

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-komplexkodefruehreha.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 *	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGHO
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgho.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr
Name *	Haag
Vorname *	Cornelie
Straße *	Fetscherstr. 74
PLZ *	01307
Ort *	Dresden
E-Mail *	Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de
Telefon *	0351-4584594

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 *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

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) *

Änderung der Chemotherapieskodes

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:

Gesellschaft für pädiatrische Hämatologie und Onkologie (GPHO) in die BEarbeitung des Antrags eingebunden, die Diskussion um die BEispiellisten sind noch nicht abgeschlossen, wie auch in den internen Diskussionen der AG OPS im letzten Jahr

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.)

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

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)

Änderung und Vereinfachung der Chemotherapiecodes. Fortsetzung des Antrags für OPS-2021, Vorschlag von 2020 angepaßt

Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie

Inkl.: Therapie mit Immunmodulatoren oder modifizierten monoklonalen Antikörpern

Hinw.: Hinweise zu den Codes 8-542 ff., 8-543 ff. und 8-544 ff: die Chemotherapie wird entsprechend der protokollgemäßen Dauer der während des stationären Aufenthaltes zu applizierenden subkutanen oder intravenösen Chemotherapie kodiert. Maßgeblich zur Bemessung der zu kodierenden Dauer der Chemotherapie sind die im Chemotherapieprotokoll gemachten Tagesvorgaben. Individuell notwendig werdende Verzögerungen bleiben unberücksichtigt. Es zählen nur die Tage, an denen eine Chemotherapie subkutan oder intravenös appliziert wird. Pausen von maximal einem Tag Dauer werden mitgezählt, wenn sie regelhaft zum jeweiligen Chemotherapieprotokoll gehören. Pausen ab zwei Tagen führen dazu, dass ein neuer Code angegeben werden muss. Bei Dauerinfusionen zählt jeder Tag, der erste und letzte Tag werden zusammen als 1 Tag gezählt.

Folgende Substanzen können gezählt werden:

- Alkylierende Substanzen
- Antimetaboliten
- pflanzliche Alkaloide (mit Ausnahme von anderen homöopathischen und anthroposophischen Mitteln und anderen pflanzlichen Mitteln)
- Zytotoxische Antibiotika und verwandte Substanzen
- Platin-haltige Verbindungen
- Methylhydrazine
- Amsacrin, Asparaginase und Derivate wie Pegaspargase, Pemtostatin, Topotecan, Irinotecan, Arsenitrioxid, Denileukindiftitox, Bortezomib, Vorinostat, Romidepsin, Eribulin, Aflibercept, Carfilzomib, Belinostat, Talimogen laherparepvec, neue antineoplastische Substanzen mit unterjähriger Zulassung, die bisher noch nicht berücksichtigt werden konnten, mit Ausnahme von zellulären Therapien und unter Berücksichtigung der genannten Inklusiva und Exklusiva

Jede Substanz der o.a. Liste wird einzeln gezählt, auch wenn mehrere Substanzen in einem Medikament als Kombination enthalten sind. Gezählt werden die verwendeten Substanzen und nicht die Einzelapplikationen

Fest an die Gabe von Substanzen gekoppelte Supportivmedikamente (z. B. Uromitexan nach Cyclophosphamid/Ifosfamid; Folinsäure nach Methotrexat), wirkungsverstärkende Substanzen (z. B. Leukovorin) Wachstumsfaktoren, Immunglobuline und Antikörper werden nicht als zusätzliche Substanzen gezählt

Jeder stationäre Aufenthalt und jeder Block sind einzeln zu kodieren

Zytostatika, Inhibitoren, Antikörper und Supportivmedikamente mit einem eigenen OPS-Code in Kapitel 6 Medikamente werden zusätzlich zu einem Code aus 8-54 mit einem Code aus 6-00 kodiert (Beispiele: Clofarabin, parenteral (6-003.j ff.), Filgrastim, parenteral (6-002.1 ff.), Rituximab (6-001.h ff. bzw. 6-001.j ff.) alleine oder z.B. bei R-DHAP)

8-542 Nicht komplexe Chemotherapie

Exkl.: Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)

Einnahme oraler Zytostatika

Gabe von Steroiden

Gabe von Antikörpern (8-547 ff.)

