

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. ß und 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 * Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardstr. 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * 030/246255-26

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Medtronic GmbH Deutschland
Offizielles Kürzel der Organisation * MDT
Internetadresse der Organisation * www.medtronic.com
Anrede (inkl. Titel) * Herr. Dr. med.
Name * Klesius
Vorname * Armin Alexander
Straße * Earl-Bakken-Platz 1
PLZ * 40670
Ort * Meerbusch
E-Mail * armin.klesius@medtronic.com
Telefon * 02159/8149108

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

Prof. Dr. Bernd Lemke Chefarzt der Klinik für Kardiologie & Angiologie Klinikum Lüdenscheid

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 3 - Kammer - ICD mit Funktion zur Optimierung der Resynchronisation

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)

Hintergrund des Antrags ist eine jetzt verfügbare Technologie zur Optimierung der Resynchronisationstherapie mittels 3 Kammer Defibrillatoren mit der Zielsetzung der einr höheren Ansprechrates und damit verbundener Reduktion von Folgehospitalisierungen von Patienten mit Herzinsuffizienz. Diese Technologie ist derzeit noch nicht differenziert im System über einen entsprechenden OPS - Code dargestellt, was mit der hier eingereichten Antragstellung erfolgen soll. Im folgenden wird das Prinzip der zugrunde gelegten Technologie beschrieben:

AdaptivCRT ist ein neuer Ansatz der CRT-Therapie. Ein dynamischer und physiologischer Stimulationsalgorithmus. CRT wird neu definiert: anstatt beide Kammer durchgehend starr zu stimulieren, wird bei AdaptivCRT die intrinsische Erregung gefördert. Priorität hat eine RV-synchronisierte LV-Stimulation. Dabei wird der Stimulus im linken Ventrikel zeitlich auf die intrinsische rechtsventrikulären Herzaktivität abgestimmt, um eine physiologischere Stimulation zu erreichen. AdaptivCRT optimiert jede Minute die CRT-Parameter für den Patienten und steigert so die CRT-Therapie-Effektivität.

Es gibt zwei neue Stimulationsmethoden: Adaptive LV-Stimulation und Adaptive BiV-Stimulation.

AdaptivLV-Stimulation kommt zum Einsatz, wenn der Patient eine normale intrinsische AV-Überleitung hat. Adaptive LV-Stimulation berücksichtigt die intrinsische Erregungsleitung des Patienten. Der linke Ventrikel wird früher, zu einem genau bestimmten Zeitpunkt stimuliert, um auf die intrinsische Aktivität des rechten Ventrikels zu synchronisieren (RV synchronisiertes LV-pacing). Durch optimale Zeitgebungsverhältnisse von Füllungs- und Pumpzeiten wird die Leistung des Herzens maximiert.

AdaptivBiV-Stimulation optimiert die AV/VV-Zeit basierend auf den Veränderungen der Aktivität des Patienten und seiner intrinsischen Überleitungszeit. Die AV-Zeit-Optimierung erfolgt automatisch jede Minute im Gerät. Hier wird also biventrikulär stimuliert, aber mit permanent patientenoptimierter AV- und VV-Zeit.

Die Grundlagen zur Berechnung des Algorithmus stammen u.a. aus Doppler-Studien und Fusions-Studien mit RV-synchronisierten LV-Stimulation und akuten Druck-Messungen.

Im Unterschied zum Doppler erfolgt die Messung der geeignetsten Stimulation aber jede Minute, angepasst an die jeweiligen Patientenbedürfnisse.

Benefit:

Durch die Förderung der intrinsischen Erregung und die permanente patientenindividuelle Optimierung erhöht sich die CRT-Responder-Rate. Die eingesparte Stimulationsenergie wirkt sich positiv auf die Laufzeit der Geräte aus.

In der Systematik der OPS _ Katalogs würde die Aufnahme dieses Codes unter der Bezeichnung

5-377.f4 mit zusätzlicher Funktion zur Optimierung der Resynchronisation sinnvoll erscheinen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die in der DRG F01C und F01A zum Einsatz kommenden Geräte werden derzeit kostentechnisch nicht differenziert. Hierdurch besteht für die Kliniken ein Fehlsteuerungsanreiz durch Verwendung einfacherer Geräte einen höheren Decksbeitrag zu erzielen. Durch spezifische OPS - Code Differenzierung, lassen sich Kostenunterschiede verschiedener Therapieoptionen im System belastbar darstellen. Somit lässt sich gezielt eine qualitativ höherwertige Patientversorgung mit der Reduktion von Folgekosten für das System gezielt ansteuern und damit sicherstellen, dass dem Patienten nicht aus monetären Erwägungen ein seiner pathophysiologischen Grundsituation nicht angemessenes Gerät implantiert wird. Die Reduktion von Folgehospitalisierung durch eine verbesserte Ansprechrate der Resynchronisationssysteme stellt eine systemrelevante Weiterentwicklung der Therapieform dar. Derzeit lässt sich der hierdurch initial verursachte Kostenunterschied im System nicht transparent machen. Der hier unterbereitete Vorschlag zielt darauf ab, eine dauerhaft eindeutige und belastbare Kostenzuordnung der Therapie zu ermöglichen.

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

Höherwertige 3 Kammerdefibrillatoren, die einen höheren Therapieerfolg herbeiführen und damit zukünftige Rehospitalisierungskosten reduzieren sind neuerdings verfügbar und kommen in der stationären Versorgung ab sofort routinemäßig zum Einsatz. Diese Systeme haben einen höheren Anschaffungspreis, der durch die aktuelle Vergütung im System nicht abgebildet ist. Durch den beantragten OPS - Code lassen sich die hierdurch verursachten Kosten im Vergleich zum Standard-Gerät darstellen. Somit kann das INeK in der Lage, diesen Kostenunterschied im System belastbar nachzuvollziehen und hierauf basierend, ein Zusatzentgelt installieren, so dass die höheren Implantatekosten für den Leistungserbringer kompensiert werden können. Hierdurch wird sichergestellt, dass nicht durch ungenügende Gegenfinanzierung Krankenhäuser diese Therapie bei geeigneten Patienten aus monetären Gründen dem Patienten vorenthalten. Damit wäre gleichzeitig eine sachgerechte Möglichkeit zur diffusionsgerichteten Steuerung auf der Grundlage der OPS-Differenzierung dieses Antrages in der Menge und des Gewichts dieses Finanzierungselements durch die Kostenträger in den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern gegeben.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten - DRG F01C zuzüglich der höheren Kosten für das Device von ca. 4000 Euro (diese Systeme enthalten zusätzlich die Funktion der Lungenwassermessung)

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

Markteinführung war im November 2012 - von daher gibt es derzeit noch keine validen Zahlen.

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

ca. 4000 Euro

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.)

nicht relevant

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