



Wie kann ich mich gegen Schlaganfall schützen?

Wissen – Erkennen – Behandeln – Vorbeugen

Wissen

Schlaganfall = akut einsetzende neurologische Störungen aufgrund einer Durchblutungsstörung des Gehirns; Ursache ist in 60 – 70 % ein Hirninfarkt, in 15 % eine Hirnblutung, andere Ursachen sind selten.

Zahlen: Ca. 250.000 Schlaganfälle/Jahr in Deutschland, dritthäufigste Todesursache; jeder zehnte über 50 Jahre stirbt an den Folgen eines Schlaganfalls. Geschätzte Kosten: Ca. 150.000 Euro pro Fall bzw. 3 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Zahlen der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe).

Folgen für die Betroffenen: 20 % sterben innerhalb der ersten 4 Wochen, von den Überlebenden bleibt ein Drittel pflegebedürftig, ein weiteres Drittel trägt bleibende Behinderungen davon. 8 – 15 % der Betroffenen erleiden innerhalb des nächsten Jahres einen weiteren Schlaganfall.

Ursachen:

- **Hirninfarkt:** Hauptursache Arteriosklerose der großen Gefäße (Makroangiopathie), weitere Ursachen: Erkrankungen der kleinen Gefäße (Mikroangiopathie), Embolien z. B. aus dem Herzen, andere seltene Ursachen.
- **Hirnblutung:** Risikofaktoren Bluthochdruck, Alkoholmissbrauch, Drogen (Kokain, Ecstasy); weitere Ursachen: altersbedingte Gefäßveränderungen, Gefäßmissbildungen, Tumore, Gerinnungsstörungen.

Erkennen

Woran erkennt man einen Schlaganfall?

- Typische Kennzeichen: Akute Lähmung (meist einseitig), Sprach- oder Artikulationsstörung
- Auch bei andere Erkrankungen vorkommend: Schwindel, Sehstörungen, Doppelsehen, Gangunsicherheit, Bewusstlosigkeit, Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit

Die Vorboten erkennen!

- Transitorisch ischämische Attacke (TIA) = flüchtige neurologische Ausfälle wie z.B. Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Sprachstörungen
- Flüchtige Blindheit auf einem Auge

Auch bei vorübergehenden Ausfällen oder Beschwerden: sofort in die Klinik!

Ersteller: Dr. O. Schmock, Ltd. OÄ	Dokument: NEU Pat. Info Schlaganfall	Änderungsstand 1	Datum: 10/2021
Freigabe: Dr. M. Hotz, Chefarzt	© Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH		Seite 1 von 6



Behandeln

Was tun, zuhause?

- Schnell handeln!
- Bewusstlose in die stabile Seitenlage bringen
- Einweisung auf eine Schlaganfallstation: immer direkt den Rettungsdienst anrufen, nicht den Umweg über den Hausarzt nehmen!
- Informationen bereithalten (Medikamente, Vorerkrankungen)
- Angehörige sollten unbedingt telefonisch erreichbar bleiben (Nummer dem Rettungsdienst mitgeben) oder den Betroffenen ins Krankenhaus begleiten

Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit)

Was muss eine Stroke Unit leisten? Sofortige Aufnahme und Versorgung, Durchführung aller Untersuchungen innerhalb von 60 Minuten. Einleitung einer spezifischen Therapie innerhalb von 3 Stunden.

Was ist dazu notwendig? 1 Neurologe ständig vor Ort, 24-Stunden-Bereitschaft von CT, Labor etc., 1,5 Pflegekräfte pro Bett, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie.

Was bringt das? 5 Jahre nach einem Schlaganfall leben von denen auf einer Stroke Unit behandelten Patienten fast doppelt so viele zuhause verglichen mit denen, die nicht auf einer Spezialstation behandelt wurden.

Vorbeugen – was kann man selbst tun?

Zu Risikofaktoren allgemein:

- Man merkt (oft) nichts davon!
- Man kann (meist) etwas dagegen unternehmen!
- Es ist nie zu spät, etwas dagegen zu unternehmen!

Bluthochdruck (Hypertonie)

Die 50%-Regel bei Bluthochdruck:

Nur 50 % der Patienten mit Bluthochdruck wissen, dass sie einen Bluthochdruck haben

Davon werden nur 50 % behandelt

Von diesen sind nur 50 % ausreichend behandelt

Das heißt: 87,5 % der Hochdruckpatienten nutzen die Möglichkeit zur Vorbeugung nicht oder nicht ausreichend aus!