Hinw.: Diese Codes sind zu verwenden bei subkutaner oder intravenöser Chemotherapie mit 1-2 Substanzen (Zytostatika, Inhibitoren) als Eintages-Chemotherapie

8-542.1 1 Tag



.11 1 Substanz
.12 2 Substanzen
8-543 Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
Exkl.: Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)
Einnahme oraler Zytostatika
Gabe von Steroiden
Gabe von Antikörpern (8-547 ff.)
Hinw.: Es werden Substanzen (Zytostatika, Inhibitoren) an mindestens zwei Tagen oder mindestens 3 Substanzen als Eintages-Chemotherapie subkutan oder intravenös verabfolgt, oder es erfolgt eine komplexe und intensive Chemotherapie mit aufwendiger, messungsabhängiger Therapiesteuerung
8-543.1 1 Tag

.13 3 Substanzen
.14 4 Substanzen
.15 5 Substanzen
.16 6 Substanzen
.17 7 oder mehr Substanzen
8-543.2 2 Tage
.21 1 Substanz
.22 2 Substanzen
.23 3 Substanzen
.24 4 Substanzen
.25 5 Substanzen
.26 6 Substanzen
.27 7 oder mehr Substanzen
8-543.3 3 Tage
.31 1 Substanz
.32 2 Substanzen
.33 3 Substanzen
.34 4 Substanzen
.35 5 Substanzen
.36 6 Substanzen
.37 7 oder mehr Substanzen
8-543.4 4 Tage
.41 1 Substanz
.42 2 Substanzen
.43 3 Substanzen
.44 4 Substanzen
.45 5 Substanzen
.46 6 Substanzen
.47 7 oder mehr Substanzen
8-543.5 5 Tage
.51 1 Substanz
8-543.6 6 Tage
.61 1 Substanz
8-543.7 7 Tage

.71 1 Substanz

8-543.8 8 Tage

.81 1 Substanz

8-543.9 9 oder mehr Tage

.91 1 Substanz

8-544 Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

Exkl.: Intrathekale Zytostatikainjektion (8-541.0)

Einnahme oraler Zytostatika

Gabe von Steroiden

Gabe von Antikörpern (8-547 ff.)

Therapieblöcke mit 5-FU-Dauerinfusion, Decitabin, Azacitidin und niedrig dosiertem ARA-C (8-543 ff.)

Hinw.:Es werden mindestens 2 Substanzen (Zytostatika, Inhibitoren) innerhalb eines Therapieblocks von mindestens 5 Tagen Dauer subkutan oder intravenös verabfolgt oder eines der folgenden Protokolle angewendet:

Beispiele bei Kindern und Jugendlichen:

- Blöcke HR-1, HR-2, HR-3, F1, F2, R1, R2; Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 bei ALL
- Blöcke SIA (F1 oder F2) oder SIB (Phase 1); SCA1 oder SCB1 (Phase 2), SCA2 oder SCB2 (Phase 3); SCA3-SCA7; SCB3 Part 1 oder 2, SCB4 Part 1 oder 2; Blöcke F1, F2, R1, R2; Protokoll II-Ida, Phase 1 oder 2; Clo/Cyc/Eto bei ALL-Rezidiven
- Blöcke HAM, AIE, ADxE (Induktion), AI, AI/2-CDA (Konsolidierungstherapie), HD-Ara-C/ETO (HAE), FLAG, FLAG-L-DNR, Ida-FLAG, ARAC/L-DNR bei AML
- Kurs a, A4, A24, AA, AA24, AAZ1, AAZ2, AM, b, B4, B24, BB, BB24, BBZ1, BBZ2, BM, CC, Protokolle I, II oder III: Phase 1 oder 2 (a oder b) bei NHL
- A1, A2, A3, B1, B2, B3, AV2, AV3, BV1, BV2, BV3, AM1, AM2, AM3, BM1, BM2, BM3, AMV2, AMV3, BMV1, BMV2, BMV3, CC, ICM und ICI bei NHL

Hochdosis-Methotrexat, mindestens 1,5 g/m² plus drei Tage Leucovorin-Rescue, auch ohne 2. Substanz

Beispiele bei Erwachsenen:

