

Fallbeispiel Schlaganfall-Lotsen

Fragen und Aufgaben für die Versorgungsforschung

Dr. Michael Brinkmeier

Virtueller Fachkongress Monitor Versorgungsforschung

8. Dezember 2021

Meine Disclosures



MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT



Kurzportrait Schlaganfall-Hilfe

Was wir tun – wer wir sind



Stifterin Liz Mohn

- Unabhängig und gemeinwohlorientiert
- 35 Mitarbeiter/-innen
- 4 Mio. Euro Jahresbudget



Schlaganfall ist quantitativ wie qualitativ relevant

Prävalenz des Schlaganfalls in Deutschland

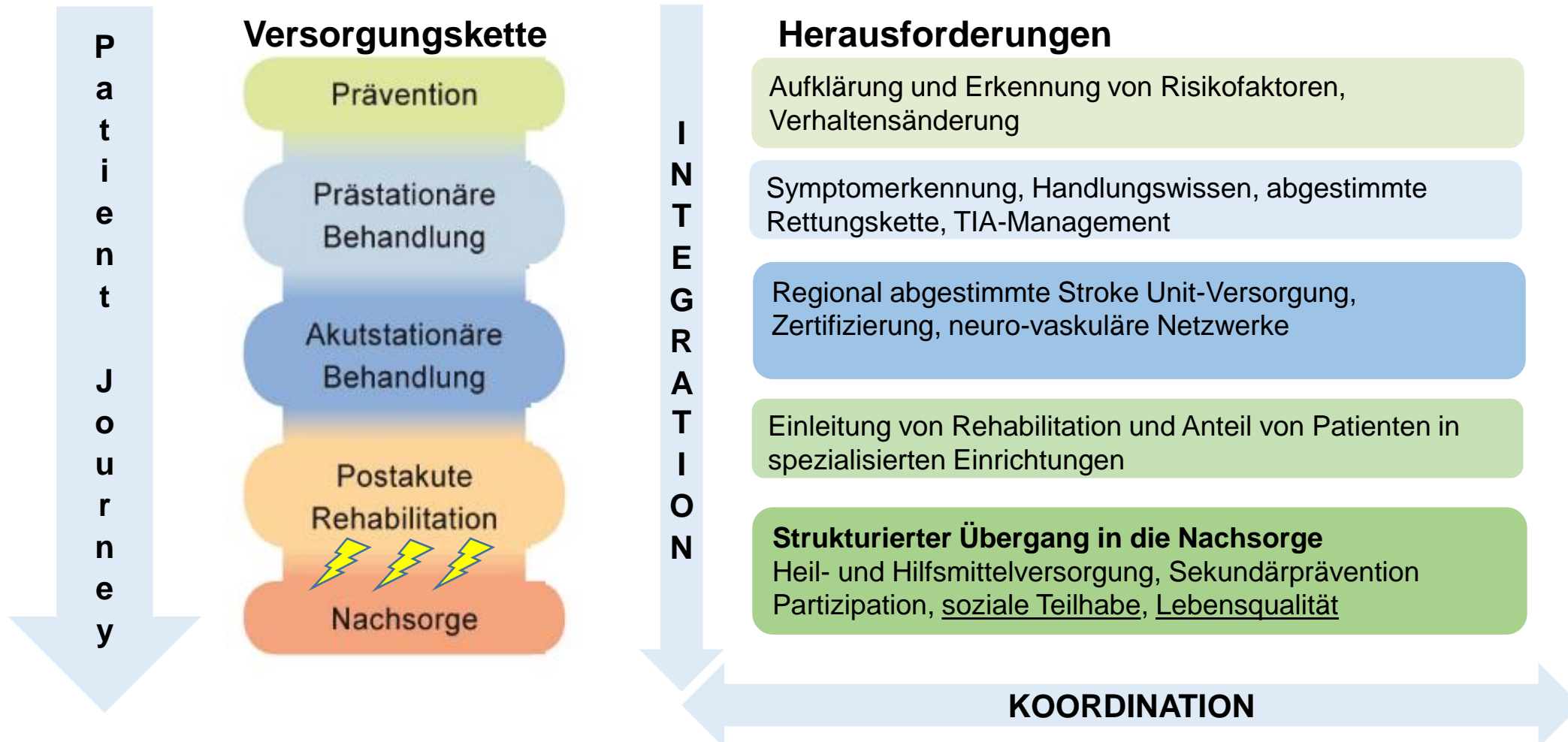


- **1,76 Millionen** Menschen >18 Jahren haben mind. einmal einen Schlaganfall erlitten
- 877.000 Frauen, 884.000 Männer
- *Inzidenz ca. 200.000 Erstschlaganfälle + 65.000 Rezidive*

- Ca. 50 Prozent aller Schlaganfälle ereignen sich in der Altersgruppe der über 75-Jährigen. Ca. 30 Prozent über 80 Jahre
- Aber auch junge Menschen und Kinder sind betroffen
- **Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter**

Es gibt keine integrierte Versorgung beim Schlaganfall

Herausforderungen entlang der Patient Journey



Qualitätsdefizite in der Schlaganfall-Nachsorge

Beispiele und Problemlage

- Fehlen regelmäßiger Assessments (medizinisch + sozial)
 - Mangelnde Information von Patienten/Angehörigen und bedarfsorientierte Planung
 - Defizite bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung
 - Defizite bei der Sekundärprophylaxe
 - Mangelnde Therapie von Depression und Demenz
 - Mangelnde Komplikationsverhinderung
 - Mangelnder interprofessioneller Informationsaustausch
 - Kein Qualitätsmanagement
 - usw. usw.
- **Große Komplexität, aber keine sektorenübergreifenden Strukturen und Prozesse**
 - **Keine kontinuierliche Versorgung und keine Versorgungssteuerung**
