

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	DGOOC	DGU	DGCh
Name *	Siebert	Siebert	Bartkowski
Vorname *	Christian	Hartmut	Rolf
Titel	PD Dr. med.	Prof. Dr. med.	Dr. med.
Straße			
PLZ			
Ort	Bartkowski-berlin@t-online.de		
E-Mail-Adresse *	chsiebert@annastift.de hartmut.siebert@diaksha.de		
Telefon *	0791 753 4231	+49-511 5354-310	030 4011666
Telefax			

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Winter		
Vorname	Thomas		
Titel	Dr. med.		
Straße	Walterhöferstr. 11(dienstl.)	Spessartstr. 11 (privat)	
PLZ	14165	14197	
Ort	Berlin	Berlin	
E-Mail-Adresse	thommy.winter@t-online.de		
Telefon	030 8102 1885		
Telefax			

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Orthopädie, Traumatologie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

DGU/DGOOC; Es handelt sich um das Ergebnis der Abstimmungssitzung vom 15.2.05
In Frankfurt Main.

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung * Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

 Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Es handelt sich um die Durchsicht der/s gesamten ICD und OPS auf drg-notwendige Änderungen, Präzisierungen und Ergänzungen sowie Abgleich mit den alten Vorschlägen.

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)****Vorschläge der DGOOC/DGU zu ICD-GM-2005 und OPS-Version-2005 für
2006**

Die Durchsicht beider Schlüssel ergab, dass viele aber nicht alle unserer Wünsche erfüllt wurden. An Hand eines Abgleiches der Alt-Vorschlagsliste mit den diesjährigen Schlüsseln wurden auch die Neuanschläge in die Änderungswünsche integriert.

ICD-10:

1. Zur ICD-10 sollte eine eindeutige Codiermöglichkeit für den M. Bechterew mit Befall der großen Extremitätengelenke gefunden werden. Dies fehlt seit Anbeginn der Diskussion über die ICD-10. Es bietet sich ein „Ausnahmecode“ M45.7 M. Bechterew außer Wirbelsäule (5. Stelle wie vor M00) an.

2. Die Omarthrose ist über die bestehende M19.ff (5. Stelle 1) codierbar. Problematisch ist lediglich die isolierte Abbildung der AC-Gelenkarthrose, die bei der M19 mit der Omarthrose unter einem Code zusammenfällt. DIMDI wird gebeten, bei der WHO anzuregen, ob die M18 (bisher Rhizarthrose) auf 5 Stellen erweitert werden kann und in der 5. Stelle einige besondere Gelenke aufzählt (z.B. Rhizarthrose, AC-Gelenkarthrose), die dann als Exklusivum bei der M19 erwähnt werden müssen. Die Trennung Omarthrose zur AC-Gelenkarthrose ist infolge völlig anderer Therapiekonzepte erforderlich. Auch ist nach der Ergänzung der M19 in 2005 ein Exklusivum bei M19.*5 (Becken, Hüftgelenk) außer Hüftgelenk erforderlich, da es für die Hüfte schon die M16 gibt und wahrscheinlich nur das IS-Gelenk und die Symphyse gemeint sein kann.

3. Der Antrag der DGCH (Bartkowski) für 2005, die R54 Senilität zu definieren, wurde nicht erfüllt. Die Erfüllung ist notwendig um z.B. die geriatrischen (Früh-REHA-)Fälle von anderen abgrenzen zu können.

4. Unser Antrag Verstauchungen und Zerrungen von Durchtrennungen besser abgrenzen zu können wurde gegenteilig berücksichtigt, indem zwei noch fehlende Vermerke, dass die Verstauchung und Verzerrung bei Muskeln und Sehnen auch inklusive sind, eingefügt wurden. Eine Trennung fand daher nicht statt. Die Trennung ist aber erforderlich zur Abgrenzung von §115 Fällen (AEP-Problematik) gegenüber der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme.

Wir bitten, die Änderungen von 2004 für 2005 rückgängig zu machen und den Vorschlag der DGU/DGOOC von 2004 für 2005 nun für 2006 umzusetzen.

Der Vorschlag von 2004 wurde für 2005 modifiziert und aktualisiert:

Im Rahmen der DRG-Einführung ist es notwendig, bei Muskel-, Sehnen-, Band- und Fascienverletzungen eindeutig zwischen Ruptur, (vollständigem) Riß, Schnittverletzung und Verstauchung, Zerrung, Distorsion unterscheiden zu können. Dies betrifft die folgenden Codes.

