



Armin J. Grau

Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz und die unrealistischen BSG-Vorgaben

Heute existieren drei wichtige evidenz-basierte Therapien des akuten ischämischen Schlaganfalls, von denen Patienten in erheblichem Maße profitieren und an deren zeitnahe Verfügbarkeit sich ein Gesundheitssystem messen lassen muss. Dabei handelt es sich um die Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units), die systemische Thrombolyse sowie die mechanischen Thrombektomie (MTE).

In Rheinland-Pfalz existieren sechs überregionale Stroke Units an Neurologischen Kliniken und 23 im Landeskrankenhausplan ausgewiesene regionale Stroke Units in neurologischen, internistischen und geriatrischen Kliniken. Aktuell werden rund 88 Prozent der jährlich rund 16.000 Patienten mit Hirninfarkt, intrazerebraler Blutung oder transitorisch-ischämischer Attacke (TIA) in einer Klinik mit ausgewiesener Stroke Unit versorgt. Damit verfügt Rheinland-Pfalz über eine numerisch ausreichende Versorgung mit Stroke Units und vielleicht mit Ausnahme einer kleinen Region im Nordwesten des Landes auch räumlich über eine flächendeckende Versorgung mit Stroke Units.

Aktuell nehmen fast 80 Krankenhäuser an der Schlaganfallversorgung teil. Dabei ist nicht die hohe Zahl der Versorger an sich problematisch; eine Behandlung im heimatnahen Krankenhaus ohne Stroke Unit kann für einen hochbetagten, multimorbiden Patienten durchaus die richtige Entscheidung sein. Auffällig ist aber, dass es in einzelnen Regionen des Landes mehrere Krankenhäuser mit und ohne ausgewiesener Stroke Unit gibt, die jeweils nur wenige (< 200, zum Teil < 100) Patienten pro Jahr behandeln.

Als sinnvolle Mindestgröße für eine Stroke Unit können vier monitorisierte Betten und eine Behandlung von rund 400 Patienten pro Klinik und Jahr gelten. Eine regionale Absprache und eine Spezialisierung der Kliniken wäre hier medizinisch wünschenswert und vermutlich auch ökonomisch sinnvoll; eine ausreichende Expertise mit dem Krankheitsbild „Schlaganfall“ ist im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Aktuell erhalten 15,5 Prozent der Hirninfarkt-Patienten eine systemische Thrombolyse, eine deutliche Steigerung in den vergangenen Jahren. Das telemedizinische Schlaganfallprojekt TEMES-RLP dient unter anderem der weiteren Verbesserung der Lyse-Rate.

Seit 2015 ist die Wirksamkeit der MTE bei Schlaganfällen durch Verschlüsse der großen hirnversorgenden Arterien wissenschaftlich erwiesen. Dieses Verfahren ist technisch anspruchsvoll und

erfordert Erfahrung und ein eingespieltes Team aus interventionellen Neuroradiologen, Neurologen und Anästhesisten. Es sollte daher nur in Zentren mit ausreichender Expertise angewandt werden. 2018 erhielten rund 330 Patienten aus Rheinland-Pfalz eine MTE. In den sechs überregionalen Stroke Units des Landes werden MTEs bereits heute oder in naher Zukunft angeboten. Unter Einbezug von Zentren in den angrenzenden Bundesländern ist dadurch eine flächendeckende Versorgung auch bei steigenden MTE-Zahlen zu erreichen.

Um Patienten (oft unter laufender Lyse) rasch in die Zentren verlegen zu können, sind Verbesserungen der Prozesse in den peripheren Krankenhäusern, aber auch beim Rettungsdienst erforderlich. Insbesondere bedarf es eines landesweit verfügbaren nachflugtauglichen Hubschraubers. Neue Kooperationsformen, zum Beispiel Interventionalisten, die zu den Patienten kommen, müssen erprobt werden.

Ein Urteil des Bundessozialgerichts hat 2018 unrealistische Vorgaben zu Zeiten bei der Verlegung nach Schlaganfall gemacht. Strikte Zeitvorgaben haben sich gerade aus Sicht eines Flächenlandes nicht bewährt und sollten entfallen. Gleichzeitig müssen die Verlegungszeiten in der Qualitätssicherung konsequent erfasst werden. Auch mit einem neu formulierten OPS muss eine auskömmliche Vergütung der personalintensiven Arbeit aller Stroke Units unbedingt erhalten bleiben.

Rheinland-Pfalz hat als einziges Bundesland eine Nachbefragung 90 Tage nach Schlaganfall durchgeführt, die einige Aspekte der Unterversorgung gezeigt hat. Initiiert durch das Klinikum Ludwigshafen und gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses findet derzeit eine große Studie in 30 deutschen Zentren statt, die eine neue Versorgungsform mit einer engen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Kliniken zur Verbesserung der Nachsorge nach Schlaganfall erprobt. Nach einem Schlaganfall drohen zahlreiche Komplikationen, eine gute Nachsorge tut daher not.

Prof. Dr. Armin J. Grau

Direktor der Neurologischen Klinik, Klinikum der Stadt Ludwigshafen a. Rh.

1. Vorsitzender der Deutschen Schlaganfallgesellschaft



Bei der Schlaganfallversorgung hat das BSG-Urteil bezüglich der Vergütung in Verbindung mit den Transportzeiten in Rheinland-Pfalz für heftigen Wirbel gesorgt.

