

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-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, 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 Klinisches Kodieren e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGKK e. V.
Internetadresse der Organisation * www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Ehlebracht
Vorname * Michael
Straße * Krähenweg 30
PLZ * 22459
Ort * Hamburg
E-Mail * info@dgkkev.de
Telefon * 040 - 55565920

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutsche Röntgengesellschaft e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DRG e. V.
Internetadresse der Organisation * www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Prof. Dr. med
Name * Vorwerk
Vorname * Dierk
Straße * Ernst-Reuter-Platz 10
PLZ * 10587
Ort * Berlin
E-Mail * office@drg.de
Telefon * 030 - 9160700

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

Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) 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) *

Stentretreiver für die intrakranielle Thrombektomie

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)

Mit der Entwicklung neuer Techniken und verschiedener Geräte können heute zur Behandlung des Hirninfarktes über die Leistenarterie die verschlossenen Gefäße im Kopf mit Mikro-Kathetern erreicht und somit ein Thrombus entfernt werden. Seit dem Jahr 2006 stehen diese Mikroinstrumente zur Entfernung von Blutgerinnseln aus Hirngefäßen zur Verfügung. Diese Technik wird als Thrombektomie mit Mikrodrahtretrievern bezeichnet, die unter Zuhilfenahme eines speziellen Aspirationskatheters und einer Vakuumpumpe zum Einsatz kommt. Zudem werden bei diesem Verfahren systembedingt häufig mehrere Mikrodrahtretriever mit unterschiedlichen Arbeitsdurchmessern benötigt.

Neu ist der seit dem Jahr 2008 zur Anwendung kommende Stentretreiver zur Thrombektomie.

Der Stentretreiver wird mit einem Stent zur mechanischen Thrombektomie bei Schlaganfall-Patienten mit akutem intrakraniellen Gefäßverschluss eingesetzt. Mit der Entwicklung dieser neuer Methode können die verschlossenen Gefäße im Kopf mit winzigen Kathetern erreicht und somit ein Thrombus über die Leistenarterie entfernt werden. Das Ziel dieser Methode besteht in der schnellen Rekanalisation des betroffenen Gefäßes.

Wie bei allen katheterbasierten Verfahren muss zunächst ein Führungsdraht und nachfolgend ein Katheter in die verschlossene Arterie platziert werden. Dazu wird nach Punktion zumeist der Arteria femoralis ein Katheter durch die Bauch-, Brust- und Halsschlagader bis in das Schädelinnere vorgeführt. Bei der Behandlung mit dem Stentretreiver wird das Gerinnsel mittels Mikrokatheter in der gesamten Länge vom zusammengefalteten Stent durchbohrt. Anschließend wird der Stent für 1-2 min im Thrombus expandiert. Dies führt zu einer sofortigen Rekanalisation. Schließlich werden alle Elemente unter Negativdruck zurückgezogen. Bei einigen Systemen bietet sich auch die Möglichkeit den Stent im Gefäß zu belassen. Dadurch kann verbliebenes Thrombenmaterial an die Gefäßwand gedrückt oder Stenosen beseitigt werden.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Sicherheit und Wirksamkeit des Stentretreiver bei Schlaganfall-Patienten mit akutem intrakraniellen Gefäßverschluss wurden unter anderem im Rahmen von zwei Machbarkeitsstudien im Jahr 2010 untersucht. In der Studie von Jahan (2010) konnte eine erfolgreiche Rekanalisation von 100% aufgezeigt werden. In der Studie von Castano et al. 2010 (2) konnte mit dem Stentretreiver eine erfolgreiche Gefäßwiederöffnung von 90% nach zerebraler Ischämie Grad 2b oder 3 innerhalb von 50 Minuten (vom Legen der Katheterschleuse bis zur Rekanalisation) aufgezeigt werden.

Neben der PROACT II Studie (1999), in der eine Rekanalisationsrate von 66% erreicht wurde, konnte die Effizienz des mechanischen Ansatzes in mehreren Studien dargelegt werden. Diese Studien haben gezeigt, dass der mechanische Ansatz alleine oder in Kombination mit einer Thrombolyse die Rekanalisationsrate verbessern konnte (3-5).

