

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

| | |
|--|--|
| Organisation * | Dt. Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung e. V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | DGK |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | https://www.dgk.org |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. med. |
| Name * | Reinecke |
| Vorname * | Holger |
| Straße * | Albert-Schweitzer-Campus 1 Gebäude A1 |
| PLZ * | 48149 |
| Ort * | Münster |
| E-Mail * | Holger.Reinecke@ukmuenster.de |
| Telefon * | 0251-83-44999 |

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|--|---|
| Organisation * | Universitätsklinikum Heidelberg |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Willkommen.127864.0.html |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. med. |
| Name * | Lutz |
| Vorname * | Frankenstein |
| Straße * | Im Neuenheimer Feld 672 |
| PLZ * | 69120 |
| Ort * | Heidelberg |
| E-Mail * | Lutz.Frankenstein@med.uni-heidelberg.de |
| Telefon * | +49-6221-56-38895 |

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

interventionelle modulare ECMO-Therapie, mobilitätserhaltend

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
Dieser Antrag wird durch die Fachgesellschaft selbst gestellt.

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☐ Nein

☒ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

RA-PA ECMO, 'TandemLung'
Firma: CardiacAssist

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung**

Datum der Zertifizierung: 12.03.2015
Zweckbestimmung: Beim Gerät RA-PA ECMO handelt es sich um einen Oxygenator mit Hohlfasern mit dem Sauerstoff zugeführt und Kohlendioxid abgeführt wird. Bei der bezeichneten Anwendung handelt es sich um eine kardiopulmonale Unterstützung, die bei erwachsenen Patienten bzw. erwachsenen Patienten kleiner Statur angewandt wird, die unter einer akuten, sich verschlechternden Atmungsinsuffizienz leiden.

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Schaffung einer Kodiermöglichkeit für die Anwendung der mobilitätserhaltenden modularen RA-PA ECMO-Therapie unter Anwendung der via Jugularvene implantierten extrakorporalen Zentrifugalpumpe. Die Umsetzung könnte wie folgt erfolgen:

Schaffung eines neuen OPS als Zusatzkode:

8-839.a8 Anwendung einer mobilitätserhaltenden fixierten ECMO-Moduls

Hinw.: dieser Kode ist ein Zusatzkode

dabei wären die Bezeichnungen 'mobilitätserhaltend' und 'fixiert' optional und dienen vor allem der detaillierten Beschreibung der verfügbaren ECMO-Optionen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Für die Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur ECMO-Therapie und gleichzeitiger Kreislaufunterstützung gibt es derzeit keine Möglichkeit der Abbildung:

Eine Verschlüsselung über die 8-852 (Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung) ist falsch, da dieser OPS die Anwendung konventioneller, interventioneller ECMO-Systeme abbildet. Da diese konventionellen Systeme aber keine Kreislaufunterstützung beinhalten, kann dieser Teilaspekt der extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur ECMO Therapie nicht über die 8-852 verschlüsselt werden. Das schließt eine Verwendung dieser Klasse aus.

Auf der anderen Seite kann der Informationsanteil der ECMO-Therapie derzeit nicht über die 8-839.a* (Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung) abgebildet werden, da dieser OPS lediglich die Kreislaufunterstützung erfasst.

Da die Verwendung des modularen ECMO Moduls aber gerade auf der Verwendung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe als Basis-Modul aufbaut, wäre eine Verortung in die 8-839.a* korrekt.

Für das Datenjahr 2015 wurde die 8-839.a* (Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung) in den OPS-Katalog aufgenommen. Durch signifikante technische Erweiterungen des Systems ist nunmehr der Betrieb als modulare ECMO zusätzlich zur verfügbaren reinen Kreislaufunterstützung möglich. Die Möglichkeit zur Abbildung dieses Sachverhaltes durch einen OPS Kode sind derzeit nicht gegeben.

Patienten im manifesten Lungenversagen (ARDS) und/oder Rechtsherzversagen haben eine hohe Mortalität und selbst im Überlebensfall eine hohe Morbidität. Die finale Therapieoption liegt in der pulmonalen Ersatztherapie und zusätzlichen Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (CESAR-Studie; Peek; Lancet 2009). Bislang erfolgte dies über offen zu implantierende (chirurgische) ECMO oder kleinere, interventionelle ECMO-Äquivalente. Chirurgische ECMO haben den Vorteil der guten Lungenersatztherapie und hohen Kreislaufunterstützung - gleichzeitig aber den Nachteil der offenen Implantation über Thorakotomie mit den dadurch hohen Komplikationsraten. Bisherige interventionelle ECMO-Äquivalente haben den Vorteil der interventionellen Implantierbarkeit ohne offene chirurgische Verfahren - gleichzeitig aber den Nachteil der relativ geringen Unterstützungsleistung bei adäquater Oxygenierung und hoher Hämolyseraten. Beiden konventionellen ECMO gemeinsam ist die signifikante Rezirkulation des Blutes zwischen den Kanülen, was den Wirkungsgrad deutlich herabsetzt. Das neue ECMO-Verfahren löst alle diese Probleme zuverlässig. Darüber hinaus kombiniert die mobilitätserhaltende ECMO mit aktiver Herz-/Kreislaufunterstützung diese Methoden mit nur einem endovaskulären Zugang via rechter Jugular Vene im Vergleich zur Standard ECMO (2 separate Zugänge) + Herzunterstützung (2 weitere Zugänge - also kumulativ 4 Zugänge!), welches die

