

## Änderungsvorschlag für den OPS 2015

### 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. 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-komplexxodefruehreha-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 \* Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie  
Offizielles Kürzel der Organisation \* DGT  
Internetadresse der Organisation \* <http://www.dgt-online.de>  
Anrede (inkl. Titel) \* Dr.med  
Name \* Welcker  
Vorname \* Katrin  
Straße \* Züricher Str. 40  
PLZ \* 28322  
Ort \* Bremen  
E-Mail \* [katrin.welcker@klinikum-bremen-ost.de](mailto:katrin.welcker@klinikum-bremen-ost.de)  
Telefon \* 0421 408 2470

#### 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)

siehe oben  
DGT  
DGCH  
BDC

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) \*

Verschluss einer Lungenparenchymfistel mit fibrinogenhaltigem Kollagenschwamm

## 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)

Mit diesem Antrag wird vorgeschlagen, eine neue Schlüsselnummern in den OPS-Katalog 2015 in der Sub-Kategorie 5-334 Rekonstruktion an Lunge und Bronchien aufzunehmen, die die Technik der intraoperativen Lungenparenchymversiegelung unter Verwendung eines fibrinogen- u. thrombinbesetzten Kollagenschwamms abbildet.

Luftleckagen und Lungenparenchymfisteln entstehen sehr häufig nach Lungenresektionen. Die mangelhafte Drainage von Luft kann zu Gewebeemphysemen und zum Spannungspneumothorax führen, mit u. U. letalen Folgen. Somit kann die Drainage des Pleuraraumes eine lebensnotwendige Maßnahme nach Lungenresektionen sein.

Die hierfür notwendige kostenintensive Gewebeversiegelung mit fibrinogenhaltigen Kollagenschwämmen wird bislang nicht mit der vorliegenden OPS-Systematik abgebildet.

Wir schlagen deshalb vor, folgende Schlüsselnummern in den OPS-Katalog 2015 unter der Subkategorie 5-334 Rekonstruktion an Lunge und Bronchien aufzunehmen:

Subkategorie 5-334 Rekonstruktion an Lunge und Bronchien

5-334.7- Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, offen chirurgisch

5-334.70 Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, offen chirurgisch, durch Naht

5-334.71 Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, offen chirurgisch, mit fibrinogenhaltigem Kollagenschwamm

5-334.8- Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, thorakoskopisch

5-334.80 Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, thorakoskopisch, durch Naht

5-334.81 Rekonstruktion der Lunge: Verschluss einer Lungenparenchymfistel, thorakoskopisch, mit fibrinogenhaltigem Kollagenschwamm

Ergänzend hierzu soll unter den Kodierhinweisen zu Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34) folgender Hinweis ergänzt werden:

'Die Lungengewebeversiegelung durch. z.B. fibrinogenhaltigen Kollagenschwamm ist gesondert zu verschlüsseln (5-334.71 und 5-334.81)'

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Die Häufigkeit intraoperativer Lungenleckagen wird mit bis zu 70 % der Fälle in der Lungenchirurgie angegeben (Wain et al. 2001). Die Inzidenz der Luftleckagen bei Lobektomien liegt bei 48 – 88% der Fälle (Lang et al., 2004; Varela et al., 2005). Diesen Patienten droht eine verlängerte Liegezeit der Thoraxdrainagen, ein erhöhtes Risiko für Pleurainfektionen, Lungenembolien und postoperative Ateminsuffizienz. Prolongierte Luftleckagen (länger als 7 Tage bestehend) treten in 15 – 25 % der Fälle auf und sind der wichtigste Faktor für die Notwendigkeit einer verlängerten Thoraxdraingenzzeit (Serra-Mitjans et al., 2005).

Zur Blutstillung und Gewebeversiegelung kann ein fibrin- und thrombinbeschichteter Kollagenschwamm eingesetzt werden, der zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Förderung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet werden kann, wenn Standardtechniken insuffizient sind. Eine Blutstillung wird auch bei Patienten ermöglicht, die aufgrund der Therapie mit gerinnungshemmenden Medikamenten ein erhöhtes Blutungsrisiko haben.

Die Durchführung bzw. Kosten dieser Prozedur bei thoraxchirurgischen Operationen werden bislang nicht mit der vorliegenden OPS-Systematik abgebildet und führen somit bei Einsatz zu einer Schiefelage bei der Leistungs- und Kostenerfassung. Die aufgrund von Komplikationen notwendige Versiegelung von Lungenparenchymfisteln und Luftleckagen mit dem fibrinogenhaltigen Kollagenvlies geht über die reine perioperative Blutstillung hinaus und ist nicht als Inklusivum des führenden OPS-Schlüssels für die jeweilige Operation nach dem Grundsatz der monokausalen Kodierung zu betrachten, sondern als eigenständige, abgeschlossene Prozedur.

Der fibrin- und thrombinbeschichtete Kollagenschwamm kommt in vielen chirurgischen Fachgebieten zur Blutstillung und Gewebeversiegelung zum Einsatz. So konnten zum Beispiel in weiteren randomisierten klinischen Studien an insgesamt 240 Patienten mit Leberteilresektion (Fischer et al. 2010 und Frilling et al. 2005) und 185 Patienten mit Resektion eines oberflächlichen Nierentumors (Siemer et al., 2007) die Wirksamkeit bei der Blutstillung belegt werden. Eine weitere randomisierte und kontrollierte Studie an 119 Patienten zeigte die Wirksamkeit zur Gewebeversiegelung, Blutstillung und Nahtsicherung mittels Kollagenvlies bei herzgefäßchirurgischen Eingriffen (Maisano et al. 2009). Die Gewebeversiegelung in der Lungenchirurgie wurde in mehreren randomisierten und kontrollierten Studien untersucht (siehe Literaturanhang).

