

## Änderungsvorschlag für den OPS 2022

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 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:  
*ops2022-kurzbezeichnungsinhalts.docx*; *kurzbezeichnungsinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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 – ...

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 (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), 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 und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM 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 BfArM 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 und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://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 Kardiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.dgk.org">https://www.dgk.org</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.med.
Name *	Frankenstein
Vorname *	Lutz
Straße *	Grafenberger Allee 100
PLZ *	40237
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	Lutz.Frankenstein@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	06221-56-38895

### Einräumung der Nutzungsrechte

- \* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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 BfArM 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 BfArM 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) \***

OPS für intermittierende druckkontrollierte Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus

**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 BfArM 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.)**

PiCSO® Impulse Katheter, Miracor Medical SA

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

Der PiCSO Impulse Katheter wurde am 07.10.2020 zertifiziert; Zert No: 10000341918-PA-NA-NOR Rev 1.0.  
Das PiCSO Impulse System ist dazu vorgesehen, die Infarktgröße durch intermittierende Okklusion des Ausflusses des Koronarsinus bei Patienten zu verringern, die sich aufgrund eines Myokardinfarkts einer perkutanen Koronarintervention unterziehen und einen TIMI-Grad von 0 oder 1 aufweisen.



## 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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Etablierung eines neuen OPS-Kodes für das PiCSO-Verfahren, z.B.  
8-839.c „Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße:  
Intermittierende druckkontrollierte Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus  
Inkl. PiCSO“

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Der akute Myokardinfarkt ist unverändert mit einer hohen Mortalität assoziiert (Fournier S. et al. 2015). Die überlebenden Patienten entwickeln durch den entstandenen Myokardschaden sehr häufig eine Herzinsuffizienz mit der damit verbundenen Einschränkung von Lebensqualität und Lebenserwartung (Bahit et al. 2018). Die Größe des Infarktareals steht in direktem Zusammenhang zum Outcome (Stone et al. 2016).

Die Therapie der Wahl ist die interventionelle Revaskularisation mittels Koronarangioplastie/Stent (PCI) bzw. Bypass. Selbst bei optimaler Revaskularisation bleibt die Mikrozirkulation in der Infarktzone in fast 50% der Fälle eingeschränkt (Symons et al. 2018). Das Vorhandensein und das Ausmaß der mikrovaskulären Obstruktion nach Therapie des Myokardinfarkts ist stark mit der Mortalität und/oder Krankenhausaufenthalt wegen einer Herzinsuffizienz im weiteren Verlauf verbunden (De Waha et al. 2017).

Durch die intermittierende druckkontrollierte Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus wird die Mikrozirkulation in der Infarktzone signifikant verbessert und damit der Erfolg der Revaskularisation nachweislich gesteigert:

- die First-in-Man-Studie Prepare PiCSO bestätigte die Sicherheit des Verfahrens und belegt die Effektivität, den Druck in der Koronarsinus zu erhöhen (van de Hoef et al. 2012)
- die multizentrische Prepare RAMSES-Studie zeigte mittels MR-Tomographie die Reduktion der Infarktgröße im Vergleich zur Kontrollgruppe (van de Hoef et al. 2015)
- die prospektive OxAMI-PiCSO Studie bestätigte die Reduktion der Infarktgröße und zeigte darüber hinaus eine deutliche Verbesserung der mikrovaskulären Funktion (DeMaria et al. 2018)
- die Konfirmationsstudie PiCSO in ACS (NCT02197325) zeigte im Vergleich zur Standard-Behandlung des Myokardinfarkts, dass eine zusätzliche Anwendung der Koronarsinusokklusion die Infarktgröße an Tag 5 signifikant - um 30% - reduziert (Egred et al. 2020).
- diese positiven Ergebnisse werden kontinuierlich in einem laufenden Studienkonzept bestätigt und erweitert:
- die Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Konfirmationsstudie (PiCSO-AMI-I; NCT03625869) werden für 2022 erwartet.
- die multizentrische PROTECT-MI Studie wird aktuell unter Finanzierung des französischen Gesundheitsministeriums aufgelegt (Haute Autorité de Santé, 2018, Avis n° 2018.0032/AC/SED du 18

juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la prise en charge dérogatoire de PiCSO® en application de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale)

Aufgrund der derzeitigen Studienergebnisse wird z.B. in Frankreich momentan vom Potenzial eines klinischen Nutzens der Methode ausgegangen. Daher finanziert in Frankreich aktuell das französische Gesundheitsministerium die multizentrische PROTECT-MI Studie. Die FDA hat dem Verfahren im August 2019 die Designation als „Breakthrough Device“ erteilt. Für Deutschland ist geplant, die Bestätigung des Potenzials für einen klinischen Nutzen durch den G-BA durch das Einleiten des Verfahrens nach § 137e SGB V zu erreichen.

