

Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten 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:
ops2021-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte

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

Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten 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) *	Dr. med.
Name *	Bentlage
Vorname *	Claas
Straße *	Rheinhardtstraße 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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 *

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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) *

Umfassende Überarbeitung der Codes 8-981 und 8-98b zur Schlaganfallversorgung

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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

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

Komplexbehandlung

(8-97...8-98)

8-98 Sonstige multimodale Komplexbehandlung

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 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.

Strukturmerkmale:

- Zentrale, kontinuierliche Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen der Schlaganfallstation: Blutdruck, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung.
- 24 stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme.
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auf der jeweiligen Schlaganfallstation.

Mindestmerkmale:

Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team 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)

8-981.1 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles mindestens 24 Stunden.

Strukturmerkmale:

- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.

Mindestmerkmale:

- 6-stündliche (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 Lyseindikation innerhalb von 30 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, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) am Standort der Schlaganfallstation. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlaboren erfolgen.
- 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
- Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.

8-981.2 Aufwendige Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles

Hinw.: Zur Erfüllung dieses Kodes bedarf es lediglich der Erfüllung der Struktur und Mindestmerkmale unter 8-981.- und der Strukturmerkmale 8-981.2.

Strukturmerkmale:

- Fachabteilung für Neurologie, Innere Medizin und Neurochirurgie am Standort der Schlaganfalleinheit,
- Verfügbarkeit eines Facharztes für Neuroradiologie innerhalb von 30 Minuten am Patienten
- 24-stündige Verfügbarkeit der technischen Gegebenheiten zur Rekanalisation mittels interventioneller Thrombektomie der hirnversorgenden Gefäße am Standort der Schlaganfalleinheit

Die standortbezogenen Mindestmerkmale sind auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist

- .30 Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
- .31 Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
- .32 Mehr als 72 Stunden bis 96 Stunden
- .33 Mehr als 96 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:

Strukturmerkmale:

- ätiologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) am Standort der Schlaganfallstation. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen.
- unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist.
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie

Mindestmerkmale:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur 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 Lyseindikation innerhalb von 30 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
- 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
- Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit (s.o.) nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

8-98b.20 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes mindesten 24 Stunden

Strukturmerkmale:

- Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und innerhalb von 30 Minuten am Krankenbett zur Verfügung steht.

Mindestmerkmale:

- Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht.
 - Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil
- 8-98b.30 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes mindestens 24 Stunden

Strukturmerkmale:

- 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.

Mindestmerkmale:

- 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 neurologischen Stroke unit, die die Mindestmerkmale unter Kode 8-981.3 erfüllt. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

In Deutschland wird die Schlaganfallversorgung derzeit an mehr als 450 Standorten mit einem Erlösvolumen von ca. 1,5 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 Abrechnungstreitigkeiten, die sich an der unterschiedlichen Interpretation der Mindestmerkmale entzündet, besteht.

Vor dem Hintergrund des MDK-Reformgesetzes müssen die Kodes in Strukturkriterien und sonstige Mindestmerkmale eingeteilt werden, um die Kodes in der Zukunft ohne Streitigkeiten vor Ort reibungslos prüfen zu können. Die Kodes müssen überdies 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 sollten ohne Prüfung der Krankenakte vor Vereinbarung der Leistung prüfbar sein.

Der Kodekomplex erhält eine Dreiteilung, bewährte Formulierungen werden belassen, aber die Kodes erhalten unterschiedliche Aufgaben.

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles: Vorabklärung einer neurologischen Behandlungsbedürftigkeit in schwach versorgten Regionen. Kernleistung: Behandlung milderer Fälle.

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles (8-981: Angio CT, Neurologe in 30 Minuten am Patienten, Fachabteilung für Neurologie oder Innere Medizin jeweils am Standort. Kernleistungen: Ersteinschätzung und ggf. i. V. Thrombolyse.

Aufwendige neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles (8-981.3): Fachabteilung für Neurologie, Neurochirurgie und Innere Medizin, CT, MRT und Angiographie am Standort. Kernleistungen: Umfassende Behandlung mit Thrombektomie. In diesen Kliniken sollte der Patient umfassend versorgt werden können und nicht mehr verlegt werden müssen.

Die erläßerelevanten Schwellen bei 24 Stunden und 72 Stunden in den Codes 8-981 und 8-98b haben zu unerwünschten Schwelleneffekten 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 in allen Klassen außer der umfassenden Schlaganfallbehandlung entfernt werden. Vor dem Hintergrund der Ausgliederung der Pflege erscheint dies vertretbar, da am Ende einer Komplexbehandlung vorwiegend Pflegekosten auftreten, die anderweitig vergütet werden.

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

Der Verzicht auf Prozessmerkmale (Monitoringintervalle, Transportzeit/entfernung ...) vermindert die Notwendigkeit einer Einzelfallprüfung insbesondere in großen Einheiten bei denen von entsprechender Strukturqualität auszugehen ist.

Die genauere Beschreibung der Leistungsinhalte der Codes erlaubt eine bessere Zuordnung der Vorhaltekosten und der Behandlungskosten.

Die Entfernung der Schwelle über 72 Stunden entfernt einen Fehlanreiz zur längeren Verweildauer auf einer Stroke Unit bei kleineren Einheiten.

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_SiZu_R_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. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) ***f. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt ***

260.000 Fälle

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, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)