



—————▶ Hauptversorgungsweg
 - - - - -▶ Nebenversorgungsweg zu vermeiden

KA = Krankenanstalt

❶ Empfehlungen im **NOTFALL** für Patient, Angehörigen, Passant, Arzt, Krankenhaus, ...:

⇒ **Rufen Sie die einheitliche Notfallnummer 144**.

Anmerkungen:

- Jeder medizinische Notfallanruf über 144 gelangt an die Rettungsleitstelle Kärnten.
- Mit der Nummer 141 wird ebenso die Rettungsleitstelle Kärnten alarmiert.
- Der allgemeine Euro-Notruf 112 sollte derzeit bei medizinischen Notfällen nicht empfohlen werden, da er an die Polizei gelangt.

❷ **RETTUNGSLEITSTELLE KÄRNTEN**

⇒ Die Rettungsleitstelle Kärnten nimmt den Notfallanruf entgegen und aktiviert entsprechend der Notwendigkeit (standardisierte Protokolle) den Notarzt bzw. Telefonarzt / Hausärztlichen Bereitschaftsdienst sowie den Notfalltransport.

⇒ Die Rettungsleitstelle hat klare Kompetenzen und Aufgaben. Professionell geschulte Mitarbeiter werden rund um die Uhr eingesetzt um optimale Abläufe in der Notfallversorgung zu gewährleisten (Standardprotokolle, Checklisten, ...).

❸❹ **NOTARZT**, Telefonarzt/Hausärztlicher Bereitschaftsdienst und **PRIMÄRTRANSPORT**:

⇒ Wurde durch den Notarzt bzw. Telefonarzt/Hausärztlichen Bereitschaftsdienst der **Schlaganfall erkannt oder der Verdacht auf einen Schlaganfall festgestellt**, ist immer direkt die nächstgelegene **Stroke Unit** (Klinikum Klagenfurt bzw. LKH Villach) zur Ersteinschätzung und Festlegung der weiteren Therapie anzusteuern.

⇒ Wird wegen eines „**Schweren Schlaganfalls**“ ein **Rettingshubschraubertransport durchgeführt**, ist immer das Neurointerventionszentrum (Klinikum Klagenfurt) anzufliegen.

Ein „**Schwerer Schlaganfall**“ bedeutet (ein Merkmal bereits ausreichend):

- zunehmende neurologische Ausfallssymptomatik
- unklare neurologische Ausfallssymptomatik (inkl. wake up stroke)
- schwere Sprachstörung
- mindestens mittelgradige Extremitätenlähmung (Heben gegen Eigenschwere unmöglich)
- Bewusstseinsstörung (nicht diabetischer Genese)
- hochgradige Gleichgewichtsstörung (Stehen unmöglich)

⇒ Die aktuell gültigen **Leitlinien für Diagnostik und Therapie** werden berücksichtigt.

Das **Zeitfenster** vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Thrombektomie beträgt derzeit - ähnlich wie bei der Thrombolyse - **höchstens sechs Stunden** (Details entnehmen Sie bitte den jeweils aktuellen Leitlinien).

Leistungsangebotsentwicklung (LAE)

- ⇒ Durch die richtige Entscheidung des Notarztes/ Hausärztlichen Bereitschaftsdiensts vor Ort und den raschen geeigneten Notfalltransport können mehr Patienten von der Spezialversorgung (Stroke Unit und Neurointervention) profitieren (Zeitfenster!). Unnötige Sekundärtransporte werden reduziert.
- ⇒ Die Aus- und Fortbildung der Notärzte und des Telefonarztes/Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes ist eine entscheidende Aufgabe bei der sich alle versorgenden Institutionen, insbesondere die Neurologischen Abteilungen, beteiligen sollten.

5 KRANKENANSTALT, STROKE UNIT, Stroke Unit und NEUROINTERVENTION:

- ⇒ Eignet sich ein **Schlaganfall in einer Krankenanstalt ohne Stroke Unit** oder wurde eine Patientin /ein Patient mit einem Schlaganfall auf Grund besonderer Umstände oder regelwidrig aufgenommen, erfolgt abhängig vom Zeitfenster der sofortige Transfer an eine Stroke Unit (Klinikum Klagenfurt bzw. LKH Villach) oder die standardisierte Bildgebung (inkl. CT-Angiographie) und Kontaktaufnahme mit einer Stroke Unit zur telemedizinischen Abklärung der weiteren Vorgehensweise (Verbleib in dieser Krankenanstalt oder Transfer zur weiteren Behandlung).
- ⇒ Liegt ein „**Schwerer Schlaganfall (siehe vorne)**“ bzw. ein **Schlaganfall mit möglichem Bedarf einer neuroradiologischen Intervention** vor (z.B. Verdacht auf bzw. bestätigter Gefäßverschluss mit möglicher Thrombektomie) erfolgt der Transport in das „Neurointerventionszentrum“ Klinikum Klagenfurt:
 - Direkt durch luft- oder bodengebundenen **Primärtransport**

