

Änderungsvorschlag für den OPS 2024

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:
ops2024-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2024-komplexelektroreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2023** 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.bfarm.de – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – 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 auf unseren Internetseiten.



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 Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie DGVS |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | www.dgvs.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. |
| Name * | Albert |
| Vorname * | Jörg |
| Straße * | Kriegsbergstr. 60 |
| PLZ * | 70174 |
| Ort * | Stuttgart |
| E-Mail * | jo.albert@klinikum-stuttgart.de |
| Telefon * | 0711/278-35444 |

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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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) *

Intravasale endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendruck

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:

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird*

- Nein
- Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

EchoTip® Insight™ der Firma Cook Medical

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

Das EchoTip® Insight™- System (Identifikationsnummer: ECHO-PPG-I) besteht aus drei Komponenten der Risikoklasse IIa:

EchoTip® Insight™ Ultraschallnadel für die Endoskopie (25-Gage-EUS-Nadel) (Identifikationsnummer: ECHO-PPG-25-I); CE-Kennzeichen: G1 033038 0037 Rev. 00 (MDD), Datum: 04.03.2020



Verbindungsschlauch (Identifikationsnummer: CT9.5-90-FM-I); CE-Kennzeichen: G1 033038 0037 Rev. 00 (MDD), Datum: 04.03.2020

Compass® CT-Transducer (Identifikationsnummer: CCT001); CE-Kennzeichen: CE 644967 (MDD), Datum: 22.10.2019

Verwendungszweck laut Gebrauchsanweisung:

EchoTip Insight Nadel: Dieses Instrument dient zum Zugang zu venösen Gefäßen im Pfortadersystem und in den Abflusswegen der Leber durch den Arbeitskanal eines Ultraschallendoskops mit dem Ziel, eine direkte Messung des Drucks zu ermöglichen.

Verbindungsschlauch: Der Schlauch dient zum Transfer von Flüssigkeiten zwischen den Komponenten des EchoTip Insight.

6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird *

Nein

Ja

a. Name des Arzneimittels und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

7. 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)

Schaffung eines neuen OPS-Kodes

1-32 Untersuchungen der Leber

1-320 Untersuchungen der Leber: intravasale endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks

Hinw.: Hepatic Venous Pressure Gradient (HVPG)-Messung

alternative Kodebenennung:

1-320 Untersuchungen der Leber: transgastrale oder transduodenale Punktion der Lebergefäße zur Druckmessung

Hinw.: Hepatic Venous Pressure Gradient (HVPG)-Messung

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Eine portale Hypertension liegt meist bei Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose vor. Dabei ist der Druck in der Pfortader erhöht, was u.a. zu Ösophagus-/Magenfundusvarizen, Aszites und Splenomegalie führen kann. Diagnostisch ist in diesem Zusammenhang der Hepatic Venous Pressure Gradient (HVPG) ein guter Marker für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Kollateralen des portalvenösen Systems und insbesondere von Ösophagusvarizen mit den daraus resultierenden Blutungskomplikationen.

Zahlreiche Studien belegen mittlerweile den Wert des portalvenösen Druckgradienten für die Risikoabschätzung in Bezug auf die Blutungswahrscheinlichkeit von Fundus- und Ösophagusvarizen und auf das Überleben [1]. Er erfasst damit auch das wesentliche Therapieziel der standardgemäßen Therapie solcher Patienten mit nicht-selektiven Betablockern in der primären und sekundären Blutungsprophylaxe.

Das Therapieziel für die primäre Blutungsprophylaxe wird auf Basis der Studienlage dann als erreicht angesehen, wenn der Druckgradient unter 12mmHg liegt oder eine Senkung des Gradienten von mehr als 20% erreicht wurde [2, 3]. Andere klinische Möglichkeiten einer Bestätigung der therapeutischen Wirkung sind nicht bekannt. Diese Art der Therapiekontrolle erscheint umso bedeutsamer, da 1/3 bis 2/3 der Patienten nicht auf die Standardtherapie mit nicht-selektiven Betablockern (NSBB) ansprechen [4]. Durch die Messung unter Therapie können somit Patientenkollektive differenziert werden, für die andere, invasivere Methoden der Blutungsprophylaxe indiziert sind. Darüber hinaus kann die HVPG-Messung bei Patienten mit akuter Ösophagusvarizenblutung in der Sekundärprophylaxe solche Patienten identifizieren, die ein hohes kurzfristiges Rezidivblutungsrisiko aufweisen und deshalb von der Anlage eines transjugulären porto-systemischen Stent-Shunts (TIPS) profitieren [5].

