



Stand: 15.12.2022

Dokumentation der Rückmeldungen

zum Beschluss des Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V
zum abgeschlossenen Projekt *QUASCH (01VSF18041)*

Der Innovationsausschuss berät bei geförderten Projekten der Versorgungsforschung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der jeweiligen bewertbaren Schluss- und Ergebnisberichte über die darin dargestellten Erkenntnisse. Dabei kann er eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung beschließen. Dies kann auch eine Empfehlung zur Nutzbarmachung der Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung sein. In seinem Beschluss konkretisiert der Innovationsausschuss, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Zudem stellt er fest, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist.



Stand: 15.12.2022

A. Beschluss mit Begründung

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Februar 2022 zum Projekt *QUASCH - Ergebnisse qualitätsgesicherter Schlaganfallversorgung: Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet* (01VSF18041) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Innovationsausschuss spricht für das Projekt QUASCH folgende Empfehlung aus.
 - a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden aufgrund der positiven Assoziationen bezüglich der Behandlung von Patientinnen und Patienten in Stroke Units an die **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe** und die **Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)** weitergeleitet.
 - b) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden zur Information an den **Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA** weitergeleitet.

Begründung

Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob eine regional verpflichtende externe Qualitätssicherung der akuten Schlaganfallversorgung (eQS-CI) am Beispiel der eQS-CI in Hessen mit besseren kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen betroffener Patientinnen und Patienten einhergeht. Die Forschungsfrage wurde in Form einer retrospektiven, quantitativen Kohortenstudie auf Basis von Sekundärdaten untersucht. Einbezogen wurden Patientinnen und Patienten, die 2007 bis 2017 stationär als Notfall aufgenommen und mit der Entlassungsdiagnose Schlaganfall als Erstdiagnose entlassen wurden. Die Sekundärdatenanalyse wurde durch eine Primärdatenerhebung in Form einer Expertenbefragung ergänzt. Die eingesetzten Methoden waren zur Beantwortung der Fragestellungen angemessen.

Bezüglich des primären Endpunkts „Sterblichkeit in Form des Gesamtrisikos“ zeigen die Projektergebnisse, dass die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Rahmen der externen Qualitätssicherung (eQS) in Hessen (GQH) ohne Berücksichtigung der Versorgung von Stroke Units mit einer stärkeren Sterblichkeitsreduktion als die eQS in anderen Bundesländern verbunden ist. Unter Hinzunahme der Stroke Unit Behandlungen verminderte sich der Abstand zwischen GQH und eQS in den anderen Bundesländern leicht. Bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten, die in einer Stroke Unit behandelt



Stand: 15.12.2022

wurden, waren kaum zusätzliche positive Effekte durch die eQS festzustellen. Hingegen konnte für Schlaganfallpatientinnen und -patienten, die nicht in einer Stroke Unit und nicht in einer Region mit eQS behandelt wurden, schlechtere Versorgungsergebnisse gezeigt werden.

Bei den sekundären Endpunkten konnten nur wenige positive Assoziationen mit der eQS festgestellt werden. Bei der Betrachtung aller (embolische und hämorrhagische) Hirninfarktrezidive konnten sowohl für eQS (ohne GQH) als auch für GQH keine relevanten Unterschiede gezeigt werden. Dagegen ergaben sich geringe signifikante Unterschiede mit der Behandlung in Stroke Units für alle Rezidive und für embolische Rezidive, jedoch nicht für hämorrhagische Rezidive. Bezüglich der erneuten Krankenhauseinweisung konnte für Stroke Units eine signifikante Reduktion sowohl für alle erneuten Krankenhausaufenthalte als auch für erneute Krankenhausaufenthalte ohne Rezidive aufgezeigt werden. Während eQS in anderen Regionen mit erneuten Krankenhausbehandlungen nicht signifikant assoziiert war, konnten für GQH sogar signifikante Risikoerhöhungen festgestellt werden. Auch die Analysen hinsichtlich der Erhöhung des Pflegegrads zeigten positive Effekte bei Behandlung in Stroke Units und noch günstigere Effekte in Bundesländern mit eQS-CI. Hingegen war bei GQH-Fällen ein geringfügig erhöhtes Risiko festzustellen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Analysen teilweise nur auf Daten der AOK basieren. Zudem war die Datenlinkage aufgrund schlechter Dokumentationsqualität der Daten nicht immer optimal. Die Routinedaten für die Hauptfragestellungen wurden jedoch als gut und valide bewertet.

