

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Bundesverband Medizintechnologie
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) *
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardstr. 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * 030/24625526

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * PULSION Medical Systems AG
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation * www.pulsion.com
Anrede (inkl. Titel) * Dr.
Name * Scheier
Vorname * Jörg
Straße * Stahlgruberring 28
PLZ * 81829
Ort * München
E-Mail * scheier@pulsion.com
Telefon * 089/459914456

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

BVmed

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Leberfunktionstest mittels Messung der Plasmaverschwinderate von Indocyaningrün (ICG)

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die Beurteilung der aktuellen Leberfunktion stellt ein wichtiges Element in der Behandlung von Intensivpatienten und in der Leberchirurgie dar. Wünschenswert ist hier ein bettseitig verfügbares, rasch reagierendes, aussagekräftiges und minimal invasives Messverfahren. Für diesen Zweck steht seit einigen Jahren ein entsprechendes System bereit (LiMON™), das auf der Messung der Plasmaverschwinderate (PDR) des ausschliesslich über die Leber ausgeschiedenen Farbstoffes Indocyaningrün (ICG) basiert. Bei dieser Technologie wird nach Injektion von Indocyaningrün in einen peripheren oder zentralen venösen Zugang die Plasmaverschwinderate von ICG nicht-invasiv pulsdensitometrisch über einen Fingerclip bestimmt und nach wenigen Minuten auf einem bettseitigen Monitor angezeigt. Geeignete Einsatzbereiche des Systems sind Intensiv- und Wachstationen sowie Operationsbereiche.

Die ICG Plasmaverschwinderate (PDR-ICG) erlaubt eine für die klinische Einschätzung sehr bedeutsame Erfassung der am Blutfluss teilnehmenden intakten Leberzellmasse bzw. der funktionellen Leberzellreserve, die eine gute Einschätzung der Leberleistung und ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit (z.B. durch Kreislaufoptimierung oder adjunktive Therapieverfahren) erlaubt.

Die Messung der PDR-ICG kann neben der Diagnostik auch zur Verlaufskontrolle der Leberfunktion eingesetzt werden, so dass i.d.R. eine repetitive Messung der PDR-ICG sinnvoll ist.

Vorschlag zur Schlüsselnummer:

1-762 Leberfunktionstest mittels Bestimmung der Plasmaverschwinderate von Indocyaningrün

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Zur Beurteilung der aktuellen Organfunktion beim Leberversagen infolge akuter oder chronischer Lebererkrankungen, Leberausfall im Rahmen eines Multiorgandysfunktionssyndroms oder leberchirurgischer Eingriffe wird eine Vielzahl unterschiedlicher Testverfahren herangezogen, deren prognostische Wertigkeit kontrovers diskutiert wird. Traditionelle statische Tests, wie die Aktivitätsbestimmung leberspezifischer Enzyme oder Gerinnungsfaktoren sowie die Quantifizierung von Bilirubin oder Albumin, stehen hierbei dynamischen Tests gegenüber, die die Leberfunktion anhand deren Clearanceleistung, ihrer Fähigkeit zur Bildung von Metaboliten, der Syntheseleistung oder der Quantifizierung der Eliminationskapazität beurteilen.

Herkömmliche dynamische Testverfahren der Leberfunktion (z.B. MEGX- oder (14)-Aminopyrintest) erfordern die Gabe (z.B. radioaktiv) markierter Tracer oder Substrate und sind aufgrund des hohen logistischen Aufwands oder der erforderlichen speziellen Laborverfahren in der klinischen Routine schwer oder gar nicht verfügbar (Bauer M et al., Curr Opin Anaesthesiol 2005; 18: 111-116). Hier hat sich in den letzten Jahren durch die bettseitige Verfügbarkeit die Erfassung der Plasmaverschwinderate von Indocyaningrün (PDR-ICG) als aussagekräftiges Verfahren etabliert.

