



**Sana Kliniken
Lübeck**

Informationsbroschüre zum Schlaganfall

– für Betroffene und Angehörige

Auch digital
als PDF verfügbar:
[www.dsg-info.de/
Informationsbroschuere-
Schlaganfall](http://www.dsg-info.de/Informationsbroschuere-Schlaganfall)



Erstellt durch die



DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
GESELLSCHAFT

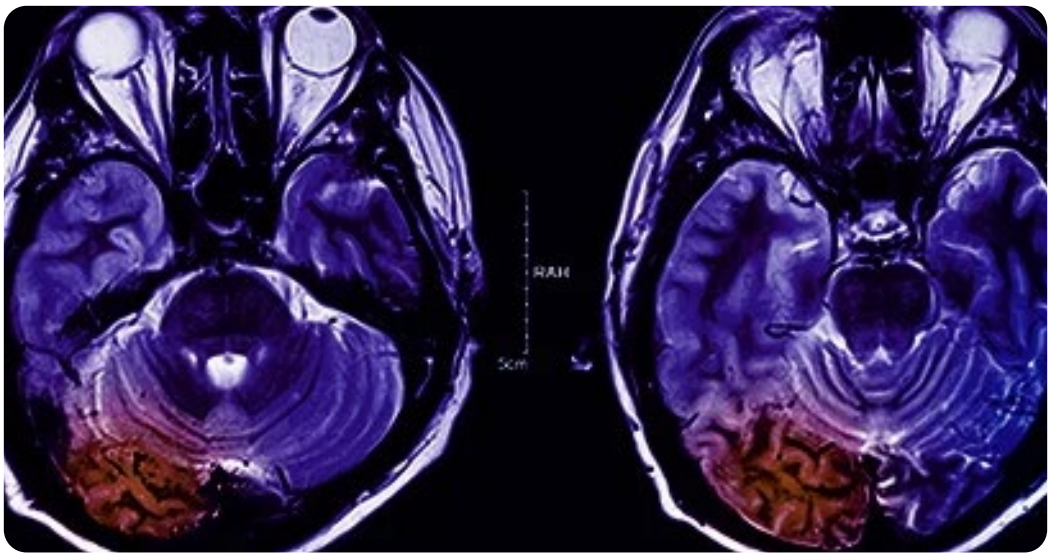
German Stroke Society



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Liebe Betroffene, Angehörige und Interessierte,

in dieser Broschüre fassen Expertinnen und Experten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wesentliche Informationen zum Schlaganfall für Sie zusammen. Ein besseres Verständnis für die Erkrankung soll Ihnen als Betroffene helfen, ein hohes Maß an Lebensqualität zurückzugewinnen. Zuversicht ist dafür enorm wichtig. Einen besonderen Schwerpunkt legen wir auf Maßnahmen zur Schlaganfall-Nachsorge und zur Vorbeugung eines weiteren Schlaganfalls (Sekundärprävention). Die Broschüre ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Behandlungsteam. Vielmehr soll sie die im persönlichen Gespräch vermittelten Informationen ergänzen und festigen. Um den Lerneffekt zu erhöhen, empfehlen wir, die für Sie zutreffenden Passagen in der Broschüre zu markieren bzw. markieren zu lassen. Informationsbasis der Broschüre sind die Leitlinien zur Sekundärprophylaxe nach ischämischen Schlaganfall und Transitorisch Ischämischer Attacke (TIA)^{1,2}, die Patientenleitlinie zur Akuttherapie des Schlaganfalls³ der DSG und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und die Leitlinie zu Hirnblutungen⁴. Um Sie mit Fachbegriffen vertraut zu machen, die Ihnen begegnen könnten, haben wir diese mit aufgeführt und erläutert.



1. Definition Schlaganfall

Bei einem Schlaganfall handelt es sich um eine kritische Durchblutungsstörung des Gehirns, die sich typischerweise mit plötzlichen Funktionsstörungen bemerkbar macht. Wir unterscheiden zwei Formen:

- Hirninfarkt und TIA: Mangeldurchblutung durch Verstopfen einer Schlagader (ca. 85 %)
- Hirnblutung: Blutergussbildung durch Platzen einer Schlagader (ca. 15 %)

Manchmal kommt es bei einer verschlossenen Schlagader rasch zu einer spontanen Wiederherstellung der Durchblutung. Die neurologischen Ausfälle halten dann nur kurz an (Minuten bis maximal 24 Stunden). Eine solche Episode nennt man TIA (Transitorisch Ischämische Attacke).

