

## Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### 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:  
ops2021-kurzbezeichnungsinhalts.docx; kurzbezeichnungsinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte

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

### Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

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

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Bischoff
Vorname *	Helge
Straße *	Röntgenstr. 1
PLZ *	69126
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	helge.bischoff@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	+49 6221 396 1304

### 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.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

\* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	inspiring-health GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.inspiring-health.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Rathmayer
Vorname *	Markus
Straße *	Waldmeisterstr. 72
PLZ *	80935
Ort *	München
E-Mail *	info@inspiring-health.de
Telefon *	089 1890 8376-0

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

**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) \***

Bronchoskop. Ablation m. nicht-thermisch, gepulsten, elekt.Feldern b. chro.Bronchitis

**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:

Wir reichen den Vorschlag selbst als Fachgesellschaft ein:  
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

**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.)**

Name des Medizinproduktes: RheOx™ System (Katheter, Generator)  
Name des Herstellers: Gala Therapeutics

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

Notified Body: GMED, Paris, France, Number: 0459  
Certificate Number: 35782 rev. 0  
12. Juli 2019

## 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 eines Codes unter

5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus

mit der Bezeichnung:

5-320.7 Bronchoskopische Ablation des Bronchialepithels und der Mucosa mittels gepulster, elektrischer Felder

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Grundsätzlich kommt für die Kodierung der oben genannten Methode die OPS-Kodes des Bereichs - 5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus in Frage.

Keiner der derzeit verfügbaren Codes beschreibt die Methode jedoch hinreichend genau.

Hilfsweise kann derzeit der Code 5-320.x (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus: Sonstige) kodiert werden.

Dieser Code deckt jedoch ein breites Spektrum an Verfahren und Methoden ab.

#### Indikation

Die bronchoskopische Ablation des Bronchialepithels und der Mucosa mittels gepulster, elektrischer Felder kommt bei Patienten mit mittlerer bis schwerer chronischer Bronchitis mit oder ohne COPD (GOLD 1-3) zum Einsatz.

#### Methodenbeschreibung

Für die bronchoskopische Ablation mittels kurz-gepulster, elektrischer Felder von schleimproduzierenden Atemwegszellen (Epithel und submuköse Gewebeschichten) bei Patienten mit moderater oder schwerer chronischer Bronchitis mit oder ohne COPD (GOLD 1-3) (Valipour et al. 2019a; Gala Therapeutics 2019) kommt das RheOx™-System der Fa. Gala Therapeutics Inc., USA, zum Einsatz. Es besteht aus einem Generator und einem Ablationskatheter. Der Generator verfügt über Kontrollen zum Einleiten und Beenden der Behandlung, sowie über Anzeigen zur Überwachung der Behandlung. Dazu gehört ein handelsübliches Herzüberwachungsgerät, um eine zuverlässige Synchronisation der Energiezufuhr mit dem Herzzyklus des Patienten zu gewährleisten und das Risiko von Herzrhythmusstörungen zu reduzieren. Der Softwarealgorithmus des Generators verfolgt den Herzzyklus und liefert Energie nur während der nicht gefährdenden Zeit eines normalen Herzzyklus. Der Generator erzeugt hochfrequente, kurz gepulste elektrische Felder mithilfe einer spezifischen Wellenform, um nur die schleimproduzierenden Zellen in der Umgebung zu erfassen, die über den Katheter an die Atemwegswand abgegeben wird.

Der Ablationskatheter ist ein steriler Einwegkatheter mit einer einzigen monopolaren Elektrode an der distalen Spitze. Diese wird ähnlich einem Stent aufgeweitet und kontaktiert die Atemwegswand, um die Energie an die gewünschte Stelle zu bringen. Es können Atemwegsdurchmesser von 3 mm bis 18 mm behandelt werden. Die Dauer der Aktivierung liegt bei ungefähr 5 sec pro zu behandelnde Stelle. Die Anzahl der Aktivierungen hängt von der Anatomie des Patienten ab und liegt im Mittel bei 45 pro

Lungenseite.

