

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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 der personenbezogenen Daten



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 damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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 Gießen / Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKGM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_kvc/index.html
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med
Name *	Böning
Vorname *	Andreas
Straße *	Rudolf-Buchheim-Str. 7
PLZ *	35392
Ort *	Gießen
E-Mail *	andreas.boening@chiru.med.uni-giessen.de
Telefon *	0641/985-44300

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

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

intraoperative Therapie zur Verhinderung von Graftversagen von Bypässen

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Schaffung eines neuen OPS für die intraoperative Anwendung einer Therapie zur Graftstabilisation zur Verhinderung von Graftversagen bei aortokoronaren Bypassoperationen:

5-365.- intraoperative Behandlung von Venenbypässen zur Verhinderung von Graftversagen

Hinweis: dieser Kode ist ein Zusatzkode

.0 bis 250ml Stabilisator

.1 251ml bis 500ml Stabilisator

.2 501ml bis 1000ml Stabilisator

.3 1001ml bis 1500ml Stabilisator

.4 1501ml bis 2000ml Stabilisator

.5 2001ml bis 2500ml Stabilisator

.6 mehr als 2500ml Stabilisator

Aufnahme eines Hinweis für die Gruppe 5-36*:

5-36 Operation an den Koronargefäßen

Hinw.: Die zusätzliche intraoperative Anwendung einer Therapie zur Graftstabilisation zur Verhinderung von Graftversagen ist gesondert zu kodieren (5-365)

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die aortokoronare Bypassoperation ist ein Standardverfahren in der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit. Dennoch zeigen bereits 12 Monate nach Operation fast 50% aller Bypässe ein Graft-Versagen – etwa 10-15% bereits innerhalb des ersten Monats! Ein Graft-Versagen ist dabei definiert als eine Verengung des Graft-Lumens von 75% und mehr (PREVENT-IV Studie). Als Hauptursache für ein Graft-Versagen gelten vor allem intraoperative Prozesse, die Schädigungen am Graft bzw. dessen Endothel verursachen (Hess, Circulation 2014; Harskamp, JAMA Surg. 2014).

Durch die intraoperative Therapie zur Graftstabilisation zur Verhinderung von Graftversagen werden die venöse Bypassgraft-Erkrankung bzw. das Graftversagen venöser Bypässe wirksam verhindert - und mit ihnen auch die assoziierten klinischen Komplikationen nach einer Bypassoperation signifikant reduziert: Es ist erwiesen und gezeigt, dass die Notwendigkeit der erneuten Revaskularisation und das Auftreten nicht-tödlicher Myokardinfarkte jeweils halbiert werden (Haime et al., International Coronary Congress in New York City 2015). Weiter Daten aus den USA zeigen an kumulativ 2.436 Patienten eine relative Reduktion der Re-Eingriffe zur erneuten Revaskularisation um 48%, der Major Adverse Cardiac Events (MACE) um 27% und des Auftretens nicht-tödlicher Myokardinfarkte um 50% (Poston/Haime et al., International Coronary Congress in New York City 2015). Europäische Daten zeigen sogar eine relative Abnahme der Re-Eingriffe zur erneuten Revaskularisation um 56%, eine Abnahme der MACE um 36% und eine Reduktion der Gesamtmortalität um 23% (Crittenden/Beaufreton et al.; 12th International Conference of the Jordan Cardiac Society 2015).

Der antioxidative, Radikal-fangende, NO-Synthetasesstützende, gerinnungshemmende, isotonische, strukturelle und funktionelle Endothelstabilisator zur Graftstabilisierung vermittelt im Rahmen von aortokoronaren Bypassoperationen nachgewiesenermaßen folgende Teileigenschaften:

- a) hohe anti-oxidative Kapazität
- b) hohe Radikalbindungskapazität
- c) Stimulation und Substratanreicherung für die endotheliale Nitrit-Oxid-Synthetase (eNOS)
- d) Reduktion der Plättchenaktivierung und Leukozytenadhäsion
- e) Reduktion der glattmuskulären Proliferation
- f) Verbesserung des endothelialen Energiestoffwechsels
- g) Verbesserung der endothelialen Dysfunktion
- h) Erhalt der biologischen Responsiveness und Stabilisation des entnommenen Grafts

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

Die Methode ist vollständig neu. Die Erfassung dieser innovativen Produktklasse über einen eigenen OPS ist bisher nicht möglich. Vergleichbare Methoden existieren bislang nicht. Es gibt weltweit bis dato keine alternative Therapieform, welche die venöse Bypassgraft-Erkrankung bzw. das Graftversagen venöser Bypässe wirksam verhindert.

In der Differenzkostenbetrachtung sind die Mehrkosten vollumfänglich zu berücksichtigen und streuen über die betroffenen DRG systematisch. Diese Mehrkosten sind ausschließlich Sachkosten durch Materialkosten. Ein zusätzlicher Aufwand durch verlängerte OP-Zeiten, eine höhere Qualifikation des einzusetzenden Personals oder zusätzliches Personal entsteht nicht.

Der potentielle Einfluss auf die DRG-Kalkulation ist dabei komplex. Zwar entstehen unmittelbar nur die aufgeführten Mehrkosten, jedoch kommt es in der unmittelbaren Folge zu folgenden Effekten:

- Durch die massive Reduktion der Rate an Graft-Failure wird die Komplikationsrate bei aortokoronaren Bypassoperationen signifikant verringert. Dies betrifft sowohl die Verhinderung von kurzfristigen Re-Eingriffen, als auch frühen Myokardinfarkten, die auf Graft-Failure zurückzuführen sein können.
- Durch die auch mittelfristige weitere Reduktion der Rate an Graft-Failure wird die Rate an Re-Operationen oder aber auch kardiologischen, katheterinterventionellen Eingriffen nach aortokoronaren Bypassoperationen signifikant verringert

In Zusammenschau wird dadurch mittelfristig die Wiederaufnahmehäufigkeit verringert und somit ein positiver Effekt sowohl auf die Morbidität des Patienten selbst, als auch auf die mittelfristigen, makroökonomischen Auswirkungen der (Re)Operation erzielt.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard ☐ Etabliert ☒ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

EUR 700,-

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

500 - 1000

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

Da zu der intraoperativen Therapie zur Verhinderung zur Graftstabilisation zur Verhinderung von Graftversagen während aortokoronaren Bypassoperationen keine vergleichbare Methoden existieren, sind in der Differenzkostenbetrachtung keine Vergleiche möglich.

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.)

Es existiert eine Qualitätssicherung für die isolierte Koronarchirurgie. Eine unmittelbare Beeinflussung der derzeit verwendeten Qualitätsindikatoren ist nicht zu erwarten.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)