

# Schnell zum Ziel



*Wie kann eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung zur Behandlung von Schlaganfallpatienten sichergestellt werden? Unsere Gastautoren von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft fordern eine raschere Zuweisung, Netzwerkbildung und eine Zertifizierung der bestehenden Stroke Units.*

Schlaganfälle sind die zweithäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter. In Deutschland traten im Jahr 2010 etwa 260.000 akute Schlaganfälle auf. Die einzige medikamentöse Akuttherapie ist die Verabreichung einer gerinnsel-

auflösenden Infusion, die Thrombolyse. Diese kann das Ausmaß der Behinderung nach einem Schlaganfall deutlich vermindern, ist aber nur in den ersten Stunden nach Auftreten der Symptome wirksam.

Vor der Behandlung muss durch eine Computer- oder Magnetreso-

nanztomografie ausgeschlossen werden, dass dem Schlaganfall eine Hirnblutung zugrunde liegt. Daher kann nur die umgehende Einweisung in die nächste Klinik mit einer neurologischen Schlaganfall-Spezialstation, der „Stroke Unit“, die Chance auf Heilung verbessern.

Neben der optimalen Akutversorgung liegt der Schwerpunkt der Stroke Units auf einer multiprofessionellen Überwachung mit dem Erfolg, schlaganfallassoziierte Komplikationen wie erneute Schlaganfälle, Lungenentzündungen und Thrombosen zu minimieren und durch eine gezielte Frührehabilitation die Folgen möglichst gering zu halten. Überregionale Stroke Units bieten eine enge Kooperation mit neurochirurgischen und neuroradiologischen Abteilungen und sind oftmals als Zentrum mit Zuweiserkliniken vernetzt.

## Mehrheit der Patienten zu spät in der Klinik

Die Notwendigkeit der sofortigen Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus zeigt die logistischen Probleme auf, die mit einer flächendeckenden Versorgung auf hohem Niveau verbunden sind. Maximal 40 Prozent der Schlaganfallpatienten erreichen die Stroke Unit innerhalb von vier Stunden und kommen somit für eine Thrombolyse in Frage. Die Mehrheit der Patienten erreicht die Stroke Unit zu spät, was verschiedene Gründe haben kann:

- Noch immer erkennen viele Patienten nicht die typischen Symptome eines Schlaganfalls und rufen nicht die „112“ an, um einen sofortigen Transport in die nächste Stroke Unit zu veranlassen.
- Es wird nicht das nächste Krankenhaus mit einer Stroke Unit angefahren, sodass keine Thrombolyse erfolgt.
- Der Schlaganfall trat im Schlaf auf, sodass der Symptombeginn nicht bekannt ist – letzteres trifft bei etwa 15 Prozent der Schlaganfallpatienten zu.

Die Kenntnis der typischen Schlaganfallsymptome kann nur durch regelmäßige Aufklärungskampagnen verbreitet werden. Während lokale Informationsveranstaltungen zu den Aufgaben einer von der Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zertifizierten Stroke Unit gehören, zeigen Evaluationen solcher Veran-

staltungen, dass das Wissen um Symptome und das richtige Handeln nur vorübergehend ansteigt. Zudem bleibt eine wichtige Zielpopulation, der schlecht informierte und wenig gesundheitsbewusste Bürger, diesen Aufklärungsveranstaltungen fern. Hier sind neue Wege der Gesundheitsinformation im Sinne einer zielgruppenspezifischen Aufklärung (Primärprävention) seitens der Krankenkassen gefragt.

Während in Ballungsgebieten der zielgerichtete Transport in die nächstgelegene Stroke Unit überwiegend gewährleistet ist, trifft dies in weniger dicht besiedelten Regionen häufiger nicht zu. Die Gründe hierfür sind offensichtlich:

- Der Transport in eine weiter entfernt liegende Stroke Unit bindet Rettungsmittel, die für andere Einsätze während dieser Zeit nicht zur Verfügung stehen,
- es besteht ein finanzielles Interesse, den Patienten in der nächstgelegenen Klinik ohne Stroke Unit aufzunehmen, da das Krankenhausentgeltsystem der DRG unabhängig von der Qualität der Versorgung gezahlt wird, oder
- der bodengebundene Transport würde die akzeptable Transportzeit von maximal einer Stunde überdauern und ein luftgestützter Transport ist nicht verfügbar.

Diese Ausführungen weisen eine Versorgungslücke besonders im ländlichen Raum auf, dem in einigen Regionen mittels moderner telemedizinischer Versorgungsansätze bereits begegnet wurde. Telemedizin bedeutet in diesem Fall, dass der akute Schlaganfallpatient in die nächstgelegene Klinik ohne Stroke Unit eingewiesen wird und dort in enger Zusammenarbeit mit einem Schlaganfallzentrum telemedizinische und teleradiologische Hilfestellung eines Schlaganfallexperten bei Diagnostik und Symptombeurteilung geleistet wird, sodass der Patient im geeigneten Fall vor Ort eine Thrombolyse erhält. Voraussetzung für eine telemedizinische Versorgung ist ein enger Kontakt der Kliniken untereinander, um optimal aufeinander abgestimmte Abläufe zu sichern.



