

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 *	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGN
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Kiefer
Vorname *	Reinhard
Straße *	Reinhardtstr. 27c
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	kiefer@diako-online.de
Telefon *	04261-77-3200

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGN
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel)	Herr Prof. Dr. med.
Name	Heide
Vorname	Wolfgang
Straße	Reinhardtstr. 27c
PLZ	10117
Ort	Berlin
E-Mail	wolfgang.heide@akh-celle.de
Telefon	05141-721400

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) *

Beantragung eines OPS für den Video-Kopfimpulstest (KIT)

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 Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

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)

Wir beantragen die Einführung eines OPS 'Video-Kopfimpulstest' zur Funktionsdiagnostik vestibulärer Erkrankungen des Innenohres, des Vestibularisnerven oder des zentralen vestibulären System im Hirnstamm und Kleinhirn.

Vorgeschlagener Code OPS 1-20a.31 (1-20a.3 Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen)

Der Video-Kopfimpulstest sollte nach den von B. Machner und Co-Autoren (Nervenarzt 2013; 84:978-985) sowie von MacDougall et al. (Neurology 2009; 73:1134-1141) publizierten Qualitätskriterien durchgeführt werden. Er dient der Funktionsdiagnostik der horizontalen und vertikalen Bogengänge. Der Stimulus ist ein manuell durch den Untersucher ausgeführter hochfrequenter vestibulärer Reiz durch eine rasche, kleinamplitudige Kopfdrehung in der Ebene der horizontalen oder eines der vertikalen Bogengänge. Die Antwort des vestibulookulären Reflexes wird mittels einer dafür geeigneten Video-Okulographie-Brille gemessen. Die Videokameras auf der Brille sind vorher wie vorgeschrieben zu eichen. Die Kopfbewegung soll so rasch sein, dass kurzzeitig Geschwindigkeiten von 150 – 300°/s erreicht werden. Ausgewertet wird die maximal erreichte Augengeschwindigkeit in den ersten 60 ms nach Beginn der Kopfbewegung. Daraus wird der Verstärkungsfaktor (Gain) des vestibulo-okulären Reflexes errechnet, der mindestens 0,75 betragen sollte.

Der Video-KIT ist trotz seiner Bedeutung bislang nur unspezifisch über den OPS 1-208.x kodierbar; die Zuordnung ist zudem fachlich inkorrekt, da der KIT nicht zu den evozierten Potenzialen gehört.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Der Test ist eine wichtige Ergänzung einerseits zu den vestibulär-evozierten myogenen Potenzialen (VEMP), die das vestibuläre Otolithensystem untersuchen, andererseits zur Elektro- oder Video-Nystagmographie zur Untersuchung des Bogengangssystems. Der Video-KIT untersucht spezifisch den Verstärkungsfaktor (Gain) des vestibulookulären Reflexes bei hohen Beschleunigungen und misst dadurch die Funktion einzelner Bogengänge. Die kalorische Prüfung erfasst dagegen nur die Funktion der horizontalen Bogengänge im niederfrequenten Bereich. Der Video-Kopfimpulstest ist komplementär zu den anderen Verfahren und stellt die wichtigste Untersuchung dar zur Diagnose oder zum Ausschluss einer peripher vestibulären Schädigung wie z.B. bei Neuritis vestibularis, Hirnstamminfarkten, chronischem Vestibularisausfall, Morbus Menière oder Labyrinthfistel oder Vestibularisparoxysmie.

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

Für die Diagnostik akuter vestibulärer Schwindelerkrankungen, die häufig zu einer stationären Aufnahme führen, sind in den letzten 10 Jahren einige wichtige neue Methoden wie auch der Video-Kopfimpulstest in die klinische Routine eingeführt worden, deren Aufwand im DRG-System bislang nicht adäquat abgebildet ist. Dies sollte durch die Einführung des beantragten OPS-Codes möglich werden.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard ☒ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Anschaffung ca. € 15.000,- bis 20.000,- je nach Ausstattung. Untersuchungsdauer für die horizontalen Bogengänge 15 Minuten MFA-Zeit, für alle Bogengänge 30 – 40 Minuten MFA-Zeit, 5 - 10 Minuten ärztliche Untersuchungszeit.

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

Die Untersuchung ist indiziert bei >90% aller Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel oder Gangstörung.

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

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.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)