

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an 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!

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

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

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

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-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, 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).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Bundesverband Medizintechnologie
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardtstr. 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * +49 (0) 30 / 246 255 26

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutschen Gesellschaft für Klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGKKeV
Internetadresse der Organisation * www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Witthohn
Vorname * Andreas
Straße * Krähenweg 30
PLZ * 22459
Ort * Hamburg
E-Mail * andreas.witthohn@dmi-systems.de
Telefon * + 49 (0) 40 / 555 659 109

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

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Prof. Dr. med. Gerhard Steinbeck
Achenbachstr. 43
40237 Düsseldorf

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Implantation eines Defibrillators mit Messung der Kontraktilität des Herzmuskels

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)

Für das Kapitel 5-377.f (Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Messfunktion) wird für die Implantation von Defibrillatoren mit der zusätzlichen Überwachungsfunktion -Messung der Kontraktibilität des Herzmuskels- die Implementation eines neuen ergänzenden OPS-Kodes (s. u.) beantragt.

Moderne Systeme zur kardialen Defibrillation verfügen über erweiterte Funktionen zur kontinuierlichen Messung von Körperzuständen.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein implantierbares System zur kontinuierlichen Messung der Kontraktibilität des Herzmuskels. Zudem ermöglicht das System die Aufzeichnung der Kontraktibilitätssignale parallel zu den intrakardialen Elektrogrammen (EGM) während erkannter Rhythmusstörungen. Darüber hinaus leistet der Defibrillator mit PEA-Monitoring mit Hilfe der PEA-Signale eine automatische Optimierung der atrio-ventrikularen und intra-ventrikularen Stimulationsintervalle in Ruhe- und unter Belastungssituationen.

Zusätzlich zur Kontraktionsmessung bietet das System alle bekannten Funktionen eines Defibrillators. Darüber hinaus bietet eine telemetrische Komponente die Möglichkeit, dem Arzt permanent Daten vom implantierten System zu übermitteln.

Das System ist darauf ausgelegt, durch die kontinuierliche Messung und Überwachung der Kontraktibilität die Morbidität bei Patienten mit Herzinsuffizienz zu verringern. Das System bietet die Möglichkeit einer Frühwarnung rechtzeitig vor Eintreten einer Dekompensation und notfallmäßiger Einweisung eines Patienten in die Klinik.

Das System bietet zusätzlich die Möglichkeit, die Patientencompliance bei Medikation zur Behandlung der Herzinsuffizienz im frühen Behandlungsstadium zu beobachten und zu dokumentieren.

Es wird daher die Schaffung eines zusätzlichen OPS-Codes beantragt.

Für die beschriebenen Implantate ist es zur sachgerechten Verschlüsselung erforderlich, den unten aufgeführten Operationsschlüssel einzuführen. Eine andere alternative Kodierung ist im derzeit gültigen OPS 2007 nicht vorhanden.

Wir schlagen folgende Ergänzung des OPS-Verzeichnisses vor:

unter 5-377.f* Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Messfunktion möge der zusätzliche Code

5-377.f2 Mit zusätzlicher Messfunktion der Kontraktibilität des Herzmuskels aufgenommen werden.

Darüber hinaus wird beantragt, dass unter den folgenden Kapitelüberschriften ein zusätzlicher Hinweis auf diese Zusatzcodes angebracht wird:

5-377.* Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators

Hinw.: Die Verwendung eines Herzschrittmachers oder Defibrillators mit zusätzlicher Funktion ist gesondert zu kodieren (5-377.f*)

5-378.* Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

Hinw.: Die Verwendung eines Herzschrittmachers oder Defibrillators mit zusätzlicher Funktion ist gesondert zu kodieren (5-377.f*)

Für das alphabetische Verzeichnis werden für den Code 5-377.f2 folgende Synonyma vorgeschlagen:
 Defibrillator: -- mit Messfunktion der Kontraktilität des Herzmuskels

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

In der Kardiologie kommen Defibrillatoren mit zusätzlichen Funktionen, hier mit der Messung der Kontraktilität des Herzmuskels, vermehrt zum Einsatz. Diese Leistung kann mit dem derzeit gültigen OPS-Verzeichnis nicht adäquat spezifisch verschlüsselt werden. Um diese innovative Leistung darstellen, kalkulieren und abbilden zu können, ist es unerlässlich, einen passenden Operationsschlüssel dafür zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Durch die neuartige Sonde und die technologischen Unterschiede des Systems zu einem Einkammer-Defibrillator ergeben sich durchschnittliche Kostenunterschiede in oben dargestellter Höhe. Eine differenzierte Abbildung im DRG-System ist deshalb erforderlich.

