

Hans-Studie

Hausärztliche Nachsorge bei Schlaganfallpatienten

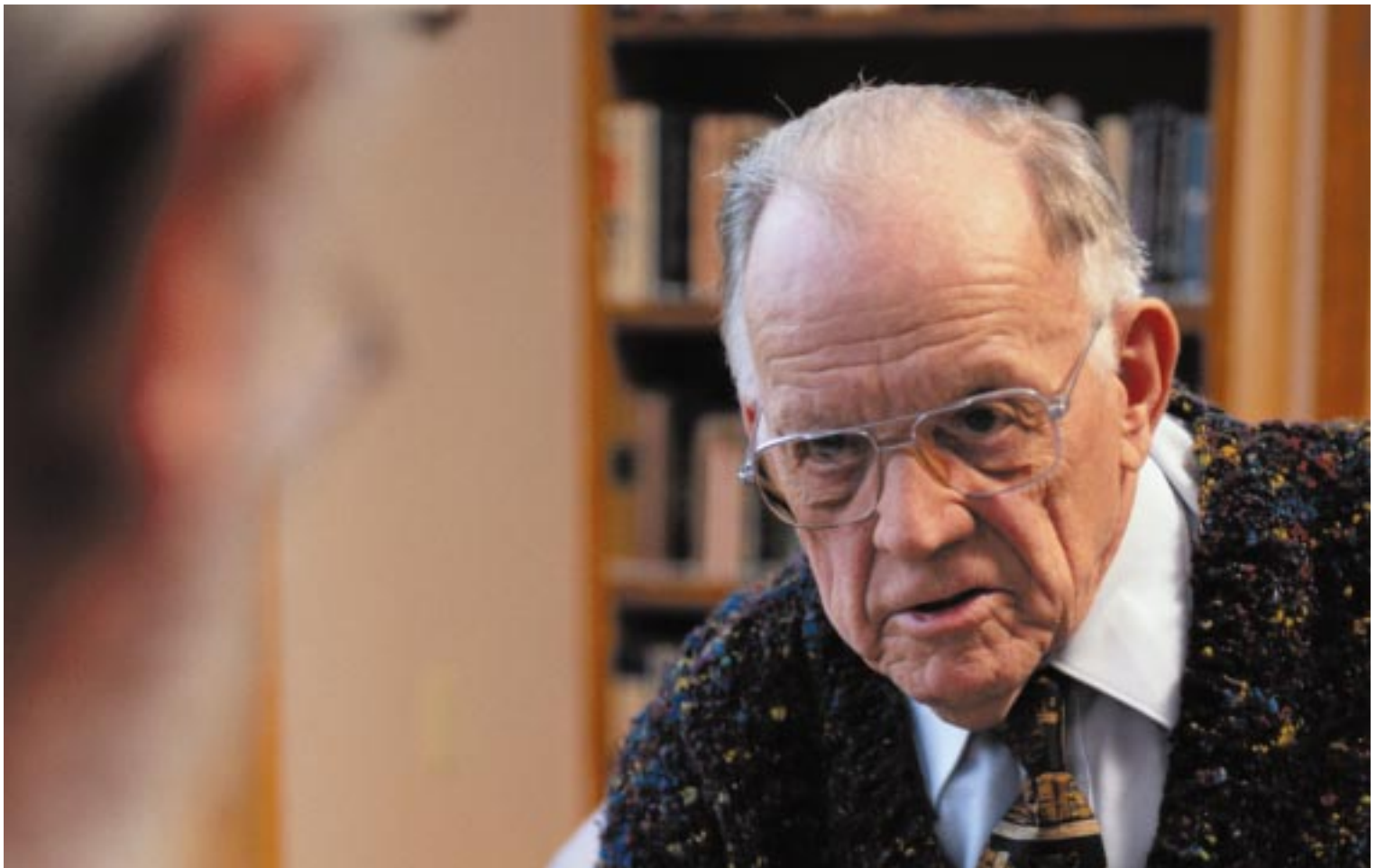
A. Wiesemann¹, P. Engeser¹, M. Frank², R. Scheidt³, P. Schellinger⁴, W. Obhof⁵, K. Reichert⁵, P. Mollien⁶

¹ Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin an der Universität Heidelberg, ² Facharzt für Allgemeinmedizin

³ Abteilung klinische Sozialmedizin der Universität Heidelberg, ⁴ Neurologische Klinik der Universität Heidelberg