Dieser einfach zu erhebende Parameter ist in seiner Aussagekraft hinsichtlich der Leberfunktion den traditionellen statischen Leberfunktionsparametern überlegen. Präoperativ vor Leberresektionen eingesetzt, erlaubt die Methode eine valide Klassifizierung der Patienten hinsichtlich der funktionellen Hepatozytenreserve und damit der Resektabilität. Sie liefert einen der zuverlässigsten prognostischen Marker für ein postoperatives Leberversagen (Nonami T et al., Hepatogastroenterology 1999; 46: 1669-1672) und hat sich mittlerweile soweit etabliert, dass sie z.B. in Gebieten mit hoher Inzidenz resektabler Neoplasien der Leber (asia-pazifischer Raum) Teil des Standardalgorithmus zur Prognoseabschätzung und damit Indikationsparameter ist (Imamura H et al., J Hepatobiliary Pancreat Surg 2005; 12: 16-22). Besonders hervorzuheben ist auch die Rolle der ICG-PDR zur Beurteilung der Transplantatfunktion im Rahmen von Lebertransplantationen (Wesslau C et al., Transplantation 1994; 5: 7-9). In der Intensivmedizin erlangt die ICG-PDR besondere Bedeutung durch ihre hohe prognostische Aussagekraft hinsichtlich der Mortalität von Intensivpatienten (Sakka S et al., Chest 2002; 122: 1715-1720), wodurch eine schnelle Risikostratifizierung und Einleitung adäquater Therapiemaßnahmen wirkungsvoll unterstützt wird.

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

Es handelt sich um ein einfaches Verfahren zur schnellen Erkennung und prognostischen Einschätzung von Störungen der Leberfunktion und -perfusion. Neben dem Einsatz in der Leberchirurgie zur Einschätzung der funktionellen Reserve der Leber und Beurteilung der Transplantatfunktion ist aufgrund der hohen prognostischen Aussagekraft eine schnelle und valide Risikostratifizierung von Intensivpatienten möglich.

Zeitgewinn und Aussagekraft sprechen für die Anwendung des Verfahrens gegenüber der herkömmlichen laborchemischen Bestimmung von Leberfunktionsparametern, so dass über eine Kodiermöglichkeit des Verfahrens eine adäquate Erstattung im Rahmen des DRG Systems sichergestellt werden sollte.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Es fallen ca. 75.- Euro Verbrauchsmaterial (Indocyaningrün) je Einzelmessung an. Der Kostenanteil des Gerätes beträgt ca. 40.- Euro (Annahmen: Listenpreis 12000.-, Nutzungsdauer 5 Jahre, 60 Einzelmessungen je Gerät und Jahr). An Prozesskosten sind etwa 30 Minuten Arbeitszeit zu veranschlagen (Vorbereitung der Injektion bis Abschluss der Messung).

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

Leberresektion / -transplantation und intensivmedizinische Anwendung:
gesamt ca 18000 Einzelmessungen/Jahr

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

Derzeit ist kein in technischer und medizinischer Hinsicht vergleichbares Verfahren verfügbar, so dass kein Kostenvergleich vorgenommen werden kann.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

derzeit nicht relevant

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Zitierte Literatur:

Bauer M, Winning J, Kortgen A.
Liver Failure
Curr Opin Anaest 2005; 18:111-6

Sakka SG, Reinhart K, Meier-Hellmann A.
Prognostic value of the indocyanine green plasma disappearance rate in critically ill patients
Chest 2002; 122(5):1715-20

Wesslau C, Krüger R, May G.
Clinical investigations using indocyanine green clearance for evaluation of liver function in organ donors
Transplantology 1994; 5(1):7-9

Imamura H, Sano K, Sugawara Y, Kokudo N, Makuuchi M.
Assessment of hepatic reserve for indication of hepatic resection: decision tree incorporating indocyanine green test
J Hepatobiliary Pancreat Surg 2005; 12: 16-22

Nonami T, Nakao A, Kurokawa T, Inagaki H, Matsushita Y, Sakamoto J, Takagi H.
Blood loss and ICG clearance as best prognostic markers of post-hepatectomy liver failure
Hepatogastroenterology 1999; 46: 1669-72

Der Vorschlag wird unterstützt von:

Prof. Dr. Michael Bauer
Stellvertretender Direktor
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101

07747 Jena

PD Dr. Samir Sakka
Leiter der operativen Intensivstation
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin
Lehrstuhl II, Universität Witten/Herdecke
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Klinikum Köln Merheim
Ostmerheimer Str. 200
51109 Köln