



# Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2021

Thesen – Forderungen – Impulse



## Versorgung sichern – Versorgung gestalten

Das Ziel der **Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung** ist es, einen fachlichen Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen sowie länder- und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft in der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Seit 2014 dient die Zukunftswerkstatt als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure in der Hauptstadtregion. Im Fokus steht dabei stets die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung der Bürgerinnen und Bürger, sowohl in der Metropolregion als auch im ländlichen Raum.

Die 8. Zukunftswerkstatt im Jahr 2021 stand unter dem Motto „**Zukunft der Schlaganfallversorgung: länderübergreifend, transsektoral und interprofessionell**“. Bedingt durch die demografische Entwicklung steigt weltweit die Anzahl neuer Schlaganfälle pro Jahr ebenso wie die Anzahl der damit verbundenen Lebensjahre mit alltagsrelevanter Behinderung. In Deutschland stellt der Schlaganfall die häufigste Ursache für erworbene Behinderung im Erwachsenenalter dar. Damit verbunden ist ein hoher und individuell sehr unterschiedlicher Hilfebedarf über einen sehr langen Zeitraum, oft bis zum Lebensende. Daher benötigen Schlaganfallpatienten in der Regel nicht nur eine sehr schnelle („time is brain“), sondern auch eine langfristige komplexe Versorgung von der akuten Phase über die Rehabilitation bis hin zur Nachsorge im ambulanten und häuslichen Bereich. Das komplexe und chronische Krankheitsbild des Schlaganfalls stellt die Gesundheitsversorgung in der Region vor eine Reihe von Herausforderungen, die in ihrer Gesamtheit nur sektor- und professionsübergreifend gelöst werden können.

Die Zukunftswerkstatt 2021 brachte daher Expertinnen und Experten aus der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung ebenso wie aus der Selbsthilfe, aus Krankenkassen und der Sozialberatung zusammen. In Vorträgen und drei Workshops wurden die bestehenden Herausforderungen beleuchtet und diskutiert. Die Vorträge sind auf der Website des Clusters Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg aufrufbar:

[Videos der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2021 →](#)

Die Ergebnisse der Workshops sind auf den folgenden Seiten zusammengefasst.



## Thesen – Forderungen – Impulse

Für eine erfolgreiche Schlaganfallversorgung, die langfristige schwerwiegende Behinderungen und Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich minimiert oder sogar verhindert, braucht es eine patientenorientierte, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung. Diese muss einrichtungs-, kostenträger- und phasenübergreifend das Krankheitsbild von der Akutphase über die Rehabilitation bis hin zur i. d. R. lebenslang andauernden chronischen Phase lückenlos abbilden. Für die Umsetzung einer solchen Versorgung sind folgende Aspekte wesentlich:

## These 1

# Die post-akute Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten und das hierfür erforderliche Verlegungsmanagement muss konsequent am Bedarf des jeweiligen Patienten ausgerichtet werden. Jede Verlegung muss nach Abschluss der jeweiligen Krankheits- und Versorgungsphase zeitnah und nach medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten erfolgen.

Der medizinische Fortschritt und die Optimierung der Abläufe in der Akutversorgung des Schlaganfalles zeigen positive Effekte im Sinne einer Reduzierung der Schwere der verbleibenden Defizite nach einem Schlaganfall. Betroffene profitieren bezüglich der verbleibenden Behinderungen immer von einer raschen und spezifischen neurologischen Rehabilitation. Die Verlegung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten nach einer Akutbehandlung in die neurologische Frührehabilitation Phase B ebenso wie in die Phasen C und ggf. D der Rehabilitation müssen zeitnah erfolgen. Aufgrund der unzureichenden Finanzierung besteht ein zu geringes Angebot an Plätzen in der neurologischen Rehabilitation der Phasen C und D. Daher werden viele Patienten in Akutgeriatrien verlegt, in denen eine geriatrische Komplexbehandlung erfolgt, die kürzer und weniger intensiv ist als eigentlich geboten und in der Rehabilitation der Phasen C und D gegeben wäre. Die Notwendigkeit einer Kostenübernahmeerklärung der Kostenträger bei der Verlegung in eine Phase-B-, C- oder D-Rehabilitation verzögert zudem die Prozesse, was u. a. einer ungenügend strukturierten Kommunikation geschuldet ist.

Durch ein digital unterstütztes Verlegungsmanagement könnte der Verlegungsprozess insgesamt verbessert werden. Damit wären Probleme im Verlegungsmanagement quantifizierbar und bestehende Strukturen könnten optimiert werden. Bei der Einführung eines solchen Systems könnte auf den Erfahrungen aus dem Verlegungsmanagement bei Covid-19-Patienten in Berlin-Brandenburg aufgebaut werden. Die fachliche Grundlage für die bedarfsgerechte Verlegung könnte der [„Bericht der AG Patientenpfade – Schnittstellenmanagement am Beispiel Schlaganfallversorgung bei der Überleitung in die Rehabilitation“](#) → des Gemeinsamen Landesgremiums Berlin von 2016 bilden, der eine bedarfsgerechte Verlegung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen beschreibt. Des Weiteren müssen ausreichend Kapazitäten für die neurologische Rehabilitation der Phasen C und D geschaffen und langfristig finanziert werden.

## These 2

# Es muss eine patientenorientierte, bedarfsgerechte und strukturierte Schlaganfall-Nachsorge aufgebaut und vorgehalten werden.

