

# Schlaganfall

Eine Information für Patienten  
und Angehörige

Autoren und Redaktion haben die Angaben zu Medikamenten und ihren Dosierungen mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Buches verfaßt. Trotzdem ist der Leser ausdrücklich aufgefordert, anhand der Beipackzettel der verwendeten Präparate in eigener Verantwortung die Dosierungsempfehlungen und Kontraindikationen zu überprüfen.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

#### Technischer Hinweis:

Aus der PDF-Datei wurde die Leerseite 4 entfernt.

Die ursprünglichen Seitenzahlen der Broschüre bleiben erhalten.

Sie können also für Quellenangaben verwendet werden.

Herausgeber: Techniker Krankenkasse,  
Hauptverwaltung, 22291 Hamburg.  
Unter wissenschaftlicher Beratung der  
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
und basierend auf deren ärztlichen  
Therapieempfehlungen.  
Konzept und Realisation: nexus – Beratungsnetz  
im Gesundheitswesen GmbH, Düsseldorf.  
Printed in Germany: Meinke GmbH, Düsseldorf.  
© Techniker Krankenkasse Hamburg,  
nexus GmbH, Düsseldorf.  
ISBN 3-933779-04-9  
1. Auflage 1999

Das Kopieren von Bildern, Texten, Lesezeichen,  
Formularfeldern, Programmcode dieser PDF-Datei  
ist unzulässig.

# Inhalt

Einleitung	5
Schlaganfall – woher kommt der eigentlich?	6
Risikofaktoren – wer ist besonders gefährdet?	8
Schlaganfall – wie macht er sich bemerkbar?	11
Schlaganfall – ein Schicksalsschlag?	14
Vorbeugung eines Schlaganfalls	15
Akuttherapie des Schlaganfalls vor Ort	16
Akuttherapie des Schlaganfalls in der Klinik	17
Allgemeines	18
Spezielle Therapie	18
Was kann ich als Patient tun?	19
Was kann ich als Angehöriger tun?	21
Rehabilitation	24
Häusliche Weiterversorgung	27
Kleines Schlaganfall-Lexikon	30
Wichtige Adressen	31

# Einleitung

In Deutschland erleiden über 200 000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall (Fachbegriff: Apoplex). Das Risiko, an einem Schlaganfall zu erkranken, steigt im Alter an. Aber der Schlaganfall ist nicht nur eine Erkrankung älterer Menschen, auch junge Leute, die mitten im Berufsleben stehen, können Betroffene dieser häufigen Krankheit werden.

In Deutschland leben zirka 800 000 Schlaganfallpatienten, also zirka jeder hundertste der Bevölkerung ist davon betroffen. Der Schlaganfall schränkt dabei nicht nur die Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität ein, sondern ist nicht selten auch eine lebensbedrohliche Erkrankung. Ein Fünftel der Schlaganfallpatienten stirbt in den ersten vier Wochen nach dem Ereignis. Der Schlaganfall ist in Deutschland mittlerweile die dritthäufigste Todesursache nach Herzinfarkten und Krebserkrankungen. Das sind die erschreckenden Zahlen.

Die Aufklärungsarbeit, die in den letzten zwanzig Jahren gerade bei Herz-/Kreislauf- und Krebserkrankungen geleistet wurde, hat eindeutig gezeigt, daß man durch vorbeugende Maßnahmen und Information vieles erreichen kann. So können Erkrankungen häufig vermieden werden, bevor sie auftreten.

Der vorliegende Ratgeber soll zum einen Patienten und Angehörigen, die plötzlich mit einem Schlaganfall konfrontiert werden, eine kleine Hilfestellung geben, zum anderen eine Übersicht für alle diejenigen bieten, die sich über das Thema Schlaganfall informieren wollen, bevor es zu spät ist. Denn der „Schlag“ kann uns alle treffen.

# Schlaganfall – woher kommt der eigentlich?

Zu einem Schlaganfall kann es entweder durch eine Minderdurchblutung des Hirngewebes (Fachbegriffe: Hirninfarkt, Ischämie) oder durch Blutaustritt in das Hirngewebe (Fachbegriffe: Hirnblutung, intracerebrale Blutung) kommen.

In den meisten Fällen (85 Prozent) entsteht der Schlaganfall durch eine Minderdurchblutung. Eine solche Mangelversorgung des Hirngewebes mit Sauerstoff und Nährstoffen kann aus verschiedenen Gründen entstehen. Es können Gefäße im Gehirn „verstopfen“ als Folge einer fortgeschrittenen Arteriosklerose („Gefäßverkalkung“). Den „Stopfen“, der sich dabei bildet, nennt man Thrombus. Ein solcher Thrombus kann aber auch von den Halsgefäßen oder dem Herzen in die Gehirngefäße gelangen. Dann heißt er allerdings nicht mehr Thrombus, sondern Embolus.

Ein Embolus besteht aus verklumpten Blutzellen und bildet sich an der Innenwand von „verkalkten“ Gefäßen, an beschädigten Herzklappen oder in einem unregelmäßig schlagenden Herzen. Sie werden vom Blutstrom mitgerissen und können andere Gefäße verstopfen, leider auch die im Gehirn.

Kommt es zu so einer Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen, sterben die Nervenzellen ab, die auf die Blutzufuhr der betroffenen Gefäße angewiesen sind. Diese geschädigten Nervenzellen können ihre Funktion nicht mehr erfüllen, so daß es zu Ausfällen unterschiedlicher Hirnleistungen kommen

kann. Leider sind Nervenzellen ziemlich empfindlich und können nur wenige Minuten ohne Sauerstoff auskommen. Sind sie einmal abgestorben, können sie sich nicht mehr erholen. Zum Glück liegen zirka 85 Prozent unserer Nervenzellen scheinbar untätig in unserem Gehirn und warten förmlich auf neue Aufgaben. So können Funktionen in gewissem Umfang wiedererlernt werden, die – zum Beispiel bei einem Schlaganfall – verlorengegangen sind.

