

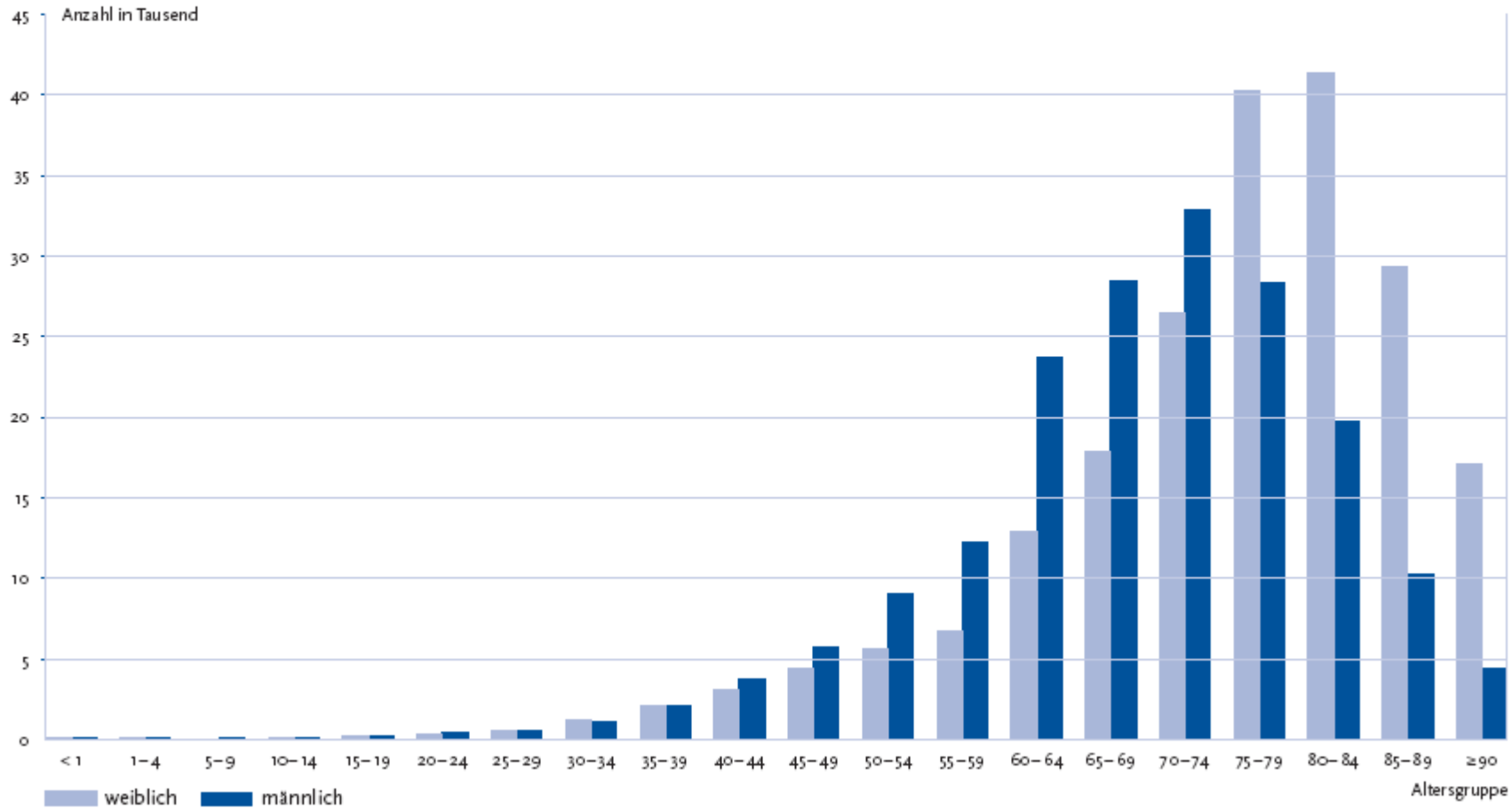
1.2.2.2 Schlaganfall

Der Schlaganfall äußert sich vielfältig und bei Frauen oft anders als bei Männern. Die akuten Beschwerden bei einem Schlaganfall hängen vom Ausmaß der Schädigung und von der betroffenen Hirnregion ab. Gleichwohl gibt es typische Symptome. Dazu zählen ein plötzliches Schwächegefühl oder Lähmungen in einer Körperhälfte ebenso wie Gefühllosigkeit an unterschiedlichsten Körperregionen, Sprach-, Hör- und Sehstörungen sowie heftiger Kopfschmerz, starker Schwindel und Bewusstlosigkeit. Frauen haben dabei häufig andere Beschwerden als Männer, beispielsweise Schmerzen oder Bewusstseinsstörungen [34]. Eine sofortige medizinische Versorgung innerhalb der ersten sechs Stunden ist entscheidend für den Erfolg der Behandlung. Erschwert wird die schnelle Therapie aber dadurch, dass viele Betroffene und ihre Angehörigen, vor allem Personen im Rentenalter, die Symptome des Schlaganfalls nicht ausreichend kennen [35]. Beim Telefonischen Gesundheitssurvey 2004 [36] zeigte sich, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich gut über den Schlaganfall Bescheid wissen. Frauen kennen die Symptome etwas besser als Männer. Bei beiden Geschlechtern ist das Wissen über den Schlaganfall im mittleren Lebensalter am größten. Vor allem in der Hochrisikogruppe der Älteren scheint eine intensivere Aufklärung notwendig zu sein.

Die meisten Schlaganfälle treten jenseits des 60. Lebensjahrs auf. Der Schlaganfall ist eine häufige Krankheit. Innerhalb der Herz-Kreislauf-Leiden stehen zerebrovaskuläre Erkrankungen an dritter Stelle der Krankenhausdiagnosestatistik [37]. Die Häufigkeit des Schlaganfalls nimmt mit steigendem Alter zu (siehe Abbildung 1.2.5). So treten fast 85 Prozent aller Schlaganfälle jenseits des 60. Lebensjahres auf. Wegen der demografischen Alterung ist in Deutschland mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen.

Abbildung 1.2.5

Abbildung 1.2.5: Anzahl der im Jahr 2002 aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten mit zerebrovaskulären Krankheiten nach Alter und Geschlecht. Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, ICD-10: I60–I69

