

PRESSEKONFERENZ



Schlaganfall:

**Früher erkennen. Schneller behandeln.
Besser leben.**

am Donnerstag, 31. März 2016, 09:30 Uhr
in der Lutz-Bar, Mariahilfer Straße 3, 1. Stock, 1060 Wien

Ihre Gesprächspartner:

Univ.-Doz. Dr.in Elisabeth Fertl

Präsidentin Elect der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie/ÖGN,
Abteilungsvorstand Neurologische Abteilung, Rudolfstiftung, Wien

MR Dr. Reinhold Glehr

Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin/ÖGAM,
Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg

a.o. Univ.-Prof. Dr. Stefan Kiechl

Präsident der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft/ÖGSF,
Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Franz Weidinger

Past President der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft/ÖKG,
Abteilungsvorstand 2. Medizinische Abteilung mit Kardiologie und
internistischer Intensivmedizin, Rudolfstiftung, Wien



VERLAGSHAUS DER ÄRZTE

STATEMENT a.o. Univ.-Prof. Dr. Stefan **KIECHL**

Präsident der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft (ÖGSF),
Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck

Etwa 25.000 Schlaganfälle ereignen sich jedes Jahr in Österreich. Jeder sechste Betroffene stirbt, gut die Hälfte der Überlebenden kann nach einer adäquaten Therapie und oft langwierigen Rehabilitation wieder ein normales Leben führen. Allerdings bleiben 15 Prozent ein Leben lang mehr oder weniger stark beeinträchtigt und ebenso viele werden zum Pflegefall. Das bedeutet: Jahr für Jahr müssen bis zu 7000 Österreicherinnen und Österreicher damit fertigwerden, dass sie nach einem Schlaganfall von einem Tag auf den anderen ihre Selbstständigkeit verlieren oder gar nicht mehr über ihr Leben bestimmen können. Dazu kommen das Leid und die Belastungen, die sich daraus für die Angehörigen ergeben.

Menschliches Leid und enorme Kosten

Schlaganfälle stellen aber auch einen enormen Kostenfaktor dar, sowohl für das Gesundheitssystem als auch volkswirtschaftlich. Abgeleitet von den Daten der deutschen Bundes-Gesundheitsberichterstattung GBE sind für Österreich allein die Behandlungskosten während des ersten Jahres bei insgesamt ca. 500 Mio. Euro anzusetzen. Dazu zählen Medikamente, stationäre Akuttherapie und Rehabilitation. Die Folgekosten eines Schlaganfalls liegen laut Untersuchungen in Australien, den USA und Europa über den Kosten des ersten Behandlungsjahres. Sie umfassen die Nachbetreuung, also etwa spätere rehabilitative Maßnahmen, Spätkomplikationen und Medikamente, ebenso wie jene Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder notwendige Pflege anfallen. In Summe entstehen durch Schlaganfälle in Österreich pro Jahr Kosten von ca. 1,1 Mrd. Euro.

All das muss man auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sehen. Die wichtigsten Risikofaktoren für Schlaganfälle treten mit zunehmendem Alter verstärkt auf: Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Vorhofflimmern. Nachdem der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt, ist künftig auch mit einer Zunahme an Schlaganfällen zu rechnen. Umso wichtiger ist die Primärprävention, also die konsequente Behandlung von Risikofaktoren wie z. B. Bluthochdruck oder Diabetes durch einen möglichst gesunden Lebensstil und Medikamente.

Bleibende Schäden schon nach wenigen Minuten

Ein Schlaganfall (Insult) tritt immer dann auf, wenn das Gehirn nicht ausreichend mit Blut und damit mit Sauerstoff versorgt wird. In den allermeisten Fällen (85 Prozent) ist ein blockiertes Blutgefäß die Ursache, man spricht von einem ischämischen Insult. Seltener (15 Prozent) wird ein Schlaganfall durch das Platzen eines Gefäßes ausgelöst (hämorrhagischer Schlaganfall). Zur Blockade von Gefäßen kommt es, wenn ein Blutgerinnsel aus der Halsschlagader oder dem Herzen ins Gehirn geschwemmt wird oder wenn Fettablagerungen den Blutdurchfluss verhindern (Arteriosklerose).

