



Derzeitige und zukünftige Vergütung der epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS)

Kostenerstattung der SCS

Behandlungspfade am Beispiel von typischen Behandlungsfällen **Spannungsfeld Medizinischer Dienst**

12. Oktober 2023

Webinar-Serie der medhochzwei-Verlag GmbH


Behandlungspfade am Beispiel von typischen Behandlungsfällen (Spannungsfeld Medizinischer Dienst)



Dr. Thorsten Luecke

Aktuelle Leitlinien zur SCS

Erscheinungsjahr:
2013

publiziert bei:	 Das Portal der wissenschaftlichen Medizin		
AWMF-Register Nr.	041/002	Klasse:	S3
Dt. Ges. für Anästhesiologie und Intensivmedizin Dt. Ges. für Angiologie Dt. Ges. für Kardiologie Dt. Ges. für Neurochirurgie Dt. Ges. für Neuromodulation Dt. Ges. für Neurologie Dt. Ges. für Psychologische Schmerztherapie und forschung Dt. Schmerzgesellschaft e.V.			
unter Beteiligung von			
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie Dt. Ges. für Schmerztherapie e.V. Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten, European Federation of Neurological Societies			

...in Überarbeitung

Erscheinungsjahr:
2019



...in Überarbeitung

Erscheinungsjahr:
2021






¹ https://register.awmf.org/assets/guidelines/041-002p_S3_Epidurale_R%C3%BCckenmarkstimulation_2013-07_abgelaufen.pdf

² <https://dgs-praxisleitlinien.de/epidurale-ruennenmarksstimulation-zur-therapie-chronischer-schmerzen/>

³ <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1515-9168>

Indikation & Patientenselektion

Diagnose	  <p style="text-align: center;">Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)</p>	 <p style="text-align: center;">Failed Neck Surgery Syndrome (FNSS)</p>	<p style="text-align: center;">Periphere diabetische Neuropathie (PDN)</p>
Allgemeine Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Schmerzen • Neuropathisch • Mixed Pain, gemischt nozizeptiv -neuropathisch (FBSS) • Sympathisch unterhalten • Ischämisch • Medikamentös oder psychotherapeutisch nicht ausreichend behandelbar • Psychologische, psychiatrische oder psychosomatische Evaluation erforderlich • Indikationsstellung erfolgt interdisziplinär 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronisch neuropathische, therapieresistente Schmerzzustände • Mixed Pain, gemischt nozizeptiv -neuropathisch (FBSS) • Ischämisch • Chronisch postoperative Schmerzen • Psychologische, psychiatrische oder psychosomatische Evaluation erforderlich • Indikationsstellung erfolgt interdisziplinär 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit neuropathischen Schmerzen, die nach spätestens 12 Wochen Therapie keine ausreichende Schmerzlinderung zeigen • Einschränkung der Lebensqualität durch Schmerzen • Hinzuziehen eines erfahrenen Arztes in der Schmerztherapie • Schmerzen, die nicht hinreichend auf die Pharmakotherapie ansprechen
Allgemeine Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • vorhandene Implantate mit Sensing Eigenschaften (z. B. automatische Defibrillatoren, ICD- CRTD-Therapie) • monopolar eingestellte Schrittmacher • Schwere Koagulopathie • nicht eingestellte psychologische oder psychiatrische Erkrankungen • Substanzabusus und -abhängigkeit • Unfähigkeit das Stimulationssystem zu bedienen • eingeschränkte Lebenserwartung, fortgeschrittene maligne Erkrankung • Patienten, die sich einer therapeutischen Diathermie unterziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei implantiertem Defibrillator besteht keine absolute Kontraindikation • Rentenbegehren • Patienten mit rein nozizeptiven Schmerzsyndromen • Eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit oder unzureichende Compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht näher beschrieben

