

# Derzeitige und zukünftige Vergütung der epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS)

*Epidurale Rückenmarkstimulation: Vergütung 2023 – was bleibt, was ist neu ?*

*Fallpauschalen / AOP-Katalog / Tagesstationäre Behandlungen /  
**Praktische Umsetzung***

26. April 2023

Webinar-Serie der medhochzwei-Verlag GmbH

# Krankenhausfinanzierungsreform

## Hintergrund



- Krankenhausfinanzierungsreform angekündigt für 2023 ff
- Erhöhung der Effizienz der Behandlung im Krankenhaus – Stärkung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (#Ambulantisierung)
- Erweiterung AO-Katalog / Tagesstationäre Behandlungen / Vernetzung ambulant & stationär
- Kontextfaktoren und Abgrenzungsproblematik

## Ziele



- Anforderungen an die Dokumentation
- Anforderungen an die klinische Organisation / Routine
- Strategische Ausrichtung der Klinik

## Grundlagen



- 208 neue Verfahren (Prozeduren) aufgenommen
- Wegfall der Unterscheidungen / Kategorisierungen nach Level 1 und Level 2
- Einführung von Kontextfaktoren zu Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit
- Kontextfaktoren gelten NUR für die Leistungserbringung im Rahmen des AOP-Kataloges

## Auswirkungen



- Krankenhäuser müssen die Kontextfaktoren prüfen und dokumentieren und übermitteln
- Kontextfaktoren sind eine „Positiv-Liste“, d.h. liegt ein Kontextfaktor vor, dann wird der Nachweis der stationären Leistungserbringung als erbracht angesehen.
- ... aber weitere Kriterien können die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen.

## Definition

### **Kontextfaktoren sind:**

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 zu entnehmen. **Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können.** Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3.

## .... und auch

Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren **medizinische Gründe oder soziale Gründe** vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 **fallindividuell** darzustellen.

# Gemeinsames Verständnis von GKV-Spitzenverband und DKG

Februar 2023

Falls **abweichend** von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren **medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung der Patientin oder des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist**, sind diese Gründe gemäß § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen. Bei den in § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag aufgeführten Gründen handelt es sich ebenfalls um Kontextfaktoren, die aufgrund ihrer Individualität bisher nicht in Anlage 2 operationalisiert werden konnten. Die in § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag aufgeführten Gründe dienen damit aber ebenso wie die in Anlage 2 aufgelisteten Kontextfaktoren der Begründung der stationären Durchführung einer Leistung aus dem AOP-Katalog.

# Gemeinsames Verständnis von GKV-Spitzenverband und DKG

Februar 2023

Die **Kontextfaktoren** im Sinne von § 8 AOP-Vertrag wurden ausschließlich für den Leistungsbereich des § 115b SGB V vereinbart und können daher auch nur für diesen Bereich zur Anwendung kommen. Nur sofern eine im AOP-Katalog enthaltene Leistung ausnahmsweise stationär erbracht wird, ist anhand der Kontextfaktoren die stationäre Durchführung zu begründen. Hiervon unberührt bleibt die originäre Durchführung voll-stationärer Krankenhausbehandlung durch nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser abseits von § 115b SGB V. **Liegt bei Patientinnen und Patienten anhand der Hauptleistung erkennbar von vornherein eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vor**, besteht keine Notwendigkeit, diese anhand der für den Leistungsbereich des § 115b SGB V entwickelten Kontextfaktoren zu begründen. **Die Kontextfaktoren gemäß § 8 AOP-Vertrag lösen insofern die vorherigen sog. G-AEP-Kriterien ab**. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

## Dokumentation

Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der **Abrechnung eines vollstationären Krankenhauses nach § 301 SGB V zu übermitteln.**

Im Klartext bedeutet dieses Gesetz für 2023:

Möchte ein Krankenhaus für einen Patienten Operationen aus dem AOP-Katalog nach §301 SGB V vollstationär abrechnen, muss es bei der Rechnungsstellung nachweisen, dass der Patient bei der Aufnahme entweder

- a) *mindestens einen Kontextfaktor aufweist* oder
- b) *eine fallindividuelle Darstellung der vollstationären Indikation übersendet worden ist.*

Ab dem 15.02.2023 gestellte Rechnungen für behandelte Patienten ohne Nachweis **a)** oder **b)** werden nach unserer Einschätzung von den Krankenkassen zurückgewiesen. Abrechnung AOP (wenn angemeldet)?

