



## OPS 2025

### Änderungsvorschlag für den OPS 2025

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:  
*ops2025-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
**Beispiel: ops2025-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2024** an [vorschlagsverfahren@bfarm.de](mailto: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 unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) - Datenschutzerklärung.



## OPS 2025

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

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGNR
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgnr.org
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Dörfler
Vorname *	Arnd
Straße *	Schwabachanlage 6, Kopfklinikum
PLZ *	91054
Ort *	Erlangen
E-Mail *	arnd.doerfler@uk-erlangen.de
Telefon *	0913-18534326

### Einräumung der Nutzungsrechte



\* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher 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 willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de) erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## OPS 2025

### 2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
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 willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
- Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.  
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## OPS 2025

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

### 3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

#### Kurzbeschreibung

Größendifferenzierung der Thrombektomie-Aspirationskatheter beim akuten Schlaganfall

### 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:

#### Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)  
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)  
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)

### 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.)

#### Medizinprodukt

u.a.  
ACE 60, 64, 68, 3Max, Jet 7, Jet D - Fa. Penumbra Inc, USA  
Sofia 5F, Sofia Plus, Sofia Flow 88 - Fa. Microvention, USA  
React 68 und React 71 - Fa. Medtronic, USA  
Fargo, Fargo Max - Fa. Balt, France  
Embovac, Siphon Track - Fa. Cerenovus, USA  
AXS Catalyst 6, AXS Catalyst 7 - Fa. Stryker, USA  
MIVI Q Aspirations-Katheter - Fa. MIVI Neuroscience, USA



## OPS 2025

- 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-Zertifizierung

CE jeweils vorhanden, wird nachgereicht.

Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung: ... für die Entfernung/Aspiration von Emboli und Thromben aus ausgewählten Blutgefäßen im Arteriensystem, einschließlich der peripheren und neurovaskulären Systeme.

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.)

### Arzneimittel

-

- 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

### Arzneimittelzulassung

-

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)

### Inhaltliche Beschreibung

Die endovaskuläre katheterbasierte Behandlung beim akuten Schlaganfall mit Thrombektomie-Aspirationskathetern und/oder Stentretreivern ist mittlerweile ein anerkanntes und fest etabliertes Behandlungsverfahren. In einer Vielzahl randomisierter Studien konnte die hohe Wirksamkeit der mechanischen Thrombektomie selbst im erweiterten Zeitfenster, in höherem Lebensalter oder bei größeren Infarkten überzeugend gezeigt werden (Level-Ia Evidenz).

In den letzten Jahren haben sich die Thrombektomie-Aspirationskatheter erheblich weiterentwickelt. Insbesondere durch die Zunahme des Innendurchmessers, bei gleichzeitiger Optimierung der Flexibilität und Navigierbarkeit für die intrakranielle Anwendung, konnte die Aspirationskraft signifikant erhöht und damit das Rekanalisationspotential wissenschaftlich belegt wesentlich gesteigert werden. Im OPS erfolgt die Kodierung der Thrombektomie-Aspirationskatheter bisher größenunabhängig und nur nach Anzahl. Eine differenziertere Kodierung der Kathetergrößen ist bisher im OPS nicht verfügbar. Beantragt wird daher für die intrakranielle Lokalisation die Neuaufnahme des folgenden Codes:

Größendifferenzierung der Thrombektomie-Aspirationskatheter beim akuten Schlaganfall

8-83b.t0 Distaler Innendurchmesser Thrombektomie-Aspirationskatheter < 1mm



## OPS 2025

### Inhaltliche Beschreibung

- 8-83b.t1 Distaler Innendurchmesser Thrombektomie-Aspirationskatheter 1mm bis 2mm  
8-83b.t2 Distaler Innendurchmesser Thrombektomie-Aspirationskatheter > 2mm

## 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

#### Problembeschreibung

In den Industrieländern ist der Schlaganfall dritthäufigste Todesursache, im Erwachsenenalter die häufigste Ursache einer bleibenden Behinderung und damit ein erheblicher Kostenfaktor. Pro Jahr erleiden ca. 300.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall, davon mehr als 80% aufgrund einer Durchblutungsstörung des Gehirns durch einen Gefäßverschluss.