Bei einem kleineren Anteil der Schlaganfälle (15 Prozent) tritt Blut aus den Hirngefäßen aus, und es kommt durch die austretende Blutmasse zur Schädigung des Hirngewebes. Auch eine solche Hirnblutung kann verschiedene Ursachen haben. Die häufigsten sind erhöhter Blutdruck (Fachbegriff: arterielle Hypertonie), angeborene Gefäßmißbildungen (Fachbegriffe: Aneurysma oder Angiom) oder Störungen der Blutgerinnung.

Ist das Blut einmal ausgetreten, läuft der gleiche Mechanismus wie bei der Minderdurchblutung ab: Nervenzellen werden nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt, sterben ab, und ihre gestörte Funktion äußert sich in den Beschwerden des Patienten. Daher kann man sich vorstellen, daß es für Ärzte sehr schwierig ist, ohne technische Hilfsmittel die beiden Arten des Schlaganfalls sicher zu unterscheiden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im folgenden vor allem auf die Minderdurchblutung (Hirnfarkt) eingegangen.

## Risikofaktoren – wer ist besonders gefährdet?

Die Statistiken zeigen, daß das Schlaganfallrisiko mit steigendem Alter deutlich zunimmt. Darüber hinaus beobachtet man, daß Männer häufiger als Frauen erkranken. Auch eine familiäre Häufung von Durchblutungsstörungen an „Herz und Hirn“ wird nicht selten beobachtet. An solchen Risikofaktoren kann man leider wenig ändern. Um so wichtiger ist es jedoch, sich an vorbeugende Maßnahmen zu halten und andere Risikofaktoren zu vermeiden, wenn man zu einer oder gar mehreren der oben genannten Risikogruppen gehört.

Allein durch eine maßvolle Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität und das Einstellen des Zigarettenrauchens kann das persönliche Schlaganfallrisiko um einen erheblichen Anteil gesenkt werden. „Langzeitraucher“ sollten dabei nicht resignieren, bereits nach zwei bis fünf Jahren erreicht der erfolgreiche „Ex-Raucher“ das niedrigere Schlaganfallrisiko des „Nie-Rauchers“ – also, es ist nie zu spät aufzuhören.

Aber auch ein „Mehr“ an Bewegung kann das Schlaganfallrisiko bis zu 30 Prozent senken. Rechnen Sie sich einmal aus, wieviel Zeit eines Tages Sie in sitzender oder liegender Position verbringen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Ernährung: Wir essen zu schnell, zu fett, zu ballaststoffarm, zu kalorienreich. Die Folge sind Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen, wobei letztere auch anlagebedingt sein können und nicht unbedingt mit einer falschen Ernährung zusammenhängen.

Zwei weitere wichtige Risikofaktoren sind der erhöhte Blutdruck (Fachbegriff: arterielle Hypertonie) und Blutzucker (Fachbegriff: Diabetes). Beide Faktoren können zu einer rasch fortschreitenden Arteriosklerose vor allen Dingen kleinerer Hirngefäße führen. Daher ist es besonders wichtig, daß eine Hypertonie oder ein Diabetes früh erkannt werden. Eine regelmäßige Vorsorgeuntersuchung beim Hausarzt bzw. Ihrer Hausärztin kann so eine Stoffwechselstörung problemlos aufdecken.

Besonders gefährdet sind auch Patienten mit Herz-erkrankungen. Neben unregelmäßigem Herzschlag (Fachbegriff: absolute Arrhythmie) können auch Schädigungen der Herzklappen zu einer Bildung von Blutpfropfen (Fachbegriff: Embolus) führen, die Hirngefäße verstopfen können. Um herauszufinden, ob man zu einer gefährdeten Patientengruppe gehört, braucht man die Hilfe von Ärzten, denn solche Herzerkrankungen sind nur durch Zusatzuntersuchungen herauszufinden (EKG, 24-Stunden-EKG, Ultraschall des Herzens).

Hat ein Arzt jedoch erst einmal eine der oben genannten Diagnosen gestellt, können entsprechende Medikamente das Schlaganfallrisiko wieder deutlich senken, vorausgesetzt, man hält sich an das verschriebene Therapieschema. Übrigens sind Beipackzettel eine gute Grundlage, um seinem Arzt gezielte Fragen über Einsatzmöglichkeiten, Dosierung und mögliche Nebenwirkungen eines Präparates zu stellen, aber keinesfalls ein Grund, verordnete Medikamente selbständig abzusetzen.

Zum Abschluß noch ein Wort zu Schlaganfall und Hormontherapie. Während bei Frauen vor der Menopause die regelmäßige Einnahme der „Anti-



Baby-Pille“ (Fachbegriff: Kontrazeptiva) vor allen Dingen in Kombination mit Nikotin zu einer deutlichen Steigerung des Schlaganfallrisikos führt, kann die Hormoneinnahme während und nach den Wechseljahren das Schlaganfallrisiko senken.

# Schlaganfall – wie macht er sich bemerkbar?

Die Minderdurchblutung bei einem Schlaganfall kann unterschiedliche Hirnregionen betreffen und so die unterschiedlichsten Beschwerden bei Patienten mit Schlaganfällen auslösen. Neben den verschiedenen Anzeichen des Schlaganfalls, die alle plötzlich auftreten, unterscheidet man auch den zeitlichen Ablauf.