Bei den Codes: S03.4; S03.5; S09.1; S13.4; S13.6; S16; S23,3-5; S33.5ff; S33.6; S33.7; S29.0; S39.0; S43.4-7; S46.0-9; S53.2; S53.3; S56.0-8; S63.3; S63.4; S83.54; S83.6; S83.7; S86.0-9; S93.2; S93.5; S93.6; S96.0-9; T03ff; T06.4; T09.2; T09.5; T11.2; T11.5; T13.2; T13.5; T14.3; T14.6.

Zur Trennung

Grad 1: Distorsion;

Grad 2: schwere Zerrung/Elongation;

Grad 3: Ruptur

bitten wir Zusatzcodes einzuführen, analog den Zusatzcodes zu Weichteilverletzungen bei offenen und geschlossenen Frakturen.

5. Unser Verbrennungsantrag von 2004 für 2005 wurde nur minimal umgesetzt, lediglich ein Vermerk, dass die Verbrennung 4. Grades wie die dritten Grades zu codieren ist, wurde aufgenommen, die weiteren Differenzierungen (z.B. Iib-Verbrennungen von Iia zu trennen) wurden nicht akzeptiert. Der erhebliche Unterschied in der Behandlung von Iia und Iib Verbrennungen macht aber eine Trennung unverzichtbar.

Da die Iib-Verbrennungen ähnlich wie die Verbrennungen 3. Grades behandelt werden, sollten die Iib-Verbrennungen entweder jeweils einen eigenen Code bekommen oder in die Klassifizierung der Verbrennungen/Verätzungen 3. Grades einbezogen werden.

6. Traumatische Hämatome werden in der ICD den oberflächlichen Verletzungen zugeordnet. Hämatome können aber in allen Weichteilschichten auftreten und sind dann oft operativ anzugehen. Tiefe Hämatome sollten daher der jeweiligen Verletzungsschicht zugeordnet werden können. Der Hinweis vor dem Kapitel „S“ sollte dann nur für oberflächliche Hämatome gelten.

7. Das gleiche gilt für Kontusionen tiefer Schichten. Z.B. ist eine Knorpelkontusion am Knie etwas völlig anderes als eine Prellung des Kniegelenkes oder eine oberflächliche Wunde (siehe Nr. 6).

8. Die Zerquetschung hat einen eigenen Code. Eine Abgrenzung zur Quetschung fehlt, denn eine Quetschung tiefer Schichten ist nicht mit einer oberflächlichen Wunde gleichzusetzen und erfordert nicht selten einen stationären Aufenthalt, während die oberflächliche eher ambulant behandelt wird. Dies ist problematisch, da die ICD-Hinweise zum S-Kapitel automatisch zur oberflächlichen Verletzung (inkl. Prellung/Quetschung) führen. Demzufolge wird jede Muskelquetschung, jede Gelenkquetschung, jede Nervenquetschung, Gefäßquetschung usw., egal wie tief sie reicht, zur oberflächlichen Verletzung. Das kann nicht sein. Hier muß eine Lösung gefunden werden, die wahrscheinlich nicht ohne Einbeziehung der WHO geschehen kann (siehe Nr. 6).

Soweit die ICD-10-GM-2005 für 2006.

OPS-301 Version 2005 für 2006

1. Das Durcheinander mal mit Zugang und mal ohne sollte bereinigt werden.
2. 2005 wurde die Pflichtangabe R/L/B für viele OPS-Codes eingeführt. Dies muss dann aber konsequent eingeführt werden. Lücken im orthopädisch-, traumatologischen Bereich wurden DIMDI im September/Oktober 2004 eingereicht. Von dieser Liste wurde bisher nur ein kleiner Teil in der damaligen Eile umgesetzt (z.B. wurde Sternum bds. gestrichen). Wir möchte an den Rest der Liste und an deren Umsetzung erinnern.
3. Die Durchsicht der OPS-Bereiche 5-78; 5-84 und 5-85 auf nicht sinnvolle Codes findet sich als EXCEL-Datei im Anhang.
4. Unser Wunsch die aufwendigen orthopädischen Untersuchungsmethoden aufgenommen zu bekommen, ging leider **wieder** nicht in Erfüllung. Wir erinnern an die früher eingereichten Listen zum Kapitel 1 und 3 des OPS auf die zurückgegriffen werden können, wenn sich ein Sinneswandel bei der Selbstverwaltung einstellen sollte.
5. Die Codes 3-130/131/241/13k/13m Myelographie/Diskographie/Arthrographie/Fistulographie sollten aber sofort von optional in den amtlichen Schlüssel übernommen werden, da hier drg-relevante Aufwandsunterschiede dargestellt werden können und müssen. Auch die Osteodensitometrie ist ein wesentliches Verfahren, welches sogar internationale Bedeutung gewann (S. Weißbuch Osteoporose des Deutschen Netzwerkes der Bone and Joint Decade; des BVO, der DGOOC, der DGU, der IOF, dem DVD, dem Kuratorium für Knochengesundheit und der OGO).

