

## 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-komplexeinzelreha.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](mailto: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](http://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](http://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 *	Deutsche Schlaganfallgesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DSG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dsg-info.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Grau
Vorname *	Armin
Straße *	Speyererstr. 66
PLZ *	67122
Ort *	Altrip
E-Mail *	graua@klilu.de
Telefon *	06215034200

### 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](mailto: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](mailto: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) \***

Revision des OPS 8-981/8-98b bez. des Transportkriteriums und anderer Elemente

**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:

Dies ist ein Vorschlag der DSG

**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)

Vorschlag der DSG zum OPS 8-981 und 8-98b

8-981 Neurologische 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 Schlaganfallereinheit 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.

- Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:
- 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-Stunden-Monitoring der 6 folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung und Temperatur. Blutdruck und Temperatur können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur wegen kurzer technischer Störungen, für Körperpflege und Toilettengang und andere pflegerische Maßnahmen und zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei potentieller Lyse- oder Thrombektomieindikation 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
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie sowie der CT-Perfusion- oder der MR-Perfusionsuntersuchung
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- 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

- Verfügbarkeit der endoskopischen Schluckdiagnostik während des stationären Aufenthalts
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Rettungsdienst und dem oder den jeweils nächst gelegenen Kooperationspartner(n), die die Notfallbehandlungen erbringen
- 8-981.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden
- 8-981.1 Mehr als 72 Stunden

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.:

Neurologische 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.

- Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:
  - 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 8-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder Innere Medizin oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie oder Innere Medizin 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 oder auf Normalstation weiter zu versorgen. Während der 16 stündigen ärztlichen Anwesenheit am Abend und 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 versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
  - 24-Stunden-Monitoring der 6 folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung und Temperatur. Blutdruck und Temperatur können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur wegen kurzer technischer Störungen, für Körperpflege und Toilettengang und andere pflegerische Maßnahmen und zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
  - 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 potentieller Lyse- oder Thrombektomieindikation 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
  - Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
  - ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum.

Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen

- 24-Stunden Verfügbarkeit der CT- oder MR-Angiografie
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- 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
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Rettungsdienst und dem oder den jeweils nächst gelegenen Kooperationspartner(n), die die Notfallbehandlungen erbringen
- 8-98b.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden

o8-98b.00 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht, um den Patienten zu untersuchen. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

o8-98b.01 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und an den täglichen Visiten teilnimmt. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend telemedizinisch von einem Facharzt für Neurologie oder einem Arzt mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) untersucht.

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

• 8-98b.1 Mehr als 72 Stunden

• 8-98b.10 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

• 8-98b.11 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.:

Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und an den täglichen Visiten teilnimmt. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend telemedizinisch von einem Facharzt für Neurologie oder einem Arzt mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) untersucht.

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

oFür 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

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundessozialgerichts zum Transportkriterium des OPS 8-981 und 8-98b vom Juni 2018 ist eine dauerhafte und möglichst rechtssichere Neuformulierung dieses Teils des OPS dringend erforderlich, auch wenn das DIMDI dankenswerterweise inzwischen eine Präzisierung der Transportzeit vorgenommen hat. Die bisher gültige 30 minütige Transportzeit ist arbiträr und ihre Einhaltung liegt nicht im Ermessen des einzelnen Klinikums, das weder Verantwortung trägt für seine geografische Lage noch für die zur Verfügung stehenden Transportmittel wie nachflugtaugliche Hubschrauber. Jedwede genaue Zeitvorgabe sollte daher aus unserer Sicht im OPS vermieden werden. Wir schlagen vor, für die Kliniken Kooperationsvereinbarungen mit dem Rettungsdienst und den jeweils nächstgelegenen Kooperationspartner(n) für neuroradiologisch-interventionelle, neurochirurgische und gefäßchirurgische Behandlungsmöglichkeiten vorzusehen, wenn sie diese Behandlungen nicht selbst durchführen können.

Alternativ könnten wir uns auch vorstellen, auf diesen Passus („unmittelbarem Zugang ... Notfallbehandlungen erbringen“) ganz zu verzichten und ihn ersatzlos zu streichen.

Die Schlaganfallmedizin ist in raschen Wandel begriffen. Daher möchten wir die Modifikation des Transportkriteriums dazu benutzen, andere Teile des OPS 8-981 und 8-98b entsprechend neuer Anforderungen zu verändern.

