

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Innere Medizin - Gastroenterologie
Innere Medizin - Nephrologie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft: (1) Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), siehe Leitlinien zur Behandlung der Colitis ulcersosa, speziell chronisch aktive Form und (2) Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie (DAGKN), Arbeitsgemeinschaft Apherese im Rahmen der Überarbeitung des Apherese Standards der DAGKN
<input type="checkbox"/> Nein
Status der Abstimmung:
<input checked="" type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

Ja
Name der Fachgesellschaft:
 Nein

6. Art der Änderung *

Redaktionell
z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur
 Inhaltlich
z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

Differenzierung des bestehenden OPS-Kodes 8-825 Spezielle Zellaphereseverfahren

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Es wird vorgeschlagen, die bestehende Differenzierung des OPS-Kodes 8-823 Zellapherese zu ergänzen, da die bestehende Differenzierung existierende Verfahren nur lückenhaft erfasst. Der aktuelle OPS-Katalog listet auf:

8-823 Zellapherese

8-824 Photopherese

8-825 Spezielle Zellaphereseverfahren

8-825.0 Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten und Monozyten an Zellulose-Perlen

8-825.x Sonstige

Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

8-825.1 Zellapherese zur Elimination von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten mittels adsorptiver Filtration von Vollblut in einem Polypropylen-Adsorptionsfilter (im Folgenden Cellsorption genannt)

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

In seinem zusammenfassenden HTA-Bericht vom 25.7.2003 zu den therapeutischen Hämapheresen erläuterte der Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen den Begriff der Zytapherese (HTA-Bericht Punkt 6.3.3, S. 28-29). Es wird zwischen Leukozytapherese, Thrombozytapherese und Erythrozytapherese unterschieden. Bei den Leukozytapheresen wird der Begriff der therapeutischen Leukozytapherese in diesem HTA-Bericht lediglich erwähnt, ohne auf einzelne Methoden oder Indikationen näher einzugehen. Die Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung der therapeutisch eingesetzten Leukozytaphereseverfahren wurde im aktuellen OPS bereits berücksichtigt mit dem Code 8-825 Spezielle Zellaphereseverfahren. Mit Code 8-825.0 wurde eines der verfügbaren Verfahren spezifiziert aufgenommen.

Das in Code 8-825.0 spezifizierte Leukozytapherese-Verfahren ist ein Verfahren der Hämoperfusionsleukozytapherese, deren Indikationsspektrum Erkrankungen mit einer zell-vermittelten autoimmunologischen Pathophysiologie umfaßt. Hierzu zählen z.B. die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa und M. Crohn) und die Rheumatoide Arthritis. Das hier ergänzend als Code 8-825.1 vorgeschlagene Verfahren der Cellsorption ist dem Verfahren 8-825.0 verwandt und gleichfalls CE-zertifiziert. Methodisch basiert es auf einer Elimination aus Vollblut mittels adsorptiver Filtration und erlaubt neben Granulozyten und Monozyten auch Lymphozyten zu eliminieren.

Gemäß den aktuellen, evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung der Colitis ulcerosa (Z Gastroenterol 2004; 42: 1006 - 1011) der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und des Kompetenznetzwerkes chronisch entzündlicher Darmerkrankungen kann im Fall eines chronisch aktiven Verlaufs die Behandlung mit der Leukozytapherese erwogen werden. Beide oben bezeichneten Hämoperfusionsverfahren zur therapeutischen Leukozytapherese sind im Sinne dieser Empfehlung nach Maßgabe der behandelnden Ärzte im praktischen Einsatz.

Aktuelle Daten aus randomisierten, placebo-kontrollierten Studien aus Japan (Sawada et al., Am J Gastroenterol. 2005; 100(6):1362-9; Sawada et al., Dig Dis Sci, 2005;50(4):767-773) belegen erneut die bereits in früheren Studien nachgewiesene Wirksamkeit und Sicherheit der Leukozytapherese mittels Cellsorption (Elimination von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten) und belegen erstmalig die Wirksamkeit im Vergleich zur Placebobehandlung. Aufgrund der multizentrischen Studie der Gruppe um Sawada (Sawada und et al., Curr Pharm Design 9: 307-321, 2003) wird die Cellsorption in Japan bereits seit 2003 geregelt erstattet.

Die Kosten einer einzelnen Therapie mit dem Cellsorptions-Verfahren lassen sich nach GOÄ konformer Kostenaufstellung auf ca. 2200 € abschätzen (Cellsorption-Therapie incl. aller Kosten für Verbrauchsmaterialien, Gerätetechnik, Personal- und fixen Betriebskosten) zzgl. des Arzthonorars (GOÄ analog: Ziffer 792A). Gemäß der bereits durchgeführten Studien mit diesem System umfasst ein Therapiezyklus 6 Behandlungen in 5 Wochen, ggfls. gefolgt von monatlichen Einzelbehandlungen über 6 Monate.

Aufgrund der aus medizinischer Sicht relevanten Unterschiede der Eliminationscharakteristika beider Leukozytapherese-Verfahren und der Kostenunterschiede zwischen der unter 8-825-0 aufgeführten Leukozytapherese und der hier beschriebenen Cellsorption, erscheint es nicht möglich, beide Verfahren mit nur einer OPS-Kodegruppe zu dokumentieren.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung: Bei selektiven Verfahren der therapeutischen Apherese, hier Zellapherese, deren Einsatz nicht alternativ, sondern im Sinne einer medizinischen Differentialindikation zu sehen ist, sollten bestehende Kostenunterschiede innerhalb des OPS berücksichtigt werden.

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

In der Literatur wird die chronisch aktive Form der Colitis ulcerosa mit 10% aller Colitis-Fälle abgeschätzt (BRD gesamt: ca. 100.000 Patienten, chronisch aktiv: ca. 10.000). Im Rahmen der aktuellen Leitlinienempfehlung kommt nur eine Subgruppe der Patienten für die Therapie in Frage. Im Rahmen einer individuellen Fallbeurteilung und auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten kommen die Verfahren der therapeutischen Hämoperfusionsleukozytapherese bei einem Teil der Patienten mit chronisch aktiver Colitis ulcerosa im Verlaufe der fortgeschrittenen Krankheitsgeschichte in Frage.

Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Die Kosten einer Cellsorptions-Therapie belaufen sich nach GOÄ konformer Kostenaufstellung auf ca. 2200 € pro Einzeltherapie (Cellsorption -Therapie incl. aller Kosten für Verbrauchsmaterialien, Gerätetechnik, Personal- und fixen Betriebskosten) zzgl. Arzthonorar (GOÄ konform: Ziffer 792A). Ein Therapiezyklus umfasst 6 Behandlungen, die in 5 Wochen durchgeführt werden.

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

--