Der Eingriff wird unter Vollnarkose mittels eines Bronchoskops durchgeführt (Valipour et al. 2019a). Nachdem der Katheter im Zielgebiet positioniert und die Elektrode die Atemwegswand zirkumferenziell berührt, wird der Generator aktiviert. Diese Sequenz wird wiederholt, bis alle zugänglichen Atemwegsschleimhäute behandelt sind. Zuerst wird der rechte Lungenflügel behandelt, einen Monat später der linke.

Der Wirkmechanismus des Systems funktioniert über die Aussendung hochfrequenter, kurzzeitiger, gepulster nicht-thermischer elektrischer Signale an das Atemwegepithel und die Schleimhaut. Diese gezielte Energiezufuhr soll den Zelltod durch osmotische Schwellungen und Apoptose mit anschließender Regeneration des normalisierten Epithels bewirken. Durch diese Rejuvenation wird die übermäßige Schleimbildung und Husten beseitigt, die Lebensqualität der Patienten verbessert und ein Fortschreiten der Krankheit verhindert.

Bisherige Behandlungsmethoden:

Die derzeitige Möglichkeit für die symptomatische Behandlung des Hustens ist laut Leitlinie (Kardos et al. 2019) sowohl in Hinblick auf die Evidenzlage als auch auf ihre Wirksamkeit bzw. auf die Nebenwirkungen sehr begrenzt. Die Atemphysiotherapie ist anwendbar bei chronischem produktivem aber ineffektivem Husten und bei trockenem Reizhusten. Die medikamentöse Therapie kann mit einem protussivem (Expektorantien) oder antitussivem (Prototyp: Kodein) Therapieanspruch verwendet werden. Für die COPD der Schweregrade GOLD I-III beschreibt die deutsche Leitlinie (Vogelmeier et al. 2017) als Behandlungsoptionen präventive Maßnahmen, medikamentöse Therapien und nicht medikamentöse Behandlungsoptionen wie Schulung, Physiotherapie, körperliches Training, Ernährungsberatung. In der Leitlinie von 2007 wird auch ein Stufenplan für die Schweregrade 1-3 vorgestellt (Vogelmeier et al. 2007).

Das RheOx™-Verfahren wurde bisher in 3 klinischen Studien untersucht, CS001/CS002 (N=30, abgeschlossen), CS003, CS004

Erste Ergebnisse der RheOx™ Machbarkeitsstudien (CS001/002/002/004) wurden auf den Kongressen der European Respiratory Society (ERS) 2018 und der American Thoracic Society (ATS) 2019 vorgestellt und wurden auf dem Kongress der ERS 2019 präsentiert.

Die vollständigen 6-Monats-Ergebnisse der RheOx™ Multi-Center-Studie (CS001/CS002) werden von Valipour im Folgenden beschrieben:

