

Änderungsvorschlag für den OPS 2013

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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/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 *	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Berufsfragen
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGVS
Internetadresse der Organisation *	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Schepp
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Englschalkinger Str.77
PLZ *	81925
Ort *	München
E-Mail *	gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de
Telefon *	089 9270 2061

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
Offizielles Kürzel der Organisation *	IK
Internetadresse der Organisation *	www.ik-h.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau PD Dr.
Name *	Keller
Vorname *	Jutta
Straße *	Orchideenstieg 14
PLZ *	22297
Ort *	Hamburg
E-Mail *	j.keller@ik-h.de
Telefon *	040-51125-0

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

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

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) *

Quantitative Ösophagus-Druck-Topographie mit hochauflösender Manometrie

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)

Differenzierung der bestehenden Schlüsselnummer 1-313 für die konventionelle Ösophagusmanometrie mit Neuaufnahme einer spezifischen Schlüsselnummer für die hochauflösende Ösophagusmanometrie (inhaltliche Begründung s.u.) .

Das neue Verfahren leistet eine quantitative Erfassung der Druckverhältnisse im Bereich des Ösophagus mittels hochauflösender Manometrie, das heißt mit Druckaufnehmern in 1 bis maximal 2 cm Abstand über die gesamte Länge des Ösophagus und mit topographischer Darstellung der Ergebnisse. Dies erlaubt eine exakte Analyse der Funktion des oberen und des unteren Ösophagus sphinkters sowie der tubulären Peristaltik.

Die hochauflösende Ösophagusmanometrie wäre wie die konventionelle Ösophagusmanometrie (1-313) in die Kategorie 'Funktionsuntersuchungen des Magendarmtraktes', OPS-Code 1-31 einzuordnen. Die Schlüsselnummer 1-312 ist aktuell nicht belegt und bietet sich für die hochauflösende Ösophagusmanometrie an. Wie bei der konventionellen Ösophagusmanometrie sind keine Inklusiva vorgesehen, während 'diagnostische Endoskopien des Verdauungstraktes' (1-63 ff., 1-64 ff., 1-65 ff.) als Exklusiva gelten.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Ösophagusmanometrie ist als Referenzverfahren zur Untersuchung von Ösophagusmotilitätsstörungen etabliert (Keller et al. 2009). Sie wurde initial mit (überwiegend Wasser-perfundierten) Sonden durchgeführt, die in der Regel maximal acht Kanäle zur abschnittswisen Druckmessung umfassten. Das Ergebnis einer solchen Untersuchung wird in Form von Druckkurven dargestellt, deren Auswertung ein erhebliches Maß an Erfahrung fordert.

Seit einigen Jahren wird als klinisch relevante Weiterentwicklung dieses Verfahrens die hochauflösende Ösophagusmanometrie eingesetzt. Bei diesem neuen Verfahren wird mit Sonden mit Druckaufnehmern in 1 cm (bis maximal 2 cm) Abstand gearbeitet. Zusätzlich werden die gemessenen Drücke in eine Farbskala umgesetzt und so topographisch dargestellt. Dies erlaubt eine wesentlich genauere und leichter auswertbare Darstellung der Funktionsweise des oberen und vor allem des unteren Ösophagus sphinkters sowie der tubulären Motilität. Zusätzlich kann der Transit des Luminalinhalts beurteilt werden bzw. zwischen Intrabolusdruck (Druck, der durch den Luminalinhalt erzeugt wird) und Kontraktionsdruck sicher unterschieden werden. Dies gelingt mit Hilfe der konventionellen Manometrie mit weniger Druckaufnehmern nicht.

Die durch die hochauflösende Ösophagusmanometrie zusätzlich gewonnenen Informationen sind für die Behandlung und Prognose der Patienten relevant. Dies zeigen Studien an Patienten mit Achalasie, die mit Hilfe des neuen Verfahrens in drei Subtypen klassifiziert wurden, bei denen sich

das Ansprechen auf die untersuchten therapeutischen Maßnahmen unterschied. Die Ansprechrate war bei der so genannten Typ II-Achalasie am besten, bei Typ I-Achalasie noch gut, während die Typ III-Achalasie signifikant und erheblich schlechter ansprach als die anderen beiden Subtypen (Pandolfino et al. 2008; Salvador et al. 2010).

