

## 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 Formulare Daten 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-kurzbezeichnungsinhalts-namedesverantwortlichen.doc*  
*kurzbezeichnungsinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.  
**Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-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](mailto: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](http://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](mailto: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 \* Engelschalkinger 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 Niere 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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Einführung eines neuen 5-stelligen OPS Codes unter OPS 5-552 'Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere':

5-552.a↔ Destruktion durch Kryoablation, perkutan

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

Inkl.: Bildgebendes Verfahren

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

8-67 Kryoablation

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

8-670 Behandlung durch Cryonadel-Ablation

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. 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 Niere (ICD-10 : C64). Als Alternative zur radikalen Entfernung der erkrankten Niere stehen ablativ Verfahren zur Verfügung. Die Cryoablation von Nierentumoren hat mittlerweile eine zunehmende Anwendung mit breiter Studienbasis gefunden.

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](http://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. In der Praxis zeigt sich eine signifikante Schmerzreduktion bei mit der Kryoablation behandelten Patienten, welche hervorgerufen wird durch die intrinsische anästhetische Wirkung von Kälte.

Klinische Studien zeigen eine 95% Erfolgsrate bei der gezielten Behandlung von Nierentumoren. 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 zu operativen Verfahren mit weniger Blutverlust verbunden.

#### Literaturangaben:

1. Breen DJ et al. Percutaneous cryoablation of renal tumors: outcomes from 171 tumours in 147 patients *BJU Int.* 112:758-765, 2013
2. Tanagho YS et al. Laparoscopic cryoablation of renal masses: Single-center long-term experience *Urology* 80: 307-15, 2012
3. Okhunov Z et al. R.E.N.A.L. Nephrometry score accurately predicts complications following laparoscopic renal cryoablation *J. Urol.* 188:1796-800, 2012
4. Schmidt GD et al. Percutaneous cryoablation of solitary sporadic renal cell carcinomas *BJU Int.* 110(11 Pt B):E526-31, 2012
5. Altunrende F et al. Image guided percutaneous probe ablation for renal tumors in 65 solitary kidneys: Functional and oncological outcomes *J Urol* 186: 35-41, 2011
6. Rodriguez R et al. Prospective Analysis of the Safety and Efficacy of Percutaneous Cryoablation for pT1NxMx Biopsy-Proven Renal Cell Carcinoma *Cardiovasc Intervent Radiol.* 34:573-8, 2011
7. Zagoria RJ et al. Long-term Outcomes After Percutaneous Radiofrequency Ablation for Renal Cell Carcinoma *Urology.* 77:1393-7, 2011
8. Choueiri TK et al. Thermal Ablation vs Surgery for Localized Kidney Cancer: a Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Database Analysis *Urology.* 2011 E-pub, 2011
9. Young JL et al. Optimal freeze cycle length for renal cryotherapy *J. Urol.* 2011 E-pub, 2011
10. Rosenberg MD et al. Percutaneous cryoablation of renal lesions with radiographic ice ball involvement of the renal sinus: analysis of hemorrhagic and collecting system complications *Am J Roentgenol.* 196:935-9, 2011
11. Strom KH et al. Second prize: Recurrence rates after percutaneous and laparoscopic renal cryoablation of small renal masses: does the approach make a difference? *J Endourol.* 25:371-5, 2011
12. Vricella GJ et al. Percutaneous cryoablation of renal masses: impact of patient selection and treatment parameters on outcomes *Urology.* 77:649-54, 2011
13. Pirasteh A et al. Cryoablation vs. radiofrequency ablation for small renal masses *Acad Radiol.* 18:97-100, 2011

