

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



# SOS-Care

**Anlage 1  
zum Vertrag**

**SOS-Care – Hilfe nach Schlaganfall  
Managementhandbuch**

## Inhalt

1. Einleitung .....	3
2. Benutzung des Managementhandbuchs .....	4
2.1 Zweck .....	4
2.2 Geltungsbereich.....	4
2.3 Verantwortung / Zuständigkeiten .....	5
3. Case Management .....	7
3.1 Voraussetzung .....	7
3.2 Tätigkeitsmerkmale des Case Managers .....	7
3.3 Einschlusskriterien .....	8
4. Standardisierter Behandlungspfad (SBP).....	8
4.1 Darstellung .....	8
4.2 Umsetzung des Pfades .....	9
4.3 Arbeitsprozesse entlang des Pfades.....	11
4.4 Zusätzliche Aufgaben entlang des SBP.....	11
5. Qualitätsanforderungen .....	12
6. Evaluation.....	12
7. Mitgeltende Dokumente .....	12

## 1. Einleitung

Der Schlaganfall ist eine volkswirtschaftlich relevante Erkrankung. Die Diagnose Schlaganfall gehört in Sachsen zu den 15 häufigsten im Krankenhaus behandelten Erkrankungen, in Deutschland ist sie die häufigste Ursache für eine dauerhafte Behinderung. In Sachsen erleiden jährlich ca. 22.000 Patienten (allein im Regierungsbezirk Dresden ca. 4.300 Versicherte der AOK PLUS) einen Schlaganfall oder eine Transitorisch Ischämische Attacke (TIA).

Durch Behandlung auf einer Stroke Unit mit gezieltem Einsatz spezifischer Therapien wie die systemische Lysetherapie und/oder endovaskuläre Therapie, können dauerhafte Behinderungen relevant vermindert werden. Im Regierungsbezirk Dresden war der Zugang zu diesen spezialisierten Therapien bis 2007 limitiert und wurde erst durch das telemedizinische Schlaganfall Ostsachsen Netzwerk (SOS-NET) deutlich verbessert. Die Rate der Patienten, die im Anschluss an die akutstationäre Versorgung eine Rehabilitation erhalten, liegt in der Region in einem zufriedenstellenden Bereich, dennoch gibt es bisher keine gezielte Behandlungscoordination in der Post-Akutphase des Schlaganfalls. Darüber hinaus besteht in der ambulanten Nachsorge keine standardisierte Versorgung. Es wird angenommen, dass durch eine bessere Koordination der Sektoren und eine standardisierte Nachsorge weitere stationäre Pflegefälle und Rezidive vermieden werden können.

Vor diesem Hintergrund wurde von Mai 2011 – Mai 2013 im Rahmen eines, mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten Projektes, „SOS Care – Hilfe nach Schlaganfall“, ein regionales Case Managementkonzept für die Nachbetreuung von Schlaganfallpatienten in der Theorie entwickelt und exemplarisch an etwa 100 Patienten erprobt. Das Konzept wurde von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern verschiedener Leistungserbringer (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden/UKD, Bavaria Klinik Kreischa, MTZ, Arbeiterwohlfahrt), der AOK PLUS, der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, der Deutschen Telekom AG und der Dresden International University unter Leitung des UKD entwickelt. Nach der Förderphase wurden weitere Patienten - finanziert durch das UKD - entlang des erarbeiteten standardisierten Behandlungspfades (SBP) betreut. Der SBP wurde in dieser Phase unter Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse und der im Verlauf gemachten Erfahrungen weiter angepasst.

