



SOZIALMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG

## **Konzept zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg**

### **Stufe II:**

**Einrichtung von Lokalen Schlaganfallstationen und Regionalen Schlaganfall-  
schwerpunkten**

**- Beratungsergebnis des Landeskrankenhausausschusses vom 19. Oktober 1999 -**

#### **1. Planungsziel**

Schlaganfallpatienten kann nur bei frühzeitiger Diagnostik und einer auf den Einzelfall abgestimmten, sämtliche Versorgungsabschnitte berücksichtigende Behandlungsstrategie die heute mögliche Hilfe zuteil werden.

Ziel der Konzeption ist es deshalb, medizinisch gesicherte Behandlungsstrategien des Schlaganfalls für die Schlaganfallpatienten in Baden-Württemberg verfügbar zu machen. Durch eine adäquate Diagnostik und Therapie sollen die bei den Patienten individuell vorhandenen Regenerationspotentiale konsequent genutzt werden, um Folgeschäden so gering wie möglich zu halten und um weiteren Schlaganfällen vorzubeugen. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, aufbauend auf den bisher geschaffenen Strukturen in einer zweiten Planungsstufe ein flächendeckendes Netz von spezialisierten Einheiten für die stationäre Versorgung von Schlaganfallpatienten zu knüpfen.

## 2. Ausgangslage

Auf einer Sitzung vom 14.10.1997 hat der Landeskrankenhausausschuss dem vom Sozialministerium vorgelegten Konzept zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg zugestimmt. Die dort vorgesehenen Stroke Units an den fünf Universitätskliniken des Landes sowie an den Standorten Stuttgart und Karlsruhe sind zwischenzeitlich in Betrieb. An diesen Stroke Units können ca. 10% der stationär eingewiesenen Schlaganfallpatienten behandelt werden. Entsprechend der Konzeption haben die Stroke Units z.T. Kooperationsbeziehungen zu umliegenden Krankenhäusern aufgebaut („Satellitenkonzept“). Darüber hinaus befassen sich weitere Krankenhäuser bereits jetzt intensiv mit der Verbesserung der Behandlung ihrer Schlaganfallpatienten und haben vereinzelt auch schon mit dem Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur begonnen.

Dennoch sind bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten noch Defizite zu verzeichnen:

- der Schlaganfall wird sowohl präklinisch als auch klinisch nicht immer als Notfall behandelt; die dadurch entstehenden Zeitverluste können den Behandlungserfolg beeinträchtigen oder verhindern,
- Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls entsprechen nicht immer dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis,
- die durchschnittliche Verweildauer von Schlaganfallpatienten ist in vielen Krankenhäusern zu hoch.

## 3. Umsetzung

An entsprechend leistungsfähigen Krankenhäusern werden Schlaganfalleinheiten eingerichtet.

Um das Know-how der Schlaganfalleinheit optimal einzusetzen und allen Patienten zugänglich zu machen, sollen sich die Schlaganfalleinheiten auf die Diagnostik und die Ersttherapie konzentrieren. Die Fortsetzung der feststehenden Therapie hat danach auf der neurologischen und internistischen Station bzw. in der ambulanten bzw. stationären Rehabilitationsbehandlung zu erfolgen.

Eine solch kompetente Schlaganfallbehandlung wird dazu beitragen, in vielen Fällen die Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit auf Dauer zu reduzieren.

Die Verbesserungen sollen mit einem eng begrenzten zusätzlichen Mitteleinsatz erreicht werden. Vorhandene Ressourcen sind vorrangig zu nutzen. Insoweit berücksichtigt die Planung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur die Notwendigkeit sozial tragbarer Pflegesätze. Die Einrichtung von Schlaganfalleinheiten hat bettenneutral zu erfolgen. Mittelfristig ist die für eine Schlaganfalleinheit erforderliche Bettenzahl von den Pflege-satzparteien anhand der realen Nachfrage zu vereinbaren.

Durch eine Straffung des Behandlungsverlaufs und die Festlegung der örtlichen Versorgungskette soll eine Verkürzung der Gesamtverweildauer erreicht werden, wie die bereits bei den bestehenden Stroke Units der Fall ist.

Eine Umsetzung der Konzeption soll ab dem Jahr 2000 erfolgen.

