

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-komplexeinheitscodefruehreha.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 Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin-Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gefaesschirurgie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof.Dr.
Name *	Billing
Vorname *	Arend
Straße *	Starkenburgring 66
PLZ *	63069
Ort *	Offenbach
E-Mail *	arend.billing@sana.de
Telefon *	069 8405 5591

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) *

Endovaskuläre Arterialisierung tiefer Venen

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.)

LimFlow Stent Graft System, Firma LimFlow SA, Paris, Frankreich

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

CE-Kennzeichnung am 17.10.2016: DEKRA Zertifizierung B.V. ID Nr. 0344, Zertifizierungsnummer: 2017847CE18. Revisionsdatum 09.05.2017 inklusive Stent Graft System.

Zweckbestimmung lt. Gebrauchsanweisung: "Das LimFlow System ist für eine Behandlung eines schwerwiegenden Gefäßverschlusses der unteren Extremitäten vorgesehen, wobei ein arteriell-venöser Shuntübergang minimalinvasiv geschaffen wird, um die Arterialisierung des venösen Blutes im Gefäßsystem unterhalb des Knies zu erreichen."

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 von Schlüsselnummern (Basis OPS 2020) unter

8.83c Andere (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen

8-83c.g Endovaskuläre Arterialisierung tiefer Venen durch angiographisch-geführte AV-Fistelanlage, retrograde Valvulotomie und Einlage eines konischen Spezial-Stentgrafts und weiteren geraden Spezial-Stentgrafts

8-83c.g0 mit Einlage von (insgesamt) zwei Spezial-Stentgrafts

8-83c.g1 mit Einlage von (insgesamt) drei Spezial-Stentgrafts

8-83c.g2 mit Einlage von (insgesamt) mehr als drei Spezial-Stentgrafts

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Es handelt sich um ein aufwendiges und komplexes Behandlungsverfahren, um bei speziellen verzweifelten Stadien der Extremitätenischämie doch noch die Amputation zu verhindern.

Hintergrund:

Die endovaskuläre (perkutane), tiefe Venen-Arterialisierung (pTVA) ist indiziert für Patienten mit fortgeschrittener peripherer Verschlusskrankheit, bei welchen die aktuell gängigen chirurgischen und endovaskulären Behandlungsoptionen zur Revaskularisierung zur Vermeidung einer drohenden Amputation ausgeschöpft sind. Die Patienten stellen sich alle mit komplett verschlossenen Arterien ab Unterschenkel vor und haben nicht heilende Wunden.

Die pTVA ein minimal-invasives Verfahren, welches durch die standardisierte Abfolge einzelner endovaskulärer Techniken die Überleitung von arteriellem Blut in eine tiefe Beinvene herstellt, die nach entsprechender Behandlung die Funktion einer Arterie übernimmt und es durch eine Flussumkehr schafft, arterielles Blut über die Venen in das Gewebe abzugeben. Nach erfolgreicher pTVA werden Unterschenkel und Fuß wieder ausreichend durchblutet. Dies führt zu einer besseren Perfusion (Oxygenierung) des gefährdeten und geschädigten Gewebes. Dadurch werden Schmerzen gelindert, die Wundheilung gefördert, die Lebensqualität der Patienten verbessert und es besteht die Aussicht, dass die andernfalls beschlossene (Major-)Amputation des Unterschenkels wirksam verhindert werden kann.

Materialien und Methode:

Bei der pTVA kommt ein Instrumenten-Set in einer standardisierten Abfolge zum Einsatz, welches aus mehreren patentrechtlich geschützten Medizinprodukten besteht, die eigens für die endovaskuläre Arterialisierung im Unterschenkels entwickelt wurden und weiterentwickelt werden.