## Hintergrund

### **Und jetzt beginnt das Verständnisproblem für die Diagnosen und OPS-Kodes, die 2023 als Kontextfaktoren dienen (sollen):**

Aus dem Bereich der sogenannten Kontextfaktoren des IGES-Gutachtens hat man für den §115b SGB V nur die Diagnosen „*ICD nicht ambulant*“ herausgesucht, die aufgrund von statistischen Auswahlkriterien in einer retrospektiven Datenanalyse den potentiell ambulanten OPS-Code von vorneherein ausschließen lassen.

## Beispiel

Man wollte im Gutachten nicht, dass ein Patient, der aufgrund einer Hirnblutung (ICD I61.5: *Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung*) zusammenbricht und dabei eine Handfraktur erleidet, die operativ mit einem potentiell ambulanten OPS-Kodes versorgt wird, in die weitere Datenauswertung einfließt.

Deshalb erschufen die IGES-Gutachter/-innen einen Kontextfaktor „K6 ICD nicht ambulant“.

Dieses Tabellenblatt K6 aus dem IGES-Gutachten wurde nun (mit 2 ICD-Ausnahmen) komplett für den AOP-Katalog 2023 übernommen, um einige andere Katastrophendiagnosen ergänzt und verfügt über solche Diagnosen wie *plötzlicher Herztod, Beulenpest, Kammerflimmern, Botulismus und Ebola und gangränöse Hernien*, die aus besagten Gründen in dieser K.O.- Liste stehen.

## Ausblick

Die zurzeit gültigen Kontextfaktoren 2023 dürften nur in den wenigsten Fällen bei den potentiell ambulanten Fällen aus dem AOP-Katalog nach §115b SGB V zur Geltung kommen.

Es ist zu erwarten, dass der Katalog der Kontextfaktoren im Laufe der Zeit erweitert und angepasst wird.

Die Kontextfaktoren in Bezug auf **medizinische oder soziale Gründe** sind daher für die Entscheidung stationär vs. ambulant zu **dokumentieren**.

## Dokumentation

Für die vollstationäre Indikation = *Fallindividuelle Darstellung* bedarf es eines strukturierten Erfassungstools, wie auch immer es genannt wird und wer auch immer es in der Aufnahme ausfüllen wird.

Auch in der Zukunft werden Faktoren wie Notfallaufnahmen, Uhrzeiten, häusliche Situation, Pflegegrad und äußere Umstände wie die Entfernung, Erreichbarkeit etc. eine Rolle spielen und berücksichtigt werden müssen.

**Dokumentation muss Patienten individuell erfolgen und muss für einen (unbeteiligten) Dritten nachvollziehbar sein.**

Aber ohne diese vollständige Dokumentation in der Akte wird die Rechnung nicht fällig und/oder von der Krankenkasse abgelehnt.

## Medizinische und soziale Gründe = „sonstige“ Kontextfaktoren

Die G-AEP-Kriterien wurden für das Jahr 2023 „*abgeschafft*“, obwohl sich die Kontextfaktoren nur auf Leistungen im Rahmen des AOP Kataloges beziehen.

→ G-AEP-Kriterien bilden die operations- und narkoserelevanten „sonstigen“ Kontextfaktoren ab und sind nach wie vor sehr gut dazu geeignet die stationäre Behandlungsbedürftigkeit objektiv abzubilden.

Zurzeit verweigern einige Krankenkassen / Medizinische Dienste bereits die Annahme von G-AEP-Bögen, da diese angeblich rechtlich nicht mehr zulässig seien.