Indikation & Evidenzgrad

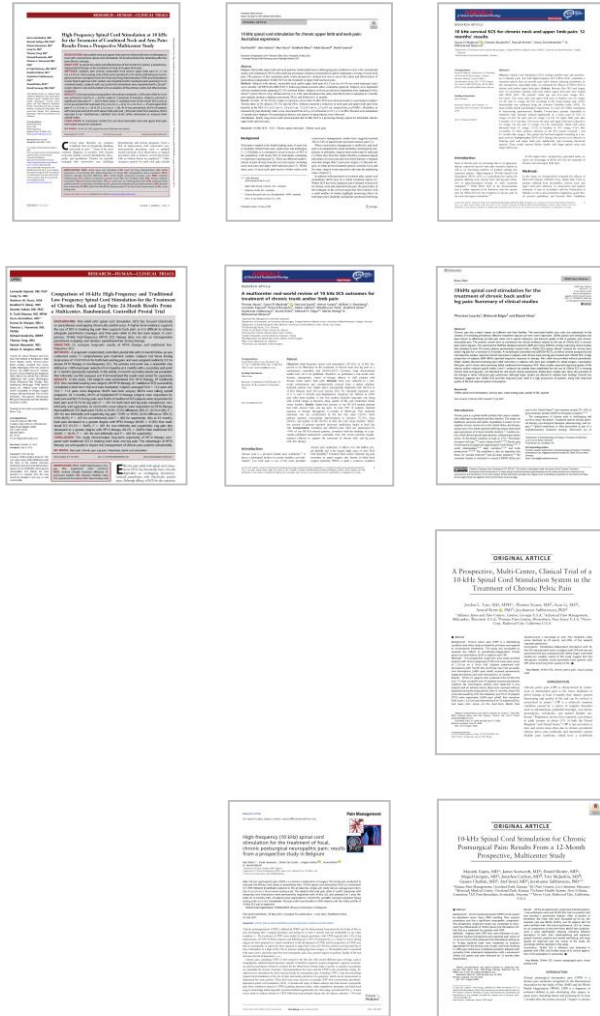
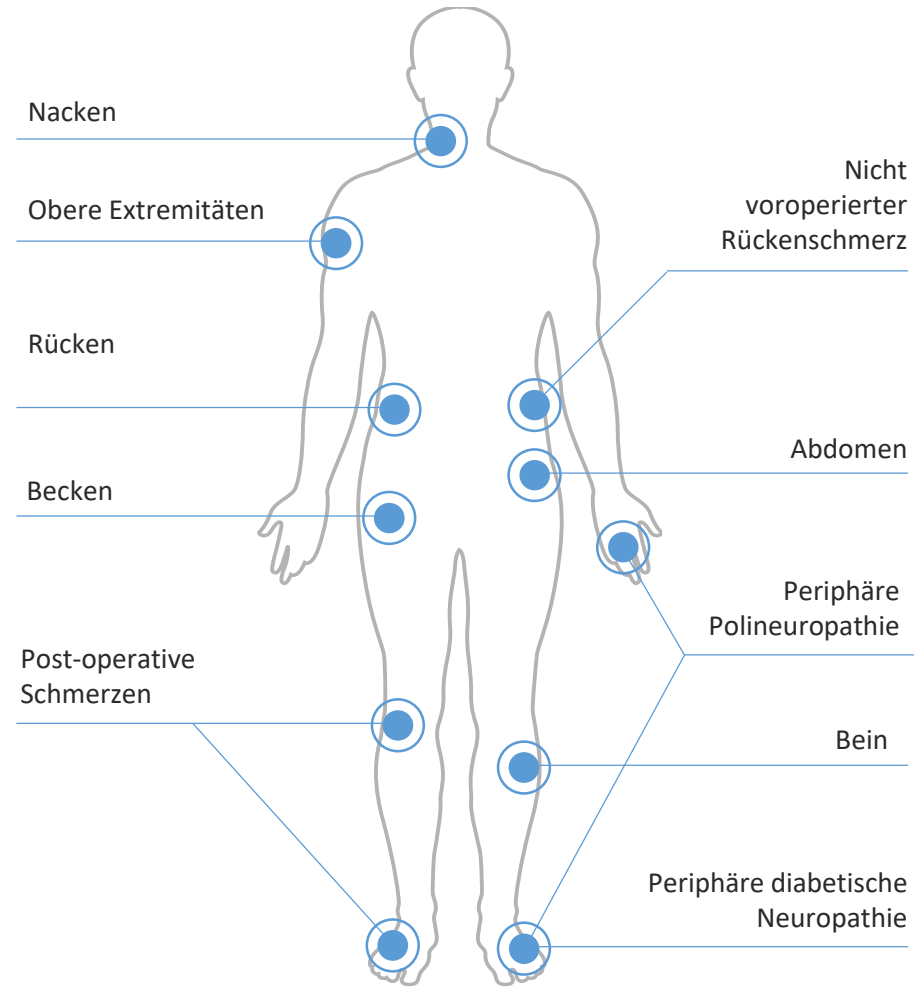
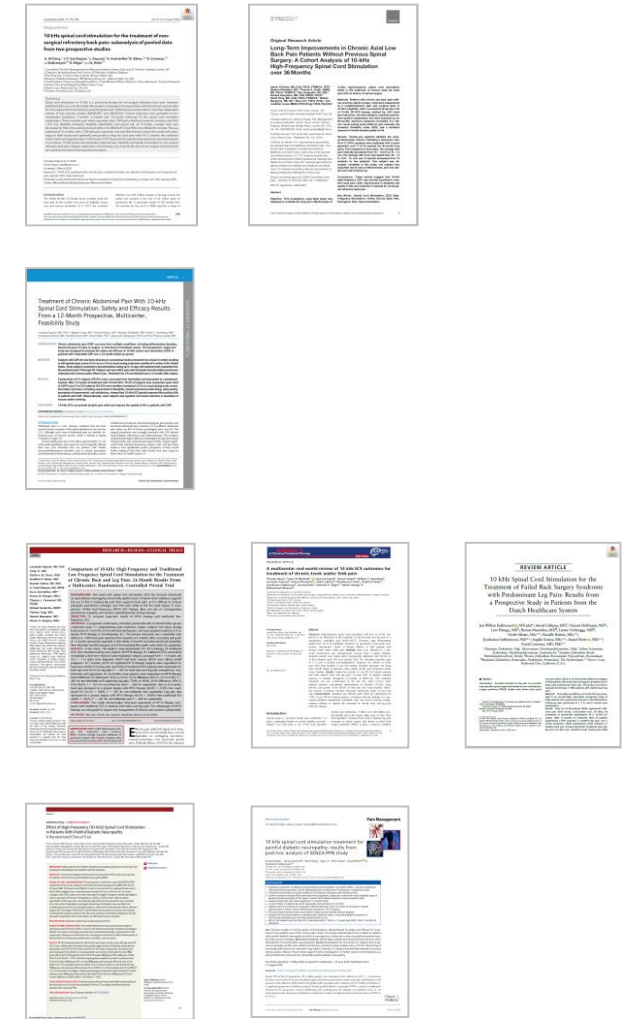
Diagnose	Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)*	Failed Neck Surgery Syndrome (FNSS)	Periphere diabetische Neuropathie (PDN)	Chronic Regional Pain Syndrome (CRPS I)	Chronic Regional Pain Syndrome (CRPS II)	Ischämische Schmerzen (pAVK, Angina Pectoris)
ICD Code	M54.--	M54.--	G63.2	G90.5-	G90.6-	179.23 120.9
Evidenzgrad	B S3-Leitlinie A DGS	O S3-Leitlinie A DGS	O S3-Leitlinie B DGS	B S3-Leitlinie B DGS	O S3-Leitlinie B DGS	O S3-Leitlinie C DGS