Schlaganfallversorgung: Wie eine 30-Minuten-Definition ein Flächenland aufwirbelt

Ines Engelmohr

Time is brain! Bei einem Schlaganfall hängen die Überlebenschancen davon ab, wie schnell Patienten behandelt werden, und die Schlaganfallversorgung in Deutschland genießt einen sehr guten Ruf. Doch das Bundessozialgericht hatte im vergangenen Jahr mit seinem Urteil bezüglich der Vergütung in Verbindung mit den Transportzeiten für heftigen Wirbel gesorgt.

Krankenhäuser können für die spezialisierte Schlaganfallversorgung eine gesonderte Vergütung erhalten. Voraussetzung ist unter anderem, dass sie besonders schwer betroffene Patienten im Bedarfsfall für spezielle Eingriffe innerhalb von 30 Minuten reiner Transportzeit in ein hierfür qualifiziertes überregionales Zentrum verlegen können.

Und genauso praktizierte dies ein katholisches Krankenhaus in Daun: Es konnte die neurochirurgischen Notfalleingriffe nicht selbst vornehmen, transportierte die Patienten zu einem kooperierenden Krankenhaus in Trier und rechnete entsprechend ab. Der entsprechende Abrechnungsschlüssel setzt eine höchstens halbstündige Transportentfernung voraus.

BSG-Urteil: 30-Minuten-Frist läuft ab Anforderung des Transportmittels

Einige Krankenkassen kürzten jedoch diese Rechnungen, weil sie der Meinung waren, dass die Transportfrist nicht eingehalten wurde. Dagegen wehrte sich das Dauner Krankenhaus und zog vor Gericht. Das Bundessozialgericht (BSG) gab jedoch den Kassen Recht. Nach BSG-Urteil (B 1 KR 38/17 R, B 1 KR 39/17 R) war die Klinik „nicht in der Lage, die erforderliche höchstens halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels grundsätzlich, also regelmäßig jederzeit einzuhalten“. Dieser Zeitraum beginne, so die BSG-Rechtsprechung, mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und ende mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners. Im konkreten Fall habe bei Dunkelheit diese Rettungstransportzeit auch unter Einsatz eines Rettungshubschraubers als schnellstmöglichem Transportmittel wesentlich länger als eine halbe Stunde gedauert.



Prof. Dr. Armin J. Grau
Direktor der Neurologischen
Klinik, Klinikum der Stadt
Ludwigshafen a. Rh.
1. Vorsitzender der Deutschen Schlag-
anfallgesellschaft

Als Ärzte sind wir für unsere Schlaganfallpatienten verantwortlich und setzen uns daher in jedem Fall für eine rasche Behandlung und bei Bedarf für eine zügige Verlegung in Spezialzentren ein.

BSG-Urteil sorgte für Klagewelle

Bereits seit Urteilsverkündung im Juni 2018 zahlten einzelne Krankenkassen die Leistungen der neurologischen Komplexbehandlungen nur noch unter Vorbehalt der Rückforderung beziehungsweise Stornierung und Verrechnung. Die leistungserbringenden Krankenhäuser waren aufgrund der Rückforderungsproblematik gezwungen, bilanzielle Rückstellungen zu bilden und es „trat eine hohe Verunsicherung ein, wie in Zukunft diese für die Patienten überaus wichtigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können“, teilte das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium mit.

Hinzu kam dann noch, dass eine kurzfristig mit Änderungsanträgen zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz initiierte und vom Bundestag am 9. November 2018 beschlossene Verkürzung der Verjährungsfrist eine gesetzliche Ausschlussfrist für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen vorgesehen hat.

Die Folge: In allen Bundesländern wurde eine Vielzahl von Klagen durch die Krankenkassen bei den Sozialgerichten einge-

reicht, da diese befürchteten, dass potenzielle Rückforderungsansprüche verjähren. Die Verjährung wird durch eine Klageerhebung gehemmt.

Auch in Rheinland-Pfalz kochte das Thema hoch. Krankenhäuser schlugen Alarm: Diese hohen Rückzahlungen könnten sie nicht leisten. Sie warnten davor, dass sie sich aus der Schlaganfallversorgung zurückziehen müssten. Verschiedene Fachgesellschaften schlossen sich den Protesten gegen die Rückforderungen der Kassen an.

„Das BSG interpretiert die geltende Vorschrift nun um“, kritisierte Prof. Dr. Armin J. Grau, 1. Vorsitzender der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft. „Als Ärzte sind wir für unsere Schlaganfallpatienten verantwortlich und setzen uns daher grundsätzlich für eine rasche Behandlung und bei Bedarf für eine zügige Verlegung in Spezialzentren ein“, so Grau. „Doch die zeitlichen Vorgaben müssen erfüllbar sein. Was das BSG fordert, kann jedoch selbst in Ballungszentren häufig nicht eingehalten werden.“ Auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie sieht das so. Beide Gesellschaften forderten, dass das Bundesgesundheitsministerium hier aktiv werden müsse.