Das System vereint in Form einer Hybridfunktion eine bereits anerkannte Therapiefunktion gemeinsam mit einer neuen Diagnostikfunktion.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Cazeau S., Ritter P., Bakdach S., Lazarus A., Limousin M., Henao L., Mundler O., Daubert J.C., Mujica J.: "Four Chamber Pacing in Dilated Cardiomyopathy". PACE 1994; 17: 1974-1979.
2. Abraham W. T., Fisher W.G., Smith A.L., Delurgio D.B., Leon A.R., Loh E., Ko-covic D. Z., Packer M., Clavell A.L., Hayes D.L., Ellestad M., Messenger J., for the MIRACLE Study Group: "Cardiac Resynchronization in Chronic Heart Fail-ure". (The New England Journal of Medicine, vol. 346, June 2002).
3. Cazeau S., Leclercq C., Lavergne T., Walker S., Varma C., Linde C., Garrigue S., Kappenberger L., Haywood G.A., Santini M., Bailleul C., Daubert J.C., for the MUSTIC Study Group: "Effects of multisite biventricular pacing in patients with heart failure and intraventricular conduction delay". (The New England Journal of Medicine, vol. 344, march 2001).
4. Pavia S.V., Wilkoff B.L.: "Biventricular Pacing for Heart Failure". (Cardiology Clinics, vol. 19, November 2001).
5. Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E, Freemantle N, Gras D, Kappenberger L, Tavazzi L; Cardiac Resynchronization-Heart Failure (CARE-HF) Study Investiga-tors: " The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure", (N Engl J Med. 2005 Apr 14;352(15):1539-49. Epub 2005 Mar 7)
6. Peregó G.B., Chianca R., Facchini M., Frattola A., Balla E., Zucchi S., Cavaglià S., Vicini M., Negretto M., Osculati G. "Simultaneous vs. Sequential Biventricular Pacing in dilated Cardiomyopathy: an acute hemodynamic study". (The Euro-pean Journal of Heart Failure, vol. 5, 2003; 305-313).
7. Yu C.M., Fung J.W.H., Chan C.K., Chan Y.S., Zhang Q., Lin H., Yip G.W.K., Kum L.C.C., Kong S.L., Zhang Y., Sanderson J.E. "Comparison of Efficacy of Reverse Remodelling and Clinical

