

## 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-komplexeodefruehreha-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 Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.  
 Offizielles Kürzel der Organisation \* DGK  
 Internetadresse der Organisation \* [www.dgk.org](http://www.dgk.org)  
 Anrede (inkl. Titel) \* Prof. Dr. med.  
 Name \* Steinbeck  
 Vorname \* Gerhard  
 Straße \* Klinikum der Universität München  
 Medizinische Klinik und Poliklinik I - Großhadern  
 Marchioninistraße 15  
 PLZ \* 81377  
 Ort \* München  
 E-Mail \* [Gerhard.Steinbeck@med.uni-muenchen.de](mailto:Gerhard.Steinbeck@med.uni-muenchen.de)  
 Telefon \* 089-7095-2371

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

Organisation \* Medizinische Universitätsklinik  
 Abt. Innere Medizin III  
 Offizielles Kürzel der Organisation \*  
 Internetadresse der Organisation \* [www.med.uni-heidelberg.de](http://www.med.uni-heidelberg.de)  
 Anrede (inkl. Titel) \* Herr  
 Name \* Radeleff  
 Vorname \* Jannis  
 Straße \* Im Neuenheimer Feld 410  
 PLZ \* 69120  
 Ort \* Heidelberg  
 E-Mail \* [jannis.radeleff@med.uni-heidelberg.de](mailto:jannis.radeleff@med.uni-heidelberg.de)  
 Telefon \* 06221 / 56-6880

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

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

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

Neuordnung der Endosonographie des Herzen

**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)

Schaffung einer neuen Kode-Gruppe:

3-05g. Endosonographie des Herzens

3-05g.00 Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]

3-05g.01 Intrakoronare Flussmessung

3-05g.1 intrakavitärer Ultraschall [ICE] (Hinweis: inkl. Farbdoppler und Flußmessung)

Entfernung des Hinweistextes für den intrakoronaren Ultraschall aus 3-05e.0 und Streichung von 3-05e.1

3-05e Endosonographie der Blutgefäße

3-05e.0 Ohne weitere Maßnahmen

Inkl.: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]

3-05e.1 Intrakoronare Flussmessung

**7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \***

**a. Problembeschreibung**

Ende der 90er Jahre entwickelt, kommt die intrakardiale Echokardiographie (ICE) zum Einsatz bei:

- Überwachung von Verschlüssen von Vorhofseptum- und Ventrikel- Septumdefekten
- Visuelle Überwachung von Ablationsprozeduren bei EP Ablationen
- Monitoring bei transeptaler Punktion
- Monitoring beim Verschluss eines offenen Ductus Botalli
- Monitoring bei der Platzierung von Stents in der Aorta kaudal des Zwerchfells

Die o.g. Prozeduren werden mit Hilfe des intrakardialen Ultraschallkatheters (ICE) dargestellt und überwacht. Der ICE Katheter wird über die Femoralvene und die Vena Cava Inferior in das rechte Atrium eingeführt. Beim Monitoring von Verschlüssen von Vorhof- bzw. Ventrikelseptumdefekten, bei der Punktion des Septums, bei Ablationsprozeduren sowie beim Verschluss des Ductus Botalli bietet die Bildqualität des ICE Verfahrens dank der optimalen Ultraschallkopplung im Blut sowie der Nähe zu den Prozeduren und der hierdurch wählbaren hohen Frequenz (bis zu 12 MHz) der TEE gegenüber weitaus höhere Bildqualität (räumliche und zeitliche Auflösung). Ein weiterer Vorteil ist in der geringeren Belastung des Patienten zu sehen, da bei einigen der o.g. Prozeduren bei der Verwendung einer TEE Sonde anästhesiert werden muss, da die TEE-Sonde zum Teil über mehrere Stunden im Ösophagus platziert wird. Desweiteren ist das Schlucken der Sonde eine sehr unangenehme Prozedur, die beim Einsatz des ICE Verfahrens entfällt. Personalkosten können aufgrund der entfallenden Anästhesie eingespart werden und aufgrund der verkürzten Durchleuchtungszeit minimiert sich die radioaktive Belastung für Patient und Personal. Ein weiterer Aspekt ist die in der Literatur aufgeführte Gefahr der Embolie - Für den Fall, dass der Patient liegend mit eingeführter TEE-Sonde hustet entsteht hierdurch ein negativer Druck im venösen System welcher ein Ansaugen von Luft durch die Schleusen zur Folge haben und somit eine Luftembolie auslösen könnte.

Begründung: Verfahren ist mit der IVUS- bzw. TEE-Technologie nicht vergleichbar (siehe oben) und bedarf somit einer neuen Kodierung.

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

Für eine mögliche Relevanz als Split-Prozedure ist die Möglichkeit zur Kodierung des intrakardialen Ultraschalles notwendig.

Zur besseren Klassifizierung, wird dazu eine neue Gruppe 'Endosonographie des Herzens' gebildet, die dann ebenfalls den schon vorhandenen Kode für den IVUS und die Flussmessung beinhaltet.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

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

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

Kosten der Katheter liegen bei 2500 - 2700 EURO

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

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

**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.)

Bisher nicht BQS-pflichtig

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

Die genannten OPS-Ziffern sind nur ein Vorschlag zur Gliederung. Dem DIMDI steht es frei geeignetere Codes und Gruppen für die vorgeschlagenen Prozeduren einzuführen.

