

## Änderungsvorschlag für den OPS 2013

### 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](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

**Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!**

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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](http://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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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](mailto: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 *	BVMed
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGP
Internetadresse der Organisation *	www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Winkler
Vorname *	OLaf
Straße *	Reinhardtstr.29b
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	winkler@bvmed.de
Telefon *	03024625526

#### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGP
Internetadresse der Organisation *	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Bischoff
Vorname *	Helge
Straße *	Amalienstr.5
PLZ *	69126
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	helge.bischoff@thoraxklinik-heidelberg.de
Telefon *	06221 396 8304

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

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

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 des OPS 5-339.9: Thermische Dampfablation, bronchoskopisch (BTVA)

**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)

Die bronchoskopische thermische Dampfablation (BTVA) ist eine innovative nichtoperative und minimal-invasive Technologie zur Erreichung bronchoskopischer Lungenvolumenreduktion bei Patienten mit fortgeschrittenem heterogenem Lungenemphysem.

Gegenwärtig liegt kein existierender OPS für die Technologie vor. Das Verfahren unterscheidet sich signifikant von anderen bestehenden und kodierbaren Verfahren, wie beispielsweise von der offenen-chirurgischen Lungenvolumenreduktion (LVRS) oder von anderen bronchoskopischen Verfahren unter Verwendung von endobronchialen Ventilen (EBV), polymerisierenden Hydrogelschaum oder endobronchialen Nitinolspiralen.

Das BTVA-Verfahren ermöglicht eine Lungenvolumenreduktion, indem Energie über thermische Dämpfe (Wasserdampf) an das kranke Lungengewebe abgegeben wird und unterscheidet sich somit signifikant von anderen Methoden, da keine operativer Eingriff wie etwa bei LVRS erforderlich ist. Auch bedarf die Methode keinerlei Implantation von fremden Materialien oder die Verwendung von Chemikalien, wie beispielsweise bei der Behandlung mit EBV, durch endobronchiale Ventile oder polymerisierenden Hydroschaum.

Zudem unterscheidet sich das Verfahren nach BTVA von EBV und endobronchialen Nitinolspiralen in Hinblick auf die Kosten insoweit, dass die Behandlung mit BTVA unabhängig von der Anzahl der behandelten Atemwege erfolgt.

Wir schlagen folglich die Aufnahme des nachfolgenden neuen OPS für die bronchoskopische thermische Dampfablation vor:

5-339.9 Thermische Dampfablation, bronchoskopisch (BTVA)

Dieser Kode vervollständigt im OPS Kapitel 'Andere Operationen an der Lunge' die Liste der gegenwärtig vorhandenen Methoden zur bronchoskopischen Behandlung von Lungenemphysem.

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

Bei der bronchoskopischen thermischen Dampfablation (BTVA) handelt es sich um ein neues, und minimal-invasives (bronchoskopisches) Verfahren, zur Lungenvolumenreduktion (LVR) bei Patienten mit fortgeschrittenem heterogenem Lungenemphysem, welches im September 2011 die CE-Zertifizierung unter dem Namen InterVapor (Registrierungsnummer 252.836 aus der angezeigten Sektion 0050) erhalten hat.

Das Lungenemphysem ist eine weitverbreitete chronische Lungenerkrankung, die durch die progrediente Zerstörung von Lungengewebe charakterisiert ist und mit einer Reduzierung der Lungenelastizität einher geht. Die Zerstörung zeigt sich darin, dass die Lungen (a) einem Überdruck ausgesetzt sind (auch Hyperinflation genannt) (b) Luft in den Lungen eingeschlossen wird, die nicht abgegeben werden kann und (c) ein reduzierter Luftfluß aus der Lunge entsteht. Zusätzlich werden die gesündere Teile der Lunge verdrängt und die Bewegungen der Atemmuskulatur und Zwerchfells werden ineffizient. Als Resultat der mechanischen und physiologischen Veränderungen unterliegen Emphysem-Patienten einer progressiven, schwächenden Kurzatmigkeit und einer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit sowie gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Trotz der derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten nimmt die Schwere der Erkrankung im Laufe der Zeit zu und Patienten erfahren eine wiederholte Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (periodisch kann sich der Zustand der Patienten derart verschlechtern, dass Krankenhausaufenthalte notwendig sind), erhebliche Behinderungen auch in Bezug auf die täglichen Aktivitäten des Lebens sowie auch frühzeitige Todesfälle.