**Klinik-individuelle Dokumentation standardisieren!**

## Beispiel

### **Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung:**

- ⇒ Narkoseunverträglichkeit
- ⇒ Häusliche Nachbetreuung (Narkose) nicht gesichert
- ⇒ Wunsch des/der Patienten:in (z.B. Angstzustände)
- ⇒ Ausschluss eines epiduralen Hämatoms
- ⇒ Ausschluss einer epidurale Infektion / Wundinfektion

**Klinik-individuelle Dokumentation standardisieren!**

# Dokumentation Aufnahme – Checkliste

## Beispiel: Checkliste

**Stationäre Aufnahme**

Fallnummer: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_

**Kontextfaktoren:**

Pflegegrad  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99  100

Funktionseinschränkung motorisch:  Barthel Index  0-15  16-20  21-25  26-30  31-42  43-50  51-60  61-70  71-80  81-90  91-100

Funktionseinschränkung kognitiv:  Barthel erweitert  0-15  16-30  31-45  46-60  61-75  76-90  91-100

FIM  0-15  16-30  31-45  46-60  61-75  76-90  91-100

Mini Mental Test  0-16  17-24  25-30  31-36  37-42  43-48  49-54  55-60  61-66  67-72  73-78  79-84  85-90  91-96  97-100

**Soziale Indikation:**

Gefährdung des Behandlungserfolges:  Fehlende Versorgungsmöglichkeit  Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten  Alleinlebender Patient

**Bemerkung:** \_\_\_\_\_

**Komorbiditäten:**

Mittelschweres oder schweres Schlafapnoe Syndrom

Signifikante pathologische Lungenparameter

Relevante Gerinnungsstörung

Manifeste Herzerkrankung: AP / NYHA III oder IV

Überwachungspflichtige Erkrankungen: COPD / DM / Niere / Leber

Immundefekte, Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

**Notwendigkeit intensiver Betreuung**

Risiko ambulanter Anästhesie/ Nach Narkose / Interventionssende

Einsatz mit Kontrolle Drainageschläuche

Katheter gestützte Schmerztherapie

Verlust Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Checkliste für die Sprechstunde:

- ⇒ Dokumentation Kontextfaktoren
- ⇒ Pflegegrad
- ⇒ Motorische Funktionseinschränkungen
- ⇒ Kognitive Funktionseinschränkungen
- ⇒ Soziale Indikation
  - häusliche Versorgung
  - Fähigkeiten des Patienten
- ⇒ Komorbiditäten
  - Atmung / Blutgerinnung / Herzerkrankung / COPD / DM / Niere / Leber / Immundefekt / usw.
- ⇒ Notwendigkeit Intensivmedizin

