

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 Formulare Daten 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-komplexxodefruehreha.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).

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 *	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.dgk.org
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Holger
Vorname *	Reinecke
Straße *	Grafenberger Allee 100
PLZ *	40237
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	Holger.Reinecke@ukmuenster.de
Telefon *	+492518347625

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
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Frankenstein
Vorname *	Lutz
Straße *	Im Neuenheimer Feld 410
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	Lutz.Frankenstein@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	+4962215638895

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) *

Modulare ECMO-Therapie im Rahmen einer Lungen- und / oder Herz-Kreislaufunterstützung

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:

Vorschlag konsentiert durch die Fachgesellschaft DGK & DGTHG

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,
z.B. '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 kombinierten Anwendung eines ECMO-Moduls mit einer Kreislaufunterstützung mittels extrakorporalen Zentrifugalpumpe 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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Schaffung einer Kodiermöglichkeit für die Anwendung einer RA-PA ECMO-Therapie z.B. im Zusammenhang Implantation einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe via Jugularvene. Die Umsetzung könnte wie folgt erfolgen:

Erweiterung der OPS-Klasse 8-852 (Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO Therapie):

8-852.6- Anwendung eines ECMO-Moduls im Rahmen Lungen- und Herz-Kreislaufunterstützung

Inkl. Anwendung eines ECMO-Moduls bei einer RA-PA-Herzunterstützung

Exkl. Anwendung Nutzung eines Oxygenators (ECMO-Moduls) im Rahmen einer (veno-)venös-arteriellen Kreislaufunterstützung bzw. minimalisierten Herz-Lungen-Maschine (8-852.3 ff.)

Hinw. Die offen chirurgische Implantation der Kanülen oder eines herzunterstützenden Systems ist gesondert zu kodieren (5-376ff., 5-37b ff.)

Die endovaskuläre oder transvasale Implantation der Kreislaufunterstützung ist gesondert zu kodieren (8-839 ff.)

- .60 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- .61 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- .63 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- .64 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- .65 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- .66 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- .67 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- .68 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- .69 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- .6b Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- .6c Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- .6d Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- .6e Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Unter dem Oberbegriff Extrakorporaler Life Support (ECLS) werden verschiedene Formen der Herz-, Kreislauf- bzw. Lungenunterstützung subsummiert. In Abhängigkeit von der Indikation und vor allem dem Blutfluss unterscheidet man bislang veno-venöse Systeme (v-v) und veno-arterielle Systeme (v-a). Im engeren Sinne bezeichnet man die v-v-Systeme als ECMO (ExtraCorporale MembranOxygenierung) – sie dienen primär der Lungen-Ersatztherapie und bieten keine Kreislaufunterstützung. Die v-a-Systeme werden verschiedentlich als ECLS-Systeme im engeren Sinne oder als v-a-ECMO bezeichnet. Sie bieten in jedem Fall eine Herz- und Kreislaufunterstützung mit einem variablen Anteil an Lungenunterstützung.

Dem folgend ist innerhalb der OPS-Klasse 8-852 (Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO Therapie) die Einteilung der ECMO-Therapie nach der Lage der Kanülen. Aktuell sind dort die veno-venöse (8-852.0) und die veno-arterielle Lage (8-852.3) abbildbar. Eine ECMO-Therapie mit Lage der Kanülen im rechten Vorhof und der Pulmonalarterie stellt medizinisch ein von diesen beiden genannten Anwendungsformen klar distinktes pathophysiologisches Prinzip dar. Wie bei der v-v-ECMO-Therapie liegen bei einer RA-PA-ECMO beide Kanülen im kleinen

Kreislauf (eine vor und eine hinter dem rechten Herzen), gemeinsam mit der klassischen ECLS-Therapie erfolgt prinzipiell eine Herzunterstützung – im Gegensatz zur ECLS-Therapie jedoch isoliert des rechten Herzens.

Die Möglichkeit zur differenzierten Abbildung dieses Sachverhaltes durch OPS-Kodes ist derzeit nicht gegeben. Für die Implantation oder Entfernung einer ECMO-Therapie und gleichzeitiger rechtsseitiger Herzunterstützung gibt es derzeit keine Möglichkeit der Abbildung. Dieses bereits angewendete Verfahren hat seit 3 Jahren den NUB-Status 1 (2018: Nr. 181).

