

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-komplexbcodefruehreha.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).

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 – 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, 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 Gesellschaft für Kardiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.dgk.org
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. 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) *

Ablation mittels irreversibler Elektroporation

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 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.)

Das BB-PFA System (Hersteller: FARAPULSE Inc.) besteht aus den Teilkomponenten:
Mehrkanal-Gleichstromgenerator (Farastar™) für gepulste biphasische bipolare Hochvolt (1.800-2.000V) Gleichstromfelder,
Fünfsträngiger 12F-Ablationskatheter (Farawave™)
Steuerbare 13F Schleuse (Faradrive™)

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

Die CE Zertifizierung ist am 27. Januar 2021 Nr 37380 rev.1 durch GMed Paris ausgestellt wurden.(Zertifikat anhängend)



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)

Es wird vorgeschlagen, die Ablation mit gepulsten Gleichstromfeldern spezifisch in der 8-835.** (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen) abzubilden:

- 8-835.k* Ablation mittels irreversibler Elektroporation
- .k0 rechter Vorhof
Inkl.: Vena cava und Koronarsinus
Exkl.: AV-Knoten (8-835.k1)
 - .k1 rechter Ventrikel
 - .k2 linker Vorhof
Exkl.: isolierte Ablation der Pulmonalvenen (8-835.k5)
 - .k3 linker Ventrikel
 - .k4 Pulmonalvenen

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Eine Ablationstherapie am Herzen dient der Behandlung von symptomatischen bzw. malignen Arrhythmien. Sie kann grundsätzlich mit verschiedenen Energieformen erfolgen, die in der großen Mehrzahl spezifisch über eigenständige OPS erfasst sind und jeweils distinkte mechanistische Konzepte darstellen, wie die Ablationsenergie in das Myokard eingebracht wird. Elektrische Energie wurde dabei bislang ausschließlich in Form von Wechselstrom eingebracht. Allen bisherigen Energieformen gemeinsam ist die Endstrecke einer thermischen Schädigung – Hitze bei der Radiofrequenzablation (RFA) bzw. Laser, Kälte bei der Kryoablation (CA). Das bedingt auch den gemeinsamen großen Nachteil aller bisheriger Verfahren: die unselektive und nicht-spezifische Gewebeschädigung an der Ablationsstelle – mit allen daraus erwachsenden negativen Konsequenzen im weiteren Heilungsprozess bzw. Limitationen des möglichen Ausmaßes der Ablation selbst. Die „Kollateralschäden“ im umliegenden Gewebe wie auch die Eingrenzung der Ablationszone werden durch ausschließlich Dauer und Temperaturniveau der Intervention gesteuert.

Dem gegenüber führt mechanistisch die Ablation mittels gepulster Gleichstromfelder (BB-PFA) zu einer irreversiblen Elektroporation von Herzmuskelzellen ohne nennenswerte Erzeugung von Wärme. Irreversible Elektroporation bedeutet, dass elektrische Impulse mit hoher Spannung und kurzer Dauer im Zielgewebe eine Poration bzw. Permeabilisierung der Zellmembranen verursachen, was zum Zelltod in einer bestimmten Zone des elektrischen Feldes führt. Nur Gewebe mit Schwellenwerten für eine Schädigung unterhalb der Stärke des Feldes werden dieser irreversiblen Elektroporation unterzogen. Alle anderen Gewebe mit Schwellenwerten oberhalb der Feldstärke werden nicht geschädigt. Da Myozyten eine niedrigere charakteristische Schwelle für BB-PFA als andere umliegende Zelltypen haben, können sie ohne besondere Titration der Abgabe selektiv abgetragen werden (5).

Diese Selektivität ist sowohl präklinisch (5) als auch MR-tomographisch in der Klinik bestätigt (6) – und darin liegt der signifikante Unterschied im Ablationsergebnis: Weil Myokardzellen eine höhere Empfindlichkeit gegenüber der BB-PFA im Vergleich zu Nerven, Arterien und der Speiseröhre haben, kann die Behandlung mit reduziertem Einfluss auf umliegende Strukturen durchgeführt werden. Faktisch bedeutet das, dass auf begleitende Therapiebeobachtungen wie z.B. Monitoring der Temperaturmessungen in der Speiseröhre oder die Stimulation des Nervus Phrenicus während der Energieabgabe vollständig verzichtet werden kann.