Runder Tisch sorgte mit gemeinsamer Erklärung für Dialogbereitschaft

Rheinland-Pfalz hatte als erstes Bundesland reagiert und setzte sich rasch und intensiv für eine Sicherung der flächendeckenden Versorgung und Lösungsfindung ein. Im November 2018 lud Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler alle Beteiligten zu einem Runden Tisch ein, den Ernst Merz, der ehemalige Präsident des Landessozialgerichtes Rheinland-Pfalz, moderierte. Die „konstruktive und dialogbereite Atmosphäre aller Beteiligten des Runden Tisches“ führte dazu, dass Ende Januar dieses Jahres eine Gemeinsame Erklärung verabschiedet wurde: Die Vertreterinnen und Vertreter beider Seiten verständigten sich auf eine weitgehend einvernehmliche Beilegung der Abrechnungsstreitigkeiten. Der Schwerpunkt der Erklärung: die angestrebte Erledigung von Klageverfahren bezüglich der neurologischen Komplexpauschalen des akuten Schlaganfalles durch Klagerücknahmen. Die Umsetzung der Gemeinsamen Erklärung begleitet das Ministerium nach eigenen Angaben „engmaschig und inzwischen hat eine große Anzahl an Klageverfahren durch Klagerücknahmen Erledigung gefunden“.



Sabine Bätzing-Lichtenthäler
rheinland-pfälzische Gesundheits-
ministerin:

Rund 63 Prozent der Klageverfahren haben sich durch Rücknahmen erledigt.

Seit der einvernehmlichen Regelung der Krankenkassen und Krankenhäuser in der gemeinsamen Erklärung liegen dem Ministerium aktuell keine Informationen vor, dass eine der Stroke Units in Rheinland-Pfalz die Schlaganfallversorgung nicht aufrechterhalten könnte.

Wie weit ist die zeitnahe Umsetzung vorangekommen?

Die Erklärung hatten bis auf die IKK Südwest alle Krankenkassen unterschrieben. Und im ersten Halbjahr dieses Jahres, so heißt es in der Erklärung, sollten praktische Schritte umgesetzt sein. Das Gesundheitsministerium teilte mit, dass nach Auskunft des Justizministeriums bei den vier Sozialgerichten in Rheinland-Pfalz bis Ende des vergangenen Jahres etwa 9.100 Klagen eingegangen seien, die den durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz eingeführten neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen zugerechnet werden können.

Ministerium: Rund 5.810 Verfahren sind durch Klagerücknahme erledigt

Nach den aktuellen Rückmeldungen der Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft haben sich zwischenzeitlich – Stand bei Redaktionsschluss Ende Mai 2019 – rund 5.810 der Klageverfahren durch Klagerücknahme in Rheinland-Pfalz erledigt. Bätzing-Lichtenthäler: „Das entspricht rund 63 Prozent.“

Aufgrund der Rückmeldungen aller Beteiligten in Rheinland-Pfalz geht das Ministerium davon aus, dass weitere Klageverfahren „sukzessive einer einvernehmlichen Erledigung“ zugeführt werden können. Wegen der noch anhängigen Klagen habe das Ministerium die Beteiligten gebeten darzulegen, um welche Fallkonstellationen es sich handle und welcher Verfahrensfortgang erwartet werde. „Das Ministerium wird auch den weiteren Umsetzungsprozess mit einem Monitoring begleiten“, so die Ministerin.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) habe zudem alle Länder gebeten, über den aktuellen Umsetzungsstand zu der gemeinsamen Empfehlung der Bundesebene vom 6. Dezember 2018 zu berichten. Über die Ergebnisse aus den Ländern werde das BMG dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages Bericht erstatten, fügt die Ministerin hinzu.

Das Ministerium wird auch den weiteren Umsetzungsprozess mit einem Monitoring begleiten.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

Und wie sehen die Krankenkassen die Problematik?

Die IKK Südwest, welche die gemeinsame Erklärung im Januar nicht mitunterschrieben hat, legt den Fokus auf gute Regelungen für die Zukunft. Die Kasse setzt sich dafür ein, die Abrechnung der Behandlungen von Schlaganfällen künftig klarer mit einer einheitlichen Gesamtpauschale zu regeln. „Dies spart Bürokratie und führt zu weniger Streit“, betont Roland Engehausen, Vorstand der IKK Südwest, und begrüßt daher auch

eine grundsätzliche Neuordnung der Abrechnungsprüfung von Krankenhausbehandlungen. Dabei sollen die Prüffregeln und -quoten aus Sicht des IKK-Vorstandes „so ausgestaltet sein, dass unnötige Bürokratie vermieden und gleichzeitig sichergestellt wird, dass richtig und ehrlich abrechnende Krankenhäuser nicht die Dummen sind.“ Dieser Fehlanreiz bestehe jedoch noch bei den im Referentenentwurf zum MDK-Reformgesetz vorgesehenen Prüfungsobergrenzen und teilweise nahezu prüfungsfreien Zonen.



Roland Engehausen
Vorstand der IKK Südwest:

Wir werden die noch vorhandenen Altprüfungen von Rechnungen zur Schlaganfalltherapie und geriatrischen Komplexbehandlung auf Grundlage der BSG-Urteile aus Dezember 2017 beziehungsweise Juni 2018 weiterhin nach der Sachlage und den höchstrichterlichen Rechtsprechungen, die für zurückliegende Zeiten nicht aufgehoben sind, entscheiden.

IKK Südwest will Altprüfungen weiter nach Sachlage entscheiden

Die IKK Südwest betont, dass es sich bei dem Streit in erster Linie nicht um aktuelle Behandlungen von Schlaganfallpatienten handle, sondern um Abrechnungen aus der Zeit bis 2018. „Zu unserer Verantwortung für die Beitragszahler gehört, dass wir die noch vorhandenen Altprüfungen von Rechnungen zur Schlaganfalltherapie und geriatrischen Komplexbehandlung auf Grundlage der BSG-Urteile aus Dezember 2017 beziehungsweise Juni 2018 weiterhin nach der Sachlage und den höchstrichterlichen Rechtsprechungen, die für zurückliegende Zeiten nicht aufgehoben sind, entscheiden“, erklärt IKK-Vorstand

Roland Engehausen und fügt hinzu, dass mit den betroffenen Kliniken Gespräche geführt würden, um nach Lösungen für diese Altfälle zu suchen.