Schlaganfallpatientinnen und -patienten benötigen in jeder Phase des Krankheitsverlaufes und dem weiteren Management der Schlaganfallfolgen eine multiprofessionelle Behandlung, auch in der Nachsorge. Diese muss i. d. R. sektorübergreifend geplant werden. Aufgrund der regelhaft komplexen individuellen Patientenbedarfe können Hausärzte und Hausärztinnen allein weder die notwendige Versorgung noch die Steuerung der Behandlung leisten, eine entsprechende Versorgung ist im EBM nicht abgebildet.

Es fehlt damit sowohl die strukturierte regelmäßige Erhebung der sich individuell ändernden Versorgungsbedarfe als auch die sich daraus ableitende Steuerung der Versorgung. Darüber hinaus fehlt es in der Nachsorge an allgemein akzeptierten Qualitätsindikatoren für eine gute Schlaganfallversorgung ebenso wie an notwendigen Weiterbildungen in allen, auch den ärztlichen beteiligten Berufsgruppen.

In Analogie zur erfolgreichen Strukturierung der Versorgung in der Akutphase (Stroke Unit Behandlung) und in der Reha-Phase (Neurologische Rehabilitationszentren) muss auch in der Nachsorge eine eigene umfassende vernetzte Versorgungsstruktur etabliert werden. Bedarfsgerechte Nachsorge benötigt dabei schlanke neurologisch geleitete schlaganfallzentrierte Assessmentstrukturen (z. B. nach kanadischem Vorbild) ebenso wie qualifizierte Beratungs- und Begleitungsangebote, z. B. Schlaganfall-Lotsen, Case-Management-Lösungen, Stroke-Nurses, Service-Punkte-Schlaganfall. Diese müssen die Versorgung unter

Nutzung der vorhandenen Strukturen (Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegestützpunkte) koordinieren. Idealerweise sollte bereits ab der Akutversorgung eine direkte Überleitung in die fachgerechte Rehabilitation und so strukturierte Nachsorge gesichert werden.

Parallel dazu müssen (in Analogie zur Akut- und Reha-Phase) sowohl ärztliche und das multiprofessionelle Team einbeziehende Weiterbildungs-Curricula als auch eine Qualitätssicherung unter Einbindung relevanter Fachgesellschaften (u. a. DGN, DGNR, DSG, DEGAM) entwickelt werden.

Am Beispiel einer häufigen Schlaganfallkomplikation im chronischen Stadium, einer spastischen Bewegungsstörung, ist in der Leitlinie der DGN (S2k LL) ausgeführt, welche Strukturen und Prozesse für die leitliniengerechte Versorgung einer chronischen Erkrankung und deren Folgen in der Akutbehandlung, Rehabilitation und Nachsorge auf Basis der evidenz-basierten Empfehlungen vorzuhalten wären.



## These 3

# Zur Sicherstellung einer optimalen Schlaganfallversorgung braucht es sektorübergreifende, qualitätsorientierte Vergütungsmodelle sowie entsprechende Voraussetzungen in der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung.

Bisher ist eine bedarfsorientiert gesteuerte multiprofessionelle Behandlung mit Interaktion verschiedener Leistungsanbieter (Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Pflegemitarbeiter und Pflegemitarbeiterinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen) im Vergütungssystem nicht abgebildet. Dem stehen die Grenzen der Sozialgesetzbücher V und XI gegenüber. Ein sektorübergreifendes, qualitätsorientiertes Vergütungsmodell würde helfen, die Schnittstellenproblematik (z. B. Informations- und Zeitverluste) zu überwinden und sektoren- und professionsübergreifende Ansätze in allen Phasen der Schlaganfallversorgung als Standard zu etablieren. Der dabei entstehende Koordinationsaufwand ist derzeit im Vergütungssystem nur unzureichend abgebildet.

In diesem Kontext muss die Versorgungsqualität über die Sektorengrenzen hinweg messbar gemacht werden. Um dies zu erreichen, müssen die im Akutbereich bestehenden Schlaganfallregister (ADSR) unter Nutzung der existierenden Qualitätssicherungssysteme der Neuro-Rehabilitationseinrichtungen longitudinal ausgebaut werden. Dafür braucht es einheitliche digitale Strukturen und Lösungen, welche die Verknüpfung von Routinedaten mit Registerdaten ohne bürokratischen Aufwand datenschutzkonform ermöglichen. Insgesamt muss ein solches Modell auch mit den Rahmenbedingungen der entsprechenden Sozialgesetzbücher in Einklang gebracht werden. Zur Sicherstellung

der Strukturqualität muss zudem der Gewinnung sowie der Aus- bzw. Weiterbildung von qualifizierten Fachkräften in allen relevanten Bereichen ein größeres Gewicht beigemessen werden.

Medizinische und gesundheitsökonomische Erkenntnisse u. a. aus den laufenden und bereits abgeschlossenen Innovationsfondsprojekten zum Thema „Schlaganfall“ können zur Gestaltung entsprechender Vergütungsmodelle mit herangezogen werden.

## These 4

# Die Einbeziehung der Selbsthilfe ist in der Versorgung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen ein wesentlicher Baustein. Sie muss länderübergreifend (weiter) gestärkt werden und eng an Lotsenstrukturen angebunden sein.

Selbsthilfe, Angehörige und Schlaganfalllotsen leisten in der langfristigen Versorgung des chronischen Krankheitsbildes Schlaganfall einen wichtigen Beitrag – von der Information bis hin zur Pflege Betroffener. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Möglichkeit zum, partizipativen Einbezug von Betroffenen häufig eingeschränkt sind, nicht nur aufgrund von Einschränkungen der Mobilität, sondern auch der kognitiven Funktionen wie Kommunikationsfähigkeit und Krankheitseinsicht.

