

Projekt „Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol“

Zusammenfassung des Projektstandes zum 1. 11. 2009

Autoren: Projektteam

Die Auftraggeber und das Projektteam „Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall“ bedanken sich bei allen ProjektteilnehmerInnen und den beteiligten Institutionen für die konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit im bisherigen Projektverlauf.

IMPRESSUM

Auftraggeber:

Tiroler Gesundheitsfonds GESUNDHEITSPLATTFORM

Geschäftsführender Ausschuss:

Landesamtsdirektor-Stellvertreter Dr. Dietmar **Schennach**

Landesrat Univ. Prof. DI Dr. Bernhard **Tilg**

Direktor der TGKK HR Dkfm. Heinz **Öhler**

Obmann der TGKK Michael **Huber**

Projektleitung:

Hans **Kreuzer**

Ärztliche Projektleitung:

Univ. Prof. Dr. Johann **Willeit**, Univ. Prof. Dr. Stefan **Kiechl**

Projektassistenz und Projektbüro:

Mag. Andreas **Tür**

Gerlinde **Häfele**

Teilprojektleiter:

TP1 Prähospitalphase: Univ. Prof. Dr. Johann **Willeit**

TP2 Hospitalphase Univ. Prof. Dr. Stefan **Kiechl**

TP3 Stationäre REHA und ANB Univ. Prof. Dr. Leopold **Saltuari**

Stv. PL Dr. Martin **Furtner**

TP4 Ambulante REHA und Posthospitalphase Dr. Heinrich **Matzak**

Steuerungsgruppe:

Dr. Theresa **Geley** (*Tiroler Gesundheitsfonds*), Dr. Johannes **Schöch** (*Tiroler Gesundheitsfonds*),

Dr. Norbert **Thiemann** (*TGKK*), Univ. Prof. Dr. **Luef** (Ärzttekammer), Dr. Christine **Haider** (*PVA*),

Mag. Christine **Kätzler** (*Landessanitätsdirektion*), Dr. Alexandra **Kofler** (*Ärztliche Direktion-LKI*)

Wissenschaftlicher Beirat:

Univ. Prof. Dr. Werner **Poewe**

Univ. Prof. Dr. Franz **Aichner**

Hon. Prof. Dr. Peter **Kufner**



1. Das Projekt im Überblick

Ausgangssituation

Den rund 700.000 Tirolerinnen und Tirolern, sowie den inländischen und ausländischen Gästen stehen im Bundesland Tirol neun allgemeine öffentliche Krankenanstalten und drei öffentliche Sonderkrankenanstalten mit rund 4.165 Betten zur Verfügung. Neben den Krankenanstalten mit öffentlich rechtlichem Status existieren in Tirol auch private Krankenanstalten.

In Tirol erleiden pro Jahr ca. 2.000 BürgerInnen einen Schlaganfall und ca. 6.000 Menschen leben mit den Folgen eines Schlaganfalls. In den letzten Jahren sind große Fortschritte in der Diagnostik, Therapie (Lysetherapie), Struktur (Stroke Unit) und Rehabilitation des Schlaganfalls erzielt worden.

PatientInnen mit akutem Schlaganfall werden in allen allgemein öffentlichen Akutkrankenhäusern auf neurologischen und internistischen Abteilungen behandelt. Spezialisierte Schlaganfallstationen (Stroke Units) sind bereits an der Innsbruck (8 Überwachungsbetten) und im Krankenhaus Kufstein (4 Überwachungsbetten) realisiert. Zwei weitere Stroke Units sind in den Krankenhäusern Zams und Lienz geplant.

Mangels einer entsprechenden Einrichtung in Tirol nehmen nur sehr wenige Patienten die Möglichkeit einer stationären Rehabilitation wahr. Die Errichtung eines Rehabilitationszentrums in Münster wird hier eine wesentliche Verbesserung bringen. Defizite bestehen in Tirol auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation.

Die geographischen Gegebenheiten mit zahlreichen Seitentälern, städtischen und ländlichen Bereichen und Gebirgsregionen erschweren den zeitgerechten Transport von akuten SchlaganfallpatientInnen. Jedoch verfügt das Land über eine relativ hohe Notarzdichte inklusive Notarzthubschrauber, die es ermöglichen, fast jeden Ort innerhalb von 15 Minuten zu erreichen.

Im Österreichischen Gesundheitswesen findet die Versorgung von Patienten in verschiedenen Sektoren statt: Rettungswesen, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Rehabilitationswesen..

Das Konzept »Integrierte Patientenpfad/ Behandlungspfad Schlaganfall« soll eine alle Phasen des Schlaganfalls übergreifende Nutzung vorhandener Ressourcen erreichen. Ein Patient wird sektorenübergreifenden und interdisziplinär von allen Behandlungspartnern nach einem abgestimmten Behandlungskonzept therapiert und durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement das Behandlungsergebnis optimiert. Die einzelnen Behandlungspartner profitieren von einem verbesserten Organisationsablauf und damit einer verbesserten Prozesskoordination.

Die beiden nachfolgenden Grafiken veranschaulichen den strukturellen und kulturellen Wandel von vormals funktional ausgerichtetem Handeln hin zu prozessorientiertem Agieren.

