



URTEIL BSG – AUSWIRKUNGEN UND SICHERSTELLUNG DER QUALITÄT DER VERSORGUNGSKETTE

PROF. DR. MED. M. FETTER

SRH KLINIKEN

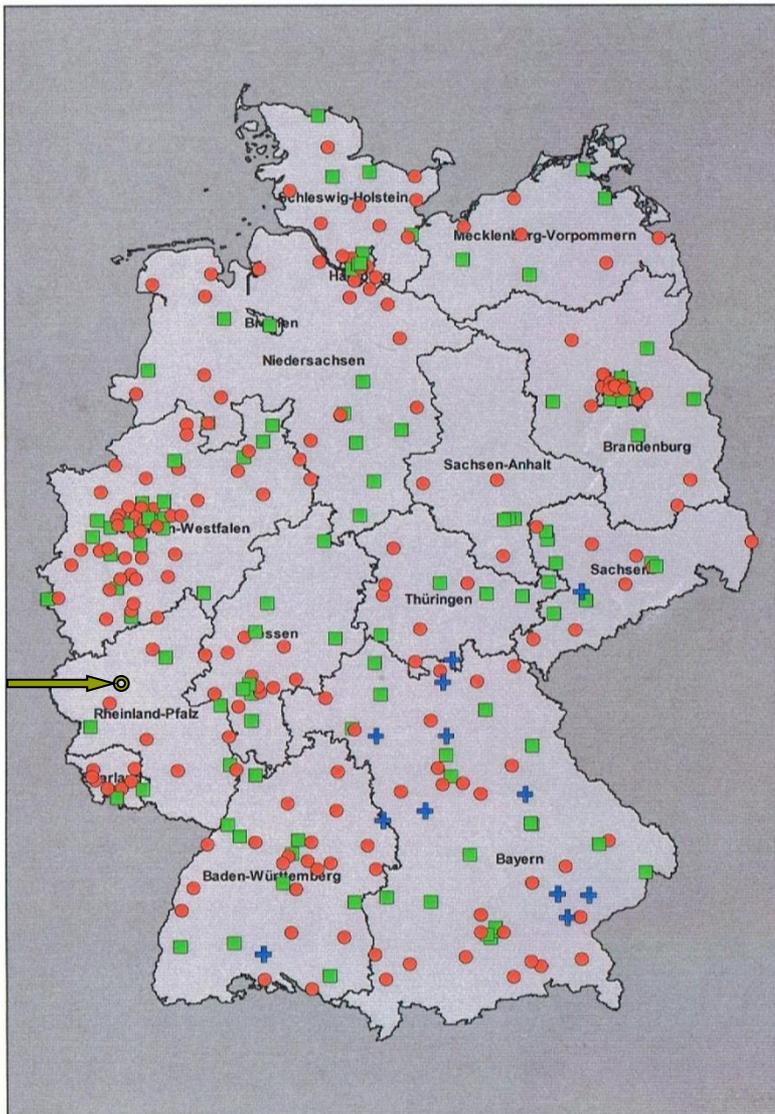
**CA Zentrum für Neurologie und Frührehabilitation
Überregionale Stroke Unit**

 **KLINIKUM
KARLSBAD**

04.12.2019

BSG Urteil 16.6.18 in der „Causa Daun“

SRH KLINIKEN



332 zertifizierte Stroke Units
192 Regionale Stroke Units *
122 Überregionale Stroke Units **
18 Telemedizinisch vernetzte Stroke Units

*davon 8 Comprehensive Stroke Units

**davon 12 Comprehensive Stroke Units

[Stand: 26.9.2019]

Quelle: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Karte erstellt mit RegioGraph 8,
Kartengrundlage GfK MACON GmbH

- Regionale Stroke Unit
- Überregionale Stroke Unit
- + Telemedizinisch vernetzte Stroke Unit

460 Kliniken
rechnen
Stroke-OPS ab!

Viele Trittbrett-
Fahrer!!

● Daun

CAUSA DAUN (nicht zertifizierte internistische SU)

Situation vor dem BSG-Urteil

- Strukturmerkmal im OPS: Unmittelbarer Zugang zu interventionellen Notfalleingriffen (NCH, NRAD, GCH). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels **grundsätzlich** innerhalb einer halben Stunde möglich ist.
- Bis 2013 musste die Transportentfernung „unabhängig vom Transportmittel“ erfüllt sein, ab 2014 nur noch mit dem schnellsten Transportmittel (z.B. Hubschrauber). Aberkennung, wenn der Hubschrauber nicht nachflugtauglich.

