

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Röntgengesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG
Internetadresse der Organisation *	www.drg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof.Dr.med.
Name *	Dierk
Vorname *	Vorwerk
Straße *	Krumenauerstrasse 25
PLZ *	85049
Ort *	Ingolstadt
E-Mail *	dierk.vorwerk@klinikum-ingolstadt.de
Telefon *	08418802800

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
<http://www.degir.de/>

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Fräsatherektomie unter peripherem Embolieschutz

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-836.o Fräsatherektomie unter peripherem Embolieschutz

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Die Fräsatherektomie unter peripherem Embolieschutz dient der Behandlung von de novo und restenotischen Arterioskleroseläsionen. Mit Hilfe eines speziellen Atherektomiekatheters kann überschüssige Gefäßwand und Plaque aus nativen, gestenten Gefäßen oder Bypassgrafts abgetragen, mithilfe einer Aufnahmekammer deponiert und entfernt werden, was das periphere Embolisationsrisiko minimiert.

Die Fräsatherektomie eignet sich für Patienten mit peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten (pAVK) im Bereich der Beine (Ober- und Unterschenkel sowie Kniekehle). Das Verfahren ist insbesondere indiziert bei langstreckigen Verschlüssen und bei älteren Patienten, die eine Kontraindikation für systemische oder Katheterlyse haben oder bei denen ein gefäßchirurgischer Eingriff aufgrund des invasiveren Vorgehens nicht möglich ist.

Die nun vorliegenden klinischen Daten zeigen, dass die Fräsatherektomie mit peripherem Embolieschutz zum einen als Alternative zu derzeitigen Verfahren (Ballondilatation und Stentplatzierung) eingesetzt werden kann. Zum anderen haben sich Hinweise ergeben, dass die Fräsatherektomie insbesondere bei der Entfernung von Läsionen im Bereich von Stents und von verkalkten Läsionen bessere Ergebnisse zeigt als interventionelle Katheterverfahren.

Hier die wichtigsten Studien:

1. Chung SW, Sharafuddin MJ, Chigurupati R. Ann Vasc Surg. 2008 22(3):358-65
2. Keeling, W Brent, Shames, Murray L, Stone, Patrick A. J Vasc Surg 2007;45(1):25-31
3. Ramaiah V, Gammon R, Kiesz S, Cardenas J, Runyon JP, Fail P, Walker C, Allie DE, Chamberlin J, Solis M, Garcia L, Kandzari D.: Midterm outcomes from the TALON Registry; treating peripherals with SilverHawk: outcomes collection. J Endovasc Ther 2006; 5: 592–602.
4. Shammas, Nicolas W, Dippel, Eric J, Coiner, Denise et al. J Endovasc Ther.2008 15 (3):270-6
5. Zeller T, Sixt S, Schwarzwälder U, Schwarz T, Frank U, Bürgelin K, Pochert V, Müller C, Noory E, Krankenberg H, Hauswald K, Neumann FJ, Rastan A. Two-year result after directional atherectomy of infrapopliteal arteries with the SilverHawk Device. J Endovasc Ther 2007; 14: 232–240.

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

Die Fräsatherektomie mit Embolisationsprotektion wird in Indikationen eingesetzt, in denen eine herkömmliche PTA und/oder eine Stentimplantation nicht indiziert sind bzw. keine befriedigenden therapeutischen Ergebnisse liefern. Die bisher vorliegenden vielversprechenden klinischen Daten lassen auch auf eine gute mittel-/langfristige Offenheit des Gefäßes schließen; dies sollte das Gesundheitssystem aufgrund der Vermeidung wiederholter Revaskularisationen finanziell entlasten.

Da es sich bei der Fräsatherektomie unter peripherem Embolieschutz um ein minimal-invasives Verfahren mit 4-5 Tagen Krankenhausaufenthalt handelt, ist mit einer deutlichen Reduktion der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer zu rechnen.

Wegen der höheren Materialkosten in der Klinik sollte die Abbildung des jeweiligen Falles mit einem separaten Kode gewährleistet werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Materialkosten für die Fräsatherektomie unter peripherem Embolieschutz belaufen sich auf ca. 2.000,- € zusätzlich zur PTA

Hinzu kommt ein erhöhter Zeitaufwand gegenüber einer Standard-PTA

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

In Deutschland werden pro Jahr zwischen 35.000 und 40.000 PTA der oberen und unteren Extremitäten durchgeführt. Das Potential der Fräsatherektomie dürfte somit bei rund 10.000 Prozeduren liegen.

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

Die Fräsatherektomie mit Embolisationsprotektion ist wesentlich teurer als die sonst verwendeten Verfahren. Gegenüber der Verwendung eines Ballonkatheters (8-836.0) belaufen sich die Mehrkosten auf circa 1.800 €

Gegenüber einer einfachen StentPTA (8-84ff.) belaufen sich die Mehrkosten auf geschätzte 1.500 €

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

n/a

8. **Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)