Daher werden alternative Behandlungsmethoden dringend benötigt. Die Relevanz von Lungemphysemen in Verbindung mit COPD kann der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD entnommen werden.

Beschreibung des Verfahrens:

Die bronchoskopische thermische Dampfablation (BTVA) ist ein innovatives und minimal-invasives Verfahren zur Lungenvolumenreduktion (LVR), das bei der Behandlung von Patienten mit schwerem Lungenemphysem Anwendung findet.

Wie bei anderen bronchoskopischen LVR-Behandlungen, besteht das Ziel in der Reduktion von krankem emphysemischen Lungengewebe, um die Atemkapazität zu verbessern und die mechanische Effizienz der Atemmuskulatur zu verbessern. Im Rahmen klinischer Studien konnte in diesem Zusammenhang der Nachweis einer signifikanten Verbesserung der Lungenfunktion (gemessen anhand der Luftströme (FEV1) und des Lungenvolumens (d.h. FRC, RV), einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (nachweisbar anhand der Verlängerung der Wegstrecke beim 6-minütigen Gehstest) sowie einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (nachweisbar anhand von Verbesserungen im St. Georges Respirationsfragebogen) bei Patienten, die mit BTVA behandelt wurde, erbracht werden (Snell et al. Bronchoscopic thermal vapor ablation therapy in the management of heterogeneous emphysema. Eur Resp J 2011; doi:10.1183/09031936.00092411).

Das Besondere der bronchoskopischen thermischen Dampfablation besteht aus einer kontrollierten Bereitstellung und Anwendung von bronchoskopisch eingebrachten, thermischen Wasserdampf, um eine natürliche Ablation des erkrankten Lungengewebes zu erreichen. Die thermale Reaktion des Dampfes resultiert in einer Entzündung, die von einer Fibrose (Narbenentstehung) gefolgt wird. Die vernarbten Lungenareale ziehen ein Zusammenfallen der Lunge überhalb der Narbe nach sich und nehmen eine viel kleinere Fläche ein, als das vorherige hyperinflatierte Lungengewebe (daher wird das Volumen reduziert).

Auf einen langen Zeitraum betrachtet besteht im Gegensatz zu anderen Verfahren ein wesentlicher Vorteil der BTVA darin, dass es zu keiner Abstoßungsreaktion oder Deplatziierung kommt, da bei diesem Verfahren keine Implantate Anwendung finden. Daher kann von einer geringeren Komplikationsrate bei dem BTVA-Verfahren ausgegangen werden. Zusätzlich zeigen klinischen Daten, dass das Vorliegen von kollateraler Ventilation, von der ca. 70% der Patienten mit heterogenem Emphysem betroffen sind, einen geringen Einfluss auf den BTVA-Erfolg hat. Damit kann die BTVA unabhängig vom Vorliegen kollateraler Ventilation angewandt werden. Dies stellt einen zentralen Vorteil im Vergleich zu endobronchialen Ventilen dar. Endobronchiale Ventile (als ein anderes bronchoskopisches, lungenvolumenreduzierendes Verfahren) haben nur eine

eingeschränkte Wirkung bei Patienten mit kollateraler Ventilation. Folglich reduziert sich das Anwendungsfeld von endobronchialen Ventilen auf eine begrenzte Patientengruppe (F. C. Scirba et al. (2010): A Randomized Study of Endobronchial Valves for Advanced Emphysema, in NEJM, Vol. 363, S. 1233-1244).

Die Vorteile der BTVA gegenüber chirurgischen Ansätzen bestehen in einer signifikanten Reduktion der Mortalitätsrate (chirurgische lungenvolumenreduzierende Ansätze weisen eine hohe 90-Tages-Mortalitätsrate von 7,9% auf) und der Morbitätsrate (Randomisierte Studie, in der die Operation zur Lungenvolumenreduktion mit der medizinischen Therapie für schwere Emphyseme verglichen wurde NENGI J Med 348:2059-2073).