* Neue Bezeichnung:

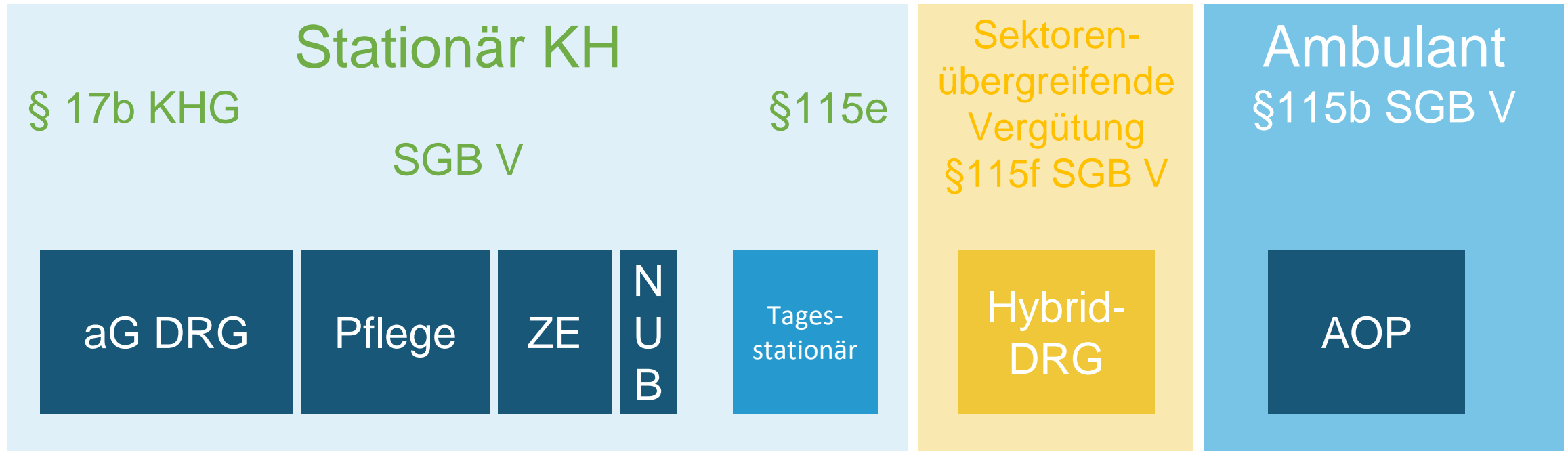
PSPS Typ I: Persistent spinal pain Syndrome bei nicht voroperierten Patienten (NSRBP) ; PSPS Typ II: Persistent spinal pain Syndrom bei voroperierten Patienten (FBSS + FNSS)

