

Mehr Lebensqualität für Epilepsiepatient:innen

Stereotaktische
Laserthermoablationstechnologie SLTA
als freiwillige GKV-Leistung

Autoren: Achim Beißel, Prof. Dr. med. Felix Rosenow, Jan-Philipp Spierling

Federführende Organisation: BIG direkt gesund

Die inhaltliche Verantwortung des Beitrags liegt allein bei den genannten Autoren.
MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

Management Summary

Bei Epilepsiepatient:innen, denen Medikamente nicht helfen, wird, wenn möglich und gewünscht, häufig ein offener epilepsiechirurgischer Eingriff angeboten, der mit Risiken behaftet ist. Eine schonendere Alternative stellt die MR-gestützte stereotaktische Laserthermoablation (SLTA) dar. Diese Methode ist zwar seit 2018 in Deutschland zugelassen, die Einzelfallerstattung durch die Krankenkassen war allerdings bisher mit hohen bürokratischen Hürden verbunden. Im Rahmen des Projektes Mehr Lebensqualität für Epilepsiepatient:innen gelang es, einen Selektivvertrag mit einigen gesetzlichen Krankenkassen abzuschließen. Mit dieser Methode kann die Behandlungsdauer verkürzt und die perioperative Belastung der Epilepsiepatient:innen reduziert werden.

Umsetzung

Um die deutschlandweit 600.000 bis 800.000 Epilepsiekranken zu therapieren, werden in erster Linie Medikamente eingesetzt. Bei ca. 70 Prozent der Betroffenen gelingt es, die epileptischen Anfälle durch Medikation zu unterbinden. Bei den verbleibenden etwa 30 Prozent wird untersucht, ob ein neurochirurgischer Eingriff erfolgen kann. Wenn nachweisbar ist, dass eine sogenannte herdförmige (fokale) Epilepsie vorliegt, kann diese Läsion bei bestimmten Patient:innen durch einen neurochirurgischen Eingriff entfernt werden. Bei ca. 60 Prozent der Patient:innen führt dieser Eingriff zur Anfallsfreiheit. Eine epilepsiechirurgische Behandlung bietet somit zwar eine realistische Chance auf eine dauerhafte Anfallsfreiheit, sie birgt aber ein relevantes perioperatives Komplikationsrisiko. Diese Komplikationen umfassen z.B. Hirninfarkte, Hirnblutungen, Gesichtsfelddefekte, endokrinologische Störungen und Gedächtnisprobleme.

Eine vergleichsweise schonende und dennoch effektive Alternative stellen minimalinvasive Verfahren wie die MR-gestützte stereotaktische Laserthermoablation (SLTA) dar. Das Verfahren erlaubt es den Operierenden, über ein millimeterkleines Loch im Schädel des/der Patient:in zu operieren. Dabei wird ein Laserkatheter zum betroffenen Gehirnareal geführt und das epileptisch aktive Gewebe durch Wärmeenergie zerstört, ohne dabei

das umgebende gesunde Gewebe zu schädigen. Der Laser ermöglicht es, auch tieferliegende Gewebebereiche im Gehirn präzise anzusteuern, die durch klassische Methoden nicht oder nur durch gesundes Hirngewebe hindurch erreicht werden können (s. Abb. 1). Die Kontrolle mittels MRT dient dazu, die Wirkung der Laserenergie in Echtzeit am Bildschirm zu kontrollieren. Das minimalinvasive Verfahren mittels Laserablationstechnologie minimiert die Nebenwirkungen für die Patient:innen, beispielsweise die Zerstörung von gesundem Hirngewebe auf dem Weg zur epileptogenen Läsion, Nachblutungen oder Wundheilungsprobleme.



Abbildung 1 Minimalinvasiver Eingriff mittels stereotaktischer Laserthermoablation (SLTA)

Quelle: Medtronic GmbH

In den USA wurde die SLTA-Behandlung bereits 2011 eingeführt, in Europa erfolgte eine CE-Zertifizierung erst im Jahr 2018. Solange jedoch die SLTA-Technik mit ihren Kosten nicht im kollektivvertraglichen System abgebildet ist, können deutsche Krankenhäuser die Leistung nicht bzw. nur mit aufwendigen Einzelfallgenehmigungen abrechnen. Ohne selektivvertragliche Basis stellt dies für das Krankenhaus eine unsichere Refinanzierung dar. Für die Patient:innen geht dieser Prozess mit langen Wartezeiten einher, zudem verursacht er einen hohen Aufwand bei den unterschiedlichen Kostenträgern.

Das Projekt hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, einen Selektivvertrag zu gestalten, durch den die stereotaktische Laserthermoablationstechnologie unkompliziert als Krankenkassenleistung für Epilepsiepatient:innen abrechenbar ist. Nach Genehmigung durch das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) wurde der „Vertrag zur Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Patienten mit struktureller, fokaler, therapieresistenter Epilepsie mit Hilfe der Stereotaktischen Laserthermoablation SLTA“ am 26. Oktober 2020 zunächst mit der BIG direkt gesund abgeschlossen und in Kraft gesetzt. Da der SLTA-Vertrag nach § 140a SGB V nur selten und bei ausgesuchten Patient:innen infrage kommt und somit nur eine kleine Patientengruppe abdeckt, stand von Anfang an fest, ihn sofort für den Beitritt weiterer GKV-Krankenkassen zu öffnen, um möglichst vielen Patient:innen heimatnah und unkompliziert Zugang zu der Behandlung zu ermöglichen.