Die klinische Erfolgsrate für eine vollständige Rekanalisation liegt bei einer monozentrischen Studie im Universitätsklinikum Heidelberg bei 88,8%. Bestätigt wurde das Ergebnis in der 2011 publizierten Studie des Universitätsklinikums in Israel (6) sowie in der aktuell abgeschlossenen SWIFT-Studie (7).

Im Vergleich zu anderen Verfahren ist zudem bei der stentgestützten Thrombektomie mit dem Stentretreiver die benötigte Zeit zwischen dem Legen der Katheterschleuse und der Thrombektomie kürzer, die Rekanalisierungsrate höher und die Rate der peri- und postinterventionellen intrazerebralen

Blutungen geringer.

Damit dieses Verfahren zukünftig richtig im deutschen DRG-System abgebildet und refinanziert werden kann, wird hiermit ein spezifischer OPS-Kode beantragt. Parallel zu diesem Antrag wird ein Antrag auf Zusatzentgelt beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gestellt.

8-83b Zusatzinformationen zu Materialien

8-83b.h Verwendung eines Stentretreivers zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung

8-83b.h1 1 Stentretreiver-System

8-83b.h2 2 Stentretreiver-Systeme

8-83b.h3 3 oder mehr Stentretreiver-Systeme

(1) Loh Y, Jahan R, McArthur DL, Shi ZS, Gonzalez NR, Duckwiler GR, et al. Recanalization rates decrease with increasing thrombectomy attempts. AJNR AmJ Neuroradiol. 2010;31:935-9.

(2) Castano C, Dorado L, Guerrero C, Millan M, Gomis M, Perez de la Ossa N, et al. Mechanical thrombectomy with the Solitaire AB device in large artery occlusions of the anterior circulation: a pilot study. Stroke. 2010 Aug;41(8):1836-40.

(3) Furlan A, Higashida R, Wechsler L, Gent M, Rowley H, Kase C, et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomized controlled trial. Prollyse in Acute Cerebral Thromboembolism. Jama. 1999 Dec 1;282(21):2003-11.

(4) C. Venker, C.P. Stracke, W. Kurre, P. Berlit, R. Diehl, U. Sorgenfrei, M. Krämer, R. Chapot (Essen) (2010): Zügige und komplikationsarme mechanische Thrombektomie bei proximalen Gefäßverschlüssen durch Verwendung eines rückführbaren Stenssystems. Neurowoche 2010: Arbeitsgemeinschaft Klinische Neurowissenschaften. Mannheim.

(5) Fields JD, Lindsay K, Liu KC, Nesbit GM, Lutsep HL. Mechanical thrombectomy for the treatment of acute ischemic stroke. Expert Rev. Cardiovasc Ther. 2011 Apr;8(4):581-92.

(6) José E Cohen, John M Gomori, Ronen R Leker, Roni Eichel, David Arkadir and Eyal Itshayek. Preliminary experience with the use of self-expanding stent as a thrombectomy device in ischemic stroke. Neurol Res 33(4):439-43 (2011) PMID 21535945.

(7) Dr. Jeffrey Saver et al: SWIFT, UCLA Stroke Center, David Geffen School of Medicine University of California, Los Angeles. 03.02.2012.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Es existiert kein spezifischer OP-Schlüssel mit dem die Verwendung eines Stentretreivers verschlüsselt werden kann. Derzeit wird der Einsatz eines stentbasierten Mikrodrahtretreivers mit dem OPS 8.83b.80 ('Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung') in Kombination mit dem OP-Schlüssel 8-836.80 ('Thrombektomie') im deutschen DRG-System abgebildet.

