

## Änderungsvorschlag für den OPS 2010

### 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](mailto: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](http://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](http://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](mailto: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/unseres 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 \* 1) Bundesverband Geriatrie e.V.  
 (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.  
 (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Offizielles Kürzel der Organisation \* (1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG  
 (1)www.bv-geriatrie.de

Internetadresse der Organisation \* (2)www.dgggeriatrie.de  
 (3)www.dggg-online.de

Anrede (inkl. Titel) \* (1) Herr Prof. Dr. (2) Herr Dr. (3) Frau Dr.

Name \* (1) Lüttje (2) Meisel (3) Meyer

Vorname \* (1) Dieter (2) Michael (3) Ann-Kathrin

Straße \* (1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61  
 (2) DGG Geschäftsstelle Winzerstraße 9  
 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8

PLZ \* (1) 13347 (2) 65207 (3) 10245

Ort \* (1) Berlin (2) Wiesbaden (3) Berlin

E-Mail \* dieter.luetdje@bv-geriatrie.de (2)MMeisel@dkd-dessau.de (3)  
 ann.meyer@asklepios.com

Telefon \* (1) 0541/ 405 - 7201 (2) 0340 /6502-2120 (3) 040/1818 83 -1661

**2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)**

Organisation \* Bundesverband Geriatrie e.V.

Offizielles Kürzel der Organisation \* BV Geriatrie

Internetadresse der Organisation \* www.bv-geriatrie.de

Anrede (inkl. Titel) \* Frau

Name \* Wittrich

Vorname \* Anke

Straße \* Reinickendorfer Str. 61

PLZ \* 13347

Ort \* Berlin

E-Mail \* anke.wittrich@bv-geriatrie.de

Telefon \* 030/3398876-26

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

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (federführend Prof. Dr. med. Mario Prosiegel, wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Schluckstörungen, Tel. 08046-18 4116, [Mario.Prosiegel@fachklinik-bad-heilbrunn.de](mailto:Mario.Prosiegel@fachklinik-bad-heilbrunn.de))

DG für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Univ.-Prof. Dr.med. Dr.med.dent. Dr.med.habil. Robert Sader, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/Main, Tel.: 069/6301-5643, Fax.: 069/6301-5644, eMail: [liane.martin@kgu.de](mailto:liane.martin@kgu.de), [r.sader@em.uni-frankfurt.de](mailto:r.sader@em.uni-frankfurt.de))

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) \***

Neuaufnahme eines OPS-Kodes für die Diagnostik von oropharyngealen Dysphagien mittels fiberendoskopischen Evaluation des Schluckens nach internationalem Standard (FEES®) in das „Kapitel 1: DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN (1-10 ... 1-99)“

## 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)

Neuaufnahme eines OPS-Kodes in das Kapitel 1, unter „DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN“, unter „Diagnostische Endoskopie (1-61 ... 1-69)“

1-613 Fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES)

*Exkl.:* Diagnostische Laryngoskopie (1-610)  
Diagnostische Pharyngoskopie (1-611)

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Eine hohe Prävalenz von oropharyngealen Dysphagien ist bei neurologischen Erkrankungen, bei Schlaganfall in ca. 50% in der Akutphase, bei Morbus Parkinson in ca. 50% der Fälle, bei ALS in 50-100% der Fälle, bei Demenz in fortgeschrittenem Stadium fast immer und bei morphologischen Veränderungen wie Tumoren und Postresektion fast immer zu verzeichnen. Außerdem treten oropharyngeale Dysphagien, iatrogen bedingt, z. B. unter Einnahme von Neuroleptika (Neuroleptic-Induced Dysphagia: Case Report and Literature Review, Zeitschrift Dysphagia, Verlag: Springer New York, Heft: Volume 22, Number 1 / Januar 2007) gehäuft auf.

Für die Diagnostik von Schluckstörungen stehen klinische und apparative Untersuchungsmethoden zur Verfügung.

Die klinischen Untersuchungen (standardisiert nach Daniels *et al.*, 1997; 1998; 2000) beinhalten die Testung des Würgreflexes, eines willkürlichen Hustens, der Stimmqualität vor und nach Schlucken von bestimmten Flüssigkeitsvolumina und der Sprechmotorik. Allerdings weisen diese Untersuchungsverfahren lediglich eine geringe Spezifität von 66,7% bei einer Sensitivität von 92% (Daniels SK, Ballo LA, Mahoney MC & Foundas AL (2000): Clinical

predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil, 81, 1030-1033; Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA & Foundas AL (1998): Aspiration in Patients With Acute Stroke. Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 79, 14-19; Daniels SK, McAdam CP, Brailey K & Foundas AL (1997): Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. American Journal of Speech-Language Pathology, 6, 17-24) auf.

