

Änderungsvorschlag für den OPS 2024

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:
ops2024-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2024-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 2023** 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 Angiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGA
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	DGA Startseite (dga-gefaessmedizin.de)
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Langhoff
Vorname *	Ralf
Straße *	Sankt Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12
PLZ *	10713
Ort *	Berlin
E-Mail *	ralf.langhoff@sankt-gertrauden.de
Telefon *	030 8272 2886

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) *

Klarstellung der IVUS-Kodierung durch Umstrukturierung des OPS-Kapitels 3-05

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.)

Philips Healthcare: Visions PV.035 OTW, Visions PV.018 RX, Visions PV.014P RX Digital IVUS
Ähnliche Produkte: OPTICROSS™ 18 Peripheral Imaging Catheter and OPTICROSS™ 35 Peripheral Imaging Catheter from Boston Scientific

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

CE 742145, CE 742147 Visions PV.014P RX Digital IVUS, Visions PV.018 und Visions PV.035 Digital IVUS Katheter CE Re-Zertifizierungs-Datum 26.02.2021 (gültig bis 26.05.2024).
IFU: Der Visions PV.014P RX IVUS-Katheter, digitale Visions PV.018 IVUS-Katheter und Visions PV.035 Katheter ist für die Beurteilung der Gefäßmorphologie in den Blutgefäßen der Koronargefäße und der peripheren Gefäße vorgesehen, indem ein Querschnittsbild dieser Gefäße erstellt wird. Der digitale IVUS-Katheter Visions PV .014P RX ist für die Verwendung als Ergänzung zu konventionellen



angiographischen Verfahren vorgesehen, um ein Bild des Gefäßlumens und der Wandstrukturen zu liefern.

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 Anwendungsgebiet 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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Um eine sachgerechte Kodierung der unterschiedlichen Verfahren und letztlich eine adäquate Abbildung im Erstattungssystem zu ermöglichen, wird eine Umstrukturierung des Codes 3-05e analog zum Code 3-05g "Endosonographie am Herzen" wie folgt vorgeschlagen:

3-05h Endosonographie der nicht-koronaren Blutgefäße

3-05h.0 Intravaskulärer Ultraschall der nicht-koronaren Gefäße [IVUS]

3-05h.x Sonstige Endosonographie nicht-koronarer Gefäße

Um Fehlkodierungen zu vermeiden, wird der Code 3-05h anstelle von 3-05e zur Umstrukturierung vorgeschlagen, so dass der Code 3-05e zur Streichung vorgesehen ist.

Darüber hinaus schlagen wir vor, auf der Sechs-Steller-Ebene eine Differenzierung für die Verwendung von IVUS wie folgt hinzuzufügen:

A Gefäße Schulter und Oberarm

B Gefäße Unterarm

C Aorta

D V. cava

E Sonstige Arterien abdominal und pelvin

F Sonstige Venen abdominal und pelvin

G Gefäße viszeral

H Arterien Oberschenkel
I Venen Oberschenkel
J Gefäße Unterschenkel
x Sonstige

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Klinischer Hintergrund und Evidenz:

Intravaskuläre Ultraschallkatheter (IVUS) sind bildgebende Katheter mit einem digitalen Ultraschallwandler an der Spitze. IVUS-Katheter liefern kontrastfreie, dreidimensionale Bilder des peripheren Gefäßlumens in Echtzeit und ermöglichen dreidimensionale Messungen. Die herkömmliche angiografische Bildgebung beruht auf der Verwendung von Kontrastmitteln, um 2D-Bilder des Gefäßes zu erzeugen, die den Schweregrad der Läsion (einschließlich Stenose, Morphologie und Geometrie) und die Gefäßdimensionen lediglich unzureichend darstellen können.

Kürzlich hat ein interdisziplinäres Gremium medizinischer Experten die Literatur über den Einsatz von IVUS bei peripheren arteriellen und venösen Eingriffen untersucht und die Angemessenheit des Einsatzes in den verschiedenen Behandlungsszenarien anhand einer strengen Delphi-Konsensmethode bewertet. Die Angemessenheit wurde in drei Szenarien betrachtet: (1) Vor dem Eingriff zur Beurteilung und Diagnose, (2) während des Eingriffs zur Beurteilung der Gefäßgröße und zur Steuerung der Behandlung sowie (3) nach dem Eingriff zur Beurteilung und Bestätigung der Ergebnisse. Bei arteriellen Eingriffen an der Tibia wurde IVUS in allen drei Phasen des Verfahrens als angemessen erachtet und zeigte sich auch bei Eingriffen an der femoropoplitealen und iliakalen Arterie in der intra- und post-interventionellen Phase durchweg als angemessen. In Übereinstimmung mit der heutigen Praxis wurde IVUS auch in allen Phasen bei iliofemorale Veneneingriffen als angemessen erachtet (Secemsky 2022).