Die beobachteten Assoziationen liefern Hinweise für die positive Interpretation der Ergebnisse bezüglich der Qualitätssicherung für die Schlaganfallbehandlung. Es konnte eine starke positive Assoziation mit sowohl den primären als auch den sekundären Ergebnisparametern festgestellt werden, wenn Schlaganfallpatientinnen und -patienten in einer Stroke Unit behandelt wurden. Die Projektergebnisse werden an die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) mit der Bitte um Prüfung weitergeleitet. Eine informatorische Weiterleitung erfolgt an den Unterausschuss Qualitätssicherung.



Stand: 15.12.2022

B. Dokumentation der Rückmeldungen

Nachfolgend aufgeführt die zur Veröffentlichung freigegeben Rückmeldungen der einzelnen Adressaten:

Adressat	Datum	Inhalt
Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (DSG) & Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe	18.05.2022	<p><i>„Beide Organisationen arbeiten seit vielen Jahren beim Aufbau und der Qualitätssicherung der Stroke Units, aber auch in anderen Bereichen eng zusammen und haben die folgende Einschätzung und Kommentierung aus diesem Grund miteinander abgestimmt.</i></p> <p><i>Bezüglich der in QUASCH festgestellten positiven Assoziationen bezüglich der Behandlung von Patientinnen und Patienten in Stroke Units möchten wir einleitend folgende Hintergründe anführen. Enorme Fortschritte in der Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass viele Patienten vor dem Tod oder einer dauerhaften Behinderung bewahrt werden konnten (1,2). Befördert wurde diese positive Entwicklung - nach Etablierung der Stroke Units und Einführung der systemischen Thrombolyse - durch die mechanische Thrombektomie, die seit 2015 als evidenzbasierte Methode kontinuierlich technisch verfeinert und flächendeckend etabliert wird. Die frühzeitige Rekanalisierung verschlossener Hirngefäße führt nahezu zu einer Verdopplung günstiger Verläufe bei initial schwer betroffenen Patienten und hat sich so als Meilenstein in der Schlaganfalltherapie erwiesen. Die Erstellung von hochwertigen Leitlinien durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die systematische Entwicklung und Validierung von</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Qualitätsindikatoren Im Rahmen der Etablierung regionaler Schlaganfallnetzwerke und -register und der Stroke Unit Zertifizierung mit belegter Wirkung auf die Versorgungsqualität, sind hier ebenfalls ursächlich zu benennen.</i></p> <p>Methodik, Studienziel</p> <p><i>Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob eine regional verpflichtende externe Qualitätssicherung der akuten Schlaganfallversorgung am Beispiel der eQS-CI in Hessen im Jahresverlauf und im Vergleich zu anderen Regionen ohne (bzw. mit geringerer) eQS-CI-Durchdringung mit besseren kurz- und langfristigen Gesundheitsergebnissen der Patientinnen und Patienten einhergeht:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Grundlage der Analysen waren die Daten von AOK-Versicherten, die 2007-2017 stationär als Notfall aufgenommen und mit der Entlassungsdiagnose Schlaganfall (ICD- 10 G45, 160, 161, 163, 164) behandelt wurden.</i>- <i>Verglichen wurden eQS-Patientinnen und Patienten aus Hessen (n = 47.659) mit einer repräsentativen Stichprobe aus den übrigen Bundesländern (n = 332.166). Insgesamt wurden n = 174.483 Fälle unter eQS-Bedingungen behandelt.</i>- <i>Untersucht wurden die Langzeitergebnisse von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, die in Regionen mit/ohne eQS zwischen 2007-2017 behandelt wurden.</i>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<ul style="list-style-type: none">- <i>Als primäre Zielgröße wurde die Sterblichkeit in Form des Gesamtsterberisikos und der 10-, 30-, 90-Tages- und 1-, 2-, 3-, 5-Jahres-Sterblichkeit im Beobachtungszeitraum festgelegt. Als sekundäre Zielgrößen wurden Rezidive, erneute Krankenhausbehandlung und Pflegestufenerhöhungen betrachtet. Analytisch kamen vor allem Cox-Regressionsmodelle und Überlebenszeitanalysen zur Anwendung.