- Improvement for Relatively Narrow and Wide QRS Complexes After Cardiac Resynchronization Therapy for Heart Failure". (Journal of Cardiovascular Electrophysiology , vol. 15, September 2004).
8. Van Gelder B.M., Bracke F.A., Meijer A., Lakerveld L.J.M., Pijls N.H.J. "Effect of Optimizing the VV Interval on Left Ventricular Contractility in Cardiac Resynchro-nization Therapy". (Am J Cardiol 2004; 93: 1550-1503).
 9. Nelson G.S., Curry C.W., Wyman B.T., Kramer A., Declerck J., Talbot M., Douglas M.R., Berger R.D., McVeigh E.R., Kass D.A. "Predictors of Systolic Augmentation From Left Ventricular Preexcitation in Patients With Dilated Cardiomyopathy and Intraventricular Conduction Delay". (Circulation – June 2000).
 10. Auricchio A, Ding J, Spinelli JC, et al.: "Cardiac Resynchronization Therapy re-stores Optimal Atrioventricular mechanical timing in Heart Failure patients with Ventricular conduction delay", (J Am Coll Cardiol 2002; 39: 1163-1169).
 11. Sheppard R.C., Ren J.F., Ross J., et al. "Doppler echocardiographic assessment of the hemodynamic benefits of rate adaptive AV delay during exercise in paced patients with complete heart block". (PACE 1993; 16: 2157-2167).
 12. Soogaard P., Egeblad H., Pedersen A.K., Kim W.y., Kristensen B.O., Hansen P.S., Mortensen P.T. "Sequential Versus Simultaneous Biventricular Resynchro-nization for Severe Heart Failure", (Circulation – October 2002).
 13. Ritter P., Dib J.C., Mahaux V., Lelièvre, Soyeur D., Lavergne T., Cazeau S., Guize L., Rabine L.M., Daubert C. "New Method for Determining the Optimal Atrio-Ventricular Delay in Patients Paced in DDD mode for Complete Atrio-Ventricular Block" (Abstract, Pace, vol. 18, 1995).
 14. T.A. McDonagh, S. Holmer, I. Raymond, P. Hildebrandt, H.J. Dargie "NT-proBNP and the diagnosis of heart failure: a pooled analysis of three European epidemi-ological studies", (The European Journal of Heart Failure, vol. 6, 2004; 269-273).
 15. Plicchi G., Marcelli E., Bombardini T., Gaggini G., "PEAI and PEAll based im-plantable system for monitoring acute ventricular failure". (PACE 2002; 25:691 (abstract)).
 16. Plicchi G., Marcelli E., Bombardini T., Gaggini G., "Endocardial acceleration ba-sed implantable system for monitoring acute ventricular failure." (Eur Heart J, 2002; 23(Suppl.): 579–ESC Congress 2002).
 17. Plicchi G. et al., "Endocardial acceleration monitoring of tachycardia induced heart failure in sheep" (Europace, 2003 (abstract)).
 18. Reiber J.H.C. et al. Quantitative Coronary and Left Ventricular Cineangiography. Methodology and Clinical Applications, 1986.
 19. Marcelli E. et al., "Epicardial vibrations vector assessed with a triaxial micro-accelerometer in experimental left ventricular dysfunction". (PACE,2003; 26(4), Part II:1081.)
 20. Morganroth J. et al., "Congestive Heart Failure". (Proceedings of the 7th Annual Symposium on New Drugs and Devices, 1987).
 21. J. Clementy, European PEA Clinical Investigation Group: "Dual Chamber Rate Responsive Pacing System Driven by Contractility: Final Assessment after 1-year Follow-up", (PACE, Vol. 21, November 1998, Part II)
 22. M.G. Bongioni, E. Soldati, G. Arena, G. Quirino, F. Vernazza, A. Bernasconi, B. Garberoglio, "Is Local Myocardial Contractility Related to Endocardial Acceleration Signals Detected by a Transvenous Pacing Lead?" (PACE, Vol. 19-November 1996, Part. II.)
 23. H. Langenfeld, A. Krein, M. Kirstein, L. Binner, European PEA Clinical Investiga-tion Group, "Peak Endocardial Acceleration-based Clinical Testing of the " BEST " DDDR Pacemaker", (PACE, Vol. 21, November 1998, Part II)
 24. E. M. Greco, M. Ferrario, S. Romano, "Clinical Evaluation of Peak Endocardial Acceleration as a Sensor for Rate Responsive Pacing", (PACE Vol. 26 (Pt I): 812-818, April 2003)
 25. Sum-Kin Leung, Chu-Pak Lau, Cathy Tse-Fun Lam, Sheron Ho, Hung.Fat Tse, Cheuk-Ma Yu, Kathy Lee, Man-Oi Tang, Kam-Mui To, F. Renesto , "Atrioventricu-lar Interval Optimisation In The Right Atrial Appendage and Interatrial Septum Pacing: A Comparison Between Echo and Peak Endocardial Acceleration Meas-urements", (PACE, vol. 23, November 2000, 1762-1766)
 26. L.Padeletti, M.C.Porciani, P.Ritter, A.Michelucci, A.Colella, P.Pieragnoli, A.Costoli, C.Ciapetti, A.Sabini, G.Demarchi, L.Gillio-Meina, G.Gaggini and G.F. Gensini, "Automatic Optimization of Resting and Exercise Atrioventricular Interval Using a Peak Endocardial

Acceleration Sensor: validation with Doppler Echocar-diography and Direct Cardiac Output Measurements”, (PACE, vol. 23, November 2000)

27. Jean Marc Dupuis, A. Kobeissi, L. Vitali, G. Gaggini, M. Mehreb, F. Rouleau, G. Lefthérotis, P. Ritter, J. Victor, “Programming Optimal Atrioventricular Delay in Dual Chamber Pacing Using Endocardial Acceleration: Comparison with a Stan-dard Echocardiographic Procedure”, (PACE, Vol. 26, January 2003)

