

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. 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. ß und 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, 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) 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 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 *	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGVS
Internetadresse der Organisation *	http://www.dgvs.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Schepp
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Englschalkinger Straße 77
PLZ *	81925
Ort *	München
E-Mail *	gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de
Telefon *	+49 (0)89 9270-2060

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)**

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) *

Konfokale Laserendomikroskopie

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)

Differenzierung des OPS-Kodes 3-301 Konfokale Mikroskopie
in
3-301.0 Verdauungstrakt (endoskopisch)
[Inkl.: Konfokale Mikroskopie der Papille]
3-301.1 Auge [Inkl.: Konfokale Hornhautmikroskopie]
3-301.2 Haut [Inkl.: Endothelmikroskopie]
3-301.x Sonstige

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

Die konfokale Laserendomikroskopie (abgek.: CLE) ist ein bildgebendes Verfahren, das während einer normalen endoskopischen Prozedur eingesetzt wird. Sie ermöglicht die mikroskopische Echtzeit-Visualisierung und Beurteilung von Schleimhautgewebe in vivo, also noch während der laufenden Endoskopie. Die Informationen ermöglichen es dem Arzt sofortige Entscheidungen zum Patientenmanagement zu fällen.

Die derzeit verfügbaren Systeme zur Durchführung der CLE-Verfahren beinhalten beide ein Gerät zur In-vivo-Anwendung unter Einsatz von Sonden, die mit jedem Standard-Endoskop kompatibel sind. Eine externe Konsole beinhaltet einen Bildschirm und die dazugehörigen Analyse- und Darstellungssoftware. Bei diesen sondenbasierten Systemen befindet sich die Laserscanning-Einheit in der Konsole, um die kleine Größe der In-vivo-Sonden und deren Kompatibilität mit jedem Standard-Endoskop zu ermöglichen.

Während der endoskopischen Prozedur wird zunächst das Zielgewebe identifiziert. Dann wird das verwendete sondenbasierten Endomikroskop auf die zu untersuchende Stelle des Schleimhautgewebes platziert.

Auf diese Weise wird das Zielgewebe (mehrschichtig) mikroskopisch in 1.000-facher Vergrößerung dargestellt. Durch den Einsatz der CLE während der endoskopischen Prozedur kann der Arzt mikroskopische Untersuchungen oder optische Biopsien des gastrointestinalen Traktes in Echtzeit durchführen. Das führt zur Möglichkeit einer umgehenden Diagnose, weniger und gezielteren physikalischen Biopsien sowie der Möglichkeit den Patienten in derselben Prozedur diagnostizieren und behandeln zu können. Zur Visualisierung kann ein CLE-Video in Echtzeit betrachtet und aufgenommen werden.

Das Verfahren wird derzeit primär im Rahmen der diagnostischen Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie und retrograden Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege bei Patienten mit den folgenden Indikationen eingesetzt:

Klinische Überwachung, Behandlung und Nachkontrolle von Darmpolypen. Die Diagnose Polyp des Kolons wird im ICD-10-GM Katalog durch den Code K63.5 abgebildet

Klinische Überwachung, Behandlung und Nachkontrolle des Barrett-Ösophagus. Die Diagnose Barrett-Ösophagus wird im ICD-10-GM Katalog über den Code K22.7 abgebildet.

Klinische Überwachung und Nachkontrolle bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind im ICD-10-GM Katalog durch die Kodizes K50.- (Morbus Crohn) und K51.- (Colitis ulcerosa) abgebildet.

Charakterisierung unbestimmter Verengungen der Gallen- und Pankreaswege.

Die derzeit verfügbaren Systeme zur Durchführung einer CLE sind CE-zertifiziert.

Bislang existiert kein spezifischer OPS zur Kodierung des Verfahrens, welches eine zusätzliche Prozedur darstellt, unabhängig und verschieden von konventionellen endoskopischen Untersuchungen.

Der OPS-Code 3-301 Konfokale Mikroskopie ist derzeit nicht nach Organgebieten differenziert.

Der Einsatz der konfokalen Mikroskopie ist außer am Verdauungstrakt bislang nach Kenntnis der DGVS am Auge und an der Haut als diagnostische Methode etabliert. Diese Anwendungen sind bisher im Inklusivum des unspezifischen OPS-Kodes auch aufgeführt.

