

## Änderungsvorschlag für den OPS 2023

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:  
*ops2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2023-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 2022** 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.bfarm.de](http://www.bfarm.de) – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – 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 auf unseren Internetseiten.

**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 Röntgengesellschaft e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DRG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Bruners
Vorname *	Philipp
Straße *	Pauwelsstraße 30
PLZ *	52074
Ort *	Aachen
E-Mail *	pbruners@akaachen.de
Telefon *	0241 8089519

### 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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) \***

Differenzierung peripher und zentral inserierter Katheterverweilsysteme

**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:

DeGIR  
DRG

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird\***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

Betroffen sind u.a. folgende peripher inserierte Katheter (nicht abschließende Aufzählung):

PowerPICC SOLO®, PowerPICC®, PowerPICC® SV (Small Vein), Groshong® NXT,  
PowerGroshong® PICC

Hersteller: Becton Dickinson (BD), vormals BARD Access Systems

Turbo-Ject®, Cook Spectrum®, Turbo-Flo®, Silicone-PICC

Hersteller: Cook Medical

lifecath PICC®, maxfloexpert®, lifecath PICC easy®, repairset lifecath PICC easy®, lifecath CT PICC  
easy®, repairset lifecath CT PICC easy®, smatmidline®, lifecath midline®

Hersteller: VYGON GmbH & Co. KG

Celsite® PICC-Cel

Hersteller: B. Braun Melsungen

AGARROW Pressure Injectable PICC®, Arrowg+ard Blue Advance PICC®, Arrwo Midline

Hersteller: Teleflex

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Letzte CE-Zertifizierung bei BD (vormals BARD Access Systems): Januar 2015

Zweckbestimmung: Der PowerPICC®-Katheter ist für einen kurz- oder langfristigen peripheren Zugang zum zentralen Venensystem für eine intravenöse Therapie, Hochdruckinjektion von Kontrastmittel, indiziert. Er ermöglicht eine Überwachung des zentralen Venendrucks. Für Blutentnahmen, Infusionen oder Therapien verwenden Sie einen 4-French- oder größeren Katheter. Die maximale empfohlene Infusionsrate für Hochdruckinjektionen von Kontrastmittel beträgt 5 mL/s. Für die Überwachung des zentralen Venendrucks wird die Verwendung eines Katheterlumens von 20 cm oder länger empfohlen

Letzte CE-Zertifizierung bei Cook: August 2019

Zweckbestimmung: Die peripher einführbaren zentralen Venenkatheter (PICC-Sets) sind für die Kurz- und Langzeitverwendung zur venösen Drucküberwachung, Blutentnahme, Verabreichung von Medikamenten und Flüssigkeiten sowie für die Verwendung bei Hochdruckinjektoren zur Applikation von Kontrastmitteln bei CT-Untersuchungen vorgesehen. Link zur IFU: [https://www.cookmedical.com/data/IFU\\_PDF/T\\_CTPICCTT\\_REV1.PDF](https://www.cookmedical.com/data/IFU_PDF/T_CTPICCTT_REV1.PDF)

Letzte CE-Zertifizierung bei Vygon: Oktober 2018

Zweckbestimmung: PICC Katheter sind für Patienten bestimmt, die eine kurz- oder langfristige i.v. Therapie benötigen. Sie können zur Gabe von parenteraler Ernährung, Antibiotika, Chemotherapien, intravenös verabreichten Medikamenten, Flüssigkeiten sowie Schmerzmitteln oder zur Blutentnahme verwendet werden. Als zusätzliche Indikation können über den maxflo expert® und den lifecath CT PICC® easy Hochleistungsinjektionen von Kontrastmittel bei CT-Untersuchungen durchgeführt werden.

