

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Änderung OPS Stroke Unit

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Vorgeschlagen wird die Neuordnung des Schlüssels nach einer Kombination aus Schwere des Schlaganfalls, Komplikationen und Interventionen. Z. B.

DRG Schlaganfall 1 NIHSS bis 5, keine Komplikationen,

DRG Schlaganfall 2 NIHSS größer 5, wenige Komplikationen,

DRG Schlaganfall 3 NIHSS größer 10, multiple Komplikationen.

Dazu Zusatzentgelte für operative Interventionen. Obligat sollten dabei angegeben werden der NIHSS und die Verweildauer auf der Stroke Unit in Stunden.

Kritisch ist zudem die Definition der Stroke Unit als Ort der Erbringung der Komplexpauschale zu überdenken. Die Stroke Unit sollte als Organisationskomplex begriffen werden, der unter anderem eine bettenführende Station betreibt, auf der komplikationsgefährdete Patienten nach Bedarf überwacht werden. Die Leistung dieses Organisationskomplexes setzt aber oft viel früher ein und umfasst deutlich mehr als die apparative Überwachung zur Detektion von Komplikationen. Die hergebrachte Leistungsdefinition der Monitorüberwachung zur Detektion von Komplikationen ist medizinisch heute nicht mehr adäquat und bildet den notwendigen initialen Aufwand nicht ab. Der OPS in seiner heutigen Form sollte deshalb nicht mehr für die Definition der DRG Schlaganfallbehandlung heran gezogen werden. Die Erbringung der Prozedur sollte nicht mehr (ausschließlich) an eine spezielle räumliche Behandlungseinheit gebunden sein

Eine zeitliche Splittung einer Komplexpauschale ist heute nicht mehr sinnvoll.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

die durchschnittliche Verweildauer von Schlaganfallpatienten auf der Stroke Unit liegt in den USA deutlich unterhalb von 48h, während in Deutschland ein Großteil der Patienten dort meist etwas länger als 72 Stunden behandelt wird. Diese Anomalie geht zurück auf eine vor mehr als 10 Jahren getroffene Entscheidung über Abrechnungsmodalitäten, die bis heute beibehalten wurden. Medizinisch-wissenschaftlich ist diese Differenz nicht zu begründen. Abgeleitet worden waren die 72 Stunden ursprünglich von Studienprotokollen, mit denen die These der Überlegenheit eines apparativen Monitorings zum Erkennen von Begleitkomplikationen bei schwergradig neurologisch beeinträchtigten Patienten überprüft werden sollte.

Schon in den initialen Studien hatte sich ein Nutzen einer Überwachung über mehr als 72h nur bei einem Teil dieser schwer betroffenen Patienten gezeigt. Seit dieser Zeit hat sich sowohl die Zusammensetzung des Patientenkollektivs wie auch Art und Intensität der Behandlung auf der Stroke Unit deutlich verändert. Heute werden nicht mehr nur die schwer betroffenen, sondern möglichst alle Schlaganfallpatienten möglichst schnell auf der Stroke Unit versorgt. Es sind damit sehr viele leicht betroffene Patienten ohne wesentliches Risiko für Begleitkomplikationen hinzu gekommen. Und der Fokus der Therapie liegt inzwischen auf den ersten Stunden.

Schon in den ursprünglichen Studien wurde nur bei einem Teil der Patienten eine Notwendigkeit eines apparativen Monitorings über mehr als 72 Stunden festgestellt und die Überwachung dementsprechend für diesen Teil der Patienten früher beendet. Durch die starke Veränderung der Zusammensetzung des Krankengutes durch Einbeziehung von Patienten mit mittelschweren und leichten Schlaganfälle (die inzwischen weit überwiegen) und mit TIAs sowie durch die Verbesserungen in der Behandlung der cerebralen Ischämie (Stichwort Komplexe Schlaganfallstherapie mit Thrombolyse plus Retriever) ist der Prozentsatz der Patienten mit längerfristig apparativ überwachungspflichtigen Komplikationen nochmals deutlich rückläufig und dürfte in Deutschland heute im einstelligen Prozentbereich liegen. Eine Empfehlung einer Überwachung über mehr als 72h auf der Stroke Unit findet sich deshalb in den AHA/ASA-Leitlinien 2013 und 2015 nicht.

Diese medizinische Entwicklung spiegelt sich aber nicht in der Entwicklung der Behandlungsdauer auf den Stroke Units in Deutschland. Und die Ursache hierfür ist die alte Orientierung der Vergütung an der aus den frühen Studien zur Komplikationsüberwachung abgeleiteten 72h-Grenze sowie die Tatsache, daß die Indikation einer so langen Behandlung dort von den Kostenträgern bisher nur selten hinterfragt wurde. Im Ergebnis werden in Deutschland zu viele Patienten ohne tragfähige Begründung zu lange auf Stroke Units versorgt. Diese Form der Überversorgung hilft bei der Finanzierung der Strukturen. Unter medizinisch-rationalen Gesichtspunkten dürfte aber ein hoher Prozentsatz der in Deutschland dort erbrachten Behandlungstage unnötig sein.

Um diese Fehlentwicklung zu korrigieren, sollte die Abrechnung nach rationalen Kriterien umgestellt werden.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

Der Vorschlag trägt den Entwicklungen auf dem Gebiet der Behandlung des akuten Schlaganfalles Rechnung und stellt die Kodierung auf eine wissenschaftlich rationale Grundlage.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard ☐ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens ***e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *****f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *****g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? ***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)