

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an [vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

**Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!**

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexbefragung-mustermann.doc

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

**Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen** möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)).

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Röntgengesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG
Internetadresse der Organisation *	www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Dierk
Vorname *	Vorwerk
Straße *	Krumenauerstraße 25
PLZ *	85049
Ort *	Ingolstadt
E-Mail *	dierk.vorwerk@klinikum-ingolstadt.de
Telefon *	+49 (841) 880-2801

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

### 3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \* (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Perkutane Rekanalisation oder Passage organisierter Verschlüsse

## 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
  - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
  - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
  - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
  - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
  - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
  - Streichung von Schlüsselnummern

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \* (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-836 Perkutan-transluminale Gefäßintervention

Hinw.: Die Anwendung eines speziellen Drahtsystems zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist separat zu kodieren (8-83b.a)

8-83b.b Drahtsysteme zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse

8-83b.b0 Perkutane, Passage organisierter Verschlüsse mittels Micro-Dissektion

8-83b.b1 Perkutane, subintimalen Rekanalisation mittels speziellem Nadelsystem

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Die chronische Beinischämie der unteren Extremität ist eine der häufigsten Amputationsursachen (in Deutschland insgesamt ca. 25.000 Major-Amputationen p.a.). Chronisch kompletter Verschluss (chronic total occlusion, CTO) bzw. eine Blockierung der Beinarterien tritt häufig bei Diabetes und peripheren Arterienerkrankungen auf und erfordert eine Behandlung, um Komplikationen wie z.B. Geschwüre, Infektion oder sogar Amputation zu vermeiden. Aufgrund von Schwierigkeiten beim Durchqueren vollständiger Blockierungen konnten bisher viele Patienten mit CTO nicht von minimal invasiven Behandlungen wie Angioplastie oder Stenting profitieren und wurden offen operiert. Es stellte bisher eine Herausforderung dar, eine vollständige Blockierung vor der Durchführung einer Angioplastie oder dem Einsetzen eines Stents interventionell zu durchbrechen. Die Fachgesellschaft schätzt die Rate der nicht erfolgreichen Passage von Verschlüssen auf 10-15%. Die Ergebnisse eines internationalen Registers der Firma Cordis mit 644 Patienten (Publikation in Vorbereitung) zeigt, dass die Passage organisierter Verschlüsse in 24% nicht erfolgreich ist. In diesen Fällen musste bisher die perkutane Prozedur abgebrochen und der Patient im Anschluss offen operiert werden (Endarteriektomie der Arterien im Oberschenkel und Unterschenkel oder Anlegen eines Bypasses an Blutgefäßen).

Das oben beschriebene Problem kann durch den Einsatz spezieller CTO-Kathetersysteme zur

Passage organisierter Verschlüsse behoben werden. Hierfür stehen derzeit zwei Systeme zur Verfügung:

- 1) Bei der perkutanen Rekanalisation mittels Microdissektion wird mit einem CTO-Katheter ein neues Lumen innerhalb des organisierten Verschlusses eröffnet. Nach der Passage, kann eine PTA und/oder Stentimplantation sicher durchgeführt werden.
- 2) Bei der subintimalen Passage des organisierten Verschlusses wird der Verschluss mit einem CTO-Katheter subintimal umgangen. Hinter der Okklusion tritt der Draht sicher wieder in das wahre Lumen der Arterie ein. Nach der Passage, kann eine PTA und/oder Stentimplantation sicher durchgeführt werden.

Die neuen Verfahren zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse in arteriellen Gefäßen mit einem CTO-Kathetersystem führen zu sehr guten Akutergebnissen hinsichtlich der Beinerhaltungsrate als auch der beschwerdefreien Gehfähigkeit. Das o.g. Register zeigt, dass bei Einsatz der speziellen CTO-Kathetersysteme nach gescheiterter Drahtpassage, in bis zu 83% eine perkutane Passage des organisierten Verschlusses erfolgreich war. Durch dieses stufenweise Vorgehen kann die Erfolgsrate bei organisierten Verschlüssen von 76% auf 95,9% erhöht werden. Die neue Methode ist insbesondere einsetzbar bei langstreckigen Verschlüssen und bei älteren Patienten, bei denen ein gefäßchirurgischer Eingriff aufgrund seiner höheren Invasivität nicht indiziert ist und eine herkömmliche Drahtpassage des zu behandelnden Gefäßsegments erfolglos war.

Die Hauptdiagnosen der betroffenen Fälle werden über folgende ICD-10 Codes dargestellt:

I70.20 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Nicht näher bezeichnet

I70.21 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Mit intermittierendem Hinken

I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Mit Ruheschmerzen

I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Mit Ulzeration  
 I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Mit Gangrän

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

Die Passage organisierter Verschlüsse mittels CTO-Katheter ist eine ergänzende, komplexe Prozedur in Zusammenhang mit der Angioplastie (8-836.0b; 8-836.0c) und Implantation von (nicht) medikamenten-freisetzenden Stents im Ober- und Unterschenkel (8-836.fb, 8-836.fc, 8-836.gb, 8-836.gc, 8-836.hb, 8-836.hc; 8-836.jb; 8-836.jc).

Die Kodierung dieser zeit- und kostenaufwendigen Prozedur ist aus der DRG-Perspektive erforderlich, um diese Fälle höhergewichteten DRGs aufwandsgerecht zuordnen zu können. Da der Einsatz dieser speziellen CTO-Kathetersysteme keine eigenständige, abgeschlossene Prozedur darstellt, ist ein Ergänzungscode zu og. Verfahren erforderlich.

#### c. Verbreitung des Verfahrens

- |                                        |                                               |                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Standard      | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt            |                                            |

#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Gegenüber einer erfolgreichen, primären Passage von (organisierten) Verschlüssen fallen folgende zusätzliche Kosten an: Die erfolgreiche primäre Drahtpassage dauert i.d.R. ca. 30 Minuten. Ist die primäre Drahtpassage nicht erfolgreich wird nach ca. 45 -90 Minuten vergeblicher Versuche auf ein CTO-Kathetersystem zur Mikrodissektion oder zur subintimalen Passage umgestiegen. Für die Passage werden weitere 15 Minuten benötigt.

Die Kosten der CTO-Kathetersysteme zur Mikrodissektion belaufen auf ca €2.100 bzw. zur

subintimalen Passage auf ca. € 2.400.

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

Es existieren keine validen Fallzahlen über die Anzahl organisierter Verschlüsse.

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

Es existieren keine vergleichbaren Verfahren.

Durch den Einsatz der speziellen CTO-Systeme werden Endarteriektomie der Arterien im Oberschenkel und Unterschenkel (5-381.7, 5-381.8) und Bypässe an Blutgefäßen (OPS 5-393.5, 5-393.6, 5-393.7) nach nicht erfolgter Drahtpassage substituiert.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)**

**8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)**

Publizierte Daten zu den Systemen :

Literatur

(1) Jacobs DL, Motaganahalli RL, Cox DE, Wittgen CM, Peterson GJ.

True lumen re-entry devices facilitate subintimal angioplasty and stenting of total chronic occlusions: Initial report.

J Vasc Surg. 2006 Jun;43(6):1291-6

(2) Wiesinger B, Steinkamp H, König C, Tepe G, Duda SH.

Technical report and preliminary clinical data of a novel catheter for luminal re-entry after subintimal dissection.

Invest Radiol. 2005 Nov;40(11):725-8