

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 *	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://dgk.org/
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Reinecke
Vorname *	Holger
Straße *	Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	holger.reinecke@ukmuenster.de
Telefon *	0251 834 4999

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Universitätsmedizin Mannheim, I. Medizinische Klinik
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel)	Prof. Dr. med.
Name	Akin
Vorname	Ibrahim
Straße	Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
PLZ	68167
Ort	Mannheim
E-Mail	ibrahim.akin@umm.de
Telefon	+49 621 383 5229

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) *

Neustrukturierung der Codes für die Anwendung der Mikroaxial-Blutpumpe

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.

eingereicht durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

5. 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)

A.1 Streichung der Codes 8-839.42 bis 8-839.43 Implantation einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung

A.2 Ersatz durch folgende neue Codes:

8-839.c Perkutane Einführung einer linksventrikulären transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung

Hinw.: Bei biventrikulärer Unterstützung ist ein links- und ein rechtsventrikulärer Code zu kodieren (8-839.c ff., 8-839.d ff.)

Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)

.c0 bis zu 2,5l Flow/Minute

.c1 mehr als 2,5l Flow/Minute bis zu 4l Flow/Minute

.c2 mehr als 4l Flow/Minute

8-839.d Perkutane Einführung einer rechtsventrikulären transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung

Hinw.: Bei biventrikulärer Unterstützung ist ein links- und ein rechtsventrikulärer Code zu kodieren (8-839.c ff., 8-839.d ff.)

Die Dauer der Behandlung ist gesondert zu kodieren (8-83a.3 ff.)

.d0 bis zu 2,5l Flow/Minute

.d1 mehr als 2,5l Flow/Minute bis zu 4l Flow/Minute

.d2 mehr als 4l Flow/Minute

B. Streichung der Codes 8-839.44 bis 8-839.45 Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung

C.1 Streichung der Codes 8-83a.30 bis 8-83a.33 Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung

C.2 Neuaufnahme folgender Schlüsselnummern:

8-83a.3 Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung

Hinw.: Die Implantation einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-839.c ff., 8-839.d ff.).

- .34 bis zu 6 Stunden
- .35 mehr als 6 Stunden bis 24 Stunden
- .36 mehr als 24 Stunden bis 48 Stunden
- .37 mehr als 48 Stunden bis 120 Stunden
- .38 mehr als 120 Stunden bis 240 Stunden
- .39 mehr als 240 Stunden

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Für die Mikroaxial-Blutpumpen existieren seit längerem OPS-Kodes für Implantation, Entfernung und Zeitdauer der Anwendung. Allerdings bestehen bei den vorhandenen Kodes folgende Probleme:

1. Fehlende Unterscheidung zwischen links- und rechtsventrikulären Pumpen
2. Fehlende Differenzierung der Pumpleistung
3. Nicht ausreichende Differenzierung der Anwendungsdauer

1.

Mikroaxial-Blutpumpen können sowohl linksventrikulär (Linksherzversagen) als auch rechtsventrikulär (Rechtsherzversagen) eingesetzt werden.

Dabei werden Systeme zur Linksherzunterstützung durch eine normale Katheterintervention perkutan über die Arteria femoralis eingeführt und intravaskulär über die Aortenklappe bis in den linken Ventrikel vorgeschoben. Die Pumpen fördern das Blut aus dem linken Ventrikel aktiv durch die Kanüle in die Aorta ascendens. Die Pumpe erhöht die kardiale Auswurfleistung und damit auch die Organperfusion, sie erhöht die Durchblutung der Koronararterien, entlastet die linke Herzkammer und reduziert den myokardialen Sauerstoffverbrauch.

Neben der linksventrikulären Unterstützung existieren inzwischen auch schnell einsatzfähige mikroaxiale Blutpumpen zur rechtsseitigen Herzunterstützung. Der Zugang erfolgt mit einem Standard-Katheterverfahren über die Vena femoralis in den rechten Vorhof, die Trikuspidal- und Pulmonalklappe in die Pulmonalarterie. Im Einsatz fördert die Pumpe Blut aus der unteren Hohlvene durch die Kanüle in die Pulmonalarterie.

Die Kosten für die dafür erforderlichen Pumpenkatheter zeigen dabei große Unterschiede (ca. 8.000 bis 12.000 € versus 18.000 €), so dass eine Unterscheidung nach links- bzw. rechtsventrikulär erforderlich ist. Die bisherige OPS-Struktur (univentrikulär bzw. biventrikulär) ermöglicht keine diesbezügliche Unterscheidung.

Da es sich bei dem Verfahren nicht um eine Implantation im klassischen Sinne handelt, sondern vielmehr um eine perkutane Einführung einer transvasal platzierten axialen Pumpe, sollte eine entsprechende redaktionelle Änderung vorgenommen werden.

Der vorliegende Vorschlag (Teilvorschlag A: Differenzierung zwischen links- und rechtsventrikulär) soll diesen Punkten durch eine Umstrukturierung Rechnung tragen.

