

NEUROREHABILITATION
der
NEUNZIGER JAHRE:
AUFTRAG UND HERAUSFORDERUNG

F. GERSTENBRAND
F. AICHNER

UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NEUROLOGIE INNSBRUCK

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Veranstalter, der Tiroler Verein zur Förderung sozialmedizinischer Betreuung und Rehabilitation, die Universitätsklinik für Neurologie in Innsbruck sowie die Medizinische Gesellschaft für Inkontinenzhilfe Österreich haben für ihre Tagung das Thema "Neurorehabilitation" gewählt und dabei exemplarisch den Schlaganfall und das Schädelhirntrauma herausgegriffen.

Neurologische Rehabilitation umfaßt die integrierte, restaurative Neurotherapie der Schädelhirn- und Rückenmarksverletzungen sowie peripherer Nervenverletzungen, des Schlaganfalles und der Multiplen Sklerose, ebenso wie die der Alzheimer'schen Erkrankung, des Parkinson-Syndroms, der Epilepsie, der Muskelerkrankungen, etc. Die Entwicklung der neurologischen Wissenschaften in den letzten Jahren, insbesondere auf dem Gebiet der klinischen Neurophysiologie und des Neuroimaging sowie die Erfolge in der restaurativen Neurologie lassen die Empfehlung an einen neurologisch kranken Menschen "Gehen Sie heim und lernen Sie, damit zu leben. Da ist nichts mehr zu tun" als für immer unverantwortlich und unethisch bewerten. Noch vor wenigen Jahren war die Neurologie ein primär diagnostisches Fach. Erste Entwicklungen auf dem Gebiete der Neurochemie, Neuroimmunologie und Neuropharmakologie, insbesondere auf dem Gebiete der zellularen und molekularen Biologie haben das wachsende Potential der Neurone des Erwachsenenengehirnes in ein

neues Licht gestellt. So ist z. B. dokumentiert, daß fetale Neuronentransplantate im Erwachsenen Gehirn zur Synaptogenese mit entsprechenden funktionellen Effekten führt. Besonders die Experimente, die eine Regeneration des ZNS mit den Hinweisen auf die Plastizität des Gehirnes untermauern, haben große und neue Hoffnung in das Feld der Rehabilitationsmedizin gebracht.

Die Rehabilitationsmedizin hat knapp um das Jahr 1940 begonnen und war über viele Jahrzehnte an Rheumatologie, physikalische Medizin, Innere Medizin, etc. geknüpft. Die Entwicklung der Neurorehabilitation begann erst sehr spät, um die 80er Jahre, und wird in den 90er Jahren eine zunehmende Spezifikation in Richtung der Neurorestauration und integrierten restaurativen Neurotherapie erhalten. Dies ist schon allein aufgrund der Feststellung von Wood aus dem Jahre 1984 zu entnehmen, der herausgefunden hat, daß mehr als 75% der Patienten auf Rehabilitationsabteilungen Patienten mit neurologischen Erkrankungen sind. Und wenn ich gleich im Anschluß hier noch Kurtzke zitieren darf, der festgestellt hat, daß in 8 von 9 neurologischen Erkrankungen mit hoher Jahresinzidenz chronische Probleme auftreten, die einer längerfristigen Behandlung bedürfen.

Lassen Sie mich noch ein weiteres Argument für die in Zukunft eigenständige Entwicklung der Neurorestauration darlegen. Ausgehend von der Tatsache, daß im Jahre 2020 der Anteil der über 65-Jährigen sich verfünffachen wird, müssen schon jetzt gesundheits- und sozialpolitisch dafür die Weichen gestellt werden. Während wir in einem Alter bis zu 59 nur eine etwa 15%ige Behinderung in der Bevölkerung vorfinden, so steigt der Prozentsatz der Behinderung bei den 70- bis 74-Jährigen auf 35% und bei den über 75-jährigen Menschen ist eine 60%ige Behinderung anzunehmen.