 - **Mangelhafte Datenlage, besonders in der Verknüpfung von Gesundheits-, Sozial- und Ökonomischen Daten**

Es fehlt der Treiber für Veränderungen!

Datenpool + QS sind primär in der Akutphase vorhanden

Forschung zu Schlaganfallversorgung



Comprehensive Care für alle Phasen der Schlaganfallversorgung



Stroke
Volume 46, Issue 8, August 2015, Pages 2252-2259
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.006209>



ORIGINAL CONTRIBUTIONS - CLINICAL SCIENCES/CLINICAL SCIENCES

Methods of Implementation of Evidence-Based Stroke Care in Europe

European Implementation Score Collaboration

Antonio Di Carlo, MD¹, Francesca Romana Pezzella, MD¹, Alec Fraser, MA¹, Francesca Bovis, MSc¹, Juan Baeza, PhD¹, Chris McKeivitt, PhD¹, Annette Boaz, PhD¹, Peter Heuschmann, MD¹, Charles D.A. Wolfe, MD¹, Domenico Inzitari, MD¹, The European Implementation Score Collaboration Study Group Coinvestigators, Vincent Thijs, Anthony Rudd, Annette Boaz, Maurice Giroud, Yannick Bejat, Silke Wiedmann, Peter Hermanek, Markus Wagner, Marzia Baldereschi, Maria Lamassa, Ilaria Romani, Patrizia Nencini, Daiva Rastenyte, Danuta Ryglewicz, Anna Czlonkowska, Maciej Niewada, Martin Dennis, Miquel Gallofré, Sonia Abilleira, Jaime Masjuan, Bo Norrving, and Kjell Asplund

BACKGROUND AND PURPOSE— Differences in stroke care in Europe may reflect different degrees of implementation. We evaluated strategies for implementing research evidence in countries.

METHODS— A questionnaire was developed and administered with key informants. Implementation strategies were investigated at meso, and micro, eg, policy, organization, patients/professional analysis, and different settings (primary, hospital, and special differences among countries were evaluated using the questionnaire.