Die Selbsthilfe ist in der Schlaganfallversorgung kontinuierlich einzubeziehen und zu stärken. Dazu gehört z. B. die Nutzung der gesetzlichen Unterstützungsmöglichkeiten über die Kranken- und Pflegekassen (§ 20 h SGB V, §§ 45 d in Verbindung mit 45 c SGB XI), die strukturelle Einbeziehung der Selbsthilfe in Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsprozesse, die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe in Verbindung mit chronischen Erkrankungen sowie die Förderung der stärkeren Wahrnehmung der Selbsthilfe bei Betroffenen und in der Öffentlichkeit. Auch relevante Fachgesellschaften sollten die Selbsthilfe in ihre Arbeit einbeziehen bzw. die Selbsthilfe im Rahmen ihrer Arbeit unterstützen.

Zur Stärkung der Selbsthilfe und Teilhabe wäre in Brandenburg die Einrichtung eines Sonderfahrdienstes hilfreich. In Berlin ist dies mit BerlinMobil bereits gelungen. Auch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen und ihre Unterstützung bei der Durchführung digitaler oder hybrider Formate wären wünschenswert.

Schlaganfalllotsen bieten angefangen von Informationsangeboten über alle Krankheitsphasen hinweg bis hin zu unterstützenden Maßnahmen zur Teilhabe der Betroffenen und zur Entlastung der (pflegenden) Angehörigen Beratung und Versorgung an. Notwendig wäre z. B. die Einführung eines Sozialkonsils in der Praxissoftware von Ärztinnen und Ärzten, um bei Bedarf eine nahtlose Überleitung in die Sozialberatung zu gewährleisten. Weiterhin braucht es ein ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, um sowohl Phasen der Entscheidungsfindung für die weitere Strukturierung des Lebens nach einem Schlaganfall zu ermöglichen bzw. zu unterstützen als auch pflegende Angehörige zeitweilig entlasten zu können. Auf Bundesebene wäre zudem eine Ausweitung der Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Pflegezeit hilfreich, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für pflegende Angehörige zu erleichtern.

Die o. g. Maßnahmen sind auch im Kontext anderer schwerwiegender chronischer Erkrankungen sowie in der Unterstützung pflegender Angehörigen allgemein relevant.



## These 5

# Digitale und technische Lösungen können die bedarfsgerechte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten unterstützen und verbessern.

Die Nutzung technischer und digitaler Möglichkeiten ist im gesamten Versorgungsprozess übergreifend relevant. Entsprechende Anwendungen können bei der Lösung vieler der in den obigen Thesen adressierten Probleme und Herausforderungen unterstützen.

Schlaganfallpatientinnen und -patienten, aber auch mit ihrer Pflege befasste Menschen („Caregiver“) haben einen hohen und individuell sehr unterschiedlichen Hilfebedarf. Schon jetzt kann dieser mit rein personeller Unterstützung oft nicht hinreichend bewältigt werden. Der Fachkräftemangel bringt zudem Personal in allen Versorgungsbereichen unter Druck. Dabei ist das immer noch weitgehend analog arbeitende Patientenversorgungsmanagement vielfach ineffektiv, nicht in Echtzeit messbar und damit schwer optimierbar.

Technische Lösungen können in der Schlaganfallversorgung vielfältig zur ressourcenschonenden Versorgungsoptimierung eingesetzt werden, von der vollständig digitalen Dokumentation der Behandlung und Pflege über telemedizinische Versorgungsangebote bis hin zur Rehabilitations- und Pflege-Robotik.

Der Schlaganfall kann hier als prototypische Modellerkrankung einer Akuterkrankung mit Langzeitfolgen und der Möglichkeit von Komplikationen im Verlauf für fast alle chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems dienen.

Der Schlaganfall als komplexeste Erkrankung umfasst dabei auch die Problemstellungen, die bei anderen Herzkreislauf-Erkrankungen auftreten können.

Bei der Entwicklung von telemedizinischen Lösungen sollten bereits vorhandene Erfahrungen bei anderen Krankheiten (z. B. im kardiologischen Bereich) berücksichtigt werden, wobei sie ggf. unter Einbeziehung der Besonderheiten des komplexen Krankheitsbildes Schlaganfall angepasst werden müssen. So z. B. bei der Berücksichtigung von Störungen der Kommunikationsfähigkeit oder der Handlungsplanung. Grundsätzlich sind technische Systeme der Versorgung keine „stand-alone“-Lösungen. Sie sollten insbesondere bei der Zusammenarbeit in sektor- und berufsgruppenübergreifenden Netzwerken unterstützen. Die Bedürfnisse Betroffener sowie pflegender Angehöriger sind dabei stets zu berücksichtigen. Für solche Lösungen braucht es (auch) Modellprojekte und Finanzierungsösungen.

Der Forschungs- und Entwicklungsstandort Berlin-Brandenburg mit seiner hohen Dichte an medizinischen und technischen Einrichtungen bietet exzellente Voraussetzungen für bedarfsorientierte Entwicklungsprojekte.