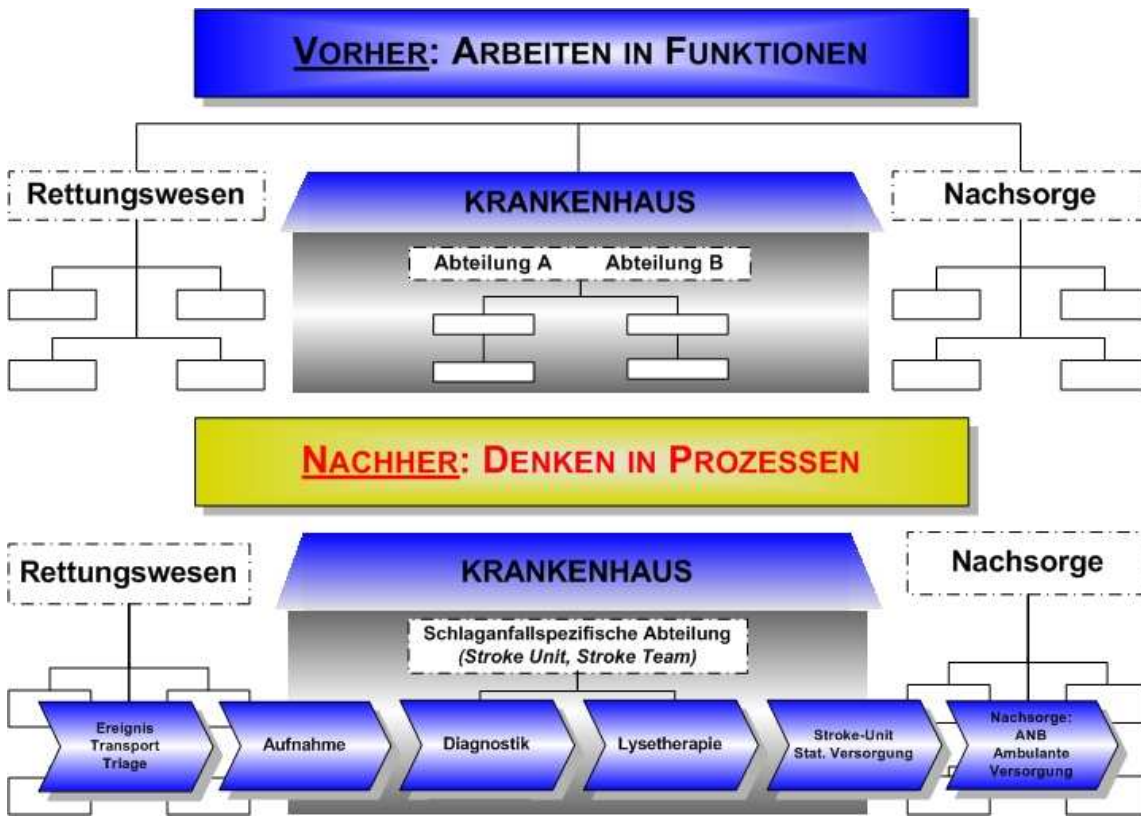


Abbildung 1: Vom Arbeiten in Funktionen zum Denken in Prozessen

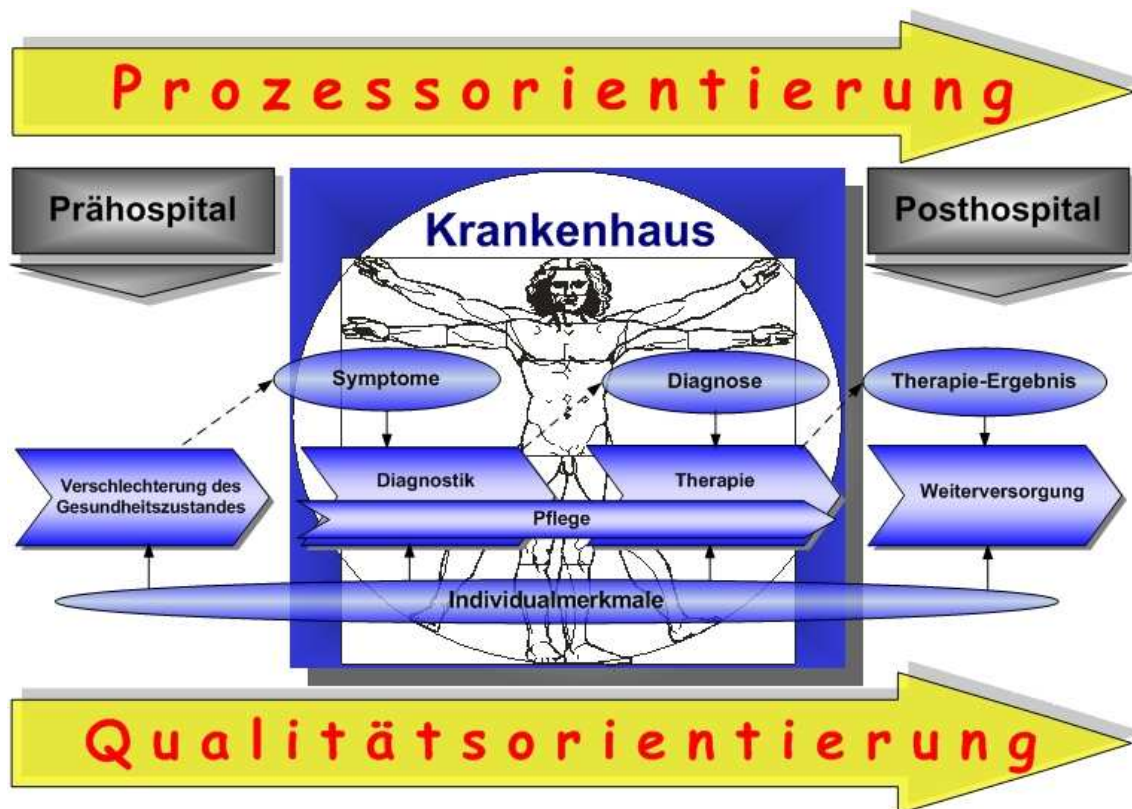


Abbildung 2: Prozessorientiertes Agieren im gesamten Behandlungsablauf

Rahmenbedingungen

Art. 31 der für die Jahre 2008 bis 2013 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sieht vor, dass im Rahmen der Landesgesundheitsfonds Projekte der integrierten Versorgung durchgeführt und hierfür Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Die Umsetzung dieser Bestimmung in Tirol erfolgte in § 8 des Tiroler Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. Nr. 2/2006, zuletzt geändert durch LGBl.Nr.55/2008.

Die grundsätzliche Ausrichtung des Projektes beruht auf Beschlüssen der Gesundheitsplattform, welche ein Organ des Tiroler Gesundheitsfonds darstellt.

2. Ziele des Projektes

- Erstellen eines integrierten Behandlungspfades für das Krankheitsbild Schlaganfall.
- Reduktion der Pflegebedürftigkeit und Behinderung nach Schlaganfall durch:
 - *Verkürzung der Zeitspanne zwischen Schlaganfallmanifestation und KH-Aufnahme*
 - *Verbesserung des Wissenstandes über Schlaganfallsymptome in der Bevölkerung*
 - *Verbesserung der Patiententriage (Patientenselektion für Stroke Unit/ Neurologie/Interne Medizin)*
 - *Optimierung von Abläufen in der Rettungskette*
 - *Optimierung von Diagnose und Akuttherapie*
 - *Adäquate Therapie und frühzeitige Rehabilitation*
 - *Patientenorientierte Abstimmung (Übergabeprozesse) an den Nahtstellen*
 - *Zeitgerechter und unbürokratischer Übergang Akut-Krankenhaus zu Rehabilitation*
- Verhinderung von Rezidivschlaganfällen und Reduktion von Folgeerkrankungen nach Schlaganfällen durch:
 - *Verbesserung der Sekundärprävention und Schlaganfallnachsorge*
 - *Frührehabilitation / Akutnachsorge – Vermeidung von Komplikationen*
- Orientierung für Mitarbeiter im Gesundheitswesen
- Orientierung für Patienten und Angehörige
- Einbeziehung der Rehabilitations-Zentren der Sozialversicherung
- Rascher Transfer in eine Pflegeinstitution oder Sicherstellung der Betreuung zu Hause bei dauerhafter schwerer Pflegebedürftigkeit
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Behandlungspartnern
- Verbesserung (bzw. Aufbau) der ambulanten Rehabilitation und Pflege.
- Verbesserung der Voraussetzung für eine soziale und berufliche Reintegration

3. Die Projektorganisation

Für die Projektabwicklung wurde nachfolgende Projektorganisation festgelegt:

