

Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

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:
ops2021-kurzbezeichnungsinhalts.docx; kurzbezeichnungsinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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.

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, 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte

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

Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGNER
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.dgner.org
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Dörfler
Vorname *	Arnd
Straße *	Schwabachanlage 6, Kopfklinikum
PLZ *	91054
Ort *	Erlangen
E-Mail *	arnd.doerfler@uk-erlangen.de
Telefon *	0913-18534326

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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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 *

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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) *

Streichung des OPS 8-83b.d mit gleichzeitig neuem Inklusivum im OPS 8-83b.8

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:

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
 Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
 Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie (DeGIR)

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.)

ACE 60, 64, 68, 3Max, Jet 7 - Fa. Penumbra Inc, USA
 Sofia 5F und Sofia 6F Plus - Microvention, USA
 React - Fa. Medtronic, USA
 Fargo, Fargo Max - Balt, France
 Embovac - Cerenovus, USA
 Catalyst - Stryker, USA

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

SOFIA	DA5125ST	16.09.2013
	DA5115ST	17.07.2014
	DA6115ST	18.02.2019
SOFIA PLUS		18.02.2015
REACT		2019
EMBOVAC		12/2019

CATALYST 2019

Zweckbestimmung laut Gebauchsanweisung/Indikation

"... sind die Katheter zur Revaskularisierung von Patienten mit einem akuten ischämischen Schlaganfall als Folge von Verschlusskrankheiten in den großen intrakraniellen Blutgefäßen (innerhalb der A. carotis interna, der A. cerebri media, der A. basilaris und der A. vertebralis) indiziert.

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)

Streichung von OPS 8-83b.d (Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen)

Neues Inklusivum in OPS 8-83b.8 (Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung)

Inkl.: Mikrodrahtgestütztes Thrombektomiesystem mit kontinuierlicher Aspiration

Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die mechanische Thrombektomie beim akuten Schlaganfall ist mittlerweile ein anerkanntes und evidenz-basiertes Behandlungsverfahren. In vielen hochrangig publizierten, internationalen, prospektiv-randomisierten Studien (u.a. MR CLEAN, SWIFT PRIME, REVASCAT, IA EXTEND, THRACE, THERAPY) konnte die hohe Wirksamkeit der mechanischen Thrombektomie überzeugend gezeigt werden. Weitere randomisierte Studien (DAWN, DEFUSE 3) belegen für ausgewählte Patienten sogar eine hohe Effektivität selbst im erweiterten Zeitfenster bis 24 Stunden nach Symptombeginn.

Grundsätzlich sind bei der endovaskulären Therapie des ischämischen Schlaganfalls sowohl der Stent-Retriever als auch der Aspirationskatheter („Mikrodrahtretriever“) standardmäßig eingesetzte Techniken, die mit hoher Erfolgsrate eine Rekanalisation verschlossener Hirngefäße ermöglichen. Die verfügbare Studienlage belegt dabei mittlerweile sowohl für die „Stentretreiver“ als auch für die „Aspirationsbehandlung“ („Mikrodrahtretriever“) eine Level-Ia Evidenz. Regelmäßig werden beide Verfahren in Kombination angewendet, wodurch sich die Wirksamkeit der Behandlung (Rekanalisationsrate) in der Praxis erhöhen lässt. Auch die aktuellen Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften sehen daher beide Verfahren, sowohl einzeln als in Kombination eingesetzt als elementare Bestandteile der First-Line-Therapie. Während bei der Kodierung der Stentretreiver (OPS 8-83b.84ff) keine Unklarheiten bestehen, gibt es diese für die Kodierung der „Mikrodrahtretriever“-Systeme (OPS 8-83b.80ff).

Diese seit 2007 eingesetzten Schlaganfalls-Systeme basieren primär auf einer mikrodrahtgestützten Aspiration von Blutgerinnseln aus einer Hirnschlagader. Abhängig von der Größe des Zielgefäßes werden dazu sog. Reperfusionkatheter unterschiedlicher Größe (0.5 – 1mm Durchmesser) verwendet. Um eine Verstopfung der in der Anfangsphase dünnen Mikrokathetersysteme zu verhindern, wurde bei diesen Kathetersystemen zusätzlich ein sog. „Separator- Mikrodraht“ eingesetzt, der eine kontinuierliche Absaugung des Blutgerinnsels aus der Hirnschlagader ermöglicht. Basierend auf diesem ersten mikrodrahtgestützten Schlaganfallssystem wurde daher im OPS-System die Kategorie „Mikrodrahtretriever“ (OPS 8-83b.80ff) eingerichtet und wird seither für diese aspirationsgestützte Therapieform verwendet.

Im Jahr 2017 wurden die entsprechenden OPS in folgender Häufigkeit kodiert:

8-83b.80 (1 Mikrodrahtretriever-System): 5.791

8-83b.82 (2 Mikrodrahtretriever-Systeme: 1.500

8-83b.83 (3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme: 243

Die Aspirations-Systeme zur akuten Schlaganfallsbehandlung wurden kontinuierlich weiterentwickelt, so dass mittlerweile auch Reperfusionskatheter mit höherer Flexibilität und deutlich größeren Innenlumen verfügbar sind. Insbesondere die größeren Reperfusionskatheter zeigen dabei wissenschaftlich belegt ein signifikant verbessertes Rekanalisationspotential mit sehr guten klinischen Ergebnissen. Neben den prospektiv randomisierten internationalen Studien belegen aktuell u.a. auch zwei deutschsprachige Studien die hohe medizinische Wirksamkeit der Aspirationskatheter („Mikrodrahtretriever“) (Möhlenbruch M, et al. 2017; Schramm P, et a. 2018).

