

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 *	Asklepios Klinik St. Georg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.asklepios.de/hamburg/sankt-georg/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. Dr.
Name *	Kuck
Vorname *	Karl-Heinz
Straße *	Lohmühlenstr.5
PLZ *	20099
Ort *	Hamburg
E-Mail *	k.kuck@asklepios.com
Telefon *	040-1818852305

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	s.o.
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) *

Nicht-invasives Mapping mittels konventioneller 3D-Bildgebung und Oberflächen-EKG

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.

nicht abgestimmt

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-Kodes für das nicht-invasive Mapping mittels konventioneller 3D-Bildgebung (CT und MRT) und der Aufzeichnung von Oberflächen-EKGs unter 1-268 ff Kardiales Mapping:

1-268 Kardiales Mapping

1-268.b Nicht-invasives Mapping mittels konventioneller 3D-Bildgebung und Oberflächen-EKGs

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Für ventrikuläre und atriale Arrhythmien - z.B. ventrikuläre Extrasystolen (VES), ventrikuläre Tachykardien (VT) oder atriales Flimmern (AFib) - hat sich die invasive, kathetergeführte Ablationstherapie als Verfahren etabliert. Zur Beurteilung, ob eine Ablationstherapie erfolgreich sein kann, müssen die strukturellen und elektrophysiologischen Grundlagen der Erkrankung des individuellen Patienten im Rahmen elektrophysiologischer Untersuchungen möglichst genau diagnostiziert werden.

Elektroanatomische Mappingsysteme erlauben die farbkodierte und dreidimensionale Abbildung der kardialen Erregung. Komplexe Rhythmusstörungen (vor allem Vorhofflimmern, atypisches Vorhofflattern, ektope, atriale und ventrikuläre Tachykardien) werden zeitabhängig und simultan für das gesamte Herz erfasst, um mit dieser Information erfolgreich und risikoarm ablatieren zu können. Z.B. dient die elektroanatomische Map des linken Vorhofs zur besseren anatomischen Orientierung bei der Ablation von Vorhofflimmern.

Auch für die patienten-individuelle Risikoabschätzung des invasiven Eingriffs ist die Kenntnis von Ort

und Art der Arrhythmie wichtig. Beispielsweise ist eine Ablationstherapie einer fokalen ventrikulären Extrasystole aus der AV-Knotenregion mit einem erhöhten Risiko für einen AV-Block und damit einer Schrittmacherpflichtigkeit verbunden. Eine Ablationstherapie im Bereich des Aortensinus im Falle eines Fokus in dieser Region kann ebenso mit einem erhöhten AV-Blockrisiko oder bei Nähe zu einem Abgang eines Koronargefäßes mit ischämischen Komplikationen verbunden sein.

Neben invasiven Mapping-Methoden findet in der klinischen Praxis zunehmend nicht-invasives Mapping Anwendung. Mit Hilfe der Vielkanal-Elektrokardiographie (ca. 200 Kanäle) werden synchron, unipolare Elektrokardiogramme am Oberkörper des Patienten abgeleitet. In Verbindung mit 3-dimensionalen MRT- oder CT-Datensätzen des Thorax und des Herzens, werden mittels einer neuartigen Analyse-Software die endo- und epikardialen Erregungen aller vier Kammern rekonstruiert und in Form von isopotenzialen und anderen isoparametrischen Karten visualisiert.

Das Verfahren hat zu invasiven Verfahren vergleichbare Signifikanz in der klinischen Anwendung [1] für verschiedene atriale und ventrikuläre Arrhythmien belegt [2]. Die Methode wurde hinsichtlich Genauigkeit und Auflösung validiert [3].

Nicht-invasives Mapping ergänzt bestehenden Methoden und erlaubt detaillierte, aber dennoch vereinfachte Diagnostik sowohl während, als auch vor und nach der Intervention im Elektrophysiologielabor (EP-Labor). Durch die damit mögliche, umfassendere prae-interventionelle Diagnostik besteht das Potenzial der Kostenreduktion durch verkürzte Zeiten im EP-Labor. Das System wird derzeit an Kliniken in Hamburg (Prof. Kuck), Mannheim (Prof. Borggreve) und München Großhadern (Prof. Massberg) eingesetzt.

[1] Burnes JE, Taccardi B, Rudy Y. A noninvasive imaging modality for cardiac arrhythmias. *Circulation* 2000;102(17):2152-8.

