

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/unseres 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 * Dt.Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation * DGPRÄC
Internetadresse der Organisation * www.vdpc.de
Anrede (inkl. Titel) *
Name * s.u. (i.Namen der DGPRÄC)
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Dt.Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation * DGPRÄC
Internetadresse der Organisation * www.vdpc.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr.med.
Name * Möcklinghoff (i.Namen der DGPRÄC)
Vorname * Christian
Straße * Kurt Schumacherplatz 4
PLZ * 44787
Ort * Bochum
E-Mail * chr.moecklinghoff@web.de
Telefon * 0160-97998639

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

Dt.Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
Dt.Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV)
Dt.Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

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) *

Aufnahme eines neuen OPS für die (stammzellgenerierte) Eigenfetttransplantation

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)

Wir erbitten die Neuaufnahme eines OPS-Kodes für die stammzellbasierte und nicht stammzellbasierte Eigenfetttransplantation zum Aufbau von Unterhaut-'Polstergewebe' .

Hauptanwendungsgebiet ist der Brustaufbau/-wiederaufbau.

OPS-Vorschläge :

Primärer Aufbau:

5-883.6 Brustaufbau durch Eigenfetttransplantation nach Entnahme durch Aspirationskürretage und Stammzellaufbereitung

5-883.7 Brustaufbau durch Eigenfetttransplantation nach Entnahme durch Aspirationskürrettage

Sekundärer Wiederaufbau :

5-886.3 Rekonstruktion der Brust durch Eigenfetttransplantation nach Entnahme durch Aspirationskürretage und Stammzellaufbereitung

5-886.4 Rekonstruktion der Brust durch Eigenfetttransplantation nach Entnahme durch Aspirationskürretage

Eine Einbindung dieses Verfahrens in die DRG-Abrechnung ist ohne eine Identifikation dieser Verfahrensfälle und spezifische OPS nicht möglich.

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

Für Patientinnen nach Mammakarzinom, Chemo- und/ oder Strahlentherapie gehört neben der hohen psychischen Belastung die kosmetische Desintegration zu den größten Belastungen. Eine Stigmatisierung durch den Verlust der Brust empfinden viele Patientinnen trotz eines medizinisch zufriedenstellenden Ergebnisses als extrem belastend. Die plastisch chirurgische Brustrekonstruktion ist daher in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. Da es jedoch aufgrund der Grunderkrankung und ihrer psychischen und physischen Folgen zu einer enormen Belastung der meist jungen Patientinnen kommt, ist es erstrebenswert, diesen Teil der Behandlung so optimal und komplikationslos wie möglich zu gestalten. Eine Optimierung der bisherigen Verfahrensweise ist daher erstrebenswert.

Brustrekonstruktionen bei Patientinnen bei Zustand nach Mammakarzinom und Mamma-Ablatio gehören zu den Standardoperationen in der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie. Derzeit angewandte Verfahren der Wiederherstellung der Brust, insbesondere auch nach abgeschlossener Strahlentherapie, sind nicht umfassend befriedigend. Die Verwendung von körperfremden Materialien, und die zusätzliche Narbenbildung nach der Verlegung körpereigener Hautlappen belastet die Patientinnen psychisch. In der Vergangenheit wurde versucht, das entfernte Brustgewebe durch Injektionen von körpereigenem Fettgewebe zu ersetzen. Diese Methode ist jedoch limitiert durch relativ häufig auftretende Nekrosen und Kalzifizierungen im Bereich des Transplantats bei grösseren Volumina. Insbesondere die Kalzifizierungen können bei radiologischen Nachsorgeuntersuchungen der Patientinnen nach Mamma-Ca mit malignen Neoplasien verwechselt werden und somit zu falsch-positiven oder falsch-negativen Befunden führen. Die beschriebenen Komplikationen (Kalzifizierung, Nekrosen) sind v.a. in der mangelnden Vaskularisierung und Vitalität des Lipotransplantates begründet. Es ist bekannt, dass Fettgewebe reich an mesenchymalen Stammzellen, Präadipozyten und Endothelzellen ist. Nach Lipoaspiration geht ein Großteil dieser Zellen (ca. 50%) jedoch verloren. Lipoaspirat ist daher von vitalen Zellen depletiert. Die verbliebenen vitalen Zellen reichen für eine gesunde Integration des Lipotransplantates offenbar nicht aus

Es ist daher erstrebenswert, die Gefäßversorgung des körpereigenen Transplantats zu verbessern sowie dieses mit vitalen Zellen und Stammzellen anzureichern.