RESULTS— Implementation methods reported by ≥7 countries, public financial incentives, continuing professional education, educational meetings and campaigns, guidelines, associations' activities. Audits were present in 6 countries, regional regulations in 4 countries. Private financial incentives were reported only in 2 countries. At national level, Sweden, all with positive object scores, from the other countries obtained the lowest scores. At regional level, England, France had positive scores in the first principal component, whereas Scotland showed negative scores. Spain was in an intermediate

Hillmann et al. *BMC Neurology* (2017) 17:49
DOI 10.1186/s12883-017-0819-0

BMC Neurology

RESEARCH ARTICLE

Open Access

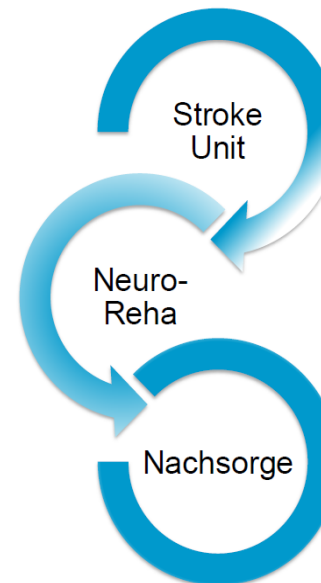
Stroke unit care in Germany: the German stroke registers study group (ADSR)



Steffi Hillmann^{1*}, Silke Wiedmann^{1,2}, Viktoria Rücker¹, Klaus Berger³, Darius Nabavi⁴, Ingo Bruder⁵, Hans-Christian Koenneke⁶, Günter Seidel⁷, Björn Misselwitz⁸, Alfred Janssen⁹, Christoph Burmeister¹⁰, Christine Matthis¹¹, Otto Busse¹², Peter Hermanek¹³, Peter Ulrich Heuschmann^{12,14}, on behalf of the German Stroke Register Study Group (ADSR)

Abstract

Background: Factors influencing access to stroke unit (SU) care and data on quality of SU care in Germany are scarce. We investigated characteristics of patients directly admitted to a SU as well as patient-related and structural factors influencing adherence to predefined indicators of quality of acute stroke care across hospitals providing SU care.



- Comprehensive Care
- Multidisziplinärer Ansatz
- Qualitätsindikatoren & QM
- Zertifizierung

- Comprehensive Care
- Multidisziplinärer Ansatz
- Qualitätsindikatoren & QM
- Zertifizierung

- Comprehensive Care
- Multidisziplinärer Ansatz
- Qualitätsindikatoren & QM
- Zertifizierung

Quelle: Vortrag Prof. Meisel, Navicare Symposium 2018

Die Datenhoheit ist balkanisiert

Übersicht über grundsätzlich nutzbare Sekundärdatensätze

Versorgungssektor/ Bereich	Grundlage für die Datenüber- mittlung	Erfasste Leistungsberei- che/ Sachverhalte	Primäre Datenemp- fänger	Sekundäre Datenemp- fänger	Möglichkeit des Da- tenzugangs
Abrechnungsdaten, die an die gesetzlichen Krankenversicherungen übermittelt werden					
Stationäre Kranken- hausversorgung	§ 301 SGB V	Stationäre Behandlung	Krankenkassen	BVA	DaTraV Nur projektbezogen bei einzelnen Kran- kenkassen
Ambulante Kranken- hausversorgung	§ 301 SGB V	Ambulante Behandlung (Institutsleistungen) ¹	Krankenkassen		Nur projektbezogen bei einzelnen Kran- kenkassen
Ambulant-ärztliche Versorgung	§ 295 SGB V	Ambulante Behandlung durch Vertragsärzte, MVZ, ermächtigte Krankenhaus- ärzte	KV -> Krankenkassen bzw. Krankenkassen (Selek- tivverträge) ²	BVA	DaTraV Nur projektbezogen bei einzelnen Kran- kenkassen oder KVen
Arzneimittel	§ 300 SGB V	In Apotheken ausgege- bene, verordnete Arznei- mittel	Apothekenrechenzen- tren -> Krankenkassen	BVA KV	DaTraV
Rehabilitation zu Las- ten der gesetzlichen Krankenversicherung	§ 301 Abs. 4 SGB V	Stationäre Rehabilitation	Krankenkassen		Nur projektbezogen bei einzelnen Kran- kenkassen