In den verschiedenen medizinischen Disziplinen lassen sich folgende Therapieformen abstrahieren, so die pharmakologische Therapie, die chirurgische Therapie, die psychiatrisch-

psychologische Therapie, dann die Technik als Therapiehilfsmittel, wie z. B. Prothesen, Pumpen, Schrittmacher, weiters die Strahlungstherapie und die von uns kreierte integrierte, restaurative Neurotherapie. Diese stellt einen wesentlichen Bestandteil der Akutbehandlung neurologischer Patienten dar und schließt die klinische Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie und Urologie mit ein. Integrale Bestandteile dieser restaurativen Neurotherapie sind die Neurophysiologie und Neuropsychologie, die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie die Cognitotherapie, Soziotherapie und Psychotherapie. Diese Therapiestrategie steht am Beginn einer Erkrankung, begleitet den Patienten in der Akutphase der Behandlung und sollte nahtlos in das chronische Stadium der Erkrankung übergehen. Es wird unsere vordringlichste Aufgabe in den 90er Jahren sein, diese von mir heute aufgezeigte Vision in die Realität umzusetzen. Denn, meine Damen und Herren, lassen Sie mich ein bisschen die heutige Realität analysieren.

Diese Analyse führt zwangsläufig dazu, daß ich Ihnen eine Menge von Mißständen im Management neurologischer Patienten anführen muß. Wir haben diese Mißstände bei Veranstaltungen in den Sozial- und Gesundheitssprengeln ebenso vorgetragen bekommen, wie bei einer Analyse der Versorgung der Patienten in Alters- und Pflegeheimen, wir bekommen immer aggressiver und vorwurfsvoller die Mißstände in neugeschaffenen Selbsthilfegruppen vorgetragen. Diese Mißstände und diese Kritik richten sich gegen Ärzte, Professoren, Assistenten ebenso wie gegen Krankenschwestern oder Therapeuten, ganz besonders aber auch gegen Gesundheits- und Sozialpolitik. Ich habe Ihnen einige dieser Punkte auf zwei Dias zusammengefaßt. Es sind dies Desinteresse, Ignoranz und Ablehnung gegenüber dem neurologisch kranken Menschen, willentliches und oft auch unwillentliches Unverständnis. Wir haben die Bevölkerung in den letzten Jahren zu wenig informiert, wir haben zu wenig mit der Bevölkerung und dem Betroffenen gesprochen und ihre Nöte und Sorgen nicht registriert. Zwar haben wir auf diese Situation in manchen

Gesprächen mit Politikern darauf hingewiesen, aber nicht genügend Konsequenz und Fähigkeit bewiesen.

Es ist ein eklatanter Mangel an Fachpersonal vorhanden, eine aktuelle Erhebung, die die Projektgruppe Neurorehabilitation in Tirol durchgeführt hat, hat erschreckende Zahlen erarbeitet, Herr Aichner wird Sie Ihnen morgen vorstellen. In den Krankenhausabteilungen wird der neurologische Patient im Befund nur äußerst mangelhaft erfaßt, verschiedene Defizite überhaupt nicht registriert, geschweige denn dokumentiert. Es erfolgt in vielen Bereichen keine krankheitsspezifische Therapieplanung, weil es an Fachpersonal fehlt, die Entlassungen sind häufig nicht vorbereitet und kommen plötzlich und unerwartet, weil die nächsten Akutpatienten schon am Gang stehen. Auch Mißverständnisse und Rivalitäten zwischen verschiedenen Fachdisziplinen wirken sich nachteilig auf den neurologisch kranken Menschen aus. Die Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus stellt meistens eine Zäsur, eine enorme Schnittstelle, dar. Ich zitiere hier Herrn Jochum aus Köln, der schreibt: "In der Regel bleibt derjenige, der zu den im Rahmen einer Studie des Europarates ermittelten 25% der Patienten gehört, die das Krankenhaus im Anschluß an kurative Maßnahmen mit einem bleibenden Defekt verlassen, dem Problem ihrer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung weitgehend allein überlassen. Die Beratungsdienste eines oder schlimmer, mehrerer unter sich nicht koordinierter Träger sind kaum in der Lage, eine konkrete Gelegenheit zu bieten, die noch erhaltenen Möglichkeiten an dosierter Förderung auszuloten, zu entwickeln und schließlich optimal wiedereinzusetzen. Angesichts der großen Zahl von Bedürftigen erscheint es bedenklich, lediglich hie und da ein Rehabilitationskrankenhaus als Modell zu planen.