⁵ Rehabilitationskliniken Reichenbach und Döbel, ⁶ Arzt für psychotherapeutische Medizin

NOTFALLMEDIZIN 27 (2001) xx-xx



Da unsere Gesellschaft ergraut, kommt dem Schlaganfall mit seinen Folgen unverändert eine große Bedeutung zu. Praxisärzte, insbesondere Hausärzte, sind im Rahmen ihrer Langzeitbehandlung für Prävention und Rehabilitation – häufig auch für die Erstversorgung – von Schlaganfallpatienten verantwortlich. Eine Interventionsstudie, die an der Schnittstelle zur stationären Rehabilitation auf die hausärztlichen Probleme in der Nachsorge achtet, soll die Versorgungsqualität verbessern und den stationären Rehabilitationserfolg sichern. Diesem Ziel dient die Hausärztlichen Nordbaden Schlaganfallnachsorge-Studie (HANS-Studie), die in Zusammenarbeit mit drei Reha-Kliniken, der Hans-Ruland-Stiftung und 131 Praxisärzten mit ihren 138 Patienten durchgeführt wird. Erste vorläufige Ergebnisse deuten auf einen Erfolg dieser dokumentierten Nachsorge hin.

Der Schlaganfall rangiert in der Mortalitätsstatistik nach den Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen auf dem dritten Platz. Jährlich erleiden in Deutschland rund 300 000 Patienten einen Schlaganfall, davon versterben etwa 60 000 (20%) in den ersten vier Wochen. Zirka 60% der restlichen Patienten hat ein bleibendes neurologi-

ches bzw. neuropsychologisches Defizit (15). Auch heute noch ist der Hausarzt häufig derjenige, der nicht nur für Prävention und Rehabilitation entscheidend mitverantwortlich ist (7), sondern auch die Erstversorgung übernimmt, wenngleich in den großen Städten oft eine direkte Aufnahme in die Klinik bzw. auf eine Stroke Unit erfolgt. Ob es immer sinnvoll ist, nahezu alle Schlaganfallpatienten einer Stroke Unit zuzuweisen, sei dahingestellt (1). Entscheidend dürfte hier oft weniger die intensivmedizinische Versorgung als die zuwendungsintensive Frührehabilitation sein, wie dies auch internationale Studien nahe legen (16). Über das aktuelle Notfallmanagement des akuten Schlaganfalls besteht ansonsten weitgehender Konsens (6). In unserer Untersuchung geht es im Rahmen einer generellen hausärztlichen Kompetenzverbesserung im Umgang mit Schlaganfallpatienten, ihrem Rezidivrisiko und ihrer Lebensqualität nach stationärer Rehabilitation um die folgenden drei Ziele:

- Steigerung der Wahrnehmung und umgehende Diagnostik von Schlaganfallvorboten, bzw. transitorisch ischämischen Attacken (TIAs), insbesondere um Schlaganfallrezidive zu vermeiden (Sekundärprävention);
- Verbesserung der nachstationären ambulanten Rehabilitation (Fähigkeiten) und Sekundärprävention (Aktivieren von Schutzfaktoren, Abbau von Risikofaktoren);
- Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten, Rehabilitationsmedizinern, anderen Experten und Patienten unter Nutzung von Qualitätszirkeln und Internet.

Gerade beim kardiovaskulären Risikopatienten bzw. Schlaganfallpatienten wird die Unschärfe der vier, eigentlich unterschiedlichen Zielvorstellungen der Medizin deutlich: Gesundheitsförderung, Prävention, kurative Medizin und Rehabilitation (19, 20) sind Betrachtungsweisen, die in der Langzeitbeobachtung des Hausarztes oft nahezu zeitgleich bei ein und demselben Patienten aufscheinen. Diese ganzheitliche Lang-

zeitbeobachtung dient in der Hausärztlichen Nordbadener Schlaganfallnachsorge-Studie (HANS-Studie) den o.g. Zielen über einen Zeitraum von 1,5 Jahren nach stationärer Rehabilitation.