#### 4. Gestuftes Versorgungsangebot

Entsprechend der in anderen medizinischen Fachgebieten (Geriatric, Onkologie) bewährten Mehrstufigkeit des Versorgungsangebotes werden in der stationären Versorgung drei Versorgungsebenen für Schlaganfallpatienten geschaffen:

- **Lokale Schlaganfallstationen** als wohnortnahes Behandlungsangebot in jedem Land- oder Stadtkreis, möglichst an den Krankenhäusern mit Geriatrischem Schwerpunkt,
- **Regionale Schlaganfallschwerpunkte** für jeweils mehrere Land- und Stadtkreise (in der Regel entsprechend den 12 Planungsregionen) oder große Stadt- und Landkreise ab 400.000 Einwohner,
- **Schlaganfallzentren (Stroke Units)** an den fünf Universitätskliniken sowie den Standorten Stuttgart und Karlsruhe (bereits eingerichtet).

Diese gestufte Versorgungsstruktur soll sicherstellen, dass alle Schlaganfallpatienten eine der Art und dem Schweregrad ihrer Erkrankung angemessene, qualitativ gleichrangige Versorgung erhalten.

Grundsätzlich wird in jedem Stadt- oder Landkreis nur eine Behandlungseinheit eingerichtet, regionale Besonderheiten – z.B. in der Region Stuttgart mit 2,5 Mio. Einwohnern und in großen Stadt- und Landkreisen - sind zu berücksichtigen. Regionale Schlaganfallschwerpunkte übernehmen in ihrem Land- oder Stadtkreis auch die Aufgaben einer lokalen Schlaganfallstation, Stroke Units übernehmen in ihrer Region die Aufgaben eines regionalen Schlaganfallschwerpunktes und in ihrem Stadtkreis die Aufgabe einer lokalen Schlaganfallstation. Um organisatorisch und medizinisch sinnvolle Kooperationen zu ermöglichen und um Synergieeffekte zu nutzen, können auch zwei oder mehrere Krankenhäuser gemeinsam die Behandlungskette für Schlaganfallpatienten sicherstellen und dazu eine interne Aufgabenverteilung vornehmen.

#### 4.1 Kooperation der Schlaganfalleinheiten

Die Schlaganfalleinheiten aller drei Versorgungsebenen stellen durch enge Kooperation (einschließlich telemedizinischer Kommunikation) untereinander sicher, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten optimal genutzt werden können:

- durch Vereinbarungen zur umgehenden Weiterverlegung von Patienten, für die vor Ort keine ausreichenden therapeutischen Möglichkeiten vorhanden sind,
- durch konsiliarische Unterstützung bei Diagnostik und Therapie,
- durch interne Fortbildungsmaßnahmen – entsprechend dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft baden-württembergischer Schlaganfallstationen -, um einen vergleichbaren medizinischen Kenntnisstand sicherzustellen; in diese Fortbildungsmaßnahmen sind auch niedergelassene Neurologen einzubeziehen, die konsiliarisch an der stationären Versorgung von Schlaganfallpatienten teilnehmen,
- durch kooperative Regelung der Notfallversorgung ausserhalb der üblichen Dienstzeiten.

#### 4.2 Qualitätssicherung

Alle Schlaganfalleinheiten verpflichten sich, an Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V teilzunehmen. Soweit noch keine entsprechenden Verfahren etabliert sind, ist es Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft baden-württembergischer Schlaganfallstationen, interne Qualitätssicherungsmaßnahmen zu vereinbaren. Die Dokumentation der

Schlaganfallbehandlung im Krankenhaus sollte unter Verwendung des bereits in mehreren Bundesländern eingeführten Dokumentationsbogens („Hamburg-Hessischer Bogen“) erfolgen und von den gesetzlich zuständigen Selbstverwaltungsorganen ausgewertet werden.

#### 4.3 Leistungs- und Ausstattungsmerkmale aller Schlaganfalleinheiten

##### 4.3.1 Personelle und apparative Ausstattungsmerkmale

Die Leitung der Schlaganfallstationen ist Fachärzten für Neurologie bzw. – wenn das Krankenhaus über keine hauptamtliche Neurologie verfügt – für Innere Medizin zu übertragen, die über besondere Erfahrung in der Schlaganfallbehandlung verfügen. Die Kooperation von Neurologen und Internisten ist für eine qualifizierte Schlaganfallbehandlung unabdingbar. Die an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten Fachkräfte – Ärzte, Krankengymnasten, Logopäden, Pflegekräfte, Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes – bilden ein therapeutisches Team, das sich durch regelmäßige Schulungs- und Trainingsmaßnahmen für diese Aufgabe qualifiziert.

