

## 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-komplexbcodefruehreha.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](mailto: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](http://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](http://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](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**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 *	Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPRÄC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.dgpraec.de">https://www.dgpraec.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	PD Dr. med.
Name *	Kehrer
Vorname *	Andreas
Straße *	Universitätsklinik Regensburg, Franz-Josef-Strauss Allee 11
PLZ *	93053
Ort *	Regensburg
E-Mail *	Andreas.Kehrer@ukr.de
Telefon *	0941-782-3102

### 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 *	Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPRÄC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.dgpraec.de">https://www.dgpraec.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. Dr.
Name *	Prantl
Vorname *	Lukas
Straße *	Universitätsklinik Regensburg, Franz-Josef-Strauss Allee 11
PLZ *	93053
Ort *	Regensburg
E-Mail *	Lukas.Prantl@ukr.de
Telefon *	0941-944-6763

## 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) \***

Abbildung komplexer operativer Eingriffe bei Fazialisparese (G51.0)

**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:

Prof. Dr. Dr. Lukas Prantl, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)

Prof. Dr. Steffen Eisenhardt, leitender Oberarzt, Klinik für Plastische Chirurgie, Uniklinikum Freiburg

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Aktuell sind komplexe operative Eingriffe bei Fazialisparese (G51.0) (freie Lappenplastiken, Nerventransplantate, Nerventransfers, Aufhängeplastiken etc.) nicht adäquat im DRG System abgebildet. Daher werden dringend neue Schlüsselnummern für dynamische, statische und kombiniert dynamisch-statische Rekonstruktionsverfahren vorgeschlagen.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Aktuell sind komplexe operative Eingriffe bei Fazialisparese (G51.0) (freie Lappenplastiken, Nerventransplantate, Nerventransfers etc.) nicht adäquat im DRG System abgebildet.

Ursache:

Nur sehr wenige Zentren in Deutschland sind in der Lage, Eingriffe dieser Art bei Fazialisparese durchzuführen.

International und ebenfalls an wenigen Zentren in Deutschland, hat sich insbesondere in den letzten Jahren die dynamische Rekonstruktion mit komplexen Nerventransplantationen, Nerventransfers und mikrochirurgischen (Muskel-)Transplantaten als Goldstandard etabliert. Allerdings bedingt die Komplexität der Eingriffe ein hochspezialisiertes Zentrum; ebenso ist die Vor- und Nachsorge sowie die individuelle Eingriffsplanung zwangsläufig mit einer hochspezialisierten Expertise verknüpft, die in Deutschland nur an einer handvoll Einrichtungen angeboten werden kann.

Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass bislang nur sehr wenige Kalkulationshäuser Daten geliefert haben.

1.Beispiel: Funktionelle, neurovaskuläre freie Lappenplastik: z.B. freie funktionelle gracilis-Muskeltransplantation

ICD: G 51.0

OPS : 5-858.90, mikrochirurgische Lappenplastik Sonstige

Führt in die Fehler DRG 801B: Aktuell bewertet mit 3,09 Punkten.

Dem steht ein Aufwand von durchschnittlich 8-9 Operationsstunden, ein stationärer Aufenthalt von 1 Woche sowie intensive stationäre pflegerische Maßnahmen und eine äußerst aufwändige präoperative Planung und postoperative Nachsorge gegenüber. Die Komplexität einer freien funktionellen Muskellappenplastik ist wesentlich höher zu bewerten, als die Transplantation einer freien (z.B. fasziokutanten) Lappenplastik, die lediglich zur plastischen Defektrekonstruktion verwendet wird.

Somit ist der Eingriff zur Zeit um ca. die Hälfte unterfinanziert und außerdem im Status einer Planungsunsicherheit aufgrund der Fehler-DRG.

## 2, Beispiel: Cross-Face-Nerventransplantation (CFNG)

In der Regel Suralisnerven-Transplantat vom Unterschenkel, ein oder beidseitig, sehr häufig kombiniert zusätzlich mit ipsilateralem Nerventransfer (siehe weiter unten)

Die CFNG wird derzeit entweder als Ersteingriff zur Vorbereitung einer sekundären freien, funktionellen Muskeltransplantation (dann meist 1 CFNG, Zeitaufwand 4-5 h) oder aber zur Neurotisation noch intakter mimischer Muskulatur (dann meist 2 oder mehr CFNG, Zeitaufwand 7-8 h, mikrochirurgischer Anschluss in beiden Gesichtshälften), und hierbei häufig in Kombination mit zusätzlichem Nerventransfer (siehe weiter unten, dann wenigstens 5 mikrochirurgische Nervennähte) durchgeführt. Führt in die DRG B 17 C (aktuell bewertet mit 1,34 Punkten).