Letzte CE-Zertifizierung bei B.Braun: September 2018

Zweckbestimmung: Celsite PICC-Cel kann verwendet werden, wenn ein zentralvenöser Katheter für eine wiederholte kurz- bis mittelfristige intravenöse Therapie benötigt wird. Celsite PICC-Cel kann für intravenöse Behandlungen verwendet werden, bei denen Medikamente verabreicht werden müssen wie beispielsweise Chemotherapie, Antibiotika, antivirale Wirkstoffe und auch bei Blutproben, Transfusionen und Ernährung. Sie können auch für die kontrastverstärkte Computertomographie (CECT) mit Hochdruckinjektionen (siehe XII. Empfehlungen für Injektionen mit hohen Flussraten / Hochdruck) und für die Überwachung des zentralen Venendrucks (ZVD) verwendet werden.

Letzte CE-Zertifizierung bei Teleflex: Juni 2020

Zweckbestimmung: Der PICC für Druckinjektionen ist indiziert für den kurz- oder langfristigen peripheren Zugang zum zentralvenösen System zur intravenösen Medikamentengabe, Blutentnahme, Infusion und Druckinjektion von Kontrastmitteln und ermöglicht die Messung des zentralen Venendrucks.



**6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird \***

Nein

Ja

**a. Name des Arzneimittels und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

**b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

**7. 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)

Der nachfolgend beschriebene Vorschlag bezieht sich auf die Schlüsselnummer 8-831. Für diese Schlüsselnummer soll eine Differenzierung erfolgen. Nachfolgend ist die Ausgestaltung dieser Differenzierung genauer dargelegt:

8-831 Legen und Wechsel peripher und zentral insertierter venöser Katheterverweilsysteme

Exkl.: Operative Implantation von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.5)

Hinweis: Die Art des Katheters ist an der 6. Stelle für die mit \*\* gekennzeichneten Codes nach folgender Liste zu kodieren:

0: zentralvenöser Katheter, über zentrale Venen eingeführt (ZVK)

Inkl.: Einführung über V. jugularis oder V. subclavia

1: zentralvenöser Katheter, über periphere Venen eingeführt (PIC-Katheter)

Inkl.: Einführung über V. brachialis, V. basilica, V. cephalica

2: periphervenöser Katheter, über periphere Venen eingeführt (Midline)

Inkl.: Einführung über V. brachialis, V. basilica, V. cephalica

3: großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation

\*\* 8-831.0 Legen oder Wechsel

\*\* 8-831.3 Entfernen

\*\* 8-831.x Sonstige

8-831.y N.n.bez.

Die hier vorgeschlagene Form der Differenzierung an 6. Stelle ermöglicht eine komplikationslose Implementation, da die bestehenden Codes einfach ergänzt werden und durch Gleichbleiben der 5. Stelle für das Legen eine historische statistische Auswertung erleichtert wird. Die Kodierung der großlumigen

Katheter wird korrigiert und dem System angepasst. Darüber hinaus ist (wenn erforderlich) die Ergänzung andere Systeme über die 6. Stelle in Zukunft einfach möglich.

## 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Der derzeit bestehende OPS Kode 8-831 ist wie folgt im aktuellen OPS-Katalog abgebildet:

8-831 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

Inkl.: Legen oder Wechsel eines PIC-Katheters

Exkl.: Implantation von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.5)

- 8-831.0 Legen
- 8-831.2 Wechsel
- 8-831.5 Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation
- 8-831.x Sonstige
- 8-831.y N.n.bez.

Die Kodierung der verschiedenen Katheterverweilsysteme kann hierdurch jedoch nur ungenau erfolgen. Probleme, die aus dieser Kodierung resultieren, sind folgende:

#### a) Einheitliche Kodierung / Kodiersystematik

Zum einen sind die durchgeführten Prozeduren (Legen/Wechsel), bzw. die Katheterart (großlumig) in der Kodierung an 5. Stelle vermischt.

Zum anderen sind die Katheter ZVK und PICC im Kode enthalten (in dem OPS 8-831 sind peripher eingeführte zentralvenöse Katheter (PICC / PIC-Katheter) derzeit als Inklusiva bei zentralvenösen Kathetern (ZVK) geführt). Die großlumigen Katheter werden als Produkt auch über die 5. Stelle kodiert, zählen jedoch weder zu ZVK noch zu PICC. Darüber hinaus kann der Wechsel eines großlumigen Katheters oder das Entfernen nicht kodiert werden. Ein spezifischer OPS-Kode für peripher inserierte Katheter (PICC) fehlt. Midline Katheter sind im OPS Kode 8-831 gar nicht enthalten.