Beim direkten Vergleich zwischen der Analyse von Druckkurven als Ergebnis einer konventionellen Manometrie und Befunden der hochauflösenden Manometrie war letztere auch allgemein sensitiver in der Diagnostik Achalasie-artiger Erkrankungen (Clouse et al. 2000), welche eine besonders wichtige Indikation für die Durchführung einer Ösophagusmanometrie bilden (Keller et al. 2009). Wie oben bereits dargestellt, konnte die hochauflösende Manometrie einen abnormalen Bolustransit besser detektieren (Fox et al. 2004). Bestimmte Motilitätsstörungen einschließlich lokaler Spasmen und außergewöhnlicher Verschiebungen des unteren Sphinkters waren nur mit Hilfe der hochauflösenden Manometrie darstellbar und werden bei der konventionellen Manometrie teils falsch interpretiert (Pseudorelaxation durch Verschiebung des Sphinkters aus der Druckmesszone, damit fälschlich Ausschluss einer Achalasie). Außerdem sind die Befunde besser und schneller zu interpretieren mit einem diagnostischen Gewinn von bis zu 43%, vor allem auch bei weniger erfahrenen Untersuchern (Grubel et al. 2008; Soudagar et al. 2011).

Der diagnostische Zusatzgewinn, der durch das neue Verfahren erreicht wird und für die Behandlung und Prognose der Patienten relevant ist, stellt die inhaltliche Rechtfertigung für die Differenzierung der bestehenden Schlüsselnummer 1-313 für die konventionelle Ösophagusmanometrie mit Neuaufnahme einer spezifischen Schlüsselnummer für das hochauflösende Verfahren dar.

Literatur

- Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, Bulsiewicz W, Post J, Kahrilas PJ. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology*. 2008 Nov;135(5):1526-33. Epub 2008 Jul 22.
- Salvador R, Costantini M, Zaninotto G, Morbin T, Rizzetto C, Zanatta L, Ceolin M, Finotti E, Nicoletti L, Da Dalt G, Cavallin F, Ancona E. The preoperative manometric pattern predicts the outcome of surgical treatment for esophageal achalasia. *J Gastrointest Surg*. 2010 Nov;14(11):1635-45. Epub 2010 Sep 10.
- Clouse RE, Staiano A, Alrakawi A, Haroian L. Application of topographical methods to clinical esophageal manometry. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2720-2730.
- Keller J, van der Voort I, Pehl C, Nicolaus M, Schirra J, Fox M, Fuchs K, Storr M. Durchführung und Interpretation der Ösophagusmanometrie: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaften für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM), für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). *Z Gastroenterol* 2009;47:830-45
- Fox M, Hebbard G, Janiak P, et al. High-resolution manometry predicts the success of oesophageal bolus transport and identifies clinically important abnormalities not detected by conventional manometry. *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16: 533-542
- Grubel C, Hiscock R, Hebbard G. Value of spatiotemporal representation of manometric data. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 525-530.
- Soudagar AS, Sayuk GS, Gyawali CP. Learners favour high resolution oesophageal manometry with better diagnostic accuracy over conventional line tracings. *Gut* 2011.

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

Das neue Verfahren hat zum einen eine höhere Aussagekraft als das Vergleichsverfahren mit Relevanz für die Therapie und Prognose von Patienten, zum anderen ist es aber auch mit deutlich höheren Kosten verbunden (s.u.).

Langfristig wäre demgegenüber zu erwarten, dass die frühzeitigere und differenziertere Diagnose mit besserem Patientenmanagement die Gesamtkosten der Behandlung von Patienten mit Ösophagusmotilitätsstörungen reduziert.

Der Vorschlag ist also relevant für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme, um eine angemessene Vergütung der höherwertigen Untersuchung zu ermöglichen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Bei Zugrundelegung von 100 Untersuchungen im Jahr entstehen umgerechnet circa 200 € Kosten pro Untersuchung. Davon sind etwa 50 bis 70 € Personalaufwand.

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

Geschätzte 5.000 Ösophagus-Manometrie-Untersuchungen pro Jahr.

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

Im Vergleich zur konventionellen 'Ösophagusmanometrie' (OPS 1-313) hat die quantitative Ösophagus-Druck-Topographie mit hochauflösender Manometrie einen ca. 3- bis 4-fach höheren Kostenaufwand.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

n/a

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

n/a