

GERIATRIE FORUM

Behandlungskette nach Hirnschlag:

Akutversorgung und interdisziplinäre Rehabilitation

Zwei Zustände sind vor allem für die Pflegebedürftigkeit im Alter verantwortlich: Behinderung durch Demenz und Residuen nach Schlaganfall. Während bei der Demenz noch keine Durchbrüche in Sicht sind, so haben sich doch die Vorzeichen beim Schlaganfall deutlich verändert. Als junger Assistenzarzt in einem Schweizer Kantonsspital lernte ich in den 80er Jahren, dass Hemiplegie-Patienten möglichst gleich beim Eintritt, auf jeden Fall aber schon vor der ersten Chefarztvisite im Pflegeheim angemeldet werden mussten. Dem damaligen Nihilismus stehen heute glücklicherweise Konzepte gegenüber, die das Management vom Beginn der ersten neurologischen Symptome bis zur Wiederaufnahme einer selbständigen Alltagsgestaltung und im günstigsten Fall den Wiederbeginn der Berufs- oder Freizeitaktivitäten umfassen.

Der folgende Artikel beschreibt das Management des akuten Schlaganfalls. Genau so wichtig, wie das Handling des akuten Gefässverschlusses ist aber auch das Vorhandensein einer entsprechenden Infrastruktur und das Etablieren von diagnostischen und therapeutischen Algorithmen und Behandlungsketten. Dies damit möglichst viele Patienten im Zeitfenster der Interventionsmöglichkeit das Zentrum erreichen und die am besten geeignete Therapie erhalten können.

Diese ist nicht auf Revaskularisationsmassnahmen begrenzt, sondern beinhaltet die Behandlung in einem Stroke Unit Setting, einer multidisziplinären, strukturierten Diagnostik- und Therapieeinheit. So kann die Prävention von Komplikationen, die korrekte Diagnostik und Behandlung aller Begleitsymptome oder - Krankheiten, also die Abklärung bezüglich Schluckfähigkeit, Dekubitusrisiko, Herzkreislauffaktoren, pulmonalen Infekten, Beinvenenthrombosen, Inkontinenz etc., allen Patienten, auch für solche ohne Option zur Revaskularisation, angeboten werden.



Dr. med. Martin Conzelmann
Basel

Zur Hirnschlag-Behandlungskette gehört schliesslich auch die strukturierte Anschlussbehandlung resp. Rehabilitation. Diese setzt bei den häufig betagten, polymorbiden Patienten internistisch-geriatrisches, rehabilitatives und neurologisches Know-how voraus. Gelingt es, dieses interdisziplinäre Rehabilitations-Setting mit der vorgeschalteten Akutversorgung zu vernetzen, dann sind wohl die idealen Voraussetzungen geschaffen, dass der Grossteil der Betroffenen wieder ein selbständiges Leben führen kann.

In Basel konnte diese Behandlungskette in der beschriebenen Art etabliert werden. Eine Analyse der Patienten der letzten zehn Jahre (1) zeigt im übrigen eindrücklich, dass das Alter nur eine untergeordnete Rolle bei der Vorhersagewahrscheinlichkeit aufweist, ob ein Patient wieder in die eigene Wohnung zurückkehren kann. Wichtiger sind neben der Existenz eines Lebenspartners als Kontextfaktor, doch die neurologischen Faktoren, wie Rumpfstabilität und Ausmass der kognitiven und motorischen Fähigkeiten. Faktoren also, die in Zusammenhang mit dem Erfolg einer möglichst frühzeitigen Wiedereröffnung von verschlossenen Gefässen stehen.

▼ **Dr. med. Martin Conzelmann, Basel**

1. M.Frank, M. Conzelmann, St. Engeller Eur Neurol 2010;63:227-233