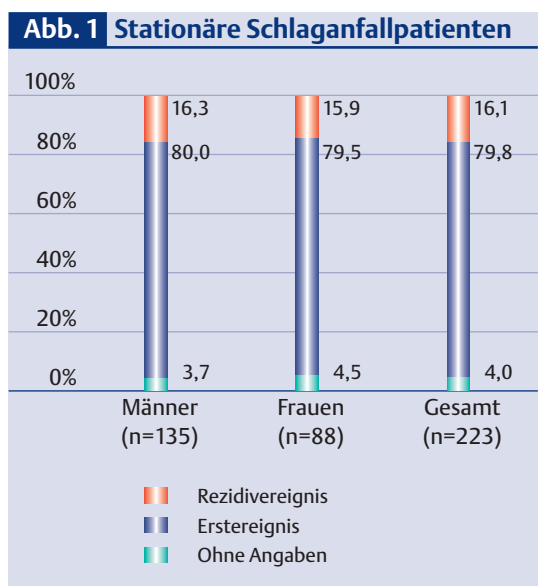
Typische Zielkriterien („Endpunkte“) wären die Beibehaltung eines guten Barthel-Index, gute Hypertonie- und Gewichtskontrolle, gute medikamentöse Compliance, gute Selbsthilfekompetenz und gutes Krankheits- bzw. Gesundheitswissen sowie stabile Lebenszufriedenheit der Patienten. Als Folge einer intensivierten Nachsorgeintervention könnten sich neue Strategien beispielsweise im Hinblick auf das Vorgehen bei TIA, bei – nachstationär nicht selten zunehmender (14) – Depressivität oder aber in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und hinsichtlich des Transfers neuerer Forschungsergebnisse in die ärztliche Praxis ergeben (12).

Studienesign

Von Mai bis Juli 2000 wurden alle Schlaganfallpatienten vor ihrer Entlassung aus drei großen Reha-Kliniken in Nordbaden gefragt, ob sie bereit sind, an dieser hausärztlichen Nachsorgestudie teilzunehmen und der Studienleitung die Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden (Haus-)Arzt gestatten. Die Patienten werden nach sechs und 18 Monaten nachuntersucht, meist handelt es sich um Anschlussheilbehandlungen.

138 Patienten (von 131 Hausärzten) mit Schlaganfallfolgen wurden in die Studie aufgenommen, als Aus-

Tab. 1	Inhalt des Dokumentationspaketes
	<ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten und Angaben zum Schlaganfall, • Risikofaktoren und Therapie, • Barthel-Index, • Rankin-Scale, • Depressionsskala nach Zung, • Fragen zur Lebenszufriedenheit nach Jork und Wiesemann, • Fragen zur nachstationären Diagnostik, • Gesamtbeurteilung durch Arzt und Patient (ggf. nach Patientenschulung).



schlusskriterien galten überwiegende Bettlägerigkeit, eine ausgeprägte Aphasie sowie eine stattgehabte Subarachnoidalblutung.

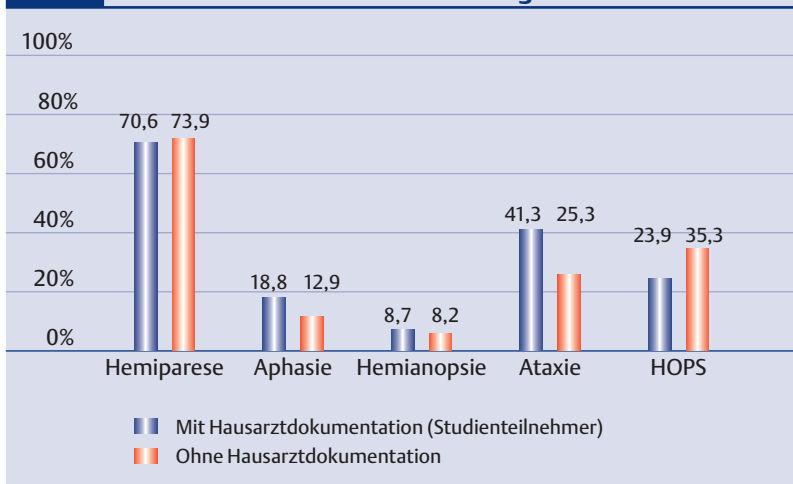
Bei Entlassung aus der Reha-Klinik wurde für jeden Patient eine Klinik-Dokumentation erstellt, die neben Stammdaten und Diagnosen auch die Einschätzung des Klinikarztes unter anderem in Bezug auf Reha-Erfolg, Compliance und Pflegebedürftigkeit des Patienten enthält. Dem Hausarzt wurde ein achttelliges Dokumentationspaket zur Verfügung gestellt (Tab. 1).