Gesetzlich versicherten Patient:innen, die unter struktureller fokaler und therapieresistenter Epilepsie leiden, steht mit diesem Vertrag nach § 140a SGB V eine innovative und minimalinvasive Behandlungsalternative zur Verfügung. Diese sieht zudem eine interdisziplinär-fachübergreifende Kooperation u. a. zwischen stereotaktisch tätigen Neurochirurg:innen, Neuroradiolog:innen, Epileptolog:innen und Anästhesist:innen sowie zwischen Mediziner:innen und Medtronic-Spezialist:innen vor.

Die Versorgungsziele des Vertrages umfassen insbesondere die Herstellung einer Anfallsfreiheit oder eine deutliche Abnahme der Anfallsfrequenz, eine Reduzierung von Komplikationen und Folgen eines epilepsiechirurgischen Eingriffs, eine Verkürzung stationärer Verweildauer, eine Reduzierung von stationären Folgeaufenthalten sowie eine Vermeidung oder Verkürzung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Weitere Aspekte betreffen die stärkere Einbindung der versicherten Patient:innen in die Behandlung durch gezielte Aufklärung und Information sowie mehr Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben.

Die Versorgung von Patient:innen mit dem Visualase™ System ist Gegenstand diverser internationaler Studien gewesen, die die hohe Wirksamkeit bestätigen.

Die Vergütung der SLTA-Leistungen erfolgt in Form einer Fallpauschale, die von den Krankenkassen an die Universitätsklinik Frankfurt gezahlt wird. Die Preiskalkulation erfolgte analog einer Kostenträger- und Kostenstellenrechnung für DRG Kalkulationen.

Ansprechpartner

Achim Beißel

Bereichsleiter stationäre Versorgung
BIG direkt gesund
Rheinische Straße 1
44137 Dortmund
Telefon: 0231 5557-2700
E-Mail: achim.beissel@big-direkt.de

Prof. Dr. med. Felix Rosenow

Leiter Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main
Universitätsklinik Frankfurt
Schleusenweg 2 -16
60528 Frankfurt
Telefon: 069 6301-7466
E-Mail: rosenow@med.uni-frankfurt.de

Jan-Philipp Spierling

Manager Reimbursement & Health Economics
Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch
Telefon: 02159 8149-805
E-Mail: jan.spierling@medtronic.com

Literatur

- Anderson, C. T. Noble, E., Mani, R., Lawler, K. & Pollard, J. R. (2013). Epilepsy Surgery: Factors That Affect Patient Decision-Making in Choosing or Deferring a Procedure. *Epilepsy Research and Treatment*, 2013, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2013/309284>
- Bjellvi, J. Flink, R., Rydenhag, B. & Malmgren, K. (2015). Complications of epilepsy surgery in Sweden 1996-2010: a prospective, population-based study. *Journal of Neurosurgery*, 122(3), 519-525. <https://doi.org/10.3171/2014.9.jns132679>
- Curry, D. J. Gowda, A., McNichols, R. J. & Wilfong, A. A. (2012). MR-guided stereotactic laser ablation of epileptogenic foci in children. *Epilepsy & Behavior*, 24(4), 408-414. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.04.135>
- Hader, W. J. Tellez-Zenteno, J., Metcalfe, A., Hernandez-Ronquillo, L., Wiebe, S., Kwon, C. S. & Jette, N. (2013). Complications of epilepsy surgery-A systematic review of focal surgical resections and invasive EEG monitoring. *Epilepsia*, 54(5), 840-847. <https://doi.org/10.1111/epi.12161>
- Kohlhase K. Zöllner JP, Tandon N, Strzelczyk A, Rosenow F. Comparison of minimally invasive and traditional surgical approaches for refractory mesial temporal lobe epilepsy: A systematic review and meta-analysis of outcomes. *Epilepsia*. 2021 Apr;62(4):831-845. <https://doi.org/10.1111/epi.16846>
- Koubeissi, M. Z. Syed, T. U., Syed, I., Jordan, J., Alsheklee, A. & Kossoff, E. H. (2009). Hemispherectomy-associated complications from the Kids' Inpatient Database. *Epilepsy Research*, 87(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2009.07.008>
- Lewis, E. C. Weil, A. G., Duchowny, M., Bhatia, S., Ragheb, J. & Miller, I. (2015). MR-guided laser interstitial thermal therapy for pediatric drug-resistant lesional epilepsy. *Epilepsia*, 56(10), 1590-1598. <https://doi.org/10.1111/epi.13106>
- Marras, C. E. Canevini, M. P., Colicchio, G., Guerrini, R., Rubboli, G., Scerrati, M., Spreafico, R., Tassi, L., LoRusso, G. & Tinuper, P. (2013). Health Technology Assessment report on the presurgical evaluation and surgical treatment of drug-resistant epilepsy. *Epilepsia*, 54, 49-58. <https://doi.org/10.1111/epi.12309>
- Rolston, J. D. Englot, D. J., Knowlton, R. C. & Chang, E. F. (2016). Rate and complications of adult epilepsy surgery in North America: Analysis of multiple databases. *Epilepsy Research*, 124, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2016.05.001>
- Spencer, S. Schramm, J., Wyler, A., O'Connor, M., Orbach, D., Krauss, G., Sperling, M., Devinsky, O., Elger, C., Lesser, R., Mulligan, L. & Westerveld, M. (2002). Multiple Subpial Transection for Intractable Partial Epilepsy: An International Meta-analysis. *Epilepsia*, 43(2), 141-145. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2002.28101.x>
- Tebo, C. C. Evins, A. I., Christos, P. J., Kwon, J. & Schwartz, T. H. (2014). Evolution of cranial epilepsy surgery complication rates: a 32-year systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgery*, 120(6), 1415-1427. <https://doi.org/10.3171/2014.1.jns131694>