In diesem Zusammenhang sei ihm besonders wichtig: „Eine gute und sichere regionale Schlaganfallversorgung bedarf klarer Qualitäts-/Strukturkriterien und Grenzfälle sind transparent zwischen allen Beteiligten zu lösen.“ Auch sollten Krankenhäuser für die Patientenbehandlung das Geld bekommen, das ihnen für erbrachte Leistungen zustehe, und es dürfe kein Wettbewerbsthema sein, wie clever ein Krankenhaus abrechne oder wie clever eine Krankenkasse prüfe. Ferner fordert Engehausen, dass Abrechnungsregeln von Krankenhauskosten klarer werden und deren Prüfung sich weniger aufwendig gestaltet. Dies gelte sowohl für die Kliniken als auch für die Krankenkassen. Engehausen: „Unnötige Zeit und Personalkosten für eine Abrechnungsbürokratie sollten besser für die Versorgung der Patienten und die Beratung der Versicherten investiert werden.“



*Martin Schneider
Leiter der vdek-Landesvertretung:*

Wir haben von Anfang an darauf hingewirkt, die schwierige Gemengelage zu versachlichen und zu deeskalieren.

vdek begrüßt Einigung am Runden Tisch

Die vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz begrüßt die Einigung am Runden Tisch zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen ausdrücklich. Die Ersatzkassen „haben von Anfang an darauf hingewirkt, die schwierige Gemengelage rund um das BSG-Urteil zur Schlaganfallversorgung zu versachlichen und zu deeskalieren“, so vdek-Leiter Martin Schneider: „Schließlich ging und geht es vor allem darum, die Versorgung der Versicherten vor Ort weiterhin sicherzustellen und auch eine Verunsicherung der Bevölkerung zu vermeiden.“

Die Ersatzkassen hätten überhaupt nur „in einigen wenigen Einzelfällen“ Ansprüche gegen Kliniken wegen zu langer Transportzeiten von Schlaganfallpatienten geltend gemacht und sie hätten diese Klagen nach der Einigung am Runden Tisch umgehend zurückgenommen. Damit „erreichen wir nun im Schulterschluss das Ziel, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche stationäre Versorgung in Rheinland-Pfalz auch weiterhin sicherzustellen und gleichzeitig für alle Beteiligten – Krankenhäuser wie Krankenkassen – Rechtsfrieden herzustellen“, fügt Schneider hinzu.

AOK: Runder-Tisch-Empfehlung wurde umgesetzt

Auch Dr. Martina Niemeyer, die Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, begrüßt es,

dass mit der Mediation eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen erarbeitet werden konnte, „die sich in der Praxis als tragfähig bewiesen hat“. Trotz einer komplexen Ausgangssituation, in der eine Vielzahl von grundsätzlich gesetzeskonform und im Interesse der Beitragszahler zur Anspruchssicherung erhobenen Klagen, die Annäherung der Gesprächspartner bei der Mediation zunächst erschwerten, konnten „dank der Kompromissbereitschaft und des Einigungswillens beider Parteien, gemeinsam gute Lösungen erarbeitet werden.“ So sei es gelungen, sowohl berechnete Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten als auch konkrete Herausforderungen der Krankenhäuser in der Versorgungspraxis zu berücksichtigen, so Niemeyer.

Die Empfehlung des Runden Tisches wurde seitens AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zwischenzeitlich in Gänze realisiert, berichtet die Vorstandsvorsitzende: Klagerücknahmen seien geprüft und gegenüber den entsprechenden Gerichten umgesetzt; Gespräche mit Krankenhäusern, bei denen Sonderkonstellationen vorherrschen, seien erfolgreich geführt und für gemeinschaftlich erarbeitete Lösungen genutzt worden. Gegenüber den Sozialgerichten als auch den betroffenen Krankenhäusern sei dabei „höchstmögliche Transparenz an den Tag gelegt“ worden. Niemeyer: „So konnten verfahrenswirtschaftliche Lösungen für alle Beteiligten gefunden werden.“



*Dr. Martina Niemeyer,
Vorstandsvorsitzende
der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –
Die Gesundheitskasse:*

Wir hoffen, dass die gemachten beidseitigen Zugeständnisse ihre Verbindlichkeit bewahren.

AOK wünscht sich Verbindlichkeit

„Da wir mit großer Kompromissbereitschaft, Verständnis für die Gegebenheiten der Versorgungspraxis sowie einer konsequenten Umsetzung unserer Zusagen an die Krankenhäuser herantreten sind, wünschen wir uns nun eine ebensolche Verbindlichkeit hinsichtlich aller Inhalte der Gemeinsamen Erklärung des Runden Tisches“, erklärt Niemeyer weiter. „Wir hoffen, dass die beim Runden Tisch gemachten beidseitigen Zugeständnisse sowohl hinsichtlich der gegenständlichen Klageverfahren, als auch hinsichtlich des Erklärungsinhaltes in Bezug auf das Unterbleiben der Geltendmachung außergerichtlicher Kosten ihre Verbindlichkeit bewahren. Leider stellen wir dennoch vereinzelt fest, dass Prozessbevollmächtigte der Krankenhäuser ungeachtet dessen mit entsprechenden Forderungen an uns herantreten.“

Die AOK lege Wert auf eine gute Qualität der Versorgung im Rahmen der Wirtschaftlichkeit. Vor diesem Hintergrund würden insbesondere qualitätsfördernde Abrechnungsvoraussetzun-

gen auch künftig von den an der stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz Beteiligten mit der Krankenhausplanung gemeinsam aufgearbeitet und im Sinne der Patientinnen und Patienten umgesetzt und nachgehalten.