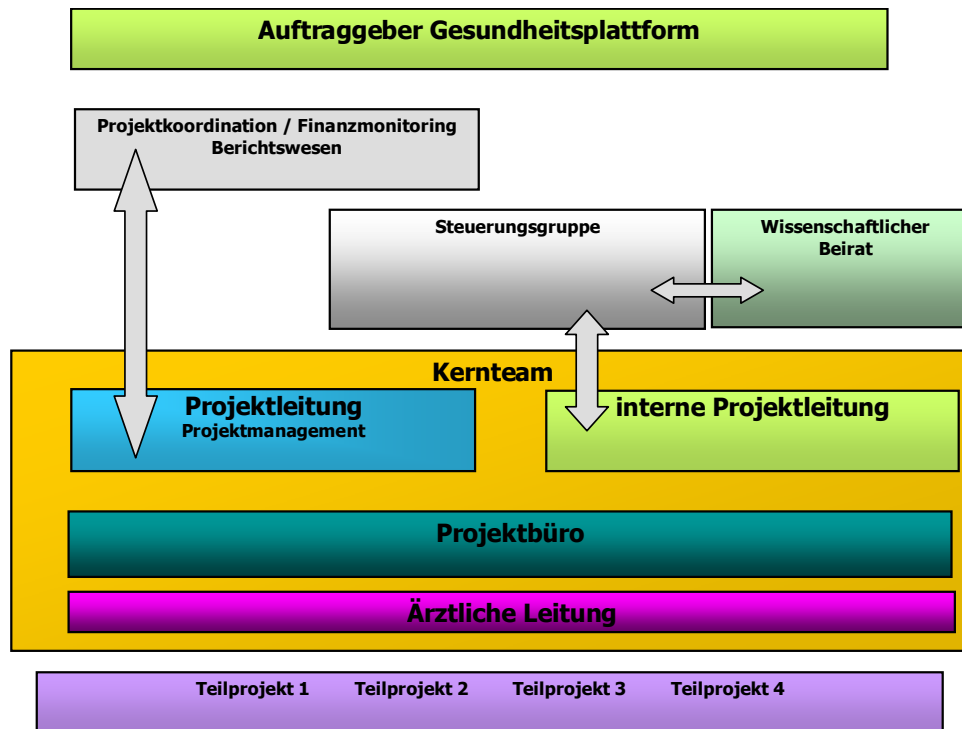


Abbildung 3: Projektorganisation

Rollenverteilung in der Projektorganisation

Steuerungsgruppe	Dr. Geley (TGF), Dr. Schöch (TGF), Dr. Haider (PVA), Dr. Thiemann (TGKK), Mag. Kätzler (Landessanitätsdirektion), Dr. Kofler (TILAK), Dr. Luef (ÄK)
Projektleitung	Kreuzer
Projektassistenz und Projektbüro	Mag. Tür, Fr. Häfele
Ärztliche Leitung	Univ. Prof. Dr. Willeit, Univ. Prof. Dr. Kiechl
Wissenschaftlicher Beirat	Univ. Prof. Dr. Poewe, Univ. Prof. Dr. Aichner, Hon. Prof. Dr. Kufner
Teilprojekt 1 Prähospitale, extramurale Phase	Leitung: Univ. Prof. Dr. Willeit
Teilprojekt 2 Hospitale, intramurale Phase	Leitung: Univ. Prof. Dr. Kiechl
Teilprojekt 3 Stationäre Rehabilitation und Akutnachbehandlung	Leitung: Univ. Prof. Dr. Saltuari Stellvertretende Leitung: Dr. Furtner
Teilprojekt 4 Ambulante Rehabilitation und Posthospitalphase	Leitung: Dr. Matzak

Tabelle 1: Rollenverteilung in der Projektorganisation

Projektplanung

Projektlaufzeit ist der Zeitraum zwischen dem Kick-off im Herbst 2008 und Ende 2010. Die Konzepterstellungs- und Umsetzungsplanungsphase ist bereits weitgehend abgeschlossen. Der Roll out findet am 18. 11. 2009 statt. Bis 31.12.2010 ist eine Evaluationsphase der Projektauswirkungen geplant.

Gliederung des Projekts in Phasen und Teilprojekte

Das Projekt „Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall“ gliedert sich in sechs Teilprojekte, die in enger Verbindung zu einander stehen (siehe dazu nachfolgende Grafik).

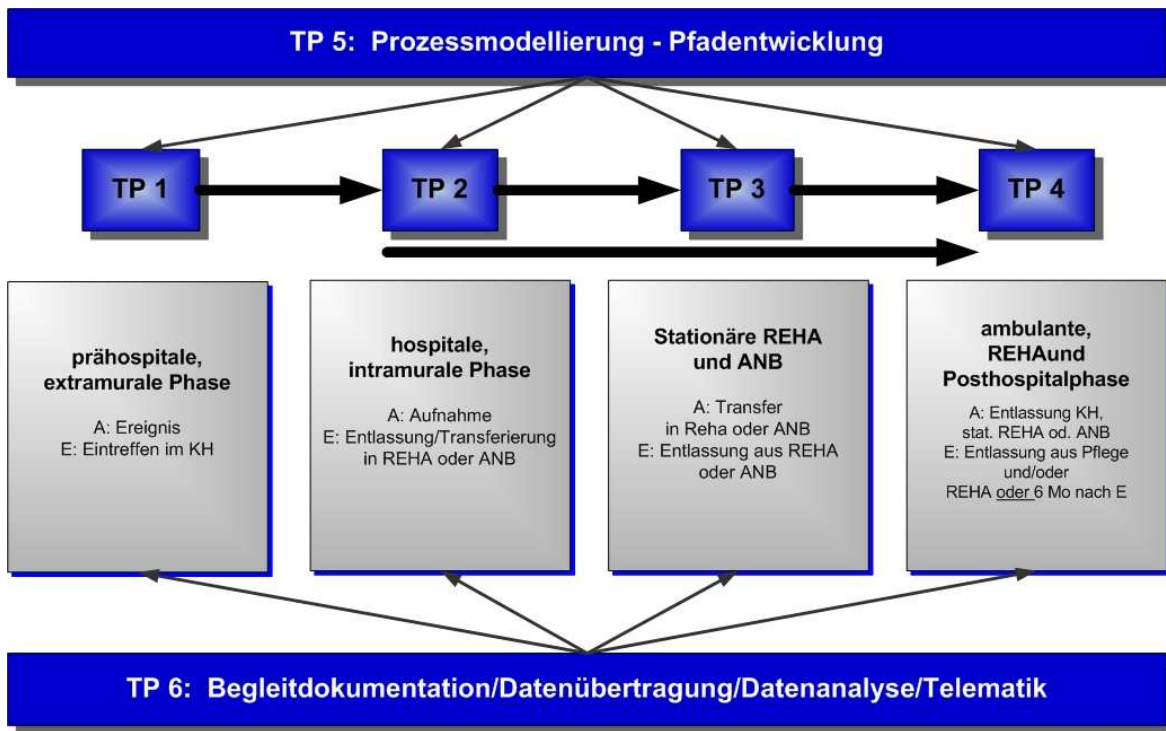


Abbildung 4: Gliederung des Gesamtprojekts in Teilprojekte TP1 – TP6

Jedes Teilprojekt weist eine Konzeptions-, eine Umsetzungsplanungs-, eine Implementierungs- und eine Evaluationsphase auf. Die Projekte 1 bis 4 sind inhaltlich-fachlich als konsekutiv zu betrachten, wenngleich sie im Rahmen der Gesamtprojektarbeit teils sequentiell, teils parallel bearbeitet werden. Die Projekte 5 und 6 sind begleitend zu den Teilprojekten 1 bis 4 zu sehen, sowohl was die inhaltlich-fachliche Komponente als auch was die Projektarbeit betrifft. Die nachfolgende Grafik gibt einen kurzen Überblick über das Gesamtprojekt mit den einzelnen Phasen der jeweiligen Teilprojekte in der geplanten Zeitachse:

