

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-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 *	Deutsche Gesellschaft für Klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation *	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	Ehlebracht
Vorname *	Michael
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@dgkkev.de
Telefon *	+49 (0) 40-555659-20

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)

Die DGKK e. V. steht derzeit in einem intensiven Austausch und einer konstruktiven Diskussion mit der Deutschen Röntgengesellschaft. Eine positive Rückmeldung wird erwartet.

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) *

Rotations- und Fräsatherektomie

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)

Bei der Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) mittels Ballon- und Stent-PTA (perkutane transluminale Angioplastie) wird stenosierendes Material teilweise komprimiert und an die Gefäßwand gedrückt. Das Gefäß wird überdehnt, um ein ausreichendes Lumen zu schaffen. Im Gegensatz hierzu wird bei der Atherektomie Plaquematerial von der Gefäßwand abgeschält.

Für diese Form der Entfernung von Plaquematerial stehen mittlerweile verschiedene Verfahren zur Verfügung (1), die häufig kombiniert werden.

Der direktional schneidende Atherektomie-Katheter kann als eine Weiterentwicklung des Simpsons-Atherektomie-Katheters angesehen werden. Das Karbidschneidemesser wird hierbei durch eine Winklung, welche der Katheter erst einnimmt, wenn das Schneidemesser in Position gebracht wird, gegen die Gefäßwand gepresst. Durch die Miniaturisierung von mechanisch rotierenden Schneidemessern kann überschüssige Gefäßwand und Plaque aus nativen Gefäßen, gestenteten Gefäßen oder Bypassgrafts abgetragen und entfernt werden. Hierfür ist lediglich ein minimal invasiver Zugang unter lokaler Betäubung in der Leiste erforderlich.

Wenn das Plaque sich als sehr hartnäckig erweist und dieses mithilfe des Rotations-Atherektomie-Katheters nicht entfernt werden kann, wird häufig zusätzlich der Fräsatherektomie-Katheter eingesetzt. Dieser Katheter unterscheidet sich von dem Rotations-Atherektomie-Katheter durch eine eigene Fräse, die das Scheideblatt des Rotations-Katheters ersetzt und somit den Kalk nicht schneidet, sondern aufbricht.

Die Rotations- oder Fräsatherektomie kommt vor allem bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit im Bereich der unteren Extremitäten zur Anwendung. Sie ist besonders bei Patienten mit langstreckigen Verschlüssen und bei älteren Patienten, bei denen eine Kontraindikation für systemische- oder Katheterlyse besteht oder bei denen ein gefäßchirurgischer Eingriff aufgrund des belastenden operativen Vorgehens nicht möglich ist, indiziert.

Da die Rotations- und Fräsatherektomie ähnliche Verfahren zur Therapie der pAVK darstellen und sich die Kosten für die Leistungserbringung kaum unterscheiden, wird eine gemeinsame Abbildung im Deutschen DRG-System beantragt.

Zur besseren Abbildung der Rotations- und Fräsatherektomie im Deutschen DRG-System beantragen wir die Anpassung des OPS-Kodes 8-836.p* Rotationsthrombektomie.

Aktuell:

8-836.p* Rotationsthrombektomie

VORSCHLAG:

8-836.p* Rotationsthrombektomie/-atherektomie

Inkl.: Fräsatherektomie

Für den Fall, dass das DIMDI mit diesem Vorschlag nicht überein kommt, beantragen wir alternativ die

Einführung eines neuen OPS-Kodes:
8-836.q* Rotations-und Fräsatherektomie

(1) A. Buecker, P. Minko, A. Massmann and M. Katoh, Perkutane mechanische Atherektomie zur Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Der Radiologe, Volume 50, Number 1, 29-37, DOI: 10.1007/s00117-009-1913-0

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Aktuell wird die Atherektomie unabhängig von den verschiedenen weiter zu differenzierenden Methoden mit dem OPS-Code 8-836.3* (Atherektomie) im DRG-System abgebildet. Eine Differenzierung nach Lokalisation (zum Beispiel 8-836.3b Gefäße Oberschenkel; 8-836.3c Gefäße Unterschenkel) ist ebenfalls möglich. Zusätzliche Angaben können zum Einsatz von Embolieprotektionssystemen gemacht werden.

Da die Verwendung verkleinerten Kathetersysteme jedoch eine völlig neue Behandlungsmethode darstellt und bereits viele klinische Studien eine hohe technische und klinische Erfolgsrate belegt haben (2,3,4), sollte die Rotations- und Fräsatherektomie aufgrund zunehmender Anwendung in der Therapie der pAVK durch einen speziellen OPS-Code im Deutschen DRG-System abbildbar sein.