Dauert eine Beschwerde nur einige Minuten bis maximal 24 Stunden, spricht man von „kleinen Schlaganfällen“ (Fachbegriff: **T**ransitorisch-**I**schämische **A**ttacke = TIA). Die Beschwerden bei einer TIA bilden sich vollständig zurück. Sie sind jedoch eine sehr ernst zu nehmende Vorwarnung des „großen Schlaganfalls“, dessen Ausfälle sich nur über längere Zeit, teilweise unvollständig oder im ungünstigsten Fall gar nicht mehr zurückbilden.

Die folgende Tabelle enthält typische Schlaganfall-symptome, wobei die Schwere der einzelnen Beschwerden in der Regel bei TIAs geringer ausgeprägt ist als bei Schlaganfällen:

SEHEN	Doppelbilder, Verschwommensehen, Sehverlust auf einem Auge, halbseitige Gesichtsfeldausfälle
SPRECHEN/ SPRACHE	Sprachstörung (Wortsalat, Silbenver- drehungen, Sprachunvermögen) Verständnisstörung (sinnloser Wort- schwall, befolgt Aufforderungen nicht richtig), schwere Zunge (Lallen)
BEWEGUNG	Mundwinkel hängt einseitig Augenmuskellähmung (Schielen, Blick- wendung zu einer Seite) einseitiges Schweregefühl/Lähmung (Arm und /oder Bein, Finger, Hand)
FÜHLEN	Taubheitsgefühl, Kribbeln, Pelzigkeit, Schwellungsgefühl
GLEICHGEWICHT	Schwindel, Gangunsicherheit, Fall- neigung, besonders nach einer Seite, Übelkeit, Erbrechen
DENKEN	Orientierungsstörung, Verwirrtheit Wesensänderung Schläfrigkeit, Bewußtlosigkeit

Alle diese aufgeführten Beschwerden müssen ernst genommen werden, auch wenn sie sich innerhalb kürzester Zeit wieder zurückbilden können. Das gilt im besonderen Maße für Patienten, die mit einem oder mehreren der genannten Risikofaktoren belastet sind. Schon das einmalige Auftreten einer flüchtigen Lähmung oder einer Gefühlsstörung muß von Fachärzten (am besten Neurologen) abgeklärt werden.

Tritt eine schwere Lähmung, Sprachstörung, plötzliche Verwirrtheit, Gleichgewichtsstörung oder Störung des Bewußtseins auf, sollte man keine Zeit damit verlieren, auf die eventuelle Rückbildung der

Beschwerden zu warten. Hier sollte der Ersthelfer vor Ort sofort den ärztlichen Notdienst (Telefonnummer über Polizei 110 erhältlich) oder gleich einen Notarzt (über Feuerwehr Telefon 112) herbeirufen. Der Patient ist dazu meistens nicht mehr in der Lage.

## Schlaganfall – ein Schicksalsschlag?

Viele Patienten, die einen Schlaganfall erleiden, hadern mit ihrem Schicksal, fragen, warum es gerade sie trifft. Angehörige und Freunde können nicht verstehen, daß gerade jemand aus ihrer Mitte einen Schlaganfall bekommt, der so vital und gesund gewesen ist. Schaut man jedoch in die Vorgesichten der Betroffenen, so findet man häufig Vorerkrankungen und Warnzeichen, die zu spät erkannt wurden oder vom Betroffenen selbst nicht ernst genommen wurden.

Auch vorübergehende Ausfälle, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, werden nicht selten von den Patienten selbst bagatellisiert, insbesondere Gefühlsstörungen und Sehstörungen. Es bleibt die Angst vorm Arzt, der eventuell etwas Ernsthaftes diagnostizieren könnte. Die Tatsache, daß er auch schlimmere Auswirkungen in der Zukunft verhindern könnte, wird nicht bedacht.

Den Kopf in den Sand zu stecken ist zwar menschlich verständlich, hat aber noch nie jemanden weitergebracht: Denn ein Schlaganfall ist häufig vermeidbar. Und wenn es doch passiert ist, kann man seine Folgen behandeln und lindern. Dabei ist die enge Zusammenarbeit von Patient, Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Bewegungstherapeuten (Fachbegriff: Ergotherapeuten), Sprachtherapeuten (Fachbegriff: Logopäden) und nicht zuletzt den Angehörigen eine wichtige Voraussetzung.

Auf den folgenden Seiten sind sowohl Möglichkeiten der Vorbeugung eines Schlaganfalles als auch Therapieverfahren aufgeführt.

# Vorbeugung eines Schlaganfalls

Als Vorbeugung kann man viel tun, so daß ein Schlaganfall erst gar nicht auftritt: eine ausgewogene Ernährung, ballaststoffreich und fettarm, viel körperliche Bewegung und ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen stressigen und ruhigeren Phasen. Streß muß ja nicht immer schlecht sein, man braucht nur eben auch entsprechende Ruhephasen als Ausgleich.

Wie bereits erwähnt, müssen Risikofaktoren und Vorerkrankungen, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Schlaganfalls erhöhen, ernst genommen werden. Wenn nicht vom Patienten selbst, dann von betreuenden Hausärzten oder Angehörigen. Treten Vorwarnungen in Form von „kleinen Schlaganfällen“ auf, ist höchste Eile geboten. Spätestens dann sollte eine umfassende Abklärung mit neurologischer Untersuchung, Labor, EKG, Ultraschall von Halsgefäßen und Herzhöhlen sowie Schichtaufnahme des Kopfes (Fachbegriff: Computertomographie beziehungsweise Kernspintomographie) erfolgen.

Sollten diese Untersuchungen Hinweise für ein erhöhtes Schlaganfallrisiko ergeben, ist unter Umständen schon vor einem Schlaganfall eine medikamentöse (Blutverdünnung) oder sogar eine operative Therapie (Erweiterung verengter Halsgefäße) notwendig, die den Betroffenen vor einem „großen Schlaganfall“ bewahrt.