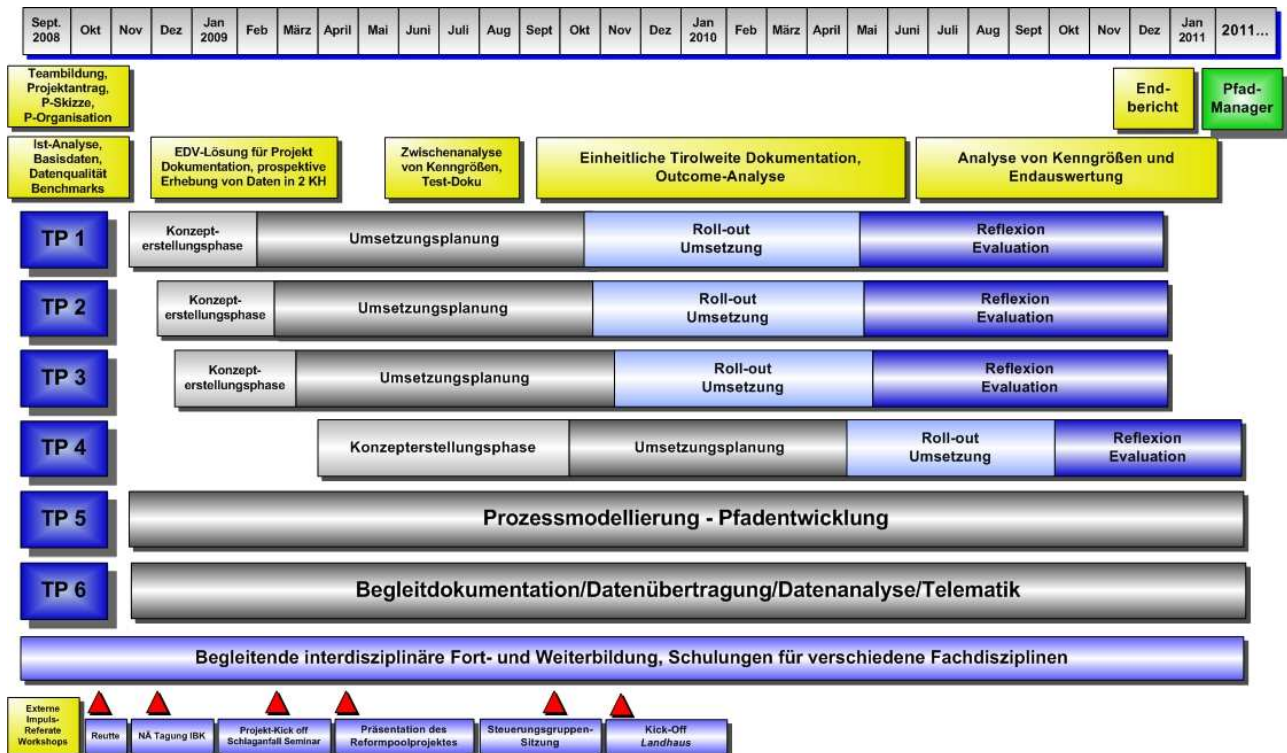


Abbildung 5: Phasen- und Teilprojektgliederung

4. Wesentliche Projektergebnisse

Für alle Teilprojekte sollen im Wesentlichen die nachfolgenden gleichlautenden Projektergebnisse erzielt werden:

- Darstellung der Ist-Situation
- Ausarbeitung von Versorgungsqualitätskriterien
- Entwicklung eines integrierten Behandlungspfades
- Sektoren- und schnittstellenübergreifende Darstellung vom Akutereignis bis zur Rehabilitation
- Schlaganfallkompetenznetz Tirol
- Aufbau einer begleitenden, Dokumentation als Teil eines Qualitätssicherungskonzepts

Die nachfolgende Grafik zeigt den gesamten Integrierten Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall im groben Überblick, beginnend bei der Prähospitalen Phase, über die Hospitale Phase und Stationäre REHA/ANB bis hin zur ambulanten REHA.

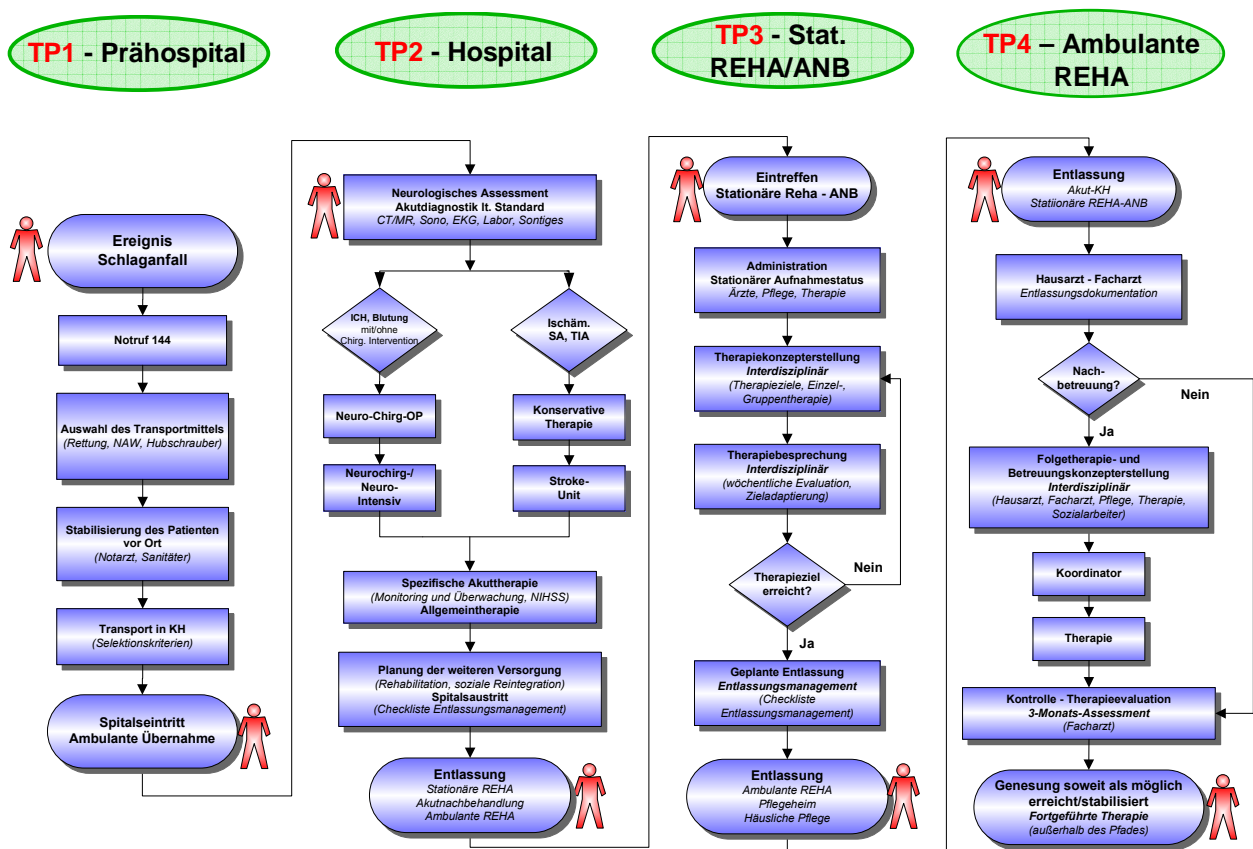


Abbildung 6: Der gesamte Integrierte Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall im groben Überblick

