

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-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: ops-komplexxkodefruehreha-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 *	Universitätsklinikum Heidelberg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	UKL HD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Thalheimer
Vorname *	Markus
Straße *	Im Neuenheimer Feld 672
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	06221-567639

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Universitätsklinikum Heidelberg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	UKLHD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.klinikum.uni-heidelberg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr OA Dr. med.
Name *	Dyckhoff
Vorname *	Gerhard
Straße *	Im Neuenheimer Feld 400
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	gerhard.dyckhoff@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	06221/

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

Prof. Dr. med. Martin C. Jäckel

Ansprechpartner der DRG-Kommission in der Fachgesellschaft für HNO-Heilkunde

☒ 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) *

Radikale zervikale Lymphadenektomie: Kodierung Revisionseingriff unter OPS 5-403.-

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)

Ergänzung eines Hinweises unter OPS 5-403.-:

Dieser Kode ist auch bei Revisionseingriffen zu verwenden.

Der Kode 5-983 Reoperation ist bei Revisionseingriffen zusätzlich zu kodieren.

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

Kodierung eines OPS aus 5-403.- wird vom MDK bei Revisionseingriffen häufig nicht akzeptiert, wenn sich im histologischen Präparat kein Lymphknotengewebe nachweisen lässt. Der MDK beruft sich dabei auf verschiedene OP-Lehren, die die Erst-OP adressieren und als Zweck der OP die Entfernung des Lymphknotengewebes angeben.

Sinnvolle Kodieralternativen für den Revisionseingriff, der den Aufwand analog zum Primäreingriff bei Neck dissection widerspiegelt, sehen wir nicht.

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

Mehr Klarheit in Bezug auf Anwendung des OPS 5-403.-

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|---|--|
| ☒ Standard | ☒ Etabliert | ☐ In der Evaluation |
| ☐ Experimentell | ☐ Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

vergleichbar denen einer Erst-Neck-Dissection

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

einige Hundert

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

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)