#### b) Ambulante Versorgung

Über die Kodierung ist somit eine Unterscheidung der beiden Systeme ZVK und PICC nicht möglich, obwohl diese bezüglich Prozedur, Liegedauer und Patientenversorgung sowie Versorgungssetting durchaus unterschiedlich genutzt werden.

- Die Verweildauer von ZVK im Körper ist mit ca. 14 Tagen (bis zu 30 Tagen sind möglich) eher kurzfristig, vor allem in der stationären Versorgung. Der Zugang wird benutzt zur Infusions- und Volumentherapie sowie der Gabe von stark venenreizenden Lösungen.
- Die Verweildauer des PICC ist mit ca. 148-450 Tagen mittel- bis langfristig, in der ambulanten Versorgung, bzw. in der Überleitung stationär – ambulant. Häufige Indikationen für PICCs sind Antibiotikatherapien, onkologische Indikationen, parenterale Ernährung, Schmerztherapien oder



Indikationen, die schnell (ohne OP-Wartezeit) einen zentralvenösen Zugang benötigen. Zudem bietet sie je nach Therapie eine Alternative für Patienten, die aufgrund einer Portinfektion kurzfristig einen alternativen Zugang benötigen. Damit schließt der PICC die Versorgungslücke zwischen ZVK und Port.

- Die Verweildauer für den Midline liegt mit bis zu 90 Tage im mittelfristigen Bereich. Der Unterschied zum PICC liegt in der Verweildauer und in der Verabreichungsmöglichkeit der Medikamente (venenreizend = PICC; nicht venenreizend = Midline).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Indikationsspektrum für ZVKs vor allem in der stationären Akutversorgung liegt, während PICCs für eine komplexe Mittel- bis Langzeitinfusionstherapie, ohne kontinuierliche klinische Überwachung indiziert sind und hierdurch stationäre Aufenthalte verkürzen können und diese ggf. sogar vermieden werden.

Bedingt durch die Inklusion von PICCs in die OPS Codes für ZVKs erfolgt jedoch nicht nur eine kodiertechnische, sondern auch eine abrechnungstechnische Gleichstellung. Es besteht derzeit eine Lücke bei der Versorgung von Patienten mit komplexer Infusionstherapie. Die existierenden OPS Codes 8-831.0/2, Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße, sind weder im AOP Katalog gemäß §115b SGB V aufgenommen noch im Bereich der kassenärztlichen Versorgung mit dem EBM verknüpft. Im Gegenteil ist das Anlegen eines ZVK im EBM Teil der Grund-/Versicherten- und sonstiger Pauschalen, was in Konsequenz eine kostendeckende Versorgung mit den Systemen nicht ermöglicht und eine stationäre Aufnahme erforderlich macht.

Der fehlende spezifische OPS-Code für peripher inserierte Katheter (PIC) hat zur Folge, dass die Abbildung und Vergütung im Rahmen des AOP-Kataloges nach § 115b SGB derzeit nicht existiert und die Abrechnung hier nicht möglich ist.

#### c) Qualitätssicherung

Eine weitere Folge der fehlenden spezifischen OPS Codes ist, dass im Sinne der externen Qualitätssicherung die spezifische Auswertung unterschiedlicher Infusionstherapiesysteme ohne großen zusätzlichen Aufwand nicht darstellbar ist.

Auf Basis der oben genannten Gründe wird die klassifikatorische Differenzierung wie unter 6.) ausgeführt vorgeschlagen. Eine ähnliche Differenzierung existiert beispielsweise bei Operationen an der Linse (OPS 5-14-) bezüglich der Art der genutzten Linse oder bei Bypassoperationen (OPS 5-360) bezüglich der Art des Transplantates.

