



OPS 2026

Änderungsvorschlag für den OPS 2026

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:
`ops2026-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
Beispiel: ops2026-komplexxkodefruehreha.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2025** 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 unter www.bfarm.de - Datenschutzerklärung.



OPS 2026

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 erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2026

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 2026

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

Stroke-Software zur verbesserten Patientenselektion beim akuten Schlaganfall

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxes anhaken.)

- ☐ 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 Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (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.
Brainomix, Fa. Brainomix Limited, Oxford
Rapid, Fa. iSchemaView, Menlo Park, USA
eStroke-Suite, Fa. Olea Medical
Fa. NicoLab, Fa. CerCare, Fa. Viz.ai



OPS 2026

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

CE-Zertifizierung

CE-Kennzeichnung jeweils vorhanden

u.a. "Software-Paket Rapid", CE-Zertifikat (Zertifikatsnummer: G1 096690 0008 Rev. 01),

Datum der letzten CE-Zertifizierung: 8. Januar 2021

(kann jew. nachgereicht werden).

- c. **Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung.** Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

Zweckbestimmung

Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung: abhängig vom Baustein des i.d.R. modularen Systems, u.a.

Rapid ASPECTS ist für die Beurteilung von Patienten indiziert, die sich zur bildgebenden Diagnostik mit bekanntem MCA- oder ICA-Verschluss vorstellen, um das Ausmaß des Schlaganfalls zu beurteilen.

Rapid CTP, Rapid MRT, Rapid Hypodensity bietet Analysefunktionen für funktionelle und dynamische Bilddatensätze, die mit CT, CT/MR/CBCT-Perfusion, Cone Beam Computed Tomography (CBCT) und MRT einschließlich einer diffusionsgewichteten MRT (DWI) und einer dynamischen Analyse (dynamische kontrastverstärkte Bilddaten für MRT und CT) akquiriert wurden.

Rapid CTA/LVO liefert neurologische Gefäßkarten mit Hinweisen auf hemisphärische Unterschiede in der intrakraniellen ICA/MCA-Region, die auf einen LVO hinweisen können.

Rapid LVO ist eine radiologische computergestützte Triage- und Benachrichtigungssoftware für die Analyse von CTA-Kopfbildern.

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

Nicht relevant

- 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

Nicht relevant



OPS 2026

7. Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen *

(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)

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

3-999 Stroke-Software zur verbesserten Patientenselektion beim akuten Schlaganfall

Hinw.: Inkl. ASPECT Score: Abschätzung der ischämischen Parenchymschädigung, Gefäßverschluss-Detektion und Perfusions- und Mismatch-Analyse

8. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung (Begründung) *

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. Interventionell-mechanische Rekanalisationsverfahren (mechanische Thrombektomie) finden in der Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls zunehmend erfolgreich Anwendung (Evidenz Ia). Ausgewählte Patienten profitieren sogar selbst im erweiterten Zeitfenster bis 24 Stunden nach Symptombeginn von der interventionellen Therapie. Die große Herausforderung ist dabei die adäquate Patientenselektion zur Intervention, insbesondere im erweiterten Zeitfenster. Diese basiert neben dem klinischen Befund primär auf der Bildgebung.

In der Regel erfolgt beim akuten Schlaganfall eine Computertomographie, in ausgewählten Fällen eine Magnetresonanztomographie - häufig in einem multimodalen Bildgebungsansatz aus Parenchymbildgebung, Gefäßdarstellung und Durchblutungs-/Perfusionsmessung. Ziel der Bildgebung ist neben dem Blutungsausschluss eine Abschätzung der Schwere der Ischämie bzw. des Gewebes Schadens und mittels Gefäßbildgebung (CT-, MR-Angiographie) der Nachweis eines größeren Gefäßverschlusses. Eine Perfusionsmessung kann dabei die Patientenselektion zur mechanischen Thrombektomie verbessern und ist insbesondere im erweiterten Zeitfenster (> 6h) Standard.

Die zuverlässige Interpretation der Bildbefunde, gerade in einem multimodalen Bildgebungsansatz, ist aber zeitintensiv, komplex und erfordert umfangreiche Erfahrung in der Bildanalyse und -interpretation. Aus klinischer Sicht ist hier ein zuverlässiges automatisiertes Analysetool wünschenswert, das zeitsparend die bildbasierte Patientenselektion im Sinne einer personalisierten Entscheidungsfindung unterstützt. Insbesondere vor dem Hintergrund der sich stetig erweiternden Einschlusskriterien, u.a. große Infarkte, größere Areale von Durchblutungsstörungen, sind automatisierte Softwarelösungen mittlerweile unverzichtbar. Insbesondere in zeitkritischen Situationen, nicht selten im Nacht- oder Wochenenddienst bei vielleicht weniger erfahrenen Dienstärzt*innen ist dies eine große Hilfe.

Mittlerweile sind verschiedene sehr gut klinisch-validierte, modular aufgebaute Softwarelösungen zur Bildanalyse beim akuten Schlaganfall (u.a. Brainomix, Fa. Brainomix Limited, Oxford; Rapid, Fa. iSchemaView, Menlo Park, USA, eStroke-Suite, Fa. Olea Medical, Fa. CerCare, Fa. NicoLab, Fa. Viz.ai) kommerziell verfügbar, die neben der automatisierten Abschätzung der ischämischen



OPS 2026

Problembeschreibung

Parenchymschädigung (ASPECT Scores) und Detektion größerer Gefäßverschlüsse auch umfangreiche Perfusions- und Mismatch-Analysen ermöglichen. Dadurch wird die Bildanalyse und -interpretation und klinische Entscheidungsfindung erleichtert und der Workflow insgesamt erheblich beschleunigt. Die Software-Lösungen wurden zudem schon umfangreich sehr erfolgreich in den größeren randomisierten Thrombektomiestudien zur Patientenselektion eingesetzt.