# Dokumentation Aufnahme – Indikation

## Beispiel: Indikation

**Kostenübernahme-/Erstattungsantrag**  
für ein Rückenmarkstimulationssystem bei chronischen Schmerzen

Diagnose:  ICD-10 G59.01

**Kostenübernahme-/Erstattungsantrag**  
für ein Senza® Rückenmarkstimulationssystem bei chronischen Schmerzen (SCS)

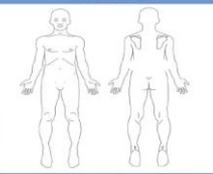
Diagnose:  ICD-10 G59.01

<b>Schmerzcharakteristika</b>	<input type="checkbox"/> Sympt. paroxysmal	<input type="checkbox"/> Chronisches Regionaler Schmerz (chron. Typ 1) (p. 20)	<input type="checkbox"/> Neuropathisch/Neural
<b>Aktuelle Schmerzcharakteristika</b>	<input type="checkbox"/> Chronisches Regionaler Schmerz (chron. Typ 1) (p. 20)	<input type="checkbox"/> Chronisches Regionaler Schmerz (chron. Typ 2) (p. 20)	<input type="checkbox"/> Neuropathisch/Neural (p. 20)
<b>Multimodale Schmerzcharakteristika</b>	<input type="checkbox"/> Neurologisch und/oder autoimmun	<input type="checkbox"/> Neurologisch und/oder autoimmun	<input type="checkbox"/> Fortschreitender Schmerz nach entzündlicher Herd- oder systemischer Operation/Verletzung
<b>Psychologische, psychosomatische oder psychosomatische Evaluation</b>	<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit an: <input type="checkbox"/> keine psychologische Interventionen	<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit an: <input type="checkbox"/> keine psychologische Interventionen	<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit an: <input type="checkbox"/> keine psychologische Interventionen
<b>Pharmakotherapeutische Kontraindikationen</b>	<input type="checkbox"/> ausgeprägt	<input type="checkbox"/> ausgeprägt	<input type="checkbox"/> ausgeprägt
<b>Differenzialdiagnostik</b>	<input type="checkbox"/> Überwiegend neuropathischer Schmerz charakterisiert durch: <input type="checkbox"/> Anknüpfung & elektro-physiologische Befunde <input type="checkbox"/> Neurologische Befunde gemäß der Leitlinie	<input type="checkbox"/> Überwiegend neuropathischer Schmerz charakterisiert durch: <input type="checkbox"/> Anknüpfung & elektro-physiologische Befunde <input type="checkbox"/> Neurologische Befunde gemäß der Leitlinie	<input type="checkbox"/> Überwiegend neuropathischer Schmerz charakterisiert durch: <input type="checkbox"/> Anknüpfung & elektro-physiologische Befunde <input type="checkbox"/> Neurologische Befunde gemäß der Leitlinie
<b>Schmerzdiagnostische/psychologische Überprüfung</b>	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung
<b>Schmerzdiagnostik/psychologische Überprüfung</b>	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> Schmerzdiagnostik <input type="checkbox"/> Psychologische Überprüfung

**Teststimulation/Elektrodenimplantation**

Prüfung am  durch (Dienstag)

**Schmerzlokation**



Prüfung am  durch (Dienstag)

**Implantation eines Rückenmarkstimulationssystems**

Prüfung am  durch (Dienstag)

**Begründende Dokumente / Anträge**

Aktuelle vorläufige Schmerzdiagnostik, -analyse, -diagnose, -vorbehandlung, -Schmerzmedikation mit -Dokumentation

Psychologisch oder psychosomatisch oder psychosomatische Evaluation

Radiologische Befunde (MRT/CT der Wirbelsäule/Neurophysiologische Befunde)

Kopie des Schmerztagbuchs des versicherten vor Antrag

Schmerzprotokoll der Testphase

Dokumentation der Testphase (implantationsfrei)

Anamnese/Anamnese der Schmerzdiagnostik

**Ort, Datum**

**Stempel und Unterschrift des Arztes / Krankenhauses**

## Dokumentation Indikationsstellung / Patientenauswahl:

- ⇒ Chronischer neuropathischer Schmerz
- ⇒ Bisherige Medikation – Ergebnis?
- ⇒ Vorherig OP? – Ergebnis?
- ⇒ Physiotherapie – Ergebnis?
- ⇒ ggf. Reha-Maßnahme – Ergebnis?
- ⇒ ggf. Multimodale Therapie – Ergebnis?
- ⇒ Psychologischer Befund vorhanden?
- ⇒ Ausschluss psychische Überlagerung
- ⇒ Erwartung: Schmerzreduktion!

**ggf. Schmerztagbuch vorhanden?**

## Beispiel

### **Erfordernis stationäre Behandlung:**

- ⇒ Kontrolle Vitalparameter
- ⇒ Kontrolle Lage der Elektroden
- ⇒ Ausschluss epidurale Blutung / Infektion
- ⇒ Wundkontrolle / Wundstatus
- ⇒ Mobilisation des/der Patienten:in
- ⇒ Einweisung in die Therapie

### **Klinik-individuelle Dokumentation standardisieren!**

## Beispiel

Verlaufsprotokoll		
Teststimulation Rückenmarkstimulation		
Patient - Vorname Name		
Geburtsdatum		
Beginn der Teststimulation		
Implantation IPG am		
Nevro Mitarbeiter		
Körperregion	VAS/NRS	Schmerzsprung / Lokalisation
Schmerzänderung 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 (HF10) benötigt wesentlich mehr Strom (Energie) als niederfrequente Stimulationsverfahren. was einen wiederaufladbaren Akku erforderlich macht, der in der Regel eine Lebensdauer von +10 Jahren hat.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Dokumentation Testphase:

