

III Einleitung

Der ischämische Hirninfarkt, der, ebenso wie der Myokardinfarkt, auf einer Unterbrechung der Blutzufuhr beruht, führt zum einen in Abhängigkeit vom Alter bei 10-80% (im Mittel 20%) der Betroffenen innerhalb von vier Wochen nach seiner Manifestation zum Tode. Zum anderen stellt der Schlaganfall die bedeutsamste Ursache für eine bleibende Behinderung dar: Schwere Pflegebedürftigkeit oder bleibende Behinderungen sind bei zwanzig bis fünfzig Prozent der Patienten, die die Akutphase überleben, zu verzeichnen^{1,2}. Unter den Todesursachen in Deutschland steht der ischämische Infarkt an vierter Stelle³.

Zwar konnten hinsichtlich der Akutbehandlung des Schlaganfalles in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt werden. Der Therapieerfolg nach Manifestation eines Schlaganfall ist jedoch immer nur limitiert und nicht vorhersagbar. Daher liegt einer der wichtigsten Angriffspunkte in der Prävention.

Die Beobachtung, dass zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen in ihrem Auftreten einem zeitlichen Rhythmus folgen, lässt vermuten, dass neben den bekannten Risikofaktoren, die mittelbar oder unmittelbar zum Schlaganfall führen, möglicherweise weitere Mechanismen bzw. Konstellationen existieren, die die Manifestation zu einem bestimmten Zeitpunkt begünstigen wie beispielsweise Veränderungen des Blutdruckes oder biochemischer Parameter im Rahmen circadianer Rhythmen.

Vermutungen wurden angestellt hinsichtlich der circadianen Rhythmik hämodynamischer Faktoren und hieraus folgender möglicher therapeutischer Ansätze⁶⁴. Auch der Einfluss der bekannten Risikofaktoren auf die circadiane Rhythmik wurde untersucht⁴. In Bezug auf den akuten Myokardinfarkt erfolgten ausführliche Untersuchungen, inwieweit persönliche, aktuelle Lebensumstände das Auftreten eines Myokardinfarktes begünstigen^{30,5}.

Die vorliegende Untersuchung soll zum einen die circadiane, circaseptane und circannuale Verteilung von Hirninfarkten charakterisieren und insbesondere auf das Vorliegen einer möglichen Rhythmik untersuchen. Zum anderen sollen mögliche Triggermechanismen dargestellt werden. Das Ziel ist, über die Beeinflussung nicht-pharmakologischer (z.B. Beratung hinsichtlich der Gestaltung des Tagesablaufes und der Lebensführung) und pharmakologischer Faktoren (z.B. Umstellung der Medikation, d.h. Veränderung des Einnahmezeitpunktes oder des Präparates) die Schlaganfallinzidenz primärpräventiv zu reduzieren.