

## Änderungsvorschlag für den OPS 2020

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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 DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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 Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

### Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

### Erklärung zum Datenschutz

#### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

#### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie DGVS
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGVS
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Albert
Vorname *	Jörg
Straße *	Auerbachstraße 110
PLZ *	70376
Ort *	Stuttgart
E-Mail *	joerg.albert@rbk.de
Telefon *	0711/8101-3406

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

## 2. Ansprechpartner/-in (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 \*

### Erklärung zum Datenschutz \*

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Endoskopische Vollwandresektion am Magen/Duodenum

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

duodenal FTRD® Set, Fa. Ovesco  
gastric FTRD® Set, Fa. Ovesco

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung**

23.10.2018  
Zweckbestimmung:  
duodenal FTRD: Instrument für die flexible Endoskopie zur Vollwandentfernung und diagnostischen Gewebegewinnung durch Resektion geeigneter Läsionen im Duodenum.  
gastric FTRD: Instrument für die flexible Endoskopie zur Vollwandentfernung oder tiefen Teilwandentfernung und diagnostischen Gewebegewinnung durch Resektion geeigneter Läsionen im Magen.

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neuaufnahme von folgenden Codes:

5-449.v3 Andere Operationen am Magen: Endoskopische Vollwandresektion [EFTR]: Endoskopisch  
5-451.75 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Vollwandresektion [EFTR]

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Zur endoskopischen Vollwandresektion (EFTR – endoscopic full thickness resection) von neoplastischen Läsionen (z.B. breitbasige Adenome, Frühkarzinome, Nachresektion nach nicht im Gesunden erfolgter Polypektomie, endoskopischer Mukosaresektion (EMR) oder endoskopischer Submukosadisektion (ESD)) wurde ein neues Verfahren entwickelt. Es handelt sich hierbei um ein kombiniertes Clip-Elektroresektion-Verfahren zur Vollwandresektion und diagnostischen Gewebegewinnung mit unmittelbarem Verschluss der Resektionswunde durch einen Nitinol-Clip. Es basiert auf dem bekannten Over-the-scope Clip (OTSC) System und ermöglicht die Entfernung geeigneter Läsionen unter Einbeziehung aller Wandschichten des Magens, Dünn-/Dickdarms und Rektums, incl. der Serosa. Das Design des endoskopischen Vollwandresektionssystems stellt sicher, dass die Transsektion der Magen-/Darmwand erst erfolgt, nachdem sie an der Basis sicher verschlossen ist. Die Abdominalhöhle wird daher beim Eingriff nie eröffnet, so dass die Gefahr der komplizierenden postinterventionellen Peritonitis minimiert wird.

Bisher waren Vollwandresektionen am Magen, Dünn-/Dickdarm oder Rektum mit einem flexiblen Endoskop nur bedingt möglich, und das überhaupt erst nach Einführung des OTSC Systems. Mit Hilfe des neuen Verfahrens können solche Vollwandresektionen nun auch mit einem flexiblen Endoskop durchgeführt werden, ohne dass eine operative (offen-chirurgische oder laparoskopische) Maßnahme erforderlich wird. Gegenüber der endoskopischen Vollwandresektion lediglich unter Verwendung des OTSC Systems sind die technischen Anforderungen an den Endoskopiker bei der EFTR deutlich gesenkt; gleichzeitig sinkt das Komplikationsrisiko.

Das endoskopische Vollwandresektionssystem wird auf ein Endoskop aufgesetzt und besteht aus einer Applikationskappe mit darauf vorgeladenem, großlumigem, ringförmigem Clip und integrierter Schlinge, Faden, Fadenholer, Endoskopüberzug und Handrad. Der Clip besteht aus Nitinol, einer superelastischen Gedächtnislegierung aus Titan und Nickel, und ist gewebeeitig zahnförmig ausgebildet. Es wird empfohlen, das zu entfernende Gewebe zuvor zu markieren, beispielsweise mittels punktförmigen Koagulationen, die ringförmig um den entsprechenden Bereich gesetzt werden. Die Systembox enthält zusätzlich eine Markierungssonde und einen speziellen Gewebegreifer.

Die Applikationskappe wird auf die Endoskopspitze montiert, wobei die Schlinge außerhalb des Endoskops verläuft, geschützt durch einen Endoskopüberzug. Nach Einführen des Endoskops und Vorschieben bis in den betroffenen Magen-/Darmabschnitt wird das betroffene Gewebe mit Hilfe eines Greifinstrumentes in die Kappe gezogen. Durch Drehen des Handrads wird der Faden gespannt und damit der Clip ausgelöst. Dabei „beißt“ sich der Clip in die Basis des eingezogenen Gewebes und fixiert damit alle Magen-/Darmwandschichten incl. der Serosa, so dass danach mit der integrierten

Hochfrequenzschlinge (HF-Schlinge) das Gewebe oberhalb des Clips abgetrennt werden kann. Es resultiert ein Vollwandresektat mit glatten Resektionsrändern bzw. -flächen lateral bzw. basal, so dass eine uneingeschränkte Beurteilbarkeit des R-Status (Neoplasie-Freiheit der lateralen Resektionsränder und der basalen Resektionsfläche (Tiefenausdehnung der Neoplasie) gewährleistet ist.

