

Versorgung von (älteren) Schlaganfall-Patienten in Nordrhein-Westfalen Stellungnahme der Geriatrie

Vor dem Hintergrund der aktuellen Krankenhausplanungen im Bundesland Nordrhein-Westfalen wird momentan versucht, die Versorgung von Schlaganfall-Patienten in diesem Bundesland bzw. vermeintlich bestehende Mängel in den Fokus der Öffentlichkeit zu tragen.

Treibende Kraft ist dabei die Landesarbeitsgemeinschaft NeuroRehabilitation NRW – ein Zusammenschluss von aktuell 12 Rehabilitationskliniken die u.a. im Bereich der neurologischen Rehabilitation tätig sind – die im Oktober 2012 ein „Gutachten zur Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausplanung“ vom IGES-Institut in Berlin erstellen ließ. Die Veröffentlichung des vollständigen Gutachtens ist bisher noch nicht erfolgt.

Sowohl in dem IGES-Gutachten (veröffentlichte Kurzfassung) als auch in dem neurologischen Positionspapier wird explizit die Geriatrie als Versorgungsoption für Schlaganfallpatienten angesprochen. Eine Einbindung oder Abstimmung mit den ebenfalls im Bereich der Schlaganfall-Versorgung tätigen Geriatern ist dabei nicht erfolgt.

Parallel wurde von verschiedenen neurologischen und neurochirurgischen Chefarzten eine sog. Ad-Hoc Initiative gegründet. Ziel ist es, ein Positionspapier zur neurologischen Frührehabilitation zu unterstützen, welches von zwei Chefarzten verfasst worden ist.

Gleichzeitig wird durch die Verfasser des neurologischen Positionspapiers versucht, eine in ihrer Blickrichtung sehr eingeeengte Argumentationsbasis für die rein neurologische Versorgung von Schlaganfallpatienten zu schaffen.

Hierzu bezieht die Geriatrie wie folgt Stellung:

In der Geriatrie werden Patienten behandelt, die insbesondere durch ein höheres Lebensalter sowie eine alterstypische Multimorbidität charakterisiert werden.

Der demografischen Entwicklung folgend wurden die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahren kontinuierlich den medizinischen Bedürfnissen angepasst und ausgebaut.

| Nordrhein-Westfalen 2007 | Versorgungsstruktur | | Betten je 10.000 EW | | | |
|-----------------------------|---------------------|---------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Einrichtungen | Betten | Bev. BL | Bev. ≥ 65 J. | Bev. ≥ 75 J. | Bev. ≥ 80 J. |
| Akut | 70 | 3.863 | 2,1 | 10,9 | 25,5 | 46,9 |
| Reha | 18 | 1.124 | 0,6 | 3,2 | 7,4 | 13,6 |
| Gesamt BL | 88 | 4.987 | 2,8 | 14,1 | 32,9 | 60,5 |
| <i>Gesamt Deutschland</i> | <i>377</i> | <i>19.498</i> | <i>2,4</i> | <i>11,9</i> | <i>28,4</i> | <i>50,9</i> |
| Anteil/Diff. BL-D | 23,3% | 25,6% | 16,5% | 17,8% | 16,1% | 19,0% |

Abbildung 180: Stationäre Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen (2007)
(Quelle: Statistisches Bundesamt; Ergänzung Bettenzahl BV Geriatrie)

Aus: „Weißbuch Geriatrie“, Kohlhammer Verlag 2010)

Auch zukünftig nimmt der Bedarf an einer geriatricspezifischen Versorgung weiter zu.

Seitens der Landesregierung in NRW wurde daher ein bedarfsgerechter weiterer Ausbau sowie eine konzeptionelle Weiterentwicklung der entsprechenden Versorgungsstrukturen beschlossen und in die aktuelle Krankenhausplanung übernommen.

Zu der Gruppe der geriatrischen Patienten gehört typischerweise auch der ältere Schlaganfallpatient. Dieser wird seit mehr als 40 Jahren regelhaft in den geriatrischen Versorgungsstrukturen versorgt. Insbesondere im Positionspapier zur neurologischen Frührehabilitation wird behauptet, dass die geriatrische Frührehabilitation – zumindest in Teilen – nicht als angemessene Versorgung angesehen werden kann. Als Begründung für diese „Einschätzung“ wird auf eine „Expertenmeinung“ verwiesen, da nach Aussage der Autoren des Positionspapiers „wissenschaftliche Daten zum Vergleich geriatrischer Frührehabilitation und der neurologischen Frührehabilitation fehlen“.

Sowohl die Einschätzung zur Angemessenheit der Versorgung innerhalb der Geriatrie als auch die Aussage zu den fehlenden wissenschaftlichen Daten ist sachlich-inhaltlich falsch und macht den (verbands)politischen Charakter des Positionspapiers deutlich.

Bereits im Jahre 2001 wurde in Rheinland-Pfalz eine umfassende, vergleichende Analyse des Verlaufs und der Ergebnisse stationärer Behandlung von Schlaganfallpatienten in geriatrischen und neurologischen Einrichtungen durchgeführt (veröffentlicht von Dr. phil. M. Nosper, Dr. med. G. Hock, PD Dr. med. R. Hardt). Die Untersuchung zeigt deutlich, dass die Behandlung im Rahmen der Geriatrie in jedem Fall sachgerecht und in weiten Teilen sogar für den Patienten vorteilhaft ist.