Die Untersuchung ist als Interventionsstudie mit optionaler Kontrollgruppe konzipiert. Ein Teil der Patienten ist durch ihre an interdisziplinären Qualitätszirkeln teilnehmenden Hausärzte im Sinne einer intensivierten Nachsorge gekennzeichnet.

Qualitätssicherung

Es wurden bisher fünf hausärztliche Qualitätszirkel eingerichtet, die interdisziplinär arbeiten, insbesondere mit Ergotherapeutinnen, Krankengymnastinnen, Logopädinnen und Neurologen. Im Einzelfall waren auch betroffene Patienten beteiligt. Hier geht es um den individuellen Versorgungsbedarf der Patienten und Strategien der Sekundärprävention, zum Beispiel zur Reduktion der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren oder zur Wahrnehmung gesundheitsförder-

Abb. 2 Klinikdokumentation der neurologischen Defizite



der Ressourcen. Mit einer intensiven Nachsorge soll das stationäre Reha-Ergebnis gehalten oder weiter verbessert werden.

Als Mittel zur Information über den Studienverlauf, den Download von Dokumentationsmodulen und zur Fortbildung wird die Homepage der Studienleitung genutzt (www.dr-wiesemann.de) mit Link zur HANS-Studie (21). Hier werden Hinweise gegeben sowohl für Ärzte (Patientenschulung, Verhalten bei TIA-Notfall, Therapie der Post-Stroke-Depression oder Rehabilitation) als auch für Patienten (Deutsche Schlaganfallhilfe, Patienteninfo, Rehabilitation).

Neben einer deskriptiven Analyse wird der Unterschied sich ergebender Outcomes der Patienten mit und ohne hausärztliche Qualitätszirkelbeteiligung berechnet. Die hausärztliche Studienleitung wird durch Neurologen, Rehabilitationsmediziner und Informatiker unterstützt. Fördermittel kommen vor allem von der

Hans-Ruland-Stiftung für Reha-Forschung, Waldbronn.

Erste – vorläufige – Ergebnisse

Zunächst wurden vergleichende Analysen an der Schnittstelle Reha-Klinik/Hausarzt-nachsorge durchgeführt, unter anderem auch zu den Kollektiven der an der Studie teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten. Nach 5 1/2 Monaten ist außerdem ein großer Teil der Patienten zum zweiten Mal untersucht.

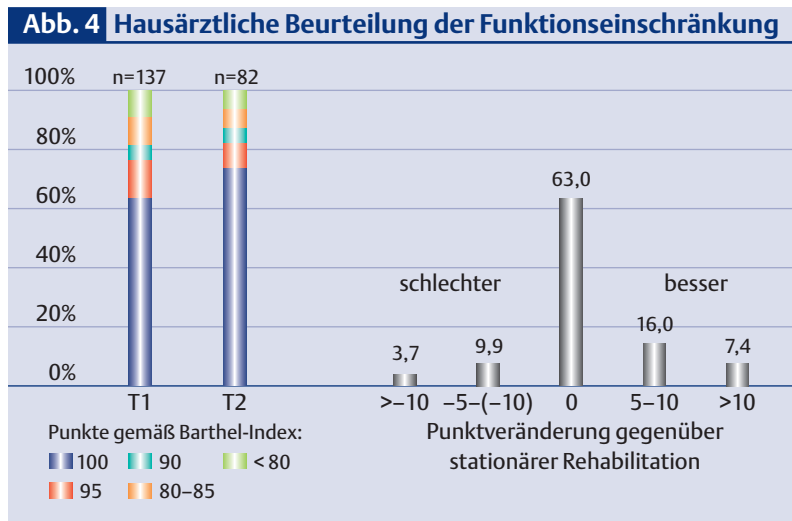
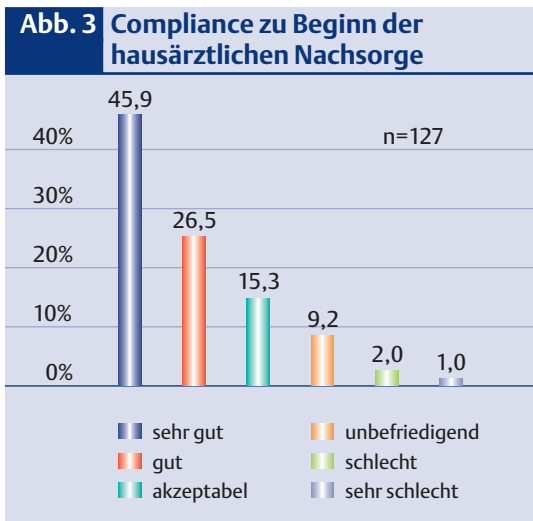
Von 210 angeschriebenen und angerufenen Hausärzten, deren 223 Patienten bereits einer Studienteilnahme zugestimmt hatten, haben schließlich 131 (mit 138 Patienten) ihre Teilnahme an der HANS-Studie zugesichert (62%). Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kollektiven konnte im Rahmen der Klinik-Dokumentation nicht festgestellt werden (Abb. 1, 2). Von diesen Patienten hatten 88% einen ischämischen und 12% einen hämorrhagischen Insult. Das mittlere Alter betrug 65 Jahre. Bei den neurologischen Defiziten ist erwartungsgemäß die – unterschiedlich ausgeprägte – Hemiparese führend (Abb. 2). Die Compliance der Patienten zu Beginn der hausärztlichen Nachsorge entsprach nach Einschät-