Die neue Arbeit von Suiter u. Leder (2008) über den 3-ounce water test wies eine Sensitivität von 96,5% und eine Spezifität von 48,7% auf. Die Studie basiert auf den Daten von 3000 Patienten (Lit.: Suiter DM, Leder SB. Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test. Dysphagia 2008;23:244-250).

Die Replikationsstudie von Leder et al., 2002 konnte zeigen, dass bis zu 70% der Patienten falsch positive Ergebnisse hinsichtlich des Bestehens einer Aspiration erzielt wurden. Die klinische Untersuchung ist laut weiterer Studien (S. Stanschus, 1999; M. Blonder 2000/2006) nicht geeignet zur Identifizierung der Konsistenzen, die zu einer Aspiration führen. .

Deshalb ist der fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES®) nach Lim et al., 2001 und internationalen Leitlinien (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004, Management of Patients with stroke: Identification and Management of Dysphagia. Retrieved 2005-02-27, www.sign.co.uk) neben der Videofluoroskopie (VFSS) der Vorzug zu geben.

Im Gegensatz zu Pharyngo-Laryngoskopien (Kapitel 1: 1-61 Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege) erfolgt bei der FEES® nicht nur eine morphologische Beurteilung der pharyngealen und laryngealen Strukturen. Es werden auch ausführliche Funktionsprüfungen des Schluckaktes vorgenommen und die Effizienz des Sekretmanagements wird kontrolliert.

Schluckfunktionen werden unter Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeiten beurteilt und adaptative, kompensatorische sowie rehabilitative Interventionen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unmittelbar verifiziert.

Die FEES® wird als dynamische Untersuchungsmethode verstanden, deren Durchführung im Tandem Arzt/Therapeut erfolgt.

Die Untersuchung wird in sitzender Position der Patienten vorgenommen werden. Eine Sedierung oder Lokalanästhesie ist nicht erforderlich. Während der flexiblen Endoskopie treten keine nennenswerten Komplikationen (Aviv, 2000; The Safety of Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing in Acute Stroke Patients, Warnecke T, Teismann I, Oelenberg S, Hamacher C, Ringelstein EB, Schäbitz WR, Dziewas R., From the Department of Neurology, University Hospital of Münster, Germany) trotz Nahrungsaufnahme auf. Die Untersuchung ist auch bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit des Patienten möglich.

Neben der Einschätzung des Aspirationsrisikos und der Klärung der Frage der Sicherung der Ernährung, werden ad hoc therapeutische Schluckmanöver überprüft (Langmore, 2001, 1986 ff.).

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

Das beschriebene Untersuchungsverfahren (FEES®) ist mit einem sehr hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. Es handelt sich um ein interdisziplinäres, personell nicht singulär besetztes Verfahren (Tandem: Arzt /Therapeut).

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 90 Minuten unter Berücksichtigung der Vor- und Nachbereitung des Patienten, des standardisierten Patientenmanagements während der Endoskopie und der Erstellung eines differenzierten standardisierten Befundberichtes (nach Langmore, 2001, siehe weiter unter „8“).

#### **c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Ca.200 €

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

Jahr für Jahr erleiden in Deutschland ca. 200 000 Menschen einen Schlaganfall. Davon entwickeln ca. 50% (100 000) eine klinisch manifeste oropharyngeale Dysphagie. Es werden jährlich ca. 10 % (10 000) aller Schlaganfallpatienten mittels FEES® in der Akutphase abgeklärt. FEES-Untersuchungen finden aber auch im weiteren Verlauf, z.B. während der Rehabilitationsphase, statt. In Hessen und Thüringen wird die FEES in 68 % der Geriatrien durchgeführt. Eine ähnliche Entwicklung ist inzwischen auch in neurologischen Einrichtungen zu verzeichnen.

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

Vergleichbare Verfahren sind derzeit nicht über einen OPS-Kode zu verschlüsseln. Pharyngo- bzw. laryngoskopische Untersuchungen umfassen derzeit mit ca. 10,61 Euro (1530 GOÄ).

**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.)**

Für das diesjährige Vorschlagsverfahren nicht relevant.

Aus Gründen der Qualitätssicherung findet sich die FEES® als instrumentelle diagnostische Empfehlung der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation in den Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 3. überarbeitete Auflage 2005, ISBN3-13-132413-9; Georg Thieme Verlag Stuttgart.

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

FEES-Protokoll in "Endoscopic Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders" von Susan E. Langmore erschienen (Thieme-Verlag)