

Empfehlungen zur Ernährung und Lebensführung

Eine gesunde Ernährung und eine bewusste Lebensführung tragen wesentlich dazu bei, das Risiko für einen erneuten Schlaganfall zu senken.

Körperliche Aktivität

Optimal sind 150 Minuten mäßige körperliche Aktivität (z. B. schnelles Gehen oder Radfahren) oder 75 Minuten starke körperliche Aktivität (z. B. Joggen) pro Woche. Es empfiehlt sich eine schrittweise Steigerung. Bei stärkerer Behinderung (z. B. Lähmung) sind im Rahmen der Rehabilitation geeignete Möglichkeiten der sportlichen Aktivität zu prüfen.

Ernährung

Besonders empfehlenswert ist mediterrane Kost mit regelmäßigem Konsum von Seefisch und die Vermeidung von Salz, gesättigten Fettsäuren, rotem Fleisch und Wurstwaren. Weiterhin gesteigerter Konsum von Obst und Gemüse (optimal: 5 Portionen pro Tag, wobei eine Portion der Menge entspricht, die in eine abgeflachte Hand passt). Bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck) empfehlen wir eine Verminderung der Kochsalzaufnahme.

Alkohol

Am besten gar kein Alkohol – aber an mindestens 2 Tage pro Woche strikt alkoholfrei bleiben. Beim Konsum von Alkohol gelten folgende Grenzwerte:

- Frauen: maximal 0,25 l Bier oder 50 ml Wein am Tag
- Männer: maximal 0,5 l Bier oder 100 ml Wein am Tag

Rauchen

Nikotinkonsum einstellen oder mindestens soweit möglich reduzieren. Nikotinersatzprodukte wie Nikotinpflaster und Beratungsangebote zum Nikotinverzicht (www.rauchfrei-info.de oder www.anbieter-raucherberatung.de) können helfen. Der Umstieg auf E-Zigaretten ist nicht ausreichend.

Vermeidung übermäßiger Hitzeeinwirkung

Dies kann bei Risikopersonen einen Schlaganfall auslösen. Achten Sie auf regelmäßige Abkühlung und eine ausreichende Trinkmenge.

Kraftfahreignung nach einem Schlaganfall

Ein Schlaganfall kann die Fahreignung im Straßenverkehr beeinträchtigen. Abhängig vom Risikoprofil für erneute Schlaganfälle besteht für einen Zeitraum von 1 bis 6 Monaten nach dem Ereignis keine Kraftfahreignung (Karenzzeit). Über diesen Zeitraum hinaus muss die Fahreignung zusätzlich anhand der verbleibenden körperlichen oder geistigen Einschränkungen und deren Kompensationsmöglichkeiten beurteilt werden. Lassen Sie sich dazu von Ihrer neurologischen oder hausärztlichen Praxis beraten. Für Berufskraftfahrende und Personenbeförderung (Fahrzeuge der Gruppe 2: LKW, Busse) gelten gesonderte Regelungen. Weitere Details finden Sie in einer Broschüre der Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe und der „Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).

Klinik für Neurologie und klinische Neuropsychologie



Ansprechpartner:

Dr. K.-D. Willenborg

Chefarzt der Klinik für Neurologie
und klinische Neuropsychologie



Dr. N. Zoukeri

Leitender Oberarzt der Stroke Unit



M. Seegers

Pflegerische Leitung
der Neurologie und Stroke Unit

Eine Information der
Katholisches Karl-Leisner-Klinikum gGmbH
Albersallee 5-7 · 47533 Kleve · www.kkle.de

www.kkle.de

Stroke Unit

Schlaganfallstation am Marienhospital Kevelaer



Nachsorge nach Schlaganfall



Katholisches
Karl-Leisner-Klinikum

Wie geht es weiter nach der Behandlung auf Stroke Unit?

Im Anschluss an die Überwachung und Behandlung auf der Stroke Unit erfolgt in der Regel nach 24–72 Stunden die Verlegung des Patienten auf die neurologische Normalstation. Dort werden bei klinisch stabilen Patienten die weitere Diagnostik sowie die begonnene Therapie fortgeführt. Es ist uns wichtig, dass unsere Patienten auch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung adäquat versorgt werden. Daher bereiten wir frühzeitig die Entlassung nach Hause oder die Verlegung in eine Rehabilitationsklinik oder ein Pflegeheim vor. Die weitere Versorgung, einschließlich der ggf. notwendigen Hilfsmittel, wird gemeinsam mit den behandelnden Ärzten und durch unsere Mitarbeiter des Sozialdienstes in Rücksprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen festgelegt.

Sollten Sie diesbezüglich noch unbeantwortete Fragen haben, hier Ihr Ansprechpartner aus dem Sozialdienst:

Herr Schweers Tel. Nr.: 02832-10-1081.