1. 24-Stunden-Monitoring (8-981 und 8-98b): Das Monitoring von intrakraniellm Druck, EEG und evozierten Potentialen spielt in der klinischen Praxis auf den Stroke Units keine Rolle. Daher wurden die drei Modalitäten gestrichen. Unterbrechungen des Monitorings für Toilettengang und Hygienemaßnahmen haben in der Vergangenheit Anlass zu Konflikten gegeben; daher wurden hier Präzisierungen vorgenommen.
2. Durchführung einer Computertomografie oder Kernspintomografie innerhalb von 60 Minuten(8-981 und 8-98b): dieses Kriterium soll nicht nur bei potentieller (Wort hinzugefügt) Lyse-, sondern auch bei einer Thrombektomieindikation gelten. Daher wurde die Thrombektomie hier ergänzt.
3. 24-Stunden-Verfügbarkeit von gefäßdarstellenden Methoden: Beim OPS 8-981 wird die CT- oder MR-Perfusionsmessung ergänzt, da beide Methoden in Ergänzung von CT-A und MR-A wichtig sind für die Stellung der Indikation für die mechanische Thrombektomie, insbesondere bei Patienten im erweiterten Zeitfenster oder bei unklarem Beginn des Schlaganfalls. Außerdem wurde als kleine redaktionelle Änderung das Wort „zerebrale Angiografie“ gestrichen, da es aufgrund der nachfolgenden Termini ausreichend spezifiziert wird. Beim OPS 8-98b wurde eine 24-Stunden-Verfügbarkeit der CT- oder MR-Angiografie hinzugefügt, da diese Methoden erforderlich sind, um generell (bekanntes Zeitfenster) die Indikation für die Mechanische Thrombektomie zu stellen.
4. Schluckdiagnostik (8-981): Dysphagien sind wesentliche Prädiktoren für schlechtes outcome und Mortalität nach Schlaganfällen. Die Dysphagie-Diagnostik spielt daher eine wichtige Rolle. Ergebnisse der endoskopischen Schluckdiagnostik sind diesbezüglich von großem Wert für die Schlucktherapie. Daher sollten endoskopische Schluckdiagnostik-Methoden von den Kliniken vorgehalten werden.
5. Ärztliche Anwesenheit (8-98b): Hier besteht bisher ein zu großer Unterschied zwischen den Regelungen des OPS 8-981 und denen des 8-98b, wo bislang lediglich eine nicht näher spezifizierte „24 stündliche ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsgienst)“ verlangt wird. In Analogie zu der 12-stündlichen ärztlichen Anwesenheit im OPS 8-981 soll jetzt im OPS 8-98b eine 8-stündliche

ärztliche Anwesenheit notwendig sein; dabei soll es für den Arzt auch möglich sein, Patienten mit Schlaganfällen auf der Normalstation weiter zu versorgen, da die Schlaganfalleinheiten, die den OPS 8-98b abrechnen, zum Teil nur wenige Betten umfassen und eine ärztliche Anwesenheit ganz ausschließlich auf dieser Station nicht in jedem Fall angemessen wäre.

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) könnte sich auch vorstellen, den OPS 8-981 und den OPS 8-98b insgesamt stärker zu vereinfachen und zu straffen.

Die DSG spricht sich jedoch dagegen aus, im OPS die Versorgung auf den Schlaganfall-Einheiten mit Leistungen wie der Mechanischen Thrombektomie oder neuro- bzw. gefäßchirurgischen Lesitungen zu verknüpfen. Die Behandlung auf den Schlaganfall-Einheiten betrifft die ersten Tage nach dem Schlaganfall und nicht ausschließlich die perakute Phase. Ihre Wirksamkeit ist durch zahlreiche Metaanalysen bestens belegt und sie ist für mindestens 90% aller Schlaganfallpatienten hilfreich unabhängig von den genannten interventionellen und operativen Verfahren. Maßnahmen wie die Mechanische Thrombektomie, die Evakuierung von Hirnblutungen oder die Trepanation bei raumfordernden Infarkten betreffen zusammen nur wenige Prozent der Schlaganfallpatienten; ihre Vergütung ist im DRG-System durch separate Ziffern gewährleistet. Ein Junktim zwischen diesen speziellen Leistungen und der allgemeinen Behandlung auf einer Schlaganfall-Einheit sollte daher aus unserer Sicht nicht hergestellt werden.

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

Der Vorschlag stellt lediglich eine Überarbeitung von zwei vorhandenen OPS dar. Eine spezielle Weiterentwicklung der Entgeltsysteme ist hier nicht impliziert.

**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)**

Dziewas R, Busse O, Glahn J, Grond M, Hamann GF, Ickenstein GW, Nabavi DG, Prosiegel M, Schäbitz WR, Schellinger PD, Stanschus S. FEES in the stroke unit: recommendations for implementation in the clinical routine. Nervenarzt 2013; 84: 705-8

Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S, McTaggart RA, Torbey MT, Kim-Tenser M, Leslie-Mazwi T, Sarraj A, Kasner SE, Ansari SA, Yeatts SD, Hamilton S, Mlynash M, Heit JJ, Zaharchuk G, Kim S, Carrozzella J, Palesch YY, Demchuk AM, Bammer R, Lavori PW, Broderick JP, Lansberg MG; DEFUSE 3 Investigators. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. New Engl J Med 2018: 378;708-18

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised in-patient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 11;(9):CD000197

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Zusätzliche Kosten fallen unseres Erachtens nach nicht an.

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

In Deutschland treten derzeit zirka 270.000 Schlaganfälle pro Jahr auf. Hinzu kommen Patienten mit transitorisch-ischämischen Attacken (geschätzt etwa 100.000 Patienten). Rund 90% dieser Patienten eignen sich für oder profitieren von einer Behandlung auf einer Schlaganfall-Einheit.

**f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

entfällt

**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.)

Für den akuten Schlaganfall besteht eine elaborierte externe Qualitätssicherung. Der obige Vorschlag berührt diese jedoch nicht.

**8. Sonstiges**  
(z.B. Kommentare, Anregungen)

-