### Die durch das Case Management verfolgten Ziele sind:

- Individuelle Patienten- und Angehörigeninformation
- Stärkung von Eigenverantwortung durch Edukation
- Reduktion von Risikofaktoren
- Frühzeitige Erkennung und Versorgung einer Post-Stroke-Depression
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Steigerung von Lebensqualität
- Vermeidung von stationärer Pflegebedürftigkeit
- Vermeidung von Rezidiven
- Reduktion von Folgekosten

Im Rahmen des vorliegenden Vertrages zur Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V (BV Vertrag) soll allen bei der AOK PLUS versicherten Schlaganfall- und TIA-Patienten, die im Regierungsbezirk Dresden akutstationär versorgt werden, eine Teilnahme am Case Management Programm „SOS Care – Hilfe nach Schlaganfall“ angeboten werden. Begleitend wird das Programm evaluiert, um die Vorteilhaftigkeit einer gezielten Behandlungscoordination in der Nachsorge für Schlaganfall- und TIA- Patienten nachweisen zu können.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gendersensible Schriftform verzichtet.

## 2. Benutzung des Managementhandbuchs

### 2.1 Zweck

Zweck dieses Handbuchs ist die Gewährleistung von Standards in der Struktur- und Prozessqualität als Grundlage für den BV-Vertrag. Die nachfolgenden Beschreibungen umfassen zudem die Prozesse, die zur Erreichung der primären und sekundären Ziele des Case Management Konzepts als wesentlich und notwendig erachtet werden.

### 2.2 Geltungsbereich

Das Managementhandbuch findet Anwendung im Dresdner Neurovaskulären Centrum (DNVC) des Universitätsklinikums Dresden und in den an dem BV-Vertrag teilnehmenden kooperierenden Kliniken im Regierungsbezirk Dresden, sowie weiteren teilnehmenden Leistungserbringern.

## 2.3 Verantwortung / Zuständigkeiten

<b>Organisationen</b>	
Kostenträger (Krankenkasse)	<p>Der Kostenträger finanziert die im Rahmen des Vertrages entstehenden Kosten für die Versorgung der teilnehmenden Versicherten.</p> <p>Zudem prüft der Kostenträger durchgehend den Versichertenstatus der teilnehmenden Patienten. Sollte das Versicherungsverhältnis mit dem Kostenträger beendet sein bzw. vor der Beendigung stehen, gleicht er diese Information mit der Leitung Case Management ab. Ferner informiert der Kostenträger die Leitung CM, wenn der Versicherte schriftlich die Beendigung der Teilnahme erklärt bzw. seine mit Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte Einwilligung widerruft.</p>
Dresdner Neurovaskuläres Centrum (DNVC)	<p>Das DNVC stellt die ärztliche Leitung und die Leitstelle für das Case Management zur Verfügung.</p> <p>Es trägt die organisatorische Verantwortung. Ferner trägt das DNVC die Verantwortung für die medizinisch-fachliche Koordination und die medizinische Qualitätssicherung.</p>
Ärztliche Leitung	<p>Die ärztliche Leitung initiiert und koordiniert die inhaltliche Entwicklung, Implementierung und Weiterentwicklung von Behandlungspfad und Entscheidungsalgorithmen. Ferner ist sie verantwortlich für die Koordination und inhaltliche Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsangebots und der Evaluation. Bei Abweichungen vom SBP oder anderen fachlichen Fragen ist die ärztliche Leitung Ansprechpartner für die betreuenden Case Manager und Hausärzte.</p>
Universitätsklinikum Dresden, akutstationäre und rehabilitative Einrichtungen, sowie andere teilnehmende Leistungserbringer	<p>Die beteiligten Leistungserbringer verpflichten sich zur fachlichen und organisatorischen Umsetzung des vereinbarten Case Management-Konzeptes. Sie sind jeweils verantwortlich für das Erlös- und Kostenmanagement, für die in ihrer Einrichtung teilnehmenden Versicherten mit dem Kostenträger. Sie stellen zertifizierte Case Manager zur Verfügung, den Zugang der Case Manager zum Erst- oder Folgekontakt, sowie zur Datenerhebung sicher. Sie verpflichten sich zur Einhaltung des vorliegenden Patientenpfades, zur Benennung von Ansprechpartnern und zum gegenseitigen Informationsaustausch gemäß des Case Management-Konzeptes. Ferner gewährleisten sie die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.</p>

