

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten 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:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum 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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

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 (sofern vorhanden)	(1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	(1) www.bv-geriatrie.de (2) www.dggeriatrie.de (3) www.dggg-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	(1) Herr (2) Herr Dr. (3) Herr Dr.
Name *	(1) Veer (2) Meisel (3) Trögner
Vorname *	(1) Ansgar (2) Michael (3) Jens
Straße *	(1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61 (2) DGG Geschäftsstelle Kuniberts Kloster 11-13 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8
PLZ *	(1) 133347 (2) 50668 (3) 10245
Ort *	(1) Berlin (2) Köln (3) Berlin
E-Mail *	(1) ansgar.veer@bv-geriatrie.de (2) mmeisel@dkd-dessau.de (3) troegner.jens@klinikum-amberg.de
Telefon *	(1) 0591/9101201 (2) 0340/65022120 (3) 09621/381101

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Bundesverband Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BV Geriatrie
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	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	030/339887626

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neuaufnahme OPS-Kodes für videofluoroskopische Diagnostik oropharyngealer Dysphagien

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)



Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Deutsche Röntgengesellschaft

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen 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 (VFSS) od. modifizierter Bariumbreischluck, 'modified barium swallow' (MBS)

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

Exkl.: 3-134 Pharyngographie

3-137 Ösophagographie

6. 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 VFSS und die Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop (FEES) 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 Würgereflexes, 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 (VFSS) 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) neben der fiberendoskopischen Evaluation des Schluckens (FEES®) große Bedeutung bei zu messen.

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 (VFSS) wird als dynamische Untersuchungsmethode verstanden, deren Durchführung im Tandem Arzt/Sprachtherapeut erfolgt.

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 (VFSS) unerlässlich zur Indikationsstellung invasiver Therapien (Cricopharyngeale Myotomie; Botulinumtoxininjektionen in den OÖS, Alberty et al., 2000; Ballondilatation des OÖS, Willert et al., 2003).

Das beschriebene Untersuchungsverfahren (VFSS) 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 singulär besetztes Verfahren (Arzt /Sprachtherapeut/Medizinisch-technischer Radiologieassistent).

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)

mentell

☐

Unbekannt

b. I

nwi
ewe
t ist
der
Vor
schl
ag
für
die
Weit
eren
twic
klun
g
der
Ent
gelt
syst
eme
rele
vant
? *

c.V

erbr
eitu
ng
des
Verf
ahre
ns *

☐

S
tand
ard

☐

E
xperi

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

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 VFSS 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, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation 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, Entwicklungsstufe S1, veröffentlicht im September 2012, überarbeitet im August 2015

<http://www.dgn.org/leitlinien/2433-II-91-2012-neurogene-dysphagien#diagnostik>

7. 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 Der Nervenarzt

Verlag Springer Berlin / Heidelberg

ISSN 0028-2804 (Print) 1433-0407 (Online)

Heft Volume 73, Number 4 / April 2002

Kategorie Originalien

DOI 10.1007/s00115-002-1284-5

Seiten 364-370

Fachgebiete Medizin

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, 2nd edition. San Diego

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

- Prosiegel M (federführend), Leitlinie für Neurogene Dysphagien, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, AWMF-Registernummer: 030/111