- Induktionstherapie I oder II, Konsolidationstherapie I, Konsolidationstherapie II in high-risk oder very-high-risk ALL, Reinduktionstherapie I oder II bei ALL
- Block A, B oder C bei B-ALL, aggressiven Lymphomen und ZNS-Lymphomen bei Patienten unter dem vollendeten 60. Lebensjahr ("Bonner Protokoll"), BEAM, DEXA-BEAM bei NHL
- CLAEg, Ida-FLAG oder Mito-FLAG bei AML oder ALL
- AML-Induktion (A-EC, AIE, DA, LipDA, DA+Dasatinib, DAV, DNR, EC, HAM, IA, IAA, ICE, IC mit/ohne Clofarabin, IDAC, I-MAC, IVA, IVA+ATRA, IVA+Valproinsäure, IVA+Valproinsäure+ATRA, MAV, MAMAC, Mini-ICE, MTC)
- AML-Konsolidation (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/Daunorubicin, MICE, NOVE)
- Hochdosis-Cytarabin, mindestens 1g/m² als Einzeldosis und mindestens 6 g/m² kumulativ, auch ohne 2. Substanz
- Hochdosis-Methotrexat, mindestens 1,5 g/m² plus drei Tage Leucovorin-Rescue, auch ohne 2. Substanz

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Mit der Einteilung in die drei OPS-Schlüsseln 8-542.-, 8-543.-- und 8-544.- wird versucht den unterschiedlichen Aufwand der Chemotherapie abzubilden. In gewisser Weise ist das auch gelungen, einige der OPS-Kodes sind DRG-Trenner geworden.

Insgesamt ist die jetzige Kodierung an ihre Grenzen gestoßen, auch die Aufteilung von 8-542.—und 8-543.—in Tage und Anzahl der Medikamente hat nur in wenigen Fällen einen Einfluss auf die DRG-Abbildung erreicht.

Zudem gibt es in den Erläuterungen Widersprüche und die Beispiellisten enthalten auch Chemotherapieschemata, die nach Anzahl der Tage und Medikamente falsch zugeordnet sind.

Zudem gibt es nun auch Medikamente, die in einer fixen Kombination 2 Zytostatika enthalten. Hier ist unklar, ob das nun als 1 Medikament (Definition bei 8-542.—und 8-543.--) oder als 2 Zytostatika (Definition 8-544.-) zu zählen ist. Zudem sind die heutigen Therapien bei bösartigen Erkrankungen teilweise keine klassischen Zytostatika mehr, da sie nicht generell in die DNA der Tumorzellen eingreifen, sondern gezielt eine Mutation in der DNA der Tumorzellen angreifen. Beispiel Tyrosinkinaseinhibitoren, Bortezomib usw.. Tyrosinkinase-Inhibitoren sind zwar häufig orale Medikamenten, andere wie Bortezomib aber sind parenteral zu verabreichen. Daher sollte als Terminus Substanzen gewählt werden und nicht mehr Zytostatika oder Medikamente.

Die Frage, was den Aufwand einer Chemotherapie ausmacht ist von der medizinischen Seite her nicht einfach zu beantworten. Die Anzahl der zuzubereitenden Medikamente und deren Applikation und an wie vielen Tagen dies erfolgt spielt sicher eine zentrale Rolle. Allerdings sind bei Chemotherapien z.B. der Leukämien, die meist bisher auch als hochkomplex mit den Ziffern aus 8-544.- kodiert werden, auch die unmittelbaren Folgen (behandlungsbedürftige Nebenwirkung auf den Verdauungstrakt wie schwere Übelkeit, Mukositis, und vor allem Neutropenie und Thrombozytopenie) zu beachten. Dies gilt auch für die Konditionierungsschemata vor Stammzelltransplantation. Auch werden diese Patienten in der Regel nicht nach Ende der Chemotherapie entlassen wie bei anderen Erkrankungen, sondern sind noch weiterhin stationär bis zur Überwindung der Neutropenie und anderen Nebenwirkungen der Therapie.

Die Beispiellisten bei den 3 Kodes sind veraltet. Es sind dort viele Schemata, die nicht mehr durchgeführt werden oder nur sehr selten als Alternative. Allerdings ist der Versuch, diese Beispiellisten zu bereinigen mehrmals gescheitert, da teilweise die dort verwendeten Abkürzungen bzw. Namen keinem unserer AG-Mitglieder bekannt waren.