Benutzbarkeit und Verfügbarkeit

Um die Umsetzung/Anwendung des integrierten Behandlungspfades Schlaganfall gewährleisten zu können ist entsprechend den einzelnen Teilprojekten eine geeignete Prozesslandkarte zu erstellen. Diese Prozesslandkarte wird neben einer EDV-gestützten Version auch als Hardcopy im Sinne eines Nachschlagwerkes für den pfadgeleiteten Behandlungsablauf verfügbar sein. Diese Prozesslandkarte wird auf allen Arbeitsplätzen, die in die Behandlungsabfolge dieser Erkrankung integriert sind verfügbar sein.

5. Teilprojekt 1 – Rettungskette

Die Rettungskette startet mit dem Ereignis „Schlaganfall“ und endet mit der Übergabe des Patienten an die Notfallambulanz eines Krankenhauses.

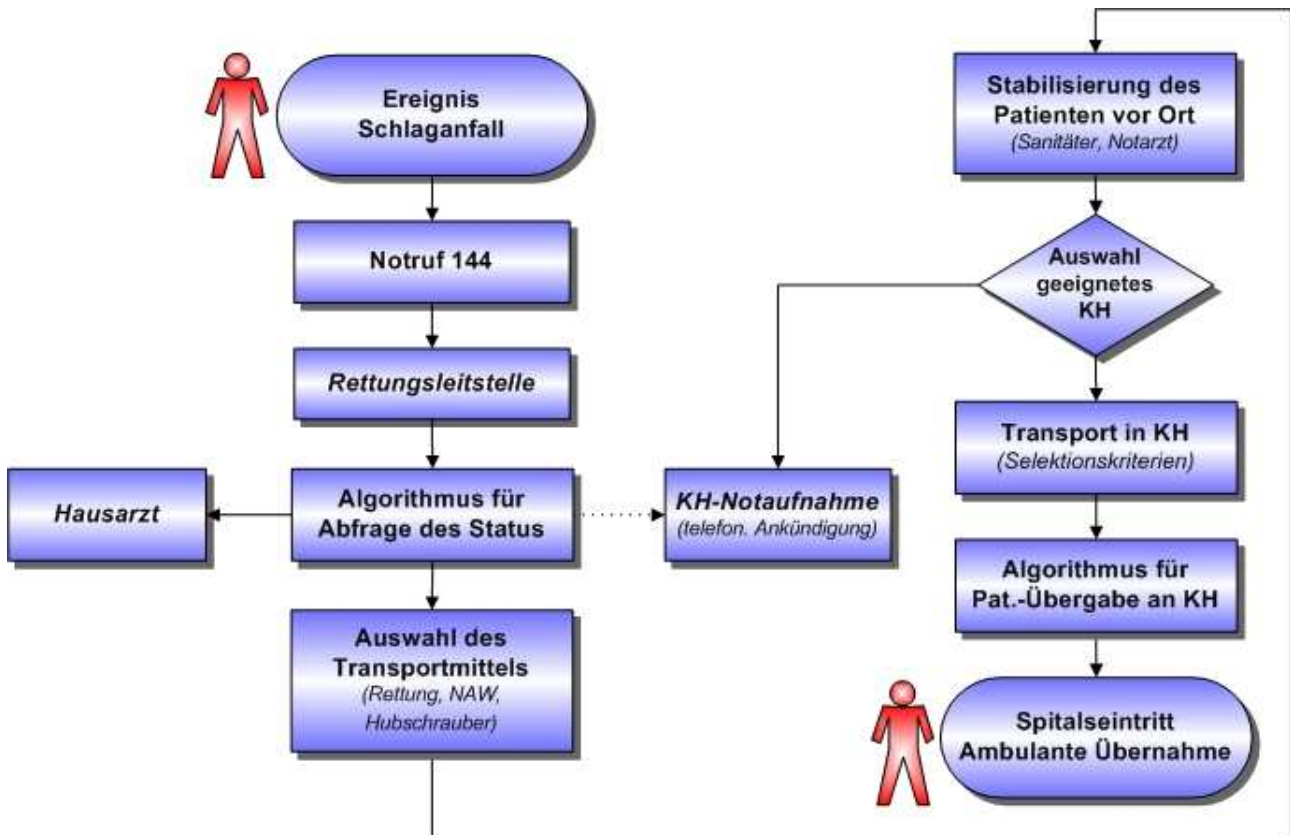


Abbildung 7: Modellpfad für TP1

Projektteam des Teilprojektes 1

Projektleitung – TP1	Univ. Prof. Dr. Willeit
Projektteammitglieder (in alphabetischer Reihenfolge)	Univ. Doz. Dr. Michael Baubin DGKP Alexander Berger Dr. Christian Dengg Dr. Thomas Fluckinger Dr. Wilhelm Grander DGKS Anna Maria Klaunzer Helmut Kometer PD Auguste Leimhofer Dr. Markus Mayr Präs. Dr. Reinhard Neumayr Dr. Adolf Andreas Schinnerl Dr. Christoph Schmidauer Dr. Michael Spiegl DGKS Ursula Venier Ing. Gernot Vergeiner Dr. Kai Wulf

Tabelle 2: TP1-Projektteam-Mitglieder - Prähospitalphase

Ziele des Teilprojektes 1

- Bewusstsein „Schlaganfall ist Notfall“, in der Bevölkerung und beim medizinischen Personal schaffen
- Steigerung der Anzahl von SchlaganfallpatientInnen, die innerhalb des 3-Stunden Fensters das Schlaganfallzentrum erreichen
- Verkürzung der Zeitspanne zwischen Schlaganfallmanifestation und Krankenhausaufnahme
- SchlaganfallpatientInnen, wenn möglich an Stroke Units behandeln.
- Verbesserung der Patiententriage und Steigerung der Lyserate
- Informationsfluss und Dokumentation sicherstellen
- Verbesserung des Outcomes durch optimales Notfallmanagement

Maßnahmen zur Zielerreichung

- PR-Aktivität und Broschüren zur Information und Aufklärung der Bevölkerung. Bewusstseinsbildung: Warnzeichen des Schlaganfalls und Schlaganfallsymptome erkennen und richtig handeln: „Schlaganfall = Notfall“ - **144 anrufen**
- Bereitstellung von Informationsbroschüren
- Festlegung von klaren Diagnose- und Triagekriterien
- Standardisierung der Informationsweitergabe an das Krankenhaus
- Optimale Nutzung der Ressourcen (v.a. Notarzthubschrauber)
- Fortbildung für Ärzte und Rettungssanitäter
- Standards für Funktionsabläufe definieren und entsprechende Forderungen für die einzelnen Glieder dieser Kette ableiten
- Aviso und Übernahmequalität verbessern und sichern
- Vollständige, genaue Dokumentation

6. Teilprojekt 2 – Akutkrankenhaus

Das Teilprojekt 2 startet mit der Übernahme des Patienten an der Notfallambulanz eines Krankenhauses und endet mit der Entlassung bzw. dem Transfer an eine stationäre REHA Einrichtung oder Akutnachbehandlung.

