

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

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) *	Dr. med.
Name *	Göbel
Vorname *	Pierre
Straße *	Maria-Hilf.Str.2
PLZ *	54550
Ort *	Daun
E-Mail *	p.goebel@krankenhaus-daun.de
Telefon *	06592/7152431

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Einführung eines Zusatz-Codes für die Verwendung von modularen Mega-Endoprothesen

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

DGOU
DGOOC

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- ☒ Nein
☐ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Es wird die Neuaufnahme eines Zusatzcodes für die Verwendung einer modularen Mega-Endoprothese vorgeschlagen, die im Gegensatz zur konventionellen modularen Endoprothese (intraossäre Lage) in ihrer Länge und Dicke dem resezierten Knochen bzw. dem knöchernen Defekt entspricht.

Sie wird nicht nach Resektion von primären oder sekundären malignen Knochentumoren verwendet, sondern im Falle ausgedehnter knöcherner Defekte, die mit einer konventionellen modularen Endoprothese nicht mehr behandelt werden können.

In diesem Zuge wird eine Anpassung des vorhandenen OPS Codes 5-829.c vorgeschlagen.

Dies dient zur Verbesserung, Schärfung und Erweiterung der bisher kodierbaren Möglichkeiten der Verwendung einer Megaendoprothese, die bis dato nur als Sonderprothese, ggf. unter Mitkodierung der Zusatzcodes für die Individualendoprothese oder die modulare Endoprothese zu erfassen ist.

5-829

Andere gelenkplastische Eingriffe

5-829.r

Implantation oder (Teil-) Wechsel einer modularen Mega-Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz

Inkl.: Implantation oder (Teil-) Wechsel eines Diaphysenimplantates bei knöchernem Defekt

Exkl.:

Implantation oder (Teil-)Wechsel einer Tumorendoprothese bei primären oder sekundären malignen Knochentumoren, wobei das Implantat der Länge und Dicke des resezierten Knochens entspricht (5-829.c)

Hinw.:

Die modulare Mega-Endoprothese entspricht der Länge und Dicke des entfernten Knochens bzw. des Knochendefektes

Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren

Er ist ausschließlich zu verwenden für Implantation oder (Teil-)Wechsel von modularen Mega-Endoprothesen, welche nicht nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren, sondern im Wechselfall oder (Re-)Implantationsfall bei ausgedehnten knöchernen Defekten verwendet werden.

In diesem Zuge sollte der Code 5-829.c angepasst werden:

5-829.c Implantation oder (Teil-)Wechsel einer Tumorendoprothese

Inkl.:

Implantation oder (Teil-)Wechsel eines Diaphysen-Implantates bei bösartiger Neubildung

Exkl.:

Implantation oder (Teil-) Wechsel einer modularen Mega-Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz

Hinw.:

Dieser Kode ist ein Zusatzkode

Er ist ausschließlich zu verwenden für Implantation oder (Teil-)Wechsel von metallischem Knochen- bzw. Gelenkersatz nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren

Der metallische Knochen- bzw. Gelenkersatz entspricht der Länge und Dicke des entfernten Knochens

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Verwendung einer modularen Mega-Endoprothese ist aktuell nicht korrekt bzw. spezifisch kodierbar.

Die Kodierung einer modularen Mega-Endoprothese als Sonderprothese oder modulare Endoprothese ist unscharf und klassifikatorisch nicht optimal.

Zudem birgt die Misch-Kodierung von Mega-Endoprothesen, die in Länge und Dicke dem entfernten Knochen bzw. dem Knochenverlust entsprechen und konventionellen modularen Endoprothesen mit intraossärer Lage eine erhebliche Unschärfe in der Kostenkalkulation, wobei Fälle mit notwendigem Knochenersatz durch eine modulare Mega-Endoprothese erfahrungsgemäß weit höhere Fall-Kosten generieren als konventionelle modulare Endoprothesen, die sich meist adäquat abbilden lassen.

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

Es besteht eine deutliche Zunahme der Verwendung von modularen Mega-Endoprothesen vor allem im Wechselfall, wenn reguläre Implantate den großen knöchernen Defekt nicht mehr adressieren können.

Eine Vielzahl von Kliniken bietet diese Leistungen aus monetären Gründen nicht mehr an, da sie von massiven Unterdeckungen gezeichnet ist.

Eine schärfere Kodierung und damit mögliche Kalkulation der mit der Verwendung entstehenden Kosten ist vor dem Hintergrund der in Zukunft steigenden Zahl der Wechselchirurgie-Eingriffe dringend notwendig, um die betreffenden Fälle zukünftig besser einordnen zu können.

c. Verbreitung des Verfahrens *

☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)

☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)

☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die reinen Implanttakosten-Differenzen belaufen sich je nach Beschichtung auf 5.000-15.000 Euro Mehrkosten im Vergleich zu konventionellen modularen Endoprothesen, die Differenz der Fallkosten dürfte im Mittel noch deutlich höher liegen.

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

2500

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

Die reinen Implanttakosten-Differenzen belaufen sich je nach Beschichtung auf 5.000-15.000 Euro Mehrkosten im Vergleich zu konventionellen modularen Endoprothesen, die Differenz der Fallkosten dürfte im Mittel noch deutlich höher liegen.

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.)

Die Verwendung von modularen Mega-Endoprothesen ist aufgrund der immens großen Oberfläche und der oft sehr komplexen Fallsituation (z.Bsp. vorhergehende Infekte, mehrfache vorausgehende Wechselinterventionen) mit einer deutlich höheren Komplikationsquote und Infektrate assoziiert, ohne das dies eine qualitativ minderwertige Behandlung darstellen würde.

Dies ist bei zukünftigen Risikoadjustierungen zu bedenken.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Der Code sollte analog zum Zusatz-Code 5-829.k das Zusatzentgelt ZE 25 auslösen, um eine akkurate Kodierung zu gewährleisten.