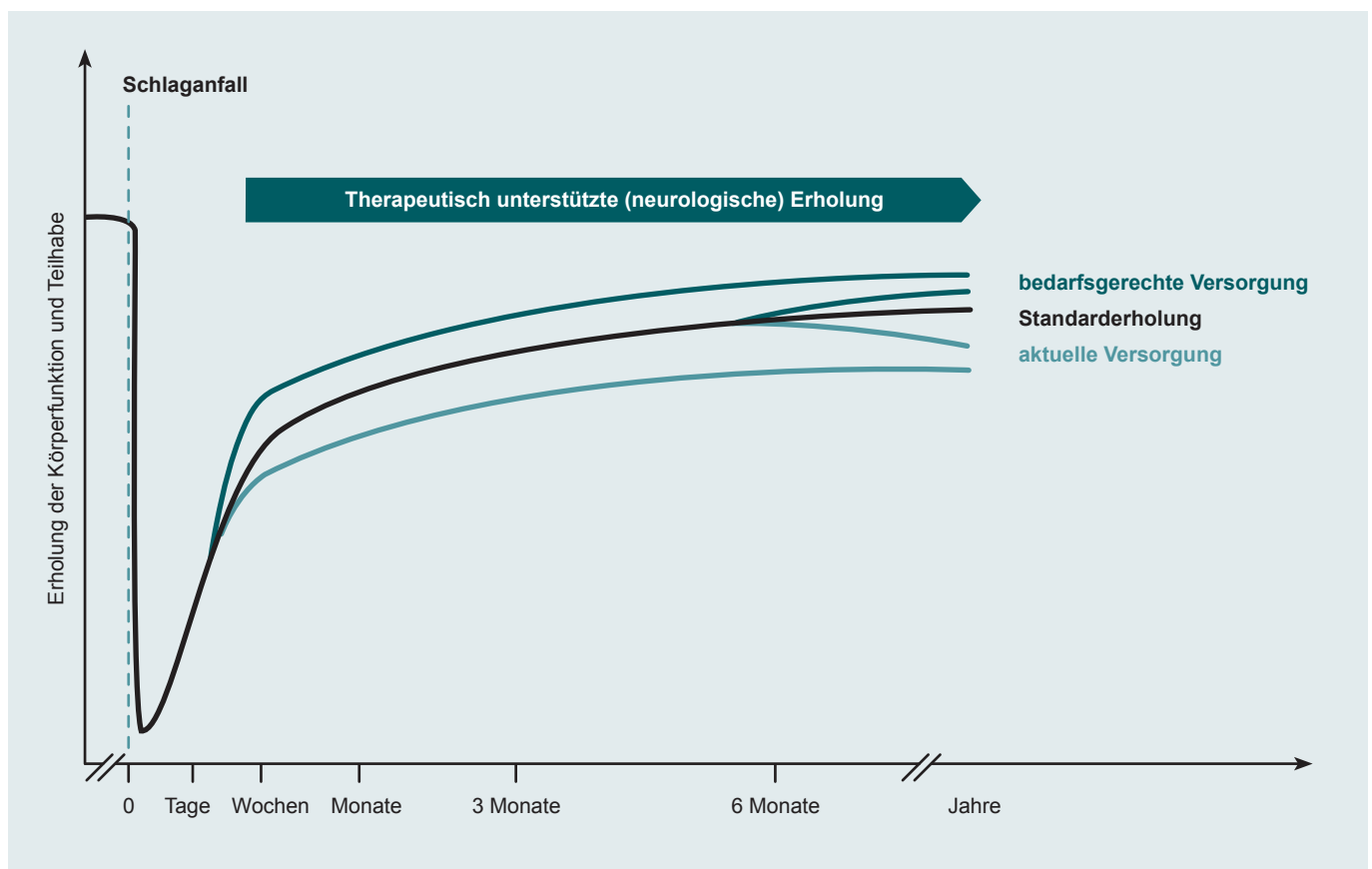
## Auf den Punkt gebracht

Um die Teilhabe von Schlaganfallpatientinnen und -patienten langfristig zu verbessern, ist eine bedarfsgerechte Behandlung und Schlaganfallversorgung nötig. Die derzeitigen Versorgungsstrukturen reichen oft nicht aus, beinhalten Zeitverluste an den Schnittstellen zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung sowie zwischen Rehapphase und Nachsorge. Strukturverbesserungen, die einen umfassenden, transsektoralen, qualitätsorientierten und patientenzentrierten Ansatz verfolgen, können bestehende und notwendige Versorgungsangebote aller Sektoren und Träger passgerecht verbinden.

## Verbesserung der Teilhabe von Schlaganfallpatienten durch bedarfsgerechte Versorgung

Infolge eines Schlaganfalls kommt es zu einem plötzlichen Ausfall von Hirnfunktionen. Rasches Handeln in der prä-hospitalen und akuten Phase kann den Verlust von Hirngewebe sowie weitere Komplikationen effektiv verhindern und schon zu einer raschen funktionellen (Teil-)Verbesserung führen. Die Ursachendiagnostik definiert die Sekundärprävention, die bei konsequenter Umsetzung erneute Schlaganfall-Ereignisse effektiv verhindern kann. Für die weitere Erholung der Körperfunktion ist die Rehabilitationsbehandlung entscheidend. Unter den gegenwärtigen