Mit Hilfe des vorliegend beantragten Verfahrens, dem Einsatz von körpereigenem Fettgewebe, das zuvor mit autologen vitalen Zellen aus dem Fettgewebe angereichert wurde, soll die Vitalität und Vaskularisation des Implantats verbessert und normalem vitalen fett angepasst werden, und dadurch der Bildung von Zysten, Nekrosen und Kalzifizierungen vorgebeugt werden.

Hinsichtlich der möglichen Risiken ist es von Bedeutung zu erwähnen, dass die zu untersuchende Methode in Japan bereits mit sehr guten Ergebnissen praktiziert wird. Ein mehrmonatiges postoperatives radiologisches Follow up blieb, dem derzeitigen Wissensstand zu Folge, ohne Komplikationen, wie sie aus der Vergangenheit durch den Einsatz von Eigenfett bekannt waren (Nekrosen, Kalzifizierung). Im Gegenteil wurden neben dem medizinischen Erfolg über positive rekonstruktive Ergebnisse berichtet.

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

Eine stammzellbasierte Aufbereitung von am Patienten entnommenen Fettzellen und deren Reapplikation zum Brustaufbau sind mit den 'herkömmlichen' Verfahren zum Brustaufbau weder medizinisch noch ökonomisch vergleichbar. Daher ist eine eigene Kodierbarkeit und ggfls später eine separate DRG-Eingruppierung erforderlich.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

folgt

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

bei deutschlandweiter Nutzung dieses Verfahrens schätzen wir ca. 3000 bis 5000 Anwendungen jährlich.

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

ICD 10 Diagnose jeweils z.B. C50.4
 Basisfallpreis 2800 Euro DRG 2009

Kosten Expander / Implantat-Rekonstruktion:

1) Implantation Expander: OPS 5-889.5 DRG J23Z= 4177
 Euro (sofern erforderlich)

2) Explantation Expander, Implantation Implantat OPS 5-889.3 DRG J23Z= 4177
 Euro

Folgekosten durch geplante und ungeplante Implantatwechsel ICD T85.4 OPS 5-889.5 = DRG J24B = 4140 Euro

Kosten für Eigengewebsrekonstruktion:

gestielter Lappen OPS 5-885.6 DRG J14B= 5533 Euro

freier Lappen OPS 5-885.3 oder 5-885.9 DRG J26Z = 11132 Euro

voraussichtliche Kosten für Eigenfetttransplantation mit Eigenfett und Stammzellenanreicherung:

1) Implantation Expander: OPS 5-889.5 DRG J23Z= 4177
 Euro (sofern erforderlich)

2) Brava externe expansion: z.Z. ca. 1400 US
 Dollar

Liposuktion am besten berechnet weiss ich nicht. bei schlanken Patienten kann das ja auch sehr schwierig sein so viel Fett (600ml pro Brust) zu gewinnen und dauert auch länger. Bei beleibteren hat man ja relativ schnell das fett abgesaugt. Hier brauche ich Ihre Hilfe. Dauer 1 bis 2 Stunden
Kompressionsmieder ca 180 Euro

3) Anreicherung der Stammzellen inkl. Einweginstrumentarium : folgt XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

4) OP 3 Implantation des Fettstammzellgemisches (OPDauer ca 45 Min) in Narkose am Folgetag
Liegendauer 2-4 Tage

- 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.)

nicht relevant

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

Die Bereitstellung des Kostenprofils erfordert derzeit noch zahlreiche Rücksprachen und Recherchen. Daher können diese erst in den nächsten 2 Wochen nachgereicht werden.