Die Atherektomie: Gefäße Oberschenkel (8-836.3b) / Gefäße Unterschenkel (8-836.3c) bei zum Beispiel einer Hauptdiagnose der Atherosklerose einer Extremitätenarterie (I70.20) läuft je nach Schweregrad der Atherosklerose zurzeit in die DRGs F54Z (I70.21-I70.23) oder F14B (I70.24).

(2) Kandazari DE, Kiesz RS, Allie D et al (2006):Procedural and clinical outcomes with catheter-based plaque excision limb ischemia. J Endovasc Ther 13:12-22.

(3) Zeller T, Rastan A, Schwarzwald U et al (2004): Long-term results after directional atherectomy of femoro-pop-literal lesions. J Am Coll Cardiol 48: 1573-1578.

(4) Ramaiah V, Gammon R, Kiesz S et al (2006): Midterm outcomes from the TALON registry: treating peripherals with SilverHawk: outcomes collection. JEndovasc Ther: 13:592-603.

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

Dieser Vorschlag ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme von besonderer Relevanz, da die Rotations- oder Fräsatherektomie nur durch die Definition eines spezifischen OPS-Codes zukünftig richtig im deutschen Entgeltsystem abbildbar ist und refinanziert werden kann. Diese Relevanz wird durch die Kostenunterschiede zu bereits bestehenden Methoden sowie durch die derzeitige Ansteuerung mehrerer DRGs mit geringem Sachkostenanteil unterstrichen. Des Weiteren muss für die künftige Kalkulation bei der Behandlung der betroffenen Patienten diese Leistung über einen Zusatzentgelt abgerechnet werden können.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Für die Darstellung von Verfahrenskosten müssen grundsätzlich sowohl die Materialkosten als auch die Kosten für den Prozess der Leistungserstellung berücksichtigt werden.

Die Materialkosten des Rotations-Atherekтомie-Katheters belaufen sich auf 2.975,00 € (Anwendung oberhalb des Knies) – 3.332,00 € (Anwendung unterhalb des Knies) (inkl. MwSt.). Die Materialkosten für den Fräsatherekтомie-Katheter belaufen sich auf 3.332,00 € (inkl. MwSt.).

Die Kosten für den Prozess der medizinischen Leistungserstellung sind mit denen herkömmlicher Verfahren vergleichbar und daher nicht extra darzustellen.

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

Die Atherekтомie an Gefäßen des Oberschenkels (8-836.3b) wurde im Jahr 2009 895 mal und die Atherekтомie an Gefäßen des Unterschenkels (8-836.3c) 173 mal kodiert.

Aufgrund der positiven Studienergebnisse und der Vorteile dieser Therapie der Atherosklerose wird die Anzahl der Patienten, die mit dieser Methode behandelt werden, zukünftig deutlich steigen.

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

Bei der Durchführung einer Atherekтомie mithilfe eines Rotations-Atherekтомie-Katheters entstehen Sachkosten in Höhe von 2.975,00 € (Anwendung oberhalb des Knies) – 3.332,00 € (Anwendung unterhalb des Knies) (inkl. MwSt.). Die Kosten für den Fräsatherekтомie-Katheter belaufen sich auf 3.332,00 € (inkl. MwSt.).

Werden diese Kosten mit den Sachkosten des medizinischen Bedarf der Radiologie, der bislang beispielhaft angesteuerten DRGs F54Z oder F14B aus dem DRG Browser 2009/2011, welche sich auf 408,70 €, bzw. 272,47 € belaufen, verglichen, entstehen bei der Anwendung des Rotations- oder Fräsatherekтомie-Katheters Mehrkosten in Höhe von 2.566,30 € – 3.059,53 € (je nach verwendetem Katheter und Einsatzgebiet).

Durch die hohe primäre und sekundäre Offenheitsrate beim Einsatz des Rotations-Atherekтомie-Katheters, von 53% und 75% nach 18 Monaten, sowie die hohe Extremitätenerhaltungsrate von 92% nach 18 Monaten, ist von einer deutlichen Verlängerung des Zeitintervalls vor einer erneuten Behandlung derselben Erkrankung auszugehen, wie sie häufig bei pAVK-Patienten notwendig ist. An dieser Stelle entstehen für den Kostenträger medizinischer Leistungen finanzielle Vorteile, da mit größeren Behandlungsintervallen zu rechnen ist.(5)

(5) McKinsey JF, Goldstein L, Khan HU et al.(2006): Novel treatment of patients with lower extremity ischemia: use of percutaneous atherectomy in 579 lesions. Ann Surg 248:519-528.

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)