28. F. Rickards, T. Bombardini, G. Corbucci, G. Plicchi, “An Implantable Intracardiac Accelerometer for Monitoring Myocardial Contractility”, (PACE, Vol. 19, December 1996, Part I)

29. P. Bordachar, S. Garrigue, S. Reuter, M. Hocini, A. Kobeissi, G. Gaggini, P. Jaïs, M. Haïssaguerre, J. Clementy, “Hemodynamic Assessment of Right, Left, and Biventricular Pacing by Peak Endocardial Acceleration and Echocardiography in Patients with End-Stage Heart Failure”, (PACE, vol. 23, November 2000)

30. S.Garrigue, P. Bordachar, S. Reuter, P. Jaïs, A. Kobeissi, G. Gaggini, M. Haïssa-guerre, J. Clementy, “Comparison of Permanent Left Ventricular and Biventricular Pacing in Patients with Heart Failure and Chronic Atrial Fibrillation : a Prospective Haemodynamic Study.”, (HEART 2002; 87: 529-534)

31. P.P. Delnoy , L. Padeletti, P. Ritter, S. Garrigue and J. Silvestre, “Cardiac Resyn-chronisation Therapy: correlation between Peak Endocardial Acceleration and Aortic VTI obtained by standard Echocardiography measurements.”, (Abstract presented at Progress in Clinical Pacing, 2004)

32. E. Marcelli, G. Plicchi, L. Cercenelli, L. Vitali, F. Renesto, O. Lutthikuis, P.P. Del-noy, A new method for optimising CRT configuration based on Peack Endocardial Acceleration, (Europace supplements, Vol. 7, May 2005: p 302. Abstract)

33. Task Force for the Diagnosis and Treatment of CHF of the European Society of Cardiology, Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure: Full Text (updated 2005). (European Heart Journal. doi:10.1093/eurheartj/ehi205)

http://www.escardio.org/knowledge/guidelines/Chronic_Heart_Failure.htm

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

Die Herzinsuffizienz ist unter den Herz-Kreislaufferkrankungen, die Erkrankung mit den höchsten Behandlungskosten im stationären Bereich, bedingt durch häufige, wiederholte Krankenhauseinweisungen. Die Messungen der Kontraktilität des Herzmuskels erlaubt eine engmaschige Kontrolle von Risikopatienten mit dem Ziel einer deutlichen Reduzierung von Krankenhauseinweisungen auf Grund von Dekompensationen.

Die Patientcompliance hinsichtlich der Therapiekontrolle einer optimierten Medikation sowie der Schutz durch Stimulation bei Bradykardie bzw. Tachykardie oder Schock ermöglichen eine deutlich bessere Führung der Therapie durch den behandelnden Arzt.

Die beschriebenen erhöhten Kosten für die Implantate lassen sich im derzeitigen DRG-System nicht vollständig refinanzieren. Diese Leistungen werden im Krankenhaus angeboten und durchgeführt. Je nach Kalkulation sollte künftig bei diesen Leistungen eine Anpassung des DRG-Systems entweder durch einen DRG-Splitt oder die Einführung eines Zusatzentgeltes vorgenommen werden können. Dafür ist es unbedingt erforderlich, dass diese zusätzlichen Leistungen eindeutig über einen OPS identifiziert werden können. Dieses kann über die beantragten Änderungen (s. o.) sehr gut realisiert werden.

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

Das CRT-D Gerät wird inklusive der SonR-Sonde und Elektroden am Markt zum Preis von 18.485,05, EUR zzgl. 7 % Mehrwertsteuer angeboten. Somit ergibt sich ein Ausgangsbetrag von 19.779,- EUR.

Um die Kosten für das Verfahren zu ermitteln, wurde zunächst geprüft, inwieweit Kosten anfallen, die nicht durch die Abrechnung einer DRG gedeckt sind. Da die Implantation von Defibrillatoren mit PEA-Monitoring sich nur durch das Implantat selbst von den anderen Fällen mit Implantation eines Defibrillators unterscheidet, sind hier ausschließlich die Differenzkosten für das Defibrillationssystem anzusetzen.

Die Ermittlung der Differenzkosten wurde über alle DRGs der Basis-DRG F01 durchgeführt, die sich auf eine Drei-Kammer-Stimulation beziehen. Die individuellen Fallzahlen je DRG sind hierbei berücksichtigt worden. Die Fallzahlen je DRG wurden dabei aus den Daten des G-DRG-Browsers 2006/2008 entnommen. Die Berechnung basiert auf einer Gesamtfallzahl von 200 Fällen pro Jahr, die mit dem beschriebenen System versorgt werden.