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

Der Vorschlag ist sehr relevant für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme im stationärsersetzenden (§115b SGB V) oder niedergelassenen Bereich.

Die Implantation von PICCs kann im Gegensatz zu ZVK stationärsersetzende/ambulant erfolgen. Damit dieses Ambulantisierungspotential ausgeschöpft werden kann, ist jedoch eine spezifische Benennung der unterschiedlichen Kathetersysteme erforderlich, damit die entsprechende Erstattung im ambulanten Sektor ermöglicht wird.

Dadurch kann die o.g. Versorgungslücke geschlossen und die stationärsersetzende/ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit PIC-Kathetern in der Antibiotikatherapie, Chemotherapie, der parenterale Ernährung sowie Schmerztherapien herbeigeführt werden. Für Patientinnen und Patienten (beispielsweise auch Kinder mit Mukoviszidose) erhöht sich dadurch die Lebensqualität, da die regelmäßigen und notwendigen Therapien ohne den Einsatz von PICCs für sie wiederkehrende und langwierige Krankenhausaufenthalte bedeuten würden. Des Weiteren kann durch die Ambulantisierung das Risiko für kostenintensive, nosokomiale Infektionen reduziert werden. Diese Möglichkeit bietet der ZVK nicht. Er kann nur stationär implantiert und versorgt werden.

Abrechnungstechnisch ist somit eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Systeme über unterschiedliche OPS-Kodes unbedingt erforderlich:



Eine ambulante Abrechnungsmöglichkeit über §115b oder in der niedergelassenen Praxis hätte zusätzlich zum klinischen Nutzen auch ökonomische Vorteile. Hierzu zählen die Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufnahmen und somit die Generierung zusätzlicher Versorgungskapazitäten.

Ambulante Antibiotikatherapien beispielsweise, auch als APAT (Ambulante Parenterale Antibiotika-Therapie) bezeichnet, gelten z. B. in den USA, in England, Italien und auch in Österreich als Regelversorgung. Eine Bestimmung der spezifischen Therapie ist ohne spezifischen Kode aber nicht möglich. APAT ist jedoch nur möglich, wenn ein adäquates Kathetersystem, wie es die PICCs darstellen, zur Verfügung steht.

Das IGES Institut GmbH ist derzeit vom BMG mit der Erstellung eines Gutachtens zum Katalog ambulantes Operieren (AOP; §115b SGB V) beauftragt, in welchem ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen sind. Die ambulante Infusionstherapie mit Antibiotika, Chemotherapie sowie zur parenteralen Ernährung oder Schmerztherapien entspricht genau diesem Spektrum. Die Implementation eines spezifischen Kodes für PICCs ist zur Weiterentwicklung des ambulanten Entgeltsystems erforderlich. Langfristig kann ein spezifischer Kode auch die kostendeckende Sachkostenabrechnung innerhalb des EBM vereinfachen

#### 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)

Fang S, Yang J, Song L, Jiang Y, Liu Y. Comparison of three types of central venous catheters in patients with malignant tumor receiving chemotherapy. Patient Prefer Adherence. November 2017, pp. 1197-1204.

Univ.-Prof. Mag. PhDr. Dr. Wilhelm Frank, OA Dr. Rainer Gattringer, MR Dr. Reinhold Glehr, OA Dr. Oskar Janata, Univ.-Prof. Dr. Robert Krause, Univ.-Prof. Dr. Helmut Ofner, Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss, Prim. Univ.- Doz. Dr. Christoph Wenisch: APAT - Ambulante parenterale Antibiotikatherapie. Februar, 2016, Österreichische Ärztezeitung - Supplementum, pp. 2-12

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:171–206 DOI 10.1007/s00103-016-2487-4 Online publiziert: 16. Januar 2017

Sofia Källenius Edström, Tiina Lindqvist, Kristina Rosengren: More Benefits Than Problems: A Study Regarding Patients' Experiences With a PICC-Line During Cancer Treatment. 2, Home Health Care Management & Practice : s.n., 2016, Vol. 28. 101-108.