Was macht die Schlaganfallversorgung so besonders?

Das Erfolgskonzept liegt in der engen Kooperation zwischen regionalen Einrichtungen (regionalen Stroke Units) und spezialisierten Schlaganfallzentren – den überregionalen Stroke Units. Die ersten Einrichtungen dieser Art wurden bereits vor rund 20 Jahren eröffnet, mittlerweile gibt es bundesweit etwa 320 durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zertifizierte Stroke Units. In diesen Spezialeinheiten werden die meisten Schlaganfallpatienten behandelt; deren Wirksamkeit ist nach Angaben der DSG durch viele internationale Studien überzeugend belegt worden. Auch das Risiko, dass schwer erkrankte Patienten pflegebedürftig werden oder sterben, werde durch diese Behandlung wirksam vermindert.

Das Behandlungsprinzip in einer Stroke Unit beinhaltet eine räumliche Behandlungseinheit mit Überwachungsmonitoren sowie ein speziell geschultes, multiprofessionelles Team. Zum anderen sind bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie ein System der Qualitätssicherung relevant. Das System der deutschen Stroke Units habe im internationalen Vergleich „Vorbildcharakter“, so die DSG, und die Europäische Schlaganfallorganisation etablierte auf dieser Basis ähnliche, qualitative Mindeststandards für die europäische Schlaganfallversorgung.

Stroke Units

Pro Jahr erleiden etwa 15.000 Menschen in Rheinland-Pfalz einen Schlaganfall. Der Rettungsdienst transportiert diese Notfallpatienten zum nächstgelegenen Krankenhaus mit einer Stroke Unit. In Rheinland-Pfalz verfügen 23 Krankenhäuser über eine dezentrale (regionale) Stroke Unit. Sechs weitere Krankenhäuser verfügen über eine zentrale Stroke Unit mit besonderer Expertise für besonders schwere Schlaganfälle, beispielsweise mit Hirnblutungen. In einer Stroke Unit werden die Patienten an Monitoren überwacht und interdisziplinär behandelt. Die Zentren sollen durch die DSG zertifiziert sein; ein entsprechendes Zertifikat gilt für drei Jahre. (eng)

Bundesweit sind jährlich etwa 270.000 Menschen von einem Schlaganfall betroffen

Für die Behandlung existieren vor allem drei wichtige evidenzbasierte Therapien: die Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units), die systemische Thrombolyse sowie die mechanische Thrombektomie (MTE), fasst Prof. Dr. Armin J. Grau die Möglichkeiten zusammen.

Die systemische Thrombolyse ist heute im 4,5 Stunden-Zeitfenster zugelassen; neuere Studien zeigen ihre Wirksamkeit unter bestimmten Bedingungen auch bei unklarem Zeitfenster und möglicherweise auch in einem verlängerten Zeitfenster. Aktuell erhalten 15,5 Prozent der Hirninfarkt-Patienten des Landes eine systemische Thrombolyse, eine deutliche Steigerung in den vergangenen Jahren. Dabei zeigte sich eine durchaus hohe Variabilität der Lyseraten der einzelnen Kliniken.

Telemedizin-Projekt TemeS-RLP stärkt wohnortnahe Schlaganfallversorgung

Um eine bessere diagnostische Treffsicherheit und eine bessere Versorgung gerade im Bereich der Lyse zu erreichen, wurde nach langjähriger Vorbereitung im Februar 2016 das telemedizinische Schlaganfallprojekt TemeS-RLP ins Leben gerufen.

Die sechs überregionalen Stroke Units haben sich dabei zusammengeschlossen und beraten rund um die Uhr zu Beginn sechs, inzwischen neun regionale Stroke Units. 2018 wurden über 2.640 Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall teleneurologisch untersucht.

Die telemedizinische Anbindung soll regionalen, nicht neurologisch geführten Stroke Units sowie Krankenhäusern, die über keine Stroke Unit verfügen und außerhalb einer sinnvollen Erreichbarkeit einer bereits bestehenden Stroke Unit liegen, eine 24-stündige teleneurologische Anbindung ermöglichen. Patienten, die nach dem telemedizinischen Konsil nicht vor Ort behandelt werden können, werden in der nächstgelegenen überregionalen oder regionalen Schlaganfalleinheit, die die erforderlichen therapeutischen Möglichkeiten vorhält, behandelt.

Fazit

Eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall funktioniert unter anderem aufgrund von tragfähigen Kooperationen zwischen lokalen Schlaganfalleinheiten und überregionalen Schlaganfallzentren. Telemedizinische Unterstützung ist eine wichtige Hilfe. Doch die Folgen des BSG-Urteils haben gezeigt, wie eng medizinische Höchstleistung verbunden ist mit Rechtsprechung und Finanzierungsbestimmungen. Ein sensibles Geflecht, das rasch störanfällig ist und dann mit direkten Auswirkungen auf die Versorgung reagiert – insbesondere in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz.

Daten aus der Qualitätssicherung: Status quo und quo vadis?

