

## Hausärztliche Aufgaben bei Schlaganfall-Patienten

# Nach dem Apoplex ist alles anders



Diethard Sturm

Nach einem Apoplex, nach Akutbehandlung und Reha kommt der Betroffene zurück in seine Welt, und es ist doch eine völlig andere, fremde, nicht mehr wie zuvor zu bewältigende Welt. Wer möchte es sich schon für sich selbst ausmalen, zum Beispiel nicht mehr kommunizieren zu können und für jeden Ortswechsel auf Hilfe angewiesen zu sein? Doch leider nicht so selten stehen wir vor der Aufgabe, Patienten in dieser Situation behandeln zu müssen.

Zwei Aufgabenbereiche bestehen für die hausärztliche Versorgung nach dem Apoplex, d. h. nach Ende der stationären Rehabilitation:

1. Die Sekundärprävention, also Maßnahmen, die die Gefahr eines erneuten Ereignisses mindern.
2. Die Fortsetzung der Rehabilitation in Einheit mit der tertiären Prävention, d. h. Maßnahmen, die helfen, den Gesundheits- und Funktionszustand unseres Patienten zu erhalten. Lebenserwartung ist beides: Lebensdauer einerseits und Lebensqualität andererseits.

Die sekundäre Prävention ist relativ gut durch Studien belegt, die tertiäre nur sehr dürftig.

### Sekundärprävention

Das Ziel ist die Risikoverminderung für einen Rezidiv-Apoplex. Das Risiko ist in erster Linie bedingt durch die vaskulären Veränderungen (Atherosklerose), die durch das „böse Quartett“ der Risikofaktoren Diabetes, arterielle Hypertonie, Rauchen und Hyperlipidämie gefördert werden. Neben der Beeinflussung der Risikofaktoren selbst ist der Behandlung mit Thrombozyten-Aggregationshemmern die erforderliche Aufmerksamkeit zu widmen, wobei sich drei medikamentöse Alternativen streiten:

- ASS
- ASS mit Dipyridamol
- Clopidogrel.

Gemäß den Leitlinien der DEGAM und aufgrund weiterer eingehender Recherchen kann festgestellt werden, dass es keine Überlegenheit einer anderen Strategie über 100 mg Acetylsalicylsäure (ASS) gibt. Die Studien zur Kombination von ASS mit Dipyridamol weisen in der Vergleichsgruppe eine Unterdosierung von ASS auf (50 mg), die mindeste wirksame Dosis sind aber 75 mg, besser 100 mg. Da ASS Bestandteil der Kombination ist, stellt diese auch keine Alternative bei ASS-Unverträglichkeit dar. Das Einnahmeregime ist aufwendiger, die Kosten 50-fach.

Clopidogrel ist mittlerweile beim Apoplex durch den Gemeinsamen Bun-

desausschuss Ärzte/  
Krankenkassen (G-BA)  
als nur auf Ausnahmen  
beschränkt verordnungs-  
fähig bewertet worden,  
also bei ASS-Versagen  
(Zweitapoplex unter  
ASS) oder ASS-Unver-  
träglichkeit. Da ASS und  
Clopidogrel unterschied-  
liche Wirkmechanismen  
haben, eine vergleichbare  
Versagerquote auch bei  
Clopidogrel vorliegt und  
die Kombination von bei-

**Häufige Störungen nach Apoplex und mögliche Therapiemaßnahmen**

Beispiele von Störungen	Planung des Vorgehens	Behandlungsmöglichkeiten
Motorische Störung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grobmotorik</li> <li>• Feinmotorik und Koordination</li> </ul> Kognitive Störungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalisierte Störung</li> <li>• Lokalisierte Störungen</li> </ul> Depressive Störung Störungen der Kommunikation Ernährungsstörung Schmerzen	Beim komplexen Vorgehen sind nicht Störungen zu The- rapien zuzuordnen, sondern die Ziele erfordern die ganze Palette der Methoden. Entscheidend sind die aktu- ellen Ziele des Patienten und die daraus abgeleiteten The- rapieziele	Medikamentöse Behandlung Psychotherapie Heilmittel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Logopädie</li> </ul> Soziale Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbsthilfegruppe</li> </ul> Pflege Hilfsmittel

Tabelle 1

den mehr Nebenwirkungen, aber kein  
besseres Outcome zeigte (CHARISMA-  
Studie), ist das Vorgehen entsprechend  
der verfügbaren Evidenz klar vorge-  
zeichnet: ASS als Mittel der ersten Wahl,  
Clopidogrel als Reservemittel bei ASS-  
Versagen oder Unverträglichkeit. Wenig  
bekannt ist die Tatsache, dass PPI den  
Mechanismus zur Umwandlung des  
Prodrugs Clopidogrel in die eigentliche  
Wirksubstanz in der Leber behindern  
und so dessen Wirksamkeit wesentlich  
einschränken. Auch hier besteht eine  
deutliche Überlegenheit für ASS – und  
ein Grund, den Einsatz der PPI kriti-  
scher zu sehen als bisher.