Marco Picardi, Roberta Della Pepa, Claudio Cerchione, Novella Pugliese, Chiara Mortaruolo, Fabio Trastulli, Claudia Giordano, Francesco Grimaldi, Irene Zacheo, Marta Raimondo, Federico Chiurazzi, Fabrizio Pane: A Frontline Approach With Peripherally Inserted Versus Centrally Inserted Central Venous Catheters for Remission Induction Chemotherapy Phase of Acute Myeloid Leukemia: A

Randomized Comparison, Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia, Volume 19, Issue 4, 2019, Pages e184-e194, ISSN 2152-2650, doi.org/10.1016/j.cml.2018.12.008.

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

Reine Produktkosten:

ZVK: ca. 10-50€

PICC: ca. 80-150€

Midline: ca. 50-80€

(je nach Ausstattung und Sets)

Weiter Kostenanteile:

- ZVK: Sono, Verbrauchsmaterial, Durchleuchtung, Personalkosten: ZVKs werden meist vom Anästhesisten in die V. jugularis oder V. subclavia am Patientenbett insertiert. Er liegt dann entsprechend am Hals oder am Körperstamm, wo er meist festgenäht werden muss. Ein Wechsel ist ca. alle 14 Tage erforderlich
- PICC: Sono, Verbrauchsmaterial, Durchleuchtung, Personalkosten: Der PICC wird meist in die Vena basilica, Vena brachialis oder V. cephalica am Oberarm von Radiologen oder Anästhesisten gelegt. Diese Kathetertypen werden nahtlos mit einer Fixierplatte oder Fixierpflaster am Oberarm befestigt. Liegedauer bis zu 450 Tagen, im Anschluss ist ein Wechsel erforderlich.
- Midline: Sono, Verbrauchsmaterial, Personalkosten: ähnlich PICC, jedoch ist hier keine Lagekontrolle der Katheterspitze erforderlich. Liegedauer ca. 90 Tage, im Anschluss ist ein Wechsel erforderlich.

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

Die Kathetersysteme ZVKs, Midline und PICC unterscheiden sich substantziell hinsichtlich Liegedauer, Platzierungsaufwand und Material-, Personal-, und Infrastrukturkosten. Daraus ergeben sich sehr unterschiedliche Anwendungskosten. Die ökonomischen Vorteile der PIC-Katheter können jedoch derzeit aufgrund der fehlenden ambulanten Erstattung im deutschen Gesundheitswesen nicht erhoben werden.

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

Das InEK (InEK DatenBrowser - Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2020) gibt für 2020 insgesamt 468.779 Fälle und 528.975 Nennungen für die beiden OPS Codes 8-831.0 (Legen-) und 8-831.2 (Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße) an. Dem steht eine geschätzte Volumen von ca. 13.000 PICC Systemen gegenüber. Im Vergleich hierzu werden beispielsweise in Italien jährlich über 70.000 und in England über 90.000 PICC Systeme eingesetzt (Herstellerangaben).

**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.)

Eine primäre Sepsis zählt nicht nur zu den häufigsten, sondern auch zu den schwersten nosokomialen Infektionen, wobei Gefäßkatheter den größten Risikofaktor zur Entstehung einer primären Sepsis darstellen (RKI 2017).



Deshalb sind nicht nur vielfältige Maßnahmen zum Patientenschutz erforderlich, wie sie beispielsweise in den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zusammengefasst sind, sondern eine regelhafte Überprüfung der Versorgungssituation, beispielsweise über die externe Qualitätssicherung, wäre empfehlenswert. Wobei bei der Vermeidung nosokomialer Infektionen hier derzeit nur die postoperative Wundinfektionen berücksichtigt wird. Eine differenzierte Kodierung der verschiedenen venösen Kathetersysteme könnte also eine mögliche Grundlage für die Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei nosokomialen Infektionen sein.

