

# Änderungsvorschlag für den OPS 2020

## 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:  
*ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-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 2019** 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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt 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.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**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 - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://dgk.org">http://dgk.org</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Reinecke
Vorname *	Holger
Straße *	Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	<a href="mailto:holger.reinecke@ukmuenster.de">holger.reinecke@ukmuenster.de</a>
Telefon *	0251 834 3201

### 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) \***

Inklusiva-Erweiterung bei intrakoronarer Druckmessung

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der 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.)**

Betreffende Medizinprodukte sind seit Jahren spezifisch kodierbar und haben ein CE-Mark seit vielen Jahren.

Hersteller: FFR: Abbott Medical GmbH, Boston Scientific

RFR: Abbott Medical GmbH

IFR: Philips-Vulcano

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

## 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)

Redaktionelle Änderung mit Erweiterung des Inklusivums des bestehenden OPS-Kodes 1-279.a:

Aktuell:

1-279.a Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung

Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo)

Vorschlag:

Inkl.: Bestimmung der koronaren Druckverhältnisse mittels intrakoronaren Druckmessdrähten: z.B. fraktionelle myokardiale Flussreserve (FFRmyo), Resting Full-Cycle Ratio (RFR) oder Instantaneous Wave-Free Ratio (IFR)

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Durch die fortschreitende Entwicklung der invasiven Ischämiediagnostik an den Herzgefäßen bildet das aktuelle Inklusivum FFR dieses OPS-Kodes nicht alle gängigen Methoden vollständig ab. Daher bitten wir um die Aufnahme folgender weiterer Messmethoden:

FFR

Die Fraktionelle Flussreserve ist ein Index, welcher den Zustand der epikardialen koronaren Gefäße (Herzkranzgefäße) beschreibt. Dazu werden im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung die Drücke in den Arterien vor und hinter einer Verengung gemessen (Intrakoronare Druckmessung). Aus dem Quotienten zwischen diesen beiden Drücken kann geschlossen werden, ob ein Eingriff an dieser Verengung, zum Beispiel durch eine Stentimplantation, notwendig ist.

RFR

Die Resting Full-Cycle Ratio (RFR) ist ein Verfahren, das (ohne Adenosinabgabe) den intrakoronaren Druck vor und hinter einer Verengung misst. Der Hauptunterschied zur FFR liegt dabei eben darin, dass auf Adenosin verzichtet werden kann. Es findet aber der gleiche Druckmessdraht Anwendung. Im Detail wird dabei das niedrigste Verhältnis zwischen dem diastolischen Druckwert (Pd) und dem Aortendruck (Pa) während des gesamten Herzzyklus (ohne Hyperämie) bestimmt. Bei dieser nicht-hyperämischen / adenosinfreien physiologischen Messung wird dann der niedrigste Pd / Pa-Quotienten während des gesamten Herzzyklus (sowohl Systole + Diastole) bestimmt. Damit kann unter gewissen Voraussetzungen eine Vereinfachung der physiologischen Beurteilung von Läsionen erfolgen und damit die den Patienten belastende Adenosinabgabe vermieden werden.

IFR

Die IFR (instantaneous wave-free ratio, manchmal auch instant wave-free ratio, oder instant flow reserve genannt; etwa: unmittelbares wellenfreies Verhältnis) ist eine diagnostische Methode um zu bestimmen, ob eine Engstelle (Stenose) einen reduzierten Blutfluss mit nachfolgender Sauerstoffmangelversorgung (Ischämie) bedingt. Die Methode ermöglicht eine Berechnung der hämodynamischen Relevanz von Stenosen ohne notwendige Induzierung einer Hyperämie. Dabei wird ein diastolisches Intervall (wave-free period) im Herzzyklus genutzt. Potenzielle Vorteile der neuen Methode sind, wie auch bei der RFR, ein geringerer Aufwand und weniger Nebenwirkungen. IFR wird Rahmen einer konventionellen Linksherzkatheteruntersuchung durchgeführt. Dabei werden spezielle Druckmessdrähte benutzt, die in der zu untersuchenden Koronararterie platziert werden.

Alle beschriebenen Methoden erlauben die objektive Messung von physiologischen Parametern, die einen Rückschluss auf die Hämodynamik in den Herzgefäßen ermöglichen. Alle Methoden werden auch mit technisch sehr ähnlichen (oder gar identischen) Kathetern durchgeführt, so dass das aktuelle Inklusivum die Weiterentwicklung der Katheter- und Messtechnik berücksichtigen sollte.

Die (Mehr-) Kosten dürften sich alle im gleichen Rahmen belaufen, ca. 500-1000,- € pro Katheter.

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

Der OPS-Code ist bereits in mehreren Fallpauschalen DRG-gruppierungsrelevant, d.h. die korrekte und vollständige Anwendung dieses Codes ist für eine sachgerechte Finanzierung der Krankenhäuser wichtig.

**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

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

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

Die Sachkosten belaufen sich zwischen 500,- und 1.000,- Euro abhängig von der speziellen Methode. Die Personalkosten sind jedoch sehr ähnlich und in den DRGs einkalkuliert.

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

Zu den unterschiedlichen Methoden innerhalb des OPS-Kodes 1-279.a gibt es keine genauen Fallzahlen, da die einzelnen Methoden nicht spezifiziert sind und die Unterscheidung somit technisch nicht möglich ist. Wir gehen von jeweils mehreren Tausend Fällen/anno pro Methode aus, insgesamt kam der Kode 1-279.a über 42.000 im Jahr 2017 zum Einsatz.

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

Die Mehrkosten dieser Methoden belaufen sich auf ca. 500€ bis 1.000€. Für Patienten mit stabiler Angina (bzw. genauer: ohne komplexe Diagnose) sind diese Mehrkosten bereits im DRG-System adäquat abgedeckt. Bei Patienten mit komplexen kardialen Erkrankungen hingegen (überwiegend Myokardinfarkt) werden die Kostenunterschiede noch nicht durch das DRG-System abgebildet.

**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.)

Der OPS-Kode 1-279.a wird in den ex. QS-Bögen „Perkutane Koronarintervention“ (PCI) und „Koronarangiographie“ (QS PCI) bereits als Leistungskode abgefragt, so dass eine Spezifizierung zum korrekten Einsatz des Kodes auch hier Sinn ergibt.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)