

## Änderungsvorschlag für den OPS 2011

### 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.

**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.luettje@bv-geriatrie.de (2)MMeisel@dkgd-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 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))

Deutsche Röntgengesellschaft e. V. Dr. Anita Wuttge-Hannig, Gemeinschaftspraxis Dr. Wuttge und Kollegen, Karlsplatz 3-5, 80335 München, Tel: 089 / 55 25 260, Fax: 089 / 55 25 26 27, E-Mail: [info@praxis-wuttge-kollegen.de](mailto:info@praxis-wuttge-kollegen.de)

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V., Frau Prof. Dr. med. A. am Zehnhoff-Dinnesen, Münster, Geschäftsstelle: Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie Westfälische Wilhelms-Universität Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10

D-48129 Münster  
Tel. 0251/835-6859  
Fax. 0251/835-6889  
E-Mail: am.zehnhoff@uni-muenster.de

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)

1. Vorsitzender Dr. Volker Maihack
2. Vorsitzende Prof. Dr. Martina Hielscher-Fastabend, Päd. Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik, Pestalozzistr. 53, 72762 Reutlingen, Tel.: 07121 271-9352 ,E-Mail: hielscher-fastabend@dbs-ev.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 videofluoroskopischer Untersuchung des Schluckens (VFS) nach internationalem Standard (VFSS; Videofluoroscopic Swallowing Study nach Logemann) in das Kapitel 3, BILDGEBENDE DIAGNOSTIK, (3-03...3-99)

#### **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 für die Diagnostik von oropharyngealen Dysphagien mittels videofluoroskopischer Untersuchung des Schluckens (VFS) nach internationalem Standard (VFSS; Videofluoroscopic Swallowing Study nach Logemann) in das Kapitel 3, BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

(3-03...3-99) 3-133 Videofluoroskopie od. modifizierter Bariumbreischluck („modified barium swallow“ (MBS), VFSS)

*Inkl.:* Standardisierte Dokumentation nach Logemann (1993 a) oder MBSimp (impairment tool)

*Exkl.:* 3-134 Pharyngographie

3-137 Ösophagographie

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Eine hohe Prävalenz von oropharyngealen Dysphagien ist bei neurologischen Erkrankungen (Schlaganfall über 50% in der Akutphase, bei Morbus Parkinson in ca. 40-50%, bei bulbärer ALS immer [sonst im Verlauf sehr häufig], bei Demenz im fortgeschrittenen 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. Eine Übersicht über die Häufigkeit von Dysphagien bei verschiedenen Erkrankungen findet sich bei Prosiegel et al. (2008).

Für die Diagnostik von Schluckstörungen stehen klinische und apparative Untersuchungsmethoden zur Verfügung, wobei sich unter letzteren die VFS und die Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop in ihrer Aussagekraft ergänzen (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: Prosiegel et al., 2008).

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, die Beurteilung der fazialen Symmetrie, des oralen Bewegungsausmaßes und der Koordination.

Allerdings weisen diese Untersuchungsverfahren lediglich eine geringe Spezifität von 66,7% bei einer Sensitivität von 92% auf. (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)

Die Replikationsstudie von Leder et al., 2002 konnte zeigen, dass bis zu 70% falsch positive Ergebnisse hinsichtlich Aspiration erzielt wurden.

Die klinische Untersuchung ist laut weiterer Studien (S. Stanschus, 1999; M. Blonder 2000/2006) nicht geeignet zur Identifizierung der Aspirationskonsistenzen und -mengen.

Deshalb ist der videofluoroskopischen Untersuchung des Schluckens (VFS) nach Logemann 1983, Hannig und Wuttge-Hannig 1987 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](http://www.sign.co.uk)) neben der fiberoendoskopischen Evaluation des Schluckens (FEES®) große Bedeutung bei zu messen.

Im Gegensatz zu Pharyngographie (Kapitel: 3-13 Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren) erfolgt bei der videofluoroskopischen Untersuchung des Schluckens (VFS) nicht nur eine morphologische Beurteilung. Es werden auch ausführliche Funktionsprüfungen des Schluckaktes vorgenommen. Zusätzlich wird eine morphologische und funktionelle Beurteilung der oralen Strukturen vorgenommen. Schluckfunktionen werden unter Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeiten beurteilt und adaptative, kompensatorische sowie rehabilitative Interventionen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unmittelbar verifiziert.