30 Patienten mit symptomatischer chronischer Bronchitis wurden rekrutiert und mit einer bilateralen irreversiblen Elektroporation mittels RheOx™ behandelt. 63% der Patienten waren männlich mit einem Durchschnittsalter von  $67,6 \pm 7,4$  Jahren, einer Rauchhistorie von  $40,7 \pm 26,5$  Packungsjahren, Post-BD prognostiziert  $FEV1 65 \pm 21\%$ ,  $SGRQ 59,6 \pm 15,3$  und  $CAT 25,6 \pm 7,1$ . Zu Studienbeginn waren die Patienten symptomatisch, obwohl sie eine richtungweisende pharmakologische Behandlung für COPD erhielten, wobei 70% (21) der Patienten eine LABA- und/oder LAMA-Behandlung erhielten, 43% (13) Patienten wurde eine inhalative Therapie mit Kortikosteroiden verschrieben und 10% erhielten oral Roflumilast. RheOX™ konnte bei 100% der Patienten erfolgreich angewandt werden mit durchschnittlich 43,5 Aktivierungen pro Lunge. Es gab keine schwerwiegenden Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Gerät; 2 Patienten (6,7%) hatten eine schwerwiegende Nebenwirkung im Zusammenhang mit dem Verfahren (eine Lungenentzündung und eine Schleimhautnarbenbildung durch Kryobiopsie). Bei 3 Patienten traten 4 COPD-Exazerbationen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderten (hiervon 1 während der 30-tägigen Erholungsphase nach der Behandlung), auf. Es ergaben sich keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Lungenfunktion. Die Histologie zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung der Becherzellhyperplasie ( $p < 0,001$ ). Signifikante Verbesserungen der Lebensqualität wurden durch Verbesserungen der SGRQ- und CAT-Werte nach 6 Monaten,  $-14,6 + 19,4$  ( $p < 0,001$ ) bzw.  $-7,9 + 8,3$  ( $p < 0,0001$ ), nachgewiesen.

Diese Studie zeigt die Machbarkeit, Sicherheit und Wirksamkeit der Ablation mittels kurz-gepulster, elektrischer Felder bei symptomatischen chronischen Bronchitis-Patienten mit oder ohne COPD.

Die 12-Monatsergebnisse der FIH-Studie sind verfügbar. Diese konnten die 6-Monatsergebnisse bestätigen (A. Valipour, S. Fernandez-Bussy, D. Steinfurt, A. Ing, G. Snell 2020) (Valipour et al. 2019b) (Kim et al. 2019) (Fernandez-Bussy et al. 2019) (Criner et al. 2020).

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

Der Vorschlag ist relevant für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme, da in der E02D, in die die Methode fällt, die Sachkosten der Methode nicht gedeckt und die Fälle sind somit untervergütet sind.

E02D - Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff.

Sobald die neue Methode spezifisch kodiert werden kann, ergibt sich auch die Möglichkeit der Kostenanalyse durch das InEK und ggf. Split der DRGs oder Einführung eines ZE.

### 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)**

#### Literaturverzeichnis

A. Valipour, S. Fernandez-Bussy, D. Steinfert, A. Ing, G. Snell (2020): Bronchial Rheoplasty Treatment For Chronic Bronchitis Using The Rheox System: 12-month Results Of A Prospective, Multi-center Study. ATS 2020 accepted abstract.

Criner, Gerard J.; Eberhardt, Ralf; Fernandez-Bussy, Sebastian; Gompelmann, Daniela; Maldonado, Fabien; Patel, Neal et al. (2020): Interventional Bronchoscopy: State-of-the-Art Review. In: American journal of respiratory and critical care medicine.

Fernandez-Bussy, S.; VanderLaan, P.; Ing, A.; Williamson, J. P.; Saghaie, T.; Steinfert, D. et al. (2019): (FIH) A7043 - Histopathologic Results Post Bronchial Rheoplasty. Session D94 - COPD: EPIDEMIOLOGY AND THERAPY. Hg. v. American Thoracic Society. ATS International Conference. Online verfügbar unter <https://www.thoracic.org/>, zuletzt aktualisiert am 22.05.2019, zuletzt geprüft am 29.05.2019.

Gala Therapeutics, Inc. (2019): Clinical Evaluation Report, RheOx with the RheOx Catheter, G3.5.

Kardos, P.; Dinh, Q. T.; Fuchs, K-H; Gillissen, A.; Klimek, L.; Koehler, M. et al. (2019): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 73 (3), S. 143–180. DOI: 10.1055/a-0808-7409.

Kim, Victor; Krinsky, William; Brett Bannan; Machuca, Michelle; Vos, Wim; Backer, Jan De et al. (2019): Bronchial Rheoplasty Increases Distal Airway Volume in Chronic Bronchitis. In: European Respiratory Journal 54 (PA2040). DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA2040.