<p>Case Management Leitstelle:</p>	<p>Die Leitstelle ist verantwortlich für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Koordination der regionalen Case Manager (Vertretungsregelungen, Personalentwicklung)</li> <li>• die Durchführung von Qualitätszirkeln</li> <li>• Organisation von Weiterbildungen</li> <li>• das Qualitätsmanagement und -reporting</li> <li>• die Koordination von Beratungsangeboten (Gesundheitsmarketing)</li> <li>• ist funktional und inhaltlich verantwortlich für patientenbezogenes Informationsmaterial, das Online-Angebot und den Aufbau einer elektronischen Fallakte</li> </ul>
<p>Case Manager Akutklinik:</p>	<p>Der Case Manager prüft, ob der Versicherte zur Teilnahme an der Versorgung berechtigt ist. Der Case Manager ist für die Ansprache und Aufnahme von geeigneten Patienten sowie für die ganzheitliche Pfadkontrolle seiner Patienten verantwortlich. Zudem übernimmt er die Edukation und Beratung von Patienten und deren Angehörigen. Die einzelnen Aufgaben umfassen folgende Arbeitsfelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Edukation/ Beratung anhand des SBP</li> <li>• Erstellung von Risikoprofil und Zielvereinbarung</li> <li>• Datenerfassung/ Dokumentation</li> <li>• Pflege der Patientenakte</li> <li>• Management/ Steuerung des Behandlungsprozesses - Reaktion bei Abweichungen vom SBP</li> <li>• Auswertung von Qualitätsindikatoren</li> </ul>
<p>Case Manager Rehaklinik:</p>	<p>Das Case Management ist verantwortlich für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Edukation und Beratung anhand des SBP</li> <li>• Datenerfassung/ Dokumentation</li> <li>• Pflege der Patientenakte</li> <li>• Prüfung Heil- und Hilfsmittelverordnung, Pflegegrad, etc.</li> <li>• Information des Hausarztes und des CM am Wohnort vor Entlassung</li> </ul>

### 3. Case Management

Im Mittelpunkt des Vertrages zur Besonderen Versorgung von Patienten mit Schlaganfall oder TIA stehen qualifizierte Case Manager. Das Aufgabengebiet der Case Manager umfasst in erster Linie eine umfassende Aufklärung und Beratung der Patienten und deren Angehörigen, die Dokumentation, Pfadkontrolle, die Steuerung der Behandlungsprozesse und die Auswertung der Qualitätsindikatoren. Ferner ist er Ansprechpartner für alle Teilnehmer am Versorgungsvertrag. Insofern ist er in der stationären Akutversorgung, der stationären/ ambulanten Rehabilitation und der ambulanten medizinischen Nachsorge in koordinierender Weise tätig. Die Verantwortlichkeit des Case Managers erstreckt sich auf organisatorische und inhaltliche medizinisch-pflegerische Fragen zum Behandlungsprozess.

#### 3.1 Voraussetzung

Voraussetzung für die Tätigkeit als Case Manager im Rahmen von SOS-Care „Hilfe nach Schlaganfall“ ist eine Fachschulausbildung im medizinischen Bereich (Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie o.ä.) oder eine Hochschulausbildung im Sozial- oder Gesundheitswissenschaftlichem Bereich, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in einem der Bereiche und die erfolgreiche Teilnahme an einem, von der DGCC akkreditierten, Zertifikatskurs Case Management.