**Zur Sekundärprävention des  
Apoplex sollte ASS als Mittel der  
ersten Wahl eingesetzt werden,  
Clopidogrel bei Versagen oder  
Unverträglichkeit.**

Embolische Apoplexien gehen überwie-  
gend vom linken Vorhof bei absoluter  
Arrhythmie aus, hier ist die Antikoagu-  
lation das Mittel der Wahl, und zwar  
mit höherem Alter und damit höherem  
Apoplexrisiko mit zunehmender Dring-  
lichkeit.

**Blutdrucksenkung**

Die Blutdrucksenkung ist neben dem  
Verzicht auf Tabak die wirksamste Maß-  
nahme zur Vermeidung eines Schlagan-  
falls. Auch im höheren Lebensalter gilt  
diese Aussage, wie die HYVET-Studie  
erneut belegte. Allerdings wurde hier  
nicht auf die sonst angegebenen Ziel-  
werte von 130/80 mmHg, sondern auf

150 mmHg systolisch gesenkt, und es  
handelte sich nicht um Multimorbide,  
sondern eher um Patienten mit wenigen  
weiteren Risikofaktoren.

Bei multimorbiden Alten müssen bei der  
Blutdrucksenkung auch die Gefahr von  
Stürzen durch eventuelle orthostatische  
Zwischenfälle und die Folgen einer Mul-  
timedikation bei eingeschränkter Eli-  
minationsfunktion bedacht werden.  
Zudem ist die Frage nach der Lebenser-  
wartung in die Bilanz einzubeziehen.

**Die Behandlung des Patienten nach  
dem Schlaganfall**

Die Rehabilitations-Maßnahmen zur  
Verbesserung der Funktionen gehen  
fließend über in die Maßnahmen, um  
eine Verschlechterung durch die schlei-  
chenden Prozesse zu verhindern (vgl.  
Tabelle 1). Die Entwicklung einer De-  
pression, einer vaskulären Demenz oder  
eines Parkinson-Syndroms, die Verstär-  
kung einer Spastik und die schleichende  
Einschränkung der Bewegungsfähigkeit  
verdienen mindestens die gleiche Auf-  
merksamkeit wie die Sekundärpräventi-  
on. Allerdings wird diesen Aspekten, die  
entscheidend sind für die Lebensqua-  
lität des Betroffenen und seiner Ange-  
hörigen, in der Forschung, Fortbildung  
und den Ressourcen weit weniger Auf-  
merksamkeit geschenkt und die Quali-  
tät der Betreuung mangels hinreichen-  
der Evidenz und geeigneter Instrumente  
nicht daran gemessen. Die Leitlinien  
schweigen sich aus. Auch die Autoren  
der DEGAM-Leitlinie „Schlaganfall“ von  
2006 konnten kaum belastbare Evidenz  
auffinden. Ängste der Verordner vor

Regressen behindern insbesondere die  
Heilmittelverordnung.

**Was passiert nach dem Apoplex?**

Die Frage ist eher: Was passiert nicht?  
Denn in der Folge eines Schlaganfalls  
können alle Hirnfunktionen mehr oder  
weniger in Mitleidenschaft gezogen  
werden und sind auch im Rahmen des  
Ganzen zu berücksichtigen. Diese Pro-  
zesse des Funktionsverlustes halten an,  
so dass ein zu Beginn erhobener Befund  
nichts Endgültiges ist, sondern konti-  
nuierlich überprüft werden muss. Zum  
einen lässt sich dadurch der Erfolg ein-  
geleiteter Maßnahmen überprüfen, zum  
anderen eine fortschreitende defizitäre  
Entwicklung frühzeitig erkennen.

**Demenz**

Eine Demenz entwickeln innerhalb von  
vier Jahren 21,5 % der Schlaganfallpa-  
tienten: 6,3 % innerhalb des ersten  
Jahres, 9,4 % nach zwei Jahren, 17 %  
nach drei und 21,5 % nach vier Jahren.  
Ein Drittel davon entfällt auf Demen-  
zen vom Alzheimer-Typ, knapp zwei  
Drittel auf vaskuläre Demenzen [1].  
Antidementiva sind für die Alzheimer-  
Demenz zugelassen und als den Verlauf  
der Erkrankung verzögernd anerkannt,  
wären also bei zwei Drittel dieser Pati-  
enten indiziert.