Referenz: Will persistent spinal pain syndrome replace failed back surgery syndrome? Brian Simpson, Nick Christelis, Marc Russo, Michael Stanton-Hicks, Simon Thomson, European Journal of Pain, 02 August, 2021

Evidenz zur SCS-Therapie unterstützt Indikationsstellung

Ausweitung AOP + Tagesstationäre Behandlung + Sektorübergreifende Versorgung



Quelle: inspiring-health GmbH

Anamnese und klinische Angaben	
Patient	Weiblich
Geburtsjahr	1999
ICD Kode	M54.97
ICD Bezeichnung	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich
Fallbeschreibung	<ul style="list-style-type: none">- Chronische Wunde rechter Fußrücken mit 3-MRGN- aktuell reizlos, Verband mit Hydrokolloid- Z.n. i.v. Langzeit-Penicillin-Therapie- Rezidivierendes Erysipel Fußrücken rechts- Lymphangiopathie mit Z.n. ausgeprägtem Lymphödem- chronisches Ulcus rechter Fußrücken- Muskelatrophie, Kontrakturen des rechten Unterschenkels und Fußes- Langzeit Penicillin-Therapie i.v. über Port- Thrombose V. axillaris und subclavia rechts mit Lungenarterienembolie beidseits 04/2019- nach Portimplantation- unklare Radialisparese rechts seit 09/2018- Ausschluss TBVT bds.- OAK: Xarelto

Case Report I

	Ambulant	Stationär	Elektrodenimplantation	
			Temporär	Permanent
Trial	X		X	
Generatorimplantation		X		X

Prozedere	EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	EBM Punkte	EBM Vergütung
Implantation <u>mehrer</u> Elektroden zur epiduralen Teststimulation	31256	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	6645	763,61 €

Prozedere	EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	EBM Punkte	EBM Vergütung
Entfernung mehrerer Elektroden	31252	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	2057	236,38 €

OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator inkl. Ersteinstellung	FBSS	M54.87	I19A	4.000,71 €	5.351,86 €

Test-Sachkosten
=
Durchlaufender
Posten

+ ZE2023-61

Case Report II

Anamnese und klinische Angaben	
Patient	Männlich
Geburtsjahr	1963
ICD Kode	G90.51
ICD Bezeichnung	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I
Fallbeschreibung	<ul style="list-style-type: none">- Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) rechter Knöchel und Fuß- nach Distorsionstrauma 06/2016- Teillähmung des rechten Armes und Beines (ED 2016)- unklare Radialisparese rechter Arm seit 09/2018 (Neurographie o.B.)- i.v.-Analgesie mit Hydromorphon-Pumpe- Z.n. Portimplantation- links 30.12.2019 (KH Brühl)- Explantation Port rechts bei Dysfunktion und Infekt- Funktionelle Stenose im Dünndarmbereich- Erbrechen und Übelkeit- Dermatonie bei Opioidtherapie- Z.n. intermittierender parenteraler Ernährung- faltenassoziierte Gastritis, PPI-Therapie- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41- Z.n. Implantation eines Nervenstimulators Rückenmark 2017 (KH Linz), aktuell inaktiv- Juvenile idiopathische rheumatoide Arthritis- RF und ACPA negativ- Depressive Störung- Anorexia nervosa- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ

Case Report II

	Ambulant	Stationär	Elektrodenimplantation	
			Temporär	Permanent
Trial		X		X
Generatorimplantation	X			

OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	FBSS	G90.51	B19B	4.000,71 €	6.315,03 €

Prozedere	EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	EBM Punkte	EBM Vergütung
Generatorimplantation	31252	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	2057	236,38 €