#### 3.2 Tätigkeitsmerkmale des Case Managers

- Sichtung potenzieller Teilnehmer
- Information und Beratung der Patienten/ Angehörigen
- Übernahme der Einschreibungsformalitäten
- Erstellung des individuellen Risikoprofils
- Erstellung von Zielvereinbarungen anhand des Risikoprofiles
- Dokumentation in der Patientenakte
- Planung und Durchführung Hausbesuch
- Kontakt mindestens quartalsweise zum Patienten (bei Bedarf häufiger)
- Unterstützung bei der Umsetzung von Heil- und Hilfsmittlempfehlungen
- Kontaktaufnahme zu Ärzten, Ansprechpartnern in beteiligten Einrichtungen und ambulanten Leistungserbringern
- Erledigung von Organisationsanfragen der Patienten
- Übermittlung von Informationen an Ärzte und ambulante Leistungserbringer
- Organisation, Teilnahme und Protokollerstellung der Fallkonferenzen

### 3.3 Einschlusskriterien

- G45 – Zerebrale transitorische Ischämie
- I61 – Intrazerebrale Blutung
- I62 – Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutungen
- I63 – Hirninfarkt
- I64 – Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Ein kuratives Therapieziel sollte bestehen. Ausgeschlossen sind Patienten mit vorbestehendem Pflegegrad II oder höher.

Bei bestehenden schweren kognitiven Einschränkungen durch Demenz o.ä. obliegt die Einzelfallentscheidung über eine Aufnahme des Patienten dem Case Manager. Die Dauer des Case Managements beträgt 12 Monate nach dem Schlaganfall, mindesten jedoch 9 Monate nach Entlassung aus Rehabilitation.

## 4. Standardisierter Behandlungspfad (SBP)

### 4.1 Darstellung

Der Standardisierte Behandlungspfad (SBP) beschreibt die Soll-Situation der Versorgung von Schlaganfallpatienten von der Akuttherapie bis zur Nachsorge. In Abbildung 1 ist der vereinfachte Pfad des Patienten aus Sicht des Case Managers dargestellt (ausführlicher Pfad im Anhang).

Ein wesentlicher Bestandteil im SBP ist der Edukationspfad, der die Beratungselemente und Verantwortlichkeiten enthält (s. Anhang).

Behandlungspfad	Aufgaben des Case Managers	Inhalt und Ziele	Zeitplan
Erstkontakt			Tag 2-4 nach Aufnahme
Patienteneinwilligung	nein = keine Aufnahme ins Programm		
ja			
Aufnahme ins Programm	Aufnahmeassessment Einwilligungserklärung Basisdaten	Patienteninformation	Während Klinikaufenthalt
Risikoprofilierung und Zieldefinition	Schlaganfallpass: Behandlungsdaten Akutklinik Risikofaktoren Behandlungsziele	Patienteninformation	Unmittelbar nach Entlassung aus Klinik oder Reha
Krankenhausentlassung		Fortführung der Sekundärprävention	
Hausbesuch		Hilfsmittelversorgung	
Patientenkontakt	Schlaganfallpass: Behandlungsdaten Nachsorge	Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung	Nach 3 Monaten
Patientenkontakt		Minimierung von Pflegebedürftigkeit	Nach 6 Monaten
Patientenkontakt		Vermeidung von Komplikationen Ergebnisqualität	Nach 9 Monaten
Abschlussvisite	Schlaganfallpass: Abschlussassessment	Hilfsmittelversorgung Vermeidung von Rezidiven	Nach 12 Monaten