2.

Aktuelle medizinische Entwicklungen ermöglichen den Einsatz von Pumpen mit unterschiedlichem Lumendurchmesser und unterschiedlicher Auswurfleistung (Flow), was wiederum eine an die aktuelle Patientensituation angepasste hämodynamische Unterstützung gewährleistet.

Die Kosten variieren in Abhängigkeit von der Pumpleistung (ca. 8.000 bis 18.000 €). Um diese unterschiedlichen Kosten entsprechend analysierbar zu machen, sollten die OPS-Kodes nach der Pumpleistung differenziert werden (Teilvorschlag A: Differenzierung nach Pumpleistung).

3.

Mikroaxial-Blutpumpen können in sehr unterschiedlichen Situationen angewandt werden. Dabei unterscheiden sich die Anwendungsdauern teilweise erheblich. Diese kann von wenigen Stunden (z.B. Hochrisiko-PCI) bis zu 14 Tagen (z.B. akuter Myokardinfarkt mit kardiogenem Schock) schwanken. Dementsprechend differieren die

Kosten (insbesondere Personalkosten) für das Betreiben der Pumpe erheblich.

Die derzeitige Unterteilung des OPS-Kodes 8-83a.3 Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung bildet die klinische Variabilität nicht in ausreichendem Maße ab. Demzufolge sollte die Anwendungsdauer weiter differenziert werden (Teilvorschlag C: detailliertere Differenzierung der Anwendungsdauer).

Darüber hinaus wird beantragt, die OPS-Kodes für die Entfernung einer Mikroaxial-Blutpumpe zu streichen (Teilvorschlag B). Einerseits liegt es auf der Hand, dass ein Pumpenkatheter vor Entlassung entfernt werden muss. Der Aufwand ist im Vergleich zur Anlage bzw. zum Betreiben der Mikroaxial-Blutpumpe vernachlässigbar.

Andererseits ist die Dauer der Behandlung durch die OPS-Kodes 8-83a.3 kodierbar. Insofern ist der Entfernungszeitpunkt für eine Ermittlung der Anwendungsdauer nicht erforderlich.

Schlussendlich zeigt sich anhand der Destatis-Daten, dass die OPS-Kodes nicht in gleichem Maße wie die Implantationskodes genutzt werden.

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

Wie unter 6d beschrieben, entstehen bei der Anwendung von Mikroaxial-Blutpumpen völlig unterschiedliche Kosten. Um diese für das InEK erkennbar zu machen, ist eine Umgestaltung der entsprechenden OPS-Kodes erforderlich. Nur so kann künftig eine bessere Analysemöglichkeit in Bezug auf das existierende Zusatzentgelt (ZE 2016-62) geschaffen werden.

Parallel dazu würden die neu gestalteten OPS-Kodes eine sachgerechtere Verhandlung des unbewerteten Zusatzentgelts auf Ortsebene unterstützen

c. Verbreitung des Verfahrens *

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Wie oben dargelegt bestehen erhebliche Kostenunterschiede zwischen den beschriebenen Teilkomponenten (Pumpenkatheter, Anwendungsdauer etc.) bei der Behandlung mittels Mikroaxial-Blutpumpen.

Die verschiedenen Pumpenkatheter kosten zwischen 8.000 € und 18.000 €. In Abhängigkeit von der Anzahl der notwendigen Katheter entstehen völlig unterschiedliche Materialkosten.

Darüber hinaus sind die Personalkosten abhängig von der Art der Einbringung und der Anwendungsdauer. Die Höhe der Personalkosten ist dementsprechend schlecht abschätzbar..

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

Zurzeit werden schätzungsweise jährlich ca. 1.100 Implantationen von mikroaxialen Blutpumpen durchgeführt..

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

Vgl. 6d

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.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Referenzen:

1. Burzotta et al, Journal Card Vasc Med, 2008
2. Dixon et al, JACC 2009
3. Henriques et al, Journal American Card, 2008
4. Seyfarth et al, JACC, 2008
5. Sjauw et al, MACH II, JACC, 2008
6. Valgimigli et al, Card Cardiovascular, 2005
7. Reesink et al, CHEST, 2004
8. Fincke et al, JACC, 2004
9. Sauren et al, 2007
10. Meyns et al, JACC, 2003
11. Torgersen, 2009
12. Samuels et al, J Card Surg, 1999
12. Maini, Catheter Cardiovasc Interv, 2012
13. O'Neill, J Interv Cardiol, 2014
14. Gregory D, et al, American Health & Drug Benefits, 2013
15. Recover I Trial Summary, 2008 TCT; N=17
16. Kawashima, D, et.al., ASAIO, 2010
17. Roques F et al. Eur Heart J., 2003 May; 24(9):882-3
18. Remmelink, Cath Cardio Interventions, 2007
19. Meynes B, Thorac Cardiovasc Surg, 2003