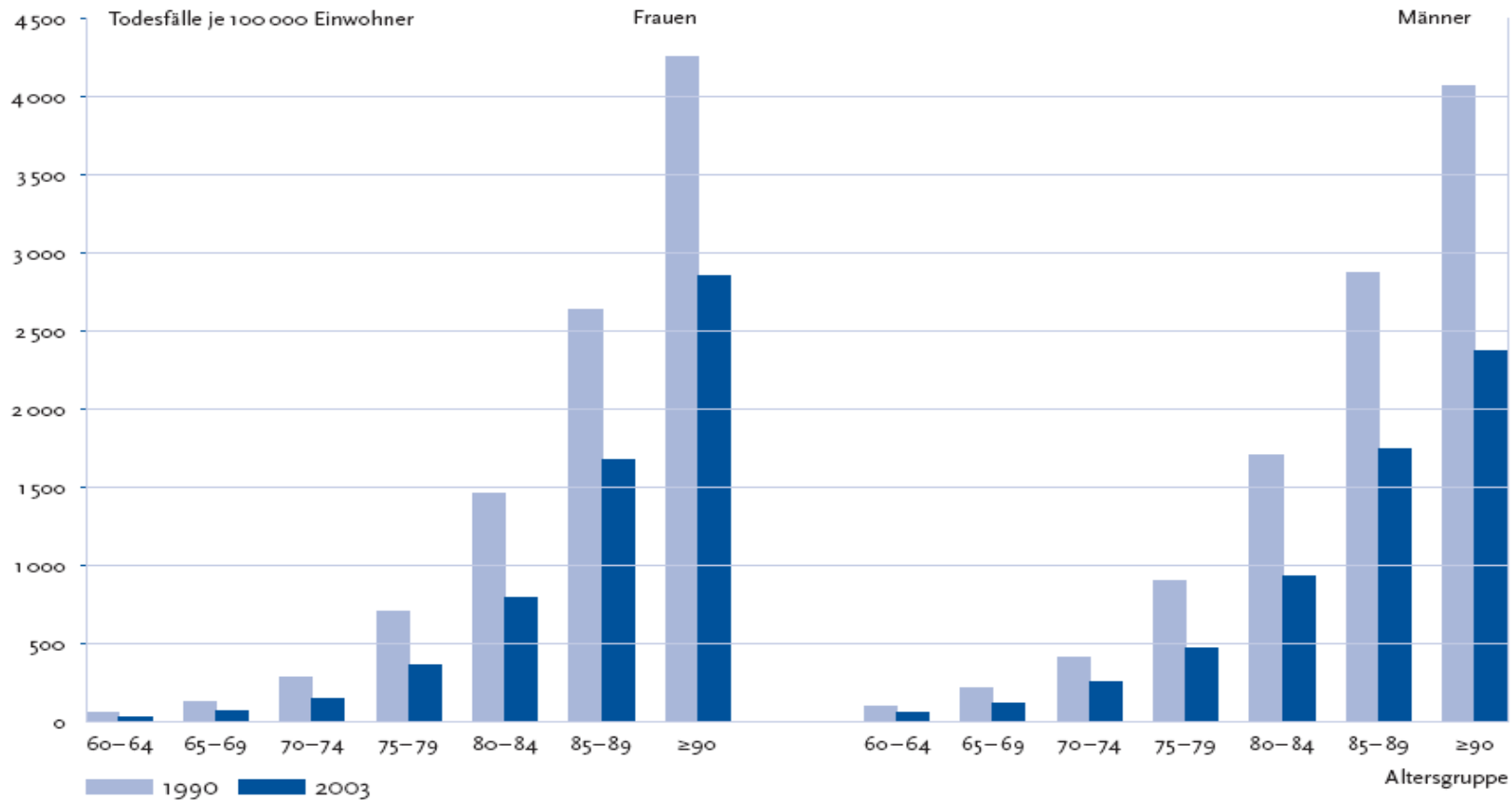


Schätzungen zur Neuerkrankungsrate (Inzidenz) sind anhand des Erlanger Schlaganfallregisters möglich. Danach beträgt die jährliche altersstandardisierte Schlaganfall-Inzidenz 182 Erkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner. Dabei sind Männer (200 Fälle pro 100.000 männliche Personen) häufiger betroffen als Frauen (170 pro 100.000) [38].

Immer weniger Deutsche sterben an einem Schlaganfall. Der Schlaganfall ist bei den Frauen die vierthäufigste, bei den Männern die fünfhäufigste Todesursache. Allerdings zeigt sich im Vergleich der Jahre 1990 und 2003, dass die Sterblichkeit beim Schlaganfall deutlich zurückgegangen ist (siehe Abbildung 1.2.6). Dieser Trend könnte durch bessere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit bedingt sein [39].

Abbildung 1.2.6

Abbildung 1.2.6: Zeitliche Trends der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten je 100 000 Einwohner bei den über 60-jährigen Frauen und Männern in Deutschland in den Jahren 1990 und 2003. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, 1990: ICD-9: 430–438; 2003: ICD-10: I60–I69



