Schlaganfälle: Wo behandeln?

Reto Krapf

Die heutige Ausgabe des Schweizerischen Medizin-Forums enthält erstmals eine «Seite der Fachgesellschaften». Wir wollen mit dieser Rubrik den Fachgesellschaften – oder wie im vorliegenden Falle Arbeitsgruppen unter dem Patronat verschiedener Fachgesellschaften – die Möglichkeit geben, direkt von ihnen als speziell wichtig empfundene Themen zu kommunizieren. Die Redaktion des Schweizerischen Medizin-Forums prüft die Artikel lediglich nach generellen Gesichtspunkten, wird sich aber – wie heute – in einem begleitenden Editorial allenfalls nuancierend äussern.

Die «zerebrovaskuläre Arbeitsgruppe der Schweiz» publiziert eine Bedarfsanalyse, Richtlinien und ein Anforderungsprofil für «stroke units» in der Schweiz. Die Arbeitsgruppe schlägt vor, zwei Organisationsformen einzuführen, nämlich eine Schlaganfallabteilung im engeren Sinne oder ein Betreuungsmuster, bei dem die Patienten nicht auf einer geographisch getrennten Station, sondern durch ein «stroke team» innerhalb des Gesamtspitals betreut werden. Die interessanten Vorschläge der Arbeitsgruppe werfen eine Reihe von Fragen auf, welche wohl vor Übernahme dieser «Richtlinien» (eigentlich eher «Empfehlungen») beantwortet werden sollten:

- Die vorgeschlagenen Modelle der Schlaganfallbehandlung müssen *in der Schweiz* in bezug auf Outcome und Kosten mit dem bisher bewährten System (Hospitalisierung auf einer allgemeinen Intensivstation/Abteilung unter effizientem Einbezug der entsprechenden Spezialisten) verglichen werden. Es gibt Gründe, anzunehmen, dass die von der Arbeitsgruppe (sie weist im Artikel darauf hin) verwendeten Daten aus dem Ausland nicht 1:1 auf die Schweizer Verhältnisse übertragen werden können. Es wäre begrüssenswert, wenn die Arbeitsgruppe solche vergleichenden Untersuchungen initiieren würde. Die Bereitschaft dazu wurde von seiten der Spitäler mit «traditionellen Betreuungsmustern» schon signalisiert.
- *Fragmentisierung der Medizin:* Wie in andern Bereichen der Medizin akzentuiert dieser Vorschlag auch das Problem der Fragmentisierung (Zuständigkeit für lediglich eine Krankheit respektive eine Facette einer Krankheit). Dadurch steigen in der Regel die Kosten stark an (Personalintensität). Kosten-Nutzen-Analysen und genauere, quantitative Definition der Patienten und damit genauere Angaben über den Bedarf an «stroke units» müssen noch detaillierter angestellt werden. Ein weiteres Problem der Fragmentisierung liegt darin, dass sofort ein Kompetenz- und Erfahrungsverlust bei den Betreuenden ausserhalb dieser «stroke units» programmiert ist. Es wird nicht alles und überall besser! Wie verändert sich die Behandlungsqualität der Patienten ausserhalb der «stroke unit»? Wie werden Patienten zu Randzeiten und in Randregionen betreut? Welche Erfahrung, welches Wissen bringen Nachwuchsleute, z.B. Oberärzte, später noch in die mittleren und kleineren Spitäler mit? Eminent wichtige Fragen!
- Falls es sich etablieren sollte, dass gewisse Akutinterventionen (namentlich die intravenöse Thrombolyse) zweifelsfrei einen positiven Nutzen bringen, scheint aus praktischen Gründen der Vorschlag der Arbeitsgruppe, die intravenöse Lyse auf «stroke units» zu beschränken, welche einen spezialisierten Neurologen an 24 Stunden und 365 Tagen pro Jahr anbieten, problematisch. Grosse Anstrengungen werden dann nötig, die technischen und kommunikativen Voraussetzungen (inkl. während der Vorhospitalisations-Phase) zu schaffen, damit Patienten im ganzen Land verzugslos therapiert werden können.