IPG Sachkosten
=
Durchlaufender
Posten

Anamnese und klinische Angaben	
Patient	Männlich
Geburtsjahr	1968
ICD Kode	E11.40
ICD Bezeichnung	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit neurologischen Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
Fallbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus Typ 2 - Erstdiagnose 2010 und Management des Diabetes Diät und Metformin. - PDN gesichert. BMI: 28. HbA1c-Wert 7,8. - Hier seit 2017 - Chronifiziertes neuropathisches Schmerzsyndrom, Diabetische Polyneuropathie - Anhaltende neuropathische Schmerzen in Beinen und Füßen. Überwiegend in den Nachtstunden kribbelnde und brennende Schmerzen, zudem Taubheits-/Kältegefühl in den Füßen - Schmerzstärke tagsüber NRS: 4-5, nachts NRS: 8-9. Schmerzbedingte Schlafstörungen <p>Therapie: Pregabalin, Gabapentin, Amitryptilin, Palexia, darunter keine Besserung deutliche NW tagesmüde, antriebsschwach Hyposensibilität. Fuß-Pulse beidseits tastbar. Es liegt ein chronisches, therapieresistentes neuropathisches Schmerzsyndrom bei langjähriger diabetischer Polyneuropathie vor.</p> <p>Prozedere: Indikation zur 10-kHz-SCS, SCS-Testphase in 8/2022 mit 90 % Schmerzreduktion. Definitive SCS-Implantation nach 2 Wochen, seither 10-kHz-SCS mit regelmäßigen Nachsorgeintervallen.</p> <p>Ergebnis: Stabile Reduktion NRS: 2, Nachts 2-3 Das Kältegefühl in den Beinen ist reduziert; Propriozeption gebessert. Die Patientin ist zunehmend aktiver, deutlich gebesserter Nachtschlaf Gewichtsreduktion, Membranstabilisatoren sind abgesetzt, Amitryptilin abgesetzt.</p>

Case Report III

	Ambulant	Stationär	Elektrodenimplantation	
			Temporär	Permanent
Trial		X		X
Generatorimplantation		X		X

OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	PDN	E11.40	B19B	4.000,71 €	6.315,03 €

OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator inkl. Ersteinstellung	PDN	E11.40	B19A	4.000,71 €	5.972,99 €

Fallzusammenlegung	
DRG-Erlös:	5.972,99 €
+ ZE2023-61:	X €

Anamnese und klinische Angaben	
Patient	Männlich
Geburtsjahr	1973
ICD Kode	F45.41
ICD Bezeichnung	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
Fallbeschreibung	<p>Gemischt neuropathisch-somatisches Schmerzsyndrom re. Untersschenkel und Fuß bei Z.n. US-Trümmerfraktur (Pilon-tibiale Fraktur 2007, danach vielfachste operative Versorgung)</p> <ul style="list-style-type: none">- Lumbago, myofaszial mit pseudoradikulärer Ausstrahlung- HWS-Syndrom- Anpassungsstörung <p>Anamnese: Patient kam am 03.11.2015 erstmalig in unsere Schmerzambulanz. Z.n. Pilon-tibialer Fraktur 2007 durch Sturz von einem Gerüst; Primärversorgung mit einem Fixateur extern, danach Implantation einer OSG-Prothese. Nachfolgend langdauernde Wundheilungsstörungen, mehrfache Arthrodesen-OPs.</p>



Multimodales Interdisziplinär-schmerztherapeutisches Therapieprogramm (MIT) 2016:

- Biofeedback
- TENS
- Progressive Muskelentspannung nach Jakobson
- Edukatives Schmerzseminar
- Medikamentöse Aufsättigung mit Tapentadol (Opioidrotation)
- Mehrmals täglich physikalische Therapie, einschließlich dem Erlernen eines Übungsprogramms zur selbstständigen Anwendung
- Interdisziplinäre Mitbetreuung und Behandlung durch einen Psychosomatiker, Schwerpunkt Schmerztherapie
- Überprüfung und Ausschluss einer Operationsindikation
- Interdisziplinäres Setting: Chirurgie/Psychosomatik/Spezielle Schmerztherapie/Physiotherapie

Progrediente Erkrankung & Konservative Therapieeinstellung

Patient klagte über starke belastungsabhängige Schmerzen, mit neuropathischem Anteil im Bereich des rechten Unterschenkels und Fuß. Mittlere Schmerzstärke NRS 5, bei Belastung schnelle Exacerbation auf 8-9. Die seit Jahren bestehenden Beschwerden sind ursächlich durch die unfallabhängige Verletzung des rechten Sprunggelenkes bedingt. Der Patient verlor hierbei ca. 4 cm Beinlänge, so dass es zu einem Beckenschiefstand und in der Folge zu einem myofaszialen Rückenschmerz und einem HWS-Syndrom kam. Eine schon seit längerer Zeit bestehende Medikation mit Pregabalin und Acoxia erbrachte zu keinem Zeitpunkt eine ausreichende Schmerzlinderung.