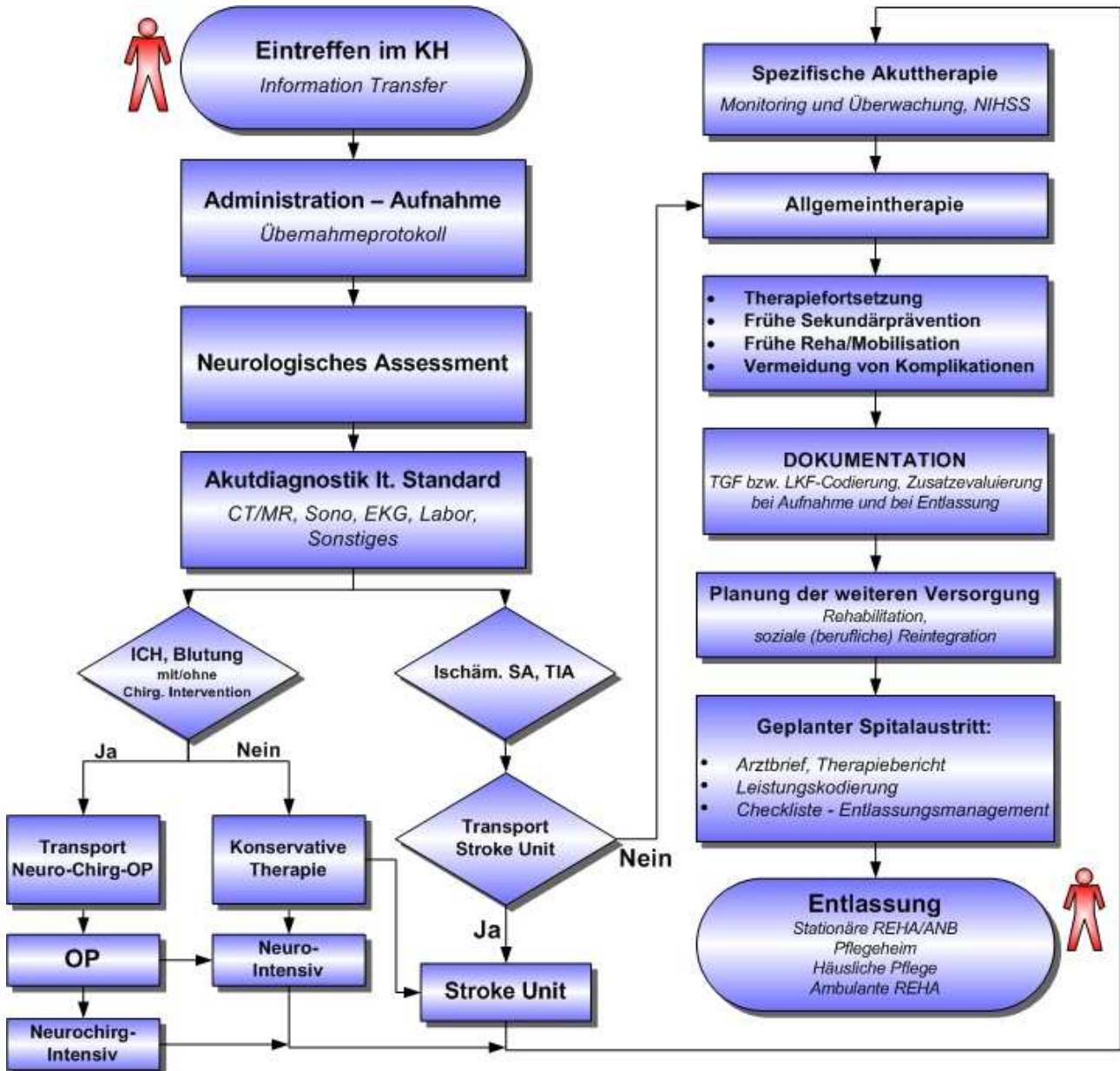


Abbildung 8: Modellpfad für TP2

Projektteam des Teilprojekt 2

Projektleitung – TP2	Univ. Prof. Dr. Stefan Kiechl
Projektteammitglieder (in alphabetischer Reihenfolge)	Prim. Univ. Doz. Dr. Klaus Berek Dr. Gerhard Franz Prim. Dr. Josef Grossmann Prim. Univ. Prof. Dr. Hermann Kathrein Prim. Dr. Norbert Kaiser Logopädin Mariella Katzmayr DGKS Christine Kerer Ltd. DSA Claudia Koch StatSr. Stv. DGKS Kofler Andrea Ergotherapeutin Nicola Kruckenhauser DGKS Christiane Pellegrini Ltd.StatSr. DGKS Marlen Resinger Ltd. Physiotherapeutin MSc. Gurdrun Schönherr Dr. Heinrich Spiess DGKS Sandra Turra Prim. Univ. Doz. Dr. Ewald Wöll Prim. Univ. Prof. Dr. Herbert Tilg

Tabelle 3: TP2-Projektteam-Mitglieder - Hospitalphase

Ziele des Teilprojektes 2

- Schaffen von organisatorischen und wo nötig von personellen/strukturellen Voraussetzungen für ein optimales Schlaganfallmanagement
- Tirolweite Optimierung und Vereinheitlichung von Akutdiagnostik und Akuttherapie
- Optimale Triage zwischen Krankenhäusern
- Patientenorientierte Abstimmungen (optimierte Übergabeprozesse) an den Nahtstellen
- Wahl der richtigen Sekundärprävention
- Nahtlose und qualitativ hochwertige Frührehabilitation/Akutnachsorge
- Vermeidung von Komplikationen

Maßnahmen zur Zielerreichung

- Erstellung von Triagekriterien für die Zuweisung von PatientInnen an die für ihn/sie geeignete Abteilung (Versorgungsstufe)
- Erstellen von Standards mit regelmäßigen Updates zu Diagnose, Therapie, Prävention, Entlassungsmanagement
- Erstellung von Checklisten zur Auswahl von PatientInnen für die Thrombolysetherapie
- Erstellen von Protokollen (z.B. Thrombolyseprotokoll)
- Aufbau Kompetenznetzwerk Schlaganfall („Schlaganfalltelefon“, Telemedizin sofern erforderlich, Teleradiologie, etc.)
- Erstellen von Kriterien für Sekundärtransporte
- Optimierung und Vereinheitlichung des Entlassungsmanagement mit Hilfe von multidisziplinären Checklisten (Ärzte, Pflege, Therapie)
- Individuelle Prüfung der Möglichkeit/Notwendigkeit einer Neuro-REHA bei jedem Schlaganfallpatienten
- Unbürokratische Antragsstellung für Rehabilitation – frühzeitige Bewertung des Rehabilitationspotentials
- Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige/Schlaganfallbuch