Dem steht ein Aufwand von durchschnittlich 7-8 Operationsstunden, einem stationärer Aufenthalt von 3-4 Tagen sowie intensive stationäre pflegerische Maßnahmen und einer äußerst aufwändigen präoperative Planung und postoperative Nachsorge gegenüber.

## 3. Beispiel:

Nerventransfer - zur Neurotisation der noch intakten Muskulatur wird ein weiterer Hirnnerv (z.B. N. hypoglossus, N. massetericus, N. accessorius etc.) an den (funktionslosen) N. facialis oder direkt an die Muskulatur umgelagert

Dies kann ipsilateral erfolgen, oder jedoch ebenfalls in Kombination mit Nerventransplantaten (CFNG), welche den kontralateralen, intakten N. facialis in die gelähmte Gesichtshälfte verlängern. Führt in der Regel ebenfalls in die DRG B17 C.

## 4. Beispiel:

Muskeltransfer - zur funktionellen Verbesserung, es werden z.Bsp. der M. temporalis, M. massetericus, M. digastricus innerviert zur Funktionsverbesserung transferiert.

Hierfür steht momentan nur die lokale Lappenplastik zur Verschlüsselung zur Verfügung, jedoch ist ein funktioneller Transfer einer Muskellappenplastik als wesentlich komplexer und zeitaufwendiger zu bewerten als lediglich die Transposition zur Weichteilrekonstruktion

Häufig werden oben genannte Eingriffe noch mit statischen Aufhängepastiken (z.B. Einbringung von Fascia lata vom Oberschenkel, Plantaris-longus-Sehne vom Unterarm etc.) und/oder Straffungsoperationen/Gewebereduktionen kombiniert, um zusätzlich zur Wiederherstellung der dynamischen Muskelfunktionen eine Verbesserung der statischen Ruhesymmetrie zu erreichen.

Diese Eingriffe sind somit zur Zeit in extrem unterbewertet (geschätzt maximal 20 % der entstandenen Kosten werden durch die Fallpauschale vergütet).

Abschließend wird empfohlen alleinige Gesichtsstraffungen zur Wiederherstellung bei Gesichtslähmung, als kritisch zu sehen, da eine ganzheitliche Rekonstruktion nur mit einem ganzheitlichen Spektrum mikrochirurgischer (z.B. freie funktionelle Muskeltransplantation) und nicht-mikrochirurgischer Techniken (z.B. Temporalismuskel-Transfer) angeboten werden kann und deshalb spezialisierten Zentren vorbehalten werden sollte, um die bestmögliche operative Behandlung von Patienten mit Gesichtslähmung zu erzielen

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

Der Vorschlag ist insofern relevant, als dass es aktuell keine vernünftige Möglichkeit einer korrekten Eingabe von operativen Prozeduren bei Fazialisparese gibt und diese aktuell zusätzlich nicht kostendeckend abgebildet sind

**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)**

S. 3/4, S. 7, S. 19, S. 40 (!), S2-Leitlinie "Therapie der idopathischen Gesichtslähmung (Bell's Palsy)" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) März 2017: [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-013.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-013.html)

Zitat aus der Leitlinie (S. 40): "Zeitpunkt der Rekonstruktion: Während der Augenschutz frühzeitig, ggf. auch mit temporären Lösungen, sichergestellt werden muss, haben rekonstruktive Optionen für den Mundwinkel zunächst untergeordnete Dringlichkeit. Bei sicher verbleibenden Defektzuständen sollte jedoch eine beratende Vorstellung beim rekonstruktiven Chirurgen innerhalb des ersten Jahres nach Auftreten der Lähmung erfolgen. Die Planung eines rekonstruktiven Verfahrens nach 6–9 Monaten ohne Regenerationszeichen ist wünschenswert. Dies auf dem Boden der Tatsache, dass zu diesem Zeitpunkt noch rekonstruktive reinnervierende Verfahren möglich sind, die häufig einfacher und für den Patienten weniger belastend sind. Zuweisungen zur Rekonstruktion zu späteren Zeitpunkten deutlich über 12 Monate nach Beginn der Parese bei sicher verbleibenden Defektzuständen sind nicht mehr zeitgemäß und können evtl. das Rekonstruktionsergebnis einschränken.