Eine weitere Indikation für die HVPG-Messung liegt in der Beurteilung des perioperativen Risikos vor Resektion eines hepatozellulären Karzinoms. Während früher klinische Anzeichen eines portalen Hypertonus als Kontraindikation für eine Resektion angesehen wurden, hat sich mittlerweile herausgestellt, dass der prädiktive Wert der HVPG-Messung wesentlich höher ist und eine genauere Risikostratifikation erlaubt [6].

Bisher wurde der HVPG indirekt über den Lebervenenverschlussdruck gemessen. Bei diesem Verfahren wird der Druckgradient zwischen freiem und gewedgtem (verschlossenem) hepatovenösen Druck ermittelt. Hierfür wird ein an der Spitze ballonbestückter Messkatheter nach Zugang über die Vena jugularis interna oder transfemoral unter Durchleuchtung in die rechte Lebervene vorgeschoben. Anschließend wird der native Lebervenenendruck bestimmt. Danach wird der Ballon aufgeblasen, bis eine Abdichtung gegenüber der Venenwand resultiert (Wedge-Position). Hierdurch entsteht eine Wassersäule, die über das Katheterlumen die Bestimmung des jenseits der Sinusoide gelegenen Druckes erlaubt (portalvenöser Druck). Die Differenz aus beiden Messgrößen (Lebervenenendruck und portalvenöser Druck) entspricht dem portalvenösen Druckgradienten.

Für dieses Verfahren wurde 2016 ein spezifischer OPS-Code etabliert:

1-279.b Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Messung des Lebervenenverschlussdruckes

Alternativ zu diesem Verfahren steht seit Kurzem eine neue minimalinvasive Methode zur Verfügung: die direkte endosonographisch-gesteuerte Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks.

Die neue Methode ermöglicht die direkte minimalinvasive Messung von Pfortader- und Lebervenenendruck über einen transgastralen bzw. transduodenalen Zugang. Per Endosonographie wird vorweg der Zugang zu den gewünschten Gefäßen (Pfortader- und Lebervene) sichergestellt.



Anschließend wird eine Punktionsnadel (25-Gage) durch den Arbeitskanal eines Endosonographie-Geräts vorgeschoben und das Leberparenchym unter endosonographischer Kontrolle transgastral bzw. transduodenal punktiert. Über das Leberparenchym wird schließlich eines der beiden anvisierten Gefäße (V. hepatica oder V. portae) punktiert. Im folgenden Schritt werden über den Verbindungsschlauch 0,5 ml Kochsalzlösung injiziert. Die Position der Nadelspitze wird so lange (mindestens 60 Sekunden) beibehalten, bis sich der Druckmesswert stabilisiert hat. Das Druckmessgerät (Transducer) zeigt das Messergebnis an. Die Messung wird drei Mal wiederholt. Danach wird das andere anvisierte Gefäß punktiert und der Druck dort in gleicher Weise bestimmt. Um den portosystemischen Druckgradienten (HVPG = Hepatic Venous Pressure Gradient) zu berechnen, wird der gemessene durchschnittliche Lebervenenendruck vom gemessenen durchschnittlichen Pfortaderdruck subtrahiert.

Es konnte gezeigt werden, dass diese Technik der HVPG-Messung eine sehr gute Korrelation mit der standardmäßigen transjugulären Methode in niedrigen, mittleren und hohen Druckbereichen aufweist [7]. Zwei laufende Studien untersuchen den technischen Erfolg der direkten endosonographisch-gesteuerten Leber- und Pfortaderdruckmessung [8] sowie die Korrelation zwischen Lebervenenverschlussdruck-Messung und direkter endosonographisch-gesteuerter Messung von Pfortader- und Lebervenenendruck [9].

Im Moment steht kein OPS zur Verfügung, mit dem das Verfahren der direkten endosonographisch-gesteuerten Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks kodiert werden kann. Um diesem Sachverhalt Abhilfe zu schaffen, wird die Etablierung eines spezifischen OPS-Kodes beantragt.

Die Verortung des zu etablierenden OPS-Kodes ist nicht selbstredend.