Im Rahmen unserer ambulanten Versorgung führten wir beim Patienten mehrfachst peridurale Infiltrationen mit Ropivacain 0,2% ig durch. Hierunter kam es zu einer Linderung der Beschwerden, jedoch ohne länger dauernden Effekt. Eine Eindosierung von Oxycodon erbrachte ebenfalls nur geringe Schmerzlinderung, führte jedoch zu starker Müdigkeit.



Zwischenergebnis

Der Patient befindet sich in einem gutem AZ und normalem EZ. Auskleiden und Ankleiden ist selbstständig möglich. Das Gangbild ist sicher, die Gehstrecke, Einbeinstand variiert je nach Schmerzstärke, ebenso der Hacken- und der Zehenstand sind linksseitig möglich. Die Bewegung im Achsenskelett ist unauffällig.

Hüfte: Beckentiefstand re. von 4,5cm. Hüfte bds. gute Beweglichkeit in allen Ebenen, Rotation nicht schmerzhaft. Kraft: Obere und untere Extremität bds. normale Kraft. Der Patient benutzt keine Klettergriffe. Keine Hinweise für Paresen.

Reflexe: MER Seitengleich normal lebhaft.

Sensibilität: Dysästhesie und Anästhesie re. Fuss, Kribbelparästhesien

Frustrierend war für den Patienten, dass er nur mit einem Höchstmaß an Disziplin den Belastungen der täglichen Arbeit gewachsen war, jedoch aufgrund der Schmerzerkrankung keinerlei Reserven mehr für Familie und Freizeit bleibt. Patient zeigt einen positiven Chronifizierungsindex nach Gerbershagen. Alltägliche Verrichtungen sind durch die Beschwerden sehr anstrengend, das Freizeiterleben ist deutlich reduziert und bei Stress steigt das Schmerzniveau.



Fortführung Schmerztherapie mit anschließender SCS-Testung

Im medikamentösen Bereich verkürzten wir bei einem "end of dose"-failure das Einnahmeintervall von Tapentadol auf acht Stunden, was eine durchgängige Wirkung vermittelte. Pregabalin konnte trotz gutem Effekt auf die neuropathische Schmerzkomponente wegen starker Nebenwirkungen nicht weiter gesteigert werden.

Den deutlichsten schmerzlindernden Effekt hatte die Anlage eines lumbalen Periduralkatheters mit dauerhafter Applikation von Ropivacain 0,2%, i.S. einer "walking epidural".

Insgesamt gelang es dem Patienten gut sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes bzgl. der Schmerzkrankheit zu stabilisieren. Es ist jedoch zu erwarten das die Beschwerdelinderung lediglich unter Ruhebedingungen und nur mit fortgesetzter Einnahme von Schmerzmedikamenten stabil bleiben wird - Schmerzfreiheit bestand nie! - Eine regelhafte Teilnahme am Arbeitsleben oder ein natürliches Einbringen eigener Ressourcen im Privatleben ist unter den aktuellen Begebenheiten nicht zu erwarten. Die psycho-mentale Belastung vom Patienten ist in diesem Kontext als nahezu angemessen zu sehen. Aufgrund des eindrucklichen Effektes der PDA-Anlage und mit Blick auf den gesamten Krankheitsverlauf stellten wir die Indikation zur Anlage eines Spinal-Cord-Stimulation- Aggregates.

In ITN haben wir zwei HF SCS Elektroden problemlos eingesetzt, die postoperativen Wundverhältnisse sind reizlos. Bei positiver Testung erfolgte der Einbau des SCS 10 Tage pop

Darunter Reduktion auf NRS 2-3 auch belastungsstabil, Medikamentenreduktion.
Augenblicklich nur intermittierende Stimulation bei nahezu vollständiger Analgesie.