Der Einsatz von IVUS wurde auch mit verbesserten klinischen Ergebnissen in Verbindung gebracht. In einer Analyse der US-amerikanischen Medicare-Datenbank von 543.488 peripheren arteriellen Eingriffen, die zwischen dem 1. Januar 2016 und dem 31. Dezember 2019 bei Medicare-Versicherten durchgeführt wurden, war die Verwendung von IVUS mit einem geringeren Risiko für kurz- und langfristige schwerwiegende unerwünschte Ereignisse verbunden. Dazu zählten weniger akute Gliedmaßen-Ischämie und größere Gliedmaßen-Amputationen über einen Median von 541 Tagen (Divakaran 2022). Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie, die den Einsatz einer zusätzlichen IVUS-Nutzung bei femoropoplitealen arteriellen Eingriffen im Vergleich zur Angiographie untersuchte, dass der Einsatz von IVUS zu einer signifikanten Reduzierung der Restenoserate nach 12 Monaten führte (Allan 2022).

In einer ähnlichen Analyse der US-amerikanischen Medicare-Datenbank, in der 20.984 tiefe Veneneingriffe untersucht wurden, die zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2019 durchgeführt wurden, war die Verwendung von IVUS mit einem geringeren kumulativen Risiko für unerwünschte Ereignisse, einschließlich venöser Stent-Thrombosen und Embolien, sowie einem geringeren Risiko für Tod und Krankenhausaufenthalt verbunden (Divakaran 2022). In einer retrospektiven Kohortenstudie mit 150 Patienten, die sich wegen einer tiefen Venenerkrankung einem iliofemorale Stenting unterzogen, war IVUS auch signifikant mit einer verbesserten primären

Durchgängigkeit des Stents und einem Schutz vor einer Reintervention nach 2 Jahren im Vergleich zu Verfahren, die nur mit Angiographie durchgeführt wurden, verbunden (Tran 2022).

Problembeschreibung:

Der vorliegende Vorschlag bezieht sich auf den peripheren Einsatz der intravaskulären Ultraschalltechnologie (IVUS). Das Ziel ist die sachgerechte Dokumentation des Verfahrens an den zugehörigen Lokalisationen. Zusätzlich ist eine klare Differenzierung auch für das Entgeltsystem relevant.

Die derzeit verfügbare Kodiermöglichkeit für nicht-koronare IVUS Eingriffe ist das Kodekapitel 3-05e. Eine Analyse der Krankenhaus-Qualitätsberichte des Jahres 2020 ergab insgesamt 5.498 Fälle, die mit endständigen Codes des Kapitels 3-05e kodiert wurden. Die Anzahl der IVUS-Anwenderkrankenhäuser und ihrer jährlichen IVUS-Fälle in Deutschland ist nicht kongruent mit den ausgewiesenen hohen Fallzahlen der Qualitätsberichte. Eine detailliertere Analyse des Kodierverhaltens der Krankenhäuser auf Abteilungsebene führt zu dem Schluss, dass in einer großen Anzahl von Fällen einer der Codes aus 3-05e verwendet wird, obwohl Informationen vorliegen, dass die IVUS-Technologie an einigen dieser Häuser nicht zur Verfügung steht. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass mehrere, sehr unterschiedliche Verfahren in diesem Kode vermischt werden, was eine sachgerechtere Dokumentation erforderlich macht. Da sich venöse und arterielle IVUS Verfahren hinsichtlich des Aufwands unterscheiden können, schlagen wir außerdem vor, eine weitere Differenzierung der Lokalisation für die Verwendung von IVUS auf der Ebene der sechsten Stelle hinzuzufügen.

In anderen Kapiteln des OPS-Katalogs wird eine klare Trennung von IVUS gegenüber anderen endosonographischen Eingriffe bereits vorgenommen (vgl. hierzu Kapitel 3-05g - Endosonographie des Herzens). Diese klare Struktur des Kapitels und des Codes „3-05g.0 - Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]“ erlaubt eine sachgerechte Dokumentation des Verfahrens. Das IVUS-Verfahren in peripheren Gefäßen sollte daher analog zum Kodekapitel 3-05g strukturiert werden. Eine solche Kodiermöglichkeit würde zur klaren Identifizierung der IVUS-Fälle im peripheren Bereich und deren Abbildung im Entgeltsystem führen.

Hinsichtlich der Abbildung von peripheren IVUS-Fällen im Entgeltsystem zeigen die Daten der stationären Krankenhauskosten für das Jahr 2020, dass die IVUS-Nutzung mit höheren Fallkosten verbunden ist als Nicht-IVUS-Fälle. Diese zusätzlichen Kosten werden derzeit in der Kalkulation des DRG-Systems nicht berücksichtigt, was zu einer Kostenunterrepräsentation von IVUS-Fällen innerhalb der regelmäßig für periphere Gefäßeingriffe geltenden F59-DRGs führt. Für eine sachgerechte Abbildung von IVUS-Fällen im Vergütungssystem sind die vorgeschlagenen Anpassungen des bestehenden Kapitels 3-05 mit der Neuschaffung des Unterkapitels 3-05h in Analogie zum Unterkapitel 3-05g erforderlich.