Derzeit ist nicht möglich, über die vorliegende Kodierung eine genaue Aussage darüber zu erhalten, ob bei dem Patienten eine konfokale Mikroskopie am Verdauungstrakt durchgeführt wurde. Auch die Kombination mit ICD- oder OPS-Kodes lässt eine solche Aussage nicht zu, da bei einem Patienten sowohl Erkrankungen am Verdauungstrakt als auch am Auge bzw. an der Haut vorliegen können.

Damit kann der Organgebiet-unspezifische OPS-Code nicht eindeutig dem Verdauungstrakt zugeordnet werden. Aufgrund der erheblichen Kosten (siehe unten) der Untersuchung ist es allerdings unabdingbar, dass diese Leistung künftig eindeutig den entsprechenden Fällen mittels spezifischem OPS zugeordnet werden kann.

Darüber hinaus soll die Akzeptanz bei den Gastroenterologen erhöht werden, diesen OPS-Code im stationären Einsatz zu benutzen, auch wenn der Schlüssel aktuell keine Erlösrelevanz aufweist. Bei Kosten von 450 bis 700 Euro pro endoskopischer Anwendung ist eine möglichst vollständige Kodierung im Hinblick auf die Kalkulation der Kostendaten beim InEK sehr wichtig, und eine Differenzierung nach Lokalisation der konfokalen Mikroskopie würde die Korrektheit und Vollständigkeit der dokumentierten Anwendungen deutlich erhöhen.

Die Krankenhäuser, welche die Methode anwenden, weisen derzeit eine unvollständige und nicht sachgerechte Leistungsdokumentation auf. Außerdem kann der ökonomische Aufwand nicht erfasst werden (weder krankenhausintern noch zur Übermittlung an das InEK im Rahmen der DRG-Kostenkalkulation) und die Häufigkeit des Verfahrens kann innerhalb der GKV-Routinedaten nicht zu statistischen Zwecken analysiert werden.

Ein verfahrensspezifischer OPS ist darum dringend notwendig.

Im Folgenden ist eine umfassende Liste von Publikationen im Zusammenhang mit dem derzeit verfügbaren sondenbasierten CLE-System, u.a. inklusive "peer-reviewed" Publikationen zu (randomisiert-kontrollierten) Studien aufgeführt.

Direct visualization of indeterminate pancreaticobiliary strictures with probe-based confocal laser endomicroscopy: a multicenter experience.

Meining A, Chen YK, Pleskow D, Stevens P, Shah RJ, Chuttani R, Michalek J, Slivka A.
Gastrointest Endosc. 2011 Nov;74(5):961-8

Real-time increased detection of neoplastic tissue in Barrett's esophagus with probe-based confocal laser endomicroscopy: final results of an international multicenter, prospective, randomized, controlled trial.

Sharma P, Meining AR, Coron E, Lightdale CJ, Wolfsen HC, Bansal A, Bajbouj M, Galniche JP, Abrams JA, Rastogi A, Gupta N, Michalek JE, Lauwers GY, Wallace MB.
Gastrointest Endosc. 2011 Sep;74(3):465-72

Results of a phase I-II study on intraductal confocal microscopy (IDCM) in patients with common bile duct (CBD) stenosis.

Giovannini M, Bories E, Monges G, Pesenti C, Caillol F, Delpero JR.
Surg Endosc. 2011 Jul;25(7):2247-5

Diagnostic value of confocal laser endomicroscopy for gastric superficial cancerous lesions.

Li WB, Zuo XL, Li CQ, Zuo F, Gu XM, Yu T, Chu CL, Zhang TG, Li YQ.
Gut. 2011 Mar;60(3):299-306

Differentiation of colonic polyps by confocal laser endomicroscopy.

Xie XJ, Li CQ, Zuo XL, Yu T, Gu XM, Li Z, Ji R, Wang Q, Li YQ.
Endoscopy. 2011 Feb;43(2):87-93.

The safety of intravenous fluorescein for confocal laser endomicroscopy in the gastrointestinal tract.

Wallace MB, Meining A, Canto MI, Fockens P, Miehke S, Roesch T, Lightdale CJ, Pohl H, Carr-Locke D, Löhr M, Coron E, Filoche B, Giovannini M, Moreau J, Schmidt C, Kiesslich R.
Aliment Pharmacol Ther. 2010 Mar;31(5):548-52.

