

Änderungsvorschlag für den OPS 2012

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 e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardtstraße 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler@bvmed.de
Telefon * 030 - 246 255-26

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Critical Care Competence GmbH (in Gründung)
Offizielles Kürzel der Organisation * CCC GmbH i.G.
Internetadresse der Organisation * im Aufbau, www.cccompetence.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Steiner
Vorname * Christian
Straße * Truchthari Anger 11
PLZ * 81829
Ort * München
E-Mail * christian_steiner@me.com
Telefon * +49-172-323 5094

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

Absprache Sepsisgesellschaft, Prof. Dr. med. Michael Bauer, Universität Jena und CSCC (Center for Sepsis Control & Care)
BVMed, Olaf Winkler, Head of Department Health System

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) *

Monitoring von Herz u. zentralem Kreislauf, nichtinvasiv, Fluss- und Volumenparameter

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)

Der jetzige OPS-Katalog berücksichtigt bei der Diagnostischen Untersuchung an Herz und Kreislauf bisher nur die kathetergestützten Verfahren (1-27). Bei der elektrophysiologischen Untersuchung werden dagegen sowohl kathetergestützte (1-265) sowie nicht kathetersgestützte (1-266) Verfahren.

Nicht kathetergestützte (nichtinvasive) Diagnostik der zentralen Herz-/Kreislaufsituation zur akuten Optimierung der Herz-/kreislauf-Performance und der damit verbundenen Sauerstoffversorgung der Gewebe hat eine stark zunehmende Bedeutung und könnte neben den kathetergestützten Verfahren (1-27x) mit einem Code 1-28x verschlüsselt werden.

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

Die frühe zielgerichtete Therapie zur Optimierung der Herzkreislaufsituation hat eine herausragende Bedeutung in vielen akuten Krankheitszuständen, wie z.B. SIRS/Sepsis, Herzversagen/Kardiogenem Schock, Unfall- und Trauma Patienten, bei operativen Eingriffen mit erhöhtem Patienten- oder Eingriffsrisiko. Dies ist in den verschiedenen deutschen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen auch festgeschrieben. Am Beispiel der Sepsis soll die Bedeutung beschrieben werden:

Eine Säule der frühen zielgerichteten Therapie von SIRS/Sepsis ist die haemodynamische Optimierung, festgeschrieben in allen Leitlinien der Sepsisbehandlung. Für die Überwachung sollen Endparameter benutzt werden, die den Blutfluss (Herzzeitvolumen) beschreiben und nicht Druckparameter (Mittlerer Arterieller Druck, Zentralvenöser Druck) genutzt werden, da diese nicht geeignet sind.

Bisherige Technologien waren entweder hochinvasiv (pulmonalarterieller Katheter und Katheter für transpulmonale Thermodilution), bedurften des Aufenthalts auf der Intensivstation oder sind bei Sepsispatienten ungeeignet (HZV-Trend-Abschätzung aus radialarterieller Druckkurve).

Die Nutzung eines nichtinvasiven auf der Bioreactance beruhenden Verfahrens (Flussparameter des zentralen Kreislaufsystems), lässt eine frühe (in den ersten '6 golden hours') Applikation und Anwendung durch Ärzte und ausgebildetes Pflegepersonal auch ausserhalb der Intensivstation zu.

Dies ermöglicht eine adäquate zielgerichtete Volumentherapie innerhalb der frühen Phase nach Diagnosestellung auch außerhalb einer Intensivstation durchzuführen und so wertvolle Zeit zu sparen. Hierdurch kann sehr wahrscheinlich auch das Fortschreiten des Krankheitsgeschehens in Richtung Septischer Schock aufgehalten werden und so eine teure Intensivbehandlung vermieden werden.

Dies ist so auch auf die anderen o.g. Patientengruppen zu übertragen, da die Grundvoraussetzung der Vermeidung von Organ- und Kreislaufversagen immer die adäquate Sauerstoffversorgung der Gewebe ist, die nur über ein funktionierendes Herz-/Kreislaufsystem gesichert werden kann.

Wichtig ist die zentrale Messung der Parameter, wie bei der Bioreactance, um auch eine Aussage über das zentrale System zu bekommen. Peripher erhobene Größen haben den Nachteil, dass zusätzliche pathophysiologische Phänomene (wie Zentralisierung) die Messungen stören.

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

Bisherige im Entgeltsystem berücksichtigte entsprechende Verfahren werden aufgrund ihrer Invasivität erst eingesetzt, wenn z.B. das Stadium des Septischen Schocks erreicht ist. Hierdurch wird wertvolle Zeit verloren und das Entgeltsystem durch die Folgekomplikationen des fortgeschrittenen Stadiums überproportional in Anspruch genommen.

Die frühe Optimierung der Haemodynamik orientiert sich an den Leitlinien und damit an der medizinischen Evidenz. Hierdurch kann u.U. die Fortentwicklung zum schwersten Sepsis-Stadium - Septischer Schock - vermieden werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

ca. 100-150 EUR pro Patient,

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

SIRS/Sepsis: ca. 150.000 Patienten in Deutschland pro Jahr

Herzversagen/Kardiogener Schock: über 30.000 Patienten

Schwere Verbrennungen: über 10.000 Patienten

Traumapatienten: über 30.000 Patienten

Chirurgische Risikoeingriffe oder Eingriffe bei Risikopatienten: über 200.000 Patienten

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

200-400 EUR bei invasiven Verfahren (1-273), Notwendigkeit der Versorgung auf Intensivstation (ca. 1.500EUR pro Tag)

- 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.)

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

Der Vorschlag wird unterstützt durch:

Prof. Dr. med. Michael Bauer
Center for Sepsis Control and Care (CSCC)
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Telefon: + 49 (0) 3641 9 32 33 76
Fax: + 49 (0) 3641 9 32 33 82
email: michael.bauer@med.uni-jena.de

Leitlinien:

Sepsis: S-2k Leitlinien der Deutschen Sepsisgesellschaft
Kardiogener Schock: S3 Leitlinie infarktbedingter Kardiogener Schock
Kardiochirurgie: S3 Leitlinien Kardiochirurgie

Studien (Auswahl):

Squara P, Denjean D, Estagnasie P, et al., Noninvasive Cardiac Output Monitoring (NICOM): a Clinical Validation, *Intensive Care Med.* 2007 Jul;33(7):1191-4
Rosenblum H, Helmke S, Williams P et al., Peak cardiac power measured noninvasively with a bioimpedance technique is a predictor of adverse outcomes in patients with advanced heart failure, *Congest Heart Fail.* 2010 Nov;16(6):254-8
Monti G, Pizzilli G, Cecconi M, et al., Bioreactance versus PICCOTD/PC in critically ill Septic Shock Patients, 30th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine Brussels, Belgium. 9-12 March 2010
Hicks CW, Benoit J, Kolattukudy S, et al., Bioreactance predictors of hospitalization in patients with suspected sepsis., *Society of Academic Emergency Medicine*, 2009
Benoit J, Hicks C, Kolattukudy S, et al, Hemodynamic Changes As A Diagnostic Tool for Acute Heart Failure, *Academic Emergency Medicine* 2009;16(s1):S11
Hicks CW, Benoit J, Kolattukudy S, et al., Hemodynamic Changes in Patients with Sepsis, *Society of Academic Emergency Medicine*, 2009
Engineer R.S., Benoit B, Hicks CW, et al., A Composite Index of Hemodynamic Changes Differentiates Acute Decompensated Heart Failure from other causes of Dyspnea, *Regional West Society of Academic Emergency Medicine*, March 2010