# Akuttherapie des Schlaganfalls vor Ort

Hier gilt das Motto: „Zeit ist Hirn“. Bestehen bei einem Patienten Anzeichen für einen akuten Schlaganfall, ist unverzüglich der ärztliche Notdienst oder ein Notarzt hinzuzurufen. Einfache Verhaltensregeln für den medizinischen Laien sind:

- Den Betroffenen beruhigen,
- beengende Kleidung öffnen,
- Zahnprothesen möglichst entfernen.
- Bei Erbrechen des Patienten diesen in stabile Seitenlage bringen, um zu verhindern, daß Erbrochenes in die Lunge gerät.
- Dem Notarzt die beobachteten Ausfallerscheinungen kurz schildern.
- Den Notarzt informieren, ob und wenn ja welche Medikamente der Patient regelmäßig einnimmt.

Dem hinzugerufenen Arzt sollte bekannt sein, daß erhöhte Blutdruckwerte bis zu einem oberen Wert von 220 mm Hg toleriert werden sollten. Wenn es erforderlich wird, den Blutdruck zu senken, so sollte dies schrittweise und behutsam erfolgen. Ein plötzlicher Abfall des Blutdrucks kann nämlich die Ausfallerscheinungen noch verstärken. In den meisten Fällen wird der Notarzt den Patienten sofort in eine Fachklinik einweisen. Fragen Sie danach, ob es in der Nähe ein Krankenhaus mit einer speziellen Schlaganfallstation (Fachbegriff: Stroke Units) oder ein Krankenhaus mit einer vergleichbaren Versorgung gibt. Geeignet sein können auch internistische Intensiv- oder Aufnahmestationen. Wichtig ist vor allem, daß der Patient frühzeitig von einem therapeutischen Team (Ärzte, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Bewegungstherapeuten, Sprachtherapeuten) versorgt und behandelt wird.

# Akuttherapie des Schlaganfalls in der Klinik

Die Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units) verfügen, im wahrsten Sinne des Wortes, über ein „schlagkräftiges“ Team, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten und Logopäden. Auch die Ausstattung mit Überwachungsgeräten erlaubt ein schnelles Eingreifen, wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert.

Direkt bei Aufnahme des Patienten wird eine umfassende Diagnostik durchgeführt, um die Ursache des Schlaganfalls zu ergründen. Hier werden neben der wichtigen neurologischen und internistischen Untersuchung Laboruntersuchungen, Schichtaufnahmen des Kopfes, Ultraschall der Halsgefäße (Doppler-Duplex-Sonographie), EKG, Blutdruck- und Pulsüberwachung sowie später Untersuchungen der Herzfunktion (24-Stunden-EKG, Ultraschall des Herzens) durchgeführt, darüber hinaus eine fortlaufende Untersuchung des neurologischen Befindens.

Abgestimmt auf jeden einzelnen Patienten kommen folgende Therapieansätze zum Einsatz:



## Allgemeines

Stabilisierung von Herz- und Kreislauf-Funktionen  
und Überwachung von Puls und Blutdruck  
Ausgleich von Flüssigkeitsmangel  
Ausgleich von Mangel an Blutsalzen  
Eventuell Behandlung erhöhter Blutdruckwerte  
Überwachung und Einstellung von erhöhten Blut-  
zuckerwerten  
Einstellung erhöhter Blutfettwerte  
Frühe Mobilisation und Motivation  
Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie  
(= Ergotherapie)  
Sprachtherapie

## Spezielle Therapie

Auflösen des „Blutpfropfes“ (= Lyse) durch hoch-  
wirksame Medikamente (nur in den ersten drei bis  
fünf Stunden möglich)  
Heparin-Infusionen (bei unregelmäßigem  
Herzschlag = absolute Arrhythmie)  
Hirndrucktherapie (Infusionen oder Medikamente)  
Vorbeugung weiterer Hirndurchblutungsstörungen  
durch „Blutverdünnung“  
    Acetylsalicylsäure, Ticlopidin, Clopidogrel  
    (alle in Tablettenform)  
    Cumarine (Tabletten; vor allem bei Herzer-  
    krankungen; bessere Vorbeugung, jedoch  
    höheres Risiko einer Einblutung in das Hirn-  
    gewebe)  
Später: Operation von starken Verengungen der  
Halsgefäße

# Was kann ich als Patient tun?

Ein Schlaganfall verändert die Lebensumstände von Patienten in einem so großen Maße, wie man es bei schweren Unfällen kennt. Ohne wahrgenommene Vorwarnungen können die Patienten plötzlich nicht mehr sprechen, gehen, essen, trinken, eine Toilette benutzen, Auto fahren, lesen oder fernsehen – alles Dinge, die für Gesunde selbstverständlich sind. Ein Schlaganfall kann eine oder mehrere dieser Fähigkeiten beeinträchtigen oder sogar völlig außer Kraft setzen. Der Umgang mit solchen Einschränkungen ist sicher so unterschiedlich wie Menschen untereinander verschieden sind. Man beobachtet jedoch verschiedene Phasen, die Patienten mit Schlaganfällen durchleben.

Am Anfang steht häufig tiefe Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Man fragt sich, warum es gerade einen selbst getroffen hat. Je nach Schwere der Schlaganfallsymptome kann man sich nicht vorstellen, wie verlorengegangene Fähigkeiten jemals wiedererlangt werden können. Man schämt sich für seine Behinderung, stellt sich vor, wie man Angehörigen und Freunden zur Last fallen wird.