Gefäßkomplikationen und Infektionsrisiken deutlich reduziert. Die potentiellen Beinischämien konventioneller Verfahren einschließlich Beinamputationen als Nebenwirkungen werden sogar komplett vermieden, da keine Kanülierung in den Bein Gefäßen vorgenommen wird.

Umgekehrt zeigen Patienten im manifesten Herz-Kreislaufversagen oft eine ausgeprägte pulmonale Begleitpathologie, die die Anwendung einer ECMO-Therapie zusätzlich zu interventionellen Kreislaufunterstützung notwendig macht. Zusammengefasst wird es damit einen relevanten Anteil an Patienten geben, die unabhängig von dem Grund der Initiierung der Therapie (pulmonale Erkrankung oder Kreislaufstörung) und der damit begonnenen Primärtherapie (Oxygenierung oder Kreislaufunterstützung) eine Eskalation in die duale Therapie (ECMO + Assist) benötigen.

Hier könnte bei fehlender Abbildung im DRG-System mangels OPS der wirtschaftliche Fehlanreiz bestehen, z.B. nach Anlage einer interventionellen Therapieform statt einer Aufrüstung eine Eskalation auf die offene chirurgische Therapie der chirurgischen ECMO mit Kreislaufunterstützung vorzunehmen. Bereits medizinisch birgt das für den Patienten die oben ausgeführten Nachteile. Auch wirtschaftlich wäre dies in der Differenzkostenbetrachtung mit signifikanten Mehrkosten behaftet.

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

Das ECMO Modul hat auch für das Jahr 2017 den NUB-Status 1 bekommen.

Eine weitere Differenzierung der 8-839.a* ist aus formaler Klassifikationssicht aus folgenden Gründen zielführender als eine weitere Differenzierung der 8-852.* (ECMO-Therapie):

Die Anwendung des Moduls erfolgt im Rahmen der Therapie mit einer endovaskulären extrakorporalen Zentrifugalpumpe, welche über die 8-839.* bereits erfasst wird und für die im Falle eines sequentiellen upgrades der Kreislaufunterstützung durch das ECMO-Modul zumindest die bereits laufende Kreislaufunterstützung über diesen OPS erfasst werden muss.

Die Struktur der 8-852 (Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO Therapie) und der darauf aufbauenden Abbildung der Vergütung im DRG System zielt auf einen zeitabhängig inkrementalen Ressourcenverbrauch ab. Im Gegensatz dazu verursacht die extrakorporale Zentrifugalpumpe die Kosten lediglich initial (Upfront). Dadurch entstünde bei einer Erfassung über die 8-852 eine strukturelle Schieflage im Vergütungssystem.

Darüber hinaus weisen die Systeme, die derzeit über die 8-852 erfasst werden lediglich eine passive Kreislaufunterstützung im Rahmen der ECMO-Therapie auf. Sie sind damit auch technologisch nicht mit einer ECMO-Therapie im Rahmen der Anwendung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe mit aktiver Rechtsherzunterstützung vergleichbar.

c. Verbreitung des Verfahrens *

☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)

☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)

☒ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Materialkosten des kompletten Systems belaufen sich auf 44.350 € netto.

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

50

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

Gegenüber der Anwendung der extrakorporalen Zentrifugalpumpe ohne die Möglichkeit einer mobilitätserhaltenden ECMO-Therapie ergeben sich Mehrkosten von ca. 8.000,-€.

Im unmittelbaren Vergleich zur offen chirurgischen Implantation von Herzassistensystemen, deren Kosten geschätzt im Mittel zwischen 37.000,-€ und 45.000,-€ liegen, ergeben sich je nach Anwendungsform und –dauer Differenzkosten von etwa minus 6.000,-€ bis plus 2.000,-€ - also klare Kostenvorteile.

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.)

das Verfahren ist derzeit nicht Gegenstand der externen Qualitätssicherung

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)