

# Änderungsvorschlag für den OPS 2019

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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 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:  
*ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-komplexe-fruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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](mailto: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](http://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](http://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 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGMKG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgmkg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. Dr.
Name *	Grötz
Vorname *	Knut A.
Straße *	Burgstraße 2-4
PLZ *	65183
Ort *	Wiesbaden
E-Mail *	groetz@emaileins.de
Telefon *	0611 9006780

### 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](mailto: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](mailto: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) \***

Neuer OPS-Kode für den operativen Verschluss einer akuten Mund-Antrum-Verbindung

**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:

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Gemeinsames Merkmal aller unten aufgeführter (und ggf. weiterer) Ursachenkaskaden ist die Tatsache, dass die akut eröffnete Kieferhöhle (akute Mund-Antrum-Verbindung, akute alveolo-antrale Verbindung) nicht durch einen einfachen Wundverschluss wieder verschlossen werden kann, sondern eine plastische Deckung mit Periostschlitzung unter Schonung anatomischer Nachbarstrukturen (z.B. N. infraorbitalis) erforderlich ist.

Dieser Operationsaufwand geht über den Wundverschluss nicht nur weit hinaus, sondern bedarf einzelnen OP-Techniken, die sonst nicht zum Einsatz kommen.

Deshalb handelt es sich um eine selbstständige Operationsmaßnahme, die durch einen eigenen OPS-Code zu codieren ist.

Der Kode ist im nur im Zusammenhang mit den unten angegeben Indikationen zu verwenden.

Der Kode darf nicht als Wundverschluss nach Zahnentfernung ohne Eröffnung der Kieferhöhle verwendet werden.

Der Kode darf nicht im Zusammenhang mit einer akuten dentogenen eitrigen Entzündung der Kieferhöhle verwendet werden.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Eine Verbindung zwischen Kieferhöhle und Mundhöhle (Mund-Antrum-Verbindung = MAV) - auch wenn diese nur temporär besteht - ist ein pathologischer Befund. Der OPS 5-225.4/5 (alveolo/oro-antralen Fistel) beschreibt dabei nur eine Form dieser MAV, nämlich die chronisch bestehende, die aus einer (ggf. nicht therapierten oder erfolglos therapierten) akuten MAV in eine mit Epithel ausgekleidete Fistel übergegangen ist. Eine MAV ohne Epithelauskleidung kann durch folgende Ursachen ausgelöst sein und zieht folgende medizinisch notwendige Maßnahmen nach sich:

1. Zum Zeitpunkt der Operation bestehende Auflösung (Osteolyse) oder Fehlen der Integrität der Kortikaliswandung der Kieferhöhle (z.B. durch eine in die Kieferhöhle hineinragende Zahnwurzel oder eine sich um die Zahnwurzel entwickelte radikuläre Zyste). Wenn sich zum OP-Zeitpunkt Zyste und/oder Zahn in situ befinden, ist die MAV noch okkult. Mit der medizinisch notwendigen Zysten- und/oder Zahnentfernung realisiert sich die akute MAV als nicht mehr okkult. Ohne eine eigenständige Operationsmaßnahme geht die jetzt akute MAV in eine epithelisierte Fistel über. Es wäre somit eine Sorgfaltspflichtverletzung, die akute MAV nicht plastisch zu decken. Diese plastische Deckung ist aber kein integraler Bestandteil der Zysten- und/oder Zahnentfernung, sondern eine selbstständige Operationsmaßnahme.
2. Zum Zeitpunkt der Operation bestehende sehr feste Anheftung (Ankylose) der Wurzel an der basalen Kieferhöhlenkortikalis bei gleichzeitig sehr enger anatomischer Beziehung beider Strukturen zueinander, so dass bei der Zahnentfernung die Kortikaliswandung der Kieferhöhle eröffnet wird. Mit der medizinisch notwendigen Zahnentfernung realisiert sich die akute MAV.
3. Zum Zeitpunkt der Operation bestehender Zustand nach Vor-Operation mit Ausbildung einer MAV ohne Chronifizierung (fehlende Epithelisierung). Auch hier wäre es eine Sorgfaltspflichtverletzung, die MAV nicht plastisch zu decken.
4. Zum Zeitpunkt der Operation bestehender Zustand nach plastischer Deckung einer MAV oder einem Fistelverschluss mit Rezidiv durch Dehiszenz und mit Ausbildung einer neuen, akuten MAV ohne Epithelisierung.

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

Zum einen wird durch den Vorschlag ermöglicht, die akute MAV und die chronische Fistel zu differenzieren, zum anderen wird dadurch die deutlich Zeit und Material aufwändigere plastische Rekonstruktion aus dem Bereich des einfachen Wundverschlusses nach Zahntfernung herausgenommen und als selbständige Leistung definiert.

**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)

Beckendorf H, Sonnabend E: Die Häufigkeit der Kieferhöhlenperforation bei Zahnextraktionen. Zahnärztl Rdschr 63: 566-599 (1954)

Rothamel D1, Wahl G, d'Hoedt B, Nentwig GH, Schwarz F, Becker J. Incidence and predictive factors for perforation of the maxillary antrum in operations to remove upper wisdom teeth: prospective multicentre study. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jul;45(5):387-91. Epub 2006 Dec 11.

Parrish NC, Warden PJ. A review of oro-antral communications. Gen Dent. 2010 Jul-Aug;58(4):312-7.

**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) \***

Für die plastische Deckung der akuten MAV gibt es keine vergleichbaren Verfahren

**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.)

Der Vorschlag berührt die Inhalte der externen Qualitätssicherung nicht.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)