Es gibt zwei verschiedene Arten, wie Menschen auf so extreme Situationen reagieren: entweder den Kopf in den Sand stecken, resignieren, aufgeben, sich hängen lassen oder die Krankheit ignorieren, so tun, als ob alles in bester Ordnung sei. Viele Patienten muten sich dabei zuviel zu und gefährden damit eine schnellere Besserung ihrer Schlaganfallsymptome.

Beide der hier geschilderten Wege helfen leider nur sehr wenig, mit einem Schlaganfall leben zu lernen. Sie sind jedoch auch wichtige Schritte, um sich an die neue Situation zu gewöhnen. Schon während der akuten Behandlung im Krankenhaus zeigt sich schnell, zu welchem Mitglied im Team Patienten Vertrauen fassen und bereit sind, Hilfestellungen und Ratschläge anzunehmen. Über diesen menschlichen Kontakt und Vertrauen gelingt es Patienten, sich langsam an die neuen Gegebenheiten heranzutasten.

Es ist ungemein wichtig, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und sie zu akzeptieren, denn erst dann kann man sie mit aller Kraft bekämpfen. Die beste Medizin hilft nämlich nicht ohne die Willensstärke und Kraft des Patienten.

Für den Patienten ist es wichtig, gerade in der Anfangsphase offen über seine Ängste und Sorgen zu sprechen, Fragen zu stellen, Hilfestellungen anzunehmen, aktiv bei den angebotenen Therapieformen mitzuarbeiten, aber auch den Mut zu haben, sich einzugestehen, bestimmte Dinge noch nicht zu können.

# Was kann ich als Angehöriger tun?

Am Anfang fällt es Angehörigen schwer, die eigenen Ängste und Unsicherheiten zu überwinden. Im Umgang mit dem Patienten gelten jedoch einfache Regeln:

Treten Sie dem Patienten ruhig und liebevoll gegenüber. Bei Sprachstörungen sind einfache Fragen hilfreich, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Verfallen Sie aber nicht in eine Babysprache. Sind Sprachproduktion und Sprachverständnis vollständig aufgehoben oder ist die verbale Kommunikation durch eine Bewußtseinsstörung gestört, ist häufig die Körpersprache wichtig. So kann man einem Kranken durch Festhalten der Hand, durch Streicheln oder auch festeren Druck sein Mitgefühl ausdrücken. Zwiegespräche zwischen Angehörigen oder Gespräche mit dem Arzt über mögliche Prognosen gehören nicht ans Krankenbett.

Auch gut gemeinte Aufmunterungen wie „Na, das wird schon wieder!“ oder Appelle wie „Jetzt stell dich mal nicht so an, anderen geht es noch schlechter!“ haben auf den Patienten eher einen negativen Effekt. Unter Umständen fühlt er sich bedrängt, nicht ernst genommen oder befürchtet, zu hohe Erwartungen nicht erfüllen zu können.

Wichtig ist es jedoch, den Patienten in seinen Bemühungen, Altbekanntes wieder neu zu lernen, zu unterstützen. Daher möglichst die Aufmerksamkeit auf die gelähmten Gliedmaßen lenken und den Patienten auch von dieser Seite ansprechen, zu einer „inneren Bewegung“ anhalten, auch wenn sich tatsächlich nichts bewegt.

Wichtig ist, daß sowohl der Patient als auch Angehörige fragen, wenn sie etwas hinsichtlich der Therapie oder noch anstehender Untersuchungen nicht verstanden haben. Pflegepersonal und ärztliches Personal benutzen oft medizinische Begriffe, weil diese Begriffe für sie ganz alltäglich sind und sie nicht daran denken, daß Patienten mit diesen Worten nichts anfangen können. Darum ist es wichtig nachzufragen. Übersteigter Respekt vor „dem Gott in Weiß“ ist unnötig und verhindert ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Häufig ist es auch hilfreich, wenn man sich Ergebnisse technischer Untersuchungen erklären läßt. Die Bilder der Schichtaufnahmen des Gehirns sind auch für Laien recht eindrucksvoll und anschaulich. Man kann sich anhand solcher Bilder viel besser vorstellen, wo der Schlaganfall liegt und welche Auswirkungen er hat.

Bei „leichten“ Schlaganfällen können sich die Beschwerden recht rasch, innerhalb weniger Tage, zurückbilden. In diesem Falle muß man nur Sorge tragen, daß alles getan wird, damit nicht noch ein weiterer Schlaganfall auftritt. Das ist zum einen Aufgabe der Ärzte, die herausfinden, warum es zu dem Schlaganfall gekommen ist. Sie verordnen Medikamente und geben Verhaltensregeln mit auf den Weg.

Hier genau beginnt die Aufgabe des Patienten. Um einen ausreichenden Schutz gegen einen erneuten Schlaganfall zu haben, ist es nötig, seinem Arzt zu vertrauen und sich an die Vorgaben und Verordnungen der Ärzte zu halten. Daß Ärzte auch nur Menschen sind und in ihrer eigenen Lebensführung manchmal sogar mehr Fehler machen als ihre Patienten, weiß jeder, schützt jedoch nicht vor dem nächsten Schlaganfall.

Bei „schweren“ Schlaganfällen sind die ersten Tage in der Klinik die kritischen. Nicht selten wird ein Aufenthalt auf einer Intensivstation notwendig. Sind große oder besonders wichtige Teile des Gehirns durch eine Durchblutungsstörung oder einen Blutaustritt betroffen, kommt es in den ersten Tagen zu einer Hirnschwellung, die mit der auf Seite 18 angesprochenen Hirndrucktherapie behandelt wird.

Doch es gibt Fälle, bei denen diese Medikamente nicht ausreichen und dieser Hirndruck nicht zu beherrschen ist. Patienten können an dieser direkten Folge eines großen Schlaganfalls versterben. Mit der speziellen Ausstattung der Schlaganfallstationen hofft man jedoch, die Versorgung der Schlaganfallpatienten zu verbessern.