Nach einer TIA ist die Gefahr eines vollendeten Schlaganfalls stark erhöht. Daher ist auch eine TIA mit nur zeitlich begrenzten neurologischen Ausfällen ein medizinischer Notfall.

2. Typische Anzeichen eines Schlaganfalls

Plötzliches Auftreten von Funktionsstörungen wie:

- einseitige oder halbseitige Lähmung
- einseitige oder halbseitige Gefühlsstörung
- undeutliche Sprechweise oder Sprachausfall
- Sehstörung: Gesichtsfeldausfall, Doppelbilder
- explosionsartiger, heftiger Kopfschmerz

3. Wichtige beeinflussbare Risikofaktoren des Schlaganfalls

- Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)
- Rauchen
- Fettstoffwechselstörung (v. a. LDL-Cholesterin)
- Vorhofflimmern (Herzrhythmusstörung)
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- übermäßiger Alkoholkonsum
- östrogenhaltige orale Kontrazeptiva
- Drogenkonsum (z. B. Kokain, Amphetamine)

Es gibt weitere Risikofaktoren, denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei Verdacht nachgehen.

4. Die wichtigsten Schlaganfall-Ursachen

a) Hirninfarkt/TIA (ischämischer Schlaganfall)

Der ischämische Schlaganfall hat vielfältige Ursachen. Wir unterscheiden drei wesentliche Ursachengruppen:

- Arteriosklerose („Gefäßverkalkung“) der großen Schlagadern am Hals oder an der Schädelbasis (Makroangiopathie = Großgefäßerkrankung)
- Erkrankung kleinster Schlagadern

im Gehirn (Mikroangiopathie = Kleingegefäßerkrankung)

- Gerinnsel-Verschleppung aus dem Herzen (kardiale Embolie)

Daneben existieren seltene Ursachen, die vor allem bei jüngeren Betroffenen (unter 60 Jahre) bedeutsam sind. Hierzu zählen:

- Wandverletzungen hirnersorgender Schlagadern (Gefäßdissektion)
- Rheumatische Gefäßentzündungen (Vaskulitis)
- Gerinnungsstörungen mit Neigung zu spontaner Gerinnselbildung (Thrombophilie)
- Gerinnsel-Verschleppung über einen Defekt in der Herzscheidewand (= paradoxe Embolie); häufigster Defekt im Herzen ist ein sogenanntes PFO (Persistierendes Foramen ovale). Ein PFO ist eine recht häufig vorkommende Anomalie am Herzen, die nicht in jedem Falle krankhaft ist.

Bei etwa jedem 5. Betroffenen lässt sich keine Schlaganfall-Ursache nachweisen. Dies wird als kryptogener Schlaganfall bezeichnet (kryptogen = verborgen). Manchmal wird dafür der englische Begriff ESUS verwendet (Embolic Stroke of Unknown Source = Embolischer Schlaganfall unbekannter Ursache).

b) Hirnblutung

Die wichtigsten Ursachen und Provokationsfaktoren für spontane Hirnblutungen (ohne Trauma) sind:

- Bluthochdruck: dieser kann unmerklich zu Gefäßwandschwächen im Gehirn führen, die mit einer erhöhten Rupturgefahr (Ruptur = Riss einer Gewebestruktur) einhergehen. Auch können massive Blutdruckkrisen zu Hirnblutungen führen.
- Kleingefäßerkrankung infolge von Eiweißablagerungen (Amyloid-Angiopathie), die mit einer erhöhten Rupturgefahr infolge von Gefäßwandschwächen einhergehen
- Fehlbildungen der Schlagadern (Gefäßaneurysma, Gefäßmalformation), die mit einer erhöhten Rupturgefahr infolge von Gefäßwandschwächen einhergehen
- Gerinnungsstörungen mit Blutungsneigung: verschiedene Erkrankungen und Medikamente können dies auslösen
- Thrombose der Hirnvenen mit Auftreten einer Stauungsblutung

Auch für Hirnblutungen existieren seltene Ursachen (wie z. B. rheumatische Gefäßentzündungen, Gerinnungsstörungen), denen bei begründetem Verdacht weiter nachgegangen wird.

5. Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Schlaganfall

Schlaganfall und TIA sind medizinische Notfälle, die unverzügliche Sofortmaßnahmen erfordern.

- Notruf 112 absetzen bzw. absetzen lassen
- den Betroffenen durch Ansprache wachhalten, aktiv am Einschlafen hindern
- vorhandene Zahnprothesen entfernen, Atemwege freihalten
- nichts zu Essen und Trinken geben
- wichtige Informationen für den Rettungsdienst bereitstellen (siehe Nr. 6)

6. Wichtige Informationen für den Rettungsdienst

- Seit wann bestehen die Defizite?
Sofern exakter Zeitpunkt unbekannt: Wann war der Zustand zuletzt noch sicher normal (letzter gesunder Zeitpunkt)?
- Aktuelle Medikamente, insbesondere „Blutverdünner“ (siehe dazu auch Nr. 10b)
- Kontaktdaten und Telefon- oder Mobilnummer von Angehörigen

7. Behandlung im Krankenhaus

Folgende Aspekte gehören zur akuten Schlaganfall-Behandlung:

- Diagnosesicherung und Abgrenzung gegenüber anderen Krankheiten, die einen Schlaganfall vortäuschen können (Stroke Mimics)
- Bildgebung des Kopfes ggf. mit Gefäßdarstellung (CT oder MRT) und Labordiagnostik
- Akuttherapie (sofern angezeigt): Wiederherstellung der Durchblutung durch Lysetherapie (medikamentöse Auflösung des Gerinnsels) und/oder Thrombektomie (Entfernung des Gerinnsels durch Mikrokatheter)
- Weitere Akutbehandlung in der Stroke Unit, ggf. auch auf der Intensivstation. Dies beinhaltet folgende Aspekte:
 - Engmaschige klinische Beobachtung und apparative Monitor-Überwachung
 - Frühzeitige Einleitung rehabilitativer Maßnahmen
 - Ursachenklärung durch gezielte Untersuchungen
 - Einleitung vorbeugender Maßnahmen zur Verhinderung von Frühkomplikationen und Wiederholungsereignissen (Sekundärprävention)
 - Organisation der weiterführenden Behandlung, Rehabilitation und einer angemessenen Nachsorge

8. Stroke Units

a) Definition:

Eine Stroke Unit (SU) ist eine speziell ausgestattete Station zur Versorgung von Schlaganfall-Betroffenen. Die SU-Behandlung basiert auf folgenden Prinzipien.

- Multidisziplinäre Teambildung (siehe auch Nr. 8b)
- Räumlich zugeordnete Behandlungsplätze
- Engmaschige klinische Überwachung
- Apparatives Überwachungsmonitoring
- Vorgehen nach verbindlichen Qualitätsstandards und abgestimmten Behandlungskonzepten

b) Das SU-Team:

Das multidisziplinäre Team der SU umfasst folgende Fachdisziplinen:

- Ärztliche Leitung: In der Regel erfolgt dies durch den Fachbereich der Neurologie. Bei internistisch geführten SU wird der neurologischen Sachverstand gezielt einbezogen
- Speziell geschultes Pflegepersonal
- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Sozialdienst

Weitere Fachdisziplinen, wie z. B. Neuropsychologie, werden in ausgewählten Situationen einbezogen. Es erfolgt ein engmaschiger Austausch im Team auf täglicher Basis.

9. Entlassmanagement und Sozialdienst

Um den reibungslosen Übergang in die ambulante oder rehabilitative Weiterversorgung zu gewährleisten, existiert ein sogenanntes Entlassmanagement. Folgende Aspekte gehören unter anderem dazu:

- Planung einer Rehabilitationsbehandlung, sofern Bedarf besteht
- Ggf. Verordnung von ambulanter Behandlung (wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), Hilfsmitteln (wie Gehhilfen) und häuslicher Kranken- oder Kurzzeitpflege für den Übergang
- Sicherstellung der Informationsweitergabe an den weiterversorgenden Bereich (in der Regel Hausarzt) durch einen Entlassbrief mit Medikationsplan.

Eine weitere Beratung kann durch das Behandlungsteam oder den Sozialdienst des Krankenhauses erfolgen.