Überlegenheit der Intrakardialen Echokardiographie (ICE) gegenüber der transösophagealen Echokardiographie (TEE):

1. Mullen MJ, Dias BF, Walker F, et al. Intracardiac echocardiography guided device closure of atrial septal defects. J Am Coll Cardiol 2003; 41:285-92. ,

**OBJECTIVES:** This study was designed to determine the feasibility and accuracy of intracardiac echocardiography (ICE) in guiding percutaneous closure of atrial septal defects (ASD). **BACKGROUND:** Intracardiac echocardiography is a novel imaging technique that might be used to guide interventional procedures. The sensitivity and specificity of ICE, compared to standard imaging techniques, in detecting potentially adverse procedural events and guiding remedial action will be an important consideration in its use. **METHODS:** In a prospective study, 24 patients underwent device closure of ASD using ICE as the primary echocardiographic imaging modality. Feasibility was expressed as proportion of cases in which complete diagnostic ICE imaging was achieved. Accuracy was expressed as the percent agreement between ICE and simultaneously performed transesophageal echocardiography (TEE). **RESULTS:** High-quality ICE images were acquired in all patients, though images were limited in two patients with aneurysmal septa. Intracardiac echocardiography successfully guided closure of 24 out of 25 ASDs (96%) in 23 patients. There was close agreement between ICE and TEE in their assessment of device position and the adequacy of septal capture before device release (98%) and in identifying the presence of significant residual shunts. Intracardiac echocardiography detected all potentially adverse events, including four malpositions, and guided appropriate remedial action. **CONCLUSIONS:** Intracardiac echocardiography guided device closure of secundum ASDs is feasible in the majority of patients and provides diagnostic data comparable to TEE. These data indicate that ICE may be used to guide routine closure of ASDs in adults without the need for TEE and general anesthesia.

2. Bartel T, Konorza T, Arjumand J, et al. Intracardiac echocardiography is superior to, conventional monitoring for guiding closure, of interatrial communications. Circulation 2003; 107:795-7.,

**BACKGROUND:** This study sought to test whether intracardiac echocardiography (ICE) is superior to conventional monitoring in guiding device closure of interatrial communications (atrial septal defect [ASD] and patent foramen ovale [PFO]). **METHODS AND RESULTS:** Forty-four patients undergoing device closure of ASD (n=6) or PFO (n=38) were randomized to have the procedure guided by either

ICE (group 1; n=22) or by transesophageal echocardiography (TEE) (group 2; n=22). All interventions were completed successfully. In 1 patient from group 2, atrial fibrillation occurred 1 day after device implantation; the patient was successfully cardioverted on the next day. There were no other complications. Fluoroscopy time (FT) (6.0+/-1.7 minutes versus 9.5+/-1.6 minutes;  $P<0.0001$ ) as well as procedure time (PT) (33.4+/-4.7 minutes versus 37.8+/-5.6 minutes;  $P<0.01$ ) were shorter in group 1 than in group 2. Group 2 patients required general anesthesia without (n=19) or with endotracheal intubation (n=3). In contrast, ICE allowed continuous monitoring of the whole procedure, including balloon sizing before device closure, without sedation. CONCLUSIONS: ICE is a safe tool to guide device closure of PFO and ASD. Supine patients tolerate ICE better than TEE. ICE reduces FT and PT. ICE seems to be advantageous, especially when long continuous or repeated echocardiographic viewing is required.

### 3. Koenig P, Cao QL, Heitschmidt M et al., Role of intracardiac echocardiographic guidance

Transesophageal echocardiography (TEE) has been successfully used for guiding transcatheter device closure of secundum atrial septal defect (ASD) and patent foramen ovale (PFO). However, the use of TEE for device closure requires general anesthesia. Experience with intracardiac echocardiographic (ICE) guidance to close ASD and PFO is limited. One hundred eleven patients (76 female/35 male) with secundum ASD (82 patients) and PFO (29 patients) associated with a stroke underwent an attempt of transcatheter closure of their defects under ICE guidance using the new AcuNav catheter. The median age of patients was 40 years (range 2.5-80.7) and the median weight was 66 kg (range 12.7-128 kg). The median two-dimensional size of secundum defects as measured by ICE was 17 mm (range 3-32 mm). The median balloon stretched diameter of the ASDs was 22 mm (range 4-36 mm). Five patients had more than one defect that required placement of two devices to close the defects. The median Qp/QS ratio for patients with secundum ASD was 2.1 (range 1-18). ICE provided adequate views of the defects and surrounding structures and the various stages of device deployment. All patients had successful device placement, including the patients who received simultaneous two devices with immediate complete closure of the defects in 100 patients, whereas four and seven patients had trivial and small residual shunt, respectively. The median fluoroscopy time was 10.2 minutes (range 3.7-38.4 minutes) and the median total procedure time was 60 minutes (range 28-180 minutes). There were no complications related to the use of the AcuNav catheter. We conclude that ICE provided unique images of the atrial communications and facilitated device closure of secundum ASD and PFO in children and adults. We believe ICE should replace TEE as a guiding imaging tool for ASD and PFO device closure, thus eliminating the need for general anesthesia.

Weitere Informationen:

[http://www.medical.siemens.com/siemens/de\\_DE/rg\\_marcom\\_FBAs/files/brochures/magazi\\_medical\\_solutions/science/intrakardiale\\_echokardiographie\\_0804.pdf](http://www.medical.siemens.com/siemens/de_DE/rg_marcom_FBAs/files/brochures/magazi_medical_solutions/science/intrakardiale_echokardiographie_0804.pdf)