Der akute ischämische Schlaganfall ist einer kausalen und kurativen Therapie nur innerhalb der ersten Stunden zugänglich. Die mechanische Thrombektomie beim akuten Schlaganfall ist mittlerweile ein anerkanntes und evidenz-basiertes Behandlungsverfahren und findet in der Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls zunehmend erfolgreich Anwendung (Evidenz Ia). In 2022 wurde in Deutschland gemäß DeGIR-Register ca. 17.000 Schlaganfallpatienten interventionell mittels mechanischer Thrombektomie behandelt. In vielen hochrangig publizierten, internationalen, prospektiv-randomisierten Studien konnte die hohe Wirksamkeit der mechanischen Thrombektomie überzeugend gezeigt werden. Zunehmend belegen weitere randomisierte Studien für ausgewählte Patienten sogar eine hohe Effektivität selbst im erweiterten Zeitfenster bis 24 Stunden nach Symptombeginn oder bei Patienten mit größeren Infarktkernen.

Grundsätzlich werden bei der mechanischen Thrombektomie sowohl "Stentretreiver" als auch "Thrombektomie-Aspirationskatheter" standardmäßig eingesetzt und ermöglichen eine Rekanalisation verschlossener Hirngefäße mit hoher Erfolgsrate. Die verfügbare Studienlage belegt dabei sowohl für die Stentretreiver als auch für die Thrombektomie-Aspirationskatheter eine Level-Ia Evidenz. Regelmäßig werden beide Verfahren auch in Kombination angewendet, wodurch sich die Wirksamkeit der Behandlung (Rekanalisationsrate) in der Praxis erhöhen lässt. Auch die aktuellen Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften sehen daher beide Verfahren, sowohl einzeln als in Kombination eingesetzt, als elementare Bestandteile der First-Line-Therapie beim akuten ischämischen Schlaganfall.

In den letzten Jahren haben sich die Thrombektomie-Aspirationskatheter erheblich weiterentwickelt. Insbesondere durch die Zunahme des Innendurchmessers, bei gleichzeitiger Optimierung der Flexibilität und Navigierbarkeit für die intrakranielle Anwendung, konnte die Aspirationskraft signifikant erhöht und damit das Rekanalispotential wissenschaftlich belegt wesentlich gesteigert werden. So haben die effektiven Innendurchmesser der Katheter seit Einführung 2007 von ca. 0,5mm bis 1mm Durchmesser auf mittlerweile über 1,5mm und neuerdings auf über 2mm zugenommen. Für den Einsatz in kleineren, peripheren Hirngefäßen gibt es zudem neuere, kleinere Thrombektomie-Aspirationskatheter mit einem Innendurchmesser von kleiner 1mm. Neben vielen prospektiv randomisierten internationalen Studien belegen u.a. auch zwei deutschsprachige Studien die hohe medizinische Wirksamkeit der größeren Thrombektomie-Aspirationskatheter.

Im OPS erfolgt die Kodierung der Thrombektomie-Aspirationskatheter bisher größenunabhängig und nur nach Anzahl (bis zu 3) über die OPS-Ziffern 8-83b.87, 8-83b.88, 8-83b.89. Eine differenziertere Kodierung



## OPS 2025

### Problembeschreibung

der Kathetergrößen ist bisher im OPS nicht verfügbar, wäre aber für eine differenzierte Analyse des Einsatzes, der Wirksamkeit und perspektivisch für eine differenziertere Vergütung im Entgeltsystem geboten.

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

#### Relevanz Entgeltsysteme

Die Möglichkeit der Größendifferenzierung der Thrombektomie-Aspirationskatheter beim akuten Schlaganfall im OPS-System ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme sehr relevant.

