



## 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-komplexe-fruehreha.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 *	Universitätsklinikum Heidelberg.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKHD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.klinikum.uni-heidelberg.de">https://www.klinikum.uni-heidelberg.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Thalheimer
Vorname *	Markus
Straße *	Im Neuenheimer Feld 672
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	<a href="mailto:markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de">markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de</a>
Telefon *	06221-565678

### 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 *	Universitätsklinikum Heidelberg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKHD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.klinikum.uni-heidelberg.de">https://www.klinikum.uni-heidelberg.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Gumbinger
Vorname *	Christoph
Straße *	Im Neuenheimer Feld 400
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	<a href="mailto:christoph.gumbinger@med.uni-heidelberg.de">christoph.gumbinger@med.uni-heidelberg.de</a>
Telefon *	06221-567504

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

#### Kurzbeschreibung

Differenzierung OPS 8-020.8 (Systemische Thrombolyse)

### 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

### 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

#### 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



## OPS 2025

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

Alteplase (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG Binger Straße 173 55216 Ingelheim am Rhein)  
Tenecteplase (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG Binger Straße 173 55216 Ingelheim am Rhein)  
Urokinase (keine Daten zu Hersteller aktuell verfügbar)

- 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

Alteplase 14.02.2020 (EMA)  
Zur fibrinolytischen Therapie bei akutem Herzinfarkt.  
Zur fibrinolytischen Therapie bei akuter massiver Lungenembolie mit hämodynamischer Instabilität.  
Zur fibrinolytischen Behandlung bei akutem ischämischen Schlaganfall.

Tenecteplase 12.01.2024 (EMA)  
Metalyse ist bei Erwachsenen zur thrombolytischen Therapie bei Verdacht auf akuten Herzinfarkt mit andauernder ST-Streckenhebung oder frischem Linksschenkelblock innerhalb 6 Stunden nach Symptombeginn eines akuten Herzinfarkts angezeigt.  
Bei Erwachsenen zur thrombolytischen Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls (AIS) innerhalb des Zeitfensters von 4,5 Stunden nach dem letzten bekannten Status ohne Symptome und nach Ausschluss einer intrakraniellen Blutung.



## OPS 2025

### 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

Beantragt wird die Differenzierung des OPS 8-020.8 (Systemische Thrombolyse) nach eingesetztem Thrombolytikum (Fibrinolytikum)

Vorschlag

OPS 8-020.80 Systemische Thrombolyse: Alteplase

OPS 8-020.81 Systemische Thrombolyse: Tenecteplase

OPS 8-020.88 Systemische Thrombolyse: Sonstige Thrombolytika (Fibrinolytika)

### 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

#### a. Problembeschreibung \*

##### Problembeschreibung

Im Berichtsjahr 2023 wurden insgesamt fast 48.000 Prozeduren mit Angabe OPS 8-020.8 kodiert. Davon entfielen (incl. der Kodierung der Indikationsstellung als Nebendiagnose)

- 38,9 Tsd. Prozeduren (82%) auf die Indikation I63 (Hirnfarkt)
- 3,6 Tsd. Prozeduren (8%) auf die Indikation I26 (Lungenembolie)
- 2,0 Tsd. Prozeduren (4%) auf die Indikation I46 (Herzstillstand)
- 1,0 Tsd. Prozeduren (2%) auf die Indikation I21 (Herzinfarkt)
- 2,2 Tsd. Prozeduren (4%) auf sonstige Indikationen (z.B G45, I64), I65

Die Prozeduren wurden mit Stand Januar 2024 nahezu vollständig mit der Wirksubstanz Alteplase durchgeführt.