Case Report IV

	Ambulant	Stationär	Elektrodenimplantation	
			Temporär	Permanent
Trial		X		X
Generatorimplantation		X		X

OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	CRPS I	F45.41	801E	4.000,71 €	5.942,62 €

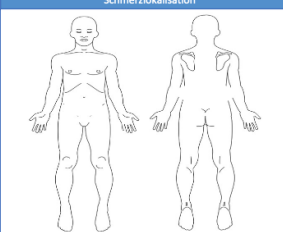
OPS-Kode	OPS-Beschreibung	Indikation	Diagnose	DRG	BBFW	DRG Entgelt
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator inkl. Ersteinstellung	CRPS I	F45.41	801C	4.000,71 €	7.987,57 €

Fallzusammenlegung	
DRG-Erlös:	7.987,57 €
+ ZE2023-61:	X €

Dokumentationshilfe:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Kostenübernahme-/Erstattungsantrag für ein Senza® Rückenmarkstimulationssystem bei chronischen Schmerzen									
Name, Vorname des Versicherten		geb. am									
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status									
Betriebsarten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum									
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)											
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Schmerz-Genese	<input type="checkbox"/> Sympathisch	<input type="checkbox"/> Chronisches Regionales Schmerzsyndrom Typ I (CRPS I)	<input type="checkbox"/> Chronisches Regionales Schmerzsyndrom Typ II (CRPS II)								
Ätiologie	<input type="checkbox"/> Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)	<input type="checkbox"/> Postosteoartrale	<input type="checkbox"/> Diabetische Neuropathie								
Multimodale Schmerztherapie - medikamentös - Physiotherapeutisch - psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/> Therapierefraktäre Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	<input type="checkbox"/> Andere								
Psychologische, Psychiatrische oder psychosomatische Evaluation	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:								
Patientenbezogene Kontraindikation*	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen								
Differentialdiagnostik	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgeschlossen								
Interdisziplinäre Indikationsüberprüfung	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> Durchgeführt am:								
Schmerzbezogene Indikation / Kontraindikation	<input type="checkbox"/> Kann-Indikation lt. Leitlinie gegeben	<input type="checkbox"/> Kann-Indikation lt. Leitlinie gegeben	<input type="checkbox"/> Kann-Indikation lt. Leitlinie gegeben								

*Kontraindikationen lt. S3-Leitlinie:
Schwere Koagulopathie, bereits vorhandene Implantate mit Sensing-Eigenschaften (z. B. automatische Defibrillatoren, ICD-CRTD-Therapie) oder monopolar eingestellte Schrittmacher, nicht eingestellte psychiatrische Erkrankungen, Patienten, bei denen Risiken durch die psychologische oder psychiatrische oder psychosomatische Evaluation festgestellt wurden, Substanzabusus – und Abhängigkeit, Unfähigkeit, das Stimulationssystem zu bedienen, Eingeschränkte Lebenserwartung oder fortgeschrittene maligne Erkrankung, Infektionen im Implantationsbereich, Therapeutischer Diathermie

Name, Vorname des Versicherten		Kostenübernahme-/Erstattungsantrag für ein Senza® Rückenmarkstimulationssystem bei chronischen Schmerzen (SCS)	
geb. am			
Teststimulation/Elektrodenimplantation		Schmerzlagerung	
<input type="checkbox"/> Erfolgreich am	durch (Einrichtung)		
Dauer der Testung:	Tage		
Implantation des Senza® Rückenmarkstimulationssystems <input type="checkbox"/> Erfolgreich bei Vorlage eines positiven Bescheids zur Kostenübernahme des Rückenmarkstimulationssystems. <input type="checkbox"/> Erfolgreich am durch (Einrichtung)			
Begleitende Dokumente / Anlagen:			
<input type="checkbox"/> Aktueller Verlaufsbericht (Schmerzanamnese, -analyse, -diagnose, Vorbehandlung, Schmerzmedikation incl. Dosierung) <input type="checkbox"/> Psychologisch oder psychiatrisch oder psychosomatische Evaluation <input type="checkbox"/> Radiologischer Befundbericht (MRT/CT) der Wirbelsäule/ Bildmorphologische Befunde <input type="checkbox"/> Kopie des Schmerzgebührens des Versicherten vor Eingriff <input type="checkbox"/> Schmerzprotokoll der Testphase <input type="checkbox"/> Dokumentation der durchgeführten Implantation(en) <input type="checkbox"/> Röntgendokumentation der Elektrodenlage <input type="checkbox"/> Protokoll und Auswertung der Teststimulation			
Aufgrund der o.g. Diagnosen besteht/bestand bei Ihrem Versicherten die Indikation zur Implantation eines Rückenmarkstimulationssystems <input type="checkbox"/> Wir bitten um die Bestätigung der Kostenübernahme in schriftlicher Form. Ein entsprechender Kostenvorschlag der Fa. Nevo Germany GmbH legt diesem Schreiben bei. <input type="checkbox"/> Wir bitten um Erstattung der Sachkosten sowie die Abrechnung zugunsten der Fa. Nevo Germany GmbH legen diesem Schreiben bei.			
Ort, Datum		Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes	
Für weitere Informationen zu Kodierung und Abrechnung wenden Sie sich bitte an unsere Reimbursement-Abteilung unter: EU_REIMBURSEMENT@NEVO.COM Die Aufstellungen sollen als Hilfestellung dienen und erfolgen nach bestem Wissen – Irrtümer sind jedoch vorbehalten. Die Kriterien sind teilweise gekürzt dargestellt und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Rechtmäßigkeit. Nevo übernimmt keine Haftung für eventuell resultierende Rechtsfolgen. Hier dargestellte Kriterien suggerieren keine medizinische Notwendigkeit. Ausschlaggebend für die Implantation und die Nutzung eines Senza-Systems muss immer die medizinische Indikationsstellung sein. Stand Februar 2019			
Quelle:		Eigene Darstellung, basierend auf ANMF S3 Leitlinie: Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen, 04/2002, Stand 07/2013, publiziert auf https://www.anmf.org/leitlinien/detail/II/008-023.html	
© 2018 Nevo Corp. All rights reserved		2019024-A	

