

Änderungsvorschlag für den OPS 2011

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 *	Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Offizielles Kürzel der Organisation *	UKG
Internetadresse der Organisation *	http://www.klinikum.uni-greifswald.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Bobrowski
Vorname *	Christoph
Straße *	Fleischmannstraße 8
PLZ *	17475
Ort *	Greifswald
E-Mail *	christoph.bobrowski@uni-greifswald.de
Telefon *	03834 86 5195

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)

Dieser Vorschlag ist noch nicht abgestimmt. Eine Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) wird angestrebt. Dieser Vorschlag liegt Herrn Prof. Dr. R. Ewert vor, der einer der beiden Sprecher der Sektion 6 (kardiorespiratorische Interaktionen) der DGP ist. Eine Stellungnahme wird ggf. nachgereicht.

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) *

Neuaufnahme 5-399.b2 Implant. Med.pumpe bei pulmonaler arterieller Hypertension

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)

Es wird die Differenzierung des OPS 5-399.b- für die Implantation einer Medikamentenpumpe zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertension beantragt.

5-399.b2 Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie): Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate zur Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertension

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

Seit Dezember 2009 kann als Behandlungsalternative bei pulmonaler arteriellen Hypertension eine neuartige Medikamentenpumpe implantiert werden. Hierbei wird nach erfolgter stationärer Dosisfindung über externe Pumpen eine mit Treprostinil (stabiles Prostanoid) gefüllte Infusionspumpe (Lenus pro) mit eingebauter Okklusionsalarmierung implantiert. Diese hierfür einzig zugelassene Pumpe ermöglicht einen konstanten Fluss und minimiert das Infektions- und Nebenwirkungsrisiko (siehe Punkt 8).

Die Implantation der Medikamentenpumpe zur Behandlung einer pulmonaler arteriellen Hypertension ist bisher nicht in der Kalkulation zum G-DRG-System berücksichtigt worden und es ergibt sich eine unzureichende Vergütung.

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

Bei einem regelhaften Verlauf wird der/dem Patientin/en eine Hauptdiagnose aus dem Bereich des ICD-10-Dreistellers I27 Sonstige pulmonale Hypertonien zugeordnet (z. B. I27.28). Für die Implantation der Medikamentenpumpe sieht der OPS-2010 den Kode 5-399.b0 Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie): Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate vor. Dieser Kode unterscheidet weder die Indikation zur Implantation einer Medikamentenpumpe noch den Wirkstoff. Es wird nur beispielhaft die Chemotherapie oder Schmerztherapie in Klammern im OPS-Text genannt.

Aus der genannten ICD-/OPS-Kombination die Zuordnung zur Fehler-DRG 901D Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie mit einem Relativgewicht von 2,085. Unter der beispielhaften Verwendung des Bundesbasisfallwertes 2010 von 2.935,78 € resultiert eine Vergütung von lediglich 6.218,51 € (ohne Zu- und Abschläge). Hierbei ist eine Mindestverweildauer von 5 Tagen nötig, ansonsten resultieren die entsprechenden Abschläge wegen Unterschreiten der UGV. Mit dieser Entgelthöhe kann das Verfahren nicht finanziert werden, da alleine die Infusionspumpe Materialkosten von 11.000,00 € verursacht. Zudem ist nicht in jedem Fall ein Krankenhausaufenthalt von 5 Belegungstagen notwendig, sodass auch noch niedrigere Vergütungshöhen resultieren.

Durch die DRG-Zuordnung zur Fehler-DRG 901D wird offensichtlich, dass die Kombination der Diagnose „Pulmonale arterielle Hypertension“ und der Therapie „Implantation Medikamentenpumpe“ bisher nicht in der DRG-Systementwicklung berücksichtigt wurde. Da dieses Verfahren erst zum Ende des Jahres 2009 eingeführt wurde, konnte dies auch nicht der Fall sein. Eine neben der DRG zusätzliche Vergütung über ein Zusatzentgelt existiert zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls nicht. Nur für die Implantation einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion (5-028.1x) oder intrathekalen und epiduralen Infusion (5-038.4x) wird das individuell zu vereinbarende ZE2010-07 nach Anlage 4 des Fallpauschalenkatalogs 2010 zugeordnet.