Daher sei der Vorschlag von 2004 für 2005 erneuert.

- 3-999 Andere bildgebende Verfahren
- 3-999.1 Knochendensitometrie (alle Verfahren)
- 3-999.x sonstige näher bez.
- 3-999.x onA.

6.

5-34 Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell

-----> Eine Querverweiskontrolle des ganzen Kapitels mit 5-85ff und Bereinigung der Überschneidungen oder genauere Abgrenzung der Codes insbesondere bei 5-343.0/1 wurde nicht vorgenommen. Da hier etliche Codes fast identisch aber nicht identisch sind, sollte der Nutzer auf die Ähnlichkeit der Codes in Form von Querverweisen hingewiesen werden.

7. Codes unter 5-785 und 5-828 sollten durch Hinweise präzisiert werden.

Die 5-785.ff gibt das Material und den Ort an (Kapitel 5-78ff), während die 5-828.ff den Bezug zur Endoprothetik herstellt (Kapitel 5-82ff). So war es gedacht. Eine Unsicherheit kommt tatsächlich durch das Exklusivum bei 5-828 hinein, welche der raschen Klärung bedarf. Man sollte bei 5-828 die Exklusivum-Zeile: „Implantation von...“ streichen und einen Hinweis hinzufügen, dass bei der Verwendung von alloplastischem Knochenersatz das verwendete Material und der Ort über 5-785.ff zusätzlich codiert werden muss.

Ferner wäre das Einfügen eines weiteren Vermerkes bei 5-785 in die Hinweise nötig:

Die Codes unter 5-785 sind Zusatzcodes zur näheren Beschreibung von Ort und Material alloplastischen Knochenersatzes. Er ist nur dann **allein** zu verwenden, wenn der Vorgang nur hier beschrieben werden kann.

Dann können die Exklusiva bei 5-785.ff gestrichen werden, denn die neuesten Entwicklungen z.B. Knochenersatz zu züchten machen den Code 5-828.ff nicht überflüssig. Und wenn man den Code 5-785.ff streichen will, müsste man konsequenterweise auch die zusätzlichen Codes 5-786.ff usw. usw. streichen, was ebenfalls unmöglich wäre, solange der OPS kein Kurzschlüssel ist, zumal die Codes 5-785.0/1ff kein vollständig ergänzendes Pendant in 5-828.ff besitzen, denn aus Knochenzement allein wird keine Endoprothese hergestellt. Mit anderen Worten, die Codes 5-785 und 5-786 würden, will man sie bei gleich bleibendem Informationsgehalt streichen, den OPS um Tausende Codeziffern aufblähen, was ein Ausmultiplizieren der jetzigen Codiermöglichkeiten zwangsläufig ergeben würde.

Letztlich ist diese Fragestellung ein weiterer Hinweis dafür, dass der OPS in der jetzigen Form für die Anwendung als DRG-bestimmender Schlüssel in unserem Fachgebiet ungeeignet ist und dringend einer völligen Überarbeitung bedarf.

8. Unser Vorschlag:

Osteosynthese:

5-786.k Durch hypoallergenes Material (z.B. Titan; zusätzlich codieren) wurde nicht übernommen

Er ist trotzdem sinnvoll und wichtig. Seitdem auch Titan-Allergien bekannt wurden, muss man hypoallergenes Material codieren können. Es empfiehlt sich ein Zusatzcode bei 5-98ff.

9. Eine Materialentfernung von Ethi-Pins und resorbierbarem Material muss berücksichtigt werden. Z-B.: über 5-787.nff/off. Denn auf Grund von Komplikationen kann eine vorzeitige ME vor der Selbstaflösung jederzeit nötig werden.