Weitere Hilfestellungen erhalten Sie bei den Mitarbeitern der **Schlaganfall-Selbsthilfegruppe für Betroffene und Angehörige im Kreis Kleve (Tel. Nr.: 02821 69521)**.

Wir, das Team der Stroke Unit, stehen für eine fachlich kompetente und fürsorgliche Betreuung der Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen. Natürlich stehen wir gerne bei Fragen, Anregungen und Problemen zur Verfügung.

Medikamente

Medikamentöse Sekundärprophylaxe nach einem Schlaganfall

Ziele der Sekundärprävention ist das Risiko für einen weiteren Schlaganfall zu vermindern. Folgende Maßnahmen zählen dazu:

Hemmung der Blutgerinnung

Diese Medikamente sollen verhindern, dass sich erneut Blutgerinnsel bilden. Welche Therapie für Sie geeignet ist, hängt von der Ursache Ihres Schlaganfalls und Ihren individuellen Risikofaktoren ab. Mögliche Therapieoptionen sind:

- **Thrombozytenaggregationshemmer:**
(„Plättchenhemmer“): Diese Medikamente verhindern das Verklumpen von Blutplättchen. Häufig verwendetes Standardpräparat ASS® (Acetylsalicylsäure). Als Alternative steht ebenfalls Clopidogrel zur Verfügung. In bestimmten Situationen werden ASS und Clopidogrel vorübergehend kombiniert (sogenannte Doppelpföättchenhemmung).
Diese Kombination ist zeitlich begrenzt. Seltener Alternative ist Ticagrelor.
- **Orale Antikoaganzien:**
(„stärkere Blutverdünnung“): Diese Medikamente beeinflussen die Blutgerinnung intensiver als die Plättchenhemmer. Sie werden eingesetzt, wenn ein erhöhtes Risiko für die Bildung von Blutgerinnseln besteht. Der häufigste Grund für eine solche Therapie ist Vorhofflimmern (eine Herzrhythmusstörung). Zu dieser Medikamentengruppe gehören z. B. Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban, Dabigatran oder in bestimmten Fällen Marcumar® / Phenprocoumon.

Blutdrucksenkung

Der Blutdruck sollte nach einem Schlaganfall oder einer TIA langfristig auf Werte von unter 140/90 mmHg gesenkt werden. Meist müssen Medikamente eingenommen werden. Nehmen Sie diese regelmäßig ein mit ambulanter Kontrolle der Blutdruckwerte.

Cholesterinsenkung

Nach einem ischämischen Schlaganfall ist meist eine Absenkung des LDL-Cholesterin-Wertes (= schlechtes Cholesterin) angestrebt. Häufiges Ziel ist die Senkung des LDL-Wertes auf Werte von unter 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l) bzw. eine Halbierung des Ausgangswertes. Manchmal werden auch noch niedrigere Zielwerte angestrebt, abhängig vom sogenannten Risikoprofil. Erfragen Sie Ihren individuellen Ziel-LDL-Wert.

- **Statine:**
Hauptsächlich eingesetzte Präparate, die 1 x tgl. (bevorzugt zum Abend) eingenommen werden. Die Dosis wird individuell festgelegt und orientiert sich an der erzielten LDL-Senkung und der Verträglichkeit. Am häufigsten eingesetzte Präparate:
– Atorvastatin, Rosuvastatin, Simvastatin.
– Weitere Präparate: es gibt eine Reihe weiterer Präparate, die zusätzlich zu einem Statin oder als Alternative eingesetzt werden: z. B. Ezetimib, Bempedoinsäure, PCSK9-Hemmer.

Behandlung eines Diabetes mellitus

Auch hier werden Medikamente und Lebensstilmaßnahmen eingesetzt.

- **HbA1c:**
Dieser Langzeitblutzuckerwert zeigt den Behandlungserfolg an. Der Zielwert wird abhängig von Lebensalter, Begleiterkrankungen und dem Risiko von Unterzuckerungen festgelegt.
– Alter unter 65: HbA1c-Zielwert $\leq 7,0\%$ (6,5–7 %).
– Alter ab 65: HbA1c-Zielwert $\leq 7,5\%$ (6,5–7,5 %).
– Bei hohem Alter: Zielwert < 8 %.

Wichtige Hinweise zur Einnahme Ihrer Medikamente:

- Nehmen Sie Ihre Medikamente regelmäßig und genau nach ärztlicher Anweisung ein.
- Informieren Sie jeden behandelnden Arzt oder Zahnarzt über Ihre Blutverdünnung.
- Bei ungewöhnlichen Blutungen (z. B. Nasenbluten, Blut im Urin oder Stuhl, starke blaue Flecken) wenden Sie sich bitte umgehend an Ihren Arzt.
- Setzen Sie die Blutverdünnung nicht eigenständig ab.