

*Stadt-Apotheke*

*Jersbeker Str. 12  
22941 Bargteheide  
Tel: 04532 / 83 12  
Fax: 04532 / 25 16 5*



Apotheker S.A.Baset

Stadt-Apotheke Bargteheide – Jersbeker Straße 12 – 22941 Bargteheide

# Ratgeber Schlaganfall

## Einleitung

In Deutschland erleiden über 200000 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.

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 – verloren gegangen sind. Bei einem kleineren Anteil der Schlaganfälle (15 Prozent) tritt Blut aus den Gehirngefäßen 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

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.

Umso 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 „Nichtrauchers“ – 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, wie viel 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 Herzerkrankungen. 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 deutliche Steigerung des Schlaganfallrisikos führt, kann die Hormoneinnahme während und nach den Wechseljahren das Schlaganfallrisiko senken.

## Indikatoren

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: **Transitorisch-Ischämische Attacke = 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 Schlaganfallsymptome, wobei die Schwere der einzelnen Beschwerden in der Regel bei TIAs geringer ausgeprägt ist als bei Schlaganfällen:

<b>SEHEN</b>	Doppelbilder, Verschwommensehen, Sehverlust auf einem Auge, halbseitige Gesichtsfeldausfälle
<b>SPRECHEN</b>	Sprachstörung (Wortsalat, Silbenverdrehungen, Sprachunvermögen) Verständnisstörung (sinnloser Wortschwall, befolgt Aufforderungen nicht richtig), schwere Zunge (Lallen)
<b>BEWEGUNG</b>	Mundwinkel hängt einseitig Augenmuskellähmung (Schielen, Blickwendung zu einer Seite), einseitiges Schweregefühl/Lähmung (Arm und /oder Bein, Finger, Hand)
<b>FUEHLEN</b>	Taubheitsgefühl, Kribbeln, Pelzigkeit, Schwellungsgefühl
<b>GLEICHGEWICHT</b>	Schwindel, Gangunsicherheit, Fallneigung, besonders nach einer Seite, Übelkeit, Erbrechen
<b>DENKEN</b>	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.

## Akuttherapie

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.

Die Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units) verfügen über ein 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 Blutzuckerwerten
- Einstellung erhöhter Blutfettwerte
- Frühe Mobilisation und Motivation
- Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie (= Ergotherapie)
- Sprachtherapie

### **Spezielle Therapie**

- Auflösen des „Blutpfropfes“ (= Lyse) durch hochwirksame 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 Herzerkrankungen; bessere Vorbeugung, jedoch höheres Risiko einer Einblutung in das Hirngewebe)
- Später: Operation von starken Verengungen der Halsgefäße

## Umgang

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 verlorene 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.

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. Übersteigerter Respekt vor dem Arzt 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, verlorene 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 verlorene 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 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.

## 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, Sitzerhöhungen, 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 Tipps 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.

Für die Einstufung in die Pflegestufe ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zuständig.

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 schwer fällt, 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.

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



## Wichtige Begriffe

<b>ABSOLUTE ARRHYTHMIE</b>	unregelmäßiger Herzschlag
<b>AMNESIE</b>	Gedächtnisstörung
<b>ANTIKOAGULATION</b>	Blutverdünnung
<b>APOPLEX</b>	Schlaganfall
<b>APHASIE</b>	Sprachstörung
<b>ARTERIOSKLEROSE</b>	„Gefäßverkalkung“
<b>COMPUTERTOMOGRAPHIE</b>	Schichtaufnahme(Röntgen)
<b>DIABETES</b>	Blutzuckererhöhung
<b>DOPPLERSONOGRAPHIE</b>	Ultraschall der Gefäße
<b>ECHOKARDIOGRAPHIE</b>	Ultraschall des Herzens
<b>EMBOLUS</b>	Blutpfropf (von Halsgefäßen oder vom Herzen ausgehend)
<b>HIRNBLUTUNG</b>	Blutaustritt ins Hirngewebe
<b>HIRNDRUCKTHERAPIE</b>	medikamentöse Therapie bei Hirnschwellung
<b>HIRNINFARKT</b>	Minderdurchblutung des Hirngewebes, Ischämie
<b>HIRNOEDEM</b>	Hirnschwellung
<b>HYPERCHOLESTERINÄMIE</b>	erhöhte Fettwerte
<b>HYPERTONIE</b>	erhöhter Blutdruck

<b>KERNSPINTOMOGRAPHIE</b>	Schichtaufnahme (Magnetfelder)
<b>PARESE</b>	Lähmung
<b>PROPHYLAXE</b>	Vorbeugung
<b>STENOSE</b>	Gefäßverengung
<b>STROKE UNIT</b>	Schlaganfallstation
<b>THROMBUS</b>	Blutpfropf (in den Hirngefäßen selbst entstehend)
<b>THROMBOZYTEN</b>	Blutplättchen, u.a. für Blutgerinnung zuständig
<b>TIA</b>	Transitorisch Ischämische Attacke („kleiner Schlaganfall“)

## **Hilfreiche Adressen**

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe  
Postfach 104  
33311 Gütersloh  
Tel.: 05241/97700

Bundesverband für Rehabilitation der Aphasiker  
Bundesgeschäftsstelle  
Georgstraße 9  
50389 Wesseling  
Tel.: 02236/46698

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
53108 Bonn

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation  
Walter-Kolb-Straße 9–11  
60594 Frankfurt/Main