CAUSA DAUN

BSG-Urteil vom 19.6.2018 zur Schlaganfall-OPS 8-98b

- Massive Verschärfung durch das BSG-Urteil mit Neuinterpretation der halbstündigen Transportentfernung:
- 30 Minuten Frist beginnt mit der Entscheidung zur Verlegung bis zum Eintreffen im Zentrum (inklusive Anfahrts- und Rüstzeit).
- Juristische Definition von „grundsätzlich“:
- OPS-Gründungsväter = „im Prinzip“
- Juristisch = „immer und in jedem Fall“ Folge: Rückforderung für alle Pat. und Ausweitung auch auf OPS 8-981
- **Rückforderung über 200.000 abgerechneter Fälle!**
- **AUS FÜR EIN GROSSTEIL DER SUs!**

Stellungnahme der Deutschen Schlaganfallgesellschaft

Der OPS 8-981 war als Instrument gedacht, die personell aufwändige Arbeit auf der Stroke Unit abzubilden. Die Behandlung auf einer Stroke Unit ist für fast alle Patienten nutzbringend, die Wirksamkeit der Stroke Unit ist unabhängig von der Thrombolyse, Thrombektomie oder anderen intrazerebralen Eingriffen eo ipso evidenzbasiert. Neurochirurgische und neuroradiologisch-interventionelle Eingriffe werden auch in Zukunft bei kaum mehr als 10% aller Schlaganfallpatienten zur Anwendung kommen. Die Vergütung aller Schlaganfall- sowie TIA Patienten vom Vorhandensein der interventionellen Methoden abhängig zu machen, erscheint daher unangemessen, zumal beide Interventionen im OPS-Katalog abgebildet sind und ausreichend vergütet werden.

Stellungnahme der Deutschen Schlaganfallgesellschaft

Stroke Units sollen mit kurzen Anfahrtszeiten flächendeckend verfügbar sein, die interventionellen Eingriffe bedürfen hingegen der speziellen Expertise und ausreichenden Fallzahlen und sollten daher auf eine begrenzte, wenngleich für die flächendeckende Versorgung ausreichende Zahl von Zentren beschränkt bleiben.

Die Stroke Units sind das Rückgrat der Schlaganfallversorgung. Die Vergütung der dort erbrachten Leistungen erfordert eine von den Interventionen unabhängige Bewertung.

Eine Stärke der deutschen Schlaganfallmedizin ist die strukturierte Zusammenarbeit lokaler und spezialisierter Kliniken. Diese Zusammenarbeit ist im OPS festgeschrieben, der Fehler war, überhaupt strikte Transportzeiten festzulegen.

CAUSA DAUN

BSG-Urteil vom 19.6.2018 – wie ging es weiter?

- Dank einer konzertierten Aktion der DGN, DSG und BDN konnte erreicht werden, dass das BM für Gesundheit ein „Stillhalteabkommen“ empfohlen hat.
- **Jens Spahn (11/18): „Gerade im ländlichen Raum müssen die Stroke Units erhalten bleiben“**
- Entschärfung durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (Verjährung für Forderungen der Krankenkassen von 4 auf 2 Jahre verkürzt) und Klarstellung des DIMDI („Transportzeit ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt“), rückwirkend gültig ab dem 1.1.2014. ABER: „was nützt kurze Transportzeit, wenn lange auf das Transportmittel gewartet werden muss?“

OPS 8-981

neue/alte Definition der Transportentfernung

SRH KLINIKEN

Versuch der DSG/DGN, das Transportkriterium zu streichen, ist gescheitert!

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.** 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 Code nicht angegeben werden.)