BTVA beinhaltet ein einzigartiges Behandlungsprogramm, basierend auf der individuellen Anatomie des jeweiligen Patienten. Für eine optimale Dosierung an Wasserdampf, wurde ein auf den Patienten individuell angepasster Behandlungsplan entwickelt. Dieser basiert auf einem hoch auflösenden CT-Scan (HRCT), der die Menge an Luft und Gewebe in der spezifischen Lungenregion analysiert. Die Informationen des HRCT wird die angemessene Behandlungszeit für jeden zu behandelnden Luftweg errechnet, um die notwendige spezifische Menge Energie in Form dosierten Dampfes zu erreichen.

Der Dampf wird hierbei durch einen speziell angefertigten sterilen Einmalkatheter mit dem Dampf Generator verbunden und das Behandlungsprogramm liefert die benötigten Behandlungsinformationen für den Patienten.

Während des Eingriffs wird das Bronchoskop in den Luftweg und zu dem zu behandelten Lungenareal geführt. Der Dampfkatheter wird dann in das Bronchoskop eingeführt und im zu behandelnden Luftweg platziert. Die zuvor mit Hilfe des individuellen Behandlungsprogramms kalkulierte Behandlungszeit wird in den Generator eingegeben. An der Spitze des Dampfkatheters befindet sich ein dehnbarer Ballon, der aufgepumpt wird, um den Luftweg zu verschließen. Nach dem erfolgten Verschluss produziert der Generator den heißen Wasserdampf, der für die errechnete und in den Generator eingegebene Behandlungszeit in den Luftweg geleitet wird. Pro Behandlungsort benötigt die Einbringung des Dampfes zwischen drei und zehn Sekunden. In Abhängigkeit der Patientenanatomie können während einer Prozedur drei bis acht Lokalisationen behandelt werden. Das Verfahren dauert etwa 30 bis 45 Minuten.

Das Ergebnis der Prozedur ist eine Schrumpfung der behandelten Lungenareale, was aufgrund des erweiterten Raums für die verbliebenen Lungenareale im Thorax zu einer verbesserten Atmung, einer gesteigerten Atmungskapazität sowie zu einer besseren Leistungsfähigkeit der Atemmuskulatur führt und Verbesserung der Lebensqualität.

Derzeit existiert kein spezifischer OP-Schlüssel mit dem diese neue Behandlungsmethode kodiert werden kann. Die Technologie ähnelt anderen existierenden und bereits kodierbaren Verfahren, wie beispielsweise von der offen-chirurgischen Lungenvolumenreduktion (LVRS) oder bronchoskopischen Verfahren unter Verwendung von endobronchialen Ventilen (EBV), polymerisierenden Hydrogelschaum oder endobronchialen Nitinolspiralen. Aber es unterscheidet sich in dem Punkt, dass kein chirurgischer Eingriff notwendig ist wie bei LVRS, oder dass keine Fremdmaterialien implantiert werden müssen oder Chemikalien verwendet werden. Daher ist BTVA einzigartig unter den nicht-pharmakologischen Versuchen der Lungenvolumenreduktion.

Zudem werden für das Verfahren mit BTVA keine zusätzlichen invasiven Tests benötigt, um etwa interlobär begleitende Beatmung - wie bei EBV- festzustellen.

Die CE-Zertifizierung wurde im September 2011 aufgrund der erwiesenen klinischen Effizienz und der Verbesserung des Risikoprofils.

Ein besonderer Unterschied der BTVA besteht im Vergleich zu anderen bronchoskopischen Verfahren darin, dass die Kosten dieser medizinischen Technologie unabhängig von der Anzahl der behandelten Luftwege entstehen. Die Implantationskosten für ein endobronchiales Klappensystem oder für endobronchiale Nitinolspiralen hängen von der Anzahl der implantierten Ventile oder Spiralen ab. Eine Verschlüsselung im OPS 2012 erfolgt differenziert nach der Anzahl der implantierten Ventile oder Spiralen mit dem Prozedurenkode (5-339.5\*) bzw. (5-339.8\*). Die Kosten für BTVA beinhalten die Festlegung des individuellen Behandlungsprogramms und die Anwendung

der thermalen Energie an allen behandelten Luftwegen, ohne zusätzliche Kosten.

