

Änderungsvorschlag für den OPS 2022

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 Formulare Daten 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:
ops2022-kurzbezeichnungsinhalts.docx; *kurzbezeichnungsinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – 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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM 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 BfArM 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 und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: 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 *	BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BVMed
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Olaf
Vorname *	Winkler
Straße *	Reinhardtstrasse 29b
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	winkler@bvmed.de
Telefon *	030 246 255-26

Einräumung der Nutzungsrechte

- * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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 BfArM 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 *	pfm medical ag
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.pfmmedical.com
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Kerstin
Vorname *	Mende
Straße *	Wankelstrasse 60
PLZ *	50996
Ort *	Köln
E-Mail *	kerstin.mende@pfmmedical.com
Telefon *	02236 9641150

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 BfArM 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) *

Mobiles MRT zur intraoperativen Schnittrandbewertung von Tumorresektat

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 BfArM 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:

Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWOgyn)

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.)

Diagnosegerät: ClearSight™ und Gewebebehälter: ClearPack™
Clear-Cut Medical Ltd.,
10 Plaut St., Rehovot Science Park
7670609 Israel

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

Letzte CE- Zertifizierung: 14.02.2019
Das ClearSight™-System ist für den Einsatz bei Patienten indiziert, die sich einer Exzision von Brustgewebe unterziehen. Beim ClearSight™-System handelt es sich um ein begleitendes In-vitro-Diagnostikum zur Untersuchung von Probenrändern des exzidierten Brustgewebes.

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Implementierung eines neuen OPS Codes und Aufnahme eines neuen Hinweistextes

Bisher im OPS Katalog:

5-98 Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen
(...)

Neu im OPS Katalog:

Neuer OPS Code ans Ende des Kapitels:

5-98 Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen
(...)

5-98k Anwendung einer Magnetresonanztomographie zur intraoperativen Schnittrandbewertung von Tumorresektat

Bisherige Hinweis Texte

5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
Inkl.: Nach Markierung und Farbgalaktographie

Hinw.:

Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)

Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes

Eine tumoradaptierte Reduktionsplastik ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe

Die Art der Defektkorrektur ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Bei Kombination verschiedener Verfahren ist nur das jeweils aufwendigste Verfahren anzugeben:

0 ↔ Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation

1 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

2 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)

3 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie

4 ↔ Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe

5 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik

6 ↔ Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik

7 ↔ Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss

x ↔ Sonstige

Neue Hinweis Texte

5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

Inkl.: Nach Markierung und Farbgalaktographie

Hinw.:

Die Anwendung einer Magnetresonanztomographie zur intraoperativen Schnittrandbewertung von Tumorresektat ist gesondert zu kodieren (5-98k)

Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)

Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes

Eine tumoradaptierte Reduktionsplastik ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe

Die Art der Defektkorrektur ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Bei Kombination verschiedener Verfahren ist nur das jeweils aufwendigste Verfahren anzugeben:

0 ↔ Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation

1 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

2 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)

3 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie

4 ↔ Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe

5 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik

6 ↔ Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik

7 ↔ Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss

x ↔ Sonstige

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Weltweit ist das Mammakarzinom mit 22,9% die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Bevölkerung. Der Anteil an der dadurch bedingten Mortalität beträgt 13,7% [1]. Seit den 1970er Jahren wurde die verstümmelnde Mastektomie zunehmend durch die entradikalisierende brusterhaltende Therapie (BET), z.B. Segmentresektion, abgelöst. Mittlerweile können etwa 70% der Brustkrebspatientinnen, in manchen Zentren bis zu 80%, einer brusterhaltenden Operation erfolgreich zugeführt werden. In Verbindung mit einer adjuvanten Radiotherapie besteht im Vergleich zur Mastektomie dabei kein signifikanter Unterschied im Gesamtüberleben [2-4]. Trotz der Vorteile der BET durch Erhalt des weiblichen Körperbildes, weniger Langzeitkomplikationen und Schmerzen hat die BET im Vergleich mit der Mastektomie ein höheres Lokalrezidivrisiko [5,6], wobei positive oder fokal invasive Resektionsränder die wichtigste Einflussgröße für die Entwicklung eines Lokalrezidivs darstellen [7]. Bei Vorliegen positiver Resektionsränder werden die Patienten einer weiteren Operation und damit einer Re-Exzision unterzogen oder, wenn das initiale oder sekundäre Erreichen negativer und damit freier Resektionsränder nicht erreicht werden kann, einer primären oder sekundären Mastektomie. In der Literatur werden Re-Exzisionsraten nach BET von 21 bis 50% angegeben [8]. In einer neueren Arbeit von Jeehan et al. werden Re-Exzisionsraten von 29,5% für eine Mischpopulation aus invasivem und In-situ-Karzinom und 18% für das rein invasive Mammakarzinom angegeben (9). Darüber hinaus kann eine Re-Exzision zu einem erhöhten Infektionsrisiko mit konsekutivem Postponieren einer adjuvanten Therapie, einem schlechteren kosmetischen Ergebnis, zu Angstzuständen und schließlich zu erhöhten Behandlungskosten führen. Daher ist das erklärte Ziel eines jeden Brustchirurgen, negative („freie“) Resektionsränder zu erzielen. Negative Resektionsränder sind aus den genannten Gründen für die adjuvante BET von entscheidender Bedeutung. In den letzten Jahren wurde das Gebiet der intraoperativen Resektionsrandmessung intensiv beforscht. Zahlreiche Methoden und Technologien wurden entwickelt, um den Brustchirurgen