Anmerkung: Wird wegen eines Schlaganfalls ein Rettungshubschraubertransport durchgeführt, ist immer das Neurointerventionszentrum anzufliegen.
 - Indirekt (bei kritischem Zeitfenster), nach Einleitung einer „**Bridging-Lysetherapie**“ zum Zeitgewinn in der örtlichen Krankenanstalt, durch nachfolgenden Sekundärtransport.

6 NEUROREHABILITATION, SEKUNDÄRPRÄVENTION, SELBSTHILFEAKTIVITÄTEN:

Nach der abgeschlossenen Akutbehandlung in den Krankenanstalten erfolgt die weitere Behandlung in Neurorehabilitationszentren, Krankenanstalten mit Remobilisations-Möglichkeit (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation) und im Niedergelassenen Bereich.

- ⇒ Fachspezifische Maßnahmen im Sinne der **Neurorehabilitation** sind möglichst frühzeitig und bereits in der Akutkrankenanstalt zu planen und zu beginnen.
- ⇒ Die Überstellung in ein **Neurorehabilitationszentrum** (z.B. Gailtal-Klinik Hermagor) ist möglichst frühzeitig und bereits in der Akutkrankenanstalt zu planen bzw. zu vereinbaren. Die Kriterien für eine Rehabilitationseignung sind zu prüfen.
- ⇒ Die **Akutgeriatrie/Remobilisation** kommt für die Remobilisation nach Schlaganfällen bei Erfüllung folgender Kriterien in Frage:
Somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht; Einschränkung oder Bedrohung der Selbständigkeit durch den Verlust

Leistungsangebotsentwicklung (LAE)

funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung; Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

⇒ Die Erhaltung des Neurorehabilitationserfolges durch **ambulante Maßnahmen** ist von hoher Wichtigkeit.

Anmerkungen:

- Zu Beginn der neurorehabilitativen Maßnahmen sollten **Rehabilitationsziele** vereinbart und später evaluiert werden.
- Alle Einrichtungen der Akutversorgung und stationären wie ambulanten Rehabilitation arbeiten intensiv zusammen.
- Zur Erhaltung des Neurorehabilitationserfolges sollte die **extramurale Nachsorge (Niedergelassenen Ärzteschaft und Therapeuten)** gestärkt werden. Die niedergelassenen Therapeuten sollten in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten speziell geschult und gefördert werden.
- In der Nachbehandlung sollten alle Möglichkeiten der Sekundärprävention angestrebt werden und **Selbsthilfegruppen** können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten.
- In der Sekundärprävention nimmt die **Hausärztin / der Hausarzt** eine zentrale Rolle ein.

KONTINUIERLICHE QUALITÄTSVERBESSERUNG:

Um die vernetzte Versorgung des Schlaganfalls bestmöglich zu gewährleisten bedarf es kontinuierlicher Qualitätssicherungs- und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, wie z.B.:

- **Durchführung einer jährlichen Evaluation von Behandlungsergebnissen unter Federführung der neurologischen Abteilungen des LKH Klagenfurt und Villach (insbesondere Lysetherapie und interventionelle Radiologie).**
- **Durchführung eines Updates der „Vernetzten Versorgung SCHLAGANFALL - Kärnten“ bei wesentlichen Änderungen der Leitlinien bzw. spätestens nach 5 Jahren.**

ZIELE der „Vernetzten Versorgung SCHLAGANFALL - Kärnten“:

- ⇒ optimale Entscheidungen im Notfallmanagement
- ⇒ effektive und effiziente Diagnostik und Therapie
- ⇒ zeitgerechte sowie angemessene Neurorehabilitation und Nachbetreuung
- ⇒ Vermeidung von Fehl- Unter- und Überversorgung
- ⇒ lernendes Gesundheitsversorgungssystem durch Vernetzung