</i> <p>Studien-Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>In der Ergebniszusammenfassung im Abschlussbericht von QUASCH und in der hierauf bezugnehmenden Publikation im Deutschen Ärzteblatt (3) stellen die Autoren fest, dass die eQS in Hessen beim Vergleich mit einer Behandlung ohne eQS für die Jahre 2007-2017 im Durchschnitt mit einer Reduktion des Gesamtsterberisikos um rund 7 % einhergeht.</i>- <i>Das Sterberisiko in anderen Bundesländern mit eQS war gegenüber Bundesländern ohne eQS um 4 % reduziert. Die Autoren stellen als Stärke der Studie heraus, dass damit erstmals die Evaluation der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (eQS) in Deutschland anhand langfristiger, relevanter Versorgungsergebnisse erfolgt ist.</i>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<ul style="list-style-type: none">- <i>Zudem liefert die Studie zusätzliche Erkenntnisse zu den Methoden des „audit and feedback“ sowie der Qualitätsberichterstattung (4,5), für die bisher kaum Assoziationen zu Versorgungsergebnissen nachgewiesen werden konnten.</i>- <i>Stroke-Unit-Patienten wiesen gegenüber den nicht in einer Stroke Unit Behandelten eine doppelt so hohe Sterberisikoreduktion (14 %) auf. Ein Teil des Vorteils der eQS in Hessen gegenüber anderen Bundesländern mit eQS lässt sich wahrscheinlich daher auch dadurch erklären, dass in Hessen im Untersuchungszeitraum rund 10 % mehr Schlaganfallpatienten in Stroke Units behandelt wurden.</i>- <i>Die Studie bestätigt Ergebnisse zu kurzfristigen Überlebensvorteilen der Stroke Units auch für längere Zeiträume. Den größten Überlebensvorteil hatten Patienten, deren Schlaganfall in einer Stroke Unit in anderen Bundesländern mit eQS versorgt wurde im Vergleich zu Patienten, die ohne Stroke Unit in Bundesländern ohne eQS behandelt wurden.</i>- <i>Die Subanalysen verdeutlichen einen zeitlichen Entwicklungstrend. Die positiven Assoziationen der eQS waren vor allem 2007-2010, zum Teil noch 2011-2013 festzustellen und galten 2014-2017 nur noch für Patienten, die nicht in Stroke Units behandelt wurden.</i>- <i>Das Cox-Modell unter Einbeziehung aller Rezidive zeigte für eQS (ohne GQH) und für GQH keine relevanten Unterschiede. Dagegen ergaben sich signifikante, gering positive</i>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Assoziationen mit der Behandlung in Stroke Units für alle Rezidive. Für alle erneuten Krankenhausaufenthalte ergaben sich ebenfalls signifikante Reduktionen bei der Behandlung in Stroke Units. Die Analysen zur Erhöhung des Pflegegrads zeigten positive Effekte bei Behandlung in Strake Units und noch günstigere Effekte in Bundesländern mit eQS.</i></p> <p>Einordnung der Ergebnisse</p> <p><i>DSG und SDSH teilen die Einschätzung im Beschluss des Innovationsausschusses, dass die eingesetzten Methoden zur Beantwortung der Fragestellung angemessen sind.</i></p> <p><i>Bezüglich der Einschätzung der Eignung der Verwendung der Sterblichkeit als Ergebnis- und Qualitätsparameter in der Schlaganfall-Medizin verweisen wir an dieser Stelle auf unsere Ausführungen im weiteren Textverlauf.</i></p> <p><i>Konsortialführung und -partner können auf langjährige wissenschaftliche Erfahrung und spezifische Methodenkenntnis in der medizinischen Qualitätssicherung und Registerarbeit in der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) sowie auf hinreichende Schlaganfall-Expertise verweisen.