

## Änderungsvorschlag für den OPS 2013

### 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](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

**Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!**

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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](http://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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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](mailto: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 Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung e. V.  
Offizielles Kürzel der Organisation \* DGK  
Internetadresse der Organisation \* www.dgk.org  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Prof. Dr.  
Name \* Steinbeck  
Vorname \* Gerhard  
Straße \* Klinikum der Universität München  
Medizinische Klinik und Poliklinik I - Großhadern  
Marchioninistraße 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 \* Universitätsklinikum Heidelberg  
Offizielles Kürzel der Organisation \* -  
Internetadresse der Organisation \* www.klinikum.uni-heidelberg.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dr.  
Name \* Frankenstein  
Vorname \* Lutz  
Straße \* Medizinische Klinik III - Kardiologie, Angiologie, Pulmologie  
Im Neuenheimer Feld 410  
PLZ \* 69120  
Ort \* Heidelberg  
E-Mail \* Lutz.Frankenstein@med.uni-heidelberg.de  
Telefon \* 06221-5638895

### 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) \*

Differenzierung der optische Kohärenztomografie (OCT)

**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)

Wir bitten um eine Differenzierung des bestehenden OPS-Kodes für die OCT in Unterscheidung ihres Anwendungsgebietes:

3-300 Optische Kohärenztomographie (OCT)  
3-300.0 Auge  
3-300.1 Koronarien (Intrakardial)  
3-300.2 Haut  
3-300.x Sonstige  
3-300.y N.n.bez.

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

Derzeit ist nicht möglich, über die vorliegende Kodierung eine genaue Aussage darüber zu erhalten, ob bei dem Patienten eine OCT an den Koronarien durchgeführt wurde. Auch die Kombination mit ICD-Kodes lässt eine solche Aussage nicht zu. Zum einen können bei einem Patienten sowohl Erkrankungen am Herzen als auch am Auge bzw. an der Haut vorliegen. Dies umso mehr, da die häufige Kombination aus kardialen und retinalen Gefäßläsionen eine Besonderheit darstellt.

Damit kann der Organ-unspezifische OPS-Kode nicht eindeutig dem Herzen zugeordnet werden. Andererseits kann aber auch durch ein negatives OCT-Untersuchungsergebnis am Herzen eine Kodierung einer Herzerkrankung unterbleiben, was ebenfalls eine Zuordnung der OCT zum Herzen verhindern würde. Aufgrund der erheblichen Kosten (siehe weiter unten) der Untersuchung ist es allerdings unabdingbar, dass diese Leistung künftig eindeutig den entsprechenden Fällen mittels spezifischem OPS zugeordnet werden kann.

Darüber hinaus soll die Akzeptanz bei den Kardiologen erhöht werden, diesen OPS-Kode im stationären Einsatz zu benutzen, auch wenn der Schlüssel aktuell keine Erlösrelevanz aufweist. Bei Kosten von 1.500,- Euro/Anwendung ist eine möglichst vollständige Kodierung im Hinblick auf

die Kalkulation der Kostendaten beim InEK sehr wichtig, und eine Differenzierung nach Lokalisation der OCT würde die Korrektheit und Vollständigkeit der dokumentierten Anwendungen deutlich erhöhen.

Eine Differenzierung nach Anzahl der durchgeführten OCT ist jedoch nicht notwendig, da ein OCT-Katheter für mehrere Messungen innerhalb einer Sitzung angewandt werden kann.

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

Der Gebrauch eines kardialen OCT-Katheters kostet ca. 1.500 Euro / Eingriff an Sachkosten und weist - neben den noch zu addierenden Personalkosten für einen Arzt und eine MTRA - somit erhebliche Kosten pro Fall auf, die jedoch nur bei vorhandenem OPS-Kode korrekt in die Kalkulation des InEK bei der Weiterentwicklung des G-DRG-System einfließen würden.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

1.500,- Euro / benutzten Katheter (gewöhnlich 1 / Eingriff), dazu kommen noch die Personalkosten (Arzt & MTRA im Herzkatheter-Labor) sowie erhebliche Investitionskosten für die Anschaffung des Lichtwellen-Generators und Analyse-Gerätes von mehreren Dutzend Tausend Euro.

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

Ca. 1.000 kardiale Fälle zusätzlich zu den 7.520 Anwendungen in der Dermatologie und Augenheilkunde (stationäre Fälle 2010, Quelle: Destatis)

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

Die OCT ist eine grundlegend neue Methode, die kein anderes Verfahren ablöst sondern additiv hinzukommt. Die entstehenden (Sach-)Kosten von ca. 1.500,- €/ Eingriff entstehen also pro Einsatz bei diagnostischen oder therapeutischen Herzkathetern.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.**

Der Vorschlag hat keine Auswirkungen auf die externe Qualitätssicherung.

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

Natural History of Stent Edge Dissection, Tissue Protrusion and Incomplete Stent Apposition Detectable Only on Optical Coherence Tomography After Stent Implantation.

Kume T, Okura H, Miyamoto Y, Yamada R, Saito K, Tamada T, Koyama T, Neishi Y, Hayashida A, Kawamoto T, Yoshida K.

Circ J. 2012 Jan 18. [Epub ahead of print]

In vivo comparison of arterial lumen dimensions assessed by co-registered three-dimensional (3D) quantitative coronary angiography, intravascular ultrasound and optical coherence tomography.

Tu S, Xu L, Ligthart J, Xu B, Witberg K, Sun Z, Koning G, Reiber JH, Regar E.

Int J Cardiovasc Imaging. 2012 Jan 20. [Epub ahead of print]

IVUS and OCT: either or survivor

Finn AV, Chandrashekar Y, Narula J.

JACC Cardiovasc Imaging. 2011 Sep;4(9):1047-9. No abstract available.