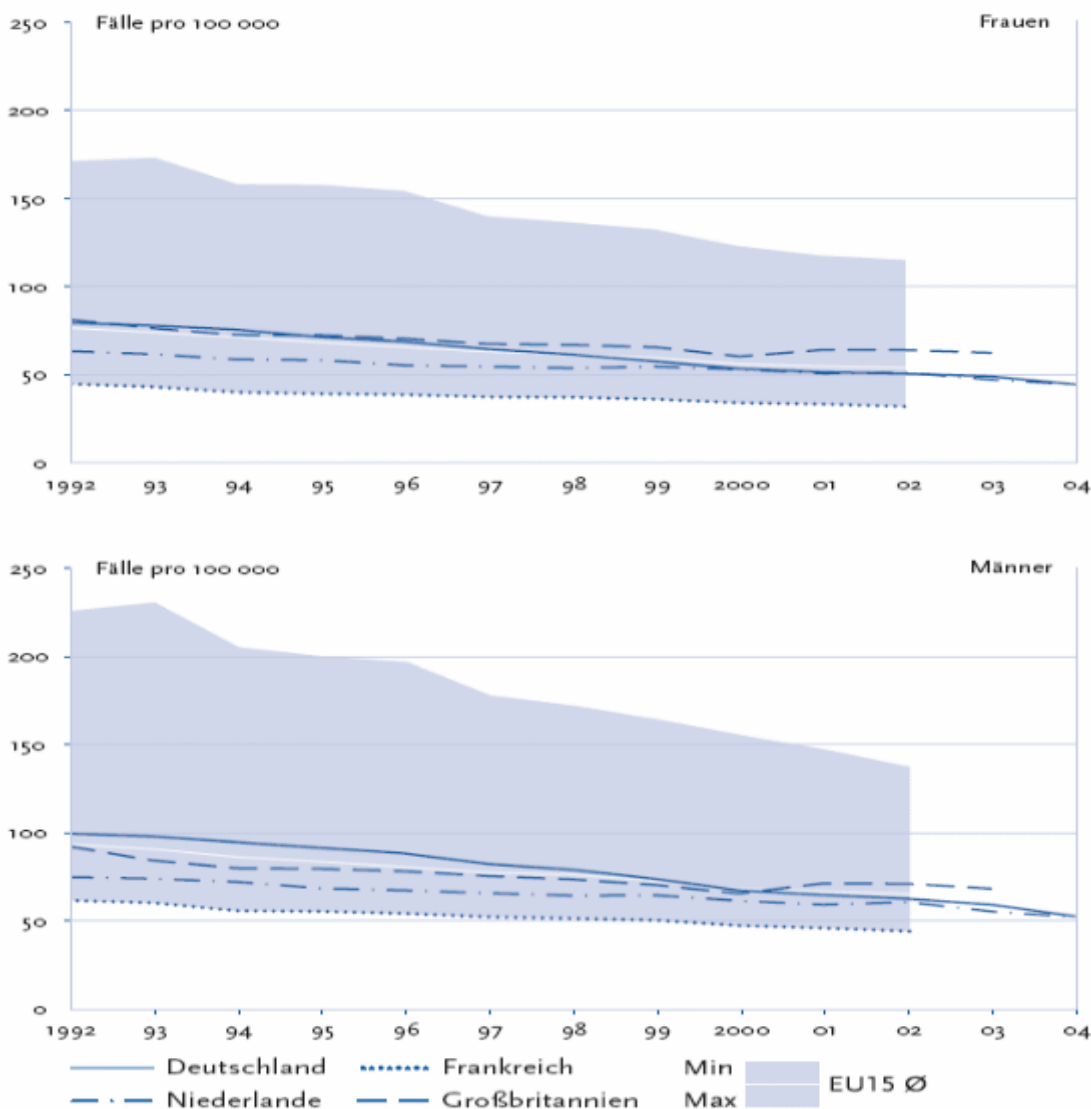
Im Erlanger Schlaganfallregister wurde gemäß internationalen Standards [40] erfasst, wann Menschen mit einem Schlaganfall versterben. Danach erlagen 19,4 Prozent aller Patientinnen und Patienten mit einem erstmaligen Schlaganfall innerhalb von 28 Tagen ihrem Leiden. Innerhalb von drei Monaten erhöhte sich der Anteil auf 28,5 Prozent, nach zwölf Monaten auf insgesamt 37,3 Prozent. Rund jeder Dritte verstirbt also binnen eines Jahres nach einem Schlaganfall. Die höchste Sterberate ergab sich für Patientinnen und Patienten, bei denen der Schlaganfall durch eine kardiale Embolie verursacht worden war.

Seit Ende der 1990er Jahre liegt die Sterblichkeitsrate unter dem EU-Durchschnitt. Sowohl bei der Neuerkrankungsrate (Inzidenz) wie der Sterblichkeit zeigen sich in Europa Unterschiede. Im europäischen Netzwerk "European Registries of Stroke" (EROS) wurden die Daten von drei Schlaganfallregistern in Deutschland, Frankreich und Großbritannien zusammengeführt. Für die Jahre 1995 bis 1997 zeigte sich, dass die Inzidenz in Deutschland am höchsten, in Frankreich am niedrigsten war. Die Gründe für diese Differenzen sind noch nicht abschließend geklärt. Eine Erklärung könnte in der unterschiedlichen Verbreitung der Risikofaktoren des Schlaganfalls liegen [38]. Die in den verschiedenen europäischen Ländern auseinander gehenden Inzidenzraten veranlassten Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation und des European Stroke Council im Jahr 1996, einen gemeinsamen Standard für die Akutbehandlung, Rehabilitation und Prävention des Schlaganfalls zu definieren [40].

Vergleicht man indes die altersstandardisierten Sterbeziffern, so zeigt sich folgender Trend: Bis Ende der 1990er Jahre lagen die Sterblichkeitsraten in Deutschland über, in den Niederlanden und Frankreich deutlich unter dem Durchschnitt der 15 EU-Staaten (siehe Abbildung 1.2.7). Inzwischen ist die Sterblichkeit bei zerebrovaskulären Krankheiten auch hier zu Lande unter den europäischen Durchschnitt gesunken.