Für die Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen besteht seit langem der OPS 8-83b.d

Die mittlerweile größeren Katheter haben dabei insbesondere den Vorteil, dass der Separator-Mikrodraht nicht mehr vonnöten ist. In der (historischen) Definition „Mikrodrahtretriever“ ist die Verwendung eines Separators nicht hinterlegt. Unbenommen davon ist, dass üblicherweise jedes (Reperfusion-) Mikrokathetersystem über einen Mikrodraht am Gefäßverschluss platziert wird – also ein Mikrodraht bei der Sondierung des Hirngefäßes zum Einsatz kommt.

Für die Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen besteht seit langem der OPS 8-83b.d. Im Jahr 2017 wurde er 7.507 Mal kodiert.

Vor dem Hintergrund zunehmender Diskussion mit den Medizinischen Diensten sollte hier durch die Einführung eines Inklusivums eine weitere Konkretisierung der mittlerweile veralteten Definition (Mikrodrahtgestütztes Thrombektomiesystem mit kontinuierlicher Aspiration) des OPS 8-83b.80 bis 8-83b.83 erfolgen.

Gleichzeitig sollte der OPS 8-83b.d gestrichen werden, um Eindeutigkeit zu erzielen.

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

Obwohl beide eingesetzten Systeme (Mikrodrahtretriever-System und die Verwendung flexibler intrakranieller Aspirationsmikrokathetersysteme) etwa gleichpreisig sind, führen die entsprechenden OPS in ganz unterschiedliche DRG (bzw. ZE 133, nämlich nur 8-83b.8*) und führen deshalb immer häufiger zu unnötigen Auseinandersetzungen mit dem MDK.

Dies würde durch die Umsetzung unseres Vorschlags in Zukunft vermieden.

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)

Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S, McTaggart RA, Torbey MT, Kim-Tenser M, Leslie-Mazwi T, Sarraj A, Kasner SE, Ansari SA, Yeatts SD, Hamilton S, Mlynash M, Heit JJ, Zaharchuk G, Kim S, Carrozzella J, Palesch YY, Demchuk AM, Bammer R, Lavori PW, Broderick JP, Lansberg MG; DEFUSE 3 Investigators. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med.* 2018;378:708–718.

Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, Schonewille WJ, Vos JA, Nederkoorn PJ, Wermer MJ, van Walderveen MA, Staals J, Hofmeijer J, van Oostayen JA, Lycklama à Nijeholt GJ, Boiten J, Brouwer PA, Emmer BJ, de Bruijn SF, van Dijk LC, Kappelle LJ, Lo RH, van Dijk EJ, de Vries J, de Kort PL, van Rooij WJ, van den Berg JS, van Hasselt BA, Aerden LA, Dallinga RJ, Visser MC, Bot JC, Vroomen PC, Eshghi O, Schreuder TH, Heijboer RJ, Keizer K, Tielbeek AV, den Hertog HM, Gerrits DG, van den Berg-Vos RM, Karas GB, Steyerberg EW, Flach HZ, Marquering HA, Sprengers ME, Jenniskens SF, Beenen LF, van den Berg R, Koudstaal PJ, van Zwam WH, Roos YB, van der Lugt A, van Oostenbrugge RJ, Majoie CB, Dippel DW; MR CLEAN Investigators. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372:11–20.

Bracard S, Ducrocq X, Mas JL, Soudant M, Oppenheim C, Moulin T, Guillemin F, THRACE investigators. Mechanical thrombectomy after intravenous alteplase versus alteplase alone after stroke (THRACE): a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2016;15:1138–1147.

Campbell BC1, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, Yan B, Dowling RJ, Parsons MW, Oxley TJ, Wu TY, Brooks M, Simpson MA, Miteff F, Levi CR, Krause M, Harrington TJ, Faulder KC, Steinfort BS, Priglinger M, Ang T, Scroop R, Barber PA, McGuinness B, Wijeratne T, Phan TG, Chong W, Chandra RV, Bladin CF, Badve M, Rice H, de Villiers L, Ma H, Desmond PM, Donnan GA, Davis SM; EXTEND-IA Investigators. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med.* 2015;372:1009–1018.

Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, Roy D, Jovin TG, Willinsky RA, Sapkota BL, Dowlathshahi D, Frei DF, Kamal NR, Montanera WJ, Poppe AY, Ryckborst KJ, Silver FL, Shuaib A, Tampieri D, Williams D, Bang OY, Baxter BW, Burns PA, Choe H, Heo JH, Holmstedt CA, Jankowitz B, Kelly M, Linares G, Mandzia JL, Shankar J, Sohn SI, Swartz RH, Barber PA, Coutts SB, Smith EE, Morrish WF, Weill A, Subramaniam S, Mitha AP, Wong JH, Lowerison MW, Sajobi TT, Hill MD; ESCAPE Trial Investigators. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372:1019–1030.

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

1 Mikrodrahtretriever-System kostet ca. 1.500 €.

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

Beide verwendeten Systeme sind in etwa gleichpreisig.

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

Im Jahr 2017 wurden die entsprechenden OPS in folgender Häufigkeit kodiert:

8-83b.80 (1 Mikrodrahtretriever-System): 5.791

8-83b.82 (2 Mikrodrahtretriever-Systeme): 1.500

8-83b.83 (3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme): 243

Der zu streichende OPS 8-83b.d (Verwendung von flexiblen intrakraniellen Aspirationsmikrokathetersystemen) wurde 7.507 Mal kodiert.

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.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)