

NUB-Anfrage 2018 für venöse Stents

Beschreibung

Angefragte Untersuchungs- und Behandlungsmethode *

Implantation von venösen Stents, die speziell für den venösen Einsatz konstruiert wurden

Alternative Bezeichnung(en) der neuen Methode

Implantation von speziellen Venenstents in ilio-femorale Gefäße

Beruht die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vollständig oder in Teilen auf dem Einsatz eines Medizinproduktes?

Ja

Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?

Ja

Handelsname des/der verwendeten Medizinprodukte(s)

z.B. sinus-Obliquus und sinus-Venous, Firma optimed; Zilver Vena, Firma Cook Medical

Informationen zur CE-Kennzeichnung bzw. Angabe CE-Kennzeichen

sinus-Obliquus: 50066-16-07, Datum 28.11.2014; sinus-Venous: 50066-16-07, Datum 27.02.2012

Wurde für diese angefragte Untersuchungs- und Behandlungsmethode von Ihrem Krankenhaus bereits vor dem 01.01.2016 eine Anfrage gemäß §6 Abs. 2 KHEntG an das InEK übermittelt?

vom Krankenhaus auszufüllen

Beschreibung der neuen Methode *

Die tiefe Venenthrombose (TVT) hat in Westeuropa eine Inzidenz von 1 pro 1.000 Einwohner und Jahr. Je nach Lokalisation und Ausmaß der TVT entwickeln 20 – 83 % dieser Patienten trotz optimaler Antikoagulation ein postthrombotisches Syndrom (PTS).

Patienten mit PTS leiden eine Anschwellung des betroffenen Beines, venöser Claudicatio und venösen Ulzera, die die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Das Risiko eine PTS ist am größten bei Patienten mit einer proximalen Thrombose, die die iliofemorale Venen oder die Vena Cava inferior betrifft.

Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

Da die konservative Therapie der iliofemoralen TVT (mit Antikoagulation und Kompressionsstrümpfen) eine geringe Offenheitsrate der betroffenen Venen ergibt, versucht man seit einiger Zeit, mit einer frühen minimal-invasiven Revaskularisationstherapie die Entwicklung eines PTS zu vermeiden.

Dies ist insbesondere durch die Entwicklung (ab ca. 2014) spezieller venöser Stents möglich geworden, für deren Einsatz diese NUB-Anfrage gestellt wird.

Mit welchem OPS wird die Methode verschlüsselt? *

Seit 2017 ist durch die Unterscheidung zwischen arteriellen und venösen Stents (nur in den Lokationen „Oberschenkel“ und „abdominal und pelvin“) eine spezifische Kodierung möglich, nämlich 8-840.*r ((Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents, andere Venen, abdominal und pelvin) und 8-840.*t ((Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents, Venen, Oberschenkel)

Anmerkung zu den Prozeduren

Methodendetails

Bei welchen Patienten wird die Methode angewandt (Indikation)? *

Patienten mit symptomatischer ilio-femoraler Venenobstruktion, bspw. nach einer tiefen Venenthrombose oder bei May-Thurner-Syndrom (Kompression der linken Vena iliaca communis durch Überlagerung der rechten Arteria iliaca communis), oder bei Kompression der Vene durch Tumore oder Metastasen (palliativ).

Neben der akuten Komplikation einer Lungenarterienembolie ist insbesondere das postthrombotische Syndrom (PTS) als Langzeitkomplikation der tiefen Beinvenenthrombose bekannt. Pathophysiologisch besteht eine Abflussbehinderung des venösen Blutes durch eine verbliebene Obstruktion der betreffenden Venenabschnitte meist einhergehend mit einer Insuffizienz des Klappenapparates.

Es wird geschätzt, dass etwa 5% der deutschen Bevölkerung an einem postthrombotischen Syndrom leidet. Die Betroffenen werden durchschnittlich 8 Jahre früher berentet und sind durchschnittlich 2 Monate im Jahr arbeitsunfähig. Bei ca. 6% bis 8% der PTS Patienten tritt ein Ulcus cruris auf. Nach der Bonner Venenstudie (Rabe et al. 2003) liegt in Deutschland die Gesamtprävalenz für ein abgeheiltes Ulkus bei 0,6% und für ein florides Ulkus bei 0,1%. Dauerhaft ist die Gefahr einer Re-Thrombose deutlich erhöht.

Welche bestehende Methode wird durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt? *

Die konservative Therapie oder offen chirurgische Therapie mit Bypass der betroffenen Gefäße (erstmalig von Palma und Esperon 1959 beschrieben). Natürlich auch die „off-label“ Implantation von arteriellen Stents.