10. Ziele und Maßnahmen der Sekundärprävention

Nach einem Schlaganfall bzw. einer TIA ist das Risiko für einen weiteren Schlaganfall erhöht. Dieses Risiko lässt sich durch gezielte Maßnahmen vermindern. Folgende Maßnahmen zählen dazu:

a) Gesunde Lebensführung (siehe Nr. 11)

b) Hemmung der Blutgerinnung:

- Häufig verwendetes Standardpräparat: ASS 1 x 100 mg tgl.
- Alternative zu ASS: Clopidogrel 1 x 75 mg tgl. Wird in ausgewählten Situationen auch zusammen mit ASS eingesetzt, dann fast immer zeitlich befristet. Bitte beachten Sie die Frist bei Doppelbehandlung mit ASS und Clopidogrel.
- Sehr selten eingesetzte Alternative zu ASS oder Clopidogrel: Ticagrelor 2 x 90 mg
- Orale Antikoagulanzen (OAK): Diese werden eingesetzt, wenn eine verstärkte Blutverdünnung erforderlich ist. Häufigster Anlass für eine OAK-Medikation ist Vorhofflimmern. Präparate:

- Apixaban (z. B. Eliquis®): Einnahme nach festgelegter Dosis
- Dabigatran (z. B. Pradaxa®): Einnahme nach festgelegter Dosis
- Edoxaban (z. B. Lixiana®): Einnahme nach festgelegter Dosis
- Rivaroxaban (z. B. Xarelto®): Einnahme nach festgelegter Dosis
- Phenprocoumon (z. B. Marcumar®, Falithrom®): Individuelle Dosierung, die durch regelmäßige Gerinnungskontrollen gesteuert wird.

c) Blutdrucksenkung:

Der Blutdruck sollte nach einem Schlaganfall oder einer TIA langfristig auf Werte von unter 140/90 mmHg gesenkt werden. Zu beachten ist:

- **Medikamenteneinnahme:** Meist müssen Medikamente eingenommen werden. Nehmen Sie diese regelmäßig ein.
- **Selbstmessungen:** Nehmen Sie regelmäßig Selbstmessungen des Blutdrucks vor und notieren Sie die Werte. Wichtig: es geht um den Blutdruck in Ruhe. Setzen Sie sich vorab ein paar Minuten ruhig hin, bevor Sie messen. Messen Sie dann zweimalig im Abstand von drei Minuten und notieren nur den 2. Wert.
- **Verhaltens- und Ernährungsmaßnahmen:** Diese tragen zur Blutdrucksenkung bei. Hierzu gehören: Salzarme, fettreduzierte und vitaminreiche Kost, Verzicht auf Alkohol, regelmäßiger Ausdauersport.

d) Cholesterinsenkung:

Nach einem ischämischen Schlaganfall ist meist eine medikamentöse Behandlung erforderlich. Dabei wird 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.
- **Verhaltens- und Ernährungsmaßnahmen:** Eine gesunde Ernährung und regelmäßiger Ausdauersport tragen zur LDL-Senkung bei.

e) 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 %

f) Medikamententreue:

Bei allen medikamentösen Maßnahmen ist eine regelmäßige Einnahme gemäß des Ordnungsplanes wichtig.

11. Empfehlungen zur Ernährung und Lebensführung

- 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: Vermeiden Sie Alkohol, mindestens zwei Tage pro Woche

sollten alkoholfrei sein. 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.



12. Rehabilitation

Trotz bestmöglicher Behandlung verbleiben nach einem Schlaganfall nicht selten Funktionsausfälle (z. B. Lähmung, Sprachstörung, Schluckstörung). Diese machen eine Rehabilitationsbehandlung erforderlich. Ziel der Rehabilitationsbehandlung ist die bestmögliche Wiederherstellung der neurologischen Funktionen mit Wiedergewinnung von Alltagskompetenzen und Lebensqualität. Die Rehabilitation wird in Deutschland eingeteilt nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):

- Phase A: Akutbehandlung im Krankenhaus (keine Rehabilitation)
- Phase B: Es bestehen stark ausgeprägte Defizite mit fehlender/massiv eingeschränkter Kooperationsfähigkeit, sehr intensivem medizinischen Behandlungs- und Pflegebedarf.
- Phase C: Es besteht bereits Kooperationsfähigkeit, aber noch in hohem Maße pflegerischer Unterstützungsbedarf und medizinischer Versorgungsaufwand.
- Phase D: Es besteht bereits weitgehende Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens mit nur noch geringem Unterstützungsbedarf. Häufig erfolgt eine Entlassung aus dem Krankenhaus bis zum Beginn der Phase D. Die Behandlung dieser

Phase kann ambulant oder stationär erfolgen.

