

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für **2007** ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Pneumologie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft:
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft: Dt. Gesellschaft für Pneumologie
<input type="checkbox"/> Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

Mit der Aerosolmorphometrie ist bei unklarer Diffusionsstörung oder Verdacht auf Lungenemphysem eine nicht-invasive Bestimmung der Dimensionen intrapulmonaler Strukturen (effektive Atemwegsdimensionen, EAD) als Funktion der Lungentiefe möglich. Diese weist eine enge Korrelation mit histopathologischen Analysen peripherer Lungenstrukturen auf. Das Prinzip der Untersuchungsmethode basiert auf der Messung der durch Sedimentation in der Lunge bedingten Abnahme der Teilchenkonzentration eines monodispersen Aerosols während verschieden langer Atempausen. Damit steht eine Methode zur Erweiterung der konventionellen Lungenfunktionsdiagnostik zur Verfügung, die es erlaubt eine pathologische Erweiterung von Lungenparenchymstrukturen zu erfassen, die mit den bisher zur Verfügung stehenden Lungenfunktionsmethoden nicht direkt zugänglich sind. Da die Messungen lediglich in Ruheatmung durchgeführt werden, ist das Verfahren für die Patienten schonend und nicht strahlenbelastend wie eine Computertomographie des Thorax.

Indikationen:

Patienten mit unklarer Dyspnoe

Patienten mit unklarer Diffusionseinschränkung

Patienten mit obstruktiver Ventilationsstörung und Verdacht auf ein Lungenemphysem

Literatur:

Kohlhäufel M, Brand P, Meyer T, Scheuch G, Weber N, Schulz H, Häußinger K, Heyder J. Diagnosis of emphysema in patients with chronic bronchitis - a new approach. Eur. Respir. J. 12 (1998) 793-798.

Kohlhäufel M, Brand P, Rock C, Radons Th, Scheuch G, Meyer T, Schulz H, Pfeifer KJ, Häußinger K, Heyder J. Noninvasive diagnosis of emphysema. Aerosolmorphometry and aerosol bolus dispersion in comparison to HRCT. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 160 (1999) 913-918.

Kohlhäufel M, Brand P, Scheuch G, Meyer T, Schulz H, Häußinger K, Heyder J. Aerosol morphometry and aerosol bolus dispersion in patients with CT-determined combined pulmonary emphysema and lung fibrosis. J. Aerosol Med. 13 (2000) 117-124.

Kohlhäufel M, Brand P, Häußinger K, Scheuch G, Schulz H, Heyder J.

Pneumologische Diagnostik mit Modellaerosolen- 1. Teil: Intrapulmonale Morphometrie. Pneumologie 51 (1997) 40-46.

Lehnigk B, Schleiß M, Jörres R, Magnussen H et al.

Die nichtinvasive Bestimmung der Dimensionen peripherer Lungenstrukturen mittels Aerosolmorphometrie: Kenntnisstand und Perspektiven

Pneumologie 55 (2001) 279-288

Brand P, Letzel S, Buchta M et al.

Can aerosol-derived airway morphometry detect early asymptomatic lung emphysema.

J Aerosol Med 16 (2003) 143-151

Kohlhäufel M, Brand P, Häußinger K

Neue Methoden in der Diagnostik chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen.

Atemw-Lungenkrkh 31 (2005) 352-362

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Aerosolmorphometrie zugeordnet dem Bereich 1-71*

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Es handelt sich um ein Verfahren, dass zukünftig eine wichtige Rolle bei den Lungenfunktionstests erhalten wird. Gerade als weniger belastendes Verfahren (aus Sicht der Patienten) wird es andere bislang übliche Verfahren ersetzen.

Die konventionelle Lungenfunktionsdiagnostik ermöglicht keine direkte Bewertung des Durchmessers der Atemwege und weist deutliche Defizite in der Erkennung von Strukturveränderungen in der Lungenperipherie auf, die Ausgangspunkt schwerer und irreversibler Lungenerkrankungen darstellen können.

Mit der Aerosolmorphometrie steht ein lungenfunktionsanalytische Verfahren zur Verfügung, das in vivo, nicht invasiv und rasch periphere Lungenstrukturveränderungen und deren funktionelle Auswirkungen auf den konvektiven Gastransport mit hoher Sensitivität und Spezifität beim Lungenemphysem erfasst. Damit sind sowohl eine für therapeutische Interventionstudien erforderliche verbesserte Charakterisierung von Patienten mit COPD mit Verlaufskontrollen ohne Strahlenbelastung als auch ein Einsatz dieser Methoden für Untersuchungen in der Umweltmedizin und Arbeitsmedizin möglich.

Bei Patienten mit Lungenemphysem konnten mit der Aerosolmorphometrie ausnahmslos signifikant erweiterte periphere Lungenstrukturen im Vergleich zu Lungengesunden gemessen werden.

In bezug auf Sensitivität und Spezifität war die Aerosolmorphometrie in der Emphysemdiagnostik allen konventionellen Lungenfunktionsparametern überlegen und lag im Bereich der Referenzmethode HRCT. Auf Grund der Bedeutung sollte auch über den OPS eine Abbildung möglich sein.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:Denkbar wäre ein Zusatzentgelt. Aus ökonomischer Sicht sollte deshalb das Verfahren abbildbar sein.

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Aktuell nur wenige Kliniken, zukünftig für Pneumologische Kliniken bzw. Fachabteilungen von Bedeutung. Fallzahlen noch nicht abschätzbar.

Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Es entstehen Kosten für Betrieb und Wartung, Material, sowie den direkten

Personalaufwand (Untersuchung, Auswertung).

Das Verfahren geht derzeit in mehreren Lungenfachkliniken vom Studienbetrieb in den Echtbetrieb.

Eine genaue Kostenabschätzung ist zeitlich nicht möglich gewesen.

Einen Kostenvoranschlag seitens der Industrie lag nicht mehr zur fristgerechten Einreichung vor.

Derzeitige Schätzungen liegen zwischen 400,- und 600,- €.

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