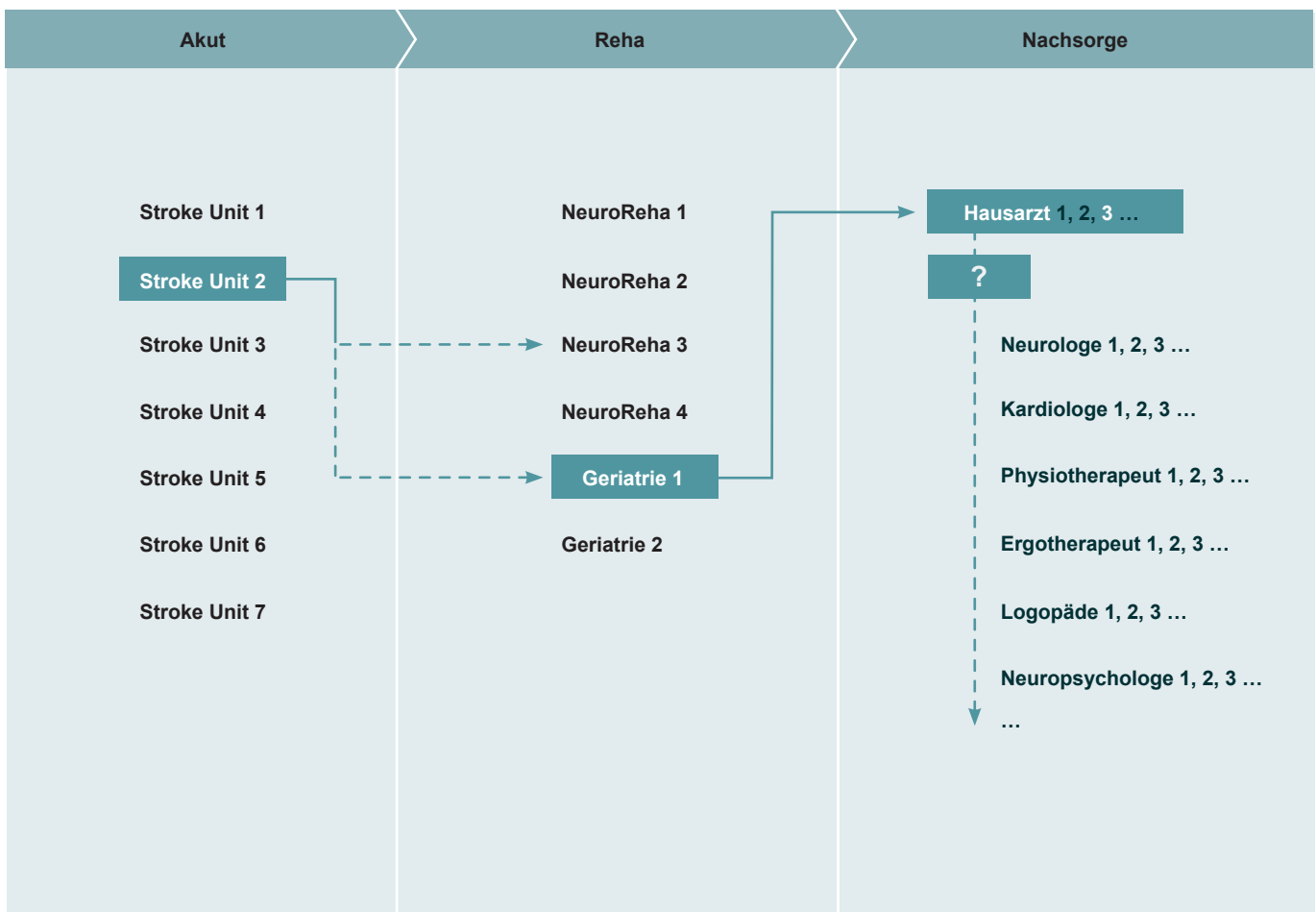
Versorgungsbedingungen wird das individuelle Regenerationspotential aufgrund der verzögerten und nicht spezifisch an die Funktionsdefizite angepassten Rehabilitation zu selten optimal ausgeschöpft. Zudem kommt es im chronischen Verlauf des Schlaganfalls nach Erreichen einer Plateauphase häufig zu erneuten Verschlechterungen. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann das Regenerationspotential besser ausschöpfen und damit die Teilhabe Betroffener am gesellschaftlichen Leben verbessern.



## Die derzeitige Versorgungssituation

Die meisten Schlaganfall-Patienten erreichen bereits Kliniken mit spezialisierter Schlaganfallversorgung (Stroke Unit). Die zeitnahe Verlegung in bedarfsgerecht spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen kann aufgrund von fehlenden Bettenkapazitäten in neurologischen Rehabilitationseinrichtungen nicht regelhaft stattfinden. Daher wird nicht selten über die Verlegung in geriatrische Einrichtungen (mit Komplexbehandlung) ausgewichen, diese stellt aber nur für einen kleinen Teil der Patienten die optimale Versorgung dar. Durch Zeitverluste an der Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung und oft fehlende

bedarfsgerechte Reha-Versorgung ist die Regeneration und der Rückgewinn der Funktion gefährdet. Auch an der Schnittstelle zwischen Reha-Phase und Nachsorge kommt es häufig zu erheblichen Zeitverlusten. Die Organisation der Nachsorge liegt bei den Hausärztinnen und Hausärzten, denen jedoch ein strukturierter Zugang für die regelhaft notwendige umfassende bedarfsgerechte Behandlung fehlt.