Zu guter Letzt ist die BB-PFA ein Single Shot Verfahren die mit extrem kurzen Impulsen (2,5 Sek.) – und damit deutlich kürzer bzgl. der Prozedurdauer als die z.B. RFA und CA (4), was die Komplikationsrate weiter senkt und die Behandlungszeit erheblich verkürzt. Eine relevante Zahl weiterer Studien (s. Literaturliste) belegt gleichermaßen Wirksamkeit, Sicherheit und die Vorteilhaftigkeit im direkten Vergleich zu den konventionellen Verfahren:

Das System selbst besteht aus einem Katheter, einer steuerbaren Schleuse und einem Wellenformgenerator. Der Generator liefert über mehrere Kanäle ein gepulstes Gleichstromsignal mit Amplituden zwischen 1.800 und 2.000 V. Das Signal besteht aus Impulsen im Mikrosekundenbereich, das in biphasischer und bipolarer (zwischen gepaarten Elektroden-Sätzen) Weise abgegeben werden. Es hat sich gezeigt, dass biphasische Signalformen die Stimulation der Skelettmuskulatur im Vergleich zu monophasischen Signalformen stark reduzieren (1) und zudem sowohl in klinischen als auch in präklinischen Studien eine bessere Haltbarkeit der Läsionen als monophasische Signalformen aufweisen(2,3). Die bipolare Abgabe der Signalform erlaubt zielgerichtete Erzeugung von Läsionen im Gewebe.

Der BB-PFA-Katheter besteht aus fünf Strängen, die am proximalen und distalen Ende auf einem 12F-Schaft zusammengefügt sind, um eine Reihe von Formen zu bilden, die durch manuelle Betätigung eines Daumenschiebers am Kathetergriff bestimmt werden. Die Formen, die das distale Ende des Katheters annehmen kann, reichen von einer kugelförmigen "Korb"-Form bis zu einer flachen

"Blumen"-Form, jeweils therapeutisch und in der Lage, sich der individuellen Patientenanatomie anzupassen.

Der BB-PFA-Gleichstromimpuls wird vom Generator zum distalen Ende des Katheters geleitet. Elektrischer Strom fließt ausschließlich zwischen den Katheterelektroden: Es werden keine Neutralelektroden am Körper des Patienten platziert.

Die bipolare Konfiguration der PFA erzeugt eine elektrische Feldgeometrie mit einer relativ großen lokalisierten Zone, unabhängig vom Kontakt des Katheters mit dem Gewebe oder dem umgebenden Gewebetyp und gewährleistet so die zielgerichtete Erzeugung von Läsionen im Gewebe. Dies führt zu einer zuverlässigeren therapeutischen Wirkung und bietet dem Bediener mehr Flexibilität bei der Katheterplatzierung.

Die letzte Systemkomponente, die steuerbare 13F-Schleuse (FARADRIVE), wird verwendet, um den PFA-Katheter zur Zielanatomie zu führen.

Referenzen

- 1 – Reddy et al, 'Ablation of Atrial Fibrillation With Pulsed Electric Fields: An Ultra-Rapid, Tissue-Selective Modality for Cardiac Ablation'. *Journal of the American College of Cardiology: Clinical Electrophysiology* (May 2018).
- 2 – Reddy et al, 'Pulsed Field Ablation for Pulmonary Vein Isolation in Atrial Fibrillation'. *Journal of the American College of Cardiology* (July 2019).
- 3 – Koruth et al, 'Preclinical Evaluation of Pulsed Field Ablation: Electrophysiological and Histological Assessment of Thoracic Vein Isolation'. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* (December 2019).
- 4 - Kuck et al, 'Cryoballoon or Radiofrequency Ablation for Paroxysmal Atrial Fibrillation'. *New England Journal of Medicine* (April 2016).
- 5 – Koruth et al. Pulsed Field Ablation Versus Radiofrequency Ablation: Esophageal Injury in a Novel Porcine Model. *Circ Arrhythm Electrophysiol* (March 2020)
- 6 – Cochet et al, 'Esophageal Injury on Cardiac Magnetic Resonance Imaging after Catheter Ablation for Atrial Fibrillation: Comparison Between Pulsed Field, Cryoballoon and Radiofrequency Techniques'. *Heart Rhythm Journal* (May 2020).
- 8 – van Es et al, 'In vitro analysis of the origin and characteristics of gaseous microemboli during catheter electroporation ablation'. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* (July 2019).
- 9 – Reddy et al, 'One Year Clinical Outcomes Following Pulsed Field Ablation for Paroxysmal AF'. *Heart Rhythm Journal* (May 2020).
- 10 – Kautzner et al, 'EFFICAS II: optimization of catheter contact force improves outcome of pulmonary vein isolation for paroxysmal atrial fibrillation'. *Europace* (June 2015).
- 11 – Kuck et al, 'Impact of Complete Versus Incomplete Circumferential Lines Around the Pulmonary Veins During Catheter Ablation of Paroxysmal Atrial Fibrillation: Results From the Gap-Atrial Fibrillation-German Atrial Fibrillation Competence Network 1 Trial'. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* (Jan 2016).
- 12 – Reddy et al, 'Durability of Pulmonary Vein Isolation with Cryoballoon Ablation: Results from the Sustained PV Isolation with Arctic Front Advance (SUPIR) Study'. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* (May 2015).