Die hohen und überproportional steigenden Fallzahlen (2009 / 2010 (8)) der durchgeführten intrakraniellen Thrombektomien (OPS 8-836.80 im Jahr 2009: 766 Mal kodiert, im Jahr 2010: 1.662 Mal kodiert) und der zur Anwendung gekommenen Mikrodrahtretreiver (8-83b.80 im Jahr 2009: 806 Mal kodiert, im Jahr 2010: 1.417 Mal kodiert) unterstreichen die Bedeutung dieser Behandlungsmethode ebenfalls. Aufgrund zunehmender Anwendung des Stentretreivers in der Therapie des Hirninfarktes sollte diese Methode durch einen speziellen OPS-Kode im deutschen DRG-System zukünftig abbildbar sein.

(8) Statistisches Bundesamt: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2009 und 2010.

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 einem Stentretreiver nur durch die Definition eines spezifischen OPS-Kodes zukünftig richtig im deutschen Entgeltsystem abbildbar ist und refinanziert werden kann. 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 einen Zusatzentgelt abgerechnet werden können.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Kosten für den Eingriff werden durch die DRG B20B ('Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose') abgedeckt. Diese spiegelt den durchschnittlichen medizinischen Aufwand sowie Sachkostenaufwand wider.

Es ergibt sich ein DRG-Erlös von 8.944,80 EUR bei einem Relativgewicht von 3,018 und einem Basisfallwert von 2.963,82 EUR. Laut G-DRG Browser 2011 enthält die DRG B20B Sachkosten für übrigen medizinischen Bedarf in der Radiologie in Höhe von 99,50 EUR.

Die in der DRG enthaltenen Sachkosten und das vorgeschlagene Zusatzentgelt decken die Materialkosten für den stentbasierten Mikrodrahtretreivers nicht. Ein aktueller Listenpreis für Stentretreiver beträgt laut Herstellerangaben ca. 4.640,00 EUR (inkl. gesetzlicher MwSt. von 19%).

Die geschätzte Gesamtkalkulation für die Kosten einer Behandlung mit dem Stentretreiver bei Schlaganfall setzt sich aus dem Erlös der DRG B20B in Höhe von 8.944,80 EUR (Vgl. DRG-Browser Version 2011, Hauptabteilung) und den Materialkosten in Höhe von 4.640,00 EUR abzüglich der in der DRG enthaltenen Sachkosten für Radiologie in Höhe von 99,50 EUR sowie abzüglich des Zusatzentgeltes von 1.736,00 EUR bei Verwendung von einem Stentretreiver zusammen. In Summe ergeben sich für die Behandlung mit dem Stentretreiver kalkulierte Kosten in Höhe von ca. 11.750,30 EUR (inkl. gesetzlicher MwSt.).

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

Im Jahr 2009 wurde die Thrombektomie (OPS 8-836.80) in intrakraniellen Gefäßen 766 Mal und die Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems (OPS 8-83b.80) 806 Mal kodiert, im Jahr 2010 wurde Thrombektomie (OPS 8-836.80) in intrakraniellen Gefäßen 1.662 Mal und die Verwendung eines Mikro-drahtretreiver-Systems (OPS 8-83b.80) 1.417 Mal kodiert (9).

Nach Expertenaussagen wird die Methode gegenwärtig in ca. 70 Zentren bei ca. 3.000 Fällen angewandt. Aufgrund der positiven Studienergebnisse und der Vorteile in der Therapie der des Hirninfarktes wird die Anzahl der Patienten, die mit dem Stentretreiver behandelt werden, zukünftig weiter steigen.

(9) Statistisches Bundesamt: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2009 und 2010.

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

Der Einsatz eines Mikrodrahtretrieversystem wird bisher über das Zusatzentgelt ZE133.0* in Höhe von 1.736,12 EUR für einen Mikrodrahtretriever, in Höhe von 3.472,24 EUR für zwei Mikrodrahtretrievern und in Höhe von 5.208,36 EUR für drei Mikrodrahtretrievern abgebildet. Für den Einsatz eines Stentretrievers entstehen somit Mehrkosten in Höhe von 2.904,88 EUR. In der Regel ist nur ein Stentretriever notwendig.

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)

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.