

# 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](mailto: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](http://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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Röntgengesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DRG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Katoh
Vorname *	Marcus
Straße *	Lutherplatz 40
PLZ *	47805
Ort *	Krefeld
E-Mail *	marcus.katoh@helios-kliniken.de
Telefon *	+49 2151 32 2561

### 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) \***

Unterscheidung von arteriellen und venösen Stents

**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.

DGK, DeGIR, DRG, DGG

**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)

Wir schlagen vor, die Subklassifikationsliste für die Codes 8-840 bis 8-846 und 8-848 bis 8-84b (Lokalisation der Gefäße) zu differenzieren in 'arterielle Gefäße' und 'venöse Gefäße', sofern möglich/sinnvoll und nicht bereits spezifisch benannt. Dies ist notwendig, da die Behandlung durch Stents, egal wo sie eingesetzt werden, derzeit noch gleich kodiert und bezahlt werden. Dies ist nach heutigen Erkenntnissen nicht mehr angemessen. Zum einen ist die Behandlung der Venen aufgrund ihres anatomischen Aufbaus nicht mit einem für das arterielle System zugelassenen Stent durchzuführen, da die mechanischen Anforderungen an den Stent vollkommen anders sind, ebenso wie die biologischen Anforderungen. Es sind nun spezifisch für das venöse System entwickelte Stentsysteme verfügbar, deren Kosten allerdings wesentlich höher sind und welche nicht durch die DRGs für das arterielle System gedeckt werden. Weiterhin wäre eine Differenzierung aus analytischer und versorgungstechnischer Sicht sehr interessant um den Einsatz / Ausmaß der diversen Stenttypen besser darzustellen und eine Entwicklung des Systems hinsichtlich dieser Methode voranzutreiben.

Besonders wichtig wären zunächst die Differenzierung der Codes 8-840 und 8-841.

Die könnte (exemplarisch für die 8-840) z.B. so aussehen:

Beantragt wird die Neuaufnahme folgender OPS:

8-840.6 Ein Stent, venös

8-840.7 Zwei Stents, venös

8-840.8 Drei Stents, venös

8-840.9 Vier Stents, venös

8-840.a Fünf Stents, venös

8-840.b Sechs und mehr Stents, venös

Gleichzeitig müssten die folgenden OPS wie folgt angepasst werden:

8-840.0 Ein Stent, arteriell

8-840.1 Zwei Stents, arteriell

8-840.2 Drei Stents, arteriell

8-840.3 Vier Stents, arteriell

8-840.4 Fünf Stents, arteriell

8-840.5 Sechs und mehr Stents, arteriell

Der Vorschlag betrifft insbesondere die Lokalisationscodes mit folgenden Endziffern:

0, 2, 3, 8, 9, a, b, c, f.

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Behandlung der tiefen Becken-Bein-Venenthrombose hat in den letzten 5 Jahren eine Renaissance erfahren. Zahlreiche Studien und Untersuchungen belegen, dass insbesondere die deszendierende Ilio-femorale Thrombose (sog. deszendierende Beckenvenenthrombose, ca. 20% der Fälle von tiefer Becken-Beinvenenthrombose) bei rein konservativer Behandlung in bis zu 40% der Fälle zu einem schweren post-thrombotischen Syndrom führen kann, welches die Patienten lebenslang schwer beeinträchtigt und eine umfangreiche lebenslange Behandlung erforderlich macht. Zahlreiche Studien und Untersuchungen aus den letzten Jahren belegen, dass eine frühzeitige invasive Behandlung der deszendierenden Beckenvenenthrombose, welche in der Regel eine venöse mechanisch assistierte Thrombektomie / Thrombolyse, gefolgt von einem Stenting des i.d.R. zugrundeliegenden anatomischen Flußhindernisses der Iliacalvenen (z.B. sog. Beckenvenensporn bzw. May-Thurner-Syndrom; in 40% der Bevölkerung nachweisbar!), umfasst. Diese komplexe aber für den Patienten zu einer sofortigen Linderung der Beschwerden führende Behandlung wird derzeit vom DRG System nicht abgedeckt.

Die Codes 8-840 bis 8-84.b beschreiben die perkutan-transluminale Implantation von Stents. Hierbei wird jedoch nicht unterschieden, ob die Stents venös oder arteriell eingesetzt werden. Da jedoch mittlerweile Stents im venösen Bereich zunehmend verwendet werden und Studien die Vorteile dieser Behandlung gegenüber anderen (konservativer) Behandlungen aufzeigen, sollte hier aus folgenden Gründen unterschieden werden:

- Venöse Stents weisen wesentlich höhere Kosten auf als marktübliche arterielle Stents, da es sich um Neuentwicklungen handelt, dezidiert entwickelt und zugelassen für den Einsatz im venösen System. Diese Kosten können im derzeitigen DRG-System aufgrund der undifferenzierten OPS nicht verfolgt werden. Auch aus Gründen der Versorgungsforschung wäre eine verfeinerte Kodierung wünschenswert, da das venöse Stenting voraussichtlich einen Zuwachs über die nächsten Jahre erfahren wird.

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

Die Kosten für venöses Stenting sind wesentlich höher als für den Einsatz von arteriellen Stents. Diese Kosten können bisher nicht vom InEK analysiert werden, und es kommt bei Patienten, die einen oder sogar mehrere venöse Stents erhalten, zu einer Unterfinanzierung der Behandlung, solange diese über die gleiche DRG erstattet werden. Ein weiteres Problem kann sein, dass arterielle Stents zur Behandlung genutzt werden. Dies kann nicht vom System gewünscht sein.

Weiterhin handelt es sich um ein wachsendes Behandlungsfeld, dass in Zukunft noch einen großen Einfluss haben wird. Um diese Entwicklung abdecken zu können, muss es zu einer Differenzierung der OPS-Kodes kommen damit der Einsatz von venösen Stents ausreichend kodiert wird und so auch ins DRG-System einfließen kann.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

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

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Materialkosten für den Stent liegen je nach Hersteller und Stentlänge zwischen 1.000 € und 2.000 € (inkl. USt.).

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

Geschätzt: ca. 20.000 akute und 550.000 chronische Verschlüsse pro Jahr in Deutschland laut epidemiologischer Studien; davon könnten schätzungsweise 20% mit einem Stent behandelt werden. Eine genaue Darstellung über OPS-Kodes ist leider aufgrund der fehlenden Differenzierung nicht möglich.

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

Unterschiede zu den Verfahren, die ebenfalls über diese OPS (8-840 ff.) abgedeckt werden, jedoch eine andere Indikation behandeln:

Arterielle Stents kosten ca. zwischen 400 und 700 €, je nach Hersteller und Länge. Somit ergeben sich Unterschiede zu venösen Stents von bis zu 1.600 €.

Unterschied zu alternativen Behandlungen venöser Obstruktionen: Große Unterschiede, da die Patienten bisher meist konservativ (Kompressionsstrümpfe, pharmakologisch) behandelt wurden. Hier liegen die Materialkosten im niedrigen € Bereich, und es ergibt sich eine Differenz von bis zu 2.000 €. Dem stehen allerdings enorme Kosten (mehrstelliger T€ Bereich) im Falle eines postthrombotischen Syndroms bzw. einer schweren venösen Claudicatio gegenüber, falls die invasive Therapie der deszendierenden ilio-femoralen Thrombose nicht durchgeführt wird.

**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)