Alle Schlaganfallstationen haben Zugang zu einem Computertomographen in 24 Stunden-Bereitschaft. Sie verfügen über ein kompetentes neurosonologisches Labor sowie über ein Standardmonitoring zur Überwachung der relevanten Vitalparameter für 2-4 Betten. Erforderlich ist ferner die räumliche Zusammenfassung aller zur Schlaganfalleinheit gehörenden Betten- und Funktionsräume.

##### 4.3.2 Leistungsmerkmale

Alle Einheiten bieten eine standardisierte Diagnostik und standardisierte therapeutische Maßnahmen für Schlaganfallpatienten:

- schnelle Diagnostik des Schlaganfalls, um eine qualifizierte Entscheidung darüber treffen zu können, an welcher Stelle des Versorgungsnetzes der jeweilige Patient die für ihn adäquate Versorgung erhalten kann,
- umgehende Therapieeinleitung,
- Überwachung der Vitalparameter in der Akutphase,
- frühe Erkennung von Komplikationen,

- Sekundärprophylaxe,
- Frühmobilisation.

#### Alle Schlaganfalleinheiten

- wirken in ihrem Einzugsgebiet darauf hin, dass für Schlaganfallpatienten eine lückenlose Versorgungskette entsteht, beginnend von der notfallmäßigen präklinischen Versorgung bis zur adäquaten Rehabilitation; für geriatrische Patienten sind hierbei die in Baden-Württemberg flächendeckend vorhandenen Einrichtungen der Geriatrischen Rehabilitation zu nutzen;
- wirken darüber hinaus kontinuierlich an der Informations- und Aufklärungsarbeit über den Schlaganfall mit, um den Informationsstand und das Problembewusstsein in der Bevölkerung zu fördern;
- wirken an der Fortbildung der an der präklinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen mit.

Mittelfristig ist die für die einzelnen Schlaganfalleinheiten erforderliche Bettenkapazität und Personalausstattung von den Pflegesatzparteien aufgrund der realen Nachfrage zu vereinbaren.

#### 4.4 Leistungs- und Ausstattungsmerkmale der einzelnen Versorgungsebenen

##### 4.4.1 Lokale Schlaganfallstationen

Grundsätzlich wird in jedem Stadt- oder Landkreis eine lokale Schlaganfallstation eingerichtet, soweit dort kein regionaler Schlaganfallschwerpunkt oder eine Stroke Unit vorhanden ist. Alle Schlaganfallpatienten des Landkreises sollen notfallmäßig in die lokale Schlaganfallstation eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden. Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die dortigen therapeutischen Möglichkeiten nicht ausreichen, ist der Patient direkt in eine regionale Schlaganfallstation bzw. in eine Stroke Unit einzuweisen.

Lokale Schlaganfallstationen können eingerichtet werden:

- an Krankenhäusern mit internistischer und neurologischer Fachabteilung,
- soweit solche im Stadt- oder Landkreis nicht vorhanden sind, an Krankenhäusern mit entsprechend kompetenter internistischer Fachabteilung. Die erforderliche neurologische Kompetenz wird, soweit sie nicht intern sichergestellt werden kann, durch Inanspruchnahme konsiliarischer Tätigkeit externer Neurologen und durch telemedizinische Anbindung an eine regionale Schlaganfallstation bzw. eine Stroke Unit sichergestellt.
- Die Krankenhäuser müssen rund um die Uhr für die allgemeine Notfallversorgung zur Verfügung stehen und in der Lage sein, kompetente CT-Untersuchungen binnen 30 Minuten nach der Aufnahme am Krankenhaus durchführen zu können.

Für neurochirurgische und gefäßchirurgische Fragestellungen sind Kooperationen zu etablieren.