Seit dem Februar 2024 steht mit der Zulassung der Wirksubstanz Tenecteplase in der Indikation Hirnfarkt eine Alternative zur Verfügung. Die Substanz wird als Bolus gegeben und kann somit die zeitkritischen Behandlungsabläufe in der Frühphase der Therapie beschleunigen (Richten des Perfusors entfällt). Insbesondere relevant ist die Bolusgabe aber auch für Patienten, die einen schweren Schlaganfall haben und zur Thrombektomie verlegt werden müssen. Dieser kommt häufig in Krankenhäusern abseits der Maximalversorger zum tragen: durch den Wegfall der (bei Alteplase) durchgeführten Perfusorgabe ist zu erwarten, dass die Häufigkeit der Notarztbegleitung bei Verlegungen von Patienten zur Thrombektomie (das betrifft ca. 5-10% der Schlaganfallpatienten) reduziert werden kann.

Dies bietet bei diesen zeitkritischen Schlaganfallpatienten eine Optimierungsmöglichkeit hin zu einer schnelleren Schlaganfalltherapie mit dem Potential die Versorgung zu verbessern und durch diese Prozessoptimierung die Morbidität von Schlaganfallpatienten zu senken.

Es ist zu erwarten, dass ein erheblicher Teil Krankenhäuser mit Stroke Units, insbesondere kleinere Kliniken, die zur Thrombektomie verlegen müssen, eine Umstellung auf Tenecteplase vornimmt. Andererseits ist die mangelnder (Mehr-)Kostenerstattung gerade für die kleineren Kliniken aber auch ein Hemmnis auf das aus versorgungstechnischer Sicht möglicherweise bessere Medikament umzustellen (siehe Thematik Kostenunterschiede).



## OPS 2025

### Problembeschreibung

Da keines der zugelassenen Thrombolytika (Fibrinolytika) bisher einen wirkstoffspezifischen OPS aus Kapitel 6 als ergänzende Kodierung aufweist, ist aus der Kodierung (nur Prozedur 8-020.8) die Unterscheidung nach Applikationsform und nach Wirksubstanz nicht möglich.

Aus der Anwendung der unterschiedlichen Wirksubstanzen werden sich unterschiedliche Kostendaten ergeben (siehe auch Punkt f, Kostenunterschiede). In einer internen Abschätzung rechnen wir mit einer Kostensteigerung von etwa 35%.

Ergänzend ist auch von wissenschaftlicher Relevanz, dass sich auch die klinischen Ergebnisse (Outcomes) im klinischen Alltag unterscheiden können. Die Erfassung dieser Unterschiede ist über die Differenzierung des OPS 8-020.8 in der vorgeschlagenen Form ohne nennenswerten Zusatzaufwand möglich, in dem man die Outcomes in Abhängigkeit der OPS untersucht.

Der OPS 8-020.88 ist dem sonstigen noch im Handel befindlichen Thrombolytikum (Urokinase) oder zukünftigen Neueinführungen dieser Substanzklasse vorbehalten, sofern für diese nicht noch freie Codes verwendet werden.

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

#### Relevanz Entgeltsysteme

Die Kosten für die Durchführung der Prozedur 8-020.8 werden in den Kalkulationsdatensätzen bisher in den gruppierten Fällen unspezifisch in der Kostenartengruppe 4b erfasst. Die 10 häufigsten gruppierten DRG (75% des Fallaufkommens) mit einem OPS 8-202.8 waren im Berichtsjahr 2023 (Quelle: InEK DatenBrowser):

DRG	Prozent
B70C	18,93%
B70B	16,10%
B70E	13,54%
B39B	6,63%
B70A	5,13%
B70I	4,58%
E64A	4,03%
B39C	3,49%
B44A	2,35%
B20D	1,02%

Die Differenzierung des OPS 8-020.8 in der vorgeschlagenen Form ermöglicht eine strukturierte Erfassung der Kosten für die Medikation und für die Prozesskosten nach eingesetzter Wirksubstanz und Applikationsform.



