

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. 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-komplexe-frueh-reha-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, 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) 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 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 Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | DGVS e.V. |
| Internetadresse der Organisation * | www.dgvs.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. med. |
| Name * | Lerch |
| Vorname * | Markus M. |
| Straße * | Olivaer Platz 7 |
| PLZ * | 10707 |
| Ort * | Berlin |
| E-Mail * | info@dgvs.de |
| Telefon * | 030 - 3198315000 |

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Organisation * | Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | DGVS e.V. |
| Internetadresse der Organisation * | www.dgvs.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. med. |
| Name * | Lammert |
| Vorname * | Frank |
| Straße * | Kirrberger Str. 100 |
| PLZ * | 66421 |
| Ort * | Homburg |
| E-Mail * | info@dgvs.de |
| Telefon * | 06841 - 1623201 |

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

Der OPS-Antrag wird mit der Deutschen Gesellschaft für Klinisches Kodieren (DGKK) e.V. abgestimmt.

- 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) *

Implantation eines peritoneovesikalen Shunts mit Pumpe zur Aszitesbeförderung

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)

Der peritoneovesikale Shunt mit Aszites-Pumpe ist ein innovatives Implantat, welches der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit (refraktärem) Aszites erheblich dient. Diese neuartige Technologie wurde zur Abführung von überschüssigen Flüssigkeitsmengen im Rahmen der Behandlung von Aszites entwickelt. Es handelt sich um ein vollimplantierbares System, welches langsam und kontinuierlich Flüssigkeitsansammlungen aus dem Abdomen über einen Katheter in die Harnblase befördert. Von dort aus scheidet der Patient die überschüssige Flüssigkeit auf natürlichem Wege aus.

Die Kerntechnologie des Pumpsystems besteht aus sechs Komponenten: einer batteriebetriebene Pumpe, spezieller Peritoneal- und Blasen Katheter, ein externes kabelloses Ladegerät mit Ladestation und kabelloser Computersoftware sowie einer Flusskontrollsoftware (FlowControl).

Die batteriebetriebene Pumpe und der Katheter können unter Allgemein- oder Lokalanästhesie implantiert werden. Die minimal-invasive Prozedur dauert hierbei circa 45 Minuten. Die Pumpe erfordert außer dem Aufladen der Batterie für 20-30 Minuten pro Tag keine weiteren Handgriffe des Patienten. Drucksensoren an der Pumpe verhindern, dass die Pumpe fördert, wenn sich a) keine überschüssige Flüssigkeit im Abdomen befindet oder b) kein Platz mehr für weitere Flüssigkeit in der Blase ist. Mit Hilfe einer Software ermöglicht es die Pumpe dem zuständigen Arzt, sowohl Pumpparameter auf die Bedürfnisse des Patienten anzupassen als auch Daten der Pumpfähigkeit abzurufen, zu analysieren und zu dokumentieren.

Die Pumpe wurde speziell für Patienten entwickelt, die unter refraktärem Aszites leiden. Diese Patienten gelten als refraktär, da entweder eine gängigen Behandlung mit Diuretika in Kombination mit einer Natriumrestriktion bei diesen nur bedingt eine Wirkung zeigt oder diese Komplikationen (z.B. hepatorenales Syndrom) unter der Diuretika-Therapie entwickeln (1) (2). Die Hauptursache für refraktären Aszites ist die dekompensierte Leberzirrhose. Die Pumpe empfiehlt sich folglich für Patienten, die unter refraktären Aszites leiden und die nicht länger mit Hilfe von etablierten Therapieverfahren behandelt werden können. Für diese Patienten stellt dieses neue Verfahren gegenwärtig die einzige Alternative zur wiederholten Parazentese dar.

Gegenwärtig existiert keine vergleichbare Methode der Flüssigkeitsabführung. Im Vergleich zur Standardtherapie (Volumenparazentese) lässt die vollautomatische AT-Pumpe folgende Vorteile erwarten:

- Signifikante Reduktion der Anzahl an notwendigen Parazentesen und folglich auch der Zahl der Krankenhausaufenthalte;
- Keine Kosten für Albumin;
- Reduktion der Einnahme von Diuretika und der damit verbundenen unerwünschten Wirkungen;
- Steigerung des Appetits und damit Verbesserung der Nahrungsaufnahme;
- Verbesserung der Lebensqualität.

Bisherige Studien zu diesem Verfahren bestätigen die Sicherheit und Wirksamkeit der AT-Pumpe bei

Patienten mit refraktärem Aszites nach Leberzirrhose (3) (4).