Die Folgen sind fatal: Schon nach wenigen Minuten treten erste Schäden an den Nervenzellen auf und je länger die Blut-Sauerstoff-Versorgung unterbrochen ist, desto größer ist die Gefahr, dass irreversible Schäden auftreten. Nach wie vor ist der Schlaganfall in Österreich die dritthäufigste Todesursache nach Krebs und Herzinfarkt (15 Prozent aller Todesfälle bei Frauen und jeder zehnte Todesfall bei Männern).

Es hängt also alles davon ab, wie schnell ein Patient in eine der mittlerweile 38 Stroke Units eingeliefert wird. Trifft er zeitgerecht ein, erfolgt in der Stroke Unit so rasch wie möglich die Thrombolyse, bei der ein Medikament in die Venen injiziert wird, das Blutgerinnsel auflösen kann. Bei schweren Schlaganfällen erfolgt zusätzlich eine Katheterbehandlung mit Entfernung des Gerinnsels (Thrombektomie). Die Zeitspanne zwischen der Einlieferung und dem Beginn der Thrombolyse nennt man „door to needle time“ (DNT), der internationale Richtwert liegt bei 45 Minuten – die schnellsten Stroke Units in Österreich brauchen dafür meist nur 30 Minuten.

Schlaganfall und „Schlagerl“: Erkennen und sofort handeln!

Wir haben also in Österreich eine hochqualitative Schlaganfall-Akutversorgung, aber das hilft nichts, wenn die Patienten zu spät in der Stroke Unit ankommen: Nach wie vor sind viele Menschen überfordert, wenn jemand z. B. ganz plötzlich nicht mehr sprechen oder einen Arm oder ein Bein nicht mehr bewegen kann – die Unsicherheit besteht auch gegenüber Angehörigen oder Freunden. Eines der Ziele der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft ist daher, dass jeder und jede die Anzeichen eines Schlaganfalls sofort erkennt und weiß, dass es in diesem Notfall nur eines gibt: Handy zücken und die Rettung rufen.

Auch die transitorische ischämische Attacke (TIA), im Volksmund als „Schlagerl“ verharmlost, muss unbedingt schnellstmöglich vom Neurologen abgeklärt werden. Denn bei jedem fünften Betroffenen folgt binnen Stunden oder Tagen ein „echter“ Schlaganfall. Ein „Schlagerl“ liegt höchstwahrscheinlich dann vor, wenn eines oder mehrere der typischen Schlaganfallsymptome plötzlich auftreten und nach einigen Minuten wieder verschwinden: halbseitige Lähmungen, Kopfschmerzen, Drehschwindel, Sprach- oder Sehstörungen.

STATEMENT MR Dr. Reinhold **GLEHR**

Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM),
Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg

Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Vorhofflimmern und Fettstoffwechselstörungen: Würde man diesen Risikofaktoren vorbeugen, könnte jeder zweite Schlaganfall verhindert werden. In den meisten Fällen handelt es sich bei diesen Erkrankungen um Folgen eines ungesunden Lebensstils. Solange noch nichts „passiert“ ist, fällt es allerdings den meisten Menschen schwer, sich von ungesunden, aber bequemen Gewohnheiten zu verabschieden. Oft genug führen aber auch Stress und Überforderung dazu, dass man sich ungesund ernährt, raucht, zu viel trinkt und sich zu wenig bewegt.

