

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 *	Klinikum der Goethe-Universität, Klinik für Klinik für Gefäß- und
EndovascularChirurgie	
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.kgu.de/startseite.html
Anrede (inkl. Titel) *	Univ.-Prof.Dr.med.
Name *	Schmitz-Rixen
Vorname *	Thomas
Straße *	Theodor-Stern-Kai-7
PLZ *	60590
Ort *	Frankfurt am Main
E-Mail *	Schmitz-Rixen@em.uni-frankfurt.de
Telefon *	+49(0)69-6301-5349

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	inspiring-health, Dr. Wilke GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.inspiring-health.de
Anrede (inkl. Titel)	Dr. med.
Name	Wilke
Vorname	Michael
Straße	Waldmeisterstr. 72
PLZ	80935
Ort	München
E-Mail	michael.wilke@inspiring-health.de
Telefon	089/1890 8376-1

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) *

Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel

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.

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

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)

Neuaufnahme von folgenden Kodes:

8-836.4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Hochfrequenz-Energie

8-836.42 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Hochfrequenz-Energie: Gefäße Schulter und Oberarm

8-836.43 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Hochfrequenz-Energie: Gefäße Unterarm

8-836.4b Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Hochfrequenz-Energie: Gefäße Oberschenkel

8-836.4c Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel mittels magnetgeführter Hochfrequenz-Energie: Gefäße Unterschenkel

(Die fünfte Stelle der OPS-Kategorie ist seit mindestens 2004 nicht mehr mit der Ziffer 4 besetzt. Insofern kann dieser Kode wieder genutzt werden.)

Alternativ könnte die Neuaufnahme folgendermaßen etabliert werden:

8-836.4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel

Inkl.: Anlage mittels magnetgeführter Radiofrequenz-Energie

8-836.42 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel: Gefäße Schulter und Oberarm

8-836.43 Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel: Gefäße Unterarm

8-836.4b Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel: Gefäße Oberschenkel

8-836.4c Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel: Gefäße Unterschenkel

6. 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 oder am Oberschenkel andere Optionen versucht. Nach dem offen-gefäßchirurgischen Eingriff dauert es in der Regel 6-12 Wochen bis die AV-Fistel gereift ist, d.h. bis die Wundheilung abgeschlossen ist und sich ein großvolumiges, punktionsfähiges Shuntgefäß ausgebildet hat. In 20% (bis zu 60%!) der Fälle gelingt es nicht, einen punktionsfähigen Shunt herzustellen (= 40%-80% Primärerfolg). Nachteil dieses Zugangs ist demnach die relativ hohe Rate von Frühverschlüssen und mangelnder Reifung, die gewöhnlich durch patienteneigene Faktoren wie Alter, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen beeinflusst wird. Herkömmliche AV-Fisteln weisen zudem eine hohe Rate an notwendigen Revisionen auf (im Mittel 2-3 Re-Interventionen) und haben eine Thromboserate von 17-25%. Die Lebensdauer der Fistel beträgt im Schnitt nicht mehr als 2,5 Jahre (Huijbregts et al. 2008).

Die endovaskuläre Methode ermöglicht es, einen AV-Shunt als Gefäßzugang für die Hämodialyse perkutan anzulegen anstatt offen-chirurgisch (everlinQ™, TVAmMedical Inc., Austin, USA). Das Verfahren benutzt dazu zwei Gefäßkatheter, die mit Magneten ausgestattet sind. Der venöse Katheter verfügt darüber hinaus über eine Hochfrequenz-Elektrode. Die beiden Katheter werden über einen Zugang – in der Regel im Bereich des Oberarmes – arteriell und venös bis zu einem bestimmten Bereich am Unterarm vorgeschoben, an dem Vene und Arterie sehr nah benachbart sind und der für eine spätere Shuntpunktion geeignet ist. Dort werden die Katheter unter Röntgenkontrolle so positioniert, dass die Magneten der beiden Katheter Kontakt haben und dadurch die beiden Gefäße noch näher aneinander ziehen. Nun kann mittels integrierter Hochfrequenz-Elektrode vorprogrammiert Hochfrequenz-Energie für 1,5-2,0 Sekunden appliziert werden, um so eine AV-Fistel durch Verschmelzung und gewollte Perforation der beiden aneinander liegenden Gefäßwände zu schaffen. Die nicht aneinander liegenden Gefäßwandanteile werden durch in die Katheter integrierte Keramikschalen vor der Hochfrequenzenergie geschützt. Noch während des Eingriffs wird mittels angiografischer Bildgebung die Funktion der Fistel überprüft. Ein Video der Methode steht auf der Website von TVA Medical zur Verfügung (<https://tvamedical.box.com/endoAVF>). Durch das Verfahren wird eine offen-chirurgische Operation vermieden und eine weitere Option geschaffen, eine native AV-Fistel zu konstruieren; ebenso ist das Einbringen eines Implantats, das noch schlechtere Ergebnisse aufweist, entbehrlich.

