

# Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: [Vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:Vorschlagsverfahren@dimdi.de)

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für **2007** ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

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

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

## 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

## 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

Urologie
----------

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Urologie <input type="checkbox"/> Nein 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 Name der Fachgesellschaft: <input checked="" type="checkbox"/> Nein
---

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

### 6. Art der Änderung \*

<input type="checkbox"/> Redaktionell z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur <input checked="" type="checkbox"/> Inhaltlich z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung
---

### 7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

Bei Patienten mit therapierefraktärer neurogener Reflexblase ist die Injektion von Botulinum-Toxin in die Blasenwand eine deutschlandweit in spezialisierten Zentren durchgeführte Therapie, die den Patienten eine hohe Lebensqualität ohne die systemischen Nebenwirkungen einer anticholinergen Therapie, ohne eine dauerhafte Katheterableitung und ohne große Eingriffe zur Harnableitung oder Blasenaugmentation ermöglicht. Derzeit wird der Eingriff kodiert als Injektionsbehandlung der Harnblase 5-579.6-. Obwohl die Behandlung in Deutschland etabliert ist, handelt es sich unverändert um einen Off-label-use. Es liegen allerdings international und national ausreichend große Erfahrungen mit dieser Therapie vor, dass die Wirksamkeit den Krankenkassen gegenüber entsprechend belegt werden kann. Das Präparat Botox ist aber in der verwendeten Menge/Dosierung so teuer (2.000 - 3.000 €), dass eine gesonderte Kodierung möglich sein sollte, um diese Fälle identifizieren zu können.
--

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

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

5-597.6- Injektionsbehandlung (excl.: Behandlung mit Botulinum-Toxin) 5-597.8- Injektionsbehandlung mit Botulinum-Toxin 5-597.80 Offen chirurgisch 5-597.81 Laparoskopisch 5-597.82 Transurethral 5-597.83 Perkutan 5-597.84 Über ein Stoma 5-597.8x Sonstige
--

### 9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) \*

s.o.
Ist Ihr Vorschlag für das <b>Entgeltsystem</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung:s.o. <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Vorschlag für die externe <b>Qualitätssicherung</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input type="checkbox"/> Ja Begründung: <input checked="" type="checkbox"/> Nein
<b>Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)</b> <input type="checkbox"/> Standard <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert <input type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt
<b>Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)</b> Ca. 300 Fälle deutschlandweit pro Jahr
<b>Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)</b> Medikamentenkosten ca. 2.000 - 3.000 €

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

Treatment of incontinence after prostatectomy using a new minimally invasive device: adjustable continence therapy.

BJU Int. 2005; 96(4):587-94 (ISSN: 1464-4096)

Hübner WA; Schlarp OM

Department of Urology, Humanis Clinic, Korneuburg, Lower Austria, Austria.

**OBJECTIVE:** To evaluate the safety and efficacy of a new minimally invasive urological implant for incontinence after prostatectomy. **PATIENTS AND METHODS:** The adjustable continence therapy device (ProACT, Uromedica, Plymouth, MN, USA) consists of two balloons placed via a perineal approach bilaterally at the bladder neck in patients after prostatectomy. Titanium ports, attached via discrete tubing to each balloon, are placed in the scrotum, allowing for separate volume adjustments of the balloons at any time during and after surgery. Changes in a quality-of-life questionnaire (I-QoL), pad usage and a subjective continence grading score were assessed in 117 consecutive men after implanting the ProACT, at baseline and at 1, 3, 6, 12 and 24 months. **RESULTS:** After a mean (range) follow-up of 13 (3-54) months and with a mean of 3 (0-15) adjustments, 67% of men were dry, using at most one 'security' pad daily; 92% were significantly improved, and 8% showed no improvement. The I-QoL score improved from a median of 34.7 to 66.3 after 2 years (42 men;  $P < 0.001$ ), the daily pad count decreased from a mean of 6 (1-24)/day to 1 (0-6)/day at 2 years ( $P < 0.001$ ). Continence achieved at  $< \text{or} = 6$  months after implantation through incremental adjustment remained durable at  $> \text{or} = 2$  years in most patients. There were complications during and after surgery in 54 patients, mostly minor and decreasing with increasing expertise, primarily reflecting the development and refinement of the new surgical technique and its instrumentation. Re-implantation for complications was required in 32 patients, with a 75% success rate. **CONCLUSIONS:** The ProACT peri-urethral prosthesis produces durable outcomes equivalent or better than other minimally invasive treatments for incontinence after prostatectomy. Its unique design allows for easy adjustment after surgery to achieve the desired urethral resistance, with no further surgical intervention, thus allowing for an optimum balance between voiding pressures and continence. The promising results reported here suggest that this may be an appropriate, effective and durable first-line treatment to offer men with stress urinary incontinence after prostatectomy