

# 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](mailto: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](http://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](http://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 *	Herzzentrum der Universität zu Köln
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Choi
Vorname *	Yeong-Hoon
Straße *	Kerpener Str. 62
PLZ *	50937
Ort *	Köln
E-Mail *	yh.choi@uk-koeln.de
Telefon *	+49 221 478 32405

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

## 2. Ansprechpartner/-in (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 \*

### 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](mailto: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) \***

Erweiterung des OPS um Codes für die Rekonstruktion der Aortenklappe

**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 Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

**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.)

entfällt, keine Produktbezug

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

entfällt, keine Produktbezug

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Hinzunahme von OPS Codes durch Differenzierung:  
Kodebereich 5-353 Valvuloplastik:

1. ggf Streichung des Codes 5-353.0

2. Neuaufnahme folgender Codes:

5-353.6 Aortenklappe, Raffung

5-353.7 Aortenklappe, Anuloplastik

5-353.8 Aortenklappe, Taschenrekonstruktion

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Rekonstruktive Eingriffe an Mitral- und Trikuspidalklappen sind seit längerem als dem Klappenersatz überlegene Methoden anerkannt. Insbesondere bei jüngeren Patienten ist der Rekonstruktion der Vorzug zu geben.

Seit einigen Jahren werden auch zunehmend rekonstruktive Eingriffe an der Aortenklappe erfolgreich durchgeführt. Mit der Operationsmethode nach Ozaki lassen sich die Segel der Aortenklappe beispielsweise mittels Implantaten aus verschiedenen Perikardmaterialien (autolog, allogene, xenogen) anatomisch exakt rekonstruieren. Diese Methoden der Rekonstruktion sind bisher im OPS nicht kodierbar. Lediglich bei Mitral und Trikuspidalklappe gibt es entsprechende Codes (5-353.2; 5-353.5)

Darüber hinaus steht seit 2016 auch ein Verfahren für die Anuloplastie zur Stabilisierung der Aortenklappe mittels Implantat zur Verfügung. Das Verfahren funktioniert analog der Mitralklappe durch Einnähen eines ringförmigen Implantats – dem Anuloplastieren.

Auch die Anuloplastie kann derzeit nur bei anderen Herzklappen kodiert werden (5-353.1; 5-353.3; 5-353.4).

Es werden also Codes für die Durchführung der o.g. rekonstruktiven bzw. stabilisierenden Eingriffe an der Aortenklappe benötigt.

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

Rekonstruktive Eingriffe an Mitral- und Trikuspidalklappen sind seit längerem als dem Klappenersatz überlegene Methoden anerkannt. Insbesondere bei jüngeren Patienten ist der Rekonstruktion der Vorzug zu geben.

Seit einigen Jahren werden auch zunehmend rekonstruktive Eingriffe an der Aortenklappe erfolgreich durchgeführt. Mit der Operationsmethode nach Ozaki lassen sich die Segel der Aortenklappe beispielsweise mittels Implantaten aus verschiedenen Perikardmaterialien (autolog, allogene, xenogen) anatomisch exakt rekonstruieren. Diese Methoden der Rekonstruktion sind bisher im OPS nicht kodierbar. Lediglich bei Mitral und Trikuspidalklappe gibt es entsprechende Codes (5-353.2; 5-353.5)

Darüber hinaus steht seit 2016 auch ein Verfahren für die Anuloplastie zur Stabilisierung der Aortenklappe mittels Implantat zur Verfügung. Das Verfahren funktioniert analog der Mitralklappe durch Einnähen eines ringförmigen Implantats – dem Anuloplastieren.

Auch die Anuloplastie kann derzeit nur bei anderen Herzklappen kodiert werden (5-353.1; 5-353.3; 5-353.4).

Es werden also Codes für die Durchführung der o.g. rekonstruktiven bzw. stabilisierenden Eingriffe an der Aortenklappe benötigt.

### 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)

bitte siehe Anhang (Literaturverzeichnis)

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

Die verwendeten Materialien verursachen unterschiedliche Kosten:

- Auto- oder xenogenes Perikard für die Segelrekonstruktion wird von verschiedenen Herstellern angeboten und kostet zwischen € 2.000.- und € 5.000.-
- Ein Anuloplastierung speziell für die Aortenklappe kostet derzeit rund € 3.000.-

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

In Deutschland werden etwa 4.607 Operationen bei einer Aortenklappeninsuffizienz durchgeführt. Dies sind ca. 1.176 von 11.764 Klappenersatzoperationen (Annahme: 90% Aortenstenose, 10% Aorteninsuffizienz), 781 von 7.809 Klappenersatzoperationen mit koronarem Bypass (Annahme: 90% Aortenstenose, 10% Aorteninsuffizienz); 1.923 von 2.565 Aortenklappenersatzoperationen bei Aortenaneurysma (Annahme: 75% aller Operationen wegen Aortenklappeninsuffizienz); 117 isolierte Aortenklappenreparaturen; 610 klappenerhaltende Operationen bei Aneurysma der Aortenwurzel (493 Operationen nach David; 117 Operationen nach Yacoub).