- Phase E: Spezifische medizinisch-berufliche Rehabilitation, erfolgt meist ergänzend nach Abschluss der üblichen Rehabilitationsphase.
- Phase F: Funktionserhaltende Dauerpflege in spezialisierten Einrichtungen (keine Rehabilitation).

Bei gutem Ansprechen auf die Behandlung kann in die jeweils höhere Rehabilitationsstufe gewechselt werden. Alternativ kommt für betagte Personen auch eine geriatrische Rehabilitation in Betracht. Das Behandlungsteam wird Ihnen die geeignete Rehabilitation vorschlagen.

13. Schlaganfall-Nachsorge

Ein Schlaganfall ist eine komplexe und chronische Erkrankung. Trotz der Behandlungserfolge in der Akut- und Reha-Therapie führt er häufig zu langfristigen und komplexen Beeinträchtigungen, die eine ambulante Nachsorge benötigen. Viele Beeinträchtigungen können durch eine konsequente, ambulante Weiterbehandlung vermindert werden. Ziel ist es, die bestmögliche Lebensqualität und Teilhabe am Leben nach dem Schlaganfall sicherzustellen. Ihre Weiterbehandlung sollte im Optimalfall in enger Abstimmung zwischen Ihrer

neurologischen Facharztpraxis und Ihrer hausärztlichen Praxis erfolgen. Besprechen Sie bestehende Probleme mit Ihren Ärztinnen und Ärzten, um die weitere Behandlung festzulegen. Mit der Beantwortung der weltweit gültigen Post-Stroke-Checkliste (siehe Nr. 16) bereiten Sie Ihren Arztbesuch vor und helfen so den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, die wichtigsten Probleme gezielt anzugehen. Zu den möglichen Beschwerden und Problemen gehören:

- Lähmungen und Gefühlsstörungen
- Spastische Bewegungsstörung
- Gangunsicherheit, Mobilitätseinschränkung und Stürze
- Kommunikationsstörungen
- Schluckstörungen
- Sehstörungen
- dauerhafte Müdigkeit/Abgeschlagenheit (Fatigue)
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, kognitive Beeinträchtigung und Demenz
- Anfallserkrankungen / Epilepsien
- Depression und Angsterkrankung
- Veränderungen der Persönlichkeit
- Schmerzen
- Kontinenzprobleme (Blase, Darm)
- Beeinträchtigung sozialer Kontakte, z. B. mit Angehörigen und Freunden
- Arbeitsunfähigkeit/Berufsunfähigkeit
- Beeinträchtigung der Fahreignung (siehe auch Nr. 14)

14. Kraftfahreignung

Ein Schlaganfall kann die Fahreignung im Straßenverkehr beeinträchtigen. Abhängig vom Risikoprofil für erneute Schlaganfälle besteht für einen Zeitraum von 1 – 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).



<https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/service/publikationen/publikation/did/autofahren-nach-schlaganfall>



<https://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/BLL-Download.html>

15. Wichtige Maßnahmen bei stärkerer bleibender Behinderung:

- Antrag auf Schwerbehinderung:

Wenden Sie sich zur Antragstellung an das zuständige Versorgungsamt. Die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) erfolgt meist auf Grundlage vorhandener medizinischer Befunde. Manchmal ist eine gutachterliche Untersuchung notwendig. Ab einem GdB von 50 spricht man von einer Schwerbehinderung.

- Antrag auf Pflegegrad: Bei absehbarer und dauerhafter Beeinträchtigung von mehr als sechs Monaten sollten Sie einen Pflegegrad beantragen. Die Zuteilung des Pflegegrades erfolgt auf Basis eines Gutachtens, was meist per Hausbesuch erfolgt.