14. Oguro S et al. Image registration of pre-procedural MRI and intra-procedural CT images to aid CT-guided percutaneous cryoablation of renal tumors *Int J Comput Assist Radiol Surg.* 6:111-7, 2011
15. Schmit GD et al. Percutaneous cryoablation of anterior renal masses: technique, efficacy, and safety *Am J Roentgenol.* 195:1418-22, 2010
16. Guazzoni G et al. Oncologic results of laparoscopic renal cryoablation for clinical T1a tumors: 8 years of experience in a single institution *Urology* 76(3):624-9, 2010
17. Cutress ML et al. Update on the management of T1 renal cortical tumours *BJU Int.* 106:1130-6, 2010
18. Breen DJ et al. Minimally invasive treatment of small renal tumors: trends in renal cancer diagnosis and management *Cardiovasc Intervent Radiol.* 33:896-908, 2010
19. Ortiz-Alvarado O et al. The role of radiologic imaging and biopsy in renal tumor ablation *World J Urol.* 28:551-7, 2010
20. Atwell TD et al. Percutaneous renal cryoablation: local control at mean 26 months of followup *J Urol.* 184:1291-5, 2010
21. Mues AC et al. Results of kidney tumor cryoablation: renal function preservation and oncologic efficacy *World J Urol.* 28:565-70, 2010  
September 2013 2/4
22. Young JL et al. Ice burn: protecting the flank during renal cryotherapy *J Endourol.* 24:1249-53, 2010
23. Park SH et al. Cryoablation for endophytic renal cell carcinoma: intermediate-term oncologic efficacy and safety *Korean J Urol.* 51:518-24, 2010
24. Mues AC et al. Comparison of percutaneous and laparoscopic renal cryoablation for small (<3.0 cm) renal masses *J Endourol.* 24:1097-100, 2010
25. Allen BC et al. Percutaneous cryoablation of renal tumors: patient selection, technique, and postprocedural imaging *Radiographics.* 30:887-900, 2010
26. Weisbrod AJ et al. Percutaneous cryoablation of masses in a solitary kidney *Am J Roentgenol.* 194:1620-5, 2010
27. Porter CA 4th et al. MRI after technically successful renal cryoablation: early contrast enhancement as a common finding *Am J Roentgenol.* 194:790-3, 2010
28. Aron M et al. Laparoscopic Renal Cryoablation: 8-Year, Single Surgeon Outcomes *J Urol.* 183:889-95, 2010
29. DeCastro GJ et al. Synchronous cryoablation of multiple renal lesions: short-term follow-up of patient outcomes *Urology.* 75:303-6, 2010
30. Tsvian M et al. Tumor size and endophytic growth pattern affect recurrence rates after laparoscopic renal cryoablation *Urology.* ;75:307-10, 2010
31. Uppot RN et al. Imaging-guided percutaneous ablation of renal cell carcinoma: a primer of how we do it *Am J Roentgenol.* 192:1558-70, 2009
32. Berger A et al. Cryoablation for renal tumors: current status *Curr Opin Urol.* 19:138–142, 2009
33. Kunkle DA et al. Cryoablation or radiofrequency ablation of the small renal mass : a metaanalysis *Cancer.* 113:2671-2680, 2008
34. Derweesh IH et al. Single center comparison of laparoscopic cryoablation and CT-guided percutaneous cryoablation for renal tumors *J Endourol.* Nov;22(11):2461-7, 2008
35. Hinshaw JL et al. Comparison of Percutaneous and Laparoscopic Cryoablation for the Treatment of Solid Renal Masses *Am J Roentgenol.* 191:1159–1168, 2008
36. Georgiades CS et al. Safety and efficacy of CT-guided percutaneous cryoablation for renal cell