Die Thrombektomie-Aspirationskatheter werden bisher einheitlich über das bepreiste ZE 133 vergütet. In den letzten Jahren haben sich die Thrombektomie-Aspirationskatheter aber erheblich weiterentwickelt. Insbesondere durch die Zunahme des Innendurchmessers, bei gleichzeitiger Optimierung der Flexibilität und Navigierbarkeit für intrakranielle Anwendungen, konnte die Aspirationskraft signifikant erhöht und damit die Effizienz der Thrombusentfernung wesentlich gesteigert werden.

So hat sich der effektive Innendurchmesser der Aspirationskatheter seit Einführung 2007 (damals noch als "Mikrodrahtretriever-System" bezeichnet) von ca. 0,5mm bis 1mm auf mittlerweile über 1,5mm und kürzlich auf über 2mm erhöht. Für den Einsatz in kleineren, peripheren Hirngefäßen gibt es zudem neuere Thrombektomie-Aspirationskatheter mit einem kleinen Innendurchmesser von kleiner 1mm. Die unterschiedlich großen Thrombektomie-Aspirationskatheter sind mit deutlich unterschiedlichem Herstellungsaufwand und entsprechend unterschiedlichen Kosten verbunden. Die Preisspanne reicht hier größenabhängig von ca. 900,- € bis 2800,-€ brutto.

Die einheitlich Vergütung über das ZE sieht hier bisher keine Differenzierung entsprechend den Kathetergrößen und unterschiedlichen Einkaufspreisen vor. Eine differenziertere Kodierung der Kathetergrößen im OPS ist hierbei die Voraussetzung für eine differenzierte Vergütung nach ZE im Entgeltsystem.



## OPS 2025

### 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)

#### Leitlinien, Literatur, Studienregister

u.a.

Albers GW, et al. DEFUSE 3 Investigators. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med.* 2018;378:708-718.

Altenbernd J, et al. Frontline ADAPT therapy to treat patients with symptomatic M2 and M3 occlusions in acute ischemic stroke: initial experience with the Penumbra ACE and 3MAX reperfusion system *J Neurointerv Surg.* 2018;10:434-439

Berkhemer OA, et al. MR CLEAN Investigators. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372:11-20.

Boulanger M, et al. First-line contact aspiration vs stent-retriever thrombectomy in acute ischemic stroke patients with large-artery occlusion in the anterior circulation: Systematic review and meta-analysis. *Interv Neuroradiol.* 2019;25:244-253.

Bracard S, et al. THRACE investigators. Mechanical thrombectomy after intravenous alteplase versus alteplase alone after stroke (THRACE): a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2016;15:1138-1147.

Campbell B, et al. EXTEND-IA Investigators. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med.* 2015;372:1009-1018.

European Stroke Organisation (ESO) – European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic Stroke Endorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). *Eur Stroke J.* 2019;4:6-12.

Espinosa de Rueda M, et al. Thrombectomy aspiration post-market study in acute stroke with the Q aspiration catheter: the TAPAS study. *J Neurointerv Surg.* 2023;15:674-678.

Goyal M, et al. ESCAPE Trial Investigators. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372:1019-1030.

Goyal M, et al. HERMES collaborators. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet.* 2016;387:1723-1731.

Jovin TG, et al. REVASCAT Trial Investigators. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372:2296-2306.

Marnat G, et al. First-Line Sofia Aspiration Thrombectomy Approach within the Endovascular Treatment of Ischemic Stroke Multicentric Registry: Efficacy, Safety, and Predictive Factors of Success. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2019;40:1006-1012.

Mocco J, et al.; THERAPY Trial Investigators. Aspiration thrombectomy after intravenous alteplase versus intravenous alteplase alone. *Stroke.* 2016;47:2331-2338.

Möhlenbruch M. et al: Multicenter experience with the new SOFIA Plus catheter as a primary local aspiration catheter for acute stroke thrombectomy *J NeuroIntervent Surg* 2017;9:1223-1227.