• [ Wahl des rekonstruktiven Verfahrens: Je nach Zeitpunkt unterscheiden sich reinnervierende Verfahren in der die noch nicht vollständig atrophierte mimische Muskulatur mit einem neuen Spendernerven reinnerviert wird, von funktionersetzenden Verfahren, bei denen die atrophierte Muskulatur ebenfalls ersetzt werden muss. Evidenzbasierte Vergleiche zwischen den zur Verfügung stehenden Spendernerven zur Reinnervation existieren nicht, jedoch zeigt sich ein Trend unter den rekonstruktiv tätigen Chirurgen weg von Hypoglossus und alleinigem Cross Face Nerve graft (CFNG) hin zu Spendernerven mit höhere Anzahl an Axonen (Snyder- Warwick et al. 2015), um eine ausreichend starke Reinnervierung zu erzielen, z.B. mit dem N. massetericus, dem N. accessorius oder Kombinationen verschiedener Nerven (Chuang et al., 2013; Klebuc, 2011). Sollte die Parese länger bestehen und eine Reinnervation wegen Atrophie der Muskulatur nicht mehr möglich sein wird allgemein der Funktionersatz empfohlen, z.B. durch Muskelumlagerung (M. temporalis) (Labbe and Huault, 2000) oder einen freien funktionellen Muskeltransfer. Hier hat sich der M. gracilis vom Oberschenkel als häufig genutztes Verfahren durchgesetzt. Das Muskeltransplantat kann dann durch einen Spendernerven, z.B. durch ein Cross-Facial Nerve Grafting (CFNG) innerviert werden wobei auch hier der Trend hin zu starken Spendern wie dem N. massetericus geht (Eisenhardt et al., 2013; Thiele et al., 2015)."

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Abhängig vom gewählten Operationsverfahren. Die Kosten sind als höher als beispielsweise der bereits etablierten DIEP-Lappenplastik zur autologen Brustrekonstruktion nach Brustkrebs zu bewerten, da mit höherer OP-Dauer und -komplexität zu rechnen ist. Des weiteren wird beispielsweise beim freien funktionellen Muskeltransfer nicht nur ein Gewebeverpflanzung mit Anschluss an Blutgefäße wie bei der DIEP-Lappenplastik durchgeführt, sondern zusätzlich eine funktionelle Muskelgewebestransplantation mit Anschluss an Nerv(en) und Empfängergefäße mit einer komplexen Muskelformung, Muskelvorspannung, diffizilen vektorialen und möglichst unauffälligen Positionierung des Transplantates im Gesicht vorgenommen.

DIEP-Lappenplastik als Vergleich: 5-885.9 Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung

Inkl.: Deep inferior epigastric perforator flap [DIEP-Flap], superficial inferior epigastric perforator flap [SIEP-Flap]

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

aktuell existieren keine Schlüsselnummern von vergleichbaren Verfahren

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

derzeit ca. 200-500 Fälle in Deutschland

**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 keine Relevanz

**8. Sonstiges**

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

Bedauerlicherweise zeigt sich in Deutschland folgende Situation: einerseits gibt es sehr viele Betroffene (etwa 20-30/100 000 Menschen {1}), etwa ein Viertel hiervon trägt dauerhafte Funktionsverluste davon), andererseits finden sich nur sehr wenige solide Anlaufstellen für eine suffiziente operative Wiederherstellung für Funktion, Mimik, Symmetrie und Form.

Die Realität für Fazialisparesepatienten mit persistierenden Funktionsausfällen ist häufig enttäuschend. Oftmals werden Patienten sehr lange (über 1- 1,5 Jahre) mit vergeblichem Warten auf eine (häufig unrealistische) Besserung getröstet, während die mimische Muskulatur durch den ausbleibenden Nervenreiz trotz konsequenter Physio-/Ergotherapie und Logopädie stetig abbaut und schließlich atrophiert. Selbst dann kann zwar immer noch mit einer freien Muskelverpflanzung oder Muskelumlagerung (Temporalistransfer) gut geholfen werden. Die freie funktionelle Muskeltransplantation (z.B. eines kleinen gracilis-Muskels vom Oberschenkel) ist durch mikrochirurgische Methoden mittlweile sehr erfolgreich, jedoch liegt es nahe, dass ein einzelner transplantiertes Muskel nur einen Teil der Funktion von 21-24 Gesichtsmuskeln einer Gesichtshälfte mit verschiedenen Vektoren ersetzen kann. Im früh-sekundären Stadium, also nach Abwarten einer Primärphase von etwa 6 Monaten (max 9 Monaten) ist daher eine Neurotisation durch Nervenretransplantation(en) (CFNG) und/oder Nerventransfer wesentlich eleganter und einfacher durchzuführen, um wichtige Funktionen zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. Im besten Fall können hierdurch alle 21-24 Gesichtsmuskeln erhalten werden (siehe auch Leitlinie S. 40).

Sehr hilfreich wäre es also für diesen Teil der Patienten, wenn eine zeitgerechtere Indikationsstellung zur Neurotisation getroffen würde. Die Unkenntnis der Dringlichkeit derer und der etablierten mikrochirurgischen Verfahren führt gegenwärtig allzu häufig dazu, dass zur Erhaltung der mimischen Muskulatur wertvolle Zeit unnötig verstreicht und es zur Atrophie kommt.

(1) Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl. 2002(549):4-30. PubMed PMID: 12482166.