- carcinoma J Vasc Interv Radiol. 19(9):1302-10, 2008
37. Hui GC et al. Comparison of percutaneous and surgical approaches to renal tumor ablation: metaanalysis of effectiveness and complication rates J Vasc Interv Radiol. 19:1311-1320, 2008
38. Goel RK et al. Probe ablative treatment for small renal masses: cryoablation vs. radio frequency ablation Curr Opin Urol. 18:467-73, 2008
39. Chen VH et al. The effect of cryoablation on the histologic interpretation of intraoperative biopsy of small clear cell renal carcinoma and renal oncocytoma J Endourol. 22(8):1617-21, 2008
40. Atwell TD et al. Percutaneous Renal Cryoablation: Experience Treating 115 Tumors J Urol. 179: 2136-2141, 2008
41. Badwan K et al. Comparison of laparoscopic and percutaneous cryoablation of renal tumors: a cost analysis J Endourol. 22(6):1275-7, 2008
42. Goel RK et al. Single port access renal cryoablation (SPARC): a new approach Eur Urol. 53(6):1204-9, 2008
43. Lin YC et al. Laparoscopic partial nephrectomy versus laparoscopic cryoablation for multiple ipsilateral renal tumors Eur Urol. 53:1210-1216, 2008
44. Bandi G et al. Comparison of postoperative pain, convalescence, and patient satisfaction after laparoscopic and percutaneous ablation of small renal masses J Endourol. 22(5):963-7, 2008
45. Mazaris EM et al. Percutaneous renal cryoablation: current status Future Oncol. 2:257-69, 2008
46. Weight CJ et al. Correlation of radiographic imaging and histopathology following cryoablation and radio frequency ablation for renal tumors J Urol. 179:1277-81, 2008  
September 2013 3/4
47. Breda A et al. In Vivo Efficacy of Laparoscopic Assisted Percutaneous Renal Cryotherapy: Evidence Based Guidelines for the Practicing Urologist J Urol. 179:333-7, 2008
48. Bandi G et al. Cryoablation of small renal masses: assessment of the outcome at one institution BJU Int. 100(4):798-801, 2007
49. Hedican SP et al. A novel murine model for the study of human renal cryoablation BJU Int. [Epub ahead of print], 2007
50. Mouraviev V et al. Comparative financial analysis of minimally invasive surgery to open surgery for small renal tumours < or =3.5 cm: a single institutional experience Eur Urol. 51:715-20, 2007
51. Hafron J et al. Cryosurgical ablation of renal cell carcinoma Cancer Control. 14(3):211-7, 2007
52. Wink MH et al. Contrast-enhanced ultrasonography in the follow-up of cryoablation of renal tumours: a feasibility study BJU Int. 99(6):1371-5, 2007
53. Stein RJ et al. Renal cryotherapy: a detailed review including a 5-year follow-up BJU Int. 99:1265-1270, 2007
54. Beemster P et al. Follow-up of renal masses after cryosurgery using computed tomography; enhancement patterns and cryolesion size BJU Int. 101:1237-1242, 2007
55. Atwell TD et al. Percutaneous Cryoablation of Large Renal Masses: Technical Feasibility and Short-Term Outcome Am J Roentgenol. 188:1195-1200, 2007
56. Wyler SF et al. Intermediate-term results of retroperitoneoscopy-assisted cryotherapy for small renal tumours using multiple ultrathin cryoprobes Eur Urol. 51(4):971-9, 2007
57. Clarke DM et al. Cryoablation of renal cancer: variables involved in freezing-induced cell death Technol Cancer Res Treat. 6(2):69-79, 2007
58. Atwell TD et al. Percutaneous cryoablation of 40 solid renal tumors with US guidance and CT monitoring: initial experience Radiology. 243(1):276-83, 2007
59. Littrup PJ et al. CT-guided percutaneous cryotherapy of renal masses J Vasc Interv Radiol. 18:383-92, 2007