Ersteller: Dr. O. Schmock, Ltd. OÄ	Dokument: NEU Pat. Info Schlaganfall	Änderungsstand 1	Datum: 10/2021
Freigabe: Dr. M. Hotz, Chefarzt	© Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH		Seite 2 von 6



Wo fängt die Hypertonie an?

	Systolisch mm Hg	Diastolisch mm Hg
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Hochnormal	130 – 139	85 – 89
Leichte Hypertonie	140 – 159	90 – 99
Mittelschwere Hypertonie	160 – 179	100 – 109
Schwere Hypertonie	≥ 180	≥ 110

Eine Blutdrucksenkung um 20 mm Hg bringt eine Senkung des Schlaganfallrisikos um 42 %! Eine Blutdrucksenkung innerhalb des „Normalbereichs“ senkt das Risiko zusätzlich.

Blutdruck: Wie messen?

- Ist das Gerät in Ordnung?
- Messungen zu verschiedenen Tageszeiten
- Vorher 2-3 Minuten ruhig sitzen
- Druckmanschette in Herzhöhe
- Werte notieren

Rauchen

- Steigert den Blutdruck, erhöht die Konzentration des „bösen“ LDL-Cholesterins im Blut und verstärkt die „Klebrigkeit“ der Blutplättchen
- Steigert das Schlaganfallrisiko um das zwei- bis dreifache
- Zwei Jahre nach der letzten Zigarette erreicht man, wenn man
 - weniger als 20 Zigaretten/Tag geraucht hat ... sein Ausgangsrisiko
 - mehr als 20 Zigaretten/Tag geraucht hat ... das 2,2-fache Ausgangsrisiko
- Fünf Jahre nach der letzten Zigarette sinkt das Risiko auf das Niveau von Nichtrauchern
- Ex-Raucher haben im Schnitt 3 Entwöhnungsversuche hinter sich.
- Nikotinplaster oder -Kaugummis können die Entzugssymptome lindern, Informationen über Raucherentwöhnungsprogramme stellen die meisten Krankenkassen zur Verfügung



Diabetes mellitus

- Das Schlaganfallrisiko ist 1,6-fach bis 6-fach erhöht; besonders gefährlich: Diabetes + Bluthochdruck
- Sorgfältige Blutdruckeinstellung daher umso wichtiger
- Über den Zusammenhang einer verbesserten Diabetes-Einstellung und Schlaganfallrisiko liegen leider keine validen Daten vor
- Weitere Informationen über das Diabetes-Zentrum im Hause

Fettstoffwechselstörungen

- **„Gutes“ (HDL-) und „böses“ (LDL-) Cholesterin:** LDL-Cholesterin transportiert Cholesterin in die Zellen, HDL-Cholesterin dient dem Abtransport. Überschüssiges LDL-Cholesterin lagert sich an die Gefäßwände an und schädigt sie.
- **Cholesterin und Schlaganfall:** Bei Cholesterinwerten bis 279 mg/dl besteht das 1,8-fache, bei Werten ≥ 280 mg/dl das 2,6-fache Risiko, an einem Schlaganfall zu sterben. Die medikamentöse Senkung des Cholesterinspiegels bringt eine relative Risikoreduktion um 31 %.
- **Therapieziel:** Es wird empfohlen, den LDL-Cholesterinwert unter 100 mg/dl zu senken.

Alkohol

Wer mehr als 30 g Alkohol pro Tag (entsprechend 0,6 Liter Bier, 0,2 Liter Wein oder 0,1 Liter Schnaps) zu sich nimmt, hat das

- Doppelte Risiko eines Bluthochdrucks
- 2-3-fache Risiko eines Schlaganfalls
- 3-4-fache Risiko einer Hirnblutung

Geringer Alkoholkonsum senkt das Schlaganfallrisiko.

Sport

Sportliche Betätigung erhöht den Blutdruck vorübergehend, führt aber nach Ende der Aktivität zu einer lang anhaltenden Blutdrucksenkung. Eine Senkung des Schlaganfallrisikos ist nachgewiesen für Personen, die mindestens zweimal pro Woche 30 Minuten Sport treiben.