Wichtigstes Ziel jeder Behandlung und allen ärztlichen Handelns ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Die moderne Medizin ist dabei eine große Hilfe. Doch wir sollten nie vergessen, daß auch sie an ihre Grenzen stoßen kann. Und daß auch der Tod zum Leben dazugehört.

# Rehabilitation

Für die meisten Schlaganfallpatienten ist es sinnvoll, nach Abschluß der Akutbehandlung einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik, in der Regel neurologische Rehabilitationsklinik (kurz: Reha), anzuschließen. Eine Rehabilitationsklinik ist im Prinzip so aufgebaut wie ein Krankenhaus, sie hat nur andere Schwerpunkte.

Neben ärztlichem und pflegerischem Personal sind vor allen Dingen Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten (Fachbegriff: Ergotherapeuten), Sprachtherapeuten (Fachbegriff: Logopäden) und Psychologen damit beschäftigt, Patienten zu helfen, verlorengegangene Fähigkeiten wiederzuerlernen. Dabei hat jede Fachrichtung ein besonderes Aufgabenfeld.

Eine intensive krankengymnastische Therapie soll dem Patienten vor allen Dingen helfen, sich wieder selbst fortzubewegen. Durch passive und aktive Bewegungsübungen werden besonders die beeinträchtigten Gliedmaßen gefordert. Nervenzellen, die bei dem Schlaganfall unbeschadet geblieben sind, können so lernen, die betroffenen Körperteile zu steuern. Ob mit oder ohne Hilfsmittel – es ist das oberste Ziel, den Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten Unabhängigkeit und Beweglichkeit zurückzugeben.

Bei der Beschäftigungstherapie (Fachbegriff: Ergotherapie) geht es darum, schwierigere Bewegungsabläufe wie das Benutzen bestimmter „Werkzeuge“ (zum Beispiel Messer, Gabel, Zahnbürste, Kugelschreiber) neu zu erlernen. Häufig ist bei Patienten, die infolge eines Schlaganfalles Lähmungen der Arme oder Beine haben, nicht nur die Kraft der betroffenen Gliedmaßen beeinträchtigt, sondern auch der koordinierte Bewegungsablauf.

Sprachtherapeuten sind die Spezialisten, wenn das Sprechen oder das Sprachverständnis durch den Schlaganfall beeinträchtigt wurden. Durch spezielle Sprachübungen kann Sprache neu gelernt werden, so wie wir das alle einmal als Kind getan haben. Man braucht jedoch sehr viel Geduld und Motivation, um einen guten Erfolg zu erzielen.

Die Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit stellen natürlich auch eine erhebliche Belastung für die Psyche des Patienten dar. Minderwertigkeitsgefühle, Versagensängste, Angst, den Partner oder die Arbeitsstelle zu verlieren, sind nur einige der seelischen Belastungen, die auf einen Schlaganfallpatienten zukommen können.

Auch Gedächtnisantrieb und andere psychische Leistungen können beeinträchtigt sein. Daher ist es wichtig, daß es auch Ansprechpartner gibt, mit denen der Patient über seine seelischen Probleme reden kann.

Psychologen, die häufig zum Team einer Rehaklinik gehören, haben zwar keine Patentrezepte für die Probleme der Patienten, können jedoch sehr hilfreich sein, Wege aus ausweglos erscheinenden Situationen zu finden. Wichtig ist, wie auch bei den drei zuerst genannten Fachrichtungen des therapeutischen Teams, daß der Patient bei den einzelnen Therapien aktiv mitarbeitet.

Mit Hilfe dieser verschiedenen Spezialisten können verlorengegangene Fähigkeiten wie Gehen, Sprechen, Essen, Trinken, Waschen, Schreiben, Lesen, Denken, Lachen wiedererlernt werden. Auch die selbständige Toilettenbenutzung oder kontrollierte Blasen- und Stuhlentleerung ist Ziel einer solchen Rehabilitation.



Berufstätige Patienten können so, wenn möglich, schrittweise auf die Rückkehr in das Berufsleben vorbereitet werden. Aber auch ältere Patienten brauchen eine allmähliche Annäherung an die Belastungen ihres Alltags. Eine Rehabilitation dauert in der Regel vier bis sechs Wochen, kann aber auch, falls erforderlich, verlängert werden. Für Patienten oder Angehörige ist die Klärung, wer die Kosten eines solchen Rehabilitationsaufenthaltes (Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger) übernimmt, kaum zu bewerkstelligen. An den meisten Akutkliniken helfen Sozialarbeiter und Ärzte dabei. Sie sind auch Ansprechpartner, wenn es darum geht, eine Rehaklinik für den Patienten zu finden und einen Aufnahmetermin zu vereinbaren.

TK-Mitgliedern stehen außerdem die Rehabilitations-Beraterinnen und -Berater der TK bei Fragen und Problemen helfend zur Seite. Ein Anruf in der Geschäftsstelle genügt. Sie sollten sich nicht scheuen, diese Hilfe der TK frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

# Häusliche Weiterversorgung

Nach Abschluß der Behandlung im Akutkrankenhaus und in der Rehaklinik benötigen viele Patienten noch Hilfe, um die „Dinge des alltäglichen Lebens“ zu verrichten. Andere bleiben auch nach einer umfassenden Akuttherapie und Anschlußheilbehandlung vollständig pflegebedürftig.