Abbildung 1.2.7

Abbildung 1.2.7: Europäischer Vergleich der altersstandardisierten Sterberaten an zerebrovaskulären Erkrankungen je 100 000 Einwohner nach Geschlecht. Quelle: HFA-Databse (Januar 2006), WHO



Der Schlaganfall ist ein Hauptgrund für die Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter. In der Zeit direkt nach einem Schlaganfall haben die meisten Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, etwa bei der Toilettenbenutzung, beim Gehen, Essen und Trinken. Bleibende neurologische Schäden finden sich bei rund 60 Prozent der Betroffenen [41]. Tatsächlich ist der Schlaganfall einer der Hauptgründe für die Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter.

Eine besonders intensive Behandlung und Betreuung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten kann in so genannten Stroke Units geleistet werden. Das sind Stationen mit speziell geschultem Personal und umfangreichen technischen Möglichkeiten. Derzeit gibt es in ganz Deutschland 107 solcher Spezialstationen, die auf der Website des Kompetenznetzwerks Schlaganfall verzeichnet sind (www.kompetenznetz-schlaganfall.de). Wie eine jüngste Untersuchung zeigen konnte, haben die in Stroke Units behandelten Patientinnen und Patienten eine erhöhte Chance zu überleben und wieder ein selbstständiges Leben zu führen [42].

Die "Berliner-Akuter-Schlaganfall-Studie" (BASS), eines der Forschungsprojekte innerhalb des Kompetenznetzwerks Schlaganfall, analysierte die Versorgungslage von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in vier Berliner Krankenhäusern [41]. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten zu spät in die Klinik kommen, wenn sie ihre Symptome falsch einschätzen, eine niedrige Bildung besitzen, allein leben und nicht den Rettungsdienst alarmieren. Doch auch im Krankenhaus selbst kommt es zu Verzögerungen bei der Behandlung, was die Notwendigkeit ärztlicher Fortbildungen verdeutlicht.

Definition

Der Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung des Gehirns, bei der es zu schlagartigen Lähmungen sowie Störungen der Sinne, der Sprache und des Bewusstseins kommen kann. Unter dem Begriff "Schlaganfall" werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die man auch als zerebrovaskuläre Erkrankungen bezeichnet.

Rund 80 Prozent aller Schlaganfälle gehen auf einen Durchblutungsmangel (Ischämie) einer Hirnregion mit nachfolgendem Hirninfarkt zurück. Die wichtigsten Ursachen sind dabei Gefäßverengungen in den großen zum Gehirn führenden Arterien, verschleppte Blutgerinnsel aus dem Herzen (kardiale Embolien) sowie Erkrankungen der kleinen Blutgefäße im Gehirn selbst (Mikroangiopathien). In etwa 20 Prozent der Fälle wird der Schlaganfall durch eine Hirnblutung verursacht.

Oft verläuft die Entstehung der Erkrankung in drei Stadien. Im ersten Stadium liegen bereits Gefäßverengungen, aber noch keinerlei Symptome vor. Im zweiten Stadium kommt es zu leichteren Durchblutungsstörungen mit vorübergehenden Beschwerden. Im dritten Stadium, dem akuten Schlaganfall, bleiben die neurologischen Schäden auch nach mehreren Tagen bestehen und bilden sich von allein nicht mehr zurück.

Datenlage

Bis zum Jahr 1994 gab es außer der Krankenhausdiagnose- und der Todesursachenstatistik keine aussagekräftigen Daten zu Verbreitung und Prognose des Schlaganfalls. Aus diesem Grund wurde im Jahr 1994 ein Schlaganfallregister in Erlangen eingerichtet (Erlanger Schlaganfallregister), das die Neuerkrankungs- und Überlebensraten beim Schlaganfall sowie den daraus resultierenden medizinischen Versorgungsbedarf bestimmen soll. Als Studienbevölkerung wurden alle Einwohner der Stadt Erlangen eingeschlossen. Seit dem Jahr 2003 ist das Erlanger Schlaganfallregister Teilprojekt des Kompetenznetzes Schlaganfall, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.