#### 4.4.2 Regionale Schlaganfallschwerpunkte

Grundsätzlich wird in jeder der zwölf Planungsregionen Baden-Württembergs ein regionaler Schlaganfallschwerpunkt an einem Standort mit internistischer und neurologischer Fachabteilung eingerichtet, sofern in den Regionen nicht bereits ein Schlaganfallzentrum (Stroke Unit) besteht. Er ist in seiner Region für diejenigen Schlaganfallpatienten zuständig, die eine aufwendigere Diagnostik benötigen und spezielle Therapiemaßnahmen bedürfen und in den lokalen Schlaganfallstationen der Region nicht adäquat versorgt werden können.

Gegenüber der lokalen Schlaganfallstation verfügt der regionale Schlaganfallschwerpunkt über folgende zusätzliche Leistungs- und Ausstattungsmerkmale:

- hauptamtliche Neurologie, 24 Stunden verfügbar,
- Neurochirurgie (ggf. konsiliarisch oder durch Kooperationsvereinbarung),
- Gefäßchirurgie (ggf. konsiliarisch oder durch Kooperationsvereinbarung),
- Neuroradiologische Kompetenz, 24 Stunden verfügbar,
- Kernspintomographie im Hause,

- adäquate sonographische Ausstattung,
- Angiographie, Angio CT (ggf. konsiliarisch),

Die regionale Schlaganfallschwerpunkte unterstützen die lokalen Schlaganfallstationen konsiliarisch und sind darauf vorbereitet, Patienten, die dort nicht adäquat versorgt werden können, umgehend zu übernehmen.

#### 4.4.3 Schlaganfallzentren (Stroke Units)

Die Leistungs- und Ausstattungsmerkmale der Stroke Units orientieren sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Sie sind in der Konzeption zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg, verabschiedet vom Landeskrankenhausausschuss am 14.10.1997, aufgeführt.

Die Schlaganfallzentren haben die Funktion von Kompetenzzentren, die landesweit an der kontinuierlichen Verbesserung der Schlaganfallversorgung und an der Weiterentwicklung der Therapie arbeiten. Sie organisieren entsprechend dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft baden-württembergischer Schlaganfallstationen Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte, Rettungssanitäter, Pflegekräfte und Laien.

Sie unterstützen die regionalen Schlaganfallschwerpunkte und die lokalen Schlaganfallstationen konsiliarisch und sind darauf vorbereitet, Patienten, die dort nicht adäquat versorgt werden können, umgehend zu übernehmen. In ihrem Stadtkreis nehmen sie, ggf. in Kooperation mit weiteren Krankenhäusern, die Funktion der lokalen Schlaganfallstation bzw. des regionalen Schlaganfallschwerpunkts wahr.

## 5. Verfahren

### 5.1 Benennung der vorgesehenen Standorte

Nach Abstimmung im Lenkungsausschuss (vgl. 5.2) informiert das Sozialministerium die Krankenhausträger über die geplanten Standorte der Schlaganfalleinheiten. Die Träger haben den Nachweis zu erbringen, dass die unter 4. genannten Leistungs- und Ausstattungsmerkmale, die vom Lenkungsausschuss noch zu präzisieren sind, erfüllt werden können. Die Arbeitsgemeinschaft baden-württembergischer Schlaganfallstationen gibt zu jeder Bewerbung ihre Stellungnahme ab.



## 5.2 Lenkungsausschuss

Die Umsetzung der Konzeption wird koordiniert und begleitet von einem Lenkungsausschuss, der folgende Mitglieder umfasst:

- Sozialministerium (2 Mitglieder, Leitung)
- GKV (3 Mitglieder)
- Landesärztekammer (1 Mitglied)
- BWKG (1 Mitglied)
- Stroke Units (2 Mitglieder)
- Regionale und lokale Schlaganfalleinheiten (3 Mitglieder)
- 1 Vertreter der niedergelassenen Neurologen
- 1 Vertreter des Rettungsdienstes, vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft der südwestdeutschen Notärzte

Der Lenkungsausschuss nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Präzisierung und ggf. im weiteren Fortgang Aktualisierung unter 4. genannten Anforderungen, die an jede Schlaganfallstation zu stellen sind,
- Prüfung der Anträge der in Frage kommenden Standorte auf Erfüllung der o.g. Anforderungen,
- Entscheidungsempfehlung an das Sozialministerium zur Ausweisung der Schlaganfalleinheiten,
- Festlegung und Koordination der Maßnahmen zur Dokumentation und Qualitätssicherung der Schlaganfallbehandlung,
- jährliche Bestandsaufnahme zum Stand der Umsetzung.