

Neuromodulative Verfahren – ambulant oder stationär durchführen?

Stellungnahme von DGS und DGNM zur Ambulantisierung von Behandlungsleistungen

Thorsten Luecke

Indem medizinische Leistungen zunehmend ambulantisiert werden, sollen die Herausforderungen der stationären Versorgung bewältigt werden – ein grundsätzlich richtiger Anspruch, bei dessen praktischer Umsetzung es aber eine differenzierte Betrachtung der Behandlungsleistung und des Patientenkollektivs braucht. Zur Frage, welche Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation auch ambulant durchgeführt werden können, haben sich die Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation (DGNM) und die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) in einer Stellungnahme geäußert.

Die verschiedenen Reformen zur Ambulantisierung und Finanzierung stellen derzeit einige der wichtigsten Themen in der Gesundheitspolitik dar. Unter dem Begriff Ambulantisierung verstehen wir sämtliche Bemühungen, die dazu dienen, nicht notwen-

dige vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Diese Bemühungen werden von DGNM und DGS ausdrücklich begrüßt. Die Leistungserbringung hat dabei nach den Qualitätskriterien des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) zu erfol-

gen. Um eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern, ist es erforderlich, dass Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte vertrauensvoll kooperieren und im Sinne der Patienten zusammenarbeiten, um die bestmögliche Prävention, Diagnostik und Therapie zu erreichen. Hier bilden die medizinischen Erforderlichkeiten, die Patientenpräferenzen und die Wirtschaftlichkeit die wichtigsten Entscheidungsparameter.

Ebenfalls begrüßen wir grundsätzlich die Möglichkeit, dass bisher stationär erbrachte Krankenhausleistungen zukünftig auch in ambulanten oder sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen erbracht werden können. Hierzu wurden umfassende Auflistungen von Leistungen erstellt (AOP-Katalog, Hybrid-DRG-Katalog), die in der Zukunft weiterentwickelt werden sollen.

Leistungen, die in den genannten Katalogen aufgeführt sind, können sowohl im ambulanten Setting als auch im stationären Bereich durchgeführt werden. Die Leistungen pauschal von einer stationären Leistungserbringung auszuschließen und nur noch ambulant durchzuführen, mag zwar in der Theorie für ausgewählte, elektive Eingriffe möglich sein, wird aber vor allem den patientenindividuellen Anforderungen nicht gerecht. Im konkreten Einzelfall berücksichtigt eine über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) beschriebene Leistung weder patientenspezifische Risiken noch Komorbiditäten, Pflegebedürftigkeit oder eine entsprechende soziale Indikation. Auch die individuellen Bedürfnisse von Patienten mit chronischen Erkrankungen werden



Einige neuromodulative Verfahren wie die Tiefe Hirnstimulation sind etwa aufgrund ihrer Invasivität für die ambulante Leistungserbringung nicht geeignet.

hierbei nicht ausreichend gewürdigt. Insofern kann ein strikter Ausschluss stationärer Leistungserbringung in dieser Patientengruppe zu einer Versorgungslücke führen. Dies ist so nicht gewollt und auch medizinisch nicht vertretbar.

Für den Bereich der Neurostimulation definieren wir daher nachfolgend die Verfahren, die aufgrund ihrer Invasivität und der erforderlichen Spezialisierung ausschließlich im stationären Krankenhausbereich erbracht werden sollten. Ebenso stellen wir dar, welche Verfahren der Schmerzbehandlung, die schon heute im ambulanten Bereich erbracht werden können, patientenindividuell auch im stationären Sektor durchgeführt werden sollten und welche Verfahren aus unserer Sicht geeignet sind, perspektivisch in den AOP-Katalog aufgenommen zu werden.

Stationäre Leistungserbringung

Da unter den Begriff Neuromodulation eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren gefasst wird, kann in dieser Stellungnahme nicht auf alle davon im Detail eingegangen werden. Einige Verfahren der Neuromodulation sind aufgrund ihrer Invasivität und des erforderlichen Spezialisierungsgrades für die ambulante Leistungserbringung nicht geeignet und folgerichtig auch nicht im AOP-Katalog oder als Hybrid-DRG aufgeführt. Dazu gehören:

1. Tiefe Hirnstimulation
2. Okzipitale Nervenstimulation
3. Vagusnerv-Stimulation
4. Hypoglossusnerv-Stimulation
5. Spinalganglienstimulation
6. Plattenelektroden zur epiduralen Rückenmarksstimulation (Spinal Cord Stimulation, SCS)
7. Intrathekale Medikamentengabe und -Pumpe

Bei all diesen Neurostimulationsverfahren erscheint es medizinisch sinnvoll, beim Austausch der Batterie (IPG-Wechsel) zunächst eine ambulante Leistungserbringung zu prüfen.