Literatur

- 34 Labiche L, Chan W, Saldin KR et al. (2002) *Sex and Acute Stroke Presentation*. Ann Emerg Med 40 (5): 453 to 460
- 35 Weltermann B, Rogalewski A, Homann J et al. (2000) Wissen über Schlaganfall in der deutschen Bevölkerung. Dtsch Med Wschr 125: 416 bis 420
- 36 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen - Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- 37 Statistisches Bundesamt (2003) Krankenhausdiagnosestatistik
- 38 Kolominsky-Rabas P, Heuschmann P (2002) Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalls. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 70: 657 bis 662
- 39 Bundesministerium für Bildung und Forschung (2003) Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Newsletter Thema Schlaganfall
- 40 Aboderin I, Venables G (1996) Stroke management in Europe. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. J Intern Med 240 (4): 173 to 180
- 41 Kompetenznetz Schlaganfall Charité (2005) Das Projekt Z1b "Berliner-Akuter-Schlaganfall-Studie-BASS" deckt entscheidende Faktoren auf, die die Versorgung von Schlaganfallpatienten verzögern <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/>
- 42 Schroeder A, Heiderhoff M, Köbberling J (2004) Stroke Units: Update des HTA-Berichts "Die Evaluation von Stroke Units als medizinische Technologie". Band 11. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, Köln

Tabellen mit den Werten aus den Abbildungen 1.2.5 bis 1.2.7

Abbildung 1.2.5: Anzahl der im Jahr 2002 aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten mit zerebrovaskulären Krankheiten nach Alter und Geschlecht.

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, ICD-10: I60 bis I69

Altersgruppen	Männlich	Weiblich
<1	152	90
1 bis 4	103	71
5 bis 9	69	44
10 bis 14	107	66
15 bis 19	231	208
20 bis 24	416	380
25 bis 29	553	562
30 bis 34	1.126	1.165
35 bis 39	2.072	2.059
40 bis 44	3.686	3.100
45 bis 49	5.776	4.423
50 bis 54	9.028	5.679
55 bis 59	12.266	6.777
60 bis 64	23.732	12.932
65 bis 69	28.414	17.892
70 bis 74	32.756	26.405
75 bis 79	28.265	40.215
80 bis 84	19.704	41.273
85 bis 89	10.272	29.283
ab 90	4.376	17.001

Abbildung 1.2.6: Zeitliche Trends der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten je 100.000 Einwohner bei den über 60-jährigen Frauen und Männern in Deutschland in den Jahren 1990 und 2003.

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, 1990: ICD-9: 430 bis 438; 2003: ICD-10: I60 bis I69

Altersgruppen	Frauen (Anzahl je 100.000)		Männer (Anzahl je 100.000)	
	1990	2003	1990	2003
60 bis 64	55	28	103	56
65 bis 69	124	65	213	118
70 bis 74	285	149	412	250
75 bis 79	702	359	906	473
80 bis 84	1.463	799	1.712	935
85 bis 89	2.640	1.679	2.876	1.745
ab 90	4.263	2.858	4.068	2.377

Abbildung 1.2.7: Europäischer Vergleich der altersstandardisierten Sterberaten an zerebrovaskulären Erkrankungen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht.

Quelle: HFA-Datenbank (Januar 2006), WHO

Frauen (je 100.000)					
Jahr	Frankreich	Deutschland	Niederlande	Großbritannien	EU-15
1992	44,11	78,80	62,75	80,64	75,78
1993	42,46	77,13	61,12	75,62	73,55
1994	39,38	74,89	57,97	71,94	70,39
1995	38,14	70,64	57,57	71,63	67,47
1996	37,91	68,17	54,75	69,69	65,03
1997	36,59	63,85	54,06	66,84	62,38
1998	36,54	60,80	53,19	66,22	61,03
1999	35,36	56,97	53,93	64,76	58,86
2000	33,50	52,72	52,31	59,75	55,41
2001	32,64	50,73	50,02	63,38	54,28
2002	31,48	49,90	50,38	63,25	53,29
2003	-	48,48	46,55	61,86	52,39
2004	-	43,96	43,91	-	-
Männer (je 100.000)					
Jahr	Frankreich	Deutschland	Niederlande	Großbritannien	EU-15
1992	60,64	98,91	74,03	91,54	92,89
1993	59,48	97,15	73,09	83,58	89,93
1994	54,96	93,93	71,30	79,05	85,48
1995	54,60	90,55	67,67	78,84	82,87
1996	53,43	87,44	66,59	77,29	79,92
1997	51,47	81,49	64,86	74,55	76,57
1998	50,45	78,31	63,40	72,69	75,30
1999	49,39	72,96	63,55	69,46	72,05
2000	46,42	66,56	60,53	64,69	67,50
2001	45,07	63,87	58,31	70,44	65,89
2002	43,51	61,68	59,83	70,22	64,58
2003	-	58,42	54,48	67,53	62,61
2004	-	51,77	51,41	-	-