

# 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](mailto: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 *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

## 2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

## 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

Interventionelle Radiologie
-----------------------------

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Röntgengesellschaft
Status der Abstimmung:
<input checked="" type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

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

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> 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 \***

Die akute und subakute Ischämie der unteren Extremität durch Thromboembolie oder Lokalthrombose ist eine der häufigsten Amputationsursachen (in Deutschland insgesamt ca. 25.000-50.000 Major-Amputationen p.a.). In der Kalkulation der DRG F54Z (2005) sind Embolie und Thrombose der unteren (ICD I74.3), der oberen Extremität (ICD I74.2) und n.n.bez. (ICD I74.9) mit insgesamt 15.8% aller Fälle enthalten und unterstreichen die Bedeutung dieser Erkrankung. Das Fogarty-Manöver stellt die standardchirurgische Behandlung bei Verschlüssen unterhalb des Leistenbandes dar. Oft kann der Verschluss nicht komplett passiert werden, insbesondere bei lokalthrombotisch bedingten Verschlüssen. Die interventionelle Standardbehandlung mit lokaler Lyse ist zeit- und kostenintensiv (intensivmedizinische Überwachung des Patienten) und mit einem bedeutsamen peripheren Embolie- und Blutungsrisiko und dadurch mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität behaftet.

Seit 2001 steht ein Rotationsthrombektomie-Katheter (Rotarex, Fa. Straub medical) zur Verfügung, dessen Akut- und Langzeiteffizienz zwischenzeitlich durch diverse Studien nachgewiesen werden konnte. Sowohl die Akut- als auch die Langzeitergebnisse die Beinerhaltungsrate betreffend, als auch die beschwerdefreie Gehfähigkeit sind den Ergebnissen sowohl der gefäßchirurgischen Eingriffe als auch der Katheterlyse überlegen (2-5). Der Rotationsthrombektomie-Katheter besteht aus einem äußeren, statischen Katheterschaft, in dem eine als archimedische-Spirale ausgebildete Welle einen distalen „Schneidkopf“ in Rotation versetzt. Der Katheter wird über einen Interventionsdraht bis zur Läsion vorgeführt und dort in Rotation versetzt. Es werden 4 Funktionen gleichzeitig ausgeführt: Das Thrombosematerial wird abgetragen, zerkleinert, angesaugt und über die archimedische Spirale aus dem Blutgefäß in einen Auffangbeutel abtransportiert. Durch die Sogwirkung des Katheters wird das Risiko distaler Embolisierungen minimiert.

Der Vorteil der mechanischen Rotationsthrombektomie besteht in ihrer einfachen Anwendung und hoher zeitlicher Effizienz, d.h. innerhalb weniger Minuten sind auch langstreckige Verschlüsse der Ober- und Unterschenkel-versorgenden Arterien und Verschlüsse von Bypässen rekanalisierbar, was u.a. auch für die hohe Beinerhaltungsrate bei akuten extremitätenbedrohenden Gefäßverschlüssen verantwortlich ist.

Die Effektivität der Thrombektomie ist insbesondere bei älteren Verschlüssen (bis ca. 6 Monate) und in Bypassgefäßen der lokalen Lyse absolut überlegen und ersetzt daher die lokale Lyse mit ihren Nebenwirkungen und hohen Kosten für intensivmedizinische Betreuung.

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur**

**(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)**

Definition eines neuen OPS Kodes für Rotationsthrombektomie in peripheren Gefäßen.

8-836.Ox Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Rotationsthrombektomie

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

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

Ja

Nein

Begründung:

Die Rotationsthrombektomie als für den Patienten prognostisch bedeutsame Therapieoption ist aktuell durch die hohen Sachkosten des Systems von ca. € 2.000 pro Einsatz in ihrer Anwendung limitiert. Es ist nicht nur aus Sicht des betroffenen Patienten im Falle einer Amputation bedauerlich, sondern auch für die krankenversicherte Allgemeinheit mit erheblichen Mehrkosten im Falle einer notwendigen Amputation

verbunden, insbesondere, da nur weniger als die Hälfte der Patienten nach Majoramputationen wieder nach Hause entlassen werden (6).

Der Einsatz der Rotationsthrömbektomie ist in der Auflistung der Prozedurenanteile der relevanten PTA-DRGs bisher nicht berücksichtigt, einerseits wegen fehlender Kodiermöglichkeit aufgrund eines fehlenden OPS-Codes und andererseits dadurch, dass der Großteil der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser dieses Verfahren gar nicht einsetzt. Entsprechend können die Materialkosten diesem Verfahren auch nicht korrekt zugeordnet werden. Eine breitere Anwendung der mechanischen Rotationsthrömbektomie bei akuten und subakuten thrombotischen Verschlüssen ist kosteneffektiv im Vergleich zur selektiven Thrombolyse. Derzeit wird dieses Verfahren nur von wenigen Spezialkliniken angeboten, die zusätzlich Zuweisungen von Patienten für diese Differentialtherapie erhalten.

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

Ja

Nein

Begründung:

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**)

In Deutschland wurde die Rotationsthrömbektomie in 2004 ca. 500x eingesetzt, Tendenz aufgrund klinischer Erfolge deutlich steigend. Für 2005 wird mit 1.000 Fällen in ca 50 Kliniken gerechnet.

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

Vergleichbare Kosten wie für selektiven Lyse (ca. 5.000-6.000€, je nach Zusatzaufwand für PTA/Stent,...), jedoch andere Kostenstruktur: höhere Kosten für das Medizinprodukt (ca. 2.000€ pro Katheter), geringere Kosten für Medikamente (Lysemittel), keine Intensivstation, kürzerer Krankenhausaufenthalt (mittlere Verweildauer nur ca. 2-3Tage)

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

Literatur und Präsentationen:

(1) Tepohl et.al. GetABI-Studie: Jeder fünfte Patient in der Praxis leidet an pAVK! CardioVasc 2003;7; 16-20

(2) Zeller T., Müller C., Frank U., Bürgelin K.-H., Horn B., Roskamm H: Das Straub-Rotarex-Thrombektomiesystem: Erste klinische Erfahrungen: Fortschritt Röntgenstrahlen 2001; 173: 626-631

(3) Jäger K.A., Schmidt E.M., Schmidt H.E., Labs K.H.: Peripheral thrombectomy with a new Straub-Rotarex-Catheter: A Multicenter Study. International Angiology 1999; 19 (supplement 1 to issue no. 2): 17 a

(4) Zeller T., Frank U., Bürgelin K.-H., Schwarzwälder U., Horn B., Flügel P.C., Neumann F.J.: Langzeitergebnisse nach Rekanalisation akuter und subakuter thrombotischer arterieller Verschlüsse der unteren Extremitäten mit einem Rotationsthrömbektomiekatheter. Fortschritt Röntgenstrahlen 2002; 174: 1559-1565.

(5) Berczi V., Deutschmann H.A., Schedelbauer P., et al. Early experience and midterm follow up results with a new rotational thrombectomy catheter. Cardiovascular Interventional Radiology 2002; 25: 275-281.

(6) Spraul M, Prävention des diabetischen Fußsyndroms, Internist 1999; 10; 1056-66

Bottom of Form 1