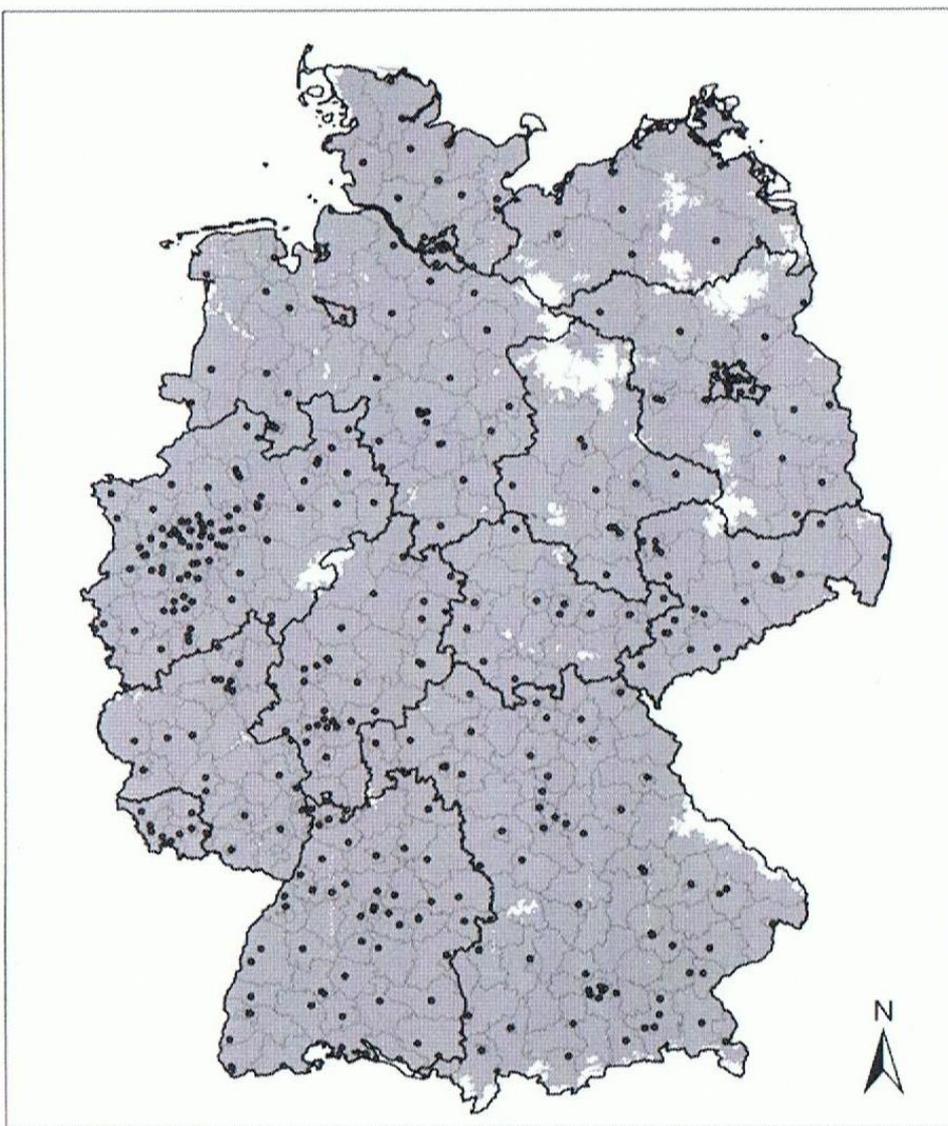
CAUSA DAUN

BSG-Urteil vom 19.6.2018 zur Schlaganfall-OPS 8-98b

- Kein endgültige Entwarnung. Kassen versuchen weiter, vielen Häusern den Stroke-OPS streitig zu machen (200.000 anhängige Klagen) aber aktuell in B-W nur noch einzelne Fälle strittig!

Haltung der DSG:

- Flächendeckende Schlaganfallversorgung darf nicht gefährdet werden
- Qualität muss auf allen Stufen auf hohem Niveau erhalten werden
- Im Konsens mit den Kassen sollen „Trittbrettfahrer“ reduziert werden
- Intrahospitale Abläufe bei Sekundärverlegung müssen optimiert werden!



30-minütige Erreichbarkeit schlaganfallversorgender Kliniken in Deutschland

Legende

- schlaganfallversorgende Klinik
- Bundesland
- ▨ binnen 30 Minuten erreichbar
- Landkreis

1:3 600 000
 0 25 50 100 Kilometers
 erstellt von Sebastian Koch
 Institut für Geographie und Geoökologie, Professur für Geoökographie
 Odenringstraße, Institute of Clinical Epidemiology and Biometry,
 Goethe-Universität Frankfurt am Main, 2013

**Innerhalb von 30 Minuten
werden erreicht:**

87,9% der Fläche

97,0% der Bevölkerung

Schlaganfallkonzeption B-W

3-stufiges Konzept

Time is Brain, was ist die beste Versorgungsrouten für individuelle Patienten?

- „Drip and Ship“: Aufnahme auf lokale/regionale Einheit, nach schneller Diagnostik sofortiger Lysebeginn (Ziel: Door-to-needle <30min!).