Liegen bei einem Patienten bestimmte Sachverhalte vor (Kontextfaktoren – Anlage 1 des AOP-Vertrags), dann ist eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu unterstellen (§ 8 Abs. 1 und 2 des Vertrages nach § 115b SGB V). Ebenso können patientenindividuelle medizini-

Tab. 1: Mögliche Gründe für eine stationäre Leistungserbringung (Aufzählung beispielhaft und nicht abschließend)

Operation	Patient	Soziale Tatbestände
Blutungen oder Blutverlust sowie Blutgerinnungsstörungen	Komorbiditäten, zum Beispiel Atemprobleme, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Erkrankung der Niere oder der Leber, Immundefekt, Rauchen	OP-Zentrum-Heimdistanz/Fahrzeit
Intravenöse Antibiose wegen wiederholter chirurgischer Eingriffe	ASA-Score 3, Schmerzzustände, Reduktion des Infektionsrisikos, häufige ambulante und stationäre Behandlungen, Medikamentenentwöhnung vor dem Eingriff	Häusliche Nachbetreuung (nach Narkose) nicht gewährleistet
OP-Dauer und/oder Narkosezeit	Narkoseunverträglichkeit, Narkosekomplikationen	Keine fachärztliche Nachbetreuung

Tab. 2: Beispielhafte Auflistung der Prozeduren aus der SCS, die ambulant erbracht werden sollten und die über den EBM vergütet werden, aber nicht im AOP-Katalog stehen

OPS	Prozedur	EBM	AOP
5-039.a6	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Eine subdurale Elektrode	Ja	–
5-039.a7	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Mehrere subdurale Elektroden	Ja	–
5-039.b	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	Ja	–
5-039.c0	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode	Ja	–
5-039.c1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Mehrere epidurale Stabelektroden	Ja	–
5-039.r	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung eines Neurostimulators zur Spinalganglienstimulation	Ja	1

sche oder soziale Gründe als Kontextfaktoren vorliegen, die eine stationäre Leistungserbringung erforderlich machen (§ 8 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b SGB V).

Gründe für eine stationäre Leistungserbringung können neben dem Vorliegen eines Kontextfaktors unter anderem durch die Operation selbst, den Patienten oder durch soziale Tatbestände gegeben sein (**Tab. 1**). Auch der Wunsch des Patienten ist bei der Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird, mit zu berücksichtigen (z. B. bei Vorliegen von Angstzuständen oder bei Ablehnung einer ambulanten Operation).

Ambulante Leistungserbringung

Leider sind die ambulanten Vergütungsstrukturen für diese Neuromodulationsverfahren noch nicht vollständig ausgereift, sodass es immer wieder zu einer Diskrepanz zwischen medizinischer Erfordernis und tatsächlicher Verfügbarkeit der Prozeduren kommt. Im Folgenden wird dieses Spannungsbild anhand der SCS für die Neuromodulationstherapie exemplarisch dargestellt. Eine Übersicht des Leistungsspektrums der SCS mit ambulanter Leistungserbringung, die zwar über den EBM vergütet werden, aber nicht im AOP-Katalog enthalten sind, ist **Tab. 2** beispielhaft zu entnehmen. Auch wenn die OPS-Codes zur

Elektrodenimplantation in den ambulanten Katalogen geführt werden, empfehlen wir aufgrund des Risikos einer epiduralen Einblutung und einer Infektion im epiduralen Bereich, die Implantation regelhaft stationär durchzuführen.

Wirtschaftliche Leistungserbringung

Grundsätzlich wird unterstellt, dass die ambulante Leistungserbringung wirtschaftlicher (kostengünstiger) ist als die stationäre Leistungserbringung. Die Auswahl der geeigneten Therapie und der Leistungserbringung – ambulant versus stationär – orientiert sich immer an den medizinischen Anforderungen des einzelnen Patienten. Erst nachfolgend ist die erforderliche Leistung so wirtschaftlich wie möglich zu erbringen. Für die Neuromodulation bedeutet dies, dass das Neurostimulationssystem a priori auf Basis der patientenindividuellen Indikationsstellung, also der für die Indikation vorliegenden Leitlinienempfehlung, der verfügbaren Evidenz, den klinischen Erfahrungen des Arztes und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten, ausgewählt wird. Nach Evaluation des Behandlungsergebnisses (z. B. Schmerzreduktion, Verbesserung der Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, Teilnahme am Leben) in einer Testphase – bei der SCS werden 5–14 Tage empfohlen – erfolgt die Auswahl des Stimu-

lators unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit. Dabei sind wiederaufladbare Generatoren aufgrund ihrer längeren Batterielaufzeit den nicht wiederaufladbaren Generatoren überlegen oder zumindest gleichzusetzen. Bei hochfrequenter Stimulation (z. B. 10-kHz-SCS) oder hohem Energieaufwand (z. B. Stimulationsamplitude, Closed-Loop-Stimulation) sind grundsätzlich wiederaufladbare Systeme indiziert.