Tab. 2 Diagnoseempfehlung bei Verdacht auf Schlaganfall

- Sofortige Durchführung (falls möglich ambulant, sonst stationär) von:
- CCT,
 - EKG,
 - Herzechokardiographie,
 - Doppler-Untersuchung der Karotis,
 - Basis-Labor

Koordinationsschulung unter Stress ist ein wichtiger Bestandteil einer ambulanten Rehabilitation.





zung des Hausarztes in etwa der Einschätzung der Klinikärzte nach Beendigung der stationären Behandlung (Abb. 3). Daran erkennt man, dass 72% der Patienten eine gute, lediglich 12% eine schlechte Compliance zeigen.

Tendenziell verbesserten sich mehr Patienten nachstationär in den Aktivitäten des täglichen Lebens, als sich verschlechterten (Abb. 4).

Innerhalb von drei Monaten erfolgten 140 Zugriffe auf die speziell für die Studienteilnehmer eingerichtete HANS-Site „HANS Aktuell“ als Link der Website www.dr-wiesemann.de, darunter auch von einigen Patienten.

Qualitätszirkel

Die sechs Qualitätszirkel haben bis Ende Januar 2001 unter interdisziplinärer Beteiligung von Allgemeinärzten, Internisten und Neurologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und auch Patienten mit folgenden Themen insgesamt elfmal getagt. Spezielle Patienten-Schulungen sind vorgesehen.

Physiotherapie

Krankengymnastinnen und Ergotherapeutinnen erläuterten ihre Arbeit mit Patienten, in einem Fall stand das Team zusammen mit dem betroffenen Patienten im Qualitätszirkel Rede und Antwort. Besonders hervorgehoben wurde die neurophysiologische Behandlungsmethode nach Bobath. Der Erfolg von Langzeitmaßnahmen, beispiels-

weise über zwei Jahre, ist im Einzelfall nicht voraussehbar (3). Wiederholte Beurteilungen des Funktionsstatus (disability) der Fähigkeiten (5, 17) sind daher entscheidend.

Psycho-neurologische Defizite

Hier wurde zum Beispiel im Hinblick auf die Entwicklung depressiver Episoden, die in 10–30% der Fälle auftritt (2), vereinbart, bei Schlaganfallpatienten neben Nortryptilin (13) auf Grund der geringeren cholinergen Nebenwirkungen auch die neueren Serotonin-Wiederaufnahmehemmer vom Typ Citalopram oder Fluoxetin einzusetzen (8).

Reha-Hilfsmittel

Hilfsmittel werden meist während der stationären Rehabilitation ausgewählt oder in der ambulanten Nachsorge von Krankengymnasten oder Ergotherapeuten empfohlen – zum Beispiel die Versorgung mit Spezialschienen-Schuh. Die Hilfsmittel sind bisher nicht budgetiert.

TIA-Diagnostik, Sekundärprävention

Im Rahmen differenzialdiagnostischer Überlegungen (kardiale Synkope, fokale Epilepsie, Hypoglykämie, Multiple Sklerose, Hypertensive Krise) und therapeutischer Konsequenzen (Karotisstenose, kardiogene Embolie) wurde die Exper-

tenempfehlung zur Umsetzung akzeptiert (Tab. 2) (6, 10). Dabei muss jede TIA als Notfall eingestuft werden. Die Empfehlungen für die Sekundärprävention sind differenzierter zu handhaben (4, 6).