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

Bisher kann die Ablation mittels irreversibler Elektroporation nicht spezifisch erfasst werden (behelfsweise: 8-835.4*). Bereits rein mechanistisch unterscheidet sich die Elektroporation per se und die Anwendung von Gleichstromimpulsen im Allgemeinen von allen bisherigen Energieformen, so dass aus medizinisch klassifikatorischer Perspektive eine gezielte Erfassung nötig ist. Aufgrund der ökonomischen Unterschiede (s.u.) der Leistungserbringung der Ablation mittels irreversibler Elektroporation gegenüber den anderen Energieformen ist darüber hinaus eine spezifische Abbildung im Klassifikationssystem nötig, um das InEK in die Lage zu versetzen, eine sachgerechte Abbildung im DRG-System zu ermöglichen.

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)

Reddy et al, 'Ablation of Atrial Fibrillation With Pulsed Electric Fields: An Ultra-Rapid, Tissue-Selective Modality for Cardiac Ablation'. Journal of the American College of Cardiology: Clinical Electrophysiology (May 2018).

Reddy et al, 'Pulsed Field Ablation for Pulmonary Vein Isolation in Atrial Fibrillation'. Journal of the American College of Cardiology (July 2019).

Koruth et al, 'Preclinical Evaluation of Pulsed Field Ablation: Electrophysiological and Histological Assessment of Thoracic Vein Isolation'. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology (December 2019).

Cochet et al, 'Esophageal Injury on Cardiac Magnetic Resonance Imaging after Catheter Ablation for Atrial Fibrillation: Comparison Between Pulsed Field, Cryoballoon and Radiofrequency Techniques'. Heart Rhythm Journal (May 2020).

Reddy et al, 'One Year Clinical Outcomes Following Pulsed Field Ablation for Paroxysmal AF'. Heart Rhythm Journal (May 2020).

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Sachkosten setzen sich aus folgenden Einzelkosten zusammen:

Farawave BB PFA Ablationskatheter 3.740 €

Schleuse Faradrive 640 €

Farastar Anschlußkabel 250 €

Transseptales Set/CS Katheter 450 €

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

Die BB-PFA Ablation in den Pulmonalvenen mit transeptaler Punktion, ist im Fallpauschalensystem 2022 innerhalb der DRG F50B vergütet. Die Kostenart 7.6b gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 wurde zur Berechnung herangezogen.

Die Materialkosten liegen mit 6.045 € deutlich über den in der F50B gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 einkalkulierten Kosten von 2.437 €, somit entsteht eine signifikante Unterdeckung . Die Mehrkosten betragen 3.608 €.

Die BB-PFA Ablation im linken Vorhof mit transeptaler Punktion, ist im Fallpauschalensystem 2022 innerhalb der DRG F50C vergütet. Für die Kalkulation wurde die Kostenart 7.6b gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 zur Berechnung herangezogen.

Die Materialkosten liegen mit 6.045 € deutlich über den in der F50C gemäß DRG Report-Browser 2022/2022 einkalkulierten Kosten von 1.273 €, somit entsteht eine signifikante Unterdeckung . Die Mehrkosten betragen 4.772 €.

Die BB-PFA Ablation im linken Ventrikel (nicht retrograd) mit transeptaler Punktion, ist im Fallpauschalensystem 2022 innerhalb der DRG F50C vergütet. Für die Kalkulation wurde die Kostenart 7.6b gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 zur Berechnung herangezogen.

Die Materialkosten liegen mit 6.045 € deutlich über den in der F50C gemäß gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 einkalkulierten Kosten von 1.273 €, somit entsteht eine signifikante Unterdeckung . Die Mehrkosten betragen 4.772 €.

Die BB-PFA Ablation im rechten Vorhof, rechten Ventrikel und AV Knoten, ist im Fallpauschalensystem 2022 innerhalb der DRG F50C vergütet. Für die Kalkulation wurde die Kostenart 7.6b gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 zur Berechnung herangezogen.

Die Materialkosten liegen mit 5.510 € deutlich über den in der F50C gemäß DRG Report-Browser 2020/2022 einkalkulierten Kosten von 1.273 €, somit entsteht eine signifikante Unterdeckung . Die Mehrkosten betragen 4.237 €.

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

2021 sind in 11 Deutschen Zentren ca 900 Patienten behandelt worden.

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.)

Die vorgestellte Ablationsmethode unterscheidet sich hinsichtlich Relevanz für die Qualitätssicherung nicht von den anderen Verfahren, die im Bereich der kardialen Ablationstherapie angewendet werden.

**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)

8-835.4*

10. Sonstiges

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