- ⇒ Beginn mit der klinisch erfolgversprechenden Stimulation
- ⇒ Individuelle Patientenpräferenzen beachten
- ⇒ Liegen „Kontraindikationen“ für LF vor?
- ⇒ Impedanzen prüfen
- ⇒ Stimulation optimieren
- ⇒ Auslassversuch / Ausschluss Placebo-Effekt bei 10 kHz sinnvoll

ggf. Schmerztagebuch führen

# Qualitätskriterien des Sozialgesetzbuches

	Leistungen müssen medizinisch erforderlich, ausreichend und zweckmäßig sein.
	Leistungen dürfen das Maß des Erforderlichen nicht überschreiten.
	Leistungen müssen wirtschaftlich sein (wirtschaftliche Leistungserbringung)
	Leistungen müssen dem Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen.

PDN = Painful diabetic neuropathy; BIM = Budget impact model; SCS = Spinal cord stimulation; LF-SCS = Low-frequency spinal cord stimulation; 10 kHz SCS = High-frequency spinal cord stimulation



Auswahl des Stimulationsart erfolgt Patienten individuell  
- LF vs. 10 kHz (Studien + klinische Erfahrung)

Testphase verifiziert Therapieerfolg!

Wiederaufladbare Systeme sind den nicht  
wiederaufladbaren Systemen überlegen!

Retrospective Clinical Research Report



Journal of International Medical Research  
49(8) 1–16  
© The Author(s) 2021  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/103000605211038457  
journals.sagepub.com/home/imr  


## Spinal cord stimulation: a real-world data analysis on outcomes and differences between rechargeable and non-rechargeable implantable pulse generators

Thorsten Luecke<sup>1</sup>, Harald Kuhlmann<sup>2,3</sup>,  
Melanie May<sup>4</sup>, Marius Petermann<sup>4</sup>,  
Berit Libutzki<sup>4,5</sup> and Gunnar Jäehnichsen<sup>6</sup>

### Abstract

**Objective:** In this analysis, we examined differences between rechargeable and non-rechargeable spinal cord stimulation (SCS) devices in patients with pain.

**Methods:** We conducted a retrospective, longitudinal claims data analysis using a German research database comprising 5 million statutory insured patients (2012–2017). Outcomes of demographics, patient pathways, and health care resource utilization (HCRU) in patients with initial SCS were collected.

**Results:** Of 150 patients in the database, 73 (49%) received a rechargeable device and 77 (51%) a non-rechargeable device. The average age was 62.5 years (51% female and 49% male patients). A significant decrease over a 3-year follow-up was observed in analgesic prescriptions (–18%), number of patient visits to a physician, and number of patients who were hospitalized. HCRU-related figures for patients with non-rechargeable neurostimulators increased in the last follow-up year whereas the group receiving rechargeable neurostimulators showed a steady decrease.

## fieldfisher

### Kostenerstattung des Senza®-Systems (Rückenmarkstimulationssystem) im stationären GKV-Leistungsbereich

#### B. Zusammenfassung

1. Das Senza®-System entspricht – auch bei einer Erstimplantation – dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V.

Die anfänglich ggf. höheren Sachkosten des Senza®-Systems werden bereits mittelfristig (ab dem dritten Jahr) durch kompensatorische Einsparungen gerechtfertigt; es zeigt sich eine wirtschaftliche Überlegenheit der wiederaufladbaren Neurostimulationstherapien (Senza®-System) durch eine Reduzierung der Gesamtherapiekosten.

2. Das Senza®-System weist das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative auf und erfüllt damit das maßgebliche Evidenzniveau im stationären GKV-Leistungsbereich nach § 137c Abs. 3 S. 1 SGB V.

**Anforderung über:**

[SCS@medhochzwei-verlag.de](mailto:SCS@medhochzwei-verlag.de)

# Backup