

Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2021-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden 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.

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

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. Bonn
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGHNO-KHC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.hno.org
Anrede (inkl. Titel) *	Professor Dr. med.
Name *	Steffen
Vorname *	Armin
Straße *	Friedrich-Wilhelm-Str. 2
PLZ *	53113
Ort *	Bonn
E-Mail *	info@hno.org
Telefon *	0228-923922-0

Einräumung der Nutzungsrechte

- * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 „Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V., Bonn
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGHNO-KHC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.hno.org
Anrede (inkl. Titel) *	Professor Dr. med. / Generalsekretär
Name *	Deitmer
Vorname *	Thomas
Straße *	Friedrich-Wilhelm-Str. 2
PLZ *	53113
Ort *	Bonn
E-Mail *	info@hno.org
Telefon *	0228-923922-0

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Differenzierung: Flexible transnasale Pharyngoskopie im Liegen als Schlafendoskopie

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) (Antragsteller!)
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM)

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- Nein
- Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neuaufnahme (NEU) / Modifizierung (MOD) im OPS 2021 auf Basis der Klassifikationsstruktur des OPS 2020:

1-611 Diagnostische Pharyngoskopie

1-611.0 Direkte Pharyngoskopie

1-611.1 Indirekte Pharyngoskopie

(NEU) 1-611.2 Flexible transnasale Pharyngoskopie im Liegen - medik. induzierte Schlafendoskopie

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Medikamenten induzierte Schlafendoskopie ermöglicht die funktionelle Pharynxbeurteilung, um durch die Identifikation von Kollapsmustern wahrscheinliche Atemwegsengestellen im natürlichen Schlaf nachzubilden. Gleichzeitig können auch Simulationen von verschiedenen Therapieverfahren zur Behandlung bei der obstruktiven Schlafapnoe vorgenommen werden. Durch das Beobachten des Pharynx bei In- und Expiration während des Schlafs können somit Therapieerfolge von apparativen (z. B. Unterkieferprotrusionsschienen), resezierenden schlafchirurgischen Verfahren (z. B. Uvulopalatopharyngoplastik) oder Neurostimulationsverfahren untersucht werden. Dies ist im Wachzustand nicht möglich, da der Muskeltonus im Wachzustand sich vom Muskeltonus im Schlaf relevant unterscheidet.

Darüber hinaus sind bestimmte Kollapsmuster in der Schlafendoskopie als Ausschlusskriterien bei Neurostimulationsverfahren des Nervus hypoglossus klinisch etabliert, so dass die Durchführung einer Schlafendoskopie hier obligat ist. Für andere Verfahren wird es von vielen Arbeitsgruppen angeraten und empfohlen.

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

Aktuell ermöglicht der OPS-Katalog eine Kodierung der Schlafendoskopie lediglich über die direkte Pharyngoskopie, welche als klassische Beurteilung der Pharynxschleimhaut hinsichtlich gutartiger oder bösartiger Veränderungen durchgeführt wird. Durch die Kombination mit der Hauptdiagnose G47.31 Obstruktive Schlafapnoe (in DRG 2020 E63B) ist eine Abrechenbarkeit gegeben. Zum Teil erfolgt die zusätzliche Kodierung der 1-612 (Rhinoskopie) und oder 1-610 (Laryngoskopie) ohne Kostenrelevanz durch den Zusatz. Die funktionelle Beurteilung für die Schlafapnoe ist somit unberücksichtigt, obwohl die Schlafendoskopie im Vergleich zur reinen Pharyngoskopie einen deutlichen zeitlichen und organisatorischen Mehraufwand darstellt. Denn die oberen Atemwege müssen über einen längeren Zeitraum in verschiedenen Situationen und Positionen unter Zuhilfenahme bestimmter Manöver untersucht werden, um die Wirksamkeit der verschiedenen Therapiemöglichkeiten sicher beurteilen zu können. Eine Videoaufzeichnung ist empfohlen. Das Erreichen der Sedierungstiefe wird teilweise durch medikamentöse Steuerungshilfen (Target controlled infusion/TCI) optimiert und durch Hirnstromableitungen unterstützt.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

