – 18 Patienten erreichten dabei eine weitere Steigerung des Bewegungsausmaßes, in 4 Fällen konnte der anfängliche Bewegungsspielraum erhalten werden, in 1 Fall wurde eine Verringerung des ROM um 5° beobachtet. Nachuntersuchungsergebnisse ergaben einen mittleren Bewegungsspielraum von 88° nach durchschnittlich 10 Monaten. Schlussfolgerung. In Übereinstimmung mit der Literatur zeigen die Ergebnisse, dass eine frühfunktionelle Nachbehandlung operativ versorgter komplexer osteoligamentärer Ellenbogenverletzungen im Bewegungsfixateur positive Frühresultate erzielt und Vorteile für die langfristige Restitution der Gebrauchsfähigkeit erwarten lässt.

Der Bewegungsfixateur bei komplexer Kniegelenkluxation mit Begleitverletzung

Unfallchirurg 2011 • 114:136–140

DOI 10.1007/s00113-010-1932-3

© Springer-Verlag 2011 T.C. Koslowsky • R. Schadt • K. Mader • D. Pennig

Geschlossene oder offene Kniegelenkluxationen mit Gefäß- oder Nervenverletzungen erfordern die sofortige Versorgung und können eine Indikation zur Anlage eines äußeren Kraftträgers darstellen. Eine definitive Rekonstruktion der regelhaft komplex zerstörten Kapsel- und Bandsituation ist in der Notfallsituation oft unmöglich. Die mediale Anlage eines transartikulären Bewegungsfixateurs am Kniegelenk kombiniert die Behandlung einer verbliebenen Restinstabilität mit dem Vorteil einer frühzeitigen Gelenkbewegung. Die Nachteile einer längerfristigen Gelenkruhigstellung bis zur definitiven

Stabilisierung werden reduziert.