Der Einsatz dieser Software-Lösungen ist bisher nicht durch einen gesonderten OPS abgebildet, der Einsatz damit nicht kodierbar. Allein für die Rapid-Software sind für die Jahre 2022 und 2023 (firmenintern) 32.492 Anwendungen dokumentiert, die im OPS nicht abgebildet sind. Der Einsatz der Software-Lösungen ist mit zum Teil erheblichen Kosten verbunden, abhängig vom Ausmaß der modularen Verfügbarkeit und Frequenz der Anwendung/Fallzahl beträgt dies ca. 20.000,- bis 35.000,- Euro pro Jahr - Kosten die bisher auf Fallebene nicht abgebildet werden können. Schon deshalb sollte der Einsatz der "Stroke-Software zur verbesserten Patientenselektion beim akuten Schlaganfall" im OPS abgebildet werden, wie dies in vielen Ländern für die Stroke-Software und in Deutschland bereits bei folgenden Verfahren der Fall ist:

3-99 Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

3-990 Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

3-991 Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung

3-993 Quantitative Bestimmung von Parametern

3-994 Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik

3-997 Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten

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

Relevanz Entgeltsysteme

Die Kodierung des Einsatzes der "Stroke-Software zur verbesserten Patientenselektion beim akuten Schlaganfall" ist für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme sehr relevant.

Schlaganfälle sind häufig. Allein für die Rapid-Software sind für die Jahre 2022 und 2023 32.492 Anwendungen dokumentiert, die im OPS nicht abgebildet sind. Der Einsatz der Software-Lösungen ist mit zum Teil erheblichen Kosten verbunden - Kosten die bisher auf Fallebene nicht abgebildet werden können.



OPS 2026

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
<p>Auswahl</p> <p>Albers GW, et al.. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. N Engl J Med 2018;378:708-718.</p> <p>Berlis A, et al. On the basis of the deGIR/DGMR register nationwide care for acute ischemic stroke patients in 2016 and 2017 using mechanical thrombectomy by radiologists and neuroradiologists. Fortschr Röntgenstr. 2019;191:613-617.</p> <p>Campbell B, et al. Acute Stroke Imaging Research Roadmap IV: Imaging Selection and Outcomes in Acute Stroke Clinical Trials and Practice: Consensus Recommendations and Future Research Priorities. Stroke. 2021; 52: 2723-2733.</p> <p>European Stroke Organisation – European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy expedited recommendation on indication for intravenous thrombolysis before mechanical thrombectomy in patients with acute ischaemic stroke and anterior circulation large vessel occlusion. Eur Stroke J. 2022; 7:1-26.</p> <p>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.</p> <p>Hoelter P, et al. Automated ASPECT scoring in acute ischemic stroke: comparison of three software tools. Neuroradiology. 2020;62:1231-1238.</p> <p>Maegerlein C, et al. Automated calculation of the Alberta Stroke Program Early CT score: feasibility and reliability. Radiology 2019;291:141-148.</p> <p>Mair G, et al. External Validation of e-ASPECTS Software for Interpreting Brain CT in Stroke Ann Neurol. 2022; 92: 943-957.</p> <p>Muehlen I, et al. Prognostic Accuracy of CTP Summary Maps in Patients with Large Vessel Occlusive Stroke and Poor Revascularization after Mechanical Thrombectomy - Comparison of Three Automated Perfusion Software Applications. Tomography. 2022; 8: 1350-1362.</p> <p>Nagel S, et al. e-ASPECTS software is non-inferior to neuroradiologists in applying the ASPECT score to computed tomography scans of acute ischemic stroke patients. Int J Stroke 2017;12:615-622.</p> <p>Saver JL, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med 2015;372:2285-2295.</p> <p>Shibata S, et al. The Utility of Automated ASPECTS in Acute Ischemic Stroke for Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (IV-rtPA) Therapy. Neurol Int. 2022; 14: 981-990.</p> <p>Wouters A, et al. Prediction of stroke infarct growth rates by baseline perfusion imaging. Stroke. 2022; 53: 569-577.</p>



OPS 2026

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten

Modulare Lösungen kosten von 20.000 - 35.000 Euro, auch abhängig von der Fallzahl und dem Ausmaß der modularen Anwendung.

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

Kostenunterschiede

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

Fallzahl

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), bei sich stetig erweiternden Einschlusskriterien mit jährlich steigender Anzahl.

Die Fallzahl für den Einsatz der Software-Lösung liegt dabei aber deutlich höher. Allein für die Rapid-Software sind für die Jahre 2022 und 2023 (firmenintern) 32.492 Anwendungen dokumentiert, die im OPS nicht abgebildet sind.

Die Fallzahlabeschätzung pro Jahr in Deutschland liegt bei ca. 60.000 (bis zu 100.000) Anwendungen pro Jahr.

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

Der Einsatz einer zertifizierten Software-Lösung trägt zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung bei und lässt sich relativ einfach in das Qualitätsmanagement integrieren. Daten aus Software-Lösungen finden ferner Eingang in das Qualitätsregister der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DeGIR/DGMR).

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 ist eine Kodierung im OPS-System nicht möglich.

10. Sonstiges

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

Sonstiges

-