**Depression**

Depressive Störungen werden oft als  
nachvollziehbar und somit reaktiv be-  
trachtet. Zweifellos stellt ein Apoplex  
mit nachhaltigen Defiziten ein schwer-  
wiegendes Trauma dar, aber unabhän-  
gig davon entwickelt sich bei vielen

Patienten eine behandlungsbedürftige Depression (wie auch die Demenz) aus den Stoffwechselstörungen heraus.

### Bewegungsstörungen

Am auffälligsten sind die Bewegungsstörungen. Sie sind auch das erste Symptom, an das bei dem Stichwort Apoplex gedacht wird. Mit den Bewegungsstörungen verbunden ist der Verlust an Mobilität und Eigenständigkeit. Im natürlichen Krankheitsverlauf entwickelt sich aus der initialen schlaffen Parese bald ein spastischer Lähmungszustand.

### Hilfe bei der Lebensplanung

Nach einem solch schwerwiegenden und nicht mehr umkehrbaren Ereignis ist eine neue Lebensplanung erforderlich. Welche Ziele sind jetzt (noch) realistisch?, oder positiv: Was können wir uns vornehmen? Das „wir“ ist an dieser Stelle entscheidend, denn der Patient kann oft keine eigenständige Planung mehr vornehmen, er ist im Allgemeinen auf Hilfe angewiesen, die er vielleicht zuvor immer ignoriert, abgewiesen hat.

Diese neue Lebenszielbestimmung erfolgt wohl meist in der Phase der stationären Rehabilitation, möglichst auch mit psychologischer Unterstützung. Aber das Erleben der realen Welt im eigenen Wohnbereich will auch erst einmal verdaut sein. Andererseits kommen hier positive Impulse aus dem Lebensbereich hinzu, die diesen Prozess fördern können. Die Lebensziele können dann heruntergebrochen werden auf die langfristigen und aktuellen Therapieziele, die auch vereinbart werden sollten. Die aktive Mitwirkung ist essenzieller Bestandteil.

Und wenn der Patient nicht will? Das spricht schon stark für eine Depression, und dann ist die antidepressive Therapie das vorrangige Patientenproblem. Natürlich ist eine Verstimmung, eine wechselnde Tagesform im psychischen Befinden und Reagieren normal, aber die hohe Rate an Depressionen nach Apoplex verlangt generelles Prüfen und Therapieren. Die Nachvollziehbarkeit der depressiven Entwicklung unter diesem

### Logopädieverordnung bei Schluckstörungen laut Heilmittelkatalog (Muster 14)

**Diagnosegruppe: SC1 krankhafte Störungen des Schluckaktes, Dysphagie**

#### Leitsymptomatik:

Störungen

- des Schluckaktes (motorisch oder sensorisch) in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase
- in Form einer Aspirationsgefahr
- der Stimme

#### Ziel der Therapie:

- Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes
- ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien
- Ermöglichen der oralen Nahrungsaufnahme

#### Heilmittel:

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten
- Verordnungsmengen: bis zu 10 x pro Diagnose, Folgeverordnung bis zu 10 x, bis zu 60 Einheiten
- Frequenzempfehlung: mindestens 1 x wöchentlich

### Übersicht 1

Leidensdruck ist kein Grund, auf eine antidepressive Therapie zu verzichten!

Der Hausarzt ist mehr oder weniger strukturiert über den allgemeinen Lebensplan seiner langfristig betreuten Patienten im Bilde und kann am besten einschätzen, inwieweit jetzt ein wesentlicher Umbruch erfolgt. Bei einem Lebenskreis rund um den Fernseher wird sich weniger ändern als bei den „wildem Alten“, die noch alles nachholen wollten, was sie wegen ihrer Karriere und beruflichen wie familiären Aufgaben bisher versäumt zu haben glauben.

Behandlungsziele bezüglich der Lebensqualität nach schwerwiegenden Erkrankungen bzw. bei Behinderung sind

- Schmerzfreiheit
- Essen, Trinken und Ausscheiden
- Kommunikationsfähigkeit

- Mobilität
- Eigenständigkeit in den Alltagsbedürfnissen
- Verwirklichung langfristiger Lebensziele.