Im folgenden mochte ich kurz auf neuroepidemiologische Daten zu sprechen kommen. Den Aktivitäten der Unfallversicherungsanstalten ist es zu danken, daß die Versorgung verunfallter Menschen in Österreich generell besser ist als in vergleichbaren anderen Krankheitsgruppen, insbesondere stehen zumindest aus den

sieben Unfallkrankenhäusern epidemiologische Daten zur Verfügung. So haben sich z. B. im Jahre 1980 in Österreich 392.000 Nichtarbeitsunfälle ereignet, davon 216.000 Freizeit- und Arbeitsunfälle, 112.000 Sportunfälle und 64.000 Verkehrsunfälle. An Arbeitsfällen wurden 263.000 registriert, insgesamt ergeben sich daraus 655.000 Unfälle. Im Jahre 1985 sind die 7 Unfallkrankenhäuser Österreichs nach neurotraumatologischen Diagnosen abgefragt worden, es haben sich dabei 2.605 Gehirnerschütterungen ergeben, 295 Hirnquetschungen, 80 Subduralhämatome und 31 Epiduralhämatome. Wenn wir uns die Inzidenz und Prävalenz verschiedener neurologischer Erkrankungen im Vergleich ansehen, dann stehen insgesamt gesehen der Schlaganfall und die Alzheimer'sche Erkrankung an vorderster Front. Während die Prävalenz für den cerebralen Insult etwa 700 beträgt, liegt sie für das schwere Schädelhirntrauma bei 16, für die Multiple Sklerose bei 100, für das Parkinson-Syndrom bei 160 und für Rückenmarksverletzungen bei 50. Allein schon die neuroepidemiologischen Daten lassen erkennen, daß mit einer wenige Tage lang dauernden Akuttherapie eines neurochirurgischen Eingriffes als Vergleich nur ein Bruchteil jener Behandlung erfolgt ist, die ein Patient mit einem bleibenden neurologischen Defizit benötigt.

Neben der allgemeinen hohen Zahl, neueste Schätzungen ergeben, daß 90 Prozent aller Rehabilitationspatienten Neurorehabilitationspatienten sind, kommt ein weiterer gewichtiger Gesichtspunkt zum Tragen, nämlich die Heterogenität des Patienten und seines therapeutischen, familiären und sozialen Umfeldes. Dies bedeutet, daß hier sehr viel Raum für Individualität gegeben sein muß. Allein schon der Ort der Schädigung, die Art der Schädigung, die Größe der Schädigung sowie begleitende Erkrankungen lassen kaum einen Patienten mit einem anderen vergleichbar erscheinen. Dies wird noch wesentlich deutlicher, wenn wir Charakter und Persönlichkeit, sowie sozialen Status, präexistierende Fähigkeiten, Krankheitsverarbeitung, Motivation, Interaktion des Patienten mit dem Therapieteam mit einschließen. Die Heterogenität läßt sich aber

auch noch in den unterschiedlichen Therapieschulen, in der Dosis der Therapie sowie im Timing der Therapie und in der Definition des Therapiezieles nachweisen. Dieser Heterogenität wird leider in der Behandlung von neurologisch Kranken in der Praxis kaum entsprochen. Spezielle Einheiten, wie z. B. eine "Stroke-Unit"-Schlaganfallabteilung - sind notwendig, um dieser Heterogenität gerecht zu werden.

Betrachten wir die Situation in Großbritannien im Jahre 1988: Dort wurden 42% der Schlaganfall-Patienten auf allgemeinen Stationen behandelt, 41% auf geriatrisch-medizinischen Stationen, nur 7% auf einer neurologischen oder sogar neurochirurgischen Station, 6% wurden vom Hausarzt betreut.

Die österreichische Situation kann aufgrund einer Umfrage mit nicht vollständiger Beteiligung für 1990 etc. geschätzt werden. So befanden sich etwa 16.000 Patienten mit Schlaganfall auf internistischen Abteilungen, während nur 6.000 sich auf neurologischen Abteilungen zur Behandlung befanden. Das Rationale für eine solche Abteilung in einem Krankenhaus ergibt sich aus der geographischen Konzentration und Koordination von Pflege- und Therapieressourcen. Eine derartige Konzentration und Koordination hätte einen hohen Ausbildungsstandard von Ärzten, Pflege- und Therapiepersonal zur Folge. Erstellung von spezifischen Behandlungsplänen und deren Überwachung wäre durch ein derartiges Therapieteam gewährleistet. Die Struktur einer derartigen Abteilung besteht in einem Team, wo jede Disziplin einen gleichberechtigten Partner darstellt und im Zentrum immer der Patient stehen muß. Auch für die Forschung bringen derartig spezifische Abteilungen große Vorteile.