Diskussion

Es überwiegen zwar Patienten, die einer Anschlussheilbehandlung (AHB) zugeführt wurden, jedoch sind auch Patienten aus der so genannten Frührehabilitation – kein AHB, meist schwerer kranke ältere Patienten – in der Studie erfasst.

Es stellt sich die Frage, warum nur 62% der angeschriebenen und angerufenen Hausärzte mit ihren Patienten an der Studie teilnehmen, nachdem alle bis auf einen Patienten der Teilnahme zustimmten. Eine wichtige Rolle spielen hier sicher die bekannten, immer wieder genannten Barrieren: Überforderung und Gängelung der Hausärzte durch Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenversicherung sowie vor allem durch den Gesetzgeber, frustrierendzunehmende Bürokratie und Dokumentationspflichten. Lediglich ein- oder zweimal haben Patienten weitere Untersuchungen abgelehnt.

Die Rezidivrate kann erst nach einem Jahr bzw. 18 Monaten mit anderen Untersuchungen verglichen werden. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Patienten nach der stationären Rehabilitation und nach sechs Monaten differiert nicht wesentlich bei Klinikärzten, Hausärzten und Patienten selbst. Sechs

Monate nachstationär war es tendenziell eher zu einer günstigeren Situation gekommen: Eine vorläufige Auswertung von 82 der 137 Patienten ergab, dass mehr Patienten „besser“ (23%) als „schlechter“ (14%) wurden, wenn man zunächst nur den Barthel-Index zu Grunde legt (Abb. 4). Außerdem ereigneten sich bisher drei Rezidive, eine Patientin ist verstorben.

Die Nutzung des Internets bedarf noch weiterer Unterstützung. Innerhalb von drei Monaten gab es immerhin rund 140 Zugriffe auf die spezielle Studien-Website, außerdem wurde im Zuge dieser Untersuchung auch der E-Mail-Austausch aller beteiligten Praxis- und Klinikärzte vorangetrieben.

Bei den Qualitätszirkeln kam es zu einer ähnlichen Teilnahme-Barriere aus ähnlichen Gründen wie bei der generellen Studienteilnahme. Da jedoch gerade Lebensqualität und Prävention von Rezidiven bzw. TIA-Notfällen als entscheidende Parameter für die Steigerung der Versorgungsqualität betrachtet werden, scheint uns die zunehmende Einbindung über das Internet ein – wenn auch geringer – Ausgleich zu sein. Immerhin haben TIA-Patienten ein jährliches Schlaganfall- bzw. Mortalitäts-Risiko von 5% bzw. 7% (11). Patientenschulungen, die vermutlich einen großen Nutzen haben (19), haben sich noch nicht durchgesetzt. Für einen Vergleich zwischen den beiden Gruppen (Qualitätszirkelteilnehmer und Nicht-Teilnehmer) ist es derzeit noch zu früh.

Eine gemeindenahere Langzeit-Rehabilitation im Sinne nahezu kontinuierlicher, stabilisierender Physiotherapie und sozialer Integration dürfte häufig erforderlich sein, um zunehmender Unselbständigkeit und aufwendiger Pflege vorzubeugen (17). Manchmal ist jedoch auch keine weitere Maßnahme erforderlich, insbesondere dann, wenn eine – im sekundärpräventiven Sinne – hohe Compliance seitens des Patienten vorliegt und keine symptomatischen Defizite zurückgeblieben sind. Individuelle Aspekte sind immer wesentlicher Teil hausärztlicher Strategien (1), auch im Zeitalter von Leitlinien und evidence-based medicine.

Oberstes Gebot bleiben gerade in der Sekundär- und Tertiärprävention der individuelle Nutzen und die Patientenzufriedenheit; nicht selten kann auch bei älteren multimorbiden Patienten vermieden werden, dass sie übermäßig viele Medikamente einnehmen müssen (9).