60. Weld KJ et al. Laparoscopic Cryoablation for Small Renal Masses: Three-Year Follow-up Urology. 69:448-451, 2007
61. Mouraviev V et al. Comparative financial analysis of minimally invasive surgery to open surgery for small renal tumours < or =3.5 cm: a single institutional experience Eur Urol. 51(3):715-20; discussion 720-1, 2007
62. O'Malley RL et al. A matched-cohort comparison of laparoscopic cryoablation and laparoscopic partial nephrectomy for treating renal masses BJU Int. (2):395-8, 2007
63. Gill IS et al. Small Renal Masses: What to do...and when Contemporary Urology, 2006
64. Permpongkosol S et al. Percutaneous computerized tomography guided renal cryoablation using local anesthesia: pain assessment J Urol. 176:915-8, 2006
65. Davol PE et al. Long-term results of cryoablation for renal cancer and complex renal masses Urology. 68(1 Suppl):2-6, 2006
66. Hruby G et al. Comparison of laparoscopic partial nephrectomy and laparoscopic cryoablation for renal hilar tumors Urology 67:50-54, 2006
67. Gupta A et al. Computerized tomography guided percutaneous renal cryoablation with the patient under conscious sedation: initial clinical experience J Urol. 175:447-52, 2006
68. Weld KJ et al. Comparison of cryoablation, radiofrequency ablation and high-intensity focused ultrasound for treating small renal tumours BJU Int. 96:1224-9, 2005
69. Desai MM et al. Laparoscopic partial nephrectomy versus laparoscopic cryoablation for the small renal tumor Urology. 66(5 Suppl):23-8, 2005
70. Allaf ME et al. Pain control requirements for percutaneous ablation of renal tumors: cryoablation versus radiofrequency ablation--initial observations Radiology. 237:366-70, 2005  
September 2013 4/4
71. Gill IS et al. Renal cryoablation: outcome at 3 years J Urol. 173:1903-1907, 2005
72. Janzen NK et al. The effects of intentional cryoablation and radio frequency ablation of renal tissue involving the collecting system in a porcine model J Urol.173: 1368-1374, 2005
73. Silverman SG et al. Renal Tumors: MR Imaging-guided Percutaneous Cryotherapy—Initial Experience in 23 Patients Radiology 236:716-724, 2005
74. Johnson DB et al. Defining the complications of cryoablation and radio frequency ablation of small renal tumors: a multi-institutional review J Urol. 172:874-7, 2004
75. Spaliviero M et al. Laparoscopic Cryotherapy for Renal Tumor Technol Cancer Res Treat. 3:177-80, 2004
76. Volpe A et al. The natural history of incidentally detected small renal masses Cancer. 15;100(4):738-45, 2004
77. Sewell PE et al. Interventional magnetic resonance image-guided percutaneous cryoablation of renal tumors South Med J. 96(7):708-10, 2003
78. Shingleton WB et al. Percutaneous renal cryoablation of renal tumors in patients with von Hippel-Lindau disease J Urol. 167:1268-70, 2002
79. Pantuck AJ et al. Cryosurgical ablation of renal tumors using 1.5-millimeter, ultrathin cryoprobes Urology 59 1:130-133, 2002
80. Perry K et al. Laparoscopic and percutaneous ablative techniques in the treatment of renal cell carcinoma Rev Urol. 4(3):103-11, 2002
81. Harada J et al. Initial experience of percutaneous renal cryosurgery under the guidance of a horizontal open MRI system Radiat Med. 19(6):291-6, 2001
82. Shingleton WB et al. Percutaneous renal tumor cryoablation with magnetic resonance imaging
83. Thompson RH et al. Comparison of partial nephrectomy and percutaneous ablation for cT1 renal masses Eur Urol <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.07.021>
84. De Kerviler E et al. The feasibility of percutaneous renal cryoablation under local anaesthesia

Cardiovasc Intervent Radiol DOI 10.1007/s00270-014-0995-x

**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 Nierengewebe 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 5-552 zu kodierenden 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 5-522 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 L19Z (bei Anwendung OPS 5-552.8 – Thermoablation) beläuft sich bei einer mittleren Verweildauer von 5 Tagen auf ca. € 3.900. Dabei beträgt der Anteil der Sachkosten (KstBereiche 5 und 6) 12,6%, d.h. zirka € 500.

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)