</i></p> <p><i>Die Größe des Datensatzes, die Betrachtung und Darstellung von Langzeitergebnissen sowie die Einbindung von Routinedaten zur Adjustierung sind als positiv herauszustellen und tragen zur</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Qualität der Studie bei bzw. ergänzen und bestätigen bisheriges Studienwissen. Gemäß der QUASCH Studie wurde bei einer großen Anzahl von Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 festgestellt, dass qualitätssichernde Maßnahmen mit einem reduzierten Sterberisiko einhergehen. Sowohl die Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung als auch die Behandlung in einer Stroke Unit erwiesen sich als wirksam. Die Erkenntnis, dass sich qualitätssichernde Maßnahmen in der akutstationären Behandlung positiv auf die Prognose von Schlaganfallpatienten auswirken, ist bereits seit vielen Jahren bekannt (2). Hier bestätigt und unterstützt die Studie bisheriges Wissen, dass die über 330 zertifizierten Stroke Units in Deutschland einen hohen Qualitätsstandard erfüllen, der regelmäßig bei den Audits zur Re-Zertifizierung streng überprüft wird (6). Prognoserelevante Qualitätsindikatoren müssen dabei in den jeweiligen Schlaganfallregistern dokumentiert werden, worin die Prozess- und Strukturqualität eine herausragende Rolle spielen. Die ADSR, ein Zusammenschluss von neun regionalen Schlaganfall-Sicherungsprojekten mit insgesamt 627 kooperierenden Kliniken, hat schon 2006 evidenzbasierte Indikatoren zur Messung von Qualitätsmerkmalen der akutstationären Versorgung in deutschen Kliniken publiziert (7), die seit 2007 einheitlich in den regionalen Registern erhoben werden. Diese Projekte haben sich als sehr hilfreich erwiesen, Verbesserungspotentiale zu identifizieren und durch ständige Optimierung eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu gewährleisten (2).</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>In Bezug auf die Limitationen der Studie werden von den Studienautoren für die Risikoadjustierung auf der Basis von Routinedaten Einschränkungen benannt. Hierzu zählen z. B., dass potentiell relevante Einflussfaktoren, wie der Schlaganfallschweregrad bei Aufnahme nicht berücksichtigt werden. Bezüglich der Einordnung der generellen Limitierung der eQS Daten ist anzumerken, dass der Beobachtungsfokus auf dem Akutaufenthalt liegt. Zum Teil wird noch eine anschließende Rehabilitation eingeschlossen.</i></p> <p><i>Wichtig zur Einordnung der Datenbasis ist in diesem Zusammenhang zudem der Hinweis der Autoren, dass andere relevante Ergebnisse, wie die mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit abbildbare Funktionalität nach Schlaganfall durch Routinedaten nicht vorliegen. Dies gilt aus Sicht von DSG und SDSH entsprechend für Daten zur Lebensqualität und weiteren Patient Reported Outcomes (PROMs) im deutschen Gesundheitssystem.</i></p> <p><i>Im Zusammenhang der beschriebenen fehlenden Routine-Daten und dem Fehlen einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beim Schlaganfall verweisen DSG und SDSH auf die bereits 2015 veröffentlichte Analyse der Konzeptskizze des aQua Instituts (8), die im Auftrag des G-BA erstellt wurde. Auch in dem im Jahr 2018 von der European Stroke Organisation (ESO) und der Patientenorganisation Stroke Alliance For Europe (SAFE) entwickelten Stroke Action Plan for Europa</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>(9) wird auf die Notwendigkeit von Qualitätssicherung und die Erhebung von PROMs als wichtige Ziele zur Versorgungsverbesserung hingewiesen.</i></p> <p><i>Mit den Implementierungsmöglichkeiten selbstberichteter Lebensqualität bei stationär behandelten Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Deutschland durch den ICHOM-Standardset Schlaganfall (10), beschäftigt sich das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt EPOS (11). EPOS zeigt eine große Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, an dem Projekt teilzunehmen und relevante Einschränkungen der physischen wie psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bis zu einem Jahr nach Schlaganfall. Die ICHOM Datenerhebung seitens des Studienpersonals wurde dagegen trotz hoher Akzeptanz als schwierig und ohne zusätzliche Ressourcen und automatisierter Implementierungsunterstützung als schwer umsetzbar dargestellt (12).