im OP zu unterstützen. Manche von Ihnen, wie Schnellschnittdiagnostik, Imprintzytologie, Ultraschall und Radiofrequenzspektroskopie, sind bereits in der klinischen Routine etabliert, andere, wie Nahinfrarot Bildgebung, Röntgendiffraktion, Hochfrequenz-Ultraschall und Mikro-CT sind noch experimentell [10].

Eine weitere Technik ist die diffusionsgewichtete Magnetresonanztomographie (MRT). Diese Technik wird bereits in der Neuroradiologie erfolgreich in der täglichen Routine eingesetzt. Das System mit dem Namen ClearSight™ (Clear-Cut Medical Ltd., Rehovot, Israel) besteht aus einem mobilen Magnetresonanztomographie-System, welches im OP zur intraoperativen Evaluation des entfernten Brustgewebes eingesetzt werden kann, um direkt vor Ort den Resektionsrand per MRT evaluieren und bei positivem Resektionsrand eine Re-Exzision vornehmen zu können. Das ClearSight™ System wendet die diffusionsgewichtete Bildgebung an, um parametrische Karten der jeweiligen Resektionsränder zu erstellen, die die räumliche Verteilung der Diffusionseigenschaften der Gewebe an den Rändern des exzidierten Gewebes widerspiegeln. Damit kann, aufgrund der unterschiedlichen Eigenschaften des Gewebes, das gesunde vom erkrankten Gewebe und damit ein positiver von einem negativen Resektionsrand unterschieden werden. Das exzidierte Gewebe wird dabei zur Evaluation des Resektionsrandes in eine spezielle Glasbox gelegt (ClearPack)™, und dann in das MRT eingebracht. Nun kann der unten gelegene Resektionsrand gescannt werden. Das Ergebnis kann auf dem am Gerät angebrachten TouchScreen angesehen und gespeichert werden. Nach Entfernen der Box wird das Exzidat gedreht, um den nächsten Resektionsrand zu scannen. Bisherige Studien zeigen eine Sensitivität von ClearSight™ im Vergleich zum pathologischen Resultat von 86% (95% CI: 64-97%) und eine Spezifität von 80% (95% CI: 75%-85%) für das invasive Mammakarzinom und eine Senkung der Re-Exzisionsrate um 80%. Damit hat diese Technik das Potenzial in der täglichen Praxis die Re-Operationsrate und ihre assoziierten Komplikationen deutlich zu reduzieren. [11].

Referenzen:

1. World Cancer Report, International Agency for Research on Cancer. 2008.
2. EORTC Breast Cancer Cooperative Group, EORTC Radiotherapy Group, Bijker N, et al. Breast-conserving treatment with or without radiotherapy in ductal carcinoma-in-situ: ten-year results of European Organisation for Research and Treatment of Cancer randomized phase III trial 10853 e a study by the EORTC Breast Cancer Cooperative Group and EORTC Radiotherapy Group. *J Clin Oncol* 2006;24:3381e7.
3. Holmberg L, Garmo H, Granstrand B, Ringberg A, Arnesson LG, Sandelin K, et al. Absolute risk reductions for local recurrence after postoperative radiotherapy after sector resection for ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol* 2008;26:1247e52.
4. Wapnir IL, Dignam JJ, Fisher B, Mamounas EP, Anderson SJ, Julian TB, et al. Long-term outcomes of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP B-17 and B-24 randomized clinical trials for DCIS. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:478e88.
5. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1233e41.
6. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227e32.
7. Halyard MY, Wasif N, Harris EE, Arthur DW, Bailey L, Bellon JR, et al. ACR Appropriateness Criteria local-regional recurrence (LR) and salvage surgery: breast cancer. *Am J Clin Oncol* 2012;35:178e82.
8. McLaughlin SA et al., Influence of Frozen-Section Analysis of Sentinel Lymph Node and Lumpectomy Margin Status on Reoperation Rates in Patients Undergoing Breast-Conservation Therapy *J Am Coll Surg*. 2008;206(1):76-82.
9. R Jeevan, D A Cromwell, M Trivella, G Lawrence, O Kearins, J Pereira, C Sheppard, C M Caddy, J H P van der Meulen. Reoperation rates after breast conserving surgery for breast cancer among women in England: retrospective study of hospital episode statistics *BMJ*. 2012; 345: e4505.
10. Thill M, Baumann K, Barinoff J (2014) Intraoperative assessment of margins in breast conservative surgery--still in use? *J Surg Oncol* 110(1):15-20