- Sofern noch kein Pflegegrad vorliegt, muss ein Erstantrag gestellt werden (§ 33 SGB XI). Es genügt ein formloses Schreiben an die zustän-

dige Pflegeversicherung bzw. Meldung per Telefon/Internet.

- Eine Beratung zum Thema Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsleistungen ist jederzeit durch die zuständige Pflegeversicherung oder durch einen unabhängigen Pflegestützpunkt bzw. eine Pflegeberatungsstelle möglich.
- Sollte bereits ein Pflegetherad vorliegen, kann ein Antrag auf Höherstufung bei der zuständigen Pflegeversicherung gestellt werden.

- Antrag auf Haushaltshilfe: Liegt bereits ein Pflegegrad vor, kann der sogenannte Entlastungsbetrag (§45b SGB XI) zur Finanzierung einer Haushaltshilfe verwendet werden. Liegt noch kein Pflegegrad vor, besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, eine Haushaltshilfe über die Verordnung von Übergangspflege (§ 39e SGB V) zu beziehen.

16. Wichtige Kontakte:

- Kostenfreie Beratung erhalten Sie
bei Ihrer Kranken- oder Pflegekasse

- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

www.schlaganfall-hilfe.de

Tel: 05241 9770-0



- Patientenservice der kassenärztlichen
Bundesvereinigung:

Tel. 116117 oder

www.116117.de



- Ergänzende unabhängige
Teilhabeberatung (EUTB)

www.teilhabeberatung.de

Tel: 030 284 09-139, -140

E-Mail: fachstelle@teilhabeberatung.de



- Regionale Pflegeberatungsstellen

www.zqp.de/beratung-pflege

E-Mail: info@zqp.de



- Post-Stroke-Checkliste (PSC):

<https://www.world-stroke.org/assets/downloads/psc-gemany-version-wso-livery-05-20-13.pdf>



Literatur

1 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/07/030133_LL_Sekunda%CC%88rprophylaxe_Teil-1_2022_final_korr.pdf



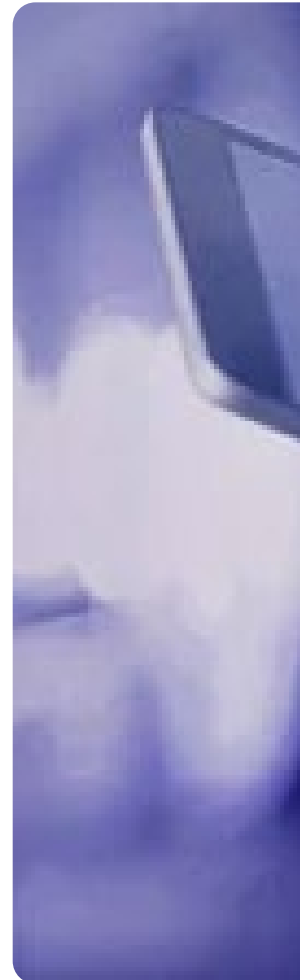
2 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/030143_LL_Se-kunda%CC%88rprophylaxe_Teil2_2022_V1.1_1670949892924.pdf



3 https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-046p_S2e_Akuttherapie-des-ischae-mischen-Schlagan-falls_2022-11-verlaengert.pdf



4 https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/0_030-002l_S2k_Behandlung-von-spontanen-intrazere-bralen-Blutungen_2022-03-verlaengert_1708601961438.pdf







Sana Kliniken Lübeck

Kontakt:

Sana Kliniken Lübeck
Klinik für Neurologie
Chefarzt: Dr. med. Jens Schaumberg
Kronsfordter Allee 71-73
23560 Lübeck
www.sana.de/luebeck

Ihre Ansprechpartner:

Marcus Ohlrich (Leitender Oberarzt / Stroke-Unit-Leitung)
Tel. 0451-585 1339
eMail: marcus.ohlrich@sana.de

Birgit Massur (Teamleiterin Pflege)
Tel. 0451-585 1810
eMail: birgit.massur@sana.de

Andrea EiBer (Schlaganfall-Helferin)
Tel. 04504-71 52 29
eMail: andrea.eisser@t-online.de

Tanja Latour (Sekretariat)
Tel. 0451-585 1611 | Fax 0451-585 1612
eMail: tanja.latour@sana.de

Weitere Informationen unter:

www.dsg-info.de | www.schlaganfall-hilfe.de