Das neuartige endoskopische Vollwandresektionssystem bringt herausragende Vorteile mit sich:

- Transluminale und minimalinvasive Methode
- Sehr gute histologische Beurteilung des En-bloc-Resektats durch Resektion im Gesunden und geringe thermische Schäden
- Bei histologisch gesicherter R0-Resektion ist das Verfahren sogleich therapeutisch

Gegenanzeigen: Das Instrument darf nicht eingesetzt werden:

- in der nahen Umgebung einer Stenose
- bei Verwachsungen des Magens oder Dickdarms mit Nachbarorganen
- bei zu großer Neoplasie (Durchmesser > maximal 4 cm) mit dem Risiko, dass das zu resezierende Gewebe nicht in toto reseziert werden kann und daher die Resektion durch das erkrankte Gewebe verlaufen würde
- bei Patienten mit Ösophagusvarizen
- wenn flexible endoskopische Verfahren, insbesondere die Applikation von Clips oder ein chirurgischer Eingriff aufgrund von z.B. Antikoagulation, Immunsuppression oder die Wundheilung störenden Risikodispositionen des Patienten kontraindiziert sind.

Das komplette erforderliche Set eines endoskopischen Vollwandresektionssystems ist mit Materialkosten von ca. 1.166 EUR (inkl. MwSt.) verbunden. Hinzukommen die durch den Eingriff bedingten Personalkosten von ca. 400 EUR (geschätzte Eingriffszeit 2h mit 2 Ärzten und 2 Assistenzkräften).

Das in den 80er Jahren entwickelte Konzept der transanal Vollwandresektion von Läsionen im Rektosigmoid mittels starrer Endoskopie (Transanale endoskopische Mikrochirurgie - TEM) gilt als etabliert. Allerdings ist das Verfahren nur im Rektum und unteren Sigma einsetzbar und erfordert ein großes Operationsrektoskop. Der Eingriff erfolgt in Vollnarkose.

Smart CJ, Cunningham C, Bach SP. Transanal endoscopic microsurgery. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2014 Feb;28(1):143-157

Kanehira E, Tanida T, Kamei A, Nakagi M, Hideshima A. A single surgeon's experience with transanal endoscopic microsurgery over 20 years with 153 early cancer cases. Min Invas Ther Allied Technol. 2014 Jan;23(1):5-9

EMR (Endoskopische Mukosaresektion) und ESD (Endoskopische Submukosadisektion) sind etablierte Verfahren der endoskopischen Resektion größerer neoplastischer Läsionen im gesamten Bereich des Magens und Darms. EMR und ESD weisen jedoch Limitationen auf, die eine endoskopische Vollwandresektion (EFTR) als alternative bzw. weiterführende Verfahrensoption wünschenswert machen. Als Indikationen einer EFTR werden beispielsweise rekurrende Läsionen nach früherer Polypektomie, EMR oder ESD genannt, da hier Vernarbungen der Submukosa nach vorangegangener Intervention ein ausreichend sicheres Anheben der Neoplasie vor ihrer Abtragung erschweren und daher das Risiko einer erneut unvollständigen Entfernung oder einer Perforation erhöhen. Weitere Indikationen einer EFTR sind große breitbasige Polypen und die technisch schwierige ESD bei Frühkarzinom.

Fujihara S, Mori H, Kobara H et al. Current Innovations in Endoscopic Therapy for the Management of Colorectal Cancer: From Endoscopic Submucosal Dissection to Endoscopic Full-Thickness Resection. Biomed Res Int. 2014; 2014: 925058

Die EFTR im Magen, Kolon und Rektum bietet als endoluminales minimal invasives Verfahren mit Zugang durch eine natürliche Körperöffnung das Potential, die postinterventionelle Morbidität und Mortalität im Vergleich zur transabdominellen Operation zu vermindern, und verbessert gleichzeitig die diagnostische Aussagekraft im Vergleich zu derzeitigen endoskopischen Techniken wie Polypektomie, EMR oder ESD. Für den Eingriff wird keine Vollnarkose mit Intubation, Relaxation und maschineller Beatmung benötigt. Vielmehr ist die EFTR in intravenöser Sedierung möglich und reduziert hierdurch den Aufwand für anaesthesiologische Vorhaltungen. Von einer verringerten postinterventionellen Verweildauer nach EFTR im Vergleich zu transabdominellen operativen Verfahren ist auszugehen.

