

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

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/unsere 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 * Siemens AG - Healthcare Sector
Offizielles Kürzel der Organisation * Siemens Healthcare
Internetadresse der Organisation * <http://w1.siemens.com/entry/de/de/>
Anrede (inkl. Titel) * Herr Privatdozent Dr. med.
Name * Leber
Vorname * Alexander W.
Straße * Henkestr. 127
PLZ * 91052
Ort * Erlangen
E-Mail * alexander.leber@siemens.com
Telefon * 09131-845385

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Siemens AG - Healthcare Sector
Offizielles Kürzel der Organisation * Siemens Healthcare
Internetadresse der Organisation * <http://w1.siemens.com/entry/de/de/>
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Dorenkamp
Vorname * Marc
Straße * Nonnendammallee 101
PLZ * 13629
Ort * Berlin
E-Mail * marc.dorenkamp@siemens.com
Telefon * 030-38637037

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

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Knez (für die Arbeitsgruppe Cardio-CT)
Krankenhaus Weilheim
Johann-Bauer-Str. 4
82362 Weilheim
Tel.: 0881-1880
E-Mail: a.knez@kh-gmbh-ws.de

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) *

Nicht-invasive Koronarangiographie mittels Mehrschicht-Computertomographie

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)

Die nicht-invasive CT-Angiographie der Koronararterien ist nicht abbildbar, daher wird ein neuer OPS-Code vorgeschlagen:

3-224.3 Computertomographie der Herzkranzarterien mit Kontrastmittel

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Computertomographie des Herzens hat in den letzten Jahren eine rasante technische Weiterentwicklung erfahren. Bei Einsatz der modernsten Techniken (64-Schicht CT-Scanner und aufwärts) gestattet die Computertomographie eine nahezu artefaktfreie Darstellung der kardialen Anatomie inklusive der Koronararterien. Bei der Darstellung der Koronararterien muss grundsätzlich zwischen dem Nachweis kalzifizierter Koronarplaques im Nativscan ('Koronarkalk') und der nicht-invasiven Koronarangiographie (Kontrastmittel erforderlich) unterschieden werden.

Mit kontrastmittelgestützter CT-Angiographie der Herzkranzgefäße ('nicht-invasive Koronarangiographie') konnten in vielen Studien Koronarstenosen mit einer hohen Sensitivität nachgewiesen werden, der negative prädiktive Wert zum Ausschluss von Stenosen betrug in diesen Arbeiten zwischen 96% und 99%. Neben den nativen Koronargefäßen lassen sich auch aortokoronare Bypässe relativ leicht darstellen, und Stenosen und Verschlüsse können mit einer sehr hohen Genauigkeit nachgewiesen werden. Schwierigkeiten bestehen derzeit noch bei stark verkalkten Koronargefäßen und bei der Darstellung von intrakoronaren Gefäßstützen (Stents). Zwar gibt es zum aktuellen Zeitpunkt noch keine durch Leitlinien abgesicherte Indikationen für die CT-Angiographie der Koronararterien, allerdings liegen sogenannte 'Appropriateness criteria' vor. Diese wurden kürzlich von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus kardiologischen und radiologischen Fachgesellschaften publiziert (Journal of the American College of Cardiology 2006;48:1475-1497).

Die invasive Koronarangiographie im Herzkatheterlabor stellt derzeit den 'Goldstandard' der Koronardiagnostik dar. Dieser Eingriff kann für den Patienten eine Belastung darstellen und ist mit einem gewissen Komplikationsrisiko behaftet. Aus diesem Grund und nicht zuletzt wegen der hohen Prävalenz der koronaren Herzkrankheit (KHK) gibt es einen hohen medizinischen und ökonomischen Bedarf an nicht-invasiven Verfahren zur Koronardiagnostik. Die CT-Angiographie stellt derzeit die aussichtsreichste Alternative dar.

Fazit: Die CT-Angiographie der Koronararterien besitzt in einem selektierten Patientengut eine vergleichbare diagnostische Genauigkeit wie der derzeitige 'Goldstandard' (Invasive Koronarangiographie), hat aber ein deutlich günstigeres Risikoprofil und ist mit geringeren Kosten verbunden. Dennoch findet das Verfahren derzeit keine Abbildung im OPS-Katalog.

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

Die CT-Angiographie der Koronararterien ist ein neues Verfahren und ist prinzipiell weder mit einer invasiven Koronarangiographie noch mit einer 'einfachen' Computertomographie des kompletten Herzens vergleichbar. Über bestehende OPS-Codes gelingt daher keine adäquate Abbildbarkeit. Die Neuschaffung eines OPS-Codes für das Verfahren bedeutet auch, dass es im Rahmen der DRG-Kalkulation identifiziert und in künftigen Entgeltkatalogen sachgerecht abgebildet werden kann. Zusätzlich können dadurch ökonomische Unterschiede zu anderen Verfahren herausgestellt werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

350-500 €

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

Potential: ca. 250.000 Fälle / Jahr

Anm.: Im Jahr 2007 wurden in Deutschland 832.420 diagnostische invasive Koronarangiographien durchgeführt (Quelle: Bruckenberg Herzbericht 2007). Derzeit stellt die CT-Angiographie der Koronararterien keinen generellen Ersatz für die invasive Koronarangiographie dar, kann aber bei bestimmten klinischen Konstellationen eine Alternative sein. Nach allgemeinen Erfahrungswerten kann von einer 30% Ersetzbarkeit der invasiven Koronarangiographie durch eine CT-Angiographie ausgegangen werden. Damit ergibt sich eine potentielle Fallzahl von 250.000 / Jahr.

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

3-224 Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: ca. 150 €
1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung ca. 1.400 €

- 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)

(1) Umfangreiche Literatur zum Thema 'CT Angiographie der Koronararterien' können Sie gerne jederzeit über unsere Kontaktadressen beziehen.

(2) Es wäre überlegenswert, den neuen OPS-Code an eine minimale technische Geräteausstattung zu knüpfen, da das Verfahren nur ab einer gewissen Geräteklasse aufwärts (z.B. 64-Schicht Multidetektor-CT) Ergebnisse von diagnostischer Relevanz liefern kann.