Dieses Set schließt (erstens) ein speziell entwickeltes arteriell-venöses Katheterset ein, welches die Verbindung zwischen der Arterie und der Vene schafft. Mit einem (zweitens) für diese Methode entwickelten retrograden Valvulotoms werden in einer Vorwärtsbewegung die Venenklappen durchtrennt, wobei die Venenwand nicht traumatisiert wird. Schließlich (drittens) sichert eine Gruppe selbst-expandierender Stentprothesen mit hoher Radialkraft aus einer Nickel-Titanlegierung, die mit neuartigem, elektronisch gesponnenen PTFE beschichtet sind, die Durchflussdynamik. Der über der arteriovenösen Verbindung liegende Stentgraft ist konisch (3,5-5,5), um den realen Durchmessern der Gefäße gerecht zu werden. Die verschiedenen Komponenten wurden für jeden prozeduralen Teilschritt der pTVA speziell adaptiert, um den prozeduralen Endpunkt bei maximaler Sicherheit für den Patienten

und maximaler Bedienerfreundlichkeit für den Operateur zu erreichen.

Durchführung der pTVA:

Das zur Verfahrensdurchführung erforderliche Set spezieller Instrumente und zu implantierender Stentgrafts ist nicht aus einer individuellen Auswahl aus standardisierten Einzelprodukten verschiedener Hersteller zusammenstellbar, sondern muss für das Verfahren pTVA als vom Hersteller vorkonfiguriertes Set bezogen werden. Dadurch ist das Verfahren pTVA selbst als Komplexprozedur zu fassen, deren standardisierte Durchführung mit einem spezifischen und eindeutigen Leistungsbezeichner / OPS Kode zu kodieren sein soll.

Aus der nachfolgenden Beschreibung der Prozedurschritte wird ebenfalls deutlich, dass die prozedurale Kodezusammenfassung durch Definition eines neuen Kodes für eine signifikante Prozedur - hier wie vorgeschlagen die pTVA - notwendig ist, zumal selbst für einzelne Prozedurschritte der pTVA noch kein spezifischer OPS Kode existiert.

Standardisierte Abfolge der fünf wesentlichen Prozedurschritte zur pTVA und derzeitige naheliegende OPS 2020 Kodierung des jeweiligen Prozedurschrittes:

Schritt 1.

Nach Punktionen und Schloßeneinlagen im Bereich des Fußes (V. tibialis oder V. plantaris) und der Leiste (A. femoralis) werden Führungsdrähte so platziert, dass diese parallel zueinander am proximalen Unterschenkel angiographisch sichtbar sind. Es werden nun die Speziale Katheter an die geplante Verbindungsstelle vor dem arteriellen Verschluss vorgefahren (Arteriell 6F; Venös 4F) und angiographisch zueinander ausgerichtet. Hierfür wird ein Ultraschallsignal verwendet, welches vom einen zum anderen Katheter gesendet wird und extern über ein Tablet für den Anwender sichtbar wird und so einen sichere und reproduzierbare Punktion von Arterie zu Vene gewährleistet.

-> OPS Kodierung von Schritt 1: naheliegend, jedoch nicht spezifisch ist die OPS 3-05e.7 "Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße - Gefäße Unterschenkel"

Schritt 2.

Sind beide Ultraschallköpfe in gleicher Höhe zueinander gerichtet und indiziert das Erreichen der maximalen Signalstärke die korrekte Orientierung des arteriellen Katheters in Richtung der Vene, erfolgt die transluminale Punktion mit einer gekrümmten Hohlneedle, die aus dem Arbeitskanal des arteriellen Katheters austritt. Eine Verbindung zwischen beiden Gefäßen ist geschaffen.

-> OPS Kodierung von Schritt 2: Eine spezifische OPS "(IVUS-)geführte transluminale Punktion" oder "endovaskuläre AV-Fistelanlage im Unterschenkel" ist nicht vorhanden, ansonsten unspezifisch 8-839.x "Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße - sonstige"

Schritt 3.