Brigic A, Symons NR, Faiz O, Fraser C, Clark SK, Kennedy RH. A systematic review regarding the feasibility and safety of endoscopic full thickness resection (EFTR) for colonic lesions. *Surg Endosc.* 2013 Oct;27(10):3520-9

Abe N, Takeuchi H, Ohki A, Hashimoto Y, Mori T, Sugiyama M. Comparison between endoscopic and laparoscopic removal of gastric submucosal tumor. *Dig Endosc.* 2018. Apr;30 Suppl 1:7-16. doi: 10.1111/den.13010. Review.

Cai MY, Martin Carreras-Presas F, Zhou PH. Endoscopic full-thickness resection for gastrointestinal submucosal tumors. *Dig Endosc.* 2018 Apr;30 Suppl 1:17-24. doi: 10.1111/den.13003. Review.

Schmidt A, Meier B, Cahyadi O, Caca K. Duodenal endoscopic full-thickness resection (with video). *Gastrointest Endosc.* 2015 Jun 12. pii: S0016-5107(15)02391-3. doi: 10.1016/j.gie.2015.04.031. [Epub ahead of print].

Bauder M, Schmidt A, Caca K. Endoscopic full-thickness resection of duodenal lesions-a retrospective analysis of 20 FTRD cases. *United European Gastroenterol J.* 2018 Aug;6(7):1015-1021."

Roberts JR, Koro K, Yeh MM, Saunders MD, Templeton AW. Endoscopic resection of gastric adenocarcinoma by use of a full-thickness resection device. *VideoGIE* 2018; 3 (8): 244-46

Das Verfahren der endoskopische Vollwandresektion (EFTR) kann in der klinischen Praxis als soweit etabliert angesehen werden, dass es eine Abbildung im OPS rechtfertigt.

Für die endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Dickdarm und Rektum existieren bereits spezifische OPS-Kodes:

5-452.65 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]

5-482.81 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Endoskopisch

Demgegenüber kann die endoskopische Vollwandresektion (EFTR) am Magen und Dünndarm derzeit lediglich mit dem unspezifischen x-Code in Kombination mit dem OPS-Code für die Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip (OTSC) kodiert werden:

Magen:

5-449.x3 Andere Operationen am Magen: Sonstige: Endoskopisch

5-449.s3 Andere Operationen am Magen: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch

Dünndarm:

5-451.7x Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Sonstige

5-469.s3 Andere Operationen am Darm: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch

Es wird daher die Etablierung von spezifischen OPS-Kodes für die EFTR am Magen und Dünndarm beantragt. Für diese Lokalisationen liegt mittlerweile eine CE-Zertifizierung vor, so dass die Voraussetzung für die Schaffung entsprechender OPS-Kodes erfüllt ist.



Die Überleitung sollte auf die entsprechenden OPS-Kodes für Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip erfolgen, da die EFTR derzeit hilfsweise mit diesen Kodes verschlüsselt wird:

5-449.s3 Andere Operationen am Magen: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch

5-469.s3 Andere Operationen am Darm: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch

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

Aufgrund der unter 7d und 7f aufgeführten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da das Verfahren im Magen und Dünndarm derzeit lediglich unspezifisch kodiert werden kann, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen die Materialkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse der behandelten Fälle ist momentan aufgrund der unspezifischen Kodierung nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher spezifischer OPS-Kodes.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

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

Das komplette, erforderliche Set eines endoskopischen Vollwandresektionssystems ist mit Materialkosten von ca. 1.166 Euro verbunden. Hinzukommen die durch den Eingriff bedingten Personalkosten. Die durchschnittliche Eingriffszeit kann je nach Zentrum und Befund mit etwa 2 Stunden angenommen werden. Für den Eingriff sind zwei Ärzte und zwei Assistenzkräfte erforderlich. Insofern entspricht dies ca. 400 Euro Personalkosten.

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

Für das Jahr 2018 wird die Fallzahl für die beschriebenen Verfahren auf etwa 150 geschätzt, für das Jahr 2019 auf etwa 500. Die künftige Steigerungsrate pro Jahr kann mit mindestens 50% angenommen



werden.

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

Wie unter 7d. beschrieben liegen die Kosten für die endoskopische Vollwandresektion bei ca. 1.566 Euro.

Die Materialkosten für eine ESD werden auf 800 Euro (Hook-Knife-Messer, Grasper, Clip Bergenetz etc.) geschätzt. Hinzukommen Personalkosten von 300 Euro (geschätzte Eingriffszeit 2h mit 1-2 Ärzten und 2 Assistenzkräften).

Die Materialkosten für eine EMR werden auf 270 Euro (Mukosektomieschlinge, Clip, Bergenetz etc.) geschätzt. Hinzukommen Personalkosten von 150 Euro (geschätzte Eingriffszeit 1h mit 1-2 Ärzten und 2 Assistenzkräften).

**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)