

Änderungsvorschlag für den OPS 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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 der ICD-10-GM zu.

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.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Asklepios Klinik St. Georg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Tilz
Vorname *	Roland
Straße *	Lohmühlenstraße 5
PLZ *	20099
Ort *	Hamburg
E-Mail *	r.tilz@asklepios.com
Telefon *	040 - 1818854412

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden) *
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden) *
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 Kardiologie (DGK)

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Änderungen von Klassentiteln 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)

Einführung einer neuen Schlüsselnummer:

8-837.r Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur

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

Vorhofflimmern (VHF; ICD-10-GM: I48.-) ist die häufigste Herzrhythmusstörung und ca. 20-30% aller Schlaganfälle sind durch VHF bedingt. Da über 90% aller Thromben bei nichtvalvulärem VHF im linken Vorhofohr (LAA, left atrial appendage) entstehen, ist der Vorhofohrverschluss eine wichtige Therapieoption insbesondere für die bis zu 20% VHF-Patienten, die z.B. wegen erhöhtem Blutungsrisiko keine orale Antikoagulation erhalten können.

Die chirurgische Ausschaltung des linken Vorhofohrs vom Blutkreislauf ist in der Herzchirurgie ein bereits lange angewendetes Konzept. Der perkutane Verschluss des LAA durch transperikardiale Ligatur stellt jedoch eine neue, minimal-invasive Behandlungsmethode dar, die für Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern (ICD-10-GM: I48.-), bei hohem Schlaganfallrisiko (hoher CHA2DS2-Vasc-Score) oder Vorliegen von Kontraindikationen oder Intoleranz für eine orale Antikoagulation in Betracht kommt.

Das CE-zertifizierte LARIAT®-System (SentreHEART®, Inc., Redwood City, USA) ermöglicht erstmals einen schlingen-basierten Verschluss des Vorhofohrs von epikardial, ohne dass ein Fremdkörper im Herzen zurück bleibt. Es verwendet eine Kombination von transseptaler Platzierung, einem temporären Okklusionsballon im LAA und zwei Magnet-bestückten Führungsdrähten, die in das LAA und den Herzraum eingeführt werden. Vor der Intervention erfolgen - zum

Ausschluss von Vorhoffthromben und zur Darstellung und Vermessung der Vorhofohr-Anatomie - zunächst eine transösophageale Echokardiographie (TEE) und eine Angiographie. Anschließend wird ein Führungsdraht mit einem Magneten im LAA plaziert und ein Okklusionsballon wird über die Zuführschleuse in das LAA vorgeschoben und entfaltet. Die Position des Ballons und die fluoroskopische und echokardiographische Bildgebung erlauben die exakte Position zu bestimmen, an der der LARIAT-Faden abbinden muss, um eine komplette Ausschaltung des Vorhofohres zu gewährleisten. Die Ligatur des LAA mithilfe der Schlinge erfolgt mit dem LARIAT Verschlussystem (Suture Delivery Device).

In einer klinischen Studie von Bartus et al. (2013) zeigte sich, dass der Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur ein sicheres und komplikationsarmes Verfahren darstellt, das bei 82 von 85 (96%) Patienten erfolgreich durchgeführt werden konnte. Die weitere Beobachtung zeigte eine hohe längerfristige Erfolgsrate bei geringen intra- und peri-operativen Komplikationen.

Bisher in Deutschland kommerziell verfügbare interventionelle LAA-Verschlussysteme wie WATCHMAN (Boston Scinetific) oder AMPLATZER Cardiac Plug (ACP, St. Jude Medical) werden im OPS-Katalog bereits über die Ziffer 8-837.s ('Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr') beschrieben. Das LARIAT-Verfahren zeichnet sich im Vergleich mit diesen Methoden jedoch gerade dadurch aus, dass kein Implantat im Herzen zurückgelassen wird. Um diesen neuen Ansatz eines interventionellen Vorhofohrverschlusses durch transperikardiale Ligatur sowohl von dem chirurgischen (OPS 5-379.1) als auch von den Implantat-basierten interventionellen Verfahren (OPS 8-837.s) unterscheiden zu können, halten wir eine eigene OPS-Ziffer für geboten.

Literatur:

Bartus K, Han FT, Bednarek J, et al. Percutaneous left atrial appendage suture ligation using the Lariat device in patients with atrial fibrillation: Initial clinical experience. J Am Coll Cardiol. 2013; 62(2):108-118.

Massumi A, Chelu MG, Nazeri A et al. Initial Experience With a Novel Percutaneous Left Atrial Appendage Exclusion Device in Patients With Atrial Fibrillation, Increased Stroke Risk, and Contraindications to Anticoagulation. Am J Cardiol 2013 [Epub ahead of print].

Gafoor, S., Franke, J., Bertog, S., Boehm, P., Heuer, L., Gonzaga, M., Bauer, J., Braut, A., Lam, S., Vaskelyte, L., Hofmann, I. and Sievert, H. (2013), Left atrial appendage occlusion in octogenarians. Cathet. Cardiovasc. Intervent.. doi: 10.1002/ccd.25297

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

Die neue Schlüsselnummer ist notwendig, um den Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur abbilden und ihn von den Implantat-basierten Verfahren unterscheiden zu können. Ein eigener OPS-Code ist die Voraussetzung dafür, die Kosten des neuen Verfahrens identifizieren und diese adäquat im G-DRG-System vergüten zu können.

c. Verbreitung des Verfahrens

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Behandlungskosten eines Verschlusses des Vorhofohrs durch transperikardiale Ligatur setzen sich aus den Kosten für das LARIAT-System sowie aus peri- und postinterventionellen Personal- und Materialkosten zusammen.

Das LARIAT-System kostet laut Listenpreis des Herstellers SentreHEART 5.880 €. Bei einem

geschätzten durchschnittlichen Bedarf von 1.5 Okkludern pro Behandlungsfall entstehen Kosten für Verbrauchsmaterial in Höhe von etwa 7.056 €.

Zusätzlich gehen wir von weiteren Behandlungskosten in Höhe von etwa 4.416 € aus, basierend auf den folgenden Annahmen:

- Dauer der OP-Prozedur: 120 Minuten
- OP-Personal: 3 Ärzte und 3 OP-Schwestern
- Dauer Intensivstation & Aufwachraum: 36 Stunden
- KH-Verweildauer: 3 Tage

Insgesamt ergeben sich für einen Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur somit Behandlungskosten in der Höhe von etwa 11.472 €.

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

n den USA: seit 2012 > 2000 Behandlungen an > 40 Zentren

In Deutschland: bisher > 10 Behandlungsfälle an zwei Zentren. Es dürfte in näherer Zukunft mit einem Potential von etwa 400 Behandlungsfällen pro Jahr (20% der interventionellen Vorhofohrverschlüssen) zu rechnen sein.

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

Der chirurgische Verschluss des LAA (OPS 5-379.1) wird im Rahmen der F09C (RG: 2.234) in 2014 mit etwa 7.050 € vergütet (Basisfallwert: 3.156,82 €).

Eine Verschlüsselung mit dem unspezifischen OPS 8-837.x ('Sonstige perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen') führt in 2014 in die F58B (RG: 0.925) und zu einer Vergütung von etwa 2.920 €

Die Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr (OPS 8-837.s) führt in die F95A (RG: 3.063) und einer Vergütung von etwa 9.670 €.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)