

Änderungsvorschlag für den OPS 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: ops-komplexxkodefruehreha-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

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.



Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Klinikum Bogenhausen - Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden) *
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden) * <https://www.klinikum-muenchen.de/abteilungen/bogenhausen/institut-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie-neuroradiologie-und-nuklearmedizin/startseite/>
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Helmberger
Vorname * Thomas
Straße * Englschalkinger Str. 77
PLZ * 81925
Ort * München
E-Mail * thomas.helmberger@klinikum-muenchen.de
Telefon * 089-92702201

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden) *
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden) *
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)**

Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)

☒ Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Perkutane Destruktion von Tumorgewebe der Lunge durch Kryoablation

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- ☐ Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- ☒ Inhaltlich
- ☒ Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - ☒ Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - ☐ Änderungen von Klassentiteln 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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Einführung eines neuen 6-stelliger OPS Codes unter OPS 5-339.2 'Destruktion von erkranktem Lungengewebe':

5-339.23↔ Durch Kryoablation, perkutan

Hinw.: Die genaue Form der Kälteapplikation ist gesondert zu kodieren (8-670)

Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten

Einführung neuer 6 -stelliger OPS Codes unter einer neuen OPS 8-67 'Kryoablation':

8-67 Kryoablation

Hinw.: Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-670 Behandlung durch Cryonadel-Ablation

Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Die Destruktion an der jeweiligen Lokalisation ist gesondert zu kodieren (Kap. 5)

8-670.00 1 Cryonadel

8-670.01 1 Cryonadel, zusätzlich Temperatursonden

8-670.02 1 Cryonadel, MRT-geeignet

8-670.10 2 Cryonadeln

8-670.11 2 Cryonadeln, zusätzlich Temperatursonden

8-670.12 2 Cryonadeln, MRT-geeignet

8-670.20 3 Cryonadeln

8-670.21 3 Cryonadeln, zusätzlich Temperatursonden

8-670.22 3 Cryonadeln, MRT-geeignet

8-670.30 4 Cryonadeln

8-670.31 4 Cryonadeln, zusätzlich Temperatursonden

8-670.32 4 Cryonadeln, MRT-geeignet

8-670.40 mehr als 4 Cryonadeln

8-670.41 mehr als 4 Cryonadeln, zusätzlich Temperatursonden

8-670.42 mehr als 4 Cryonadeln, MRT-geeignet

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Minimal invasive, perkutan angewandte ablativ Verfahren gewinnen zunehmend an Bedeutung für die Behandlung von erkranktem Gewebe der Lunge (ICD-10 : C34). Als Alternative zur Thorakotomie und zur Entfernung des erkrankten Gewebes stehen schonendere ablativ Verfahren zur Verfügung.

Im Vergleich zu anderen ablativen Verfahren, die andere Energieformen anwenden (Thermo (Laser), Radiofrequenz, Mikrowellen) bietet die Anwendung von Ablationsnadeln zur punktgenauen Applikation von Kälte (Visual ICE System, Fa. Galil Medical, www.galilmedical.com) einige Vorteile, wie die präzise Steuerbarkeit der Ausdehnung der behandelten Zone durch ihre gute Sichtbarkeit im bildgebenden Verfahren (US, CT, MRT) oder der gleichzeitige Einsatz mehrerer Ablationsnadeln bei größeren oder multiplen Tumoren. Besondere Vorteile gegenüber einer offenen Operation bietet das Verfahren, wenn randständige periphere Tumoren in der Lunge behandelt werden sollen, die sich in der Nähe anderer anatomischer Grenzstrukturen (Pleura, Rippen, Zwerchfell) befinden. Prozedurale Komplikationen treten nur sehr selten auf.

Die Kryoablation bietet für Patienten mit kleinen und/oder multiplen Tumoren bis zu einer Grösse von 3-4 cm und/oder mit schweren Begleitkrankheiten eine Therapiealternative zur klassischen operativen Therapie. Sie ist schonender für den Patienten und im Vergleich zur Operation deutlich kürzer und mit sehr wenig Blutverlust verbunden.