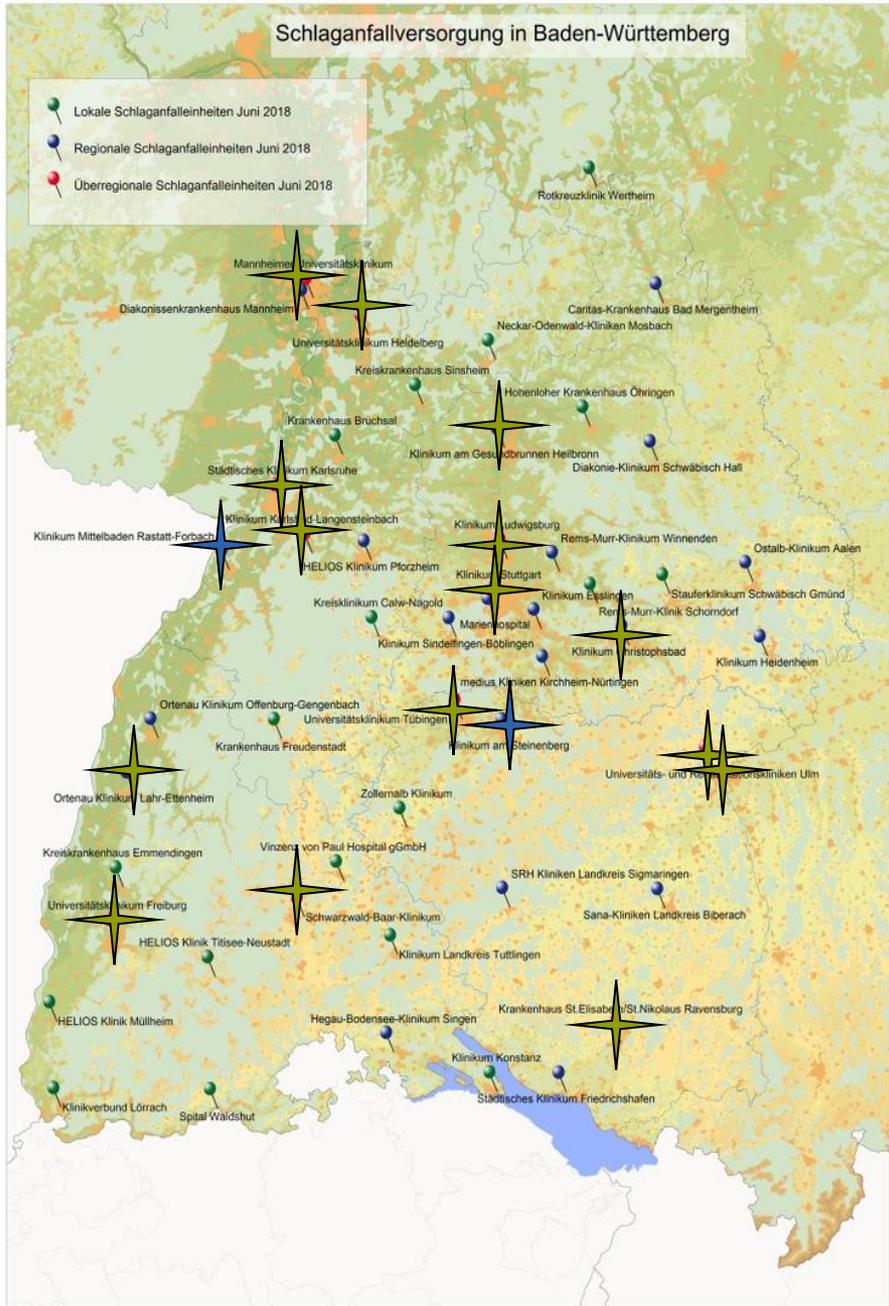
Bei längerstreckigem Großgefäßverschluss Indikation zur Thrombektomie und Sekundärverlegung mit **maximaler Transportzeit von 30 min!** (Aber: Daten aus dem FAST-Netzwerk: im Schnitt 2h 29min zwischen Aufnahme-CT in peripherer SU und Aufnahme-CT in HD vor Thrombektomie)

- „Mothership“: Bei präklinischem V.a. Großgefäßverschluss (schweres Mediasyndrom) Direktverbringung in ein Thrombektomiezentrum (Schlaganfallkonzeption B-W: „Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer lokalen SU nicht ausreichen, ist der Patient direkt in eine R oder ÜR einzuweisen“)

- Alternative: „Ship the doctor“ (Rastatt (HD), Reutlingen (TÜ))

Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg

- Lokale Schlaganfalleinheiten Juni 2018
- Regionale Schlaganfalleinheiten Juni 2018
- Überregionale Schlaganfalleinheiten Juni 2018



SRH KLINIKEN

In Baden-Württemberg gibt es **51** ausgewiesene Schlaganfallstationen nach dem dreistufigen **Stroke Unit Konzept**:

13 Überregionale Schlaganfallzentren

20 Regionale Schlaganfallschwerpunkte

18 Lokale Schlaganfalleinheiten

17 Thrombektomiezentren (2 mit visiting Interventionalist: RA, RT; 1 R (GP), 1 L (BW-UL))

KLINIKUM
SRH KARLSBAD