Arzt-Patienten-Gespräch als Basis für Vorbeugung und Früherkennung

Wenn es darum geht, den Lebensstil zu ändern, ist eine abwehrende Haltung der Patienten zu Beginn des Gesprächs mit der Hausärztin oder dem Hausarzt normal. Schließlich sollen vielfach „lieb gewordene Gewohnheiten“ und auch Freiheiten eingeschränkt oder aufgegeben werden. Hier kommt es auf das ärztliche Einfühlungsvermögen für die berufliche, familiäre und psychische Situation des Patienten an. Die Erklärungsversuche und Sichtweisen des Patienten sollten erst einmal akzeptiert und dann alternative Lösungen vorgeschlagen werden. Wertschätzung ist dabei stets die Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation und die Erstellung eines individuellen Präventionsplans. Oft genügen wenige Fragen, um einen nachhaltigen Umdenkprozess in Gang zu setzen: Was esse ich wirklich? Wie oft habe ich Gelegenheit für Bewegung? Habe ich tagsüber kaum Zeit zum Essen und greife dann spätabends zum Fastfood? Rauche ich, trinke ich ein Glas mehr, als mir guttäte, wenn ich unter Druck stehe?

Hausärztinnen und Hausärzte haben aber auch jene Patientinnen und Patienten zur „Mitarbeit“ zu motivieren, die bereits an einer chronischen Krankheit leiden. Das heißt vor allem: die Medikamente korrekt einzunehmen, regelmäßig zur Kontrolle zu kommen, ein Diät- und Bewegungsprogramm einzuhalten. Präventionsarbeit erfordert viel Zeit und Zuwendung. Die Kassen sollten der Gesprächsmedizin daher endlich mehr Bedeutung beimessen. Denn gemeinsam mit der Vorsorgeuntersuchung ist das Arzt-Patienten-Gespräch die Basis für erfolgreiche Vorbeugung und Früherkennung.

Die Vorsorge-Untersuchung bringt's ans Licht

Zwar steigt das Schlaganfall-Risiko mit dem Alter, aber etwa ein Viertel der Erst-Schlaganfälle treffen Erwerbsfähige, fünf Prozent der Betroffenen sind jünger als 45. Die kostenlose Vorsorgeuntersuchung kann die häufigsten Schlaganfall-Risiken ans Licht bringen: Bluthochdruck ist messbar, auch ein Verdacht auf Vorhofflimmern zeichnet sich bei der Blutdruckmessung ab, die Blutanalyse weist schlechte Blutfettwerte oder einen zu hohen Blutzuckerspiegel auf, ob ein Patient raucht oder unter Stress leidet, ist im Arzt-Patienten-Gespräch erfragbar und Übergewicht ist sichtbar.

Bluthochdruck ist unbestritten der größte Risikofaktor für Schlaganfälle und geht mit einem mehrfach erhöhten Schlaganfall-Risiko einher. Zwanzig bis 25 Prozent der erwachsenen Österreicher leiden unter Hypertonie. Die Dunkelziffer ist hoch, denn Hypertonie verursacht keine spezifischen Beschwerden und wird meist erst spät entdeckt. Ein Blutdruckmessgerät gehört daher in jeden Haushalt. Der richtige Umgang wird in der Hausarztpraxis gerne erklärt und auch den individuell sinnvollen Blutdruck-Zielwert sollte der Arzt festlegen.

Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) haben ein fünfmal höheres Schlaganfall-Risiko. VHF verläuft oft ohne oder mit sehr unspezifischen Symptomen, die viele nicht ernst nehmen. Bei älteren und Risikopatienten wird die Hausärztin oder der Hausarzt daher nachfragen, ob sie sich öfters unvermittelt „schwach auf den Beinen“ fühlen, außer Atem geraten oder unregelmäßigen Herzschlag spüren. Diese Patienten sollten nicht nur ihren Blutdruck kontrollieren, sondern auch den Puls.

Auch Diabetiker haben ein zwei- bis dreimal höheres Schlaganfallrisiko als Gesunde. Zwar verfügt Österreich über kein nationales Diabetes-Register, aber der Österreichische Diabetesbericht 2013 geht von rund 430.000 diagnostizierten Diabetikern aus, dazu kämen noch einmal bis zu 215.000 Personen, die noch nichts von ihrer Erkrankung wissen.

Rauchen und Übergewicht verengen die