- Intensivierung des Schulungs- und Fortbildungsprogramms unter Einschluss von Pflege und Angehörigen
- Erfüllen von minimal technischen Strukturqualitätskriterien und personenbezogene Prozessqualitätskriterien
- Erstellung einer zentralen Datenbank mit regelmäßigen Auswertungen und Definition von Zielgrößen
- Vereinheitlichung der Diagnosekodierung für Schlaganfallpatienten als Basis für eine Tirolweite Auswertungen
- Einführung von Feedbackschleifen zum Erfahrungsaustausch über Prozessabläufe des integrierten Patientenpfads Behandlungspfad Schlaganfall

7. Teilprojekt 3 – Stationäre Rehabilitation und Akutnachbehandlung

Das Teilprojekt 2 beginnt mit dem Transfer des Patienten aus dem Krankenhaus in die REHA und endet mit der Entlassung aus der REHA nach Hause oder in Nachsorgeeinrichtungen (z.B. Pflegeheim).

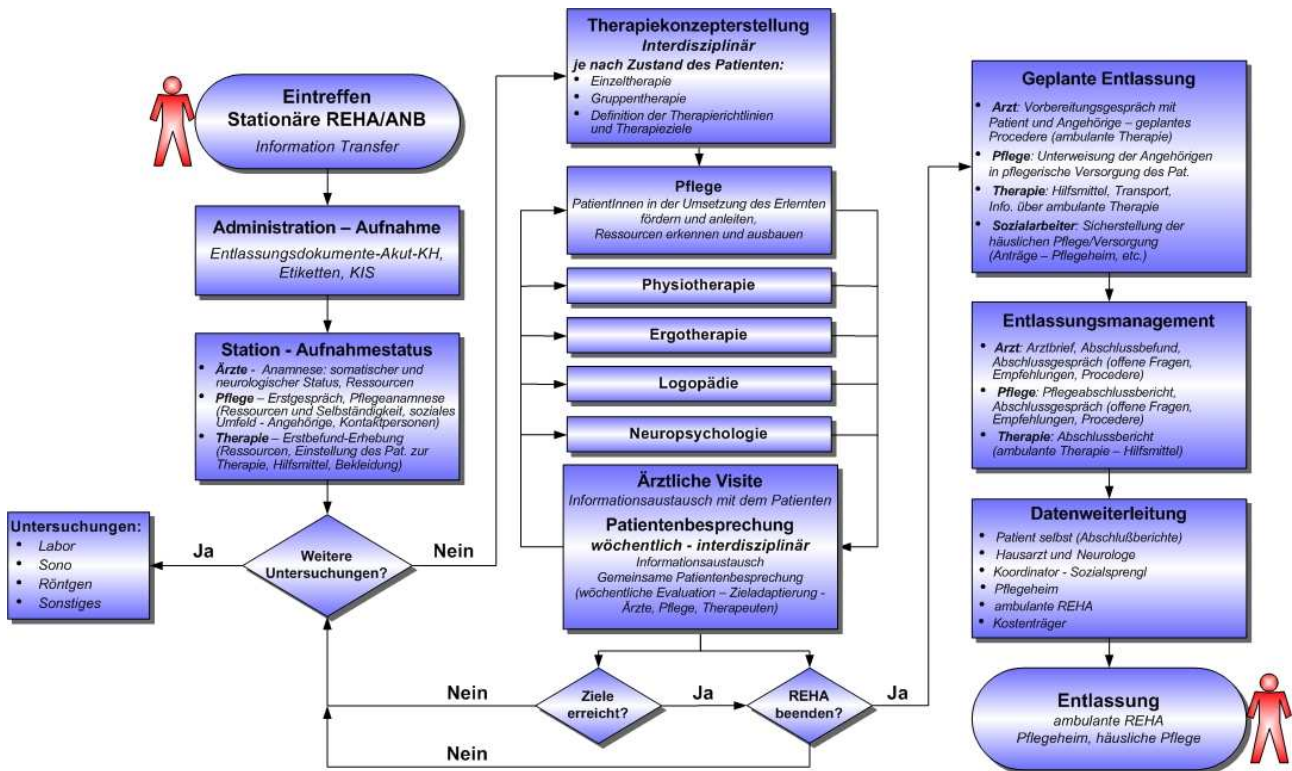


Abbildung 9: Modellpfad für TP3 – Stationäre REHA und ANB

Projektteam des Teilprojekt 3

Projektleitung – TP3	Univ. Prof. Dr. Leopold Saltuari
Projektleitung-STv – TP3	Dr. Martin Furtner
Projektteammitglieder (in alphabetischer Reihenfolge)	Prim. Univ. Doz. Dr. Klaus Berek Osr. Brigitte Brunner GF-Humanocare Peter Gohm Dr. Christine Haider Dr. Heinz Hollaus Ltd. Physiotherapeutin Ellen Quirbach Univ. Prof. Dr. Erich Schmutzhard Dr. Rudolf Siller Dr. Norbert Thiemann Prim. Univ. Doz. Dr. Ewald Wöll DSA Mag. Ernst A. Zrost

Tabelle 4: Projektteammitglieder des TP3 – Stationäre REHA und ANB

Ziele des Teilprojekt 3

- Sicherstellung eines nahtlosen, zeitgerechten (d.h. zeitnahen) und unbürokratischen Übergangs vom Akut-Krankenhaus in die Rehabilitation
- Patientenorientierte Abstimmung (Übergabeprozesse) an den Nahtstellen
- Adäquate Therapie und Rehabilitation
- Standardisiertes Entlassungsmanagement
- Optimierung des Informationsflusses zwischen Akut-Krankenhaus, REHA, niedergelassene Ärzten, niedergelassene Therapeuten, mobile Pflegedienste, Sozialdienste
- Adäquate Nachsorge und Patientenunterstützung

Maßnahmen zur Zielerreichung

- Erstellen von Standards und regelmäßigen Updates (Online)
 - Transferierungsmanagement (Transparenz über Wartezeit und freie REHA-Betten, durch integrierte EDV-gestützte Anmeldung)
 - Therapie
 - Prävention
 - Entlassungsmanagement
- Analyse und evtl. Adaptierung von Therapiestandards für Neurorehabilitation, Akutnachbehandlung
- Aufbau Kompetenznetzwerk Stationäre REHA und Akutnachbehandlung-Schlaganfall
- Möglichkeiten zur Nutzung alternativer REHA Einrichtungen neben Hochzirl (z.B. Großmain)
- Verbesserung (Beschleunigung) der administrativen Abwicklung von REHA-Anträgen seitens der Kostenträger
- Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige
- Schulungen und Fortbildungen (inkl. Pflege und Angehörige)
- Feedbackschleifen zwischen den Professionen im stationären REHA-Bereich und niedergelassenen Bereich einrichten
- Messung der Ergebnisqualität in den REHA-Einrichtungen (z.B. Skalen wie, Ranking, Barthelindex, etc.)