Valipour, A.; Ing, A.; Williamson, J. P.; Saghaie, T.; Irving, L.; Steinfert, D. et al. (2019a): (FIH) A7037 - First-in-Human Results of Bronchial Rheoplasty: An Endobronchial Treatment for Chronic Bronchitis (CB). Session D94 - COPD: EPIDEMIOLOGY AND THERAPY. Hg. v. American Thoracic Society. ATS International Conference. Online verfügbar unter <https://www.thoracic.org/>, zuletzt aktualisiert am 22.05.2019, zuletzt geprüft am 29.05.2019.

Valipour, Arschang; Ing, Alvin; Williamson, Jonathan; Saghaie, Tajalli; Steinfert, Daniel; Irving, Lou et al. (2019b): Late Breaking Abstract - Bronchial Rheoplasty For Treatment of Chronic Bronchitis: 6 Month Results from a Prospective Multi-Center Study. In: European Respiratory Journal 54 (RCT448). DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.RCT448.

Vogelmeier, C.; Buhl, R.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D. et al. (2007): Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 61 (5), S. e1-40. DOI: 10.1055/s-2007-959200.

Vogelmeier, Claus F.; Criner, Gerard J.; Martinez, Fernando J.; Anzueto, Antonio; Barnes, Peter J.; Bourbeau, Jean et al. (2017): Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. In: American journal of respiratory and critical care medicine 195 (5), S. 557–582. DOI: 10.1164/rccm.201701-0218PP.

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

Personalkosten:

Die Kosten der Durchführung sind vergleichbar mit denen anderer Interventionen in den betroffenen

DRGs und somit über die DRG-Vergütung abgebildet.

Sachkosten:

Die Sachkosten sind dem Kostenmodul 8.6b (teures Verbrauchsmaterial in der Endoskopie) zuzuordnen.

Sie setzen sich wie folgt zusammen:

- RheOx Katheter (1 pro Prozedur)
- Katheter Kabel (1 pro Prozedur)
- ECG Electroden (1 Set pro Prozedur)
- Dispersive Electrodes (1 pro Prozedur)

Die Kosten liegen bei ca. € 3.100 zzgl. MwSt. (med. Bedarf: 19%) = € 3.689

Die mittleren Kosten der E02D betragen € 2.635,40 (InEK Reportbrowser 2018-2020). Die Kosten der Kostenstellengruppe 4 (OP) und 2 (Intensivstation) von zusammen €170,59 können gestrichen werden. In der Kostenstellengruppe 8 werden die Verbrauchskosten (Kostenartengruppe 6b) um die Sachkosten der Methode von € 3.689 erhöht. Die Kosten für das notwendige Bronchoskop sind nicht unter den obigen Sachkosten aufgeführt und durch die bestehenden Kosten in 8.6a+6b abgedeckt.

Insgesamt ergeben sich Fallkosten von € 6.153,81 und damit Mehrkosten für die Methode von € 3.518,41 €.

Die Standardabweichung der DRG E02D beträgt 1.113,67 € (InEK Reportbrowser 2018-2020). Somit betragen die Mehrkosten der Methode 316% der StdAbw. der DRG E02D.

Bzgl. der Schiefele ist festzustellen, dass die E02D in 534 Krankenhäusern erbracht wird.

Der unspezifische OPS 5-320.x wurde lediglich bei 191 Fällen in 61 Krankenhäuser kodiert.

(Quelle: Destatis 2018)

Damit sind die Mehrkosten erheblich, eine Schiefele nachgewiesen und damit ein eigener OPS-Kode begründet.

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

Die von den Leitlinien genannten Verfahren sind konservative Behandlungsmethoden und daher nicht vergleichbar, da teilweise durch Investitionskosten abgedeckt und damit nicht im DRG System abgebildet.

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

Die geschätzte Fallzahl im Krankenhaus für 2020 liegt bei 100 Fällen. Im Folgejahr geschätzt bei 500.

**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, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)