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

Der Vorschlag ist relevant, um eine sachgerechte Abbildung intravaskulärer Ultraschallverfahren (IVUS) bei nicht-koronaren Eingriffen im Entgeltsystem zu ermöglichen, vorrangig im aG-DRG-System.

Potenziell kann diese Klarstellung der nicht-koronaren IVUS Kodierung auch im Hinblick auf die Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen (AOP) relevant werden, da IVUS potenziell im Zusammenhang mit ambulant durchgeführten Interventionen Anwendung finden kann. Durch die Ermöglichung der Sicherung von Behandlungsergebnissen mit Hilfe des Einsatzes von IVUS kann eine ambulante Anwendung zu einer wichtigen Reduktion von Nebenwirkungen für Patienten führen. Auch hier ist eine eindeutige Kennzeichnung des Verfahrens durch einen OPS-Code erforderlich.

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)

Natesan S, Mosarla RC, Parikh SA, et al. Intravascular ultrasound in peripheral venous and arterial interventions: A contemporary systematic review and grading of the quality of evidence. *Vascular Medicine*. 2022;27(4):392-400. doi:10.1177/1358863X221092817.

Secemsky EA, Mosarla RC, Rosenfield K, Kohi M, Lichtenberg M, Meissner M, Varcoe R, Holden A, Jaff MR, Chalyan D, Clair D, Hawkins BM, Parikh SA. Appropriate Use of Intravascular Ultrasound During Arterial and Venous Lower Extremity Interventions. *JACC Cardiovasc Interv*. 2022 Aug 8;15(15):1558-1568. doi: 10.1016/j.jcin.2022.04.034. PMID: 35926922.

Allan RB, Puckridge PJ, Spark JI, Delaney CL. The Impact of Intravascular Ultrasound on Femoropopliteal Artery Endovascular Interventions: A Randomized Controlled Trial. *JACC Cardiovasc Interv*. 2022 Mar 14;15(5):536-546. doi: 10.1016/j.jcin.2022.01.001. PMID: 35272779.

Divakaran S, Parikh SA, Hawkins BM, Chen S, Song Y, Banerjee S, Rosenfield K, Secemsky EA. Temporal Trends, Practice Variation, and Associated Outcomes With IVUS Use During Peripheral Arterial Intervention. *JACC Cardiovasc Interv*. 2022 Oct 24;15(20):2080-2090. doi: 10.1016/j.jcin.2022.07.050. PMID: 36265940; PMCID: PMC9758975.

Divakaran S, Meissner MH, Kohi MP, Chen S, Song Y, Hawkins BM, Rosenfield K, Parikh SA, Secemsky EA. Utilization of and Outcomes Associated with Intravascular Ultrasound during Deep Venous Stent Placement among Medicare Beneficiaries. *J Vasc Interv Radiol*. 2022 Dec;33(12):1476-1484.e2. doi: 10.1016/j.jvir.2022.08.018. Epub 2022 Aug 23. PMID: 35998803; PMCID: PMC9758974.

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Verwendung der IVUS-Technologie ist aufgrund der Materialkosten für den Katheter mit zusätzlichen Kosten im Vergleich zur herkömmlichen Angiographie verbunden.

In Fällen, in denen IVUS dem Arzt eine genauere Darstellung der Gefäßanatomie ermöglicht, die gegebenenfalls komplexere Eingriffe erfordert, ist der Einsatz von IVUS regelhaft außerdem mit einem erhöhten Materialeinsatz (z. B. für Stents, Ballons usw.) verbunden. Dieser Einsatz führt wiederum zu höheren Gesamtkosten der Fälle.

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

In den Fällen, in denen IVUS nicht zu weiteren Interventionen oder dem Einsatz weiterer Materialien führt, fallen zusätzliche Kosten im Vergleich zur Behandlung ohne IVUS-Nutzung in Höhe des IVUS-Katheters an (700-950 € inkl. MwSt.).

Ergibt sich durch den Einsatz von IVUS die Notwendigkeit weiterer interventioneller Maßnahmen, so ist mit diesen Fällen ein höherer Behandlungsaufwand (Personalzeit/Katheterlaborzeit, längere Verweildauer) und Materialkosten verbunden. Diese Fälle übersteigen dann regelhaft deutlich die in den F59-DRGs abgebildeten Kosten.

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

Die geschätzte tatsächliche Anzahl peripherer, nicht koronarer IVUS-Fälle basierend auf Industrie-Aktivitäten beträgt etwa 1000 Fälle pro Jahr. Dies steht in deutlichem Gegensatz zu den OPS-Statistiken für das Kapitel 3-05e.

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.)

Der Vorschlag ist derzeit nicht relevant für die externe Qualitätssicherung.

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)

Bis 2017 stand lediglich der unspezifische OPS-Kode 3-05e "Endosonographie der Blutgefäße" für die Kodierung der (nicht koronaren) IVUS zur Verfügung. Für 2018 wurde dieser Code in die unterschiedlichen Lokalisationen unterteilt. Außerdem wurde für 2019 das Wort "intravaskulär" [Endosonographie] zur Klarstellung in den OPS-Text aufgenommen.

10. Sonstiges

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