

Änderungsvorschlag für den OPS 2015

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-komplekkodefruehreha-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 Kardiologie (Sprecher der AG 10 Herzinsuffizienz)
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGK
Internetadresse der Organisation *	www.dgk.org
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Tschöpe
Vorname *	Carsten
Straße *	Hindenburgdamm 30
PLZ *	12203
Ort *	Berlin
E-Mail *	carsten.tschoepe@charite.de
Telefon *	030 8445-4781

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)

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) Präsident Prof. Dr. Cremer
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Präsident Prof. Dr. Hamm

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) *

Intramyokardiale Injektion von Alginat-Hydrogel

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 schlagen die Neuaufnahme der folgenden Ziffer vor:

5-374.9 Intramyokardiale Injektion von Alginat-Hydrogel im Kapitel 5-374 'Rekonstruktion des Herzen und Perikards' zzgl. dem Inklusiva 'Das Verfahren sollte zzgl. mit dem Code 5-370.1 Perikardiotomie verschlüsselt werden.

Alternative Verortung der oben genannten Ziffer:

In dem oben genannten Kapitel wird heute als Inklusiva angegeben, dass eine Herz-Lungenmaschine im Code beinhaltet ist. Für dieses hier vorgeschlagene Verfahren ist jedoch eine HLMaschine nicht notwendig. Wir überlassen die finale Positionierung dieses Codes dem DIMDI und schlagen folgende zwei, nachrangige Alternativen vor:

5-379.d im Kapitel 5-379 'Andere Operationen an Herz und Perikard'.

5-37a.1 im Kapitel 5-37a 'Minimalinvasive Rekonstruktion des Perikards und des Herzens'

Begründung für das Inklusiva: Nach aktueller Durchsicht, sind keine spezifischen Codes für den hier anzuwendenden minimalinvasiven Zugang (laterale Thorakotomie) ersichtlich gewesen. Da in ferner Zukunft davon auszugehen ist, dass dieses Stand alone Verfahren auch in Kombination mit anderen herzchirurgischen Maßnahmen eingesetzt werden kann, sollte dieser hier vorgeschlagene Code alleinig die Injektion des Produktes abbilden.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

- Zu betrachtende Patientengruppe:

Patienten mit symptomatischer, fortgeschrittener Herzinsuffizienz, welche nicht suffizient auf eine medikamentöse Therapie ansprechen. Ferner alle Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie und reduzierter EF. Im Allgemeinen können diese Patienten den NYHA Klassen III bzw. IV zugeordnet werden.

- Therapeutisches Ziel:

Durch die Injektion von Alginat-Hydrogel in den Herzmuskel wird die Herzwandspannung gesenkt und zugleich die Kontraktilität des Herzmuskels und die Sauerstoffaufnahme verbessert. Diese geringere Herzkammerbelastung geht einher mit einer deutlichen kardiomechanischen Verbesserung und konsekutiver Verbesserung der Lebensqualität.

- Anwendungsbeschreibung des hier vorgeschlagenen Verfahrens:

- Mittels lateraler Thorakotomie erfolgt intraoperativ der Zugang zum Myokard. Die Intervention erfolgt am schlagenden Herzen.
- Im definierten Abstand werden ca. 12-18 Injektionen ins Myokard injiziert.
- Das Verfahren ist minimalinvasiv und kommt mit ~ 60min Schnitt Nahtzeit und nachfolgender 1-2 tägigen post-operativer Überwachung und einer mVwD von ~7 Tagen aus.
- Ein Hersteller (LoneStar Heart aus den USA) wird das Produkt (Algisyl ®) in 2015 auf den Markt bringen. Eine CE-Zertifizierung wurde beantragt und ist für März/April 2014 erwartet.

- Studienlage

Im Rahmen der ersten randomisierten Studie wurde im November 2013 ein Zwischenergebnis veröffentlicht und dabei sowohl die sichere Anwendung bestätigt, als auch mit entsprechender statistischer Signifikanz die Wirksamkeiten gezeigt (Verbesserung im 6min Gehstest, der NYHA-Klasse, der Lebensqualität). Die Endergebnisse der AUGMENT-HF Studie (Multicenter, randomisiert, 2 Arm, n=76) werden 11/2014 erwartet.

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

- Eine adäquate Ziffer zur Abbildung des Verfahrens ist nicht vorhanden:

Zur Auswahl steht der Code 5-374.5 'Plastische Rekonstruktion des Myokards mit Implantat', der jedoch im klinischen Alltag sehr sporadisch und sehr heterogen verwendet wird. Darüber hinaus passt dieser Code auch deswegen nicht, da dieser in eine DRG mündet, welche eine Herz-Lungen-Maschine erfordert.

Als schlussendliche Alternative wäre 5-374.x 'Rekonstruktion des Perikards und des Herzens: Sonstige' denkbar, der jedoch zu unspezifisch ist und daher den Kodierrichtlinien nicht entspricht.

- Eine adäquate Vergütung ist mit den gegebenen Ziffern nicht erreichbar:

Das aktuell vorliegende System erlaubt keine ausreichende Vergütung bzw. sachgerechte Abbildung.

- Ein NUB Antrag wird in 10/2014 für 2015 beantragt.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input checked="" type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

1) Die Kosten der stationären Versorgung (OP, Intensiv, Normalstation) für ~7 Tage mVWD könnte mit dem OPs 5-370.1 Perikardiotomie, erzielt werden. Im Ergebnis resultiert daraus die DRG F09C Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC (~7.000€).

2) Die Kosten der myokardialen Injektion, begründet durch die Sachkosten des Produkts, können aktuell mit ~20.000€ angenommen werden.

In Summe belaufen sich daher die Gesamtkosten nach aktueller Schätzung auf ~27.000€.

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

Für 2015 rechnen wir mit ~50 Patienten. Im Falle eines positiven NUB-Bescheides in 2015 kann dieser Wert entsprechend höher ausfallen.

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

Das hier vorgeschlagene Verfahren konkurriert indirekt mit den folgenden zwei Verfahren

- Vergleichendes Verfahren 1: CRT(-D)

Für ein Zweikammersystem werden im DRG-System je Neuimplantation ~5-8.000€ ohne Defibrillator bzw. mit Defibrillator ~15.000€ veranschlagt. Die DRGs streuen über eine große Anzahl an DRGs mit bis zu 25.000€ Kosten.

- Vergleichendes Verfahren 2: LVAD

Herzunterstützende Systeme können für die Implantation insb. bei intrakorporalen Systemen bis zu 150T€ kosten. Die regelhafte Nachsorge und technische Betreuung ist dabei noch nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus ist ebenso eine Herztransplantation für das hier betrachtete Patientenkollektiv denkbar.

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.

Aus Sicht der Fachgesellschaft hat das Verfahren aktuell keine Implikation bzw. Anpassungsbedarf auf die Qualitätssicherungsverfahren von www.aqua.de bzw. www.sqg.de.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)