Abbildung 1: SBP SOS Care



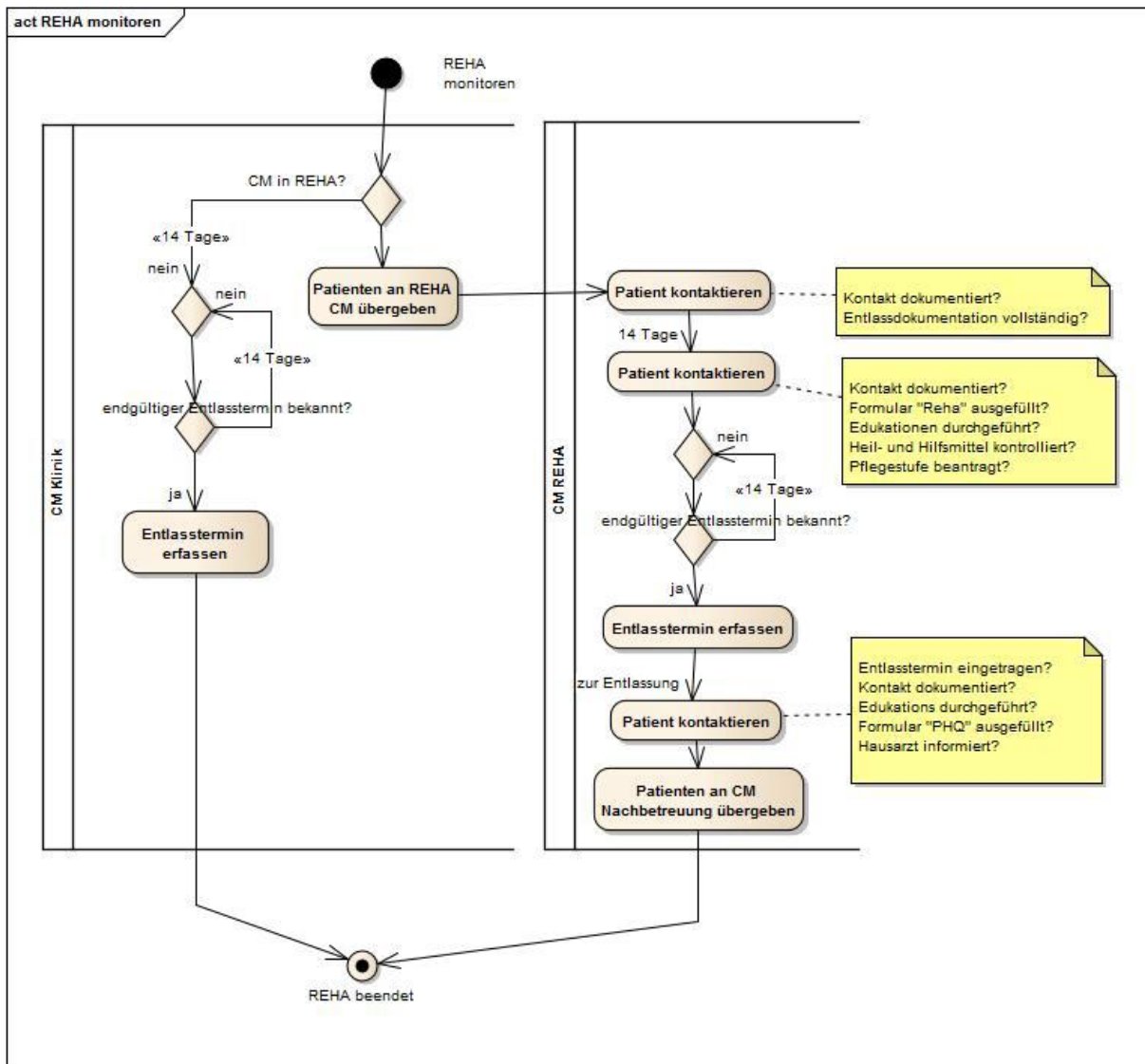


Abbildung 2: SBP SOS Care Reha

## 4.2 Umsetzung des Pfades

### Wesentliche Aufgaben des Case Managers sind:

- Der Case Manager identifiziert anhand des Krankenhausinformationssystems akute Schlaganfallpatienten, die die Einschlusskriterien erfüllen und deren Kostenträger dem Versorgungsvertrag zugehörig ist.
- Der Case Manager informiert den Patienten zum Versorgungsprogramm, prüft erneut die Aufnahmekriterien und sorgt für die Formalien der Einschreibung zur Teilnahme am Versorgungsvertrag.
- Der Case Manager sorgt für die Übermittlung der Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Patienten zum Versorgungsprogramm an den zuständigen Kostenträger.
- Der Case Manager erstellt dem Patienten zum Ende der stationären Akutversorgung eine Übersicht mit Informationen zu allgemeinen und persönlichen Risikofaktoren.
- Bei Durchführung einer stationären Rehabilitation, in einer im Rahmen des BV-Vertrags kooperierenden Klinik, erfolgt eine Übergabe an den Case Manager in der Rehaklinik.

