

# Änderungsvorschlag für den OPS 2019

## 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:  
*ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-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 2018** 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 *	Charite Universitätsmedizin Berlin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://neurochirurgie.charite.de/">http://neurochirurgie.charite.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof Dr med
Name *	Vajkoczy
Vorname *	Peter
Straße *	Charitéplatz 1
PLZ *	Berlin
Ort *	
E-Mail *	<a href="mailto:peter.vajkoczy@charite.de">peter.vajkoczy@charite.de</a>
Telefon *	+4930450560002

### 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) \***

Intrakranielle Pumpgestützte Aspiration mit Stab mittels eingebauter Fragmentation

**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:

**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.)**

Name des Medizinproduktes: Apollo System  
Hersteller: Penumbra

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

Letzten CE-Zertiifizierung: 22.08.2016

Zweckbestimmung: Das Apollo System dient zur kontrollierten Aspiration von Gewebe und/oder Flüssigkeit bei Operationen am Hirnventrikelsystem oder Cerebrum.

## 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)

Neuaufnahme eines OPS Schlüssels im Bereich:

5-01 Inzision (Trepanation) und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten

5-013 Inzision von Gehirn und Hirnhäuten

5-013.4 Inzision von Gehirn und Hirnhäuten - Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms

Neu:

5-013.a Endoskopische vakuumpumpengestützten Aspiration Intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit mit Stab mit eingebautem mechanischem Fragmentation.

Hinw.: Die Anwendung eines Navigationssystems ist zusätzlich zu kodieren (5-988 ff.)

Synonym: Vakuumpumpengestützten Endoskopische Aspiration intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit mit einem mechanischen Debulking Stab.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Es gibt unter der Version 2018 der OPS-Kodierung keinen Code für die endoskopischen Vakuumpumpen-assistierten Aspiration intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit mit einem Stab mit eingebautem mechanischem Debulking.

Spontane oder traumatische intrazerebrale Blutung (ICH) (ICD-10 code I61.- , S06.33, S06.34 und S06.8) ist mit sehr hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten verbunden. Die Mortalitätsraten für ICH liegen bei 40% bis 50%, wobei die Mehrheit der Überlebenden nach 6 Monaten behindert ist. ICH assoziiert mit intraventrikulärer Blutung (IVH) hat geschätzte Mortalitätsraten von 50% bis 80%.

Die durch ICH verursachte Hirnverletzung ist ein biphasischer Prozess.

Die anfängliche Blutung verursacht eine direkte traumatische Verletzung der regionalen Neuronen. Die Raumforderung verursacht einen Masseneffekt, einige Neuronen werden irreversibel verletzt und benachbartes Gewebe wird komprimiert.

Wenn in den Stunden nach der Blutung die Blutung aufhört, kann die regionale Kompression abklingen und eine frühe klinische Besserung beobachtet werden. Eine frühe klinische Verschlechterung ist typischerweise mit einer Verlängerung der ursprünglichen Blutung verbunden.

Eine zweite Phase der Verletzung manifestiert sich als perihämatomales Ödem in den Tagen nach der ersten Blutung. Dieses perihämatomale Ödem ist unter anderem auf Blutabbauprodukte zurückzuführen, die für das Gehirn direkt toxisch sind (Hämoglobin / Eisentoxizität). Diese Hämotoxizität induziert eine Entzündung und ein Ödem innerhalb des Gehirns neben dem Hämatom und kann zu einer verzögerten klinischen Verschlechterung mit Fortschreiten der Massenwirkung Tagen nach der ursprünglichen Blutung führen.

Der Nutzen der Operation für diese Patienten basiert darauf, die sekundäre Welle der Verletzung nach ICH durch Entfernen des Hämatoms zu vermeiden oder zu mildern.

Groß angelegte randomisierte kontrollierte Studien zeigten zwar keinen Nutzen für die chirurgische Resektion gegenüber konservativem Management. Das Scheitern des konventionellen chirurgischen

Managements zur Verbesserung der Ergebnisse bei neurologisch stabilen Patienten mit ICH wurde der Tatsache zugeschrieben, dass der chirurgische Ansatz bei vielen Patienten genügend Traumata erzeugt an das umgebende Gehirn, um den Vorteil der Hämatomevakuierung zu negieren.

Dies lässt minimalinvasive Operationen (MIS) als die vielversprechendste chirurgische Strategie für ICH-Patienten erscheinen.

MIS-ICH-Evakuierung kann primär pharmakologisch katheterbasiert oder primär mechanisch sein. Die pharmakologische katheterbasierte Evakuierung beinhaltet die Platzierung eines Drainagekatheters unter Bildführung, gefolgt von der Spülung des Katheters mit einer lytischen Lösung, um ein Verstopfen zu verhindern und eine passive Entwässerung des Hämatoms zu erleichtern. Dies erfordert die Aufrechterhaltung eines In-situ-Katheters für mehrere Tage mit intermittierender Bildgebung, um eine stabile Katheterposition zu verifizieren und den Ablauf der Drainage zu überwachen.

Minimalinvasive mechanische Verfahren zur Blutungsentleerung umfassen die Entfernung des Hämatoms in einem einzigen Verfahren. Die Evakuierung des Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit erfolgt durch Absaugen durch ein Endoskop, aber das Verstopfen eines Standard-Aspirationsstabs begrenzt die effektive Evakuierung des Hämatoms.

Die endoskopisch vakuumpumpenassistierte Aspiration eines intrazerebralen Hämatoms mit einem Stab mit eingebautem mechanischem Debulking dient zur kontrollierten Aspiration von Gewebe und Flüssigkeit im Ventrikelsystem oder Großhirn durch den Arbeitskanal eines Neuroendoskops.