Indikationsstellung

Dokumentationshilfe:

Verlaufsprotokoll		
Teststimulation Rückenmarkstimulation (SCS)		
Patient - Vorname Name		
Geburtsdatum		
Beginn der Teststimulation		
Implantation IPG am		
Nevro Mitarbeiter		
Körperregion	VAS/NRS	Schmerzsprung / Lokalisation
Schmerzlinderung in VAS/NRS oder %		
Technische Überprüfungen /Veränderungen		Kommentar
Impedanzen in Ordnung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Veränderung im Auto -alignment	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Programme geändert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kontraindikation Niederfrequenz (Kribbel-Parästhesien)		
Parästhesien werden vom Patienten toleriert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Aktive Teilnahme am Straßenverkehr	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Bedienung von Maschinen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Dokumentation Frequenztestung	Testung erfolgt	erfolgreich?
Niederfrequenz (NF) 50 Hz - 1.000 Hz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Burst 1.000 - 1.200 Hz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hochfrequenz (HF10) 10.000 Hz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
HF10 kombiniert* NF / Burst + HF10	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
* Die hochfrequente Stimulation (HFX / HF10 / 10 kHz) benötigt wesentlich mehr Strom (Energie) als niederfrequente Stimulationsverfahren, was einen wiederaufladbaren Akku erforderlich macht, der in der Regel eine Lebensdauer von +10 Jahren hat.		

Testphase

Datum

Unterschrift

Dokumentationshilfe

Stationäre Aufnahme		
Fallnummer:	Patient:	Geburtsdatum:
Diagnose:		
Therapie:		
Kontextfaktoren		
Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/>		
Funktionseinschränkung motorisch: <input type="checkbox"/>	Beatmungspatient: <input type="checkbox"/>	
	Barthel Index <input type="checkbox"/>	0-15 <input type="checkbox"/> 20-35 <input type="checkbox"/>
	FIM <input type="checkbox"/>	31-42 <input type="checkbox"/>
Funktionseinschränkung kognitiv: <input type="checkbox"/>	Barthel erweitert FIM <input type="checkbox"/>	0-15 <input type="checkbox"/>
	Mini Mental Status Test <input type="checkbox"/>	5-10 <input type="checkbox"/>
		0-16 <input type="checkbox"/>
Soziale Indikation:		
Gefährdung des Behandlungserfolges: <input type="checkbox"/>	Fehlende Versorgungsmöglichkeit <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten	
	<input type="checkbox"/> Alleinlebender Patient	
Bemerkung:		
Korbiditäten: <input type="checkbox"/> Mittelschweres oder schweres Schlafapnoe Syndrom: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Signifikante pathologische Lungenparameter		
<input type="checkbox"/> Relevante Gerinnungsstörung		
<input type="checkbox"/> Manifeste Herzerkrankung: AP/NYHA III oder IV Überwachungspflichtige Erkrankungen: COPD / DM / Niere / Leber		
<input type="checkbox"/> Immundefekte, Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung		
Notwendigkeit intensiver Betreuung		
<input type="checkbox"/> Risiko ambulanter Anästhesie / Nach Narkose / Interventionsende Einsatz mit Kontrolle		
<input type="checkbox"/> Drainageschläuche		
<input type="checkbox"/> Kathetergestützte Schmerztherapie		
<input type="checkbox"/> Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes		
Datum:	Unterschrift:	

Kontextfaktoren

Stationäre Behandlungsbedürftigkeit



Vielen Danke für Ihre Aufmerksamkeit