Das könnte auch annähernd eine Rangordnung sein, die allerdings beim Einzelnen variiert. Das vordringlichste Problem ist beim Patienten zu erfragen und zuerst zu lösen, ergibt sich aber auch aus vitaler Gefährdung (Ernährung). Ein dahin gehender Erfolg wirkt auch besser antidepressiv als viele Worte.

**Die Entwicklung einer Depression nach einem Apoplex ist zwar nachvollziehbar, rechtfertigt deshalb aber nicht einen Verzicht auf eine antidepressive Therapie.**

### Schmerzfreiheit

Schmerztherapie erfolgt mit allen Mitteln der nichtmedikamentösen und medikamentösen Therapie, wegen der Multimedikation mit möglichst geringer Substanzbelastung und geringem Nebenwirkungspotenzial. Zuwendung ist die halbe Schmerztherapie. Auch antidepressive Therapie und Physiotherapie können schmerzlindend wirken.

### Essen, Trinken, Ausscheiden

Es beginnt mitunter beim Gebiss, das nach dem Apoplex nicht mehr richtig passt. Bei Schluckstörungen oder dem Verdacht darauf, bei häufigem Verschlucken oder Husten beim Essen sollte man einen Logopäden hinzuziehen (vgl. Übersicht 1), sowohl zur Diagnostik (falls nicht in der stationären Reha erfolgt und mitgeteilt) als auch dann zur Therapie.

Bei anhaltenden Störungen der oralen Zufuhr kann eine PEG-Versorgung erforderlich sein. Auch bei liegender PEG sollte immer wieder versucht werden, oral Getränke und Nahrung zuzuführen. Lediglich häufiges Verschlucken spricht dagegen. Im Verlauf kann die PEG auch wieder entfernt werden. Das wird durch die Logopädie auch in solchen Fällen unterstützt.

Die Trinkmenge sollte sich an den bisherigen Gewohnheiten orientieren. Keine rapide Gewichtskorrektur. Bei adipösen Patienten kann eine schleichende Gewichtskorrektur durch Fett- und Zuckereinschränkung erfolgen.

Die Ausscheidung muss beobachtet und ggf. unterstützt werden. Auch an eine Blasenparese (Überlaufblase) ist zu denken und nicht nur an Inkontinenzversorgung mit Windeln. Falls erforderlich sollte die Darmausscheidung vorwiegend mit osmotisch wirkenden Laxanzien unterstützt werden.

### Kommunikation

Sprachstörung zu erkennen, zu differenzieren und zu behandeln, ist wiederum eine Aufgabe für die Logopädie (Übersicht 2). Die eingehende Untersuchung überfordert den Hausarzt fachlich und zeitlich, Laien können die Störung nicht differenzieren. Logopäden werden zunächst das Störungsbild analysieren und einen Behandlungsplan aufstellen. So wird z. B. das Sprachverständnis u. a. durch Aufträge getestet. Manchmal liegen auch nur Wortfindungsstörungen bei erhaltenem Sprachverständnis

### Logopädieverordnung (Muster 14)

#### Diagnosegruppen:

**SP5:** Aphasien, Dysphasien

**Leitsymptomatik:** Störungen im Bereich der Wortfindung, des Sprechens, Lesens und Schreibens, des Sprachverständnisses ...

**SP6:** Störungen der Sprechmotorik: Dysarthrie, Sprechapraxie

**Leitsymptomatik:** Störungen der Stimmgebung, der Sprechatmung, der neuronalen Steuerungs- und Regelungsmechanismen ...

**Ziel:** Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten, erforderlichenfalls Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten

**Heilmittel:** Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten

**Verordnungsmengen:** Erstverordnung 10 x/Diagnose, Folgeverordnungen: bis zu 20 x, Gesamtmenge: im Regelfall 60 Verordnungen

Verlaufskontrollen bzw. weiterführende Diagnostik nach 30 Einheiten

### Übersicht 2

oder Sprechunfähigkeit bei erhaltener Schreibfähigkeit vor. Die Kommunikationsfähigkeit ist für die Lebensqualität entscheidend wichtig. Die Angehörigen sind einzubeziehen, um das notwendige Verständnis und entsprechendes Verhalten zu vermitteln.

### Mobilität

Die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Mobilität bedarf der qualifizierten Pflege, der Physiotherapie/Er-

gotherapie (Abb. 1 und 2), der Anleitung der Bezugspersonen und der Versorgung mit Hilfsmitteln.

Die Pflege schafft die wichtigen Voraussetzungen durch die geeignete Lagerung. Unsachgerechte Arbeit der Pflegenden kann erheblichen Schaden anrichten, vor allem am Schultergelenk, wenn es durch Ziehen bei einer Parese geschädigt wird. Die Vermeidung von Dekubitus ist heute zuverlässig möglich. Die Angehörigen sind entsprechend anzuleiten.