Gegenwärtig existiert keine spezifische oder angemessene Kodierungsmöglichkeit für die BTVA-Behandlung.

Die derzeit zur Verfügung stehenden, unspezifischen OPS-Schlüssel aus OPS 5-339- 'andere Operationen an der Lunge': 5-339.x 'sonstige' und 5-339.y 'n.n.bez' stellen bekanntermaßen nur Restklassen dar und sind auf Dauer nicht geeignet, die BTVA korrekt abzubilden. Darüber hinaus existieren für andere - nicht chirurgische - LVR-Verfahren bereits spezifische Schlüsselnummern, so dass im Sinne einer korrekten Abbildung der Behandlungswirklichkeit ein neuer Schlüssel für die BTVA als notwendig erachtet wird. Der vorgeschlagene OPS-Kode ist notwendig, um eine korrekte Kodierung des Verfahrens sicherzustellen und damit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) feststellen kann, ob das BTVA-Verfahren spezifische Kosten verursacht, die im DRG-System Berücksichtigung finden sollten.

Daher wird die Aufnahme des nachfolgenden neuen OPS für die bronchoskopische thermische Dampfablation vorgeschlagen:

5-339.9 Thermische Dampfablation, bronchoskopisch (BTVA)

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

Die vorgeschlagene Aufnahme eines neuen OPS ermöglicht eine korrekte Kodierung des neuen Verfahrens der bronchoskopischen thermischen Dampfablation.

Die Aufnahme der BTVA in den OPS-Katalog ist notwendig, um dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Möglichkeit zu verschaffen, zu kalkulieren, ob das neue Verfahren spezifische Kosten verursacht, die im DRG-System nicht berücksichtigt sind.

Die Anwendung des nicht spezifischen OPS 5-339.x ('Andere Operationen an Lunge und Bronchien, sonstige') erlaubt keine saubere Differenzierung von Kosten, die spezifisch für die BTVA anfallen und von Kosten anderer Verfahren und gruppiert die BTVA in die DRG E05C 'Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung' (Relativgewicht 2,459 - Basisfallwert 3,000 € - 7.377,00 €) unter der Annahme eines geringen Komplikationsgrades. Bei komplexen Fällen könnte die DRG E05A 'Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC' Anwendung finden (Relativgewicht 3,991).

Die spezifischen Kosten der BTVA (siehe 7d) werden durch diese beiden DRGs aufgrund der Kombination aus verschiedenen Behandlungsfeldern nicht vollständig gedeckt.

Zukünftig könnte gegebenenfalls ein ZE über das InEK kalkuliert werden.

#### c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Aktuell können die Patienten nur über den unspezifischen Schlüssel 5-339.x kodiert werden. Je nach Schweregrad wird dann die DRG E05C (7.377,- €) bis E05A (11.937,- €) jeweils bei einer Baserate von 3.000,- € erreicht.

Der Hersteller des neuen Verfahrens berechnet der behandelnden Klinik pro Patient Behandlungskosten von 8.000,- € zzgl. MwSt. Hierin eingeschlossen sind sämtliche Verbrauchsmaterialien wie spezielle Katheter und Auffangbeutel. Die zusätzlichen Behandlungskosten von 8.000,- € sind nicht über die DRG abbildbar. Deshalb ist es zwingend notwendig über die Nutzung eines neuen OPS die Kosten transparent darstellen zu können.

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

Das BTVA-Verfahren ist primär für die Behandlung von Patienten gedacht, die an schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD-Klassifikation III und IV) mit fortgeschrittenem, heterogenem Lungenemphysem leiden.

