

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Innere Medizin

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft:Hämostasiologie
<input type="checkbox"/> Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

OPS für Lepirudin in der Behandlung der heparin-induzierten Thrombozytopenie Typ II

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

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

Behandlung mit Lepirudin

1000mg bis 2000mg

2000mg bis 3000 mg

über 3000mg

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

Die Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT II) ist ein durch Arzneimittel hervorgerufenes immunvermitteltes Syndrom, das mit einer Thrombozytopenie und mit thrombotischen Ereignissen einhergeht. Dieses kann bei schweren Verläufen zum Verlust von Extremitäten führen und lebensbedrohend sein. Eine HIT II tritt in bis zu 5 % der Fälle bei Patienten auf, die mit unfractioniertem Heparin behandelt werden. Bei der Behandlung mit nieder-molekularem Heparin sind es weniger als 1 %.

Die Diagnose der HIT II basiert auf drei Kriterien:

1. Der Patient wird aktuell oder wurde bis vor kurzem mit Heparin behandelt.
2. Es liegt mindestens eine Manifestation des Syndroms vor, meistens eine Thrombozytopenie.
3. Es werden Antikörper gegen den Komplex aus Heparin und Plättchenfaktor 4 mit einem spezifischen und sensitiven ELISA nachgewiesen.

Die HIT II tritt typischerweise 5-10 Tage nach Gabe von Heparin mit einem Abfall der Thrombozyten in Erscheinung, der mit oder ohne Thrombose einhergeht. Ein Abfall unter 30 Thrombozyten /nl ist selten; nur 5 % der Patienten haben 15 Thrombozyten /nl oder weniger. Trotz der Thrombozytopenie - auch wenn sie schwer ist - sind Blutungen bei HIT II selten. Paradoxe Weise haben Patienten mit HIT ein höheres Risiko eine Thrombose zu entwickeln als zu bluten. Das Risiko für ein weiteres Wachstum einer bestehenden Thrombose oder für neue Thrombosen beträgt 30 - 50 %.

Die Therapie besteht in einer therapeutischen oder prophylaktischen Antikoagulation, bei bestehender Indikation, entweder mit dem Heparinoid Danaproid-Natrium (Orgaran®) oder mit dem rekombinanten Hirudin-Präparat Lepirudin (Refludan®) oder mit dem direkten synthetischen Thrombin-Inhibitor Argatroban (Argatra) fortgeführt werden.

Patienten mit HIT II und einer Thrombose müssen mit Orgaran® oder Refludan® oder Argatra in therapeutischer Dosierung behandelt werden. Mit der Behandlung muss sofort begonnen werden, auch wenn noch keine Ergebnisse der Bestätigungsanalytik vorliegen. Patienten mit HIT II ohne Thrombose bei hohem Thromboserisiko, müssen ebenfalls nach Absetzen des Heparins mit Orgaran® oder Refludan® in therapeutischer Dosierung behandelt werden. Bei verzögertem Therapiebeginn betrug die Rate neuer thromboembolischer Komplikationen in drei prospektiven Studien ansonsten mehr als 5% pro Patiententag.

Die exakte Zahl der HIT II Fälle ist nur schwer zu schätzen. Erkannt und behandelt werden vermutlich bis zu 10.000 Fälle pro Jahr. Von einer durchgehend korrekten Kodierung ist nicht aus zu gehen.

Die HiT II ist als Diagnose D69.53 im ICD10-GM2006 kodierbar. Wird diese zur Hauptdiagnose, dann wird der Fall im G-DRG 2006 als Q60A eingruppiert. Die HiT II ist allerdings fast immer Folge einer neu oder erneut angesetzten Heparintherapie und tritt daher üblicherweise als Folge eines operativen Eingriffs auf, der dann die Hauptdiagnose stellt. Als Nebendiagnose ist führt die HiT II nur zur moderaten Anhebung der Komplexität, obwohl sie eines der am kompliziertesten zu behandelnden Krankheitsbilder

aller Blut-Gerinnungserkrankungen darstellt.

Die bei der HiT II auftretenden Kosten teilen sich in Medikation und Behandlung der möglichen Komplikationen. Unabhängig von den Komplikationen sind die Medikationskosten für die Antikoagulation bei der Behandlung jeweils ähnlich. Diese liegen bei einem Mittelwert von ca. 1.200 € und einer Standardabweichung von unter 200 €. Die Komplikationen teilen sich in zwei Gruppen: komplikationsarme und kompliziert verlaufende Fälle. Für komplikationsarme Fälle fallen vor allem Kosten für die Diagnostik der HIT Antikörper, dem Ausschluss einer neuen Thrombose und die Kosten für die alternativen Antikoagulantien an. Bei Patienten mit thromboembolischen Komplikationen sind diese Aufwände deutlich höher. Hier liegen die Kosten im Mittel bei 5.000 € mit deutlicher Variation.

Die Summe beider Kosten unterscheidet sich signifikant von der Vergütung der DRG Q60A. Die durch die D69.53 entstehende PCCL-Höherstufung kompensiert ebenfalls im Mittel weitgehend nicht die tatsächlichen Aufwände.

Im Grunde ist die HiT II ein ubiquitäres Krankheitsbild. Die Realität zeigt aber, dass die Therapie schwerpunktmäßig in Krankenhäusern mit hohem operativen Aufwand und Vorhaltung von entsprechenden Spezialkenntnissen einschließlich Labordiagnostik durchgeführt wird. Diese Schiefelage geht damit einher, dass die HIT II bei einer Vielzahl von operativen Eingriffen mit jeweils unterschiedlicher DRG auftritt.

Zur Abbildung der Behandlung ist ein OPS für die Medikation erforderlich.

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

Ja

Begründung:

Nein

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

Ja

Begründung:

Nein

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)

ca. 10.000 Fälle von HIT II, davon ca. 30% mit Lepuridin behandelt

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

ca. 1.500 € reine Medikationskosten

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