Fazit

- Große Fragmentierung der Datenbestände in Deutschland
- Kaum Verknüpfungsmöglichkeiten
- Keine definierten Minimalanforderungen für die Kodierung im vertragsärztlichen Bereich

Quelle: Gutachten Zentralinstitut KV, Busse et al. 2020

Der Lotse stellt die Datenlage wieder vom Kopf auf die Füße

Der Schlaganfall-Lotse orientiert sich in seiner Arbeitsweise am Case Management.

Er ...

- begleitet Patienten und Angehörige für 12 Monate nach dem Schlaganfall
- unterstützt die Koordination für die Versorgung relevanter Leistungserbringer mit dem Patienten
 - Information zu Gesundheitsverhalten, Krankheitsverständnis und Leistungsansprüchen
 - Versorgungsplanerstellung
 - Vermittlung von Versorgungs-/Präventionsprogrammen
 - Unterstützung Heil- und Hilfsmittelversorgung
 - Depressionsdiagnostik
- leistet koordinierende und verbindende Unterstützung im Versorgungsnetzwerk
- vermittelt Informationen zwischen Patient / Versorgung / Trägerlandschaft
- unterstützt Ziele des Patienten in bestverfügbarer und angemessener Weise

Alles wird dokumentiert!



STROKE OWL - Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe

Hintergrund

- Der Schlaganfall zählt zu den Erkrankungen mit den weitestgehenden sozioökonomischen Folgen.
- Er ist die häufigste Ursache für dauerhafte Behinderungen im Erwachsenenalter.
- Es bestehen erhebliche Versorgungsdefizite im weiteren Verlauf der Erkrankung nach Entlassung aus dem Akutklinikbereich.
- In der Schlaganfall-Nachfrage fehlen qualitativ hochwertige Leitlinien ebenso wie Disease-Management-Programme oder validierte sektorenübergreifende Versorgungsprogramme.
- Diese Defizite äußern sich in einer hohen Jahressterblichkeit nach Schlaganfall und in einer im Vergleich zur Altersgruppe geringen Lebensqualität der Patienten.

Zielsetzung des Projekts

- Senkung der Schlaganfall-Risikofaktoren durch den Einsatz eines Case- und Case-Management nach Eintritt für die Dauer von 12 Monaten.
- Optimierung von Versorgungsleistungen durch Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsbereiche.
- Erreichung von Effizienzwerten des sektorenübergreifenden Zusammenwirkens.
- Verbesserung der Versorgungsqualität für Schlaganfall-Betroffene durch Erhöhung der Therapietreue.
- Der Vergleich der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe soll Unterschiede im Ressourcenverbrauch und hinsichtlich der Häufigkeit eines Schlaganfall-Rezidivs aufzeigen.

Primäres Outcome:

- Schlaganfall-Rezidive innerhalb von 12 Monaten

Weitere Parameter:

- Behinderungswerte in der Interventions- und Kontrollgruppe aus Krankheitsassessments
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Absinken des täglichen Lebens
 - Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker, Blutzuckererregung