Sodann wird ein Führungsdraht durch die Hohlneedle von der Arterie in die Vene vorgeschoben. Die so hergestellte Verbindung wird daraufhin mittels Ballondilatation erweitert.

-> OPS Kodierung von Schritt 3: OPS 8-836.0c "Ballon-Angioplastie - Gefäße Unterschenkel"

Schritt 4.

Die retrograde Valvulotomie hat das Ziel die Venenklappen in der neuen Flussrichtung zu zerstören ohne die Vene an sich zu beschädigen. Dies ist zum einen wichtig, dass an den Stellen der Abdeckung die Spezialstents vollständig aufgehen und an den Stellen ohne Stents (im Fuß) möglichst atraumatisch ein Vorwärtsfluss durch die Venen bis zu den distalsten Regionen im Fuß erzielt wird. Das Valvulotom wird distal der Verbindungsstelle geöffnet und durch eine Vorwärtsbewegung über die Knöchelregion in die kleinen Fußvenen geschoben. Dieser Vorgang deaktiviert die Klappenfunktion effektiv und sicher und kann mehrfach wiederholt werden.

-> OPS Kodierung: Eine spezifische OPS "Retrograde transluminale Valvulotomie" ist nicht vorhanden, naheliegend ist - wie schon einmal oben und damit ggf. wiederholt kodierungsnotwendig - OPS 8-839.x "Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäßesonstige - sonstige"

Schritt 5.

Nachdem der geschaffene AV Shunt und die Vene vorbereitet sind, muss nun gesichert werden, dass die vielen, natürlichen Seitenäste in den Venen, den Vorwärtsfluss nicht vorzeitig "klauen". Dazu werden selbstexpandierende PTFE gecoverte, gerade Spezial-Stentgrafts vom Knöchel beginnend aufwärts eingelegt. Schließlich erfolgt die Einbringung eines speziell für diese Methode entwickelten konischen Verbindungsstentgrafts im arteriovenösen Übergang, um die realen Durchmesser der Arterie und Vene in diesem Segment zu respektieren. Der in diesem Schritt erzeugte Verbindungskanal führt zu einem hohen und kontinuierlichen Blutfluss in den vormals arteriell ischämischen Fuß.

Der Verbindungsstentgraft ist in umgekehrter konischer Form konstruiert, wobei das schmalere Ende (3,5 mm Ø) an die Größe der Zuflussarterie angepasst ist, um diese vor einem Trauma zu schützen. Die größere Seite auf der distalen Venenseite (5,5mm Ø) maximiert den Ausfluss.

Die zylindrischen Verlängerungsstentgrafts halten aufgrund ihrer Radialkraft, welche höher ist als die auf dem Markt verfügbarer herkömmlicher Stentprothesen, das Durchfließvolumen in Richtung des Fußes aufrecht. Hinweis: Die venösen spezial-Stentgrafts für den Einsatz nach Valvulotomie sind nicht in anderen (arteriellen oder venösen) Gefäßlokalisationen anwendbar.

In der Regel werden insgesamt drei bis vier Stentprothesen implantiert, das Minimum sind zwei Stentgrafts, deren maximale Anzahl wird bestimmt durch die Länge des arterialisierten Venenabschnittes.

-> OPS Kodierung:

Spezifische OPS Codes für die Implantation der zylindrischen Spezial-Stentgrafts in die zu arterialisierende Vene und für den konischen Verbindungsstentgraft existieren nicht. Die hilfsweise Benutzung von Codes unter 8-842 inklusive Zusatzcodes aus 8-83b ist nicht sachgerecht.

Ergebnis:

Sobald dieser letzte Schritt durchgeführt wird, ist ein vollständiger Vorwärtsfluss zum Fuß erreicht und die Vene beginnt, die Funktion der Arterie zu übernehmen. Dies wird durch endovaskuläre Techniken ohne einen aufwendigen offenen chirurgischen Eingriff erreicht, dessen technische Erfordernisse und Limitationen (Anastomosen an kleinen Gefäßen, größeres OP-Feld in minder perfundierten Extremitäten) Ursache dafür ist, dass das Verfahren der chirurgischen TVA keine weite Verbreitung erfuhr, bevor innovative interventionelle Techniken jetzt die Methode wiederbeleben.