In Deutschland läuft an der Uniklinik in Köln derzeit das erste deutsche Pilotprojekt (K-APAT = Ambulante parenterale Antibiotikatherapie in der Kölner Metropolregion) zu dieser Versorgungsmöglichkeit. Ziel der vom G-BA Innovationsausschuss geförderten Studie ist die Bewertung der Therapieform für die Regelversorgung (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/k-apat-ambulante-parenterale-antibiotikatherapie-in-der-koelner-metropolregion.237>). Im Projekt ist es aufgrund der fehlenden Codes für den PICCs nur mit großem Aufwand möglich nachzuverfolgen, wie viele Patienten vorher erfolgreich mit einem PICC oder einem Midline versorgt wurden.

## 9. 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)

8-831 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

Inkl.: Legen oder Wechsel eines PIC-Katheters

Exkl.: Implantation von venösen Katheterverweilsystemen (5-399.5)

- 8-831.0 Legen
- 8-831.2 Wechsel
- 8-831.5 Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation
- 8-831.x Sonstige
- 8-831.y N.n.bez.

## 10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)

Der PIC-Katheter führt zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Durch seinen Einsatz können Patienten, die beispielsweise eine mittel oder langfristige Infusionstherapie benötigen (z. B. Mukoviszidose Patienten), die Klinik frühestmöglich verlassen und ihre Therapie zu Hause erhalten.

„Durch Wegfall des stationären Aufenthalts, durch die Aufrechterhaltung der gewohnten Umgebung zu Hause und in vielen Fällen auch durch die Möglichkeit der weiteren Berufsausübung verbessert sich die Lebensqualität der Patienten. Die Patientenzufriedenheit wird vom Ergebnis einer Befragung von 1.119 Patienten an der Wiener Universitätsklinik für Innere Medizin I in den Jahren 1996 bis 1999 bestätigt. Hier fand sich ein Zufriedenheitsgrad von 99,4%.“ (Frank et al 2016).

PIC-Katheter unterscheiden sich auch bzgl. Komplikationsraten, wie z. B. Thrombosen und Infektionsraten von anderen intravenösen Zugängen wie dem ZVK (Källenius et al. 2016).

So bewerten Picardi et al 2019 die Verwendung eines PICC als sicherer als die eines ZVK, mit einem etwa vierfach geringeren kombinierten Risiko einer Infektion oder Thrombose nach 30 Tagen (monozentrische randomisierte Studie zu ZVK/PICC an Patienten mit Chemotherapie bei AML):

- Die CR-BSI- (katheterbezogene Blutstrominfektionen) und CR-VT-Rate (katheterbezogene venöse Thrombosen) in den PICC- und ZVK-Gruppen betrug 13 % bzw. 49 %, was einem Unterschied von 36 Prozentpunkten entspricht (relatives Risiko für CR-BSI oder CR-VT, 0,266; P = .0003).
- Die CR-BSI-Inzidenz betrug 1,4 bzw. 7,8 pro 1000 Katheter-Tage in der PICC- bzw. ZVK-Gruppe.



- Unter den CR-Thrombosen betrug die symptomatische VT-Rate 2,1 % in der PICC-Gruppe und 10,6 % in der ZVK-Gruppe.
  - In der ZVK-Gruppe wurde bei 16 der 47 Patienten (34 %) der Katheter wegen BSI (n = 5), septischer Thrombophlebitis (n = 4), VT (n = 2) oder Fehlfunktion (n = 5) im Median 7 Tage nach dem Einsetzen entfernt. In der PICC-Gruppe mussten nur 6 der 46 Patienten (13 %) den Katheter wegen VT (n = 2) oder Fehlfunktion (n = 4) entfernt werden.
  - Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 30 Tagen starben 6 Patienten in der ZVK-Gruppe an CR-Komplikationen, während dies bei keinem der Patienten in der PICC-Gruppe der Fall war ( $p = .012$ ).
- Bei Verwendung von PICCs führte die Verringerung von BSI und symptomatischen VT zu einer geringeren Sterblichkeit aufgrund von CR-Infektionen und venösen Thromboembolien. Im Gegensatz dazu führte der ZVK-Ansatz zu einer frühzeitigen Katheterentfernung vor allem bei schwer zu behandelnden infektiösen Erregern.