■ Schlussfolgerungen

Die hausärztliche Studie sensibilisiert für das Schlaganfallthema, da hier notfall-orientierte, kurative und rehabilitativ-sekundärpräventive Aspekte kontinuierlich ineinander greifen. Eine intensiviertere Nachsorge kann den Gesundheitszustand der Patienten nach stationärer Rehabilitation stabilisieren, möglicherweise auch verbessern. Weitere Untersuchungen dürften mehr Klarheit schaffen. Qualitätszirkel und Internet-Nutzung können vermutlich einen Teil der system-bedingten Motivationsproblematik praktizierender Ärzte im Hinblick auf systematische Fortbildung, Kooperation und Versorgungsevaluation ausgleichen. Dies ist umso wichtiger, da Schlaganfallpatienten an einer guten hausärztlichen Weiterbetreuung und internet-basierten Selbsthilfe stark interessiert sind.

Summary

Stroke is the most important cause of morbidity and long-term disability in developed countries. Family doctors must be familiar with the prevention and rehabilitation as well as the pre-hospital management of acute stroke. The aim of the HANS-Study is to improve primary care of stroke patients after inpatient rehabilitation, using quality assurance and Internet. Preliminary results of this study indicate a success concerning the life quality of the 138 patients and the secondary prevention managed by the co-operating 131 family doctors.

Anschrift für die Verfasser

PD Dr. med. Armin Wiesemann
Sektion Allgemeinmedizin
der Universität Heidelberg
Kirchstrasse 44
76684 Östringen
Armin.Wiesemann@t-online.de
www.dr-wiesemann.de

Literatur

1. Abholz H.-H.: Akuter Schlaganfall - ist eine stationäre Einweisung immer notwendig? *Z Allg Med* 76 (2000), 439–443
2. Brott T., Bogousslavsky J.: Drug Therapy: Treatment of acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 343 (2000), 710–722
3. Dam M. et al.: The effects of long-term rehabilitation therapy on poststroke hemiplegic patients. *Stroke* 24 (1993), 1186–1191
4. Diener H.-C., Kurth T., Leonhardt G.: Sekundärprävention des ischämischen Insults. *ZaefQ* 93 (1999), 209–212
5. Dubs L.: Der Patient als Experte. Die Erfassung des Nutzens mittels Fähigkeitsassessment (ICIDH). *Ärztliche Praxis* 1 (1998), 1–7
6. European Stroke Initiative (EUSI): Recommendations for Stroke Management. *Cerebrovascular Dis* 10 (2000), 1–33
7. Fischer G.C., Pullwitt D.H.: Hausärztliche Aufgaben und Möglichkeiten im Bereich ambulanter Rehabilitation. *MMW* 139 (1997), 339–343
8. Gill D., Hatcher S.: Antidepressants for depression in people with physical illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001312
9. Goodwin JS: Geriatrics and the limits of modern medicine. *N Engl J Med* 240 (1999), 1283–1285
10. Haberl R.L., Knoll T., Wimmer M.: Klinische Diagnostik und Schlaganfallsubtypen. *ZaefQ* 93 (1999), 169–174
11. Hacke W.: Rechtzeitige Rehabilitation bei flüchtigem Schlaganfall zur Vermeidung schwerster Folgen. In: Hans-Ruland-Stiftung, Schriftenreihe 4, 1995, 34–43
12. Jork K.: Ambulante Versorgung von Patienten nach Schlaganfall durch niedergelassenen Ärzte. Bericht, 1993, Frankfurt
13. Kimura M., Robinson R.G., Kosier J.T.: Treatment of cognitive impairment after poststroke depression: a double-blind treatment trial. *Stroke* 31 (2000), 1482–1486
14. Krause M. et al.: Anschlussheilbehandlung nach Schlaganfall. *Nervenarzt* 70 (1999), 322–329
15. Mauritz K.-H.: Rehabilitation nach Schlaganfall. Kolhammer, Stuttgart, 1994
16. Stroke Unit Trialist's collaboration: organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *The Cochrane Library* 4 (1998), 1–14
17. U.S. Department of Health and Human Services (Ed.): Post-Stroke Rehabilitation: Clinical Practice Guideline No. 16. AHCPR Publication 1995, Rockville, Maryland, No. 95–0662
18. Wade D.T.: Stroke: rehabilitation and long-term care. *Lancet* 339 (1992), 126–129
19. Wiesemann A: Die Rolle des Hausarztes bei der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. In: Hans-Ruland-Stiftung, Schriftenreihe 4, 1995, 67–83
20. Wiesemann A: Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, 03.04: 1–52 In: Allhoff P., et al. (Hrsg.): Präventivmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, 1997
21. www.dr-wiesemann.de: HANS-Nachsorgestudie