Ablauf des Verfahrens: Die venendruckgesteuerte, intermittierende Okklusion des Koronarvenensinus wird im Herzkatheterlabor parallel zur PCI unmittelbar nach Wiedereröffnung des Gefäßes in gleicher Sitzung durchgeführt. Das Verfahren ergänzt somit die therapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung der antegraden Perfusion. Für das Verfahren werden ein Einführungskatheter, ein spezieller Ballonkatheter sowie eine Steuerungskonsole verwendet. Mittels diagnostischer Angiographie wird die Anatomie des Koronarvenensinus ermittelt. Nach dem Einführen eines Führungskatheters in den Koronarvenensinus (über die Leiste, die Vena femoralis und den rechten Vorhof) wird der Impulskatheter mittels Over-the-Wire-Technik platziert. Die venendruckgesteuerte, intermittierende Okklusion des Koronarvenensinus bedarf einer gewissen Erfahrung, um die Maßnahme im Rahmen einer infarktbedingten interventionelle Revaskularisation ohne Zeitverzögerung einzusetzen. Über die Steuerungskonsole werden In- und Deflation des heliumgefüllten Ballons auf Grundlage der gemessenen Druckveränderungen im Koronarvenensinus im Sinne eines selbstadaptierenden Regelkreises gesteuert (Wien-Algorithmus). Während der automatischen, venendruckgesteuerten, intermittierenden Okklusion des Koronarvenensinus wird die interventionelle Revaskularisation auf arterieller Seite fortgeführt. Nach der Behandlung wird der Katheter entfernt. Der Einsatz von venendruckgesteuerter, intermittierender Okklusion des Koronarvenensinus verlängert die Eingriffsdauer der PCI um durchschnittlich 30-45 Minuten.

Derzeit existiert kein spezifischer OPS-Kode für das Verfahren.

Es muss der Ersatzkode 8-839.x „Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige“ verwendet werden.

Die Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus wird zusammen mit einer perkutanen Koronarintervention durchgeführt. Für die Kodierung der Durchführung der Linksherz-Katheteruntersuchung stehen unter dem Kapitel 1-275 unterschiedliche endstellige OPS-Kodes zur Verfügung. Klinisch wird es bei der Mehrzahl der mit der Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus behandelten Patienten zumindest auch zur Ballon-Dilatation eines Koronargefäßes kommen, das mit folgenden OPS Kodes codiert wird: 8-837.0\*/1\*. Im Zusammenhang mit der interventionellen Therapie eines akuten Myokardinfarktes kommt es regelmäßig auch zur Implantation von medikamenten- und nicht-medikamenten-freisetzenden Stents (8-837.k\*, .m\*, .p, .u, .w\*, 8-83d.\*), die jeweils noch durch verschiedene Materialkodes spezifiziert werden (8-83b.\*).

Da die Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus einen zweiten, transvenösen Zugang erforderlich macht, ist prinzipiell auch eine Rechtsherz-Katheteruntersuchung im selben Setting möglich.

Zur eindeutigen Kodierung des Verfahrens bedarf es der Etablierung eines spezifischen OPS-Kodes wie oben beschrieben.

#### Literatur:

- Fournier S. et al. Myocardial Infarct Size and Mortality Depend on the Time of Day—A Large Multicenter Study. PLoS ONE 2015, 10(3):e0119157

- Bahit et al. Post-Myocardial Infarction Heart Failure. JACC: Heart Failure Vol. 6, No. 3, 2018, 179-86



