Flächendeckende Stroke-Unit-Versorgung in Deutschland im Kontext der Krankenhausreform

Positionspapier der DSG

28. Oktober 2026

Die aktuelle Krankenhausreform (KHVVG) sieht für die Vergütung von stationären Leistungen die Zuweisung der entsprechenden Leistungsgruppe vor. Die Schlaganfallbehandlung ist dabei in der Leistungsgruppe 54 „Stroke Unit“ geregelt. Die gesetzlichen Qualitätskriterien hierfür sind in Anlage 1 (zu §135e SGB V) definiert, welche im BGBl. 2026 verkündet wurde.

Die Schlaganfallversorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich heute auf einem hohen Niveau. Die große Mehrzahl der Schlaganfallpatienten in Deutschland (ca. 90%) wird in neurologischen Kliniken mit Stroke Unit (SU) behandelt (1). Die Behandlung erfolgt hierbei in aller Regel unter neurologischer Leitung, aber ist explizit interdisziplinär und interprofessionell angelegt.

Daneben haben sich in unterversorgten Regionen telemedizinische Netzwerke als subsidiäre Versorgungsstrukturen entwickelt. Die DSG hat diesen Prozess in Deutschland unterstützt und Zertifizierungsstrukturen für Tele-SUs und Telenetzwerke etabliert (2). Aktuell werden bis zu 8% der Schlaganfallbehandlungen in Krankenhäusern mit Tele-SUs durchgeführt. Bei der Versorgung in Tele-Stroke Units ist die Einbeziehung der neurologischen Fachexpertise ebenso erforderlich, erfolgt aber in Form einer telemedizinischen Untersuchung und Beratung.

Die im SGB V festgelegten Hürden für die Zuerkennung der Leistungsgruppe 54 sind für Tele-Stroke Units hoch. Dank der Bemühungen der DSG und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) ist es gelungen, Absatz 4 des §135e SGB V so zu ergänzen, dass ein Krankenhausstandort in begründeten Fällen die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe Stroke Unit „in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen“ kann. Dies hat zu Erleichterungen bei verschiedenen Kriterien (Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen, Personal) geführt.

Während die bundesweit geltenden Regelungen des SGB V den Rahmen für die Leistungsgruppen festlegen, obliegt die Umsetzung der Krankenhausreform und die Zuordnung der Leistungsgruppen zu einzelnen Krankenhäusern der Krankenhausplanung den Bundesländern. In der Regel beauftragt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hierfür den örtlich zuständigen Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst prüft die Leistungsgruppen-Kriterien, die verbindliche Zuweisung erfolgt anschließend nach eigener Prüfung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde per Bescheid. Die Einschätzung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes ist dabei nicht verbindlich. Bei positivem Gutachten besteht daher kein Anspruch auf Leistungsgruppen-Zuteilung, bei negativem Gutachten kann die Krankenhausplanungsbehörde die Leistungsgruppe zuerkennen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Wird die Leistungsgruppe so zugewiesen, ist dies in der Regel auf drei Jahre befristet und kann im Einvernehmen mit den Krankenkassen um höchstens weitere drei Jahre verlängert werden.

Aus Sicht der DSG ist es für die Sicherstellung einer bundesweit hohen Qualität der Schlaganfallversorgung in Deutschland von erheblicher Bedeutung, dass gut funktionierende Strukturen und Einheiten erhalten bleiben. Insofern sehen wir es mit Sorge, dass die Kriterien für die Leistungsgruppen-Zuerkennung durch den Medizinischen Dienst und die zuständigen Landesministerien regional unterschiedlich ausgelegt werden.

Um eine regionale Unterversorgung zu vermeiden und ein bundesweit einheitliches Vorgehen bei der planerischen Bewertung von Leistungsgruppen-Anträgen zu unterstützen, sind aus Sicht der DSG die folgenden Kriterien für die Beurteilung der Versorgungsrelevanz einer Tele-Stroke Unit von besonderer Bedeutung:

- Mehr als 30 Minuten Fahrzeit zur nächsten regionalen oder überregionalen Stroke Unit für einen relevanten Anteil der Bevölkerung im Umkreis der Tele-Stroke Unit (definiert mit z.B. >40.000 Einwohnern)
- Bisherige Fallzahl (>200; 100-200; <100 Stoke Unit-Patienten pro Jahr: relevant, bedingt relevant, weniger relevant)

Ein zusätzlicher Anhalt für die Versorgungsrelevanz ist eine erfolgreiche

- Zertifizierung durch die DSG als Tele-Stroke Unit

Eine gut etablierte Zusammenarbeit mit einem übergeordneten telemedizinischen Beratungszentrum sollte Voraussetzung sein.

Als problematisch herausgestellt hat sich das Prüfungskriterium der jederzeitigen (24/7)-Verfügbarkeit der extra- und transkraniellen Duplexsonographie. Diese Formulierung wurde aus dem OPS-Code 8-981 für neurologische Stroke Units übernommen. Da in nicht-neurologischen Stroke Units keine jederzeitige neurologische Facharztkompetenz vor Ort vorgesehen ist, wird eine entsprechende Verfügbarkeit in der hierfür vorgesehenen OPS 8-98b nur täglich gefordert; dies würde aus Sicht der DSG auch bei der Leistungsgruppenprüfung von Tele-SUs ausreichend.

Zusammenfassend ist es aus Sicht der DSG von übergeordneter Bedeutung, dass die flächendeckend bisher schon gute Schlaganfallversorgung in Deutschland erhalten bleibt und gleichzeitig sinnvoll weiterentwickelt werden kann.

Literatur:

1. Neumann-Haefelin T, Bartig D, Faiss J, Schwab S, Nabavi D. Akute Schlaganfallversorgung in Stroke Units in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 2024;121:200-1. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0266
2. Volbers B, Müller-Barna P, Hubert G, et al.. Zertifizierungskriterien für telemedizinische Schlaganfallnetzwerke. DGNeurologie 2026.9(2)95-103. DOI 10.1007/s42451-026-00871-y