

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):
ops-kurzbezeichnungsinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungsinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: ops-komplexe-fruehreha-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 des OPS 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 *	Universitätsklinikum des Saarlandes
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	UKS
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	http://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken_institute/radiologie/radiodiagnostik
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Bücker
Vorname *	Arno
Straße *	Kirrbergerstr.
PLZ *	66421
Ort *	Homburg
E-Mail *	arno.buecker@uks.eu
Telefon *	06841 1624600

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)

DeGIR (Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie)

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) *

Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Radiofrequenz-Energie

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)

Die chirurgischen Verfahren für den Bereich AV Shunt / Fistel werden über die OPS-Ziffern 5-392 beschrieben. Die endovaskuläre Anlage eines AV Shunt / Fistel ist nicht im OPS-Katalog aufgeführt. Da es sich um ein nicht-chirurgisches Katheterverfahren handelt, müsste sich dieses Verfahren bei 8-83... einordnen:

Endovaskuläre Anlage einer AV Fistel mittels magnetgeführter Radiofrequenzenergie

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Eine AV-Fistel (AV Shunt) ist eine operativ hergestellte Verbindung zwischen Arterie und Vene und die bevorzugte Vorbereitung für Hämodialyse-Patienten. Die radiocephale AV-Fistel am Handgelenk ist die erste Option zur Anlage eines Gefäßzugangs, bevor man weiter proximal andere Optionen versucht. Nach dem chirurgischen Eingriff kann es 2-4 Monate dauern bis das gewünschte Venensegment ausgereift ist und für die Dialyse genutzt werden kann. Auch wenn dieser gefäßchirurgische Eingriff den Goldstandard darstellt, gibt es doch eine hohe Rate an Frühverschlüssen und/oder eine nur ungenügende Reifung der Vene in einigen Patienten. Eine Referenz ist die Publikation von Huijbregts.

Beim endoAVF-Verfahren werden ein Katheter in die Vene und ein Katheter in die Arterie eingeführt und an eine Stelle im Unterarm navigiert, an der Vene und Arterie sehr nah benachbart sind. Magneten an beiden Kathetern helfen diesen Effekt zu verstärken, bevor mittels Radiofrequenz (1,5-2,0 Sekunden) eine Verbindung beider Gefäße hergestellt wird. Direkt fließt Blut vom Hochdruck ins Niederdruck-System und dies ist unter angiografischer Bildgebung zu sehen. Es wird kein chirurgischer Schnitt verwendet, die Gefäße nicht aus Ihrer natürlichen Umgebung bewegt und es wird kein Material an der Stelle der AV-Fistel zurückgelassen (Stent, Naht,...).

Die initialen Studiendaten sind vielversprechend. Die Offenheitsraten nach 6 Monaten (primär: 81%,

sekundär: 96%), sowie die Dialysefähigkeit (96%) sind deutlich besser als die chirurgischen Untersuchungen (primär: 57%, sekundär: 75%, dialysefähig: 79%). Eine weitere aktuell laufende Multicenter Studie zeigt ähnliche Ergebnisse in einer größeren Anzahl auf. Die Firma TVA Medical hat bereits ein CE-zertifiziertes Produkt für diese Verfahren entwickelt .

Literatur:

Huijbregts et al. Hemodialysis arteriovenous fistula patency revisited; results of a prospective, multicenter initiative. CIMINO study group.

*D.K. Rajan, A.A. Ebner, J.M. Rios, S. Desai, W.E. Cohn. Safety and efficacy of percutaneous autogenous arteriovenous fistula creation with the TVA FLEX system: expanded results beyond the pilot study. JVIR Vol.25, No 3, March 2014. S1-S268, Abstract No. 28.

D.K. Rajan, A. Ebner, J.M. Rios, G.A. Beathard, W.E. Cohn: Safety and effectiveness of a novel percutaneous autogenous arteriovenous fistula (AVF) creation device in humans: a pilot study of the FLEX system. Abstract no. 61928 presented at CIRSE 2013 September 14-18, 2013 in Barcelona, Spain.

D.K. Rajan Ebner A, Desai S, Cohn W. Percutaneous AVF Creation: A New Endovascular Procedure. J Vasc Access 2013; 14 Suppl 6: S31-32

Rajan, D. et al. Percutaneous creation of an arteriovenous fistula for providing hemodialysis access. 10.1016/ JVIR 2014.12.018. Accepted article

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

Die neue Schlüsselnummer ist notwendig, da die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel im derzeitigen OPS-Katalog nicht abgebildet ist und sich elementar vom chirurgischen Verfahren unterscheidet. Ein eigener OPS-Code ist Voraussetzung, dass sich Kosten dieses neuen Verfahrens identifizieren und adäquat im G-DRG-System vergüten lassen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Materialkosten eines solchen endovaskulären Eingriffs sind wie folgt zu erwarten:
 Das EVERLINQ System der Firma TVA Medical soll ca. 3.950 € kosten (der RF-Generator wird gestellt). Die weiteren Verbrauchsmaterialien (Schleusen, Führungsdrähte, etc.) sind mit ca. 1.000 € beziffert. Die Dauer eines Eingriffs variiert in diesem frühen Stadium zwischen 45-90 Minuten. Die Prozedur kann in lokaler Anästhesie erfolgen, sodass der Patient (sofern keine nephrologische Fortbehandlung notwendig ist) am Folgetag das Krankenhaus verlassen kann. Die gesamten Behandlungskosten sind antizipiert ca. 5.900 €.

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

>100 weltweit, davon 7 Patienten in Deutschland im Februar 2015 (Stand: 12.2.2015)
 Ca. 30-50% aller Shuntanlagen könnten zukünftig durch dieses Verfahren durchgeführt werden.

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

Die gefäßchirurgische Anlage eines AV Shunts (OPS 5-392.1) wandert typischerweise in die Fallpauschale L09D und ist mit einem Relativgewicht von 0.979 beziffert.

- 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)