- Stone et al. Relationship Between Infarct Size and Outcomes Following Primary PCI: Patient-Level Analysis From 10 Randomized Trials. *J Am Coll Cardiol.* 2016 Apr 12;67(14):1674-83. doi: 10.1016/j.jacc.2016.01.069.
- Symons et al. Long-Term Incremental Prognostic Value of Cardiovascular Magnetic Resonance After ST-Segment Elevation Myocardial Infarction, *JACC: Cardiovascular Imaging* 2018, 11: 813-825
- De Waha et al. 2017. Relationship between microvascular obstruction and adverse events following primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction: an individual patient data pooled analysis from seven randomized trials. *Eur Heart J.* 2017 Dec 14;38(47):3502-3510. doi: 10.1093/eurheartj/ehx414
- Van de Hoef, T.P., et al., Intracoronary hemodynamic effects of pressure-controlled intermittent coronary sinus occlusion (PICSO): results from the First-In-Man Prepare PICSO Study. *J Interv Cardiol*, 2012. 25(6): p. 549-56
- van de Hoef TP et al. Pressure-controlled intermittent coronary sinus occlusion (PICSO) in acute ST-segment elevation myocardial infarction: results of the Prepare RAMSES safety and feasibility study. *EuroIntervention.* 2015 May 19;11(1):37-44
- DeMaria et al. Index of microcirculatory resistance-guided therapy with pressure-controlled intermittent coronary sinus occlusion improves coronary microvascular function and reduces infarct size in patients with ST-elevation myocardial infarction: the Oxford Acute Myocardial Infarction – Pressure-controlled Intermittent Coronary Sinus Occlusion study (OxAMI-PICSO study) *EuroIntervention* 2018;14:e352-e359. DOI: 10.4244/EIJ-D-18-00378
- Ikeoka et al. Positive indium-111 leukocyte imaging in post myocardial infarction syndrome. *Jpn Circ J.*, 1990, Oct, 54(10):1258-73
- Ido et al. Coronary sinus occlusion enhances coronary collateral flow and reduces subendocardial ischemia. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 2001, 280:1361-1367
- Weigel et al. Beck and back: a paradigm change in coronary sinus interventions--pulsatile stretch on intact coronary venous endothelium. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2007, 133:1581-7
- Mohl et al. Is activation of coronary venous cells the key to cardiac regeneration? *Nature Clin. Pract. Cardiovasc. Med.* 2008, vol 5 no 9
- Mohl et al. PICSO: from myocardial salvage to tissue regeneration. *Cardiovasc Revasc Med.* 2015 Jan;16 (1): 36–46
- Egred et al. Effect of Pressure-controlled intermittent Coronary Sinus Occlusion (PiCSO) on infarct size in anterior STEMI: PiCSO in ACS study. *IJC Heart & Vasculature* 28 (2020) 100526 doi.org/10.1016/j.ijcha.2020.100523

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

Aufgrund der unter 7e aufgeführten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da das Verfahren derzeit lediglich über einen unspezifischen OPS-Kode kodiert werden kann, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen die Material- und Personalkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse der behandelten Fälle ist momentan aufgrund der unspezifischen Kodierung nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher eines spezifischen OPS-Kodes.

**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

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

Siehe oben

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

Die Kosten der Methode unterteilen sich in:

1. Kosten für die Durchführung der Prozedur (Personalkosten)
2. Kosten des benötigten Materials (Sachkosten)

Personalkosten:

Wie oben beschrieben, ergänzt das Verfahren die bisherigen Interventionen. Der zeitliche Mehraufwand für die Behandlung liegt bei 30-45 min, wobei in der Regel 1 Arzt und 2 Pflegekräfte eingesetzt werden. Damit ist von zusätzlichen Personalkosten von ca. 80 € auszugehen.

Sachkosten:

Bedingt durch die aufwändige Konstruktion (siehe Methodenbeschreibung) beträgt der Preis des Ballonkatheters 7.500 € + 19 % MwSt. = 8.925 €.

Für den steuerbaren, fixierbaren Führungskatheter fallen – im Mittel über die verschiedenen Hersteller – Kosten in Höhe von 800 € + 19 % MwSt., also 952 € an.

Die Mehrkosten belaufen sich demnach auf insgesamt 5.435,00 €.

Zusätzlich entstehen durch die Anschaffung der Konsole Anschaffungskosten von 100.000 € pro Gerät.





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

Es bestehen derzeit keine vergleichbaren Verfahren.

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

Die venendruckgesteuerte, intermittierende Okklusion des Koronarvenensinus wird an speziellen PCI-Zentren bei Patienten über 18 Jahren indiziert, die einen anterioren ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mit einem nicht mehr als 12 Stunden zurückliegenden Symptombeginn und einem TIMI-Flow von 0 oder 1 im Rahmen der perkutanen Koronarintervention (PCI) aufweisen. Ungefähr 15% der Vorderwand-STEMI Patienten kommen unter Anwendung der Selektionskriterien für die Methode in Frage.

**h. 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.)

entfällt

**8. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

8-839.x „Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige“

**9. Sonstiges**

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

entfällt