Martin Eicke, Armin Grau, Christoph Burmeister

Die nachfolgenden Daten stammen von der SQMed, der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung in Rheinland-Pfalz. Bei der Qualitätssicherung des Schlaganfalls handelt es um ein Landesprojekt, das bereits 1999 gestartet wurde. Durch die Implementierung des sogenannten Qualitätssicherungs(QS)-Filters seit 2014 mit automatischer Meldung von stationär aufgenommenen Patienten mit den Diagnosen ‚Transitorisch Ischämische Attacke‘ (TIA; ICD G45.x), ‚Ischämischer Schlaganfall‘ (IS; G63.x) und ‚Intracranielle Blutung‘ (ICB; G61.x) kann davon ausgegangen werden, dass die Registrierung von Schlaganfallpatienten weitestgehend vollständig ist. Nicht, beziehungsweise nur über einen sogenannten Minimalen Datensatz, erfasst werden derzeit Patienten, bei denen der Schlaganfall während eines Krankenhausaufenthaltes aus anderer Ursache auftrat und Patienten, bei denen die Symptomatik mehr als sieben Tage vor der Aufnahme im Krankenhaus auftrat.



Dr. Christoph Burmeister
Geschäftsführer der SQMed Mainz
(Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz):

Im Jahr 2018 wurden in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern insgesamt 15.252 Patienten mit den Schlaganfall-Diagnosen IS, TIA oder ICB erfasst.

Jeder dritte Schlaganfall-Patient ist zwischen 75 und 84 Jahre alt

Im Jahr 2018 wurden in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern insgesamt 15.252 Patienten mit den Diagnosen IS, TIA oder ICB erfasst. Dabei stellten die Diagnosen IS mit 65,1 Prozent und die TIA mit 28,9 Prozent die wesentlich häufigere Aufnahmediagnose dar als die ICB mit rund 5,2 Prozent. Die Altersgruppe der 75 bis 84-Jährigen war mit 34,8 Prozent am häufigsten betroffen, drei Prozent der erfassten Patienten waren zwischen 18 und 44 Jahre alt. 41,3 Prozent der Schlaganfallpatienten wurden in den sechs Krankenhäusern mit zentraler Stroke Unit versorgt (Neurologische Hauptfachabteilungen in Mainz, Ludwigshafen, Kaiserslautern, Trier, Koblenz und Idar-Oberstein), 46,3 Prozent der

Patienten in den 23 Krankenhäusern mit regionalen Stroke Units (sieben davon mit neurologischer, 15 mit internistischer, eine mit akutgeriatrischer Hauptfachabteilung). Etwa 12,3 Prozent der Patienten wurden in Krankenhäusern versorgt ohne Schlaganfallspezialstation.

Fast 16-mal mehr Thrombolyse seit 1999

Dabei ist festzustellen, dass sich seit Implementierung der ersten Stroke Units im Land 1999 ein massiver Wandel der Schlaganfallversorgung zum Positiven hin vollzogen hat. Wurden 1999 noch im ganzen Land etwa 100 Thrombolyse als evidenzbasiertes Verfahren der Akut-Schlaganfallbehandlung durchgeführt, werden 2018 landesweit 1.541 Lysen durchgeführt. Die landesweite Lysequote für Patienten mit einer cerebralen Ischämie beträgt mittlerweile 15,5 Prozent. Voraussetzung hierfür war zum einen die landesweit wesentlich schnellere Verfügbarkeit der cerebralen Bildgebung, insbesondere der cranialen Computertomographie (CCT) als auch die insgesamt bessere Umsetzung aller notfallmäßig anzuwendenden SOP in der Akutversorgung dieser Patienten. Von den potenziell ‚lysierten‘ Patienten erhielten immerhin 70,7 Prozent innerhalb von 30 Minuten nach Aufnahme das erste CCT. Nur über deutlich verbesserte Algorithmen der Aufnahmesituation in jeder einzelnen Klinik waren diese Ergebnisse erreichbar.

Standardisierung des Schluckscreenings

Deutliche Verbesserungen wurden auch in anderen wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Bereichen erzielt: Ein Augenmerk lag auf der standardisierten Durchführung eines Schluckscreenings (2018: 79,6 Prozent/2007: 39,5 Prozent) unter dem Aspekt der Vermeidung von Aspirationspneumonien und der logopädischen Versorgung von Patienten mit behandlungsbedürftiger Aphasie und Dysarthrie (2018: 94,1 Prozent/ 2007 64,5 Prozent). Erwartungsgemäß besitzen dabei Kliniken mit Schlaganfallstation einen strukturellen Vorteil gegenüber Kliniken ohne Stroke Unit. Trotzdem ist es bemerkenswert, dass viele kleinere Häuser es geschafft haben, das therapeutisch/diagnostische interprofessionelle Netzwerk wesentlich enger zu knüpfen, als noch vor wenigen Jahren vorstellbar.