</i></p> <p>Zusammenfassend sprechen DSG und SDSH die Empfehlung aus, Strukturen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über die Grenzen der Strake Units hinweg in Deutschland unter wissenschaftlicher Begleitung weiterzuentwickeln und entsprechende Ansätze zu fördern. Teillösungen in Bezug auf diese bislang fehlenden Daten der Patient-Journey können mithilfe von Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs der Krankenkassen zwar erreicht werden, indem personenbezogene Daten zur ambulanten und stationären Leistungsanspruchnahme sowie den dort dokumentierten Diagnosen der Versicherten analysiert werden. Diese sind aber nicht ausreichend, um die Versorgung hinreichend abzubilden und zu einer</p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>realistischen Darstellung der Lebenssituation von Schlaganfall-Patientinnen und -patienten im Zeitverlauf zu kommen. Da mindestens ein Drittel der Betroffenen im Langzeitverlauf mit anhaltenden funktionellen Defiziten und Komplikationen umgehen muss, führt dies zu massiven Einschränkungen der Lebensqualität. Im chronischen Verlauf des Schlaganfalls entstehen individuell höchst unterschiedliche und komplexe Bedarfe der Betroffenen und Angehörigen, die über das medizinische Versorgungsgeschehen hinausgehen. Die ambulante Versorgung erfolgt in Deutschland primär hausärztlich, wobei das Versorgungssystem aufgrund des Fehlens von koordinierenden Strukturen und Comprehensive-Care-Modellen den Bedarfen und Bedürfnisse der Betroffenen nicht gerecht wird. Die DSG hat aus diesem Grund 2020 eine Nachsorgekommission gegründet, um die Schlaganfallnachsorge konzeptionell weiterzuentwickeln (13).</i></p> <p><i>In diesem Zusammenhang ist aufzuführen, dass die Ergebnisse der aktuell durch den G-BA im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Schlaganfall-Nachsorge-Projekte wie SANO (14) und STROKE OWL (15) zu einem weiteren Erkenntnisgewinn führen werden und Lösungsansätze auch über die Erkrankung des Schlaganfalls hinaus aufzeigen können.</i></p> <p><i>Auf der Basis der Studienergebnisse von QUASCH fordern die Studienautoren, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch in anderen Leistungsbereichen die bestehenden Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf patientenrelevante Wirkungen überprüft. Aus Sicht der DSG und SDSH ist in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hinzuweisen, dass im schwedischen Gesundheitssystem im Rahmen des Riksstroke Registers bereits seit vielen Jahren Indikatoren auch</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>in der Schlaganfall-Nachsorge in einem landesweiten Register erhoben werden (16) und von dieser umfassenden Dokumentation positive Impulse für die Versorgung und Schlaganfall-Epidemiologie ausgehen.</i></p> <p><i>Entsprechende Erfahrungen zeigen sich auch bei den regionalen deutschen Schlaganfall-Registern. Die Auswertung der ADSR-Daten belegen aktuellen Publikationen zufolge eine außerordentlich gute Versorgungsqualität von Patienten mit akutem ischämischen Schlag-anfall in Deutschland (2, 17). Dabei werden prognoserelevante und bewährte Qualitätsindikatoren berücksichtigt wie z.B. die Thrombolyse-Rate, die door-to-needle-Zeit und die Latenz bis zur endovaskulären Thrombektomie. Diese seit Jahren bewährten und aussagekräftigen Qualitätsindikatoren der ADSR wurden bereits vor einigen Jahren durch den Aspekt der palliativmedizinischen Behandlung erweitert und werden in der QUASCH Studie nicht berücksichtigt mit der Begründung, dass sich die Studie auf die Sterblichkeit als Aspekt der Ergebnisqualität beschränkt, da sie mit Routinedaten abgebildet werden kann und dies aber zum Teil kritisch hinterfragt wird (3). Diesbezüglich ist zu ergänzen, dass die Mortalitätsrate beim Schlaganfall aus Sicht der DSG bewusst nicht als aussagekräftig angesehen werden sollte. Eine Abbildung der höheren Komplexität der differenzierten Qualitätsindikatoren ist im ADSR-Auswertungssystem möglich, auch ohne die Verwendung von Routinedaten.