Die videofluoroskopische Untersuchung des Schluckens (VFS) wird als dynamische Untersuchungsmethode verstanden, deren Durchführung im Tandem Arzt/Sprachtherapeut erfolgt. Untersuchung ist auch bei eingeschränkter Kognition des Patienten möglich.

Die Untersuchung wird in sitzender Position der Patienten vorgenommen. Sie ist auch bei eingeschränkter Kognition des Patienten möglich.

Neben der Einschätzung des Aspirationsrisikos, einschließlich der einzig möglichen exakten Graduierung von Penetrationen/Aspirationen (Hannig, 1995) und der Klärung der Frage der Sicherung der Ernährung, werden ad hoc therapeutische Schluckmanöver überprüft (Leonard und Kendall 2007, Martin-Harris et al. 2007).

Außerdem ist die videofluoroskopische Untersuchung des Schluckens (VFS) unerlässlich zur Indikationsstellung invasiver Therapien (Cricopharyngeale Myotomie; Botulinumtoxininjektionen in den OÖS, Alberty et al., 2000; Ballondilatation des OÖS, Willert et al., 2003).

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

Das beschriebene Untersuchungsverfahren (VFS) ist mit einem sehr hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden, da neben der reinen Expositionszeit und der Positionierung des Patienten mehrfache Schluckmanöver durchgeführt werden, eine frame by frame Analyse der Videoaufzeichnung erfolgt und ein elaboriertes Standardprotokoll (z. B. nach Stanschus 2002) erstellt wird. Es handelt sich um ein interdisziplinäres, personell nicht singular besetztes Verfahren (Arzt /Sprachtherapeut).

Die Untersuchungs- und Auswertungsdauer beträgt ca. 90 Minuten unter Berücksichtigung der Vor- und Nachbereitung des Patienten, des standardisierten Patientenmanagements während der VFS und der Erstellung eines differenzierten standardisierten Befundberichtes (Stanschus 2002)

### c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

Ca. 350,-€

### 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) in der Akutphase eine klinisch manifeste oropharyngeale Dysphagie. Es werden jährlich geschätzt 5% (2000) aller Schlaganfallpatienten mittels VFS in der Akutphase abgeklärt. VFS-Untersuchungen finden aber auch im Verlauf, während der Rehabilitationsphase statt.

Ebenso kann von einer sehr hohen Zahl von klinisch manifesten oropharyngealen Dysphagien bei Patienten mit bspw. Demenzerkrankungen, Morbus Parkinson bzw. nach Tumorresektionen ausgegangen werden.

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

Nicht vergleichbar!

### 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 VFS als instrumentelle diagnostische Empfehlung der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 2008; 3. überarbeitete Auflage 2008

[http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/II08kap\\_098.pdf](http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/II08kap_098.pdf)

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

-Logemann JA. Manual for the Videofluoroscopic Study of Swallowing, 2nd ed. Austin TX: Pro-Ed, 1993.

-Schluckstörungen bei neurologischen Patienten

Dysphagia in neurology patients. A prospective study on deglutition disorders, swallowing therapy, and

outcome in patients with neurogenic dysphagia

Eine prospektive Studie zu Diagnostik, Störungsmustern, Therapie und Outcome

Zeitschrift	<u>Der Nervenarzt</u>
Verlag	Springer Berlin / Heidelberg
ISSN	0028-2804 (Print) 1433-0407 (Online)
Heft	<u>Volume 73, Number 4 / April 2002</u>
Kategorie	Originalien
DOI	10.1007/s00115-002-1284-5
Seiten	364-370
Fachgebiete	<u>Medizin</u>
SpringerLink Date	Montag, 1. April 2002

-GI Motility online (2006) doi:10.1038/gimo95

Published 16 May 2006

How to perform video-fluoroscopic swallowing studies

Gary D. Gramigna, M.S. <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo95.html>

-Stanschus (Hrsg.) 2002, Videofluoroskopie in der Untersuchung von oropharyngealen Dysphagien: Zur Methode des sprachtherapeutischen Aufgabenteils. In Stanschus 2002, Methoden der klinischen Dysphagiologie. Idstein

-Leonard & Kendall 2007, Dysphagia assessment and treatment planning: a team approach, 2<sup>nd</sup> edition. San Diego

-Martin-Harris et. al. 2009 MBS measurement tool for swallow impairment-MBSImp: establishing a standard.

- Prosiegel M (federführend), Bartolome G, Biniak R, Fheodoroff K, Schlaegel W, Schröter-Morasch H, Steube D, Witte U, Saltuari U. Neurogene Dysphagien. In: Diener HC. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart: Thieme, 2008, 908-919