Was sind die Soll-Bruch-Stellen einer derartigen Schlaganfall-Abteilung:

Zu den Kosten gibt es dazu leider keine klaren Antworten. Eine schottische Studie weist darauf hin, daß eine gewisse Betteneinsparung möglich sei. Bisher gibt es keine Hinweise, daß derartige spezifische Abteilungen die Todesrate für den Schlaganfall gesenkt hätten. Im Hinblick auf die Schnelligkeit der

Reintegration gibt es einige Hinweise in der Literatur, daß die Patienten sich nach dem Schlaganfall schneller und funktioneller erholen. Inwieweit derartige Schlaganfall-Abteilungen das Ausmaß der Reintegration verbessern, ist bislang umstritten gewesen, allerdings ist kürzlich eine Mitteilung im "Stroke" erschienen, wonach die sofortige und stationsspezifische Schlaganfallbehandlung zu besseren Therapieresultaten führt als verzögerte Behandlung bzw. Behandlung auf allgemeinen, insbesondere fachfremden Stationen. Die Frage, ob dadurch die Anzahl der Langzeit-Pflegefälle herabgesenkt werden kann, ist offen und bislang nicht beantwortet, jedoch ist die Zufriedenheit der Patienten, aber auch die Zufriedenheit des Personals auf diesen Modellabteilungen weit besser als von Patienten bzw. Personal auf allgemeinen Stationen.

Es ist ein Gesamtkonzept für den Schlaganfall-Patienten, ebenso wie für den Schädelhirntrauma-Patienten notwendig, daß gleichsam in einer Kette alle Phasen der Erkrankung und der Krankheitsentwicklung nach modernen Gesichtspunkten medizinisch adäquat betreut werden. Dies macht gleichsam ein Schlaganfall-Service notwendig, das gewährleistet, daß das Akutmanagement funktio-niert, der Schlaganfall ebenso wie das Schädelhirntrauma als Notfall gesehen wird und als solcher rasch an eine schlaganfallspezifische Abteilung kommt. Ein stationäres Schlaganfall-Team ist zwar noch eine Vision, würde aber eine bestmögliche Betreuung des Schlaganfall-Patienten gewährleisten. Ein Schlaganfallteam könnte auch als ambulantes Schlaganfallteam bzw. als "Visiting Team" für andere Abteilungen zur Verfügung stehen. Ganz besonders wichtig, und hierzu wird Ihnen morgen das "Neurorehabilitationskonzept Tirol" vorgestellt werden, ist hier die Vernetzung der Krankenhausabteilungen, der Pflege- und Altersheime, der Sozial- und Gesundheitssprengel sowie ambulanter Rehabilitationsdienste.

Die Gesellschaft muß sich auf die zukünftigen Entwicklungen einstellen, die Zahl der alten Menschen steigt dramatisch, viele Menschen erleben die Erkrankung des Schlaganfalles oder die

Alzheimer'sche Erkrankung, die große pflegerische wie therapeutische Aufgaben implizieren. Es wird ein enormer Kostenaufwand notwendig sein, und, wie bereits im Vorwort zu dieser Tagung erwähnt, sind die Chancen einer neurologischen Rehabilitation aussichtsreich, bedürfen aber einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Patient und Familie, Arzt, Pflegepersonal, Therapeuten sowie Politikern und Behörden. Wir alle sind aufgefordert, heute und jetzt die Weichen zu stellen und die Probleme "anzupacken".

In diesem Sinne möchte ich Sie mit Stefan Zweig aufrufen, jenes "Mittragen" und "Mitleid" zu entwickeln, das einzig zählt, das unsentimentale, aber schöpferische Mitleid, das weiß, was es will und entschlossen ist, geduldig und mitduldig alles bis zum Letzten seiner Kraft durchzustehen und noch über dies Letzte hinaus.



MEDICAL
UNIVERSITY
INNSBRUCK

Medizinische Gesellschaft
für Inkontinenzhilfe
Innsbruck



Sozial-Medizinischer Verein
Tirol

Gemeinsame Tagung

„Neurorehabilitation“

*des Tiroler Vereins zur Förderung
sozialmedizinischer Betreuung*

der Universitätsklinik Innsbruck und

*der Medizinischen Gesellschaft für
Inkontinenzhilfe Innsbruck*

1991