

**Stellungnahme
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
zur Abrechnung der tiefen Hirnstimulation (auch Thalamus-Stimulation)**

(Stand: 16. Dezember 2016)

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist in weiten Teilen veraltet und bildet den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. In dieser Bewertung besteht unter Experten seit Langem Einigkeit. Die daraus resultierenden Unsicherheiten hinsichtlich einer gebührenrechtlich korrekten Abrechnung führen zu Streitigkeiten zwischen den Beteiligten (Ärzten, Patienten/ Versicherten, Kostenträgern), die nicht selten vor Gericht ausgetragen werden. Unerfreulich ist diese Situation insbesondere für den Patienten/Versicherten. Trotz des Interesses der privaten Krankenversicherungen an einer harmonischen Geschäftsbeziehung zu Ihren Versicherten wäre die Private Krankenversicherung aber schlecht beraten, die Auslegung des Gebührenrechts allein den Ärzten und insbesondere den (gewerblichen) Verrechnungsstellen zu überlassen. Die Leistungsausgaben würden noch stärker steigen und damit auch die Beiträge der Versicherten. Auch im Interesse der Versichertengemeinschaft befasst sich der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. daher auch mit gebührenrechtlichen Auslegungsfragen. Er hat sich jetzt dem Bereich der **tiefen Hirnstimulation** (auch Thalamus-Stimulation) gewidmet und seine für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung als Orientierungshilfe bei der Rechnungsprüfung dienenden Kommentierungen um diesen Bereich erweitert.

1. Verfahren¹

Die tiefe Hirnstimulation ist ein Verfahren, das im Wesentlichen nach den Prinzipien der Neurostimulation arbeitet. Sie ist eine hochfrequente elektrische Stimulation mit niedrigen Strömen und wird u. a. als subkortikale Hochfrequenzstimulation zur Therapie von Bewegungsstörungen bzw. als stereotaktische Behandlung von Bewegungsstörungen (Tremor) eingesetzt. Diese elektrische Stimulation im Gehirn wird im medizinischen Sprachgebrauch auch als Hirnschrittmacher bezeichnet.

Auf der Basis von bildgebenden Verfahren wie Magnetresonanztomographie, Computertomographie oder Ventrikulographie werden mittels eines am Kopf des Patienten montierten Zielgerätes (stereotaktischer Rahmen) vierpolige Elektroden durch den Neurochirurgen implantiert.

Zur Verifizierung der korrekten Lage der Elektrode führen Neurologen am wachen Patienten verschiedene Untersuchungen durch. Die Operation dauert in der Regel sechs bis acht Stunden und wird unter Lokalanästhesie durchgeführt, da die Ärzte während der Operation auf die Kooperation des Patienten angewiesen sind.

¹ Quelle: Implantatekatalog Teil IV, Elektrostimulation, Stand August 2001, Herausgeber: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Fachbereich Beratungsdienste, Dr. H. Schneider.

Anschließend erfolgt wie beim Neurostimulationssystem zur Schmerztherapie die mehrtägige Testphase. Erst bei nachgewiesenem Erfolg wird der Neurostimulator zur Tiefenhirnstimulation, ähnlich einem Herzschrittmacher, zwischen Haut und Brustmuskel implantiert und an die Hirnelektrode angeschlossen. Je nach Bedarf kann der Neurostimulator von außen durch den behandelnden Arzt programmiert werden und der Patient kann mit einem kleinen Magneten durch einfache Berührung der Haut über dem Neurostimulator diesen ein- und ausschalten.

Bei den Patienten mit beidseitigen Symptomen wird je eine Elektrode pro Körperhälfte implantiert.

2. Abrechnung

Nachdem die Abrechnung dieses Verfahrens bereits seit Jahren zu gebührenrechtlichen Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und Kostenerstattern geführt hat, veröffentlichte die Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt vom 29. Oktober 2010 (Jg. 107, Heft 43, S. A 2136) einen GOÄ-Ratgeber hierzu.

Darin wird folgende Berechnung empfohlen:

- GOÄ-Nr. 2515 für die Bohrlochtrepanation im Rahmen der stereotaktischen Elektrodenplatzierung.
- GOÄ-Nr. 2562 für die Navigation im Rahmen der stereotaktischen Elektrodenplatzierung.
- GOÄ-Nrn. 828 und 839 jeweils analog für die Elektrodenpositionierung und ggf. Ableitung(en) sowie Stimulation(en) je Elektrode, aber jeweils nur einmal je Sitzung (Anm. des Unterzeichners: Auch wenn mehrere Ableitungen bzw. Stimulationen erfolgen).
- GOÄ-Nr. 3095 analog für die Implantation des „Schrittmachers“ im Körperstamm-bereich.
- GOÄ-Nr. 3096 analog für den Aggregatwechsel und die ersatzlose Entfernung von Aggregat und Elektroden.
- GOÄ-Nr. 3097 analog einmal je Sitzung für den Positionswechsel der intrazerebral platzierten Elektroden oder deren Austausch.