Vorgehen der gesundheitsökonomischen Evaluation

- Die Studie ist in einem quasi-experimentellen Design angelegt und wird von der Universität Bielefeld, unter Leitung von Prof. Dr. Dieter Düring, durchgeführt.
- Die Interventionsgruppe umfasst rund 1.000 Schlaganfallpatienten aus Ostwestfalen-Lippe.
- Die Primären Endpunkte (Lebens- und Daten zur Lebensqualität) werden über die Schlaganfall-Lotsen durch eine vom Konsortiumpartner OHS entwickelte digitale Leistungsabfrage („Lotten-App“) erhoben.
- Die Sekundären Endpunkte werden für die Interventions- und Kontrollgruppe von den am Projekt beteiligten Kliniken übermittelt.
- Die Kontrollgruppe wird ausschließlich durch GVA-Abrechnungsdaten von Schlaganfallpatienten aus den Vergleichsregionen Münsterland und Sauerland gebildet.
- Die Analyse der GVA-Abrechnungsdaten erfolgt in Form eines Matched-Pair-Designs. Jedem Interventionspatienten aus OWL wird ein Kontrollpatienten aus einer der beiden Vergleichsregionen zugeordnet.
- Diese Zuordnung erfolgt ausschließlich auf Basis von zuvor definierten Matchingkriterien: Alter, Geschlecht, Schlaganfall-ICD-Code, ICD, Versorgungsregion, GVA-Kategorie (für Amputation) im Intervall und Komorbiditäten.
- Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Interventionsregion und der Vergleichsregionen findet im Rahmen einer Randomisierungsanalyse eine Unterstrichung der Kontrollstruktur sowie der Schlaganfall-Rezidivrate zwischen den Regionen statt.

Geplanter Rekrutierungsverlauf Projekt STROKE OWL

	2018				2019				2020				2021			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Historische Kontrollgruppenanalyse																
Rekrutierungszeitraum																
Follow-up																

Quelle: eigene Darstellung, Auszug aus dem Umweltberichten/Evaluationkonzept, Universität Bielefeld (Prof. Dr. Wolfgang Cramer, 2019)

Die Lotsen sammeln relevante Daten – viele Daten

Auszug Datenerhebung in STROKE OWL

Erhebung / Dokumentation	Ergebnisgröße	Erhebungsmethode oder -instrument	Zeitpunkt der Datenerhebung				
			T ₀ Akutversorgung / Beginn Reha	T ₁ Nach 3 Monaten	T ₂ Nach 6 Monaten	T ₃ Nach 12 Monaten	- Bei Eintritt des Ereignisses
Study Nurse	Lebensqualität (Verlauf, allgemein)	EQ-5D-5L	X ¹	X	X	X	
	Lebensqualität (Verlauf, spezifisch)	SIS		X	X	X	
Lotse	Aktivitäten des täglichen Lebens	mRS	X				
	Aktivitäten des täglichen Lebens	Barthel-Index	X	X	X	X	
	Raucherstatus	Auswahlliste in der Lotsen-App	X	X	X	X	
	Körperliche Aktivität	Auswahlliste in der Lotsen-App		X	X	X	
	Todesursache	Auswahlliste in der Lotsen-App					X
Lotse / Hausarzt	Reinfarkt	Lotsen-App					X
	Blutdruck		X	X	X	X	
	Cholesterin		X	X		X	
	Blutzuckerspiegel HbA1c		X	X		X	
	Mortalität	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Vaskuläre Ereignisse (Rezidive, Herzinfarkt, vaskulärer Tod)	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Krankenhauseinweisung (vaskuläre Ursache)	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Pflegeheim / Pflegegrad	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Arzneimittel	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Sekundärprophylaxe (leitliniengerechte Pharmakotherapie)	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				
	Kosten	GKV-Routinedaten	12-Monatsverlauf				

Und auch dies geschieht:

- Fokusgruppen - und Patientenbefragungen
- Aufarbeitung Case-Management-Daten
- Abgleich Assessments, Maßnahmenpläne, Zielerreichung
- Weitere Datengenerierung in regionalen Projekten
- Bis jetzt 2000 Datensätze
- Zzt. jeden Monat 100 neue Patienten
- Ziel: 10.000 neue Datensätze pro Monat – modularisiert!

Wie können Lotsenstrukturen wissenschaftlich fundiert weiter ausgestaltet werden?