AWMF S3 Leitlinie "Nicht erholsamer Schlaf", Kapitel schlafbezogene Atmungsstörungen´
 European position paper on drug-induced sleep endoscopy: 2017 Update). De Vito et al. Clin. Otolaryngol 2018

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

€ 800 bis 1.000,00 bei einem stationären Belegungstag

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

Kostenseitig ergeben sich nur leichte Unterschiede zwischen der bisherigen Kodierung und der vorgeschlagenen, da jeweils die räumlichen und apparativen Gegebenheiten ähnlich angeordnet sind. Beide Untersuchungen finden in einem Operations- bzw. Endoskopieraum unter Herz-Kreislaufmonitoring mit möglicher Notfallinterventionsmöglichkeit bei Atemwegsproblemen statt. Zumeist aber nicht obligat wird die Sedierung durch eine*n Anästhesisten*in mit Interventionsmöglichkeit bis zur Vollnarkose durchgeführt.

Der Zeitaufwand für die Schlafendoskopie ist in etwa doppelt so groß wie für die diagnostische Pharyngoskopie in Vollnarkose ohne Intervention wie Biopsien, so dass für eine Schlafendoskopie als Interventionszeit von etwa 15 bis 20 min auszugehen ist. Somit ist bei einer stationären Fallführung je nach Krankenhaussituation oft keine kostendeckende Fallführung bei einem Belegungstag möglich. Der Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. gibt klare Handlungsempfehlungen für ein ambulantes, stationärsersetzendes Verfahren (<https://www.operieren.de/content/e3224/e308/e331/e334>). Die Schlafendoskopie kann unter diesen hier aufgeführten Rahmenbedingungen nach individueller medizinischer Abschätzung des Falles auch ambulant durchgeführt werden.

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

Eine Fallzahlschätzung der aktuell durchgeführten Schlafendoskopien ist durch die bisherige Kodierung nicht sicher möglich. In HNO-Kliniken mit einem schlafmedizinischem Schwerpunkt werden etwa 50-150/Jahr Schlafendoskopien durchgeführt. Sicherlich sind geschätzte 20 Kliniken in diesem Bereich aktiv, so dass ein sicher 4 stellige Zahl geleistet wird.

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.)

Aktuell besteht keine externe Qualitätssicherung für die Schlafendoskopie. Es existiert eine aktualisierte Europäische Leitlinie (de Vito et al. 2018) unter wesentlicher deutscher Beteiligung zu den Fragen der Indikation und Durchführung der Schlafendoskopie inklusive der empfohlenen Dokumentation.

Wesentlicher Aspekt hierbei ist die Auswahl der Dosisapplikation des Sedierungsmedikaments - zumeist Propofol oder Midazolam - und die Abfolge der durchgeführten Manöver wie z. B. Kopfdrehung, Mundschlusseffekte oder Unterkiefervorschub. Für die Klassifikation der Kollapsmuster bestehen mehrere Protokolle, von denen die VOTE-Klassifikation am häufigsten verwendet wird. Dabei wird der Pharynxabschnitt (Velum, Oropharynx, Zungengrund, Epiglottis), das Kollapsausmaß (kein, partieller, kompletter Kollaps) sowie die Kollapsausrichtung (anterior-posterior, lateral, konzentrisch) erfasst. Hilfreich ist die zusätzliche Videodokumentation, welche bei der starren, direkten Pharyngoskopie nicht Bestandteil des OPS-Umfangs ist.

Um im Leistungsgeschehen diese distinkte Leistung der Schlafendoskopie für QS-Maßnahmen identifizieren zu können, existiert wie oben dargestellt bisher kein treffsicherer Code.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)

nicht vorhanden