10. Früher wurde es für ausgeschlossen gehalten, wird nun aber immer häufiger durchgeführt. Eine gedeckte Plattenosteosynthese muss kodierbar werden. Es bietet sich ein neuer Code bei 5-790.eff an.

11. Nach wie vor beantragen wir, dass bei 5-786/787 und 5-790 - 5-797 und 5-799 - 5-79b das Material jeweils die gleiche Bezeichnung bekommen muss, hier gibt es eine jederzeit ständige Verwechslungsgefahr und damit die Gefahr falscher DRG-Groupierung. Bekanntlich triggern orthopädisch, traumatologische DRG's beim OPS erst in der 5. und 6. Stelle.

Die Angleichung ist daher dringend erforderlich.

12.

5-793/4 die Patella sollte besser bei 5-795/6 untergebracht werden, sie ist nun einmal kein langer Röhrenknochen sondern ein Sesambein der Quadrizepssehne, also ein kleiner Knochen?

13.

Wir haben lange einen Fehler nicht bemerkt bzw. unterschiedliche Interpretationen – leider auch solche von unserer Seite, was wir zu entschuldigen bitten - führten vor Jahren dazu. Diesen bitten wir nun zu korrigieren. Bei 5-808.9 steht in Klammern ... (Tripelarthrodese). Bei der Tripelarthrodese wird nämlich u.a. das obere Sprunggelenk nicht versteift. Um nicht den ganzen Schlüssel umbauen zu müssen, bitten wir zunächst nur darum, das Wort „(Tripelarthrodese)“ bei 5-808.9 wegzulassen.

14. Es hat sich herausgestellt, dass bei den sehr ausführlichen Codes für (Hüft-)Endoprothesenwechsel eine Code für den Wechsel einer Duo-Kopf-Prothese in eine Duo-Kopf-Prothese z.B. 5-821.f fehlt.

6. Stelle 0 in Duokopfprothese;

1 in Totalendoprothese,

2 in Sonderprothese.

Zu diskutieren wäre noch mit oder ohne Zement.

15. siehe 8. Hinweiskorrekturen bei 5-828 und 5-785

16.

5-92 ff Das Verbrennungskapitel sollte fast ganz gestrichen werden. Die Verbrennung ist Sache der Diagnose. Die Prozeduren sind anderweitig fast vollständig codierbar. Dadurch können viele weitere unsinnige OPS-Codes entfallen. Bestehen bleiben sollten lediglich die Codes 5-920 – 5-922.

17. an den Antrag der DGCH (Bartkowski) von 2004 für 2005 die 5-981/982 Polytrauma zu streichen sei erinnert.

18. Kapitel 8/9

Unser Wunsch die aufwendigen orthopädischen konservativen Behandlungsmethoden aufgenommen zu bekommen, ging nicht in Erfüllung. Wir erinnern an die früher eingereichten Listen zum Kapitel 8 und 9 des OPS (speziell an die neu formulierten 8-21 – 8-39), auf die zurückgegriffen werden können, wenn sich ein Sinneswandel bei der Selbstverwaltung einstellen sollte. Dies könnte z.B. sinnvoll werden, wenn sich die Globalcodes zu bestimmten Reha-Maßnahmen nicht bewähren sollten.

19. Berücksichtigt werden sollte aber jetzt schon unser alter Antrag nach einer anatomischen Untergliederung der therapeutischen Injektionen in einer 6. Stelle bei 8-020.4-5 und nun auch .9.

8-020 und Infiltration.....

8-020.4(eine anatomische Unterteilung ist notwendig)

8-020.5(6.Stelle nach der Gelenkliste)

8-020.9(eine anatomische Unterteilung ist neben der Herausnahme aus dem optionalen 8-020.90 notwendig)

8-020.b Therapeutische Infiltration der Nervenwurzeln. Dazu verwendete bildgebende Verfahren sind zusätzlich zu codieren (Kapitel 3). (zur Schmerztherapie s. 8-914)

20.

9-500.ff Die Patientenschulung wurde zum Pflichtschlüssel. Hier wäre es hilfreich, auch die Apparat- Prothesenschulung in die Beispielliste aufzunehmen.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

s. 8.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

s. 8.

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS**): **Themenbezogen häufig**

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

von hoch bis niedrig zur Abgrenzung hoher zu niedriger Kosten voneinander aber erforderlich

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