Literaturangaben:

1. Pusceddu C et al. CT-guided thin needles percutaneous cryoablation (PCA) in patients with primary and secondary lung tumors: A preliminary experience. Eur J Radiol 82(5) 2013
2. Chen CK et al. Image-guided lung tumor ablation: Principal, technique and current status. J Chin Med Assoc 76 2013
3. Jahangeer S et al. Review of current thermal ablation treatment for lung cancer and the potential of electrochemotherapy as a means for treatment of lung tumors. Cancer Treat Rev 39(8) 2013
4. Yashiro H et al. Factors affecting local progression after percutaneous cryoablation of lung tumors. J Vasc Interv Radiol 24 2013
5. Ahrar K et al. Is cryotherapy the optimal technology for ablation of lung tumors?. J Vasc Interv Radiol 23(3) 2012
6. Yamauchi Y et al. Percutaneous cryoablation for the treatment of medically inoperable stage I non-small cell lung cancer. PLoS One 7 2012
7. Bang HJ et al. Percutaneous cryoablation of metastatic lesions from non-small cell lung carcinoma: Initial survival, local control and cost observations. J Vasc Interv Radiol 23 2012
8. Zhang X et al. CT-guided conformal cryoablation for peripheral NSCLC: Initial experience. Eur J Radiol 81(11) 2012
9. Inoue M et al. Percutaneous cryoablation of lung tumors: Feasibility and safety. J Vasc Interv Radiol 23(3) 2012
10. Sonntag PD et al. Thermal ablation of lung tumors. Surg Oncol Clin N Am 20 2011
11. Hinshaw JL et al. Temperature isotherms during pulmonary cryoablation and their correlation with the zone of ablation. J Vasc Interv Radiol 21 2010
12. Hinshaw JL et al. Optimizing the protocol for pulmonary cryoablation: A comparison of a dual- and triple-freeze protocol. Cardiovasc Interv Radiol 33(6) 2010
13. Zemlyak A et al. Comparison of survival after sublobar resections and ablative therapies for stage I non-small cell lung cancer. J Am Coll Surg 211(1) 2010
14. Choe YH et al. The use of PTC and RFA as treatment alternatives with low procedural

morbidity in non-small cell lung cancer. Eur J Cancer 45(19) 2009

15. Gillams A. Tumor ablation: current role in the kidney, lung and bone. Cancer Imag 9 2009

16. McTaggart RA et al. Thermal ablation of lung tumors. Tech Vasc Interv Radiol 10 2007

17. Kawamura M et al. Percutaneous cryoablation of small pulmonary malignant tumors under computed tomographic guidance with local anesthesia for nonsurgical candidates. J Thorac Cardiovasc Surg 131(5) 2006

18. Wang H et al. Thoracic masses treated with percutaneous cryotherapy: Initial experience with more than 200 procedures. Radiology 235(1) 2005

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

Das beschriebene Verfahren ist durch den fehlenden applikationsspezifischen OPS Code derzeit nicht sachgerecht abbildbar. Ohne Möglichkeit der OPS-Differenzierung der prozeduralen Besonderheiten der Cryoablation im Vergleich zu den anderen ablativen Verfahren zur Destruktion von erkranktem Lungengewebe können signifikante Kostendifferenzen zur Minderfinanzierung bei Anwendung dieses neuartigen Verfahrens führen und in der Konsequenz die Versorgungsqualität bedürftiger Krebspatienten beeinflussen.

Die Umsetzung dieses Differenzierungsvorschlages ermöglicht der neuartigen Methode, durch das InEK im Verlauf eines NUB Verfahrens entsprechend den NUB Kriterien korrekt bewertet zu werden, weil erst dann die eindeutige Identifikation der Methode hinsichtlich seiner Differenzkosten im Vergleich zu anderen, unter OPS 5-339.2 zu kodierenden perkutan durchgeführten destruktiven Methoden gelingt.

c. Verbreitung des Verfahrens

☐ Standard
 ☒ Etabliert
 ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell
 ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Durch den Einsatz der Cryonadeln entstehen Kosten pro verwendeter Einheit in Höhe von € 1.050 (netto) für die Standardnadel bzw. i.H. von € 1.200 (netto) für MRT-geeignete Cryonadeln. Hinzu kommen Temperatursensoren mit einem Stückpreis von € 200 (netto).

In Abhängigkeit von der Tumorausdehnung, der Anzahl der Metastasen entstehen somit rasch signifikante Mehrkosten für Sachmittel, die im Fallpauschalenkatalog nicht abgebildet werden können.

Die Kosten für das bildgebende Verfahren und Personal sind vergleichbar zu den Erlösen aus DRGs, die sich aus der Kodierung anderer ablativer Verfahren aus OPS 5-339.2 ergeben.

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

Auf Basis der GDRG-Browsers des InEK derzeit schätzungsweise ca 70 bis 100 Fälle pro Jahr.

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

Der Erlös der DRG E02B (C34.9 - bei Anwendung OPS 5-339.22 – Elektroporation, perkutan) beläuft sich bei einer mittleren Verweildauer von 12,4 Tagen auf ca. € 6.500. Dabei beträgt der

Anteil der Sachkosten (KstBereiche 5 und 6) 13,3%, d.h. zirka € 700.

Bei vergleichbaren Kosten für Personal und Prozedur bestehen die Kostenunterschiede hauptsächlich in der Differenz der Sachkosten.

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)