Damit dieses Verfahren, welches am 31.01.2012 einen NUB-Status 1 erhielt (5), zukünftig richtig im DRG-System abgebildet und refinanziert werden kann, wird die Einführung eines spezifischen OP-Schlüssels für die Implantation der Pumpe zur vollautomatischen Flüssigkeitsbeförderung beantragt. Wir schlagen folglich die Aufnahme des nachfolgenden neuen OPS vor:

5-549.6 Implantation einer vollautomatischen Okklusions-kontrollierenden Mikro-Pumpe zur Therapie des (refraktären) Aszites mit Shunt in die Harnblase

(1) Moore, K. P. et al. (2003): The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. In: Journal of Hepatology, Vol. 38 (1), S. 258-266.

(2) Gerbes, A. L. et al. (2011): S3-Leitlinie 'Aszites, spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom'. In: Zeitschrift für Gastroenterologie, Vol. 49, S. 749-779.

(3) Von Schaewen, M.: Treatment of a 69-year-old patient with refractory ascites due to liver cirrhosis with a new medical device – The ALFapump System. Case report by the Department of Medicine of the Charité Berlin.

(4) Appenrodt, B. / Sauerbruch, T. (2011): A 54-year-old patient with liver cirrhosis and refractory ascites treated with a new technology – the ALFapump System. Case report by the Department of Medicine of the University Hospital Bonn.

(5) Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2012): Aufstellung der Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2012. Abrufbar auf der InEK-Homepage.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Derzeit existiert kein spezifischer OPS mit dem die Implantation einer Aszites-Pumpe zur vollautomatischen Flüssigkeitsbeförderung verschlüsselt werden kann. Der vorgeschlagene OPS ist notwendig, um zukünftig eine eindeutige Abrechnung des Verfahrens sowie eine retrospektive Analyse des Verfahrens gewährleisten zu können.

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

Dieser Vorschlag ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme von besonderer Relevanz, da die Behandlung mit einer Aszites-Pumpe nur durch die Definition eines spezifischen OPS zukünftig richtig im deutschen Entgeltsystem abbildbar ist. Diese Relevanz wird durch die Kostenunterschiede zu bereits bestehenden Methoden unterstrichen. Des Weiteren muss für die zukünftige Kalkulation bei der Behandlung der betroffenen Patienten diese Leistung über ein 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.

Nach Herstellerangaben beträgt der aktuelle Listenpreis 24.075,00 EUR (inkl. der gesetzlichen MwSt.). Die Kosten für den Prozess der medizinischen Leistungserstellung sind mit denen existierender Verfahren vergleichbar und daher nicht getrennt darzustellen.

Darüber hinaus soll das Verfahren zukünftig über ein (bepreistes) Zusatzentgelt abgerechnet werden. Eine entsprechende Antragstellung wird erfolgen.

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

Die AT-Pumpe wurde bereits 19 Patienten in Deutschland im Rahmen von klinischen Studien implantiert.

Die Fallzahl der im stationären Bereich von refraktärem Aszites betroffenen Patienten ist schwierig zu ermitteln. Datenanalysen des Herstellers sowie einer marktführenden gesetzlichen Krankenkasse gehen gegenwärtig von rund 19.000 Patienten aus, die von Aszites betroffen sind. Schätzungen zu Folge leiden hiervon 5-10% der Patienten an refraktärem Aszites.

Für den Zeitraum von 2011 bis 2012 ist zu erwarten, dass voraussichtlich 15-20 Patienten pro Leberzentrum und Jahr mit der Aszites-Pumpe behandelt werden.

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

Aufgrund eines derzeit fehlenden spezifischen OPS für die Implantation der Pumpe setzen sich die Gesamtkosten für deren Einsatz zur Behandlung von refraktärem Aszites aus dem Erlös der 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') in Höhe von 3.503,24 EUR (6) und den Implantationskosten in Höhe von 24.075,00 EUR zusammen. In Summe ergeben sich gegenwärtig für die Implantation der Pumpe kalkulierte Kosten in Höhe von ca. 27.578,24 EUR (inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer).

(6) Vgl. DRG-Browser Hauptabteilungen, Version 2011: Der DRG-Erlös ergibt sich aus dem Produkt aus dem Basisfallwert von 2.963,82 EUR und dem Relativgewicht von 1,182.

- 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.

Entfällt.

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

Wir stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.