Therapieziele sind die Wiederherstellung der aktiven Beweglichkeit, nachgeordnet die Vermeidung bzw. Minderung der Spastik (Übersicht 3). Dafür sind physiotherapeutische krankengymnastische Methoden entwickelt worden, die auf neurophysiologischer Grundlage die die Spastik induzierenden Impulse vermeiden (Bobath).

### Ziele der Physiotherapie

- Normalisierung des Muskeltonus
- Verhinderung oder später auch Verminderung von Kontrakturen
- Minderung der Wahrnehmungsstörungen, z. B. Wiedererlernen der Körpermitte
- Anbahnung von Bewegungsabläufen
- Umgang mit Hilfsmitteln wie Gehstützen, Rollstuhl oder Rollator.

Bei der Behandlung der Bewegungsstörungen einschließlich des Erlernens der



Abb. 1: Physiotherapie bei Patientin mit linksseitiger Hemiplegie

Stabilität im Sitzen, Stehen und Gehen sind im Rahmen des Bobath-Konzeptes die Aufgaben von Physiotherapie und Ergotherapie angenähert. Die Hilfsmittelversorgung ergänzt die aktiven Behandlungen in allen Zielbereichen.

### Eigenständigkeit der Alltagsbedürfnisse

Die Eigenständigkeit ist ein wichtiges Anliegen der Patienten, es ist auch die größte Angst vor dem Alter, auf andere angewiesen zu sein. Nach Erreichen der vorgenannten Ziele, die alle zur Eigenständigkeit dazugehören und Voraussetzungen dafür sind, sind weitere Fertigkeiten und die kognitive Leistungsfähigkeit erforderlich. Hier ist es besonders die Ergotherapie, die zur Wiedererlangung der Lebensqualität beiträgt (Übersicht 4).

### Laufende Diagnostik bzw. Verlaufskontrolle

Der Barthel-Index ist geeignet für die Verlaufsbeobachtung der Defizite innerhalb eines Falls vom Akutkrankenhaus über die stationäre Rehabilitation bis hin zur ambulanten Rehabilitation am Wohnort. Er wird auch verwendet, um den allgemeinen Schweregrad einer Erkrankung grob einzuschätzen. Ein Vergleich zwischen Patienten allerdings ist wegen der Verschiedenheit der einbezogenen Funktionen nicht sinnvoll.

Das „pflegegesetzadaptierte geriatrische Basisassessment“ PGBA spiegelt die Gesamtheit der Einschränkungen eines Patienten wider und lässt sich sowohl für die Zustandsbeschreibung wie auch die Fokussierung der Maßnahmen und die

Verlaufsbeurteilung gut anwenden. Es ist für den Untersucher und Behandler eines ihm bisher unbekanntem Patienten initial aufwendig. Für den Hausarzt mit langjähriger Patientenbeobachtung und Kenntnis der Lebensumstände ist es wesentlich einfacher und mit geringerem Zeitaufwand zu dokumentieren. Diese Befunddarstellung ist für die Kommunikation der Leistungsbereiche untereinander von großem Wert, allerdings ist von Seiten spezialisierter Einrichtungen der Akutbehandlung wie auch der Rehabilitation noch keine Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit diesem hausärztlichen Instrument erkennbar gewesen.

**Das „pflegegesetzadaptierte geriatrische Basisassessment“ (PGBA) lässt sich für Zustandsbeschreibungen und zur Verlaufsbeobachtung gut einsetzen.**

Ein PGBA-Befund, bereits zum Befund vor dem Ereignis vorliegend, könnte die weiteren Maßnahmen zielgenauer und wirtschaftlicher festlegen lassen, insbesondere die Festlegung der Rehabilitationsziele wäre effektiver, da vor dem aktuellen Ereignis bereits vorhandene Defizite als nicht mehr rehabilitationsfähig ausgeklammert würden und der Einsatz sich auf die neu hinzugetretenen konzentrieren würde.

### Selbsthilfe

Bis ins Letzte kann ein professioneller Behandler die Veränderungen, die die



Abb. 2: Ergotherapie bei Patientin mit Schlaganfall zur Verbesserung der Feinmotorik

Erkrankung für den Betroffenen selbst und seine nicht minder betroffenen Angehörigen mit sich bringt, nicht nachvollziehen. Besser können das die Betroffenen untereinander. Sie sammeln auch gemeinsam eine Menge Erfahrungen über die Behandlung und Bewältigung der Folgen eines Schlaganfalls. Deshalb ist Selbsthilfe für die Patienten und ihre Pfleger und Kümmerner eine wesentliche Hilfe und Erleichterung.