Ist die Methode vollständig oder in Teilen neu, und warum handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode? *

Die Verwendung venöser Stents ist völlig neu, denn diese sind erst seit ca. 2014 verfügbar. Bis dahin wurden arterielle Stents (konstruiert zur Behandlung von peripherer Arteriosklerose) teilweise auch in venösen Gefäßen verwendet, was sich jedoch als nicht optimal herausstellte.

Die venösen Stents brauchen (aufgrund der betroffenen Gefäße) einen größeren Durchmesser (12-18 mm), eine größere Länge, eine größere Radialkraft, eine größere Flexibilität und Biegsamkeit (bis zu 90 Grad Winkel beim sitzenden Patienten in der Iliaka-Bifurkation)

Welche Auswirkung hat die Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus? *

Kein Einfluss auf die Verweildauer.

Kennzahlen

Wann wurde diese Methode in Deutschland eingeführt?

Diese Methode wurde in Deutschland ca. 2014 eingeführt.

Bei Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen? entfällt

Wann wurde bzw. wird diese Methode in Ihrem Krankenhaus eingeführt? *: vom Krankenhaus auszufüllen

In wie vielen Kliniken wird diese Methode zurzeit eingesetzt (Schätzung)?:

Die Methode wird zurzeit in ca. 150 Kliniken eingesetzt.

Wie viele Patienten wurden in Ihrem Krankenhaus in 2014 oder 2015 mit dieser Methode behandelt? *

Patienten in 2014: vom Krankenhaus auszufüllen

Patienten in 2015: vom Krankenhaus auszufüllen

Wie viele Patienten planen Sie im Jahr 2016 mit dieser Methode zu behandeln? *: vom Krankenhaus auszufüllen

Mehrkosten

Entstehen durch die neue Methode Mehrkosten gegenüber dem bisher üblichen Verfahren? Wenn ja, wodurch? In welcher Höhe (möglichst aufgetrennt nach Personal- und Sachkosten)? *

Die Personalkosten sind in etwa gleich.

Die Sachkosten sind jedoch deutlich höher, da die implantierten venösen Stents deutlich teurer sind.

Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

Ein venöser Stent der Firma Optimed kostet (inkl. 7% USt.) 1.819,00 €.

Da häufig 2-3 Stents gebraucht werden, ist von durchschnittlichen Implantatkosten von 3.638,00 – 7.276,00 € auszugehen.

Ein venöser Stent der Firma Cook Medical kostet (inkl. 7% USt.) 2.086,50 €, so dass sich hier sogar noch höhere Kosten ergeben.

Da spezialisierte Kliniken häufig etliche dieser Patienten behandeln, die mehrere venöse Stents benötigen, entsteht hier eine starke finanzielle Schieflage.

Da diese Implantatkosten nicht durch die sich ergebende DRG abgedeckt sind, implantieren einige Kliniken auch in Venen arterielle Stents, die mit ca. 400,00 – 700,00 €/Stent deutlich günstiger sind, aber für den Patienten eindeutige Nachteile haben.

Welche DRG(s) ist (sind) am häufigsten von dieser Methode betroffen?:

F59C

F59B

Warum ist diese Methode aus Ihrer Sicht derzeit im DRG-System nicht sachgerecht abgebildet? *

Die Implantatkosten der F59C betragen (G-DRG-Report-Browser 2017) nur 462,17€, die der F59B nur 358,87 €.

Dies liegt hauptsächlich an 3 Gründen:

- 1) Diese DRGs werden durch die unterschiedlichsten Gefäßeingriffe (d.h. z.B. auch bei chirurgischen Eingriffen ohne Stent und bei minimal-invasiven Interventionen ohne Implantat) angesteuert, was die Implantatkosten dieser DRGs „verwässert“.
- 2) Die häufig verwendeten arteriellen Stents sind wesentlich günstiger (s.o.)
- 3) Da erst 2017 spezifische OPS geschaffen wurde, konnten die höheren Kosten der venösen Stents noch gar nicht in die Kostendaten einfließen.

Bei einer Gesamtvergütung (Berechnungsgrundlage: Bundesbasisfallwert 2017 von 3.364,45 €, Inlier) von 4.108,00 € (F59C) bzw. 6.137,00 € (F59B) wird praktisch die gesamte Vergütung für die benötigten venösen Stents gebraucht, so dass kein Geld zur Deckung der übrigen Kosten übrigbleibt.

Dieser Umstand wird noch dadurch verschärft, dass die Patienten häufig aufgrund des schonenden minimal-invasiven Verfahrens vor Erreichung der unteren Grenzverweildauer entlassen werden, so dass empfindliche Abschläge hingenommen werden müssen.

Die fehlende ausreichende Abbildung im derzeitigen DRG-System führt dazu, dass vielen Patienten diese Methode noch aus Kostengründen vorenthalten wird.