Bokeriia LA, Revishvili A, Kalinin AV, Kalinin VV, Liadzhina OA, Fetisova EA. Hardware-software system for noninvasive electro- cardiographic examination of heart based on inverse problem of electrocardiography. *Med Tekh* 2008(6):1-7.

[2] Shah, A. J., Hocini, M., Jais, P., & Haissaguerre, M. (2013). Advent of Noninvasive Mapping of Atrial Tachycardias. *Cardiac Elec- trophysiology Clinics*, 5(2), 263-270.

Cuculich PS, Zhang J, Wang Y, Desouza KA, Vijayakumar R, Woodard PK et al. The electrophysiological cardiac ventricular substrate in patients after myocardial infarction: noninvasive characterization with electrocardiographic imaging. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:1893–902.

Erkapis D, Greiss H, Pajitnev D, Zaltsberg S, Deubner N, Berkowitsch A et al. Clinical impact of a novel three-dimensional electrocardiographic imaging for non-invasive mapping of ventricular arrhythmias: a prospective randomized trial. *Europace* 2015;17:591-597

Narayan SM, Krummen DE, Clopton P, Shivkumar K, Miller JM. Direct or coincidental elimination of stable rotors or focal sources may explain successful atrial fibrillation ablation: on-treatment analysis of the CONFIRM trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:138-147

Haissaguerre M, Hocini M, Shah AJ, Derval N, Sacher F, Jais P et al. Noninvasive panoramic mapping of human atrial fibrillation mechanisms: a feasibility report. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2013;24:711-717.

[3] Revishvili, Amiran S., Erik Wissner, Dmitry S. Lebedev, Christine Lemes, Sebastian Deiss, Andreaas Metzner, Vitaly V. Kalinin et al. Validation of the mapping accuracy of a novel non-invasive epicardial and endocardial electrophysiology system. *EP Europace* (2015): euu339.

Shah AJ, Hocini M, Xhaet O, et. Al. Validation of novel 3-dimensional electrocardiographic mapping of atrial tachycardias by invasive mapping and ablation: a multicenter study. *J Am Coll Cardiol*

2013;62(10):889-97

b. I

 nwi
 ewei
 t ist
 der
 Vor
 schl
 ag
 für
 die
 Weit
 eren
 twic

klung der Entgeltsysteme relevant? *

Angesichts der aus den bisher vorliegenden Anwendungs- und Studienergebnissen resultierenden klinischen Bedeutung des Verfahrens und den aktuell Fall bezogenen Kosten des Verfahrens ist bei der gegenwärtig im G-DRG-System nicht realisierten Refinanzierung dieser Kosten ein erhebliches Anwendungshemmnis vorhanden.

Zur Sicherstellung einer adäquaten Vergütungssituation ist eine Identifizierung des Verfahrens im Kalkulationsdatensatz des InEK erforderlich, so dass der Schaffung eines identifizierenden OPS-Kodes für diese Leistung erhebliche Bedeutung für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems zukommt.

c. Verbreitung des Verfahrens *

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die fallbezogenen Kosten des Verfahrens setzen sich aus den Kosten für das bildgebende Verfahren und den Oberflächen-EKG-Elektroden (ca. 900,- €) zusammen. Die Kosten für die Oberflächenelektroden schließen die Nutzung der Rekonstruktions-Software mit ein. Diese Kosten sind denen invasiver Mappingverfahren vergleichbar.

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

Für das Jahr 2016 werden an den 3 deutschen Zentren 400 Fälle erwartet. Für 2017 sind zusätzlich internationale, randomisierte Studien mit ca. 650 Patienten geplant, an denen ebenfalls mehrere deutsche Kliniken beteiligt sein werden. Vor dem Hintergrund von ca. 60.000 elektrophysiologischen Untersuchungen in Deutschland (2014) gehen wir von einer im Zeitverlauf signifikant steigenden Anzahl der Fallzahlen aus

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

Die Kosten des Verfahrens sind denen invasiver Mappingverfahren (1-268) vergleichbar. Der zeitliche Mehraufwand des Personals ist im Vergleich zu den Standard-Verfahren vernachlässigbar.

Kosteneinsparungen ergeben sich aus der Verkürzung der Prozedur-Dauer im EP-Labor

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.)

Eine Relevanz für die externe Qualitätssicherung besteht nicht.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)