Door-to-needle-time: Wert wird zu fast 80 Prozent erreicht

Ein aktueller Focus der Qualitätssicherung ist die Betrachtung der sogenannten door-to-needle-time, also die Zeit, die vergeht vom Zeitpunkt des Eintreffens des Patienten im Krankenhaus bis

zum Beginn der Thrombolyse. Dabei gilt als derzeitiger Referenzwert eine Zeit von weniger als 60 Minuten, der derzeit in den Krankenhäusern in mindestens 80 Prozent der behandelten Patienten erreicht werden sollte. Dabei wird dieser prinzipiell für alle Kliniken gültige Wert durch die in Abhängigkeit von der Zahl der in den einzelnen Kliniken behandelten Patienten entstehenden Konfidenzintervalle ‚individualisiert‘, bevor eine statistische Auffälligkeit festgestellt wird. Derzeit wird der Qualitätsindikator door-to-needle-time < 60 Minuten tatsächlich landesweit in 78,3 Prozent erreicht. Es ist davon auszugehen, dass sowohl das im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführte anonymisierte ‚Benchmarking‘, das allen Krankenhäusern (mit Nennung nur des eigenen Hauses) zur Verfügung gestellt wird, als auch der geforderte strukturierte Dialog bei statistisch auffälligen Werten der Qualitätsindikatoren die insgesamt sehr positive Entwicklung unterstützt haben. Es ist eine spannende Frage, ob der Referenzwert in den nächsten Jahren peu à peu von 60 auf 30 Minuten gesenkt werden kann, da sicherlich immer noch und immer wieder Verbesserungspotenziale der hausinternen Krankenhauslogistik erkennbar sind.

Thrombektomie: Logistik der Interhospitalverlegungen hat entscheidende Bedeutung

Schwieriger stellt sich die Situation derzeit bei der zeitnahen Durchführung von interventionellen Thrombektomien bei akuten Verschlüssen großer basaler Hirnrarterien (zum Beispiel Arteria cerebri media Hauptstamm- oder A. basilaris Verschluss) dar. Bei nicht flächendeckender Versorgung des Landes mit interventionell arbeitenden neuroradiologischen Fachabteilungen kommt bei dieser, seit 2015 evidenzbasierten Therapie neben einer schnellen Versorgung im primär aufnehmenden Krankenhaus (gegebenenfalls mit Thrombolyse) der Logistik der Interhospitalverlegungen eine entscheidende Bedeutung zu. 2018 wurden insgesamt 350 Thrombektomien durchgeführt (bei 3,5 Prozent aller ischämischen Schlaganfälle), davon wurden 169 (48,2 Prozent) der Patienten primär in einem nicht interventionell ausgerüsteten Krankenhaus aufgenommen.

Lediglich in 27,8 Prozent der Patienten in dieser Untergruppe war es auch aufgrund von Kapazitätsengpässen der geeigneten Transportmittel (Hubschrauber, Landtransport) möglich, den Beginn des Sekundärtransportes innerhalb von 60 Minuten zu initiieren.

Vor diesem Hintergrund ist zu erkennen, dass die Forderung des Bundessozialgerichtes bezüglich der geforderten Transportzeiten zur prinzipiellen Abrechenbarkeit der ‚Neurologischen Komplexbehandlung‘, OPS Ziffer 8.98x, viele der Kliniken mit internistischen und neurologischen Hauptfachabteilungen außerhalb der Ballungszentren unerfüllbar war: Eine Latenz von maximal 30 Minuten zwischen der Alarmierung des Interventionszentrums und dem Eintreffen des Patienten dort ist derzeit schlichtweg aufgrund der geographischen Lage vieler Kliniken (zum Beispiel in Eifel, Hunsrück, Westerwald) in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz nicht realisierbar.



*PD Dr. Martin Eicke
Chefarzt der Neurologischen
Klinik, Klinikum Idar-Oberstein;
Vorsitzender des Fachausschusses
Schlaganfall der SQMed Mainz
(Landesgeschäftsstelle Qualitäts-
sicherung RLP):*

*Die 30-Minuten-Frist ist derzeit
aufgrund der geographischen
Lage vieler Kliniken in einem
Flächenland wie Rheinland-Pfalz
nicht realisierbar.*

Kooperation aller Beteiligten ist wichtig für die Qualitätssicherung

Es ist ein Ziel der Qualitätssicherung, dass sowohl die Anzahl der interventionellen Eingriffe erhöht wird, als auch die Schnelligkeit bis zur Durchführung dieser hocheffektiven Therapie (number needed to treat (NNT) von 4 zur Verhinderung einer bleibenden Behinderung) akzeleriert wird. Dies erfordert die Kooperation aller Beteiligten, insbesondere unter Hinzuziehung der für das Rettungs- und Transportwesen verantwortlichen Landesstellen. Dabei sind alternative und neue Wege der Schlaganfallversorgung, wie zum Beispiel die landesweite telemedizinische Vernetzung von mittlerweile zehn regionalen mit den sechs zentralen Stroke Units in unserem Bundesland beispielhaft. Auch neue Konzepte der interventionellen Schlaganfallversorgung (Stichwort ‚flying doctor‘) sind inhaltlich und qualitativ zu evaluieren.

Fazit

Die Qualitätssicherung zeigt einen momentan hohen Qualitätsstandard, der vor 20 Jahren, bei Implementierung der ersten Stroke Units in Rheinland-Pfalz, kaum vorstellbar gewesen wäre. Die Entwicklung schreitet aber weiter fort, und die Qualitätssicherung bleibt ein unabdingbarer Bestandteil dieser Entwicklung. Ohne „harte“ Zahlen kann viel spekuliert werden, es wird aber nur wenig gewusst.