Hybride Leistungserbringung

Keines der oben genannten Neurostimulationsverfahren (1.–7.) ist aus Sicht der DGNM und der DGS derzeit dazu geeignet, im Rahmen der Hybrid-DRG abgebildet zu werden.

Weiterentwicklung der Ambulantisierung

Nach Einschätzung der DGNM und der DGS werden sich die Kataloge für die ambulante Leistungserbringung (AOP-Katalog und Hybrid-DRG) in den nächsten Jahren weiterentwickeln, wobei Leistungen beziehungsweise Leistungsbereiche sukzessive aufgenommen werden. DGNM und DGS halten es für erforderlich, bei der Entscheidung, welche Verfahren aus dem Bereich der Neuromodulation und der interventionellen Schmerztherapie heute und in der Zukunft ambulant erbracht werden können und wie deren Verfügbarkeit sachge-

recht gestaltet werden kann, aktiv und vorausschauend mit einbezogen zu werden. Fachliche medizinische Kompetenz ist für derartige Entscheidungen unerlässlich. DGNM und DGS stehen einem konstruktiven Austausch aufgeschlossen gegenüber.

Ebenso ist darauf zu achten, dass sich die ambulanten Vergütungsmechanismen auch entsprechend der neu aufgenommenen Leistungsbereiche anpassen und entwickeln. Beispielhaft sei hier die Kalkulation der Hybrid-DRGs dargestellt, die, wie oben beschrieben, für neuromodulative Verfahren derzeit nicht praktikabel sind. Bei vielen Neurostimulationssystemen handelt es sich um Medizinprodukte mit hohen Sachkosten. Im DRG-System wird der Großteil der Sackkosten über Zusatzentgelte (z. B. ZE-140/ZE2024-61) vergütet. In den Hybrid-DRGs werden derzeit nur Zusatzentgelte der Dialysebehandlungen und bei Versicherten mit Hämophilie berücksichtigt. Teure Sachkosten sind aber auch bei Hybrid-DRGs herauszunehmen, da diese nicht zu kalkulieren sind. Zusatzentgelte für Neuromodulationssysteme müssen auch bei Hybrid-DRGs erstattungsfähig bleiben.

Dr. med. Thorsten Luecke
Verbundkrankenhaus Linz-Remagen
Am Anger 1,
53424 Remagen
t.luecke@krankenhaus-linz.de

Buchtipps

Evidenzbasierte Prävention und Therapie von Rückenschmerzen im Sport

Unter dem Slogan „Ran Rücken“ hat das Bundesinstitut für Sportwissenschaft in den Jahren 2011 bis Ende 2018 ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zur Entwicklung, Evaluation und Umsetzung einer funktionsbezogenen Diagnostik, Prävention und Therapie bei Rückenschmerzen im Spitzensport und in der Gesamtgesellschaft gefördert. Dafür wurden rund 8.000 Gesunde sowie Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen aus der Allgemeinbevölkerung und dem Spitzensport in 34 Projekten wissenschaftlich und klinisch betreut. Die aus diesen Daten abgeleiteten Empfehlun-

gen wurden nun in dem Buch „Rückenschmerz und Sport“ zusammengetragen.

Zu Beginn führen Kapitel in die Grundlagen von Rückenschmerzen im Sport ein. Die darauffolgenden Kapitel befassen sich mit der strukturellen und funktionellen Diagnostik sowie den präventiven und therapeutischen Zugängen in der Behandlung von Rückenschmerzen. Ergänzt werden die Beiträge durch Schnittstellen zu einer multimodalen Diagnostik und Therapie. Die Vorstellung des Forschungsnetzwerks MiSpEx, aus dem heraus das Buch entstanden ist, samt

Ausführung der Projektergebnisse, schließen das Buch ab. Als Zielgruppe werden Ärzte, Physio- und Trainingstherapeuten, Sportwissenschaftler, Trainer sowie Übungsleiter angesprochen.



Mayer F, Arampatzis A, Banzer W, Platen P, Schneider C

Rückenschmerz und Sport

1. Auflage, 2024
ISBN: 978-3-662-63252-9