

**Pressegespräch und Expertengespräch zur Situation der neurologischen-neurochirurgischen  
Frührehabilitation Phase B (NNCHFR) in Nordrhein-Westfalen (NRW) am 26.2.13  
In Düsseldorf**

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) unterstützen die Initiative der neurologischen Chefärzte in NRW und der Landesarbeitsgemeinschaft Neurorehabilitation NRW, die Kapazitäten für neurologisch-neurochirurgische Rehabilitation (NNCHFR) in NRW zu verbessern. Das IGES-Gutachten vom Oktober 2012 hat eindrucksvoll gezeigt, dass in NRW im Vergleich zu den anderen Bundesländern die neurologisch-neurochirurgischen frührehabilitativen Möglichkeiten gering sind. Allerdings ist zu vermuten, dass auch in anderen Bundesländern die Kapazitäten für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nicht ausreichen.

Der Bedarf an NNCHFR ist für Schlaganfallpatienten besonders groß. Eine optimale Schlaganfallversorgung ist nur gewährleistet, wenn die gesamte Versorgungskette von der Prävention über die Akuttherapie, die Rehabilitation bis zur Nachsorge geknüpft ist. Die Stroke Unit steht im Zentrum dieser Versorgungskette. Deutschland verfügt über etwa 220 von der DSG zertifizierte regionale und überregionale Stroke Units, die etwa 70 % aller akuten Schlaganfallpatienten versorgen. Die übrigen Patienten werden versorgt von neurologischen und internistischen Kliniken ohne Stroke Unit, von geriatrischen Kliniken und von Tele-Stroke-Units als Übergangslösung in Flächenländern, wenn dort nicht ausreichend Akutkliniken mit Schlaganfall-Einheiten und entsprechender Expertise zur Verfügung stehen. Die Akutversorgung des Schlaganfalls in Deutschland befindet sich somit auf hohem Niveau und gilt als Beispiel für zahlreiche Länder nicht nur in Europa, sondern auch in außereuropäisch.

Für leichter bis mäßig betroffene Schlaganfallpatienten bietet sich das von der DSG entwickelte Konzept der Comprehensive (erweiterte) Stroke Unit an, auf der nach der akuten Monitoringphase durch dasselbe Behandlungsteam eine frühe Mobilisation und Rehabilitation bis zur Entlassung nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik (Phase C) gewährleistet ist.

Sehr viel problematischer ist der Übergang für schwerstbetroffene Schlaganfallpatienten in die neurologische Frührehabilitation. Bei den Audits zur Zertifizierung von Stroke Units ist festzustellen, dass viele Patienten, die unmittelbar einer neurologischen frührehabilitativen Behandlung bedürfen in eine geriatrische Institution verlegt werden, weil ein Platz für die Frührehabilitation nicht zur

Verfügung steht. Nach unserer Erfahrung ist diese Problematik nicht nur in NRW, sondern in der gesamten Bundesrepublik evident, wenn auch auf Grund des IGES-Gutachtens die Situation in NRW besonders brisant zu sein scheint. Es ist nach Auffassung der DSG und DGN unbestritten, dass ein Teil der Schlaganfallpatienten frührehabilitativ geriatrisch versorgt werden kann. Der größte Anteil der schwerstbetroffenen Schlaganfallpatienten allerdings gehört in eine neurologische Frührehabilitation, weil hier kontinuierliche neurologische Expertise vorhanden ist und unter Zugrundelegung der unterschiedlichen OPS-Abrechnung die Therapieintensität dort weitaus größer ist. Optimal erscheint der für schwerstbetroffene Schlaganfallpatienten ebenso wie für neurologische und neurochirurgische Patienten der reibungslose Übergang in eine Frührehabilitation in demselben Haus („alles aus einer Hand“) Zu berücksichtigen ist aber, dass in Deutschland sehr viele hochqualifizierte Rehabilitationskliniken sich auch außerhalb der Akutkrankenhäuser („auf der grünen Wiese“) befinden. Auch hier sollten vermehrt frührehabilitative Möglichkeiten geschaffen werden, zumal dort dann die Schnittstelle Phase B/Phase C reibungslos vonstattengehen kann.

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft hat mit der Etablierung von Stroke Units und ihrer Zertifizierung in den letzten Jahren den Fokus vielleicht zu stark auf die Akutversorgung gelegt und die Rehabilitation, insbesondere die Frührehabilitation und auch die Nachsorge ein wenig vernachlässigt. Zusammen mit den Verantwortlichen der Schlaganfall-Qualitätsregister in Deutschland bemühen wir uns derzeit, Qualitätsindikatoren für die einzelnen Stufen der Rehabilitation zu entwickeln, wie das für die Akutversorgung des Schlaganfalls sehr gut gelungen ist.

Wir sind der Auffassung, dass in einer begrenzten Anzahl geriatrische Kliniken durchaus für die Frührehabilitation akuter schwerstbetroffener Schlaganfallpatienten in Frage kommen. Was fehlt, sind entsprechende Indikationskriterien für die Geriatrie bzw. spezielle neurochirurgisch-neurologische Frührehabilitation. Diese sollten gemeinsam mit den Geriatern entwickelt werden.

Noch ein Ausblick:

Die DSG plant in Zukunft die Etablierung von interdisziplinären neurovaskulären Netzwerken, die aus einem koordinierendem Zentrum mit überregionaler Stroke Unit, einer neurochirurgischen, neuroradiologischen, gefäßchirurgischen Abteilung unter besonderer Berücksichtigung innovativer Therapiekonzepte sowie weiteren Einrichtungen zur Versorgung komplexer Schlaganfallpatienten und fest eingebundenen Netzwerkkliniken bestehen. Hier wird die neurochirurgisch-neurologische Frührehabilitation eine besondere Rolle spielen, ohne die ein derartiges neurovaskuläres Netzwerk nicht denkbar ist.

Das IGES-Gutachten und die gegenseitige Situation der neurochirurgisch-neurologischen Frührehabilitation in NRW sind für die DSG und DGN Verpflichtung genug, sich in diese Problematik für die gesamte Bundesrepublik in Zukunft mehr einzubringen.