</i></p> <p><i>Der Umstand, dass die Sterblichkeit in vielen Untersuchungen und Darstellungen als Qualitätsindikator verwendet wird und sich QUASCH damit in einer entsprechenden Gesellschaft befindet, trägt den tatsächlich vorhandenen Optionen im ADSR-System zu wenig Rechnung und</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>kann als nicht genutzte Chance im Design der QUASCH Studie verstanden werden. Unabhängig von der hier vorgenommenen Einordnung der Eignung der Sterblichkeit als Qualitätsindikator in der Schlaganfall-Versorgung zeigen die Ergebnisse von QUASCH in Bezug auf die als sekundäre Outcomes erhobenen Zielgrößen Rezidive, erneute Krankenhausbehandlung und Pflegestufenerhöhungen durchgehend positive Assoziationen, die mit der Behandlung in Stroke Units einhergehen. Dem Fazit der Autoren, dass zur Ergebnisverbesserung daher die Schlaganfallversorgung vordringlich in Stroke Units konzentriert werden sollte, schließen sich DSG und SDSH in vollem Umfang an.</i></p> <p>Fazit</p> <ol style="list-style-type: none"><i>1) Konsortialführung und -partner der QUASCH Studie können auf langjährige wissenschaftliche Erfahrung und spezifische Methodenkenntnis in der medizinischen Qualitätssicherung und Registerarbeit in der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) sowie auf eine hohe Schlaganfall-Expertise verweisen.</i><i>2) Trotz der aufgeführten Studien-Limitationen, die mit den generellen Begrenzungen der Datenerhebung im eQS System und den Routinedaten einhergehen und der dargestellten kontroversen Diskussion zur Verwendung der Sterblichkeit als Ergebnisparameter in der Schlaganfall-Medizin, bestätigt QUASCH Erkenntnisse, dass Maßnahmen der strukturierten Qualitätsförderung für Schlaganfallpatienten - und hier insbesondere die Stroke-</i>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p><i>Unit-Behandlung - positiv mit relevanten Versorgungsergebnissen (auch im Langzeitverlauf) assoziiert sind.</i></p> <p><i>3) Die Wirkkomponenten der Stroke Units scheinen dabei größere Effekte hervorzurufen als die Qualitätssicherung per se, wobei die Entwicklung der Stroke Units mit der Entwicklung der Qualitätssicherung und der Register eng verknüpft ist.</i></p> <p><i>4) Die Versorgung der Schlaganfall-Patienten sollte deshalb ausschließlich in einer zertifizierten Stroke Unit erfolgen.</i></p> <p><i>5) DSG und SDSH sprechen gegenüber dem G-BA die Empfehlung aus, (auch weiterhin) Projekte und Initiativen zu fördern und deren Implementierung zu unterstützen, die sich mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung über die Grenzen der Stroke Units hinaus beschäftigen. So zeigen die vorhandenen Daten regionaler Register, dass nur knapp die Hälfte der Schlaganfallpatienten in Deutschland ihre Blutdruckzielwerte erreichen. Ähnliches gilt für weitere Schlaganfall-Risikofaktoren.</i></p> <p><i>6) Die Einbindung und Nutzung der Erkenntnisse von QUASCH, aber auch der Strake Unit Zertifizierung und der regionalen Schlaganfall-Register sind hierbei sinnvoll und zielführend. Ferner ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit die durch den G-BA geförderten Nachsorge-Projekte im Bereich des Schlaganfalls valide Hinweise zur Verstetigung und Implementierung liefern werden.</i></p>



Stand: 15.12.2022

Adressat	Datum	Inhalt
		<p>7) <i>Ungeachtet der Fortschritte und guten Strukturen bei der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten sowie bestehender Rehabilitationsangebote muss die Bedeutung einer optimierten Schlaganfallnachsorge noch stärker in den wissenschaftlichen und den versorgungsbezogenen Fokus genommen werden. Dies stellt aufgrund der Komplexität der Versorgungsstrukturen aus Patientensicht eine absolut notwendige und bislang vernachlässigte Aufgabe dar. Die Erkrankung Schlaganfall kann dabei aufgrund ihrer großen Bedeutung für das Gesundheitssystem in einer älter werdenden Gesellschaft als Modell für eine Vielzahl von weiteren (chronischen) Erkrankung angesehen werden, bei denen nicht nur eine gute Abstimmung der medizinisch-therapeutischen Versorgung, sondern auch die Einbindung der sozialen und kommunalen Angebote und Einrichtungen systematisiert und koordiniert werden muss.“</i></p>