## 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

--

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

#### Kosten

Alteplase (ca. 750-890 €/Prozedur) geschätzt  
Tenecteplase (1.190 € - 1.240 €/Prozedur) geschätzt

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

#### Kostenunterschiede

Kostenunterschiede der Wirksubstanzen sind in der dominierenden Indikationsstellung Hirninfarkt zu erwarten. Ursache hierfür sind v.a. die unterschiedlichen Darreichungsformen und Preise für Alteplase und Tenecteplase. Während für Tenecteplase nur eine Darreichungsform zur Verfügung steht (die komplette Bandbreite von Körpergewichten bis zur Höchstdosis abdeckt; für Körpergewichte unter der Maximaldosierung führt das zu einem Verwurf des nicht gegebenen Restes), steht für Alteplase unterschiedliche Darreichungsformen (Vials mit 50, 20 und 10mg) zur Verfügung, die entsprechend des Körpergewicht des Patienten kombiniert werden können.

Bei einer hausinternen Kalkulation (durchschnittliches Gewicht unserer Schlaganfallpatienten von 74kg, Dosiskalkulation erfolgte an individuellen Patientengewicht) würde die Umstellung (in Kombination mit dem moderaten Mehrpreis für Tenecteplase) zu einer geschätzten relevanten Kostensteigerung von ca. 35% führen, also Mehrkosten von ca. 300-400€ pro behandelten Patienten.

Genaue Kostenunterschiede wären mit einer Differenzierung des OPS 8-020.8 in der vorgeschlagenen Form ab dem Erfassungsjahr 2025 systematisch ohne Wirksubstanz bezogene Sonderauswertungen im Rahmen der Routinekalkulationen des InEK möglich.

Den Kostensteigerungen für den Einsatz von Tenecteplase stehen nur minimale Kostenreduzierungen im Vergleich mit der Vorbereitung und Durchführung der Medikamentengabe im Krankenhaus gegenüber.

Gesellschaftlich relevant ist die möglicherweise reduzierte Nutzung der Ressource Notarzt, da diese für die Verlegung von Thrombektomiepatienten bei häufig längeren Verlegungsstrecken häufig >2h gebunden sind. Wie unter "Problembeschreibung" erläutert entfällt möglicherweise bei Thrombektomieverlegungen in vielen Fällen die Indikation für den Notarzt, da Tenecteplase nicht als kontinuierliche Infusion verabreicht wird.

Zum Hintergrund: aktuell wird, damit ein Kreis / eine geographische Einheit nicht während einer laufenden Thrombektomieverlegung mit nur sehr eingeschränkter Notarztversorgung abgedeckt ist, zur Thrombektomie teils per Hubschrauber verlegt, da der Notarzt des RTH typischerweise nicht von dem Kreis



## OPS 2025

### Kostenunterschiede

gestellt wird. Obwohl möglicherweise ein mindestens gleich schneller bodengebundener Transport möglich wäre.

Auch wenn das Vorgehen medizinisch für den Transport nachvollziehbar ist, führt das zu einem erheblichen Ressourcenverbrauch. Der Ressourcenverbrauch ist aber natürlich auch gegeben, wenn "nur" ein bodengebundener Notarzt den Patienten begleitet.

Ein Statement der Deutschen Schlaganfallgesellschaft, auf den Notarztbegleitung bei Thrombektomie-transporten zu verzichten (weil die Transporte durch das Hinzuziehen eines Notarztes teils zu lange dauern), hat bei vielen Kliniken/Rettungsdiensten zu keiner relevanten Änderung des Procedere geführt, da die Perfusorgabe bei Alteplase als kritische Indikation für die Notarztverlegung gesehen wird.

Durch die Kodierung und perspektivische Abbildung von Tenecteplase könnten diese Fehlanreize reduziert werden. Es handelt sich nicht ausschließlich um unterdeckte Kosten in DRGs, sondern auch um logistische Themen in einem Schlaganfall-Netzwerk, die die Verlegung und optimale Versorgung von Schlaganfallpatienten beeinträchtigen können.

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

#### Fallzahl

ca. 50.000

### 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

relevant als Vorhaltung in den Komplexcodes für Schlaganfallbehandlung (8-981 und 8-98b) sowie in Landesverfahren der externen QS, z.B. in Baden-Württemberg

### 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

Aktuell wird die Systemische Thrombolyse unspezifisch mit dem OPS 8-020.8 kodiert.

### 10. Sonstiges

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

#### Sonstiges