Lösung:

Festlegung von eindeutigen Trennern zwischen den 3 Kodes. Wegfall des Kodes 8-544.1, der durch die Kodierung von 2x 8-544.0 ersetzt werden kann.

Konsequent wird der Ausdruck subcutan und intravenös gebraucht und nicht mehr ein Wechsel zwischen parenteral (in den allg. Hinweisen bei 8-54) und subkutan und intravenös oder nur intravenös

Die Kodes werden so definiert, dass 8.542 nur die einfachen Eintagestherapien (die möglicherweise nur noch selten stationär durchgeführt werden) abbildet.

Eine komplexe Eintagestherapie mit mehr als 2 Substanzen oder Mehrtagestherapien werden mit dem Kode 8-543.- kodiert, hier unterteilt dann nach Tagen und Substanzen.

Die hochkomplexen Therapien, die auf Grund ihrer hochpotenten Wirkung in der Regel einen stationären Aufenthalt über die Tage der Applikation hinaus bedeuten, werden dann mit 8-544 kodiert. Diese werden definiert als Blockchemotherapien mit mindestens 5 Tagen und 2 Substanzen oder bestimmten Therapien bei Lymphomen und Leukämien, die an Hand einer kleineren Beispielliste aufgeführt werden.

Die Beispiellisten bei 8-542.- und 8-543.- werden gestrichen. Eine Aktualisierung dieser Listen (die sich in der Praxis als nicht möglich erwiesen hat) ist nicht mehr erforderlich, wenn durch die Definitionen bei den Kodes feste Kriterien vorgegeben werden.

Mit dem Begriff Substanz ist auch das Problem gelöst, wie nun ein Medikament, das 2 Zytostatika enthält verschlüsselt werden soll. Es kommt nicht mehr auf die Anzahl der Medikamente / Zytostatika an, sondern auf deren beabsichtigte Wirkung und die in Kauf genommenen teils schweren unerwünschten Wirkungen (Induktion, Konditionierung vor Stammzelltherapie). mit konkreter



Aufzählung der Substanzgruppen wird klargestellt welche Substanzen für diese Chemotherapiecodes zählen

Die bei 8-544 in den Beispiellisten aufgeführten Protokolle werden einer weiteren Sichtung unterzogen. Bei der Vielzahl von Protokollen ist möglicherweise noch keine Vollständigkeit gegeben.

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

Der Kode 8-544.0 ist bei einigen Tumoren und innerhalb der MDC 17 in mehreren DRG ein Trenner innerhalb einer Basis-DRG. Daher wurde das Inklusivum des bisherigen Kodes 8-544.-beibehalten neben den Induktionstherapien und Konditionierungstherapien.

Der Wegfall der Kodes 8-543.11 und 8-543.12 sollte keine Auswirkungen haben. Bei der Prüfung der Verwendung dieser Kodes in den entscheidenden DRG (R60, R63, A42, E71) kommen diese Kodes sehr selten vor bzw. auch der Ersatzkode aus 8-542.- ist in den Prozedurenlisten der Definitionshandbüchern des aDRG-Systems 2020 jeweils vorhanden. Nur in R63 könnte bei 5 Fällen von 1352 Fällen (Zahlen aus Browser 2020) der betreffenden DRGs der nun gestrichene Kode eine Rolle spielen. Da aber annehmbar dieser Kode falsch angewandt wird, sollte dies kein Hinderungsgrund sein, den Kode 8-543.12 zu streichen. Er hätte laut den bisherigen Vorgaben auch nicht angewandt werden sollen, da die Bedingungen im OPS bisher lauten 2-4 tägige Blockchemotherapie und somit der Kode (1 Tag, 2 Medikament) diese Bedingungen nicht erfüllt. Auch im DRG-System 2021 gibt es hier keine wesentlichen Änderungen

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)

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *



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

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

viele, nicht abzuschätzen. Fast alle Fälle der MDC 17 und viele Fälle der DRG der bösartigen Erkrankungen im medizinischen Bereich.

- 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.)

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)

nicht zutreffend

9. **Sonstiges**

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