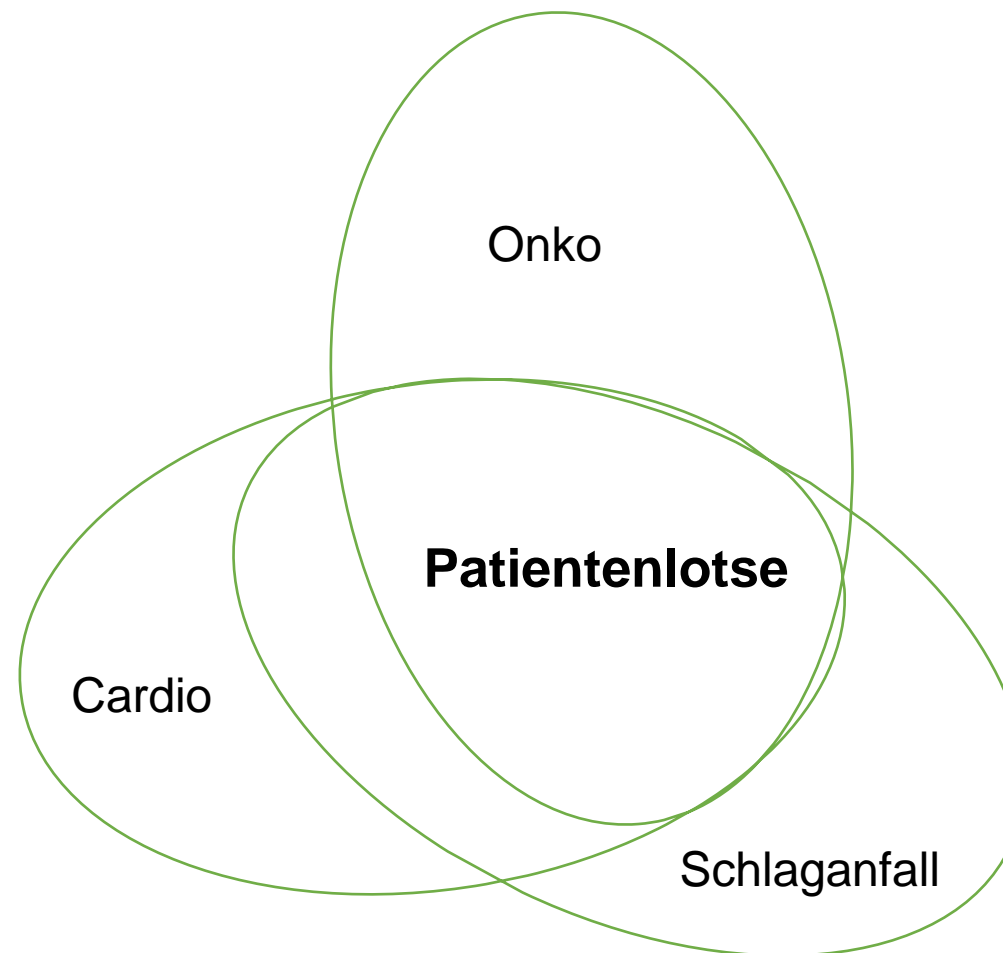
Beispiele von Versorgungsanalysen entlang der Patient Journey

- Optimierung des Prozesses der Patienteninformation und des „Shared Decision Making“
- Möglichkeiten der Verbesserung des intersektoralen Datenflusses
 - Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren (zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften)
 - Stakeholder-Befragungen
 - Entwicklung von datengestützten Langzeitbeobachtungsinstrumenten („Lotsen-App 3.0“) im Kontext der Digitalisierung/ePA
- Schlaganfall-Nachsorge-Management (im Netzwerk der Leistungserbringer)
 - Untersuchungen zur Leitlinien-Adhärenz (Ärzte und Patienten)
 - Strategien zur Verhinderung von Komplikationen (Stürze, Spastik/Schmerzen, Depression, Demenz...)
 - Analyse des Prozesses der Heil- und Hilfsmittelerbringung
 - Möglichkeiten digitaler Unterstützung