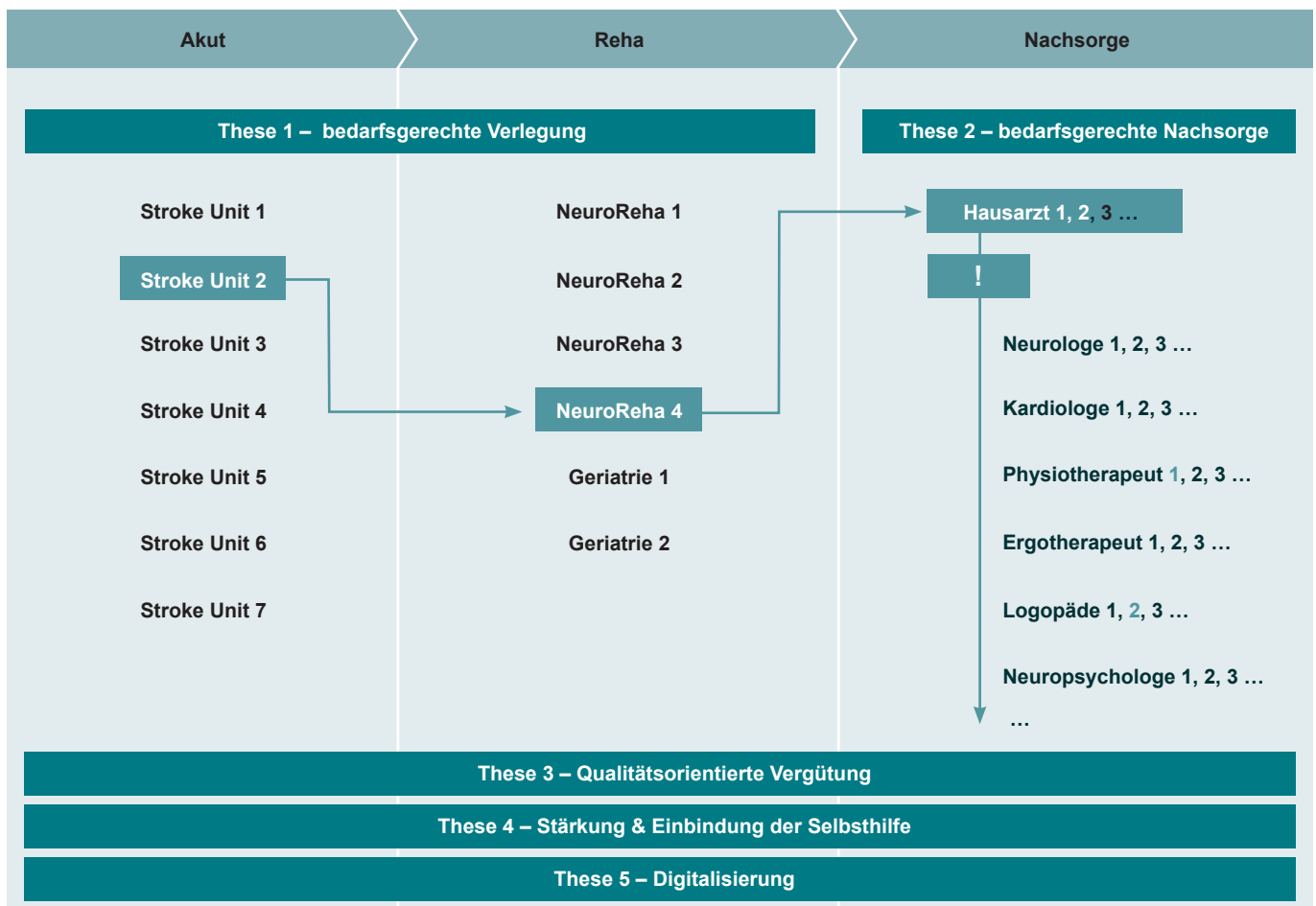


## Eine optimierte Versorgung

Für eine Optimierung der Schlaganfallversorgung ist ein umfassender, transsektoraler, qualitätsorientierter und patientenzentrierter Ansatz notwendig, der sich in erster Linie am Bedarf der Betroffenen orientiert. Dazu sind eine Reihe von Strukturverbesserungen notwendig.

**These 1 – Bedarfsgerechte Verlegung:** Die schnellstmögliche Versorgung der Schlaganfallpatienten auf Stroke Units ist durch ein optimiertes prähospital Management flächendeckend sicherzustellen. Die Verlegung nach Abschluss der Akutbehandlung (Phase A) muss entsprechend der definierten Kriterien regelhaft am Bedarf erfolgen. Liegt ein Bedarf für die neurologische Rehabilitation (Phasen B, C, D) vor, muss diese auch zeitnah umgesetzt werden. Steht die geriatrische Weiterbehandlung im Mittelpunkt, ist diese umzusetzen. Zeitverluste an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehavversorgung müssen vermieden werden.

**These 2 – Bedarfsgerechte Nachsorge:** Für die langfristige Versorgung der Betroffenen im chronischen Schlaganfallverlauf müssen die Hausärzte und Hausärztinnen durch ergänzende Strukturmaßnahmen (siehe folgendes Modellprojekt S-TRENDSETTER<sup>BB</sup>) in die Lage versetzt werden, die bedarfsgerechte umfassende Nachsorge unter Nutzung der vorhandenen Strukturen (Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Neuropsychologinnen und Neurologen ...) sicherzustellen. Flankierend sind sektorenübergreifende qualitätssichernde Maßnahmen (**These 3 – qualitätsorientierte Vergütung**) sowie die Einbindung der Betroffenen (**These 4 – Stärkung und Einbindung der Selbsthilfe**) notwendig. **These 5 – Digitalisierung:** Digitale und technische Lösungen können die bedarfsgerechte Versorgung von Schlaganfallpatienten und -patientinnen unterstützen und verbessern.