Ältere Menschen und solche mit Gefäßrisikofaktoren oder Herzerkrankungen sollten vorher ihren Hausarzt fragen, er wird evtl. die Belastbarkeit überprüfen (Belastungs-EKG).

- Geeignete Sportarten: Ausdauersport, Schwimmen, Ski-Langlauf

Ersteller: Dr. O. Schmock, Ltd. OÄ	Dokument: NEU Pat. Info Schlaganfall	Änderungsstand 1	Datum: 10/2021
Freigabe: Dr. M. Hotz, Chefarzt	© Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH		Seite 4 von 6



Übergewicht

Übergewicht ist ein wichtiger indirekter Risikofaktor. Übergewichtige Menschen haben eindeutig erhöhtes Risiko, Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette zu haben; wenn sie zuckerkrank sind, so ist der Zucker deutlich schlechter einstellbar. Eine direkte, von diesen Faktoren unabhängige Erhöhung des Schlaganfallrisikos ist wahrscheinlich.

Vorbeugung: Was kann der Arzt oder die Klinik tun?

Medikamente

Thrombozytenaggregationshemmer

- vermindern die „Klebrigkeit“ der Blutplättchen
- Vorbeugende Wirkung bei Schlaganfall
 - nur **nach** einem Ereignis erwiesen
 - nur bei **bestimmten** Schlaganfalltypen
- Substanzen:
 - ASS = Acetylsalicylsäure (z. B. Aspirin®) 100 mg/Tag, häufigstes Problem: Magenunverträglichkeit
 - Clopidogrel (Plavix®, Iscover®): etwas stärker wirksam als ASS, teurer, etwas magenfreundlicher. Zur Zeit nach Schlaganfall nur zugelassen bei Patienten mit ASS-Allergie oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit

Marcumar

- hemmt die Blutgerinnung
- Wirkt nur bei **bestimmten** Risiken: bestimmte Herzrhythmusstörungen, Thromben im Herzen u. a.
- Risiko: Hirnblutungen 0,2 – 0,4 %/Jahr; andere Blutungen (z.B. Nase, Muskel, Zahnfleisch)
- Keine Spritzen in den Muskel (i.m.)!
- Sorgfältige individuelle Risikoabwägung!

Ohne nachgewiesene Wirksamkeit

für die Behandlung oder Vorbeugung des Schlaganfalls: Durchblutungsfördernde und stoffwechselsteigernde Medikamente.

Ersteller: Dr. O. Schmock, Ltd. OÄ	Dokument: NEU Pat. Info Schlaganfall	Änderungsstand 1	Datum: 10/2021
Freigabe: Dr. M. Hotz, Chefarzt	© Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH		Seite 5 von 6



***Diagnostik und Operation von Einengungen der Halsschlagader
(Gefäßchirurgie)***

Einengung der Halsschlagader (Carotisstenose): führt zu einem erhöhten Schlaganfall-Risiko; bei einer Einengung > 70 %, die sich bereits durch einen Schlaganfall oder eine flüchtige Durchblutungsstörung bemerkbar gemacht hat („symptomatische Carotisstenose“), ist eine Operation meist sinnvoll.

Operation „stummer“ (asymptomatischer) Verengungen der Halsschlagader

Operationen sollten nur in Zentren mit sehr niedriger Komplikationsrate durchgeführt werden

100 Patienten müssen operiert werden, um einen Schlaganfall zu verhindern

Der Nutzen ist nur bei Männern statistisch erwiesen

Pragmatischer Standpunkt: Operation bei

- rasch zunehmenden Verengungen (regelmäßige Ultraschallkontrollen!)
- Verschluss der Gegenseite und
- Patienten ohne wesentliche Begleiterkrankungen, die einer OP zustimmen

Rehabilitation so früh wie möglich

Vom ersten Tag an werden Schlaganfallpatienten mobilisiert, die rehabilitative Behandlung erfolgt durch ein Team aus den Bereichen Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie

Ersteller: Dr. O. Schmock, Ltd. OÄ	Dokument: NEU Pat. Info Schlaganfall	Änderungsstand 1	Datum: 10/2021
Freigabe: Dr. M. Hotz, Chefarzt	© Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH		Seite 6 von 6