Die Harmonisierung ist der nächste Schritt

Handlungspfad zum Patientenlotsen in der Regelversorgung

- Laufende Aktivität: Vergleich von Lotsenprojekten verschiedener Indikationen – Ziel: Mindeststandard Patientenlotse
 - Qualifikation
 - Governance (sh. dazu LEX LOTSEN OWL)
 - Interventionen
 - Datenerhebung und -nutzung
- Hypothese: Harmonisierte Interventionen ergeben harmonisierte Datensätze – bis tief in die Sozialdaten hinein
- Vermutung:
 - 1/3 der Datenfelder sind gleich(machbar)
 - 1/3 sind ähnlich
 - 1/3 sind spezifisch



Warum schnipseln wir eigentlich nicht?

Ein Gedankenspiel

Jeder Patient Journey Datensatz lässt sich in viele kleine Datenschnipsel (oder Puzzlestücke) zerlegen

Wenn die Schnipsel klein genug sind, lassen sie sich mit Schnipseln anderer latsengenerierter Datensätze kombinieren



Dadurch kann man mit Schnipseln verschiedenster Patient Journeys ganz neue Puzzlebilder zusammensetzen – mit riesigen Fallzahlen

Banales Beispiel: Schnipsel „Raucherstatus zum Zeitpunkt t_3 vs. Rezidiveintritt nach einem Jahr“

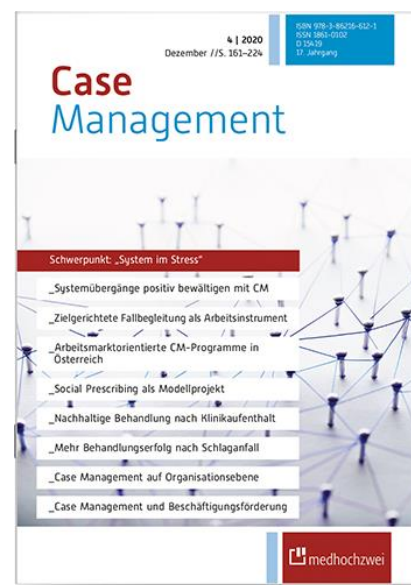
Anders als die vorhandenen Gesundheits- und Sozialdaten wären die Schnipseldaten normiert, dezentral verfügbar und beliebig kombinierbar

Zum Schluss: Die Hausaufgaben

Einige Fragestellungen für den Diskurs

1. **Was macht die Lotsen so besonders?** Ist es die Tatsache, dass – orthodox gesprochen – Lotsen gar keine NVF (Neue Versorgungsform) sind, sondern Koordinatoren der Versorgung und damit vertrauenswürdige Datenmanager?
2. Ist die elektronische Patientenakte (ePa) eigentlich nichts anderes als eine mehr oder weniger bestückte/aufgeräumte Datenscheune? Sind die Lotseninterventionen dagegen nicht das Fließband einer **Evidenzfabrik**?
3. Wie muss der **theoretische Unterbau** der Lotsenfunktion gestaltet sein, damit aus Sicht der Versorgungsforschung die entlang der Patient Journey generierten Informationen möglichst harmonisiert genutzt werden können?
4. Wie müssen die **Datenschnipsel** konstruiert sein, damit sie durch die Lotseninterventionen mit Leben gefüllt werden können?
5. Besitzen wir mit dem **Zugriff auf die Patient Journey** etwas, was Apple, Google & Co. nicht haben?
6. Wie bekommen wir es hin, dass das BMBF (nicht das BMG!) einen gut gefüllten **Fördertopf** „Wissensgenerierung durch Lotsenstrukturen“ auf den Weg bringt?*

* Diese Antwort weiß ich schon



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Michael Brinkmeier

Vorstandsvorsitzender

michael.brinkmeier@schlaganfall-hilfe.de

Tel. 05241/9770-61

So erreichen Sie uns im Internet

Web:

schlaganfall-hilfe.de

Facebook:

facebook.com/schlaganfallhilfe

Twitter:

twitter.com/schlaganfall_dt

Instagram:

instagram.com/schlaganfallhilfe