# Impuls für ein erstes Projekt

## S-TRENDSETTER<sup>BB</sup>

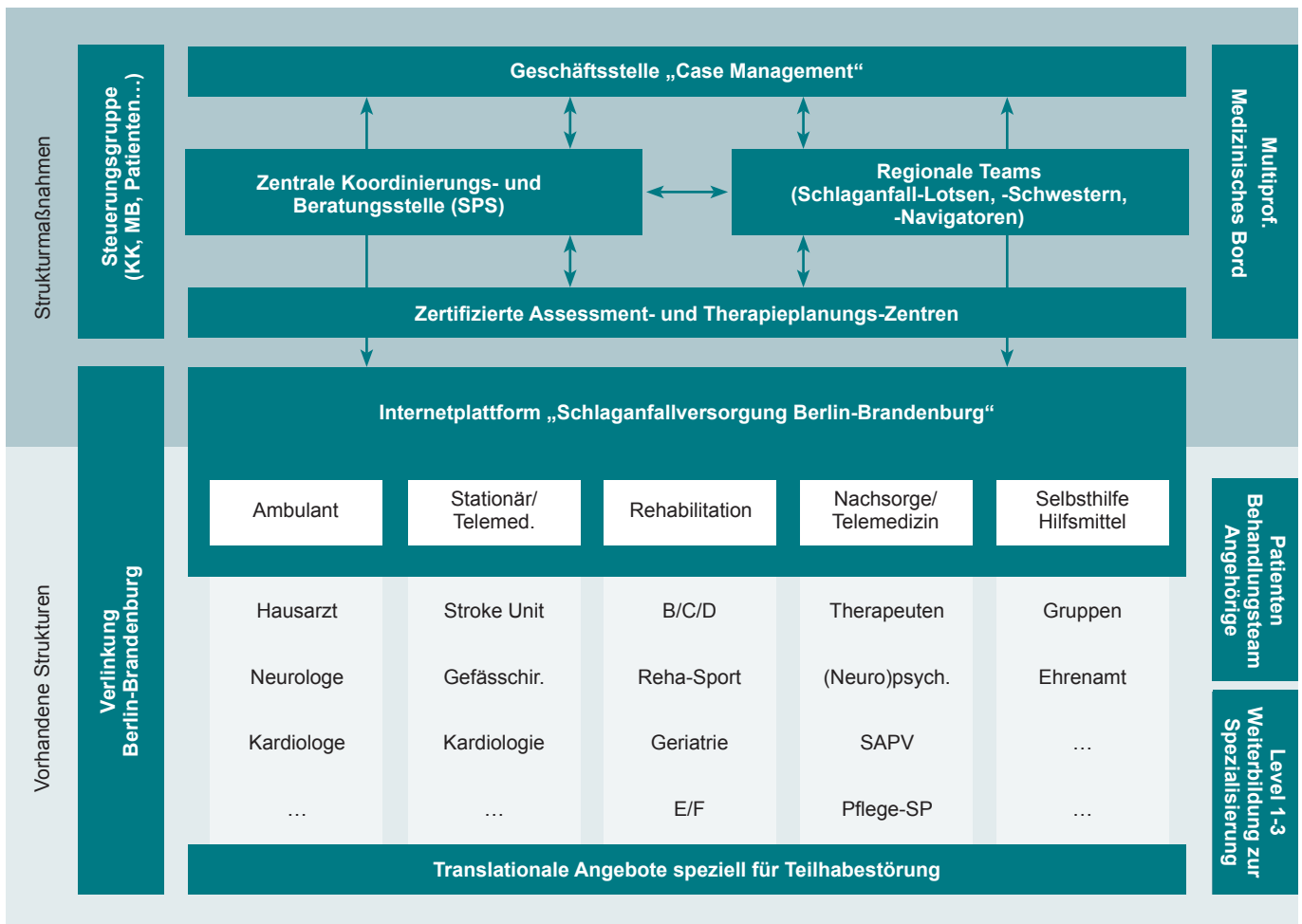
Schlaganfall – Transsektorale umfassende Qualitätsgesicherte bedarfsgerechte Versorgung Berlin-Brandenburger Modellprojekt

### Modell einer umfassenden, interaktiven Kommunikationsplattform für die Schlaganfallversorgung von der Akutphase bis zur Nachsorge

Wie bereits dargestellt, erfordern die unterschiedlichen und z. T. schwerwiegenden Folgen eines Schlaganfalls angemessene Managementstrukturen zum Umgang mit resultierenden Behinderungen infolge eines Schlaganfalls. Eine langfristige medizinische, therapeutische und ggf. pflegerische Behandlung und Unterstützung ist einzuplanen. Diese kann sowohl im stationären (medizinischen bzw. pflegerischen) als auch im ambulanten Setting erfolgen. Für Betroffene, Angehörige, aber auch Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ist es derzeit schwierig, die bestehenden diagnostischen, therapeutischen

und pflegerischen Angebote in ihrer Vielfalt zu überblicken und bedarfsgerecht zu erhalten bzw. zu vermitteln.

Eine Lösung hierfür kann die Schaffung einer ärztlich supervidierten, interaktiven Plattform zur Koordination eines sektorübergreifenden Managements dieser Fragestellungen. Mithilfe dieser Plattform könnten bestehende Versorgungsangebote aller Sektoren und Träger transparent unter medizinischen und symptomorientierten Gesichtspunkten optimal eingesetzt werden. Das Modell für eine solche Plattform sollte sich an folgendem Vorschlag orientieren:



## Modellprojekt zur umfassenden bedarfsgerechten Versorgung von Schlaganfallbetroffenen in der Region Berlin-Brandenburg

Das Projekt folgt einem patientenzentrierten sektorenübergreifenden langfristig ausgerichteten Behandlungsansatz, der zum primären Ziel hat, die Teilhabe der Betroffenen schnellstmöglich zu erreichen und nachhaltig sicherzustellen. Die Versorgung selber wird dabei durch die vorhandenen Strukturen erfolgen. Um die komplexen individuell sehr unterschiedlichen Bedarfe im akuten und chronischen Verlauf nach Schlaganfall mit den vielfältig notwendigen Angeboten passgerecht zu verbinden, werden folgende Strukturmaßnahmen implementiert.