- Nach Beendigung der Rehabilitation oder nach der Entlassung aus der Akutklinik leitet der Case Manager ein Aufklärungsgespräch in der Häuslichkeit des Patienten ein.
- In der ambulanten Nachsorge erfolgen durch den Case Manager quartalsweise Telefonkontakte und bei Bedarf zusätzliche telefonische oder persönliche Beratungen des Patienten.
- Der Abschluss des Versorgungsprogramms wird durch den Case Manager in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten durchgeführt und dokumentiert.
- Der Case Manager nimmt an den durch die Leitung CM organisierten quartalsweisen Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen teil und trägt zur Umsetzung der dort festgelegten Problemlösungen bei. Eine Erstellung und Übermittlung von Protokollen erfolgt zeitnah durch die Leitung CM.
- Bei Organisationsfragen der Patienten zum Versorgungsprogramm oder dessen Ablauf ist der Case Manager Ansprechpartner.
- Medizinische Fragen werden mit der ärztlichen Leitung SOS-Care besprochen. Es wird entschieden, ob der Patient sich an seinen Hausarzt oder Neurologen wendet. Ggf. wird eine telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme CM mit dem Hausarzt bzw. ärztliche Leitung mit dem Hausarzt initiiert. Für spezielle Fragestellungen kann eine Vermittlung in die neurovaskuläre Ambulanz der Neurologie am UKD erfolgen.
- Der Case Manager überwacht die Umsetzung von Heil- und Hilfsmittlempfehlungen und greift ggf. unterstützend ein.

#### Medizinische Aufgaben

Alle medizinischen Aufgaben basieren auf den klinikinternen Standards („Ärztliches Manual Stroke Unit“) sowie aktuell geltenden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

- Behandlung der Kardiovaskulären Risikofaktoren, mit angestrebter Zielerreichung

Risikofaktor	Ziel
Rauchen	Beendigung
LDL-Cholesterin	<2,6 mmol/L
Blutdruck	≤ 140/90 mmHg
Körperliche Aktivität	mindestens 30-45 Minuten 3-5 mal/Woche
BMI 25-27,5 BMI > 27,5	Gewichtsreduzierung bis BMI < 25 Gewichtsreduzierung um 10%
HbA1c (ohne Diabetes)	< 6,2 %
HbA1c (mit Diabetes)	< 7 %

- Medikamentöse Sekundärprophylaxe mit Thrombozytenaggregationshemmer (einfach oder doppelt) oder oraler Antikoagulation, je nach Indikation

- Erfassung des Risikos auf Vorliegen einer Schlafapnoe mittels Berlin-Fragebogen. Bei positivem Ergebnis Vermittlung eines Schlafapnoe-Screenings (ambulant oder Schlaflabor i.H.)
- Möglichkeit zur Vorstellung bei Fachärzten oder in der neurovaskulären Spezialsprechstunde am UKD
- Frühzeitige Erkennung und Versorgung depressiver Patienten (anhand PHQ-9 alle sechs Monate): bei auffälligem Ergebnis Rückmeldung an Hausarzt, Empfehlung Beginn SSRI, ggf. Überweisung zum Psychiater

### 4.3 Arbeitsprozesse entlang des Pfades

Die Arbeitsprozesse entlang des Pfades haben seitens des Case Managers mehrere Ebenen und Aufgaben. Die Aufgaben des Case Managers ergeben sich entlang des SBP und lassen sich grob in folgende Aufgabenbereiche gliedern.