8. Teilprojekt 4 – Ambulante Rehabilitation

Die Ambulante REHA startet mit dem Transfer des Patienten aus dem Krankenhaus bzw. einer stationären REHA und endet mit der Entlassung aus der ambulanten Pflege/ambulanten Therapie in die häusliche Umgebung, bzw. in entsprechende Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), oder 6 Monate nach Entlassung.

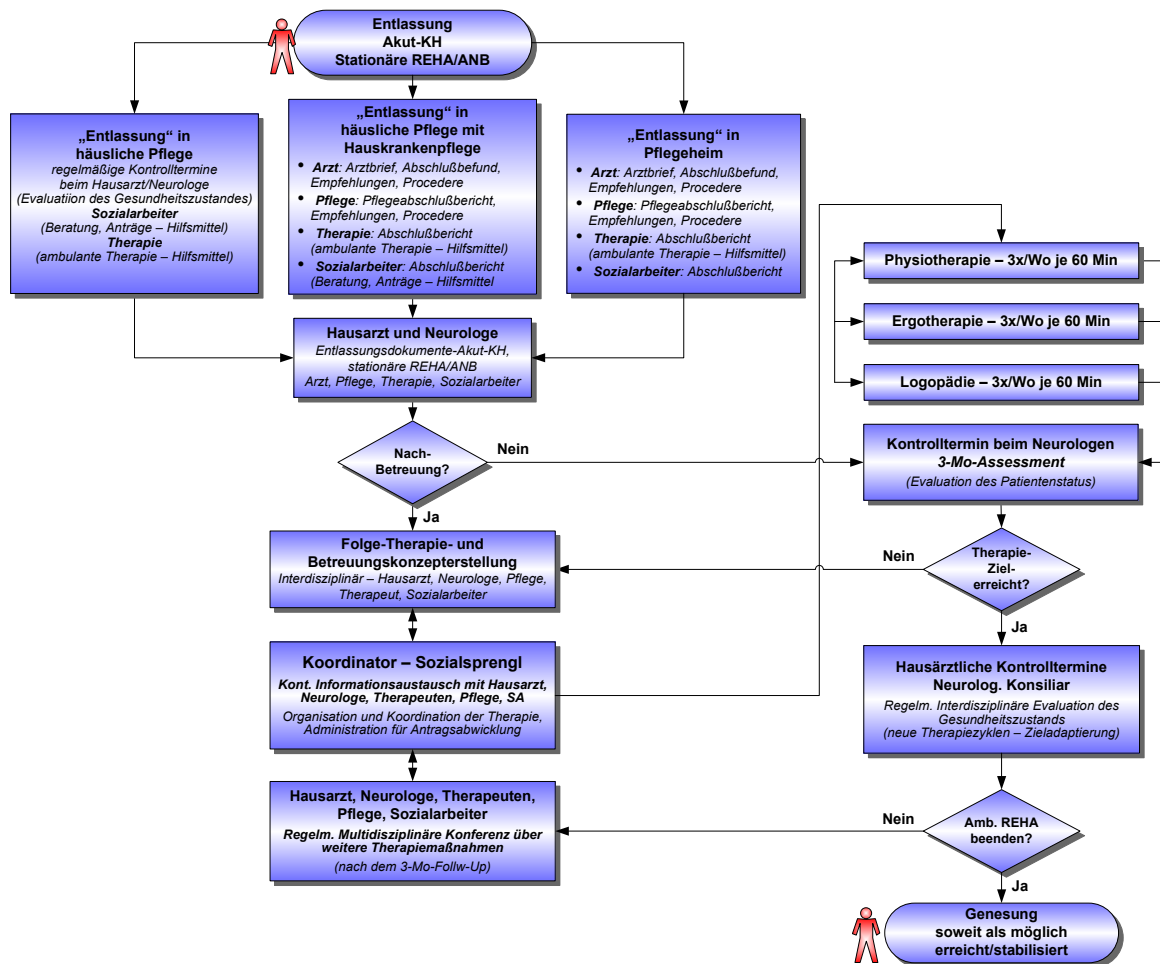


Abbildung 10: Modellpfad für TP4 – Ambulante REHA

Projektteam des Teilprojekt 4

Projektleitung – TP4	Dr. Heinrich Matzak
Projektteammitglieder (in alphabetischer Reihenfolge)	Mag. Josef Danner Dr. Karl Eckhart Annegret Erhart Silvia Franzelin Dr. Thomas Frieden Mag. Susanne Glatzl Judith Gritsch Mag. Walter Guggenberger Markus Hangl Gabriele Hochenegger Dr. Heinz Hollaus Mag. Christine Kätzler Dr. Reinhard Kröss PDL Elfriede Mair Dir. Marianne Mayr Carina Moschen Dr. Peter Obrist Mag. Pale Helmut Pflaume Dr. Philipp Plangger Ltd. Physiotherapeutin Ellen Quirbach Mag. Thomas Raggl-Schäubl Johanna Rhomberg Univ. Prof. Dr. Leopold Saltuari GF Theresia Schönherr Renate Scharler Reinhard Scheiber Rudolf Siller Dr. Michael Spiegel Dr. Neinrich Spiss Andrea Staudacher PDL Gerda Walter Andrea Wartlsteiner Shaghayegh Waziri-Farahani Cornelia Weinseisen PDL Viktor Zolet

Tabelle 5: Projektteammitglieder des TP4 – Ambulante REHA

Ziele des Teilprojekt 4

- Adäquate Therapie und Rehabilitation in der ambulanten Bereich
- Nahtloser und unbürokratischer Übergang in die ambulante REHA und Nachbehandlungsphase
- Patientenorientierte Abstimmung (Übergabeprozesse) an den Nahtstellen

Maßnahmen zur Zielerreichung

- Erstellung von Konzepten/Vorschlägen für eine wohnortnahe ambulante Rehabilitation und Nachbehandlungsphase (d.h. inkl. Pflege und Betreuung)
- IST-Analyse ambulanter REHA-Strukturen und evtl. Adaptierung von Therapiestandards für Neurorehabilitation in der ambulanten REHA
- Aufbau eines Kompetenznetzwerks für die ambulante REHA

- Integrierter Behandlungspfad Schlaganfall wird für die ambulante REHA und Nachbehandlungsphase in der Pilotregion Landeck erstellt
- Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige
- Schulungen und Fortbildungen (Schulungskonzept für alle Systempartner in der ambulanten REHA)

9. Ausblick

Der Schlaganfall stellt eine große medizinische und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Die Effektivität der Versorgung kann durch die Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren (integrierte Versorgung) nachhaltig gesteigert werden. Um dieses Ziel zu erreichen ist neben der aktiven Mitarbeit sämtlicher Behandlungspartner (ÄrztInnen, TherapeutInnen, der Krankenpflege, der Sozialsprengel, SozialarbeiterInnen etc.), auch die Finanzierung der erforderlichen Leistungen für das nachhaltige Gelingen entscheidend.