Kernelemente der neuen Struktur sind die 1) *Zentrale Koordinierungs- und Beratungsstelle*, 2) *Regionale Teams* (Schlaganfall-Lotsen, -Schwestern, -Navigatoren) sowie 3) *Zertifizierte Assessment- und Therapieplanungszentren*. Diese Strukturen werden durch eine 4) *Geschäftsstelle "Case Management"* geleitet. Über diese eng zusammenarbeitenden Strukturen werden die Schlaganfallbetroffenen unter Nutzung einer 5) *Internetplattform Schlaganfallversorgung Berlin-Brandenburg* über die bestehenden Strukturen bedarfsgerecht versorgt.

Das gesamte Projekt soll die vorhandenen Strukturen und Akteure in Berlin und Brandenburg länderübergreifend besser verbinden, um die vorhandenen Ressourcen für die Betroffenen effektiv nutzbar zu machen. Hierbei hat die Zentrale Koordinierungs- und Beratungsstelle eine Schlüsselfunktion, denn sie nimmt unter Nutzung digitaler Lösungen die Versorgungskoordination und Beratung für die Betroffenen vor. Die individuelle Behandlung erfolgt anhand des Therapieplans, der durch (zertifizierte) Assessment- und Therapieplanungszentren erstellt wird. Die Umsetzung das

Therapieplans erfolgt durch die bestehenden Strukturen und, sofern individuell notwendig und gewünscht, mithilfe der Regionalen Teams. Die Notwendigkeit der Einbindung Regionaler Teams wird durch das Assessment-Zentrum beziehungsweise die Koordinierungs- und Beratungsstelle festgestellt. Die Assessment-Zentren führen ein regelmäßiges (alle 6 Monate) standardisiertes neurologisch zentriertes Assessment durch, auf dessen Basis der Therapieplan leitliniengerecht erstellt und im Verlauf angepasst wird. Hierbei wird ein einfaches, individuelles, domänenbasiertes Risikosystem mittels "Ampel" erstellt. Assessment-Zentren werden durch "geeignete" Neurologen und Neurologinnen, die in ambulanter (z. B. Niederlassung) oder stationärer Versorgung (Stroke Unit Neurologie, Neurorehabilitation) tätig sind, vorgehalten. Das multiprofessionell zu besetzende "Medizinische Board" wird für die Ausgestaltung, Beratung und Anpassung des Projekts in medizinischen Fragen etabliert. Eine Steuerungsgruppe, der unter anderem Vertreter der Selbsthilfeorganisationen, der Krankenkasse, des Medizinischen Boards und der Politik angehören, sollte das Projekt inhaltlich begleiten.

Als Berlin-Brandenburger Modell im Bereich der komplexen sektorübergreifend informierenden Schlaganfallversorgung könnte eine solche Plattform zu einer Blaupause für andere Regionen, aber auch für andere chronische Erkrankungen werden. In ihrer grundlegenden Struktur wäre sie also problemlos auf die Versorgung anderer chronischer Erkrankungen mit Langzeitfolgen wie Herz-Kreislaufkrankungen übertragbar.



# Impressum

## Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital  
c/o Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH  
Babelsberger Straße 21  
14473 Potsdam

## Autorinnen und Autoren / Redaktion

Die Thesen-Impulse-Forderungen entstanden im Rahmen der Workshops der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2021 unter der Leitung folgender Workshopleiterinnen und -leiter:

Dr. Gesine Dörr  
Chefärztin der Klinik für Innere Medizin  
Alexianer St. Josef Potsdam GmbH

Prof. Dr. med. Andreas Meisel  
1. Vorsitzender des BSA e.V.  
(Berliner Schlaganfall Allianz e.V)  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Direktor Centrum für Schlaganfallforschung Berlin  
NeuroCure Clinical Research Center

Prof. Dr. med. Jörg Wissel, FRCP  
Neurologische Rehabilitation und physikalische Therapie  
Klinikum Spandau, Vivantes-Netzwerk für Gesundheit GmbH  
Universität Potsdam, Zentrum für Sportmedizin

Dr. med. Ursula Marschall  
leitende Medizinerin, Forschungsbereich Medizin  
und Versorgungsforschung  
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Petra Knispel  
Fachliche Leiterin des Servicepunktes Schlaganfall der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Berliner Schlaganfall-Allianz e.V.

Laura Goossens  
Pflegerische Leitung Abteilung Neurologie/Stroke Unit,  
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge  
gGmbH

© Alle Rechte vorbehalten, Februar 2022

## Layout + Grafik

GDA Gesellschaft für Marketing und Service  
der Deutschen Arbeitgeber mbH

## Bildnachweis

Titel: highwaystarz – stock.adobe.com



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für  
Regionale Entwicklung

Dieses Vorhaben wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) und des Landes Brandenburg.





**HealthCapital**  
BERLIN BRANDENBURG

Ihr Kontakt in Brandenburg:

## Wirtschaftsförderung Brandenburg | **WFBB**

Wirtschaftsförderung Land Brandenburg  
GmbH (WFBB)  
Babelsberger Straße 21, 14473 Potsdam

Ansprechpartnerin:  
Claudia Lyhs  
T +49 331 – 730 61-254  
claudia.lyhs@wfbb.de  
[www.wfbb.de](http://www.wfbb.de)

Ihr Kontakt in Berlin:



Berlin Partner für Wirtschaft  
und Technologie GmbH  
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

Ansprechpartnerin:  
Katharina Repp  
Tel.: +49 30 – 463 02-135  
katharina.repp@berlin-partner.de  
[www.berlin-partner.de](http://www.berlin-partner.de)



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für  
Regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und  
Brandenburg, kofinanziert von der Europäischen  
Union – Europäischer Fonds für Regionale  
Entwicklung (EFRE).