Patienten im manifesten Lungenversagen (z. B.: 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). Bisher erfolgt dies über zentral implantierte ECMO-bzw. ECLS-Systeme (aktuell mittels Sternotomie) oder periphere ECMO-Systeme. Zentrale ECMO bzw. ECLS haben den Vorteil der guten Lungenersatztherapie und hohen Kreislaufunterstützung - gleichzeitig aber den Nachteil der offenen Implantation über Sternotomie mit den dadurch erhöhten Komplikationsraten. Bisherige periphere ECMO- bzw. ECLS-Äquivalente haben den Vorteil der Implantierbarkeit über Punktion oder begrenzte Freilegung peripherer Gefäße - gleichzeitig aber den Nachteil der relativ geringen Unterstützungsleistung bei adäquater Oxygenierung, potentieller Hämolyse und der unphysiologischen Beeinflussung des Blutstromes. Beiden – also zentralen und peripheren konventionellen ECMO gemeinsam ist die signifikante Rezirkulation des Blutes zwischen den Kanülen, was den Wirkungsgrad deutlich herabsetzt.

Das RA/PA-ECMO-ECLS-Verfahren löst prinzipiell derartige Probleme. Darüber hinaus kann z.B. eine mobilitätserhaltende ECMO mit aktiver Herz-/Kreislaufunterstützung diese Methoden mit nur einem endovaskulären Zugang via rechter Jugularvene im Vergleich zu anderen ECMO-Systemen mit mehreren Zugängen, Gefäßkomplikationen und Infektionsrisiken deutlich reduzieren. Potentielle arterielle Ischämien der unteren Extremität als Nebenwirkungen o.g. Systeme werden sogar komplett vermieden, da keine arterielle periphere Kanülierung vorgenommen wird.

Umgekehrt zeigen Patienten im manifesten Herz-Kreislaufversagen oft eine ausgeprägte pulmonale Begleitpathologie, die die Anwendung einer ECMO-Therapie zusätzlich zur invasiven Herz-, 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.

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

Das ECMO-Modul hat auch für das Jahr 2018 (somit seit 3 Jahren) den NUB-Status 1 bekommen. Bereits dem vorherrschenden pathophysiologischen Prinzip folgend wäre auch unabhängig davon die weitere Ausdifferenzierung der 8-852.* notwendig. Hierbei wäre zu bedenken, dass die Anwendung des Moduls meist im Rahmen der Therapie mit einer bereits zuvor aktiven rechtsventrikulären Herz-, Kreislaufunterstützung, zum Beispiel mittels einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe, erfolgt.

Die Struktur der OPS-Klasse 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 inkrementellen Ressourcenverbrauch ab. Im Gegensatz dazu verursacht die extrakorporale Zentrifugalpumpe die Kosten lediglich initial (Upfront) und ist für die DRG-Zuordnung relevant.

Sinnvoll wäre daher eine modulare Abbildung, bei der sowohl der OPS-Code für das herzunterstützende System (OPS aus der Klasse 8-839.-, im Fall der RA-PA-ECMO: 8-839.a1) als auch für den Einsatz eines ECMO-Moduls angegeben werden könnte. Das gleiche Prinzip gilt bereits bei den offenen chirurgischen Operationen (s. Hinweise bei den OPS-Klassen (5-376, 5-37b) und sollte auch für transvasale und endovaskuläre Implantationen genutzt werden. Eine modulare Abbildung wäre auch zukunftsfähiger, da diese auch für weitere Innovationen genutzt werden könnte und kein exklusiver Produktbezug besteht. Die ECMO-Kodes könnten weiterhin sowohl im Zusammenhang mit offenen chirurgischen als auch interventionellen Verfahren genutzt werden. Damit bleiben die unterschiedlichen Kosten der Form Implantation über eigene OPS abbildbar und lassen sich besser von den Sachkosten des ECMO-Moduls abgrenzen.

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 - 100 / anno

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

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

Im unmittelbaren Vergleich zur Implantation von zentralen Herzassistenzsystemen via Sternotomie, 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)

n.a.