So stellt sich für Patienten und Angehörige die Frage: Pflegeheim oder häusliche Weiterversorgung. Auf jeden Fall sollte die Entscheidung von beiden Seiten getragen werden, also von Patient und Angehörigem. Eine häusliche Versorgung ist nicht in jedem Fall die bessere Lösung: Es gibt Patienten, die es nicht ertragen, ihren Angehörigen zur Last zu fallen, oder Angehörige, für die die Pflege des Patienten daheim eine zu große seelische und körperliche Belastung darstellt, oder die nötigen räumlichen und/oder finanziellen Voraussetzungen sind nicht vorhanden.

Entscheiden sich jedoch beide für die häusliche Pflege, können technische Hilfsmittel, ambulante Pflegekräfte und finanzielle Unterstützung (Pflegeversicherung) die Betreuung ein großes Stück erleichtern.

Die technischen Hilfsmittel reichen von baulichen Maßnahmen (Rollstuhlrampen, Änderung der Zimmeraufteilung, Treppenaufzüge) über Mobilitäts- und Lagerungshilfen (Badewannenlifter, Duschhocker, Rollstuhl, Gehwagen, Gehstock, Sitzerrhöhungen, Drehscheiben, Pflegebetten) bis hin zu Griffverstärkungen für Besteck und Schreibgeräte, die das Leben oftmals sehr viel einfacher machen. Um herauszufinden, welches Hilfsmittel das richtige ist, sollte man sich mit dem betreuenden Hausarzt oder Pflegefachpersonal

unterhalten. Auch Sanitätshäuser können bei der Auswahl beraten. Allerdings sollte man auch auf die Preise achten und sie vergleichen.

In den meisten Fällen ist es unerlässlich, sich von ambulanten Pflegediensten in der Versorgung des Schlaganfall-Patienten unterstützen zu lassen. Pflegedienste übernehmen nicht nur einen Teil der Pflegearbeit, sie kennen auch viele Tips und Tricks, die Patienten und pflegende Angehörige gut gebrauchen können. Ansprechpartner für ambulante Pflege sind neben den Sozialstationen vor allem kirchliche Verbände (Caritas, Diakonie), aber auch private Pflegedienste. Bei privaten Anbietern sollte man allerdings auf die Qualifikation der Mitarbeiter und die Qualität der Leistung achten.

Der richtige Ansprechpartner für die Kostenfrage ist auf jeden Fall Ihre TK. Bei Heilmitteln wie beispielsweise Krankengymnastik trägt die TK die Kosten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung. Hilfsmittel wie zum Beispiel Krankenfahrstühle werden in der Regel von der TK bezahlt. Für die Einstufung in die Pflegestufe ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zuständig, der das Ergebnis seiner Untersuchung der TK als Gutachten zur Verfügung stellt. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TK gern zur Verfügung.

Viele Patienten und Angehörige suchen den Austausch mit anderen Betroffenen. In solchen Selbsthilfegruppen (Adressen gibt es von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) kann man viel über andere lernen, aber auch viel über sich selbst. Zu hören und zu sehen, wie andere Patienten Probleme in den Griff bekommen, gibt einem die Hoffnung und Zuversicht, daß man es selbst auch schaffen kann.

Patienten und Pflegende sollten jedoch nie vergessen, daß es auch ein Leben außerhalb der Erkrankung gibt. Auch wenn es oft schwerfällt, sollte man versuchen, sich wieder einmal mit Dingen zu beschäftigen, die nichts mit dem Schlaganfall und seinen Folgen zu tun haben. Manchmal reicht es, aus der Tageszeitung vorzulesen. Ein weiterer wichtiger Punkt scheint zu sein, daß sich der Patient und der pflegende Angehörige gegenseitig Freiheiten eingestehen.

Pflegen heißt nicht „bemuttern“ und alles übernehmen, was dem Patienten schwerfällt. Auf der anderen Seite sollte der Patient auch nicht eine 24-Stunden-Versorgung von seinem Angehörigen verlangen. Mit gut organisierter ambulanter Pflege oder stationärer Kurzzeitpflege kann man seinen „häuslichen Pfleger“ auch einmal in einen Kurzurlaub schicken.

Wer einen pflegebedürftigen Angehörigen betreut, gerät leicht an die Grenze seiner Belastbarkeit. Das bundesweite Angebot der TK „Pflegen und sich pflegen lassen“ wendet sich an Versicherte, die zu Hause einen Angehörigen pflegen. In vierzehntägigen Seminaren soll der Pflegeperson die Möglichkeit gegeben werden, einmal zu entspannen, Abstand von der Pflegesituation zu bekommen und neue Kräfte zu tanken. Dazu gehören auch Gespräche mit Fachleuten und anderen Betroffenen sowie das Kennenlernen neuer Pflege Techniken und Pflegehilfsmittel. Um einen optimalen Ablauf der Seminare zu gewährleisten, ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Nähere Informationen erhalten Interessierte bei ihrer TK-Geschäftsstelle.

Ein Schlaganfall kann eine Lebensgemeinschaft schwer belasten, aber auch Menschen wieder zusammenführen, die lange nicht mehr miteinander gesprochen haben.

# Kleines Schlaganfall-Lexikon

ABSOLUTE ARRHYTHMIE	unregelmäßiger Herzschlag
AMNESIE	Gedächtnisstörung
ANTIKOAGULATION	Blutverdünnung
APOPLEX	Schlaganfall
APHASIE	Sprachstörung
ARTERIOSKLEROSE	„Gefäßverkalkung“
COMPUTERTOMOGRAPHIE	Schichtaufnahme (Röntgen)
DIABETES	Blutzuckererhöhung
DOPPLERSONOGRAPHIE	Ultraschall der Gefäße
ECHOKARDIOGRAPHIE	Ultraschall des Herzens
EMBOLUS	Blutpfropf (von Halsgefäßen oder vom Herzen ausgehend)
HIRNBLUTUNG	Blutaustritt ins Hirngewebe
HIRNDRUCKTHERAPIE	medikamentöse Therapie bei Hirnschwellung
HIRNINFARKT	Minderdurchblutung des Hirngewebes, Ischämie
HIRNÖDEM	Hirnschwellung
HYPERCHOLESTERINÄMIE	erhöhte Fettwerte
HYPERTONIE	erhöhter Blutdruck
KERNSPINTOMOGRAPHIE	Schichtaufnahme (Magnetfelder)
PARESE	Lähmung
PROPHYLAXE	Vorbeugung
STENOSE	Gefäßverengung
STROKE UNIT	Schlaganfallstation
THROMBUS	Blutpfropf (in den Hirngefäßen selbst entstehend)
THROMBOZYTEN	Blutplättchen, u.a. für Blutgerinnung zuständig
TIA	Transitorisch Ischämische Attacke („kleiner Schlaganfall“)