Es handelt sich eindeutig um eine diagnostische Maßnahme. Insofern ist eine Einordnung im Kapitel 1 unstrittig.

Inhaltlich würde der neue Kode am besten zum bereits bestehenden Kode 1-279.b „Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Messung des Lebervenenverschlussdruckes“ passen. Der Viersteller lautet allerdings 1-279 „Andere diagnostische KATHETERUNTERSUCHUNG an Herz und Gefäßen“. Da es sich bei der besagten Methode aber um keine Katheteruntersuchung handelt, scheidet diese Verortungsmöglichkeit aus.

Am ehesten würde eine Zuordnung zu „Untersuchung einzelner Körpersysteme (1-20...1-33)“ passen. Da die Kodegruppe 1-31 „Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes“ allerdings auf Funktionsuntersuchungen einschränkt, müsste eine neue Kodegruppe geschaffen werden, z.B. 1-32 „Untersuchungen der Leber“

Literatur:

1. Ripoll C, Bañares R, Rincón D, et al. Influence of hepatic venous pressure gradient on the prediction of survival of patients with cirrhosis in the MELD era. *Hepatology*. 2005;42(4):793-801.
2. Zoller H, Finkstedt A. HVPG-Messung – Renaissance des Goldstandards oder ein aussterbender Dinosaurier. *Der Gastroenterologe*, 2013:338 – 340
3. de Franchis R, Faculty BV. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol*, 2010: 762-8.



4. Aguilar-Olivos N, Motola-Kuba M, Candia R, et al. Hemodynamic effect of carvedilol vs. propranolol in cirrhotic patients: Systematic review and meta-analysis. *Ann Hepatol*, 2014: 420-8.
5. Garcia-Tsao G, Lim JK, Lim J, Program MoVAHCRC. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program. *Am J Gastroenterol*, 2009: 1802-29.
6. Stremitzer S, Tamandl D, Kaczirek K, et al. Value of hepatic venous pressure gradient measurement before liver resection for hepatocellular carcinoma. *Br J Surg*, 2011: 1752-8.
7. Huang JY, Samarasena JB, Tsujino T, et al. EUS-guided portal pressure gradient measurement with a novel 25-gauge needle device versus standard transjugular approach: a comparison animal study. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(2):358-362.
8. PORTAL Study:
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04668664?cond=portal+hypertension&cntry=US&draw=2&rank=45>
9. ENCOUNTER Study:
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04987034?term=EchoTip+Insight&cond=portal+hypertension&cntry=BE&draw=2&rank=1>

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

Aufgrund der unter 8e und 8f aufgeführten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich. Da das Verfahren derzeit nicht kodiert werden kann, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen die Material- und Personalkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse der behandelten Fälle ist momentan aufgrund der fehlenden Kodierungsmöglichkeit nicht durchführbar. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher der Etablierung eines OPS-Kodes.

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)

siehe Punkt 8a.

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Materialkosten für das EchoTip Insight System (3 Komponente, Transducer [Einmalprodukt], Verbindungsschlauch, EchoTip Insight-Nadel) belaufen sich auf 1.950 Euro (ohne Mehrwertsteuer). Die Personalkosten werden auf ca. 130 Euro geschätzt (2 Ärzte, 2 Assistenzkräfte, Eingriffszeit ca. 30 Min.)
Hinzukommen kommen noch Infrastrukturkosten.

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

Die Kosten des bisher üblichen Verfahrens, der indirekten Lebervenenverschlussdruck-Messung, liegen bei ca. 400-500 Euro.

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

Da derzeit keine Kodiermöglichkeit besteht, liegt eine genaue Erfassung der behandelten Fälle nicht vor.
Zum Vergleich: die Fallzahlen für die Lebervenenverschlussdruckmessung (OPS 1-279.b) wurde lt. Destatis Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) wie folgt angegeben:
2018: 890mal
2019: 1.006mal
2020: 1.023mal
2021: 1.389mal
Derzeit wird davon ausgegangen, dass für ca. 1/3 dieser Fälle eine klinische Indikation für die Anwendung des neuen Verfahrens vorliegt.

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.)

**9. 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)

Im Moment steht kein OPS zur Verfügung, mit dem das Verfahren der direkten endoskopischen ultraschallgestützten Messung des Pfortader- und Lebervenenendrucks kodiert werden kann.

10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)