Die Preise wurden je DRG den gemäß G-DRG-Reportbrowser enthaltenen Implantatskosten gegenübergestellt:

DRG	Anz. Fälle (DRG-Browser)	Kosten Implantat (DRG-Browser)	Kosten Implantat mit PEA-Monitoring	Differenz
F01A	63	18.597,20	19.779,00	1.181,80
F01C	417	17.900,59	19.779,00	1.887,90

Auf Grundlage der Fallzahlen wurde ermittelt, wie viele Fälle je DRG mit dem beschriebenen System versorgt werden. Das Ergebnis je DRG wurde mit den ermittelten Differenzen ausmultipliziert und aufsummiert. Das gesamte Erlösvolumen wurde anschließend durch die Fallzahl geteilt, um den gewichteten Mittelwert zu ermitteln.

DRG	Anzahl Fälle mit PEA Monitoring	Differenz je DRG	Volumen
F01A	26,25	1.181,80	31.022,25
F01C	173,75	1.878,90	326.458,88
Summe	200,00		357.481,13

Gewichteter Mittelwert 1.787,41

Der gewichtete Mittelwert von 1.787,41 EUR entspricht den für das System anfallenden Differenzkosten und den durch die Verwendung des Systems anfallenden Mehrkosten.

Zusätzlich sind weitere ökonomische Faktoren für das Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Nach der Implantation eines Defibrillators weisen die Patienten gehäuft eine anschließende Hospitalisierungsrate mit mehreren Aufenthalten im Jahr auf. Ursächlich hierfür zeigt sich eine nicht rechtzeitig erkannte Dekompensation der Herzinsuffizienz. Die folgende Berechnung basiert auf der Annahme, dass bei jedem Patienten, der das beschriebene System erhalten hat, ein stationärer Aufenthalt pro Jahr eingespart werden könnte. Die Laufzeit der Geräte wird mit 5 Jahren angesetzt. Dieser Wert entspricht der vom Hersteller angegebenen minimalen Laufzeit der Geräte. Je nach Gerät kann die Laufzeit bis zu 9 Jahre betragen.

Die Fälle werden der Basis-DRG F62 (Herzinsuffizienz und Schock) zugeordnet. Der Basisfallwert wird mit 2.680,80,- EUR festgesetzt:

DRG	Text	Anzahl Fälle pro Jahr	Erlössumme pro Jahr	Erlössumme in 5 Jahren
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose	3	11.522,80	57.614,01
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose	40	139.589,96	697.949,82
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	157	366.895,45	1.834.477,23

Summe	200	518.008,21	2.590.041,06
-------	-----	------------	--------------

Dem Erlösvolumen von 2.590.041,- EUR sind die Differenzkosten mit einem Geldvolumen von 1.787.405,63 EUR in 5 Jahren sowie Mehrkosten im ambulanten Bereich entgegenzusetzen. Da die Patienten sich in dauerhafter ärztlicher Versorgung befinden, sind hier nur Mehrkosten für Medikamente anzusetzen, die sonst im Rahmen der stationären Versorgung verabreicht worden wären. Zur Berechnung des Volumens wurden die in den DRGs enthaltenen Kosten für Arzneimittel verwendet. Grundlage hierfür waren die Angaben im G-DRG-Reportbrowser. Je Patient und Jahr wurde hier ein Durchschnittswert von 101,37 EUR ermittelt. Hieraus ergibt sich ein Volumen von 101.370,- EUR auf die 5 Jahre gerechnet.

Im Ergebnis ergibt sich durch die Einführung des beschriebenen Verfahrens, ein Einsparvolumen von 701.265,44 EUR für das deutsche Gesundheitssystem.

Die Berechnungen sind dem Antrag als Anlage beigefügt.

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

Für das Jahr 2008 sind 30 Fälle innerhalb der Zulassungsstudie geplant. Je nach Zeitpunkt der offiziellen Freigabe sind noch einmal 50 Geräte vorgesehen. Im Jahr 2009 sollen mindestens 200 Patienten mit dem System versorgt werden.

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

siehe Punkt 7 d Kosten.

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.)

entfällt

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