Die endoskopische vakuumpumpenassistierte Aspiration eines intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit mit einem Stab mit eingebautem mechanischen Debulking besteht aus einem Aspirationsstab, der eine eingebaute mechanische Debulkingvorrichtung in seinem Lumen enthält, die ein Verstopfen verhindert und die Verwendung eines Stabs mit kleinerem Lumen ermöglicht sowie eine atraumatische Aspiration des Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit erleichtert. Der Stab ist mit einer Vakuumpumpe verbunden, die an einem Sammelbehälter angebracht ist. Das System wird über einen Fußschalter und den Stabgriff gesteuert. Dieses neue Verfahren ermöglicht die Entfernung von hämorrhagischen Produkten durch einen flachen (2,2 oder 2,6 mm) Stab zur kontrollierten Aspiration von Weichgewebe und Flüssigkeit aus dem Ventrikelsystem oder Großhirn.

Ein Neuronavigationssystem wird verwendet, um die Positionierung des Endoskops während des Verfahrens zu unterstützen.

Klinische Daten deuten darauf hin, dass diese innovative Methode eine sichere und effektive minimal-invasive Option für die ICH-Evakuierung darstellt. Das Verfahren kann mit einer endovaskulären Embolisation von rupturierten intrakraniellen Aneurysmen gekoppelt werden.

Dieses neue Verfahren ermöglicht eine minimalinvasive schnelle Entfernung von ICH oder intraventrikulärer Blutung, wodurch das Risiko für Traumata in der umgebenden Hirnhaut minimiert wird, wodurch die Überlebenschancen des Patienten und das klinische Ergebnis verbessert werden.

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

Der vorgeschlagene OPS ermöglicht eine detaillierte Abbildung dieses neuen Verfahrens.  
 Mit dem Verfahren gehen höhere Kosten einher als mit den bisherigen Methoden.  
 Über die Zuweisung eines spezifischen Codes wird die Detektion des Verfahrens im §21-Datensatz möglich und darüber mittelfristig sichergestellt, dass im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung des G-DRG Systems eine sachgerechte Abbildung erreicht wird.

**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)

Fiorella et al, Minimally Invasive Surgery for Intracerebral and intraventricular Hemorrhage - Rationale, Review of existing data and Emerging Technologies; Stroke 2016; 47:1399-1406

M. Spiotta et al; Initial Multicentre Technical experience with the Apollo Device for Minimally Invasive Intracerebral Hematoma evacuation; Operative Neurosurgery 00:1-9, 2015

R.D. Turner et al; Novel Device and Technique for Minimally Invasive Intracerebral Hematoma Evacuation in the Same Setting of a Ruptured intracranial Aneurism: Combined Treatment in the Neurointerventional Angiography Suite; Operative Neurosurgery 0, 1-8, 2015.

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

Die Behandlung einer ICH, und auch die Verwendung von einem Stab mit eingebautem mechanischem Debulking für endoskopische Vakuumpumpen-assistierte Aspiration eines intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit, ist meistens Teil der komplexen Behandlung dieser sehr kranken Patienten. Die genaue DRG-Zuordnung hängt meistens ab von anderen Behandlungen die der Patient erhält.

Viele Patienten, die für diese neue Behandlung in Frage kommen, befinden sich in einer Stroke-Unit. Die G-DRG zuweisung erfolgt somit in der B39ff.

Die Patienten sind auch meistens so krank dass sie sich auf einer Intensivstation befinden (super SAPS; G-DRG B45Z) oder Beatmung brauchen (DRG A13ff, A11ff, A09ff, A07ff,...).

Alle diese DRGs haben relativ geringe Materialkosten (G-DRG Report Browser 2018).

Die Verwendung von einem Stab mit eingebautem mechanischem Debulking für endoskopische Vakuumpumpen-assistierte Aspiration eines intrazerebralen Hämatoms, Gewebe und/oder Flüssigkeit verursacht Mehrkosten in Vergleich zu den Standardbehandlungen (5-014.1 oder 5-013.4) aufgrund der Kosten für das Einmalgerät.

The OP-Zeit und Personalkosten bleiben in etwa gleich wie bei den Standardtherapien, wie sie in den OPS-Codes 5-014.1 und 5-013.4 enthalten sind.

Der Stab mit eingebauter mechanischer Debulking ( Einmalgerät) ist ein Mehrkost von ca. 6900 Euro.

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

In Deutschland wurden in 2016, 35 380 Patzienten wegen einer spontane ICH (I61.-) und 2 366 Patzienten wegen einer Traumatichen ICH (I06.8) hospitalisiert (Destatis 2016). 44 Fälle erhielten einen stereotaktischen Eingriff mit Entleerung eines Intrakraniellen Hematoms (5-014.1), und 4 829 Fälle erhielten eine Inzision van Gehirn und Hirnhäuten mit Entleerung einer intrazerebralen Hämatoms (5-013.4). Wir schätzen, dass 50% dieser Patienten von dieser neue Methode profitieren könnten: etwa 2500 Fälle.

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

Dieses neue Verfahren stellt zusätzliche Kosten für den Einmalgebrauch von Stab mit eingebauten mechanischen Debulking im Vergleich zu dem Verfahren 5-013.4 ( inzision von Gehirn und Hirnhäuten Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms) oder 5-014.1 (Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Entleerung eines intrakraniellen Hämatoms).

Dieses neue Verfahren ermöglicht eine minimalinvasive schnelle Entfernung von ICH oder intraventrikulärer Blutung, wodurch das Risiko für Traumata in der umgebenden Hirnhaut minimiert wird, wodurch die Überlebenschancen des Patienten und das klinische Ergebnis dramatisch verbessert werden.

Die zusätzlichen Kosten sind auf ca. 6900 Euro geschätzt.

**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)