- Datenerfassung und Dokumentation
- Beratung
- Prüfung Edukationspfad
- Steuerung des Behandlungsprozesses anhand SBP
- Auswertung der Qualitätsindikatoren
- Organisation und Durchführung von Schulungen und Qualitätszirkeln

Die folgende Tabelle die durch den Case Manager erfassten Qualitätsindikatoren:

<b>Informations- Einwilligungsgespräch</b>	Stammdaten, Risikofaktoren
<b>Hausbesuch</b>	Vollständige Sekundärprophylaxe, Blutdruck, Rauchen, Gewicht, mRS, Laborwerte (Lipide, HbA1c), PHQ-9, Berliner Fragebogen
<b>1. Telefonkontakt nach 3 Monaten</b>	Vollständige Sekundärprophylaxe, Blutdruck, Rauchen, Gewicht
<b>2. Telefonkontakt nach 6 Monaten</b>	Vollständige Sekundärprophylaxe, Blutdruck, Rauchen, Gewicht, mRS, Laborwerte (Lipide, HbA1c), PHQ-9
<b>3. Telefonkontakt nach 9 Monaten</b>	Vollständige Sekundärprophylaxe, Blutdruck, Rauchen, Gewicht
<b>Abschlussbesuch</b>	Vollständige Sekundärprophylaxe, Blutdruck, Rauchen, Gewicht, mRS, Laborwerte (Lipide, HbA1c), PHQ-9, EQ-5D

### 4.4 Zusätzliche Aufgaben entlang des SBP

Im QuIS-Manual (s. Anhang) beschriebene Aufgaben liegen nicht in der Verantwortung des Case Managers, stellen jedoch die Voraussetzung für einige seiner Aufgaben dar. Die teilnehmenden Leistungserbringer sind für die Einhaltung des Behandlungsprozesses verantwortlich.

## 5. Qualitätsanforderungen

Personal - Qualifikation: (s. Punkt 3.1)

Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung:

- Mindestens einmal pro Quartal sind Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkel zu organisieren. Die Ergebnisse der Fallkonferenzen werden in einem Protokoll dokumentiert.
- Im ärztlichen Bereich ist zu Beginn der Teilnahme am Vertrag eine Fortbildung in der teilnehmenden Klinik/ Rehaklinik vor Ort durchzuführen, anschließend findet jährlich eine Vorstellung der Ergebnisse und eine Fortbildung über jeweils neue Aspekte in der Schlaganfalldiagnostik und -therapie zentral statt.
- Regelmäßige Fortbildung der teilnehmenden Leistungserbringer und des Personals, welches im Case Management tätig ist.

## 6. Evaluation

Die Evaluation des Projektes wird von der ärztlichen Leitung ggf. gemeinsam mit einem Evaluationsinstitut übernommen. Die Inhalte sind im Evaluationskonzept beschrieben.

## 7. Mitgeltende Dokumente

- Behandlungspfad
- Edukationspfad
- QuIS Manual
- Aufnahme Assessment SOS Care
- Einwilligungserklärung SOS Care
- Flyer SOS Care/Schlaganfallpass
- Nachsorgeplan SOS Care
- PHQ-9 (Assessmentinstrument zum Depressionsscreening)
- Berliner Fragebogen (Schlafapnoescreening)
- EQ5D (Fragebogen Lebensqualität)
- SF-36 (Fragebogen Gesundheitszustand)
- Evaluationskonzept

Erstellt am: 01.07.2020	Fachlich geprüft: 30.07.2020	Freigabe am: 05.08.2020
Autor(en): Uwe Helbig, Heike Urban, Nastasja Pfaff	PD Dr. Jessica Barlinn, Uwe Helbig, Claudia Wojciechowski	PD Dr. Jessica Barlinn