Was kann Selbsthilfe leisten? Zunächst kann dadurch Wissen über die Krankheit bei natürlichem Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten vermittelt werden, meist in Zusammenarbeit mit Ärzten. Vorrangig geht es um die Maßnahmen der sekundären Prävention und die Langzeitprobleme, die möglichen weiteren Verschlechterungen, deren Vermeidung, Erkennung und Behandlung.

Die gegenseitige Information über Hilfsmittel zur technischen Problembewältigung, über Ansprüche gegenüber Kranken- und Pflegekassen, über Reha-Maßnahmen etc. spielt in den Selbsthilfegruppen eine wesentliche Rolle.

Last but not least ist die Gruppe eine wesentliche Stütze bei den psychosozialen Belastungen. Die familiäre Gemeinschaft hat sich unter ganz anderen Bedingungen zusammengefunden und entwickelt, als sie jetzt bestehen.

### Verordnung Physiotherapie

**Diagnosegruppe:** ZN2: ZNS-Erkrankungen, z. B. zerebrale Blutung, Tumor, Hypoxie ...

**ZN2a:** Bewegungsstörungen von Extremitäten, Rumpf- oder Kopfmuskulatur, z. B. mit Hemiplegie

**ZN2b:** Funktionsstörungen durch Muskeltonusstörungen, z. B. Spastik, Kontrakturen

**ZN2c:** zentrale Koordinationsstörungen und Störungen der Grob- und Feinmotorik

**Vorrangiges Heilmittel:** KG – ZNS/KG

**Ergänzendes Heilmittel:** Wärme-/Kältetherapie

**Verordnungsmengen je Diagnose:** Erstverordnung bis zu 10 x/Diagnose, Folgeverordnung bis zu 10 x, Gesamtmenge: im Regelfall bis 30 Einheiten

### Übersicht 3

**Ergotherapie-Verordnung (Muster 18)**
**EN2:** ZNS-Erkrankungen, z. B. Apoplex

Schädigung/Funktionsstörungen der Körperhaltung, -bewegung und Koordination, der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung, der kognitiven Funktionen...

**Ziel der Ergotherapie:** Selbstständigkeit in der altersentsprechenden Versorgung, Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit, der Belastungsfähigkeit und Ausdauer, im Verhalten ...

**Vorrangige Heilmittel:**
**A1:** sensomotorisch-perzeptive Behandlung

**A2:** motorisch-funktionelle Behandlung

**A3:** Hirnleistungstraining; neuropsychologisch orientierte Behandlung

**Optionales Heilmittel:** z. B. psychisch-funktionelle Behandlung

Erstverordnung: bis zu 10 x/Diagnose, Folgeverordnung: bis zu 10 x, Gesamtmenge: im Regelfall bis 40 Einheiten

**PS5:** Demenzielle Syndrome

Störungen der Merkfähigkeit, der Orientierung in Raum, Zeit und Personen oder der psychomotorischen Funktionen

**Leitsymptomatik:** Einschränkungen im Verhalten, in der Selbstversorgung, in der zwischenmenschlichen Interaktion, in kognitiven Fähigkeiten, der Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

**Heilmittel: A1:** psychisch-funktionelle Behandlung

**A2:** Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Erstverordnung: bis zu 10 x/Diagnose, Folgeverordnung bis zu 10 x, Gesamtmenge: im Regelfall bis 40 Einheiten

**Übersicht 4**

Also ändert sich das ganze Beziehungsgeflecht. Auch das lässt sich aus dem eigenen Erleben und Bewältigen mit Selbsthilfe gut ergänzen neben allen professionellen Angeboten.

Eine andere Bereitschaft der Selbsthilfeorganisationen ist noch bemerkenswert: Die Erkrankten und ihre Angehörigen sind bereit, in der Öffentlichkeit über ihre Erkrankung, die Ursachen und Folgen für ihre Gesundheit zu informieren, über ihre Ignoranz gegenüber den bekannten Ursachen, über ihre Fehler, auf dass andere diese Fehler mit dem fatalen Ausgang vielleicht vermeiden. Dabei geht es sowohl um die präventiven Ansätze wie auch um das sofortige rasche und richtige Handeln bei den Zeichen eines Schlaganfalls.