Die klinischen Daten der FLEX-1-Studie (Rajan et al. 2015) zeigen für das endovaskuläre Verfahren eine Rate von 97% technisch erfolgreicher Shuntanlagen und eine Offenheitsrate von 96% nach 6 Monaten. Eine zweite klinische Studie, der 'Novel Endovascular Access Trial (NEAT)' bestätigte die Ergebnisse mit einer Erfolgsrate von 98% und einer Verwendbarkeit des endovaskulär angelegten Shunts in 91% der Fälle. Gleichzeitig zeigten sich eine niedrige Thromboserate von 3,3% sowie hohe primäre und sekundäre Funktionalität (Lok, 2015; 2016). Durch das Vermeiden von chirurgischen Nähten und Gefäßtraumata besteht die Annahme, einen im Vergleich zum offenen Verfahren funktionstüchtigeren bzw. langlebigeren Shunt zu erstellen.

Die operativen Verfahren des Anlegens eines AV-Shunts werden über die OPS-Kodes 5-392.* beschrieben. Für das minimal-invasive perkutane Anlegen eines AV-Shunts existiert derzeit kein spezifischer OPS-Code. Das Verfahren kann lediglich mit dem völlig unspezifischen OPS-Code 8-836.x3 'Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Gefäße Unterarm' kodiert werden. Demzufolge ist die Etablierung eines OPS-Kodes erforderlich.

Literatur:

Huijbregts et al. Hemodialysis arteriovenous fistula patency revisited; results of a prospective, multicenter initiative. CIMINO study group; Clin J Am Soc Nephrol. 2008 May;3(3):714-9. doi: 10.2215/CJN.02950707

Rajan, D., Ebner, E., Desai, S., Rios, J., and Cohn, W. Percutaneous Creation of an Arteriovenous Fistula for Hemodialysis Access. J Vasc Interv Radiol 2015; 26:484–490.

Lok, C. Late Breaking Clinical Trials. Vascular Interventional Advances (VIVA) 2015.

Lok, C. Leipzig Interventional Course (LINC). 2016.

Rajan, D., Lok, C. Promises for the future: minimally invasive fistula creation. J Vasc Access 2015; 16 (Suppl. 9): 40 - 41

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.

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

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.

W.E. Cohn M.D., A. Ebner, M.D., J.M. Rios, S. Desai, M.D., G.A. Beathard, M.D., D.K. Rajan, M.D. Safety and Efficacy of a Percutaneous Autogenous Arteriovenous Fistula Creation System: First in Human Experience with the FLEX System. Featured Clinical Research, TCT 2013, San Francisco, CA.

b. I

nwi
ewe
t ist
der
Vor
schl
ag
für
die
Weit
eren
twic
klun
g
der
Ent
gelt

systeme relevant? *

Die Etablierung eines OPS-Kodes ist notwendig, da die endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel im derzeitigen OPS-Katalog nicht spezifisch kodierbar ist und sich elementar vom chirurgischen Verfahren unterscheidet. Ein spezifischer OPS-Code wiederum ist Voraussetzung dafür, dass sich Kosten dieses neuen Verfahrens identifizieren und adäquat im G-DRG-System vergüten lassen.

Kodiert man ersatzweise 8-836.x3 'Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Gefäße Unterarm', so ergibt sich bei der Hauptdiagnose 'terminale Niereninsuffizienz' eine Fehler-DRG. Dies ist bereits ein Hinweis darauf, dass die neue Methode derzeit nicht sachgerecht abgebildet ist.

c. Verbreitung des Verfahrens *

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Sachkosten der Prozedur:

- Ablationskathetersystem (everlinQ™, Fa. TVAmMedical): € 3.900.-
- Je eine 6F und 7F Schleuse € 40.-
- Hochflexibler 0,018' Führungsdraht (3x) € 375.-
- Diagnostischer 4F Katheter € 40.-
- Mikropunktieset € 16.-
- Verschluss (Exoseal) € 120.-
- Embolisationscoils (2x) € 120.-
- Nitroglyzerinpatch € 15.-

Gesamt: € 4.626.- zzgl. MwSt. (med. Bedarf: 19%) = € 5.504,94

Die Dauer eines Eingriffs variiert 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.

Nimmt man hilfsweise analoge Kosten wie bei der DRG F59D (mit einem Belegungstag) an, so ergeben sich Gesamtbehandlungskosten von € 6.252,09.

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

Das Verfahren wurde von 88 Krankenhäusern im Rahmen des NUB-Verfahrens beantragt.
Die Fallzahl für das kommende Jahr wird auf ca. 150 Eingriffe geschätzt.
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*) wird typischerweise in die Fallpauschale L09D eingruppiert. Der aktuelle InEK-Reportbrowser weist für diese DRG Kosten von 2.940,32 € aus.

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.)

nicht relevant

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Das Verfahren wurde für das Jahr 2016 mit NUB-Status 1 bewertet ('Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie'). dies ist ein weitere Beleg dafür, dass ein eigenständiger OPS-Code erforderlich ist.