

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	GKV-Spitzenverband
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gkv-spitzenverband.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Bentlage
Vorname *	Claas
Straße *	Reinhardtstraße 28
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	Claas.Bentlage@gkv-spitzenverband.de
Telefon *	030 206288-2216

Einräumung der Nutzungsrechte *

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

Erklärung zum Datenschutz *

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Überarbeitung der Codes 8-981 und 8-98b (Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles)

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- Nein
- Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Es wird beantragt die Codes 8-981 und 8-98b wie folgt umzuformulieren:

8-981 Umfassende Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)

Hinw.: Diese Codes können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.

Eine Fachabteilung ist definiert in § 5 Absatz 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Ein Standort ist definiert in § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 KHG.

Mindestmerkmale:

mindestens 24-stündige Behandlung in einer auf die Behandlung von Schlaganfällen spezialisierten räumlich abgegrenzten Einheit mit zentraler, kontinuierlicher Erfassung der folgenden Parameter: EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur von jedem Bettplatz. Diese Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- Vorhandensein einer Fachabteilung für Neurologie und Innere Medizin am Standort der Schlaganfalleinheit.
- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht) 24-stündige Verfügbarkeit neuroradiologischer und neurochirurgischer Eingriffe am Standort der Schlaganfalleinheit. Je nach fachlich/medizinischer Notwendigkeit müssen ein Facharzt für Neuroradiologie und/oder ein Facharzt für Neurochirurgie innerhalb von 30 Minuten am Patienten in der Schlaganfalleinheit verfügbar sein.
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie am Standort der Schlaganfalleinheit (Dieses Mindestmerkmal ist auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist.)
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation mittels Thrombolyse und interventioneller Thrombektomie am Standort der Schlaganfalleinheit (Dieses Mindestmerkmal ist auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist.)
- 6-stündliche (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit

8-981.0 24h

8-98b Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Umfassende Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff.)

Hinw.: Diese Codes können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.

Eine Fachabteilung ist definiert in § 5 Absatz 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Ein Standort ist definiert in § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG.

Mindestmerkmale: mindestens 24-stündige Behandlung in einer auf die Behandlung von Schlaganfällen spezialisierten räumlich abgegrenzten Einheit mit zentraler, kontinuierlicher Erfassung der folgenden Parameter: EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur von jedem Bettplatz. Diese Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie

- Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin oder Neurologie am Standort der Schlaganfalleinheit

- Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurologie innerhalb von 30 Minuten am Patienten. Die Erstuntersuchung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie oder telemedizinisch.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen patientennahen Tätigkeiten freigestellt sein. Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators.
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

- 24-Stunden-Verfügbarkeit, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie am Standort der Schlaganfalleinheit (Dieses Mindestmerkmal ist auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist.)

- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen

- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde

- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit

8-98b.0 Mehr als 24 Stunden

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

In Deutschland wird die Schlaganfallversorgung derzeit an mehr als 450 Standorten mit einem Erlösvolumen ca. 1,6 Mrd. Euro vorgenommen. Im Durchschnitt macht die Stroke unit 7 % des Erlösvolumens des jeweiligen Krankenhauses aus (Spannweite 51 - 0.1 %) Die durchschnittlichen Pkw- Fahrtzeit für Patienten zur nächsten Stroke unit beträgt derzeit 22,1 Minuten (80 %-Perzentil 28,1) (Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen).

Die Schlaganfallversorgung ist in Deutschland auf einem guten Niveau.

Im letzten Jahren hat sich indes gezeigt, dass, auch aufgrund der BSG Rechtsprechung, eine Anfälligkeit des Kodes für Abrechnungsstreitigkeiten, die sich an der unterschiedlichen Interpretation der Mindestmerkmale entzünden, besteht.

Insbesondere die bisherige 30-Minuten-Transportzeit, die ursprünglich von der Fachgesellschaft gewünscht wurde, ist nicht patientenzentriert, denn sie ignoriert die Wartezeit auf das Transportmittel und die Wegezeit in der aufnehmenden Klinik. Eine Unmittelbarkeit - wie derzeit im Kode gefordert - ist beispielsweise nicht gegeben, wenn ein Patient auf das Tageslicht warten muss um (bei fehlendem nachflugtauglichem Hubschrauber) in eine Neuroradiologie oder Neurochirurgie verlegt zu werden.