Die Selbsthilfegruppen erhalten Koordination und Unterstützung von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Neben Projekten der großflächigen Arbeit zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Verbesserung der Betreuungsqualität

im Bundesmaßstab wird die Arbeit der Selbsthilfe vor Ort unterstützt. ■

1) Altieri M et al.: Delayed poststroke dementia: a 4-year follow-up study. *Neurology* 62 (2004) 2193-2197

*Interessenkonflikte: keine deklariert*

**Elektronische Fortbildung gefragt?**

Wäre eine DVD oder eine Internetfortbildung, die Ihnen die Heilmittel, Hilfsmittel, Pflegeprobleme und Selbsthilfe nach Apoplex näherbringt, für Ihre tägliche Praxis nützlich? Schreiben Sie mir dazu bitte Ihre Meinung: [hbfsturm@aol.com](mailto:hbfsturm@aol.com)



Dr. med. Diethard Sturm  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
09337 Hohenstein-  
Ernstthal

# Online Punkte sammeln

Unter [www.allgemeinarzt-online.de/cme](http://www.allgemeinarzt-online.de/cme) haben wir für Sie eine große Auswahl an zertifizierten Fortbildungseinheiten aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Diabetologie zusammengestellt, mit denen Sie jeweils bis zu drei CME-Punkte sammeln können. Registrieren Sie sich dazu bei unserem Kooperationspartner DocCheck® als Abonnent von DocCheck® Pro.

Ihre Vorteile:

- Direkte Ergebniskontrolle und Übersicht über Ihre bisher erzielten Punkte
- Zugriff auf das komplette Facharchiv des Kirchheim-Verlags inklusive Volltextsuche.

Das Jahresabonnement bei DocCheck® Pro kostet 4,08 € im Monat. Über die vielen weiteren Vorteile informiert DocCheck® unter <http://pro.doccheck.com>.

## Online-Partner QUAIME

Neu ist unsere Zusammenarbeit mit der QUAIME® AG ([www.quaime.com](http://www.quaime.com)), einem Anbieter von praxisnahen elektronischen Fortbildungsmodulen für Ärzte. Diese sind, wie die CME-Beiträge von *Der Allgemeinarzt*, durch das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) zertifiziert und bestehen pro Modul/medizinischem Thema aus jeweils drei Untereinheiten:

- Online-Fallstudie
- Online-Vortrag
- Virtueller Klassenraum.

Pro Modul können bis zu 9 CME-Punkte erarbeitet werden. Derzeit finden Sie bei QUAIME® passend zu unserem aktuellen CME-Beitrag von Herrn Dr. Sturm u. a. das Thema „Apoplex“. Dieses Modul kann kostenlos bearbeitet werden. Weitere Module sind zu einem Preis von 19,50 € pro Fallstudie bzw. Vortrag buchbar.

# Fragen zur zertifizierten Fortbildung „Apoplex“

**Nur jeweils eine Antwort ist richtig.**

## 1. Bei absoluter Arrhythmie ist die Sekundärprävention vorrangig vorzunehmen

- a. mit Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon.
- b. mit ASS 100.
- c. mit ASS 500.
- d. Mit ASS plus Clopidogrel.
- e. Mit ASS plus Dipyridamol.

## 2. Nach arteriosklerotischem ischämischen Insult ist für die Sekundärprävention das Vorgehen der ersten Wahl

- a. Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon.
- b. Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS 100.
- c. Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS 500.
- d. Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS plus Clopidogrel.
- e. Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS plus Dipyridamol.

## 3. Eine Depression bei Apoplex

- a. ist eine normale Begleiterscheinung.
- b. klingt spontan im häuslichen Milieu ab.
- c. muss appellativ zur Therapiesicherung überwunden werden.
- d. bessert sich bei erfolgreicher Ergotherapie.
- e. ist wie andere Depressionen behandlungsbedürftig.

## 4. Wie viele logopädische Behandlungen sind bei Schluckstörungen im Regelfall verordnungsfähig?

- a. 20 Behandlungseinheiten
- b. 30 Behandlungseinheiten
- c. 40 Behandlungseinheiten
- d. 50 Behandlungseinheiten
- e. 60 Behandlungseinheiten

## 5. Welche Gelenke sind bei Halbseitenparese durch unsachgemäße Pflege besonders gefährdet?

- a. Handgelenke
- b. Ellenbogengelenke
- c. Schultergelenke
- d. Kniegelenke
- e. Sprunggelenke

