

Änderungsvorschlag für den OPS 2012

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-komplexbefruehrea-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 *	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGK
Internetadresse der Organisation *	www.dgk.org
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Steinbeck
Vorname *	Gerhard
Straße *	Marchioninstr. 15
PLZ *	81377
Ort *	München
E-Mail *	gerhard.steinbeck@med.uni-muenchen.de
Telefon *	089-7095-2371

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)

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

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) *

Entfernung, Wechsel & Korrektur eines ICDs mit AV-sequentieller Einkammer-Stimulation

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)

Seit Ende 2009 sind Defibrillatoren-Systeme mit Einkammer-Stimulation verfügbar, die mittels einer modifizierten Elektrode (zusätzlicher Dipol in Höhe des Vorhofs) in der Lage sind, Informationen aus dem Vorhof zu verarbeiten, ohne dass eine zweite Elektrode (Vorhofsonde) implantiert werden muss. Eine sachgerechte, differenzierte Abbildung dieser Systeme für die Neuimplantation ist seit dem OPS 2011 gegeben (vgl. OPS-Kode 5-377.51). Noch nicht umgesetzt ist die Abbildung dieses Systems in dem OPS-Kode für 'Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators' (5-378).

Von daher wird vorgeschlagen, die Subklassifikation (6. Stelle des OPS-Kodes) wie folgt anzupassen:

- a) .-4 'Defibrillator mit Einkammer-Stimulation' wird umgenannt in 'Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne AV-sequentielle Stimulation'
- b) Die bestehende Liste für die Systemtypen wird ergänzt um: .-a 'Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit AV-sequentieller Stimulation'

Darüber hinaus sollte der OPS-Kode für die Systemumstellung (5-378.9) bzgl. der 6. Stelle wie folgt angepasst werden:

- a) Der OPS-Kode 5-378.97 sollte 'Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne AV-sequentielle Stimulation' umbenannt werden.
- b) Es wird ein neuer OPS-Kode 5-378.98 mit der Bezeichnung 'Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit AV-sequentieller Stimulation' aufgenommen.
- c) Es wird ein neuer OPS-Kode 5-378.9e mit der Bezeichnung 'Defibrillator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit AV-sequentieller Stimulation' aufgenommen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die unter 6. genannten Defibrillatoren-Systeme mit Einkammer-Stimulation und einer modifizierten Elektrode (zusätzlicher Dipol in Höhe des Vorhofs) verarbeiten Informationen aus dem Vorhof, ohne dass eine zweite Elektrode (Vorhofsonde) implantiert werden muss. Dies ermöglicht eine AV-sequentielle Stimulation - sprich: Wahrnehmung des körpereigenen Herzrhythmus im Vorhof und daran angepasste Stimulation im Ventrikel. Die Zweikammer-Diskriminierung führt klinisch zur Reduktion von inadäquaten Therapieabgaben (ATP und Schockabgabe) und optimiert das Vorhoftherapiemanagement bei Patienten mit zusätzlichem Vorhofflimmern. Dementsprechend besitzt dieses Defibrillatorsystem alle wesentlichen Vorteile eines 2-Kammer-Systems in Hinblick auf tachykarde Ereignisse (bzgl. der generellen Vorteile von 2-Kammer-ICD siehe: Dual-Chamber Versus Single-Chamber Detection Enhancements for Implantable Defibrillator Rhythm Diagnosis; Paul A. Friedman, MD (Circulation. 2006;113:2871-2879.); Dual-chamber defibrillators reduce clinically significant adverse events compared with single-chamber devices: results from the DATAS (Dual chamber and Atrial Tachyarrhythmias Adverse events Study) trial; Jesus Almendral (Europace 2008 10(5):528-535))

Die Früherkennung von Vorhofflimmern ermöglicht eine schnelle und optimale medikamentöse Therapie und reduziert somit das Schlaganfallrisiko. Gleichzeitig sind mögliche Komplikationen auf Grund der Vorhofsonde (Sondenkomplikationen, Dislokation und mechanische Induktion von Vorhofflimmern durch die Vorhofsonde) ausgeschlossen.

Defibrillatoren-Systeme mit AV-sequentieller Stimulation werden im derzeitigen OPS-Katalog (2011) nur bei den OPS-Kodes für Neuimplantationen (5-377.51) berücksichtigt. Allerdings noch nicht bei den OPS-Kodes für Entfernung, Wechsel und Korrektur (5-378).

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

Die unter 6. beschriebenen Defibrillatoren-Systeme werden durch den bestehenden OPS-Kode für Entfernung, Wechsel und Korrektur (5-378) noch nicht sachgerecht abgebildet. Eine Differenzierung des bestehenden OPS-Kodes erscheint in Hinblick auf die sachgerechte Abbildung der Technologie im DRG-System geboten, da sich ansonsten die mit dieser Technologie einhergehenden Kosten nicht differenziert ermitteln lassen und somit diese neue Technologie im DRG-System nicht abgebildet werden kann. Die Kosten für die unter 6. genannten Defibrillator-Systeme bewegen sich deutlich über den übrigen marktverfügbaren Einkammer-Systemen (vgl. 7d. und 7f.).

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Kosten für die unter 6. dargestellten Defibrillator-Systeme liegen bei ca. 12.000 Euro. Alle übrigen Kosten für die Implantation sind weitestgehend unverändert.

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

Auf Grund der Neuartigkeit dieser Systeme kann zunächst von ca. 400 - 500 Fällen p. a. ausgegangen werden.

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

Für die unter 6. dargestellten Defibrillator-Systeme entstehen im Vergleich zu Einkammer-Defibrillatoren ohne AV-sequentielle Stimulation Mehrkosten für das Implantat in Höhe von ca. 3.500 Euro (durchschnittliche Implantatkosten der DRG F01G lt. G-DRG-Browser 2009_2011:

8.574 Euro). Gegenüber Defibrillatoren mit Zweikammer-Stimulation betragen die Mehrkosten für das Implantat ca. 1.750 Euro (durchschnittliche Implantatkosten der DRG F01F lt. G-DRG-Browser 2008/2010: 10.251 Euro).

Hinsichtlich der Personal- und Sachkosten für die Implantation selbst sind keine signifikanten Kostenunterschiede zu erwarten.

- 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.)

Hinweis ans AQUA da Anpassung der QS-Bögen 09/2, 09/3, 09/5 und 09/6 notwendig.

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