11. Thill M, Kelling K, van Haasteren V, Traub L, Nölke J, Szwarcfiter I, Shapiro M, Schon A, Aulmann S. Successful intraoperative margin assessment in DCIS and invasive breast cancer with diffusion-weighted MRI using the ClearSight™ system [abstract]. In: Proceedings of the 2018 San Antonio Breast Cancer Symposium; 2018 Dec 4-8; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; Cancer Res 2019;79(4 Suppl):Abstract nr P2-14-23. Data on File, Clear Cut Medical, Rehovot, Israel

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

Da es sich bei der Magnetresonanztomographie für die intraoperative Schnittrandbewertung um ein neues Verfahren handelt, ist es derzeit nicht möglich dieses Verfahren mit einem eignen OPS Code zu verschlüsseln. Dies führt dazu, dass das Verfahren derzeit nicht im DRG System erfasst wird und somit nicht abrechenbar ist. Dadurch entsteht für erbringende Häuser eine budgetäre Schieflage, dies könnte möglicherweise dazu führen, Patienten diese Behandlung vorzuenthalten und somit eine erneute Operation notwendig wird (siehe Problembeschreibung).

Um die Mehrkosten für das InEK erkennbar zu machen, ist eine Neuaufnahme des entsprechenden OPS Kodes erforderlich. Nur so kann künftig eine bessere Erfassung und eine adäquate DRG-Zuordnung geschaffen werden.

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

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

Literatur siehe Problembeschreibung

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Der Einkaufspreis des ClearPack™ liegt bei ca. EUR 500,- netto. Dazu kommen noch die Kosten für den Eingriff.

Die Patientinnen mit einer brusterhaltenden Therapie werden in die DRG's J23Z (Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung) oder und die J25Z (Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC) liegen – exklusive ClearPack™ – bei ca. EUR 3.332,34,- (J25Z) und bei ca. EUR 5.357,95,-(J23Z)



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

Es gibt aktuell kein vergleichbares Verfahren, die Mehrkosten belaufen sich auf EUR 500,- für den ClearPack™ Gewebebehälter.

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

100.296 Fälle in 2019

Die Fallzahlen der Prozeduren wurde anhand strukturierte Qualitätsberichte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser für das Jahr 2019 ermittelt.

h. 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.)

nicht relevant

8. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Es gibt aktuell keine Codes die das Verfahren abbilden kann. Es kann nur die Operation bei der das Verfahren zum Einsatz kommt mit den folgenden OPS Codes verschlüsselt werden:

5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

Nach Markierung und Farbgalaktographie

Hinw.: Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)

Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes

Eine tumoradaptierte Reduktionsplastik ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe

Die Art der Defektkorrektur ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Bei Kombination verschiedener Verfahren ist nur das jeweils aufwendigste Verfahren anzugeben:

0 ↔ Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation

1 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

2 ↔ Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)

3 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie

4 ↔ Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe

5 ↔ Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik

6 ↔ Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik

7 ↔ Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss

x ↔ Sonstige

5-870.2** Duktektomie

[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1]



• 5-870.6** Lokale Destruktion
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1]
5-870.7 Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)
Inkl.: Steuerung durch bildgebende Verfahren
Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist gesondert zu kodieren (Kap. 3)
o5-870.70 ↔ Ohne Clip-Markierung der Biopsieregion
o5-870.71 ↔ Mit Clip-Markierung der Biopsieregion
5-870.9** Lokale Exzision
[Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1]
Inkl.: Exzisionsbiopsie, Konusexzision, Tumorektomie
5-870.a** Partielle Resektion
[Subklassifikation]
Inkl.: Segmentresektion, Lumpektomie, Quadrantenresektion
5-870.x ↔ Sonstige
5-870.yN.n.bez.
5-872 (Modifizierte radikale) Mastektomie
Hinw.: Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40)
Eine Rekonstruktion ist gesondert zu kodieren (5-885 ff., 5-886 ff.)
5-872.0 ↔ Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie
5-872.1 ↔ Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5-872.x ↔ Sonstige
5-872.yN.n.bez.

9. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)