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

Der Schlüsselbereich der Kategorie 5-32 – 5-34 lässt keine differenzierte Darstellung des Verfahrens zu und bildet die zusätzlichen Kosten im Entgeltsystem derzeit nicht adäquat ab.

Nur durch die eindeutige Zuordnung über die OPS-Kodierung kann dieses etablierte zusätzliche Verfahren in Hinblick auf die Weiterentwicklung des Vergütungssystems korrekt kodiert, und eine sachgerechte, kostendeckende und zielgerichtete Zuordnung im DRG- System ermöglicht werden.

#### **c. Verbreitung des Verfahrens**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard      | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt            |  |

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

Die Kosten variieren je nach verbrauchter Menge und Größe. Sollten bei Resektionen z.B. ein großer Schwamm verbraucht werden, entspricht dies ca. 300 €. Bei einer möglichen großflächigen Anwendung in der Lungenchirurgie können ca. 1000 € Mehrkosten oder mehr entstehen.

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

Das statistische Bundesamt gibt in der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) die Zahl der Eingriffe für 2012 im Bereich Lunge und Bronchus (5-32 bis 5-34, mit 101 809 Fällen an. Bevorzugtes Einsatzgebiet der Kollagenvliesklebung ist hier der Bereich der Lungenresektionen mit Fallzahlen wie folgt:

5-322 Atypische Lungenresektion:	18 757
5-323 Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge:	2 577
5-324 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge:	8 840
5-325 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge:	1 999
5-327 Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie:	519
5-328 Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie:	1 012

Genaue statistische Angaben zur Anzahl der Durchführung einer fibrinogenhaltigen Vliesklebung bei thoraxchirurgischen Eingriffen liegen nicht vor. Ausgehend von einer angenommenen Rate von Luftleckagen um 48 – 88% bei Lobektomien (Lang et al., 2004; Varela et al., 2005), wäre von einer geschätzten Zahl zwischen 5202 und 9538 Fällen auszugehen, bei denen die Methode vorteilhaft einzusetzen ist.

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

Aufgrund fehlender Schlüsselnummern für diese Prozedur konnte bisher keine einheitliche Datengrundlage geschaffen werden, die den Kostenunterschied darstellt.

**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.

nicht relevant

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Anegg U, Lindenmann J, Matzi V, Smolle J, Maier A, Smolle-Jüttner F; Efficiency of fleece-bound sealing (TachoSil) of air leaks in lung surgery: a prospective randomised trial; Eur J Cardiothorac Surg 2007, 31: 198 – 202.

Filosso PL, Ruffini E, Sandri A, Lausi PO, Giobbe R, Oliaro A; Efficacy and safety of human fibrinogen-thrombin patch (TachoSil®) in the treatment of postoperative air leakage in patients submitted to redo surgery for lung malignancies: a randomized trial; Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 2013, 16: 661–666.

Fischer L, Seiler CM, Broelsch CE, de Hemptinne B, Klempnauer J, Mischinger HJ, Gassel HJ, Rokkjaer M, Schauer R, Larsen PN, Tetens V, Büchler MW. Hemostatic efficacy of TachoSil in liver resection compared with argon beam coagulator treatment: an open, randomized, prospective, multicenter, parallel-group trial. Surgery. 2011 Jan;149(1):48-55. doi: 10.1016/j.surg.2010.02.008. Epub 2010 Apr 10.

Lang G, Csekeo A, Stamatis G, Lampl L, Hangman L, Marta, Muellera M, Klepetkoa W. A Efficacy and safety of topical application of human fibrinogen/thrombincoated collagen patch (TachoComb) for treatment of air leakage after standard lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;25:160–6.

Marta GM, Facciolo F, Ladegaard L, Dienemann H, Csekeo A, Rea F, Dango S, Spaggiari L, Tetens V, Klepetko W. Efficacy and safety of TachoSil® versus standard treatment of air leakage after pulmonary lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2010 Dec;38(6):683-9. doi: 10.1016/j.ejcts.2010.03.061. Epub 2010 Jun 11.

Rena O, Papalia E, Mineo TC, Massera F, Pirondini E, Turello D, Casadio C; Air-leak management after upper lobectomy in patients with fused fissure and chronic obstructive pulmonary disease: a pilot trial comparing sealant and standard treatment; *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 2009, 9: 973-977.

Serra-Mitjans M, Belda-Sanchis J, Rami-Porta. Surgical sealant for preventing air leaks after pulmonary resections in patients with lung cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005. Issue 3. Art. No.: CD003051.pub2. doi:10.1002/1465858.CD003051.pub2.

Siemer D, Lahme S, Altziebler, Machtens S, Strohmaier W, Wechsel HW, Goebell P, Schmeller N, Oberneder R, Stolzenburg JU, Becker H, Lüftenegger W, Tetens V, van Poppel H; Efficacy and Safety of TachoSil as Haemostatic Treatment versus Standard Suturing in Kidney Resection: A Randomised Prospective Study; *Eur Urol*, 2007 (in press)

Varela G, Marcelo FJ, Nuria N, Aranda JL. Estimating hospital costs attributable to prolonged air leak in pulmonary lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;27:329–33.

Wain JC, Kaiser LR, Johnstone DW, Yang SC, Wright CD, Friedberg JS, Feins RH, Heitmiller RF, Mathisen DJ, Selwyn MR. Trial of a novel synthetic sealant in preventing air leaks after lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2001;75:1623—9.