Im Deutschen Ärzteblatt vom 24. Januar 2014 (Jg. 111, Heft 4, S. A 138) wurde mit dem Hinweis, dass „aufgrund von Nachfragen zur mehrfachen Berechenbarkeit von Gebührenspositionen, insbesondere bei Durchführung beidseitiger Eingriffe“ die Abrechnung und Bewertung nochmals thematisiert werde, „da in der Regel eine bilaterale Operation erfolgt“, ein neuer GOÄ-Ratgeber veröffentlicht.

Darin wird folgende Berechnung empfohlen:

- GOÄ-Nrn. 5378 und 5377 für das präoperative Anlegen des Stereotaxierahmens und die nachfolgende CT des Schädels zur Planung und Navigation.
- GOÄ-Nr. 2562 für die Fusion der so gewonnenen Bilddaten mit präoperativ angefertigten MRT-Bildern zur Festlegung der Zielpunkte, bei beidseitigen Eingriffen je Seite.
- GOÄ-Nr. 2561 für die Bohrlochtrepanation sowie die Implantation der Reizelektroden, bei beidseitigen Eingriffen je Seite.
- GOÄ-Nrn. 828 und 839 jeweils analog für die Ableitung(en) und Stimulation(en) je Elektrode, aber jeweils nur einmal je Sitzung (siehe oben).
- GOÄ-Nr. 5295 für die intraoperative Durchleuchtung.
- GOÄ-Nr. 5370 für die postoperative Schädel-CT-Kontrolle.
- GOÄ-Nr. 3095 analog für die Implantation des Aggregates.
- GOÄ-Nr. 3096 analog für den Aggregatwechsel.

3. Position des PKV-Verbandes

Der Auffassung der Bundesärztekammer im neuen GOÄ-Ratgeber, dass die GOÄ-Nrn. 2561 und 2562 bei beidseitigen Eingriffen mit zwei getrennten Bohrlochtrepanationen jeweils zweimal berechnet werden können, kann nicht gefolgt werden. Begründet wird dies von der Bundesärztekammer damit, dass in der Leistungslegende der GOÄ-Nr. 2561 „hinsichtlich des Zugangs in Form einer Trepanation auf den Singular abgestellt“ wird.

Der Leistungstext der GOÄ-Nr. 2561 stellt aber sowohl im Hinblick auf die stereotaktischen Ausschaltungen als auch auf die Implantation von Reizelektroden ausdrücklich auf die Mehrzahl ab. GOÄ-Nr. 2561 ist also auch bei Implantation mehrerer Elektroden nur einmal berechnungsfähig. Vorliegend werden Reizelektroden mittels Stereotaxie und Trepanation eingebracht. Damit ist die GOÄ-Nr. 2561 originär berechnungsfähig. Eine ausfüllungsbedürftige Lücke im Gebührenverzeichnis, die den Weg zu einer Analogie eröffnen würde, besteht damit nicht.

Der einzige Unterschied im Fall des beidseitigen Eingriffes ist, dass zwei Trepanationen erfolgen. Dem kann aber durch die zusätzliche Vergütung der GOÄ-Nr. 2515 (Bohrlochtrepanation des Schädels) Rechnung getragen werden.

Insgesamt besteht keine nachvollziehbare oder tatsächliche Grundlage für die mehrfache Berechnung der GOÄ-Nr. 2561.

Noch weniger nachvollziehbar ist das bei der Berechnung der GOÄ-Nr. 2562. Denn ihr Leistungstext ist durchgängig im Plural gefasst.

Die Zielpunktbestimmungen erfolgen außerdem vor der Elektrodeneinbringung nicht getrennt für jede Seite, sondern in einem Durchgang. Insofern existieren noch nicht einmal voneinander trennbare Vorgänge.

Wir verweisen hierzu auch auf den GOÄ-Ratgeber von Frau Dr. Pieritz, Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt vom 9. März 2007:

"Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die analoge Bewertung die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition erbt. Dies sind beispielsweise der Gebührenrahmen (ärztlich, ärztlich-technisch, Labor), die Ausschlüsse neben anderen Gebührenpositionen, die Einschränkungen der Berechnungsfähigkeit je Behandlungsfall, Sitzung etc."

Auch darin bestätigt sich die Auffassung, dass ein mehrfacher Ansatz der GOÄ-Nrn. 2561 und 2562 vorliegend nicht möglich ist.