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

Die Prozedur der pTVA ist im OPS Katalog weder als standardisierte signifikante Prozedur abgebildet, noch wären alle Teilschritte sachgerecht durch spezifische OPS Codes differenzierbar.

Zur Kodierung der Komplexprozedur pTVA wären regelhaft (mindestens) fünf Teilprozeduren zu kodieren, von denen einzelne auch bei anderen interventionellen Prozeduren nicht standardisiert als spezifische OPS Codes infrage kommen. Dies betrifft insbesondere drei Prozedurschritte:

Schritt 2: (IVUS-)geführte transluminale Punktion und/oder endovaskuläre AV-Fistelanlage

Schritt 4: Retrograde transluminale Valvulotomie

Schritt 5: Implantation eines konischen arteriell-venösen Verbindungsstentgrafts und zylindrischer Spezial-Stentgrafts in eine zu arterialisierende Vene

Die Prozedurkomplexität der pTVA ist bisher kaum / nicht kodierbar. Um dieses Verfahren z.B. zunächst als NUB in das DRG System einführen zu können wäre eine eindeutige Kodierbarkeit hilfreich.

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)

Beschluss des G-BA gemäß §137h SGB V zur pTVA vom 06.04.2017

(G-BA 2017) <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2912/> (Es ist kein Medizinprodukt höherer Risikoklasse betroffen.)

Literatur zur Methode der Arterialisierung tiefer Venen, mit speziellem Bezug zur endovaskulären pTVA unter Anwendung des LimFlow Systems

(Kum 2017) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697694>

(Schreve 2016) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28027892>

(Lichtenberg 2018) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29065790>

(Del Giudice 2018) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30019194>

(Schreve 2017) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28155264>

(Mustapha 2019) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30819976>

Leitlinie - Update angemeldet

(DGA 2016) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-003.html>

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Kosten der vorschlagsgegenständlichen Methode pTVA variieren wesentlich mit der Anzahl der verwendeten venösen Spezial-Stentgrafts. Daher wird eine entsprechende Untergliederung eines neuen OPS Kodes vorgeschlagen (siehe 6.)

Werden beispielsweise (insgesamt) drei Spezial-Stentgrafts in einem Behandlungsfall eingesetzt, dann erreichen die Mehrkosten, die hauptsächlich durch die Sachkosten für die speziellen Instrumente und Implantate des LimFlow Systems verursacht werden, einen Betrag von ca. € 12.000. Ein einzelner Spezial-Stentgraft trägt mit € 3.000 zu dieser Summe bei.

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

Für dieses für betroffene Patienten "No Option" Verfahren besteht kein Vergleichsverfahren, außer man zöge die unausweichliche Amputation als das "übliche" Verfahren heran, welche es mit der pTVA zu vermeiden gilt. DRG-Erlöse und damit die Kosten für Amputationen liegen in der Größenordnung bis zu 10.000 Euro (representativ ist z.B. DRG F28B). Hinzu kommen beträchtliche, hier nicht zu beziffernde Folgekosten.

Die Behandlungsfallkosten mit der Hauptleistung pTVA (siehe 7d) können die Kosten der Amputationsbehandlung als auch die Kosten für die üblichen endovaskulären Verfahren zum Versuch der arteriellen Rekanalisation um das Doppelte überschreiten.

Umso mehr ist eine spezifische OPS Kodierung für die pTVA erforderlich, um auch die Wirtschaftlichkeit der Anwendung der pTVA beurteilen und in Relation zu deren patienten-relevanten Nutzen verfolgen zu können.

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

20-50/Jahr

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.)

keine Relevanz

8. Sonstiges

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