Wie viele davon mittelfristig mit den Verfahren, für welche die o.g. neuen OPS-Kodes beantragt wurden, behandelt werden können ist nicht leicht abzuschätzen. Je nach Geschwindigkeit mit der sich die Verfahren verbreiten, kann man von einem Anteil der neu aufzunehmenden Verfahren von 50% sprechen. Diese Verfahren werden heute bereits angewendet. Wegen fehlender Kodiermöglichkeiten kann keine Aussage zur heutigen Anwendungshäufigkeit getroffen werden.

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

Kostenunterschiede liegen in der Dauer der Operation sowie in den Kosten des verwendeten Materials. Wobei heute weder die OP-Methoden noch die Materialien heute kodiert werden können. Allenfalls kann hier referenziert werden, dass für andere Eingriffe bei denen Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung erfolgt bereits Codes für das verwendete Material (Kapitel 5-93) existieren. Somit ist klar, dass eine Dokumentation der Kosten solcher Materialien generell als sinnvoll gilt und die Abbildung von Kosten im DRG-System verbessert.

Generell kann man auch an den (zu) niedrigen Implantatkosten in den heute mit den verfügbaren OPS Codes angesteuerten DRGs erkennen, dass die Kostenunterschiede zu den unter 6a beschriebenen Verfahren mit den in 6d genannten Kosten erheblich sind.

**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

## 8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Literatur für diesen Antrag:

Ozaki S, Kawase I, Yamashita H, Uchida S, Takatoh M, Hagiwara S, Kiyohara N. Aortic Valve Reconstruction Using Autologous Pericardium for Aortic Stenosis. Circ J. 2015;79(7):1504-10. doi: 10.1253/circj.CJ-14-1092. PubMed PMID: 25818901.

Ozaki S, Kawase I, Yamashita H, Nozawa Y, Takatoh M, Hagiwara S, Kiyohara N. Aortic valve reconstruction using autologous pericardium for patients aged less than 60 years. J Thorac Cardiovasc Surg. 2014 Sep;148(3):934-8. doi: 10.1016/j.jtcvs.2014.05.041. PubMed PMID: 24954174.

Schneider U, Aicher D, Miura Y, Schäfers HJ. Suture Annuloplasty in Aortic Valve Repair. Ann Thorac Surg. 2016 Feb;101(2):783-5.

Mazzitelli D, Fischlein T, Rankin JS, Choi YH, Stamm C, Pfeiffer S, Pirk J, Detter C, Kroll J, Beyersdorf F, Griffin CD, Shrestha M, Nöbauer C, Crooke PS, Schreiber C, Lange R. Geometric ring annuloplasty as an adjunct to aortic valve repair: clinical investigation of the HAART 300 device. Eur J Cardiothorac Surg. 2016 Mar;49(3):987-93. doi: 10.1093/ejcts/ezv234. PubMed PMID: 26156945.

Mazzitelli D, Stamm C, Rankin JS, Pfeiffer S, Fischlein T, Pirk J, Choi YH, Detter C, Kroll J, Beyersdorf F, Shrestha M, Schreiber C, Lange R. Leaflet reconstructive techniques for aortic valve repair. Ann Thorac Surg. 2014 Dec;98(6):2053-60. doi: 10.1016/j.athoracsur.2014.06.052. PubMed PMID: 25468084.

Mazzitelli D, Pfeiffer S, Rankin JS, Fischlein T, Choi YH, Wahlers T, Nöbauer C, Schreiber C, Lange R. A Regulated Trial of Bicuspid Aortic Valve Repair Supported by Geometric Ring Annuloplasty. Ann Thorac Surg. 2015 Jun;99(6):2010-6. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.01.050. PubMed PMID: 25865762.

Vallabhajosyula P, Szeto WY, Habertheuer A, Komlo C, Milewski RK, McCarthy F, Desai ND, Bavaria JE. Bicuspid Aortic Insufficiency With Aortic Root Aneurysm: Root Reimplantation Versus Bentall Root Replacement. Ann Thorac Surg. 2016 Oct;102(4):1221-8. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.03.087. PubMed PMID: 27261086.

Esaki J, Leshnower BG, Binongo JN, Lasanajak Y, McPherson L, Halkos ME, Guyton RA, Chen EP. The David V Valve-Sparing Root Replacement Provides Improved Survival Compared With Mechanical Valve-conduits in the Treatment of Young Patients With Aortic Root Pathology. Ann Thorac Surg. 2016 Nov;102(5):1522-1530. doi: 10.1016/j.athoracsur.2016.04.091. PubMed PMID: 27353485.