## 6. Was gehört nicht zu den Behandlungszielen der Physiotherapie?

- a. Normalisierung des Muskeltonus
- b. Verhinderung oder später auch Verminderung von Kontrakturen
- c. Minderung der Wahrnehmungsstörungen, z. B. Wiedererlernen der Körpermitte
- d. Förderung der kognitiven Fertigkeiten
- e. Umgang mit Hilfsmitteln wie Gehstü-  
tzen, Rollstuhl oder Rollator

## 7. Wichtigste Methoden der Physiotherapie sind:

- a. Wärme und Entspannungsübungen zur Vermeidung von Spastik
- b. Massage und Triggerpunktbehandlung zur Schmerzminderung

- c. Neurophysiologische Krankengymnastik zur Erlangung der Mobilität
- d. Wassergymnastik zur Entlastung der Gelenke und Besserung des Körpergefühls
- e. Krafttraining und Ausdauerübungen zur Verbesserung der Kondition

## 8. Was ist die vorrangige Aufgabe der Ergotherapie?

- a. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit
- b. Wiedererlangung der Eigenständigkeit und besseren Lebensqualität
- c. Erleichterung der Pflegesituation
- d. Herstellung einfacher Bastelarbeiten
- e. Unterstützung der Schmerztherapie

## 9. Wofür ist der Barthel-Index in der Reha besonders geeignet?

- a. Therapieplanung
- b. Beurteilung des Behandlungsfortschritts
- c. Qualitätskontrolle
- d. Vergleich zwischen Erkrankten
- e. Fehlersuche

## 10. Was kann Selbsthilfe nicht leisten?

- a. Unterstützung der Angehörigen
- b. Sekundäre Prävention für die Mitglieder
- c. Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit
- d. Information über Hilfsmittel
- e. Information über Reha und Heilmittel

# So sichern Sie sich Ihre Fortbildungs-Punkte

Für jede Folge unserer zertifizierten Fortbildung erkennt die Bayerische Landesärztekammer, mit der wir kooperieren, bis zu **drei** Fortbildungspunkte an, und zwar unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens 70 % der Fragen wurden korrekt beantwortet = zwei Punkte
- Alle zehn Fragen wurden richtig beantwortet = drei Punkte

Tragen Sie Ihre Antworten bitte in das Antwortfeld rechts unten ein und füllen den Vordruck „Persönliche Daten“ aus.

Den gesamten Antwortbogen faxen Sie dann an folgende Nummer: **09404 - 952018.**

Alternativ ist eine **Online-Bearbeitung** der Fragen möglich unter: [www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de) oder [www.allgemeinarzt-cme.de](http://www.allgemeinarzt-cme.de)

Bei erfolgreicher Teilnahme erhalten Sie per Fax oder E-Mail eine Bestätigung, die Sie bei Ihrer Landesärztekammer einreichen können.

Für das Freiwillige Fortbildungszertifikat können 150 CME-Punkte in maximal drei Jahren erworben werden, u. a. durch eine strukturierte interaktive Fortbildung (also z. B. durch die in *Der Allgemeinarzt* angebotene CME-Fortbildung).

Die seit dem 1.1.2004 geltende Pflichtfortbildung gemäß § 95d SGB V fordert 250 Punkte innerhalb von fünf Jahren, nachzuweisen mit Stichtag 30.6.2009. Weitere Informationen erfragen Sie bitte bei Ihrer zuständigen Ärztekammer.

## Persönliche Daten

Titel		Vorname		Nachname	
Berufsbezeichnung				Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)	
Straße		Hausnummer		Praxisstempel	
Postleitzahl		Ort			
Fax-Nr.		E-Mail			

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und der zuständigen Landesärztekammer gemeldet werden und bei mindestens 70 % korrekt beantworteten Fragen eine entsprechende Bestätigung an die angegebene Fax-Nummer geschickt wird. Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben. Keine Haftung für nicht exakt angenommene Faxe.

Ort, Datum

Unterschrift

## IhF als Garant für hausärztlich orientierte Fortbildung

Die in *Der Allgemeinarzt* angebotenen CME-Fortbildungsmodulen wurden von der Bayerischen Landesärztekammer autorisiert und in Zusammenarbeit mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) erstellt. Sie können also sicher sein, dass sich die Inhalte an den speziellen hausärztlichen Bedürfnissen orientieren. Das IhF beteiligt sich sowohl an der Auswahl der Themen und Autoren als auch an der Überarbeitung der eingereichten Manuskripte. Dafür steht ein Review-Board zur Verfügung, das sich aus folgenden Personen zusammensetzt:

- Dr. med. Gerhard Bawidamann
- Dr. med. Diethard Sturm
- Dr. med. Annette Niessing

Antwortfeld: (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

	a	b	c	d	e
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					