Die Zeit bis zur Weiterbehandlung in einer anderen Klinik könnte sich an wissenschaftlichen Kriterien zu orientieren, was aber den Nachteil brächte, dass diese Zeit vom Symptombeginn bis zur Lyse/Thrombektomie oft präklinisch beginnt und daher in einem Kode nicht operationalisierbar ist.

Die Regelungen zur Transportzeit oder Transportentfernung sollten folglich entfallen.

Die Kodes müssen stattdessen an rechtssichere Kriterien wie Standort (Standortvereinbarung) und Fachabteilung (GBA-Beschluss zu Sicherstellung und Notfall) gekoppelt werden, um den Kliniken Abrechnungssicherheit zu verschaffen. Die meisten Mindestanforderungen sollen ohne Prüfung der Krankenakte vor Vereinbarung der Leistung prüfbar sein.

Der Kode verbleibt in seiner Zweiteilung, bewährte Formulierungen werden belassen, aber die beiden Kodes erhalten unterschiedliche Aufgaben.

„Basis Stroke Unit“ (8-98b): Angio CT, Neurologe in 30 Minuten am Patienten, Fachabteilung für Neurologie oder Innere Medizin jeweils am Standort. Kernleistungen: Ersteinschätzung und ggf. i. V. Thrombolyse.

„Umfassende Stroke Unit“ (8-981): Fachabteilung für Neurologie und Innere Medizin, CT, MRT und Angiographie am Standort. Verfügbarkeit neurochirurgischer und neuroradiologischer Leistungen am Standort in 30 Minuten. Kernleistungen: Umfassende Behandlung mit Thrombektomie. In diesen Kliniken sollte der Patient umfassend versorgt werden können und nicht mehr verlegt werden müssen.

Die erlöserrelevanten Schwellen bei 24 Stunden und 72 Stunden in den Kodes 8-981 und 8-98b haben zu unerwünschten Schwelleneffekte in vielen fallzahlstarken Kliniken geführt, die über Jahre hinweg nahezu ausschließlich (> 90 %) Schlaganfallbehandlung über 72 Stunden erbringen. Dies legt nahe, dass nichtmedizinische Erwägungen hier die Dauer der Behandlung beeinflussen. Daher soll gleichzeitig durch eine Streichung der 72-Stunden-Schwelle dieser Fehlanreiz zur Verweildauerverlängerung entfernt werden.

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

Der Verzicht auf Prozessmerkmale (Monitoringintervalle, Transportzeit/entfernung ...) vermindert die Notwendigkeit einer Einzelfallprüfung.
Die genauere Beschreibung der Leistungsinhalte der Codes erlaubt eine besser Zuordnung der Vorhaltekosten und der Behandlungskosten.
Die Entfernung der Schwelle über 72 Stunden entfernt einen Fehlanreiz zur längeren Verweildauer auf einer Stroke Unit.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2782/2016-11-24_SiZuR_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_BAnz.pdf

https://www.dkgev.de/media/file/66631.Anlage_2_Vereinbarungen_Standortdefinition_und_verzeichnis__UEbersendung_Vereinbarungstexte.pdf

Holodinsky JK, Williamson TS, Demchuk AM, et al. Modeling Stroke Patient Transport for All Patients With Suspected Large-Vessel Occlusion. JAMA Neurol. 2018;75(12):1477–1486.
doi:10.1001/jamaneurol.2018.2424

Impact and sustainability of centralising acute stroke services in English metropolitan areas: retrospective analysis of hospital episode statistics and stroke national audit data BMJ 2019;364:l1

Centralising acute stroke care and moving care to the community in a Danish health region: Challenges in implementing a stroke care reform. Douw K1, Nielsen CP2, Pedersen CR3. Health Policy. 2015 Aug;119(8):1005-10. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.05.007. Epub 2015 Jun 6

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Kosten für die Akutbehandlung des akuten Schlaganfalles betragen derzeit ca 1,5 Mrd. Euro für 260.000 Fälle an mindestens 450 Krankenhäusern.

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *

260.000 Fälle

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.)

Der vorliegende Vorschlag erlaubt eine Zentralisierung der Thrombektomie an qualifizierten Standorten ohne eine flächendeckende Ersteinschätzung von Patienten mit einem Schlaganfall zu gefährden. Die anhängige Literatur belegt, dass die Zentralisation der invasiven Schlaganfallbehandlung auf wenige Standorte die Kosten, die Morbidität und die Mortalität in Kanada, Dänemark und dem Vereinigten Königreich signifikant beeinflussen konnte.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)