Um zukünftig diese Fälle in der DRG-Kalkulation selektieren zu können, ist eine eindeutige Zuordnung der Implantation der Medikamentenpumpe bei Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertension über einen spezifischen OPS-Kode notwendig. Somit ist zu einem späteren Zeitpunkt dann u. U. auch die Zuordnung einer entsprechenden DRG ohne weiter Zuordnung eines Zusatzentgeltes möglich.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Implantatkosten: 11.000 €

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

Da es ein neues Verfahren ist, kann zunächst nur die geplanten Anzahl von ca. 50 für das Jahr 2010 genannt werden. Bei den beschriebenen Vorteilen des Systems für die Patienten ist aber zukünftig von einer Zunahme der Fallzahlen auszugehen.

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

Für den Bereich des stationären Sektors resultieren Mehrkosten von mindestens 11.000 €. Betrachtet man allerdings die sektorenübergreifenden Kosten der Behandlung von Patienten mit pulmonaler arteriellen Hypertension mittels der implantierten Medikamentenpumpe im Vergleich zu der bisherigen Therapie, ist festzustellen, dass durch diese deutlich risikoärmere und ambulant leichter handhabbare Therapieform deutlich geringere Gesamtherapiekosten resultieren werden.

- 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.)

Nicht relevant

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

Therapieinformationen:

Bisher wurde Treprostinil kontinuierlich, subkutan, nur über eine tragbare Minipumpe (ähnlich wie bei der modernen Diabetesbehandlung) verabreicht. Hierbei können die typischen dosisabhängigen Prostanoid-Nebenwirkungen auftreten: Erhebliche Schmerzen bei subkutaner kontinuierlicher Gabe, Gesichtsrötung, Kieferschmerzen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Diarrhoe. Eine dosisunabhängige Nebenwirkung ist Schmerz und Rötung an der Infusionsstelle. Diese führt bei Patienten zum Therapieabbruch.

In den USA und der Schweiz ist Treprostinil für die intravenöse Verabreichung zugelassen. In der EU ist die ein entsprechendes Zulassungsverfahren im Gange. Eine intravenöse Verabreichung (ohne die Nebenwirkung Schmerz) ist also prinzipiell mit externer Pumpe möglich, geht aber analog der intravenösen Therapie mit Epoprostenol oder Iloprost mit einer erhöhten Infektionsgefahr einher, da ein Dauerzugang für diese Therapie unerlässlich ist, und birgt ein hohes Risiko des Therapieverlaufs aufgrund der geringen Halbwertszeit dieser Medikamente (2-3 Minuten).

Subkutanen Treprostinil konnte in einer großen multizentrischen randomisierten placebokontrollierten Studie (Am J Respir Crit Care Med. 2002 Mar 15;165(6):800-4) die physische Belastbarkeit, den klinischen Allgemeinzustand, die NYHA Klasse, die pulmonale Hämodynamik, und die Lebensqualität von Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertension signifikant verbessern. Die pulmonale arterielle Hypertension ist eine sehr seltene Erkrankung mit Orphan Status, die ohne Behandlung eine extrem schlechte Prognose aufweist.

Das Langzeitüberleben von Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertension ist unter Behandlung mit subkutanem Treprostinil vergleichbar mit den Therapieresultaten unter intravenösem Epoprostenol (Goldstandard). Treprostinil weist mit etwa 3,5 Stunden eine erheblich längere Halbwertszeit wie Epoprostenol (2-3 min) auf. Dadurch lässt sich die Gefahr eines lebensbedrohlichen Rebound Phänomens im Sinne eines massiven plötzlichen Druckanstieges im kleinen Kreislauf minimieren. Eine nicht kontrollierte Studie - also ohne Vergleichsgruppe - mit subkutanem Treprostinil zeigte auch positive Ergebnisse für Patienten mit einer inoperablen CTPH (Chronisch Thromboembolische Pulmonale Hypertension).

Aufgrund der Stabilitätsdaten und der Halbwertszeit ist Treprostinil zur Zeit das einzig verfügbare Prostanoid, dass eine adäquate Infusion mittels implantierter Pumpe möglich macht.