Im G-DRG Report Browser 2009/2011 finden sich etwa 11.136 stationäre Fälle der Hauptabteilungen wieder, in denen Patienten mit einer Primärdiagnose aufgenommen wurden, die sich auf GOLD III oder IV (2009) beziehen (ICD J44.00/01, J44.10/11, J44.80/81, J44.90/91). Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland in 2010, ergibt sich eine Gesamtzahl von fast 72.000 Fällen. Unter diesen Fällen befindet sich die Patientenzielpopulation des neuen BTVA-Verfahrens.

Im Jahr 2010 wurden 466 Eingriffe der derzeit einzigen nicht-chirurgischen, minimal-invasiven, bronchoskopischen LVR-Prozedur, der Implantation endobronchialer Ventile (EBV) (OPS-Gruppe 5-339.5), durchgeführt (Destatis, Krankenhausstatistik 2010). Da die EBV aufgrund des Vorliegens von kollateraler Ventilation nur bei maximal 30% der Patienten mit schwerem, heterogenem Lungenemphysem angewandt werden kann, konnten mehrere hundert Patienten nicht mit einem minimal-invasiven bronchoskopischen LVR-Ansatz behandelt werden. Da klinische Daten aufgezeigt haben, dass das Vorliegen kollateraler Ventilation einen sehr geringen Einfluss auf das BTVA-Outcome besitzt, kann die BTVA folglich unabhängig von dem Vorliegen kollateraler Ventilation angewandt werden.

Im Rahmen klinischer Studien wurden bislang 25 Fälle in Deutschland mit der neuen BTVA-Methode behandelt. Zusätzlich wurden seit der Ce-Zertifizierung im September 2011 diverse Behandlungen in Deutschland durchgeführt.

Es wird vermutet, dass es bis Ende 2012 bis zu 100 Behandlungsfälle in Deutschland geben wird. Um einen längeren Lernprozess zu vermeiden, geht die Einführung der neuartigen Therapie mit sorgfältigen Schulungsmaßnahmen für die Pneumologen einher. Daher wird erwartet, dass es zu keinem exponentiellen, sondern eher zu einem progressiven Anstieg der Anzahl an mit BTVA-behandelten Patienten kommt. Für das Jahr 2013 werden bis zu 500 Fälle erwartet. Diese Zahl kann sich im Jahr 2014 auf etwa 1.500, im Jahr 2015 auf etwa 3.000, im Jahr 2016 auf etwa 4.500 und im Jahr 2017 auf bis zu 6.000 Fälle erhöhen. Es wird vermutet, dass bis 2018 zirka 10% (7.200 Patienten) der geschätzten und geeigneten Patientenpopulation mit BTVA behandelt werden können.

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

Die Kosten für die BVTA betragen zusätzlich zur DRG 8.000,- € zzgl. MwSt. (Preis des Herstellers). Diese Kosten können jedoch gegenwärtig nicht einer DRG und/oder einem ZE zugeordnet werden, welche eine ausreichende Vergütung dieser Technologie garantieren würde.

Hiervon betroffen sind insbesondere die Spezialzentren, die diese Leistung anbieten. Die Kosten einer alternativen Methode (das Einbringen von Ventilen) liegen bei pro Ventil bei 1.731,62 € für das bestehende ZE100. Werden also mehr als 5 Ventile eingesetzt ist das Verfahren der BVTA sogar kostengünstiger. Ebenso ist zu erwarten, dass aufgrund des natürlichen Heilungsprozesses und da keine Fremdkörper eingesetzt werden, die langfristigen Kosten im Vergleich sogar noch günstiger sind. Denn oft treten Komplikationen noch Monate nach Einsatz von Fremdkörpern auf, die dann zusätzlicher Eingriffe bedürfen, wie z.B. die Entfernung von Ventilen.

Die Leistung wird vornehmlich spezialisierten Lungenzentren erbracht, so dass es zu einer Schiefelage in der Erlösverteilung kommt, wenn keine Finanzierungslösung für die BVTA gefunden wird. Die Neuaufnahme eines OPS-Schlüssels stellt somit den ersten Schritt für eine Erkennung möglicher Mehrkosten und Notwendigkeiten in der Ressourcenallokation dar.

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

Keine Relevanz.

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

Entfällt.