

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Neurochirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Die begriffliche Beschreibung der Art von Neurostimulatoren soll genauer gefasst werden, in dem der Begriff „Einkanalsystem“ oder „Mehrkanalsystem“ anstelle von „Einzelelektrodensystem“ oder „Mehrelektrodensystem“ eingeführt wird. Der Begriff „Einkanalsystem“ oder „Mehrkanalsystem“ charakterisiert in besser geeigneter Weise den Neurostimulator, da dies eine eigene technische Eigenschaft des Neurostimulators darstellt. Bei der gegenwärtig verwendeten Beschreibung „Einzelelektrodensystem“ oder „Mehrelektrodensystem“ jedoch wird auf die Anzahl der technisch möglich anschließbaren Elektroden abgehoben. Diese Überlegung ist dem Anwender unklar und Zweikanalsysteme, die aus Gründen der medizinischen Notwendigkeit und zur Verlängerung der Lebensdauer mit einer Elektrode betrieben werden, werden als Einzelelektrodensystem verschlüsselt werden.

Nervenstimulation wurde zunächst zur Behandlung schwerer chronischer Schmerzen als Rückenmarkstimulation seit Anfang der 1970er Jahre in Deutschland verwendet. Später wurde die Nervenstimulation zur Behandlung schwerer chronischer Schmerzen als periphere Nervenstimulation und darauf folgend zur Behandlung schwerer chronischer Bewegungsstörungen und schwerer chronischer Schmerzen als tiefe Hirnstimulation angewendet. Für alle Indikationen liegt internationale Evidenz hoher Stufe vor.

Technisch gesehen kamen dabei anfänglich Halbimplantate (eine vollständig externalisierte Energiequelle und Steuerung übermittelt induktiv Energie und Steuerbefehle über eine auf die Haut aufgeklebte Antenne an einen vollständig internalisierten Empfänger) zum Einsatz. In den 1980er Jahren wurden auf Forderungen von anwendenden Patienten und Ärzten nach dem Vorbild der Herzschrittmacherentwicklung Vollimplantate (Energiequelle und Steuerung sind vollständig internalisiert) entwickelt und auf den Markt gebracht. Seit Einführung der Vollimplantate Mitte der 1980er Jahre hat sich die Nachfrage nach Halbimplantaten infolge der mangelnden Akzeptanz bei Patienten (schlechte Lebensqualität durch Behinderung beim Heben, Tragen, Stehen, Treppen steigen, Beugen, Gehen, Körpertraining, im sozialen Leben, bei Erwerbsarbeiten, im Schlafen, im Sitzen, beim Auto fahren und bei der Körperpflege, eingeschränkte Diskretion, allergische Reaktionen sowie technischen Schwierigkeiten infolge der Externalisierung von Antenne, Kabel, Stecker und Sender) und der damit verbunden Compliance mit im Vergleich zu Vollimplantaten schlechteren Therapieergebnissen kontinuierlich abgeschwächt. Es wird nur noch in den Fällen überhaupt in Betracht gezogen, in denen der Stromverbrauch durch Stimulationsart und –dauer vorhersehbar außerordentlich hoch sein wird und damit häufige Stimulatorwechsel wegen Batterieerschöpfung zu erwarten sind. Der Anteil von Halbimplantaten an der Versorgung bewegt sich mit weiter sinkender Tendenz in Deutschland heute im unteren einstelligen Prozentbereich. Technische Weiterentwicklungen dieses Gerätetyps durch die Industrie wurden nicht mehr vorgenommen. Im Gegensatz dazu wurden die Vollimplantate technisch weiter verbessert. Seit Anfang dieses Kalenderjahres nun werden in Deutschland erstmals vollimplantierbare, wiederaufladbare Neurostimulatoren eingesetzt. Dabei wird die vollständig internalisierte Energiequelle von außen induktiv wiederaufgeladen. Damit werden die o. g. Vorteile der Vollimplantate durch eine deutlich verlängerten Lebensdauer der Energiequelle ergänzt.

Zur zukünftigen Leistungsdokumentation bedarf es der Möglichkeit zur differenzierten Kodierung. Darüber hinaus sind infolge der technischen Unterschiede die Kosten von vollimplantierbaren, nicht wiederaufladbaren Neurostimulatoren unterschiedlich zu den Kosten von vollimplantierbaren, wiederaufladbaren Neurostimulatoren.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

5-039.22:

Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

Nach Anlage 10 des Kalkulationshandbuches Version 2.0 unterliegen die Kosten der o. g. Implantate einer verbindlichen Einzelkostenzuordnung. Zur Sicherstellung einer entsprechend differenzierten Leistungs- und Kostenerfassung als Grundlage der nachfolgenden Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkalkulation ist die Erweiterung des amtlichen Teils des Operationsschlüssels in der vorgeschlagenen Weise erforderlich.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Rückenmarkstimulation (SCS) zur Behandlung schwerer chronischen Schmerzen bei Patienten mit Neuropathische Schmerzen, Radikulopathie, Inkomplette Plexusläsionen, Rückenmarksläsion, Phantomschmerz, Stumpfschmerz, Zoster- und Post-Zoster-Neuralgie, Metabolische (Poly-)Neuropathien, Rücken-Bein-Schmerzsyndrom (postoperativ-posttraumatisch), bei Sympathisch unterhaltene Schmerzen wie CRPS I (M. Sudeck) und CRPS II (Kausalgie) und bei Ischämieschmerz wie periphere AVK (Stad. II b und III n. Fontaine) und therapierefraktäre Angina pectoris (CCS III-IV): Die zur Aufnahme vorgeschlagene Prozedur stellt einen Komplex der gesamten Behandlung SCS dar. Hinsichtlich des Gesichtspunktes der Häufigkeit kann infolge des Fehlens von nationalen und internationalen Registern nur die – zudem geschätzte - Fallzahl der mit der gesamten Behandlung SCS behandelten Patienten angegeben werden. Danach sind seit Anfang der 1960er Jahre in Deutschland geschätzt 25.000, in Europa geschätzt 100.000, in Nordamerika geschätzt 200.000 und weltweit geschätzt 300.000 Patienten mit SCS behandelt worden. In Deutschland wird SCS gegenwärtig von geschätzt 200 Krankenhäusern durchgeführt.

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Rückenmarkstimulation (SCS) zur Behandlung schwerer chronischen Schmerzen bei Patienten mit Neuropathische Schmerzen, Radikulopathie, Inkomplette Plexusläsionen, Rückenmarksläsion, Phantomschmerz, Stumpfschmerz, Zoster- und Post-Zoster-Neuralgie, Metabolische (Poly-)Neuropathien, Rücken-Bein-Schmerzsyndrom (postoperativ-posttraumatisch), bei Sympathisch unterhaltene Schmerzen wie CRPS I (M. Sudeck) und CRPS II (Kausalgie) und bei Ischämieschmerz wie periphere AVK (Stad. II b und III n. Fontaine) und therapierefraktäre Angina pectoris (CCS III-IV): Die Kosten der oben vorgeschlagenen Prozedur orientieren sich am Neurostimulator und liegen geschätzt bei EURO 20.000.

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

Ihrem Wunsch nach Verzicht auf die Einreichung inhaltsgleicher Vorschläge durch verschiedene Organisationen folgend wurde der o. g. Vorschlag mit der

Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)