Confocal laser endomicroscopy in Barrett's esophagus and endoscopically inapparent Barrett's neoplasia: a prospective, randomized, double-blind, controlled, crossover trial.

Dunbar KB, Okolo P 3rd, Montgomery E, Canto MI.
Gastrointest Endosc. 2009 Oct;70(4):645-54

Chromoscopy-guided endomicroscopy increases the diagnostic yield of intraepithelial neoplasia in ulcerative colitis.

Kiesslich R, Goetz M, Lammersdorf K, Schneider C, Burg J, Stolte M, Vieth M, Nafe B, Galle PR, Neurath MF.
Gastroenterology. 2007 Mar;132(3):874-82.

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

Der vorgestellte diagnostische Ansatz ist neu und einzigartig und beinhaltet im Vergleich zu Standard-Endoskopien zusätzliche Kosten. Da gegenwärtig jedoch kein spezifischer OPS existiert, der die Methode erfassen kann, ist es nicht möglich die Anzahl der durchgeführten Verfahren und die damit assoziierten Kosten im Rahmen der DRG-Kostenkalkulation zu erfassen. Jegliche Abgrenzung und Kostenvergleiche zu ähnlichen aber andersartigen Technologien (z.B. über die reduzierte Anzahl durchgeführter Biopsien oder anderer endoskopischer Prozeduren) innerhalb des DRG-Systems ist somit nicht möglich. Der vorgeschlagene OPS sichert eine sachgerechte Erfassung der Kosten sowie eine entsprechend sachgerechte Berücksichtigung der Behandlung innerhalb des DRG-Systems.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Neben den Investitionskosten für die grundlegende CLE-Ausrüstung (Konsole, Software) und deren Instandhaltung, fallen mit dem Verfahren in Verbindung stehende, laufende Kosten an.

Für jede Patientenprozedur muss eine Minisonde verwendet werden. Diese Sonden sind in verschiedenen Größen verfügbar, zur Auswahl der passenden Sonde in Abhängigkeit von der vorgesehenen Ziellokalisierung, an der das Verfahren angewandt wird. Die Sonden kosten zwischen 6.000 EUR und 7.200 EUR pro Stück, können jedoch wiederaufbereitet (sterilisiert und desinfiziert) und 10 bis 20 Mal verwendet werden. Dies ergibt Materialkosten pro Patient von 360 bis 600 Euro.

Außerdem können Fluoreszenz-Kontrastmittel verwendet werden, um eine optimale Bildgebung zur ermöglichen.

Darüber hinaus bedarf es eines gesteigerten Personaleinsatzes bei Anwendung der Methode im Sinne der eigentlichen Durchführung der Untersuchung und der in Echtzeit erfolgenden Analyse durch mindestens einen Arzt (5 bis 15 Minuten pro Fall) sowie der vorbereitenden Arbeiten vor und während des Verfahrens durch die medizinisch-technische Assistenz (~ 10 Minuten).

Insgesamt, unter Berücksichtigung aller Materialkosten für die verwendeten Sonden der CLE, des verwendeten Fluoreszenz-Kontrastmittels, der Wiederaufbereitung der in vivo verwendeten Materialien sowie des notwendigen Personalaufwands bei Durchführung des Verfahrens, betragen die laufenden Kosten pro Patientenfall zwischen 450 bis 700 Euro.

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

Die Methode wird derzeit in einigen Zentren in Deutschland und in einigen hundert Fällen pro Jahr angewandt. Die Anzahl der Zentren und Patienten, bei welchen das Verfahren Anwendung findet, wird im Laufe der kommenden Jahre voraussichtlich deutlich ansteigen.

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

Der unter 7d angegebene Aufwand und die dort genannten Kosten pro Patientenfall entsprechen den Differenzkosten und dem zusätzlichen Aufwand im Vergleich zu konventionellen Verfahren, d.h. im Vergleich zu konventionellen Endoskopien.

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.

./.

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

Aus Zeitgründen konnte bislang zu den anderen betroffenen Fachgesellschaften (Dermatologie, Augenheilkunde) noch keinen Kontakt aufgenommen werden. Aufgrund der Ausdifferenzierung des bestehenden OPS-Kodes wird aber mit einer generellen Zustimmung gerechnet.