

**Leiter Notfallmedizin**

Priv.-Doz. Dr. med. M. Roessler, DEAA, EDIC

37099 Göttingen **Briefpost**  
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen **Adresse**  
0551 / 39-8826 oder -6051 **Telefon**  
0551 / 39-8676 **Fax**  
[m.roessler@med.uni-goettingen.de](mailto:m.roessler@med.uni-goettingen.de) **E-Mail**  
[www.zari.med.uni-goettingen.de](http://www.zari.med.uni-goettingen.de) **Internet**

28. Juni 2014

## Klinischer Behandlungspfad bei primär aufgenommenen Patienten mit V. a. ICB / SAB

Bei einem Apoplex ist es in den meisten Fällen nicht möglich, nur durch die klinische Untersuchung zu unterscheiden, ob die Ätiologie des Schlaganfalls eine Ischämie oder eine intrakranielle Blutung ist.

Gleichwohl gibt es Fälle, bei denen auf Grund der Anamnese und der klinischen Dynamik eine intrakranielle Blutung hochwahrscheinlich ist. Während bei einem ischämischen Insult oder einer kleinen intrakraniellen Blutung, ohne relevante Raumforderung, die klinische Symptomatik in den ersten Stunden meist gleichbleibend ist, besteht bei einer schnellen Progredienz der Symptomatik der dringende Verdacht auf einen Anstieg des intrakraniellen Druckes, durch eine zunehmend raumfordernde Blutung (oder einen Verschlusshydrozephalus bei SAB). Die Morbidität und Mortalität solcher Patienten wird von einer zügigen Primärdiagnostik und ggf. neurochirurgischen Intervention positiv beeinflusst.

Um eine reibungslose innerklinische Versorgung dieser Patienten sicherzustellen, soll bei Patienten mit Verdacht auf eine intrakranielle Blutung (ICB / SAB) wie folgt verfahren werden:

- Aufnahme primär über die interdisziplinäre Notaufnahme (T/N) und Behandlung durch die Klinik für Neurologie (NEUR) oder Neurochirurgie (NCHI), wenn:
  - klinisch gleichbleibende Symptomatik
  - keine beobachtete progrediente Bewusstseinstrübung
  - keine Hirndrucksymptomatik (z. B. Anisokorie)
  - kein dringender V. a. SAB H&H  $\geq$  °II
- Aufnahme primär über den chirurgischen Schockraum und Behandlung durch die Klinik für Neurochirurgie (NCHI) oder Neurologie (NEUR), wenn:
  - progrediente Bewusstseinstrübung
  - Hirndrucksymptomatik
  - typische Anamnese und Klinik für SAB H&H  $\geq$  °II

NB: Bei Sekundärverlegungen ist entsprechend dem *Schockraum Alarmierungsschema bei Sekundärverlegungen aus einem externen Krankenhaus (fachspezifische Alarmierung)* zu verfahren.