Nogueira RG, et al; DAWN Trial Investigators. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med.* 2018;378:11-21.



## OPS 2025

### Leitlinien, Literatur, Studienregister

Raymond SB, et al. Initial experience with React 68 aspiration catheter. Interv Neuroradiol. 2020;26:358-363.

Requena M, et al. Combined technique as first approach in mechanical thrombectomy: Efficacy and safety of REACT catheter combined with stent retriever. Interv Neuroradiol. 2023;29:504-509.

Schramm P, et al. ADAPT Technique with ACE68 and ACE64 Reperfusion Catheters in Ischemic Stroke Treatment: Results from the PROMISE Study. J Neurointerv. Surg 2019;11:226-231.

Turk AS, et al. ADAPT FAST study: a direct aspiration first pass technique for acute stroke thrombectomy. J NeuroIntervent Surg 2014;6:260-264.

Turk AS, et al. Aspiration thrombectomy versus stent retriever thrombectomy as first-line approach for large vessel occlusion (COMPASS): a Multicentre, randomised, open label, blinded outcome, non-inferiority trial. The Lancet 2019;393:998-1008.

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

##### Kosten

Die Kosten der Thrombektomie-Aspirationskatheter sind sehr unterschiedlich und betragen größenabhängig zwischen 900,- € bis 2800,-€.

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

##### Kostenunterschiede

-

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

##### Fallzahl

Der Schlaganfall steht in Deutschland auf Platz drei der Statistik der Todesursachen. Pro Jahr erleiden ca. 300.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall, 84% aufgrund einer Durchblutungsstörung des Gehirns durch einen Gefäßverschluss. Die Inzidenz von Schlaganfällen liegt für Frauen bei 117 und für Männer bei 127 pro 100.000 Einwohner. In 2022 wurden in Deutschland ca. 17.000 mechanische Thrombektomiebehandlungen durchgeführt (DeGIR-Register) und insgesamt 22.118 mal der Einsatz eines Thrombektomie-Aspirationskatheter kodiert (8-83b.87: 15.582, 8-83b.88: 2.775, 8-83b.89: 493).

Die Fallzahlaberschätzung pro Jahr in Deutschland liegt bei ca. 20.000 Anwendungen pro Jahr, bei insgesamt sich stetig erweiternden Einschlusskriterien (Lebensalter, Zeitfenster, Infarktgröße, periphere Gefäßverschlüsse) mit jährlich steigender Tendenz, so dass hier perspektivisch mit einer Fallzahl von ca. 25.000 - 30.000 pro Jahr zu rechnen ist.

#### 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.)

##### Relevanz Qualitätssicherung

Die Möglichkeit einer differenzierten Kodierung der unterschiedlichen Größen der Thrombaspirationskatheter trägt zur genaueren Analyse der Wirksamkeit der mechanischen Thrombektomie und damit zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung bei. Die Daten können ferner einfach in Qualitätsregister, z.B. das der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DeGIR/DGNER) integriert werden.



## OPS 2025

### 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)

#### Bisherige Kodierung

Bisher erfolgt die Kodierung im OPS-System größenunabhängig über

8-83b.8 Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung

.87 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter

Inkl.: Flexibler intrakranieller Aspirationskatheter

Hinw.: Thrombektomie-Aspirationskatheter erfordern die kontinuierliche Aspiration am Thrombus

.88 2 Thrombektomie-Aspirationskatheter

Inkl.: Flexibler intrakranieller Aspirationskatheter

Hinw.: Thrombektomie-Aspirationskatheter erfordern die kontinuierliche Aspiration am Thrombus

.89 3 oder mehr Thrombektomie-Aspirationskatheter

Inkl.: Flexibler intrakranieller Aspirationskatheter

Hinw.: Thrombektomie-Aspirationskatheter erfordern die kontinuierliche Aspiration am Thrombus

### 10. Sonstiges

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

#### Sonstiges

-