Dieses Ergebnis ist leicht nachzuvollziehen, wenn man bedenkt, dass ein Großteil der gesundheitlichen Probleme beim alten Menschen nicht unmittelbar durch den Schlaganfall selbst, sondern durch die schlaganfallbedingten Auswirkungen auf die bereits bestehenden (zum Teil chronischen) Grunderkrankungen des Patienten entstehen.

Nach einem Schlaganfall im höheren Lebensalter führt die bestehende Multimorbidität in Kombination mit den durch den Schlaganfall eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einem hohen Risiko, komplizierend weitere Krankheitssymptome zu entwickeln. Dies sind vor allem internistische Erkrankungen wie z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, pulmonale Erkrankungen, Gefäßerkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats. Oft bestand schon vor dem Schlaganfall als Risikofaktor eine Hypertonie, ein Diabetes oder Herzrhythmusstörungen. Das Auftreten dieser Krankheiten als Multimorbidität ist das klassische Handlungsfeld der Geriatrie.

In diesem Zusammenhang erscheint es aus Sicht der Geriatrie zudem fraglich, warum sowohl in dem IGES-Gutachten als auch in dem neurologischen Positionspapier die Geriatrie als Versorgungsoption für Schlaganfallpatienten explizit angesprochen wird, aber in der Bewertung keine entsprechende Berücksichtigung findet.

Zu hinterfragen ist zudem, warum im Gutachten des IGES-Institutes der geriatrische Patient erst ab einem Alter von 80 Jahren als solcher angesehen wird, während in der europäisch-konsentierten Definition des geriatrischen Patienten der medizinischen Fachgesellschaften ein Alter von 75 Jahren angenommen wird.

Für die Versorgung der Patientengruppen jenseits der Geriatrie gibt es mit dem OPS 8552 eine sachgerechte Prozedur, die durch alle neurologischen Akutkliniken im Bundesland NRW abgerechnet werden kann. Es ist bekannt, dass es diesbezüglich Probleme mit den Kostenträgern gab. Es erscheint jedoch sachfremd, dieses nicht rechtskonforme Verhalten der Krankenkassen als Begründung heranzuziehen, um die generelle und strukturelle Ausweitung der Versorgungsstrukturen zu fordern. Insbesondere die Ausweitung auf Rehabilitationskliniken, die zumeist noch entsprechend strukturell nachgerüstet werden müssen, erscheint fraglich.

Abschließend stellt sich die Frage, wo die im Gutachten bzw. im Positionspapier angesprochene „breite Masse“ der nicht- bzw. unterversorgten Schlaganfallpatienten in NRW in der Praxis in Erscheinung tritt. Das aufgezeigte Drohszenario ist in der täglichen Versorgungspraxis nicht erkennbar, sodass auch hier die sachgerechte Versorgung der Schlaganfallpatienten in NRW unter anderem durch die geriatrische Frührehabilitation erkennbar wird.

Es ist unbestritten, dass – wie in allen Versorgungsbereichen – auch die neurologische (Früh-)Rehabilitation immer wieder kritisch hinsichtlich eventuell bestehender oder auf Grund der Bevölkerungsentwicklung absehbarer

Versorgungsdefizite kritisch zu überprüfen ist. Dies muss jedoch sachlich angemessen, regional orientiert und faktenbasiert erfolgen.

In dem vorgelegten Positionspapier wird ein „globales Drohszenario“ mit medizinischer Unterversorgung für NRW beschrieben, das in der aufgezeigten Weise an der Realität vorbeigeht.

Aus Sicht der Geriatrie ist es äußerst bedauerlich, dass versucht wird, einen bewährten und nachweislich medizinisch sinnvollen Versorgungsweg ohne belegte Grundlage in der Öffentlichkeit fahrlässig infrage zu stellen. Für die betroffenen Patienten ist es nicht nur bedauerlich, sondern schädlich. Gerade die Versorgung von betagten Schlaganfallpatienten benötigt einen ganzheitlichen und präventiven Ansatz zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz.

Bundesverband
Geriatrie e.V.

Landesverband Geriatrie
NRW

Deutsche Gesellschaft für
Geriatrie e.V.

Kontakt:

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Tel.: 030 / 339 88 76 10
E-Mail: geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de
Internet: www.bv-geriatrie.de

Landesverband Geriatrie NRW
c/o Klinik für Geriatriische Rehabilitation Maria Frieden, Telgte
Am Krankenhaus 1, 48291 Telgte
Tel.: 02504 / 67-4060
E-Mail: Christoph.Wolters@sfh-muenster.de
Internet: www.bv-geriatrie.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Sekretariat Univ.-Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz
Kuniberts kloster 11-13
50668 Köln
Tel.: +49 (0)221/1629-2350
E-Mail: geschaeftsstelle@dggeriatrie.de
Internet: www.dggeriatrie.de

Gemeinsame Stellungnahme:
Bundesverband Geriatrie e.V.
Landesverband Geriatrie NRW
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.