Autoren:

PD Dr. Martin Eicke

Chefarzt der Neurologischen Klinik, Klinikum Idar-Oberstein;
Vorsitzender des Fachausschusses Schlaganfall der SQMed Mainz (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung RLP)

Prof. Dr. Armin J. Grau

Chefarzt der Neurologischen Klinik, Klinikum Ludwigshafen;
stellv. Vorsitzender des Fachausschusses Schlaganfall der SQMed Mainz (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung RLP)

Dr. Christoph Burmeister

Geschäftsführer der SQMed Mainz (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung RLP)

Empfindliche Dämpfer für die Schlaganfallversorgung

Matthias Maschke

Der Schlaganfall ist weltweit gesehen unter allen Erkrankungen die Hauptursache für ein Leben mit Behinderung. Nach aktuellen Daten der Qualitätssicherung Schlaganfall (SQMed) haben in Rheinland-Pfalz im Jahr 2018 über 15.000 Menschen einen Schlaganfall erlitten. Allein in Trier und Trier-Saarburg sind im Jahr 2018 über 1.100 Patienten mit einem akuten Schlaganfall, einer intrazerebralen Blutung oder einer transitorisch-ischämischen Attacke aufgenommen worden. Von diesen Patienten sind von den in laut Zulassung in Frage kommenden Patienten 68 Prozent mit rt-PA lysiert worden.

Auffällig ist dabei die Zunahme der so genannten off-label-Lyse, die einen erheblichen Mehraufwand durch eine intensive interdisziplinäre Abstimmung bedeutet. Dabei handelt es sich um die Anwendung der Thrombolyse bei Patienten > 80 Jahre oder bei Zeitfenstern über 4,5 Stunden und so genannten wake-up-Schlaganfällen (unklarer Beginn der Symptomatik).

Daüber hinaus profitieren Patienten zunehmend auch interventionell über die Thrombektomie, die bis zu 24 Stunden nach Auftreten der Symptome sinnvoll sein kann und ebenfalls einer erheblichen Logistik und Erfahrung bedarf. Insofern ist eine enge Kooperation zwischen den überregionalen Stroke Units mit den regionalen Stroke Units und den internistischen Abteilungen ohne Stroke Unit, die ebenfalls Schlaganfallpatienten behandeln, notwendig. Die Kooperationen wurden durch das von Prof. Grau aus Ludwigshafen initiierte und vom Land begleitete und geförderte Telestroke-Netzwerk intensiviert.

Einst gute Werte für die door-to-needle-time

Insofern schien die Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz auf einem exzellenten Weg, was sich auch in wichtigen Indikatoren für die Qualität wie Thrombolyse-Rate und -Zeiten bis zum Beginn der Lyse (so genannte door-to-needle-time) niederschlug. In den vergangenen zwölf Monaten musste die Schlaganfallversorgung jedoch empfindliche Dämpfer hinnehmen, die in Regionen wie der Vulkaneifel oder auch der Mosel wahrzunehmen ist. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts zur Verlegezeit von Patienten war die Abrechnung Schlaganfallkomplexbehandlung nicht mehr uneingeschränkt möglich, was zu erheblichen finanziellen Einbußen vor allem in kleineren, entfernt liegenden Einrichtungen wie eben Daun führen würde. Zudem wurde eine neurologische Abteilung in Zell an der Mosel geschlossen, sodass die wohnortnahe und zeitgerechte Versorgung in dieser Region gefährdet war und ist.

Längere bodengebundene Wege sind keine Alternative

Es ist sicher keine Alternative, die Schlaganfallpatienten aus der Region Daun oder Zell allesamt nach Wittlich, Bitburg oder Trier



Prof. Dr. Matthias Maschke
Abteilung für Neurologie
und Neurophysiologie, Krankenhaus
der Barmherzigen Brüder Trier
und Vorsitzender des Arbeitskreises
leitender Neurologen in Rheinland-
Pfalz und Saarland:

Die leitenden Neurologen
hoffen, dass langfristig seitens
der Kostenträger eine flächen-
deckende Schlaganfall-
versorgung unterstützt wird.

bodengebunden zu transportieren, wenn kein eindeutiger Grund vorliegt. Dadurch würden die door-to-needle-time unverantwortlich steigen. Dazu kommt, dass aktuell nur ein nicht nachflugfähiger Rettungshubschrauber zur Verfügung steht, sodass der Großteil der Patienten eben mit dem RTW/NAW transportiert werden müsste.

Über das Telestroke-Netzwerk ist es aber derzeit möglich, die Stroke Unit in Daun so zu unterstützen, dass Thrombolyse vor Ort durchgeführt werden können und die Patienten ausgewählt werden können, die von einem Transport ins nächstgelegene Thrombektomie Zentrum (Trier oder Koblenz) profitieren würden.

Unterstützung der Kostenträger ist langfristig wichtig

Es bleibt auch aus Sicht der leitenden Neurologen in Rheinland-Pfalz zu hoffen, dass langfristig seitens der Kostenträger eine dezentralisierte Schlaganfallversorgung unterstützt wird, sodass eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten wohnortnah möglich ist. Zudem sollten die Krankenhäuser, die eine spezialisierte Therapie wie die Thrombektomie 24/7 vorhalten, ebenfalls kostendeckend eine Vergütung erhalten.

Sollte dies der Fall sein, so könnten die derzeitigen Versorgungsstrukturen so optimiert werden, dass eine moderne und qualitativ hochwertige Schlaganfallmedizin in jeder Region in Rheinland-Pfalz vorgehalten werden kann.

Autor:

Prof. Dr. Matthias Maschke
Abteilung für Neurologie und Neurophysiologie
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier,
1. Vorsitzender des Arbeitskreises Leitender Neurologen
in Rheinland-Pfalz und Saarland