*Prof. Dr. Joachim Röther ist Pressesprecher der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und Chefarzt der Neurologischen Abteilung in der Asklepios Klinik Altona, Hamburg*



*Prof. Dr. Gerhard Hamann ist 1. Vorsitzender der DSG und Direktor der Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation am Bezirkskrankenhaus Günzburg*

Nach einer Auswertung der Krankenhausdaten aus den gesetzlichen Qualitätsberichten der Kliniken, die im Jahre 2010 an der Schlaganfallversorgung teilnahmen, erhielten 78 Prozent der akuten Schlaganfallpatienten in 534 Kliniken eine „spezialisierten“ Schlaganfallversorgung. Während diese Quote – insbesondere auch im internationalen Vergleich – sehr hoch ist und eine bereits sehr gute Versorgung widerzuspiegeln scheint, zeigt die nähere Betrachtung der Analyse, dass von diesen 534 Kliniken nur 252 Kliniken über eine seitens der DSG zertifizierte Stroke Unit verfügten und somit die erforderlichen, qualitativ hohen und strukturellen Anforderungen einer spezialisierten Schlaganfallversorgung erfüllten.

495 (38 Prozent) der insgesamt 1.302 Krankenhäuser, die circa 198.500 Schlaganfallpatienten im Jahr 2010 versorgten, führten keine einzige Thrombolyse durch, sodass sich die Frage stellt, warum diese Kliniken an der Versorgung teilnehmen sollen. Auf Patientenzahlen bezogen bedeutet dies, dass 34.000 Schlaganfallpatienten des Jahres 2010 (17 Prozent der bundesweiten Schlaganfallpatienten) in Kliniken behandelt wurden, die die einzig evaluierte und wirksame Akuttherapie, die systemische Thrombolyse, nicht durchführten.

Die obengenannten Zahlen verdeutlichen, dass es Handlungsbedarf gibt. Zunächst sollten alle bestehenden Stroke Units zertifiziert werden, um eine flächendeckend vergleichbare Qualität zu schaffen. Nicht jedes Krankenhaus kann alles leisten, und die zunehmend komplexeren diagnostischen und therapeutischen Anforderungen erfordern die Konzentration spezialisierter Leistungen in entsprechen-

den Kompetenzzentren. Die Erbringung komplexer Leistungen ist an eine Mindestbehandlungsmenge gebunden, die erforderlich ist, um ausreichende Expertise zu erwerben und Experten auszubilden. Die Zahl der schlaganfallversorgenden Kliniken sollte daher begrenzt und die strukturierte Patientenzuweisung mittels boden- und luftgebundener Rettungsmittel optimiert werden.

Die DSG hat auf diese Erfordernisse mit einem Pilotprojekt der neurovaskulären Netzwerkbildung reagiert, das zum Ziel hat, ein zentrales neurovaskuläres Zentrum mit allen modernen Therapiemöglichkeiten mit kooperierenden Kliniken zu vernetzen. Eine zahlenmäßige Erweiterung der derzeit bestehenden Stroke Units (Stand aktuell 256 zertifizierte Stroke Units) ist daher nicht erforderlich, wohl aber eine erhebliche Investition in standortübergreifende Konzepte des Rettungstransportdienstes.

## Luftrettung stärken

Neben Kapazitätserweiterungen der bodengestützten Rettungsmittel ist die Stärkung bestehender Einrichtungen der Deutschen Luftrettung, die akute Schlaganfallpatienten im Zeitfenster für eine Thrombolyse in die nächste geeignete Stroke Unit fliegen kann, erforderlich.

Zukünftig muss sichergestellt werden, dass Kliniken, die an der Schlaganfallversorgung teilnehmen, auch die erforderliche Leistung erbringen und nicht unter dem Deckmantel einer nicht zertifizierten „Schlaganfall-Spezialstation“ Leistungen abrechnen, die sie nicht auf dem erforderlichen Niveau vorhalten. Um dies sicherzustellen, muss

seitens der Krankenkassen eine leistungsspezifische Vergütung auf dem Boden des DRG-Systems erfolgen (Pay-for-Performance) und die Qualität der Leistungserbringung muss durch eine verpflichtende Zertifizierung aller an der Schlaganfallversorgung teilnehmenden Kliniken gewährleistet werden.

Wie aufgezeigt wurde, verfügt Deutschland im internationalen Vergleich bereits über eine sehr gut funktionierende Schlaganfallversorgung. Allerdings variiert die Güte der Versorgung regional erheblich. Folgende Maßnahmen sind erforderlich, um Defizite zu beheben und auszugleichen:

- Durch die Zertifizierung aller an der Schlaganfallversorgung teilnehmenden Kliniken muss sichergestellt werden, dass gültige Qualitätskriterien erfüllt werden. Das hohe Entgelt für eine spezialisierte Schlaganfallbehandlung sollte nur den seitens der DSG zertifizierten Stroke Units gezahlt werden.

- Durch eine verstärkte Netzwerkbildung muss gewährleistet werden, dass Patienten in die nächstgelegene Klinik mit zertifizierter Stroke Unit eingewiesen werden. Für komplexe neurovaskuläre diagnostische und therapeutische Eingriffe müssen Patienten in entsprechende Neurovaskuläre Zentren verlegt werden. Hierzu ist eine Optimierung der land- und vor allem luftgestützten Patientenzuweisung erforderlich.

- In strukturschwachen Gebieten ist der gezielte Ausbau der Telemedizin sinnvoll.

- Die zielgruppenspezifische Bevölkerungsaufklärung (Primärprävention) muss intensiviert werden, um Schlaganfallrisikofaktoren zu minimieren und dadurch das Schlaganfallrisiko zu reduzieren. ■