## Wichtige Adressen

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe  
Postfach 104  
33311 Gütersloh  
Tel.: 05241/97700  
<http://www.schlaganfall-hilfe.de/>

Bundesverband für Rehabilitation der Aphasiker  
Bundesgeschäftsstelle  
Wenzelstraße 19  
97084 Würzburg  
Tel. 0931 / 25 01 30-0  
<http://www.aphasiker.de/>

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
53108 Bonn  
<http://www.bmas.bund.de/>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Walter-Kolb-Straße 9–11  
60594 Frankfurt/Main  
<http://www.bar-frankfurt.de/Startseite.BAR>

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es notwendig, daß Patient und Arzt zu einer gemeinsamen Sprache finden, um sich über Nutzen und Risiken der geplanten Therapie verständigen zu können. Damit der Patient in die Lage versetzt wird, seinem Arzt die für ihn wichtigen Fragen zu stellen, benötigt er in der Regel viele Informationen über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stellt den Ärzten seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich fundierte und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Arzneimittelinformationen zur Verfügung. Seit dem letzten Jahr veröffentlicht sie regelmäßig Therapieempfehlungen für Ärzte zu einzelnen in der Bevölkerung häufig vorkommenden Krankheitsbildern.


Die Arzneimittelkommission begrüßt es daher außerordentlich, daß die Techniker Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, allgemeinverständliche Patienteninformationen zu entwickeln, die auf diesen Therapieempfehlungen für Ärzte basieren.


Die Mitglieder der Kommission wünschen diesem Vorhaben, daß es zu einer gestärkten Partnerschaft zwischen Patient und Arzt und damit zu einer zukünftig noch wirkungsvolleren und sichereren Arzneimitteltherapie beitragen möge.


Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen



Vorsitzender der Arzneimittelkommission  
der deutschen Ärzteschaft

## Info zur PDF-Datei

Mit den  Lesezeichen im linken Navigationsfenster, den Links im Inhaltsverzeichnis und im Text navigieren Sie zu den Artikeln.



Mit Klick auf + öffnen sich weitere Lesezeichen zum Text. 


Klicken sie auf + des ersten Lesezeichens  **Bedienungsfunktionen für Mobilgeräte, Sehbehinderte, digitales Vorlesen**, um zu Befehlen für diese Datei sowie zu [Links](#) für weitere Infos und Downloads zu kommen.



Soweit vorhanden, sind [Internetlinks](#) im Text zielgenau aktiv und zusätzlich als  **Lesezeichen** angelegt. (Neue Icons bei Reader 8: )

Um den vollen Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader 6, 7 oder 8 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers.


## Ihre Leseoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung  (Strg+0). Die  Lesezeichen öffnen Seiten in der jeweils von Ihnen eingestellten Größe.

Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite  (Strg+2).

Durch Klicken in den Text  wird die Textspalte auf die volle Fensterbreite vergrößert. Weitere Klicks führen Sie bis zum Textende eines Kapitels und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so  aussehen.

Eine weitere Vergrößerung bringt das Schließen des Lesezeichenfensters durch Klick auf die Registerkarte "Lesezeichen" (oder Alt+A-N-L).


Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lezeichen  >Flexiblen Zeilen-




umbruch und Größe einstellen.


Alternativ: Strg+4 (Zeilenumbruch), dann mit Strg+ oder Strg- den Zoomfaktor einstellen.

Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

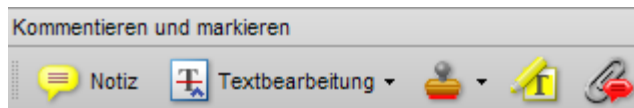
## Vorleseoption mit Adobe Reader


Der vermutlich voreingestellte Sprecher "Microsoft Sam" muss gegen deutsche Sprecher ausgetauscht werden: Nutzen Sie die  **Lesezeichen-Links zu Microsoft**, um kostenlose deutsche Sprecher zu installieren.

Wählen Sie unter  **Bedienungsfunktionen** das Lesezeichen  >Seite vorlesen durch Adobe Reader (Strg+Shift+V). Sie beenden das Lesen mit  Ende vorlesen (Strg+Shift+E).

Achtung nur Reader 8: Vor dem Lesen muss mit Strg+Shift+Y (Menü: >Anzeige >Sprachausgabe) die Sprachausgabe aktiviert werden. Neue Funktion: Dann können Sie auch mit dem Auswahl-Werkzeug (V)  in einen Absatz klicken, der Ihnen dann vorgelesen wird.

**Ausführliche Infos** finden Sie unter dem Lesezeichen  **Infos zum Vorlesen durch Adobe Reader 7 und 8 bei tk-online**.



**Kommentieren und markieren Sie** mit dem  Hervorheben- und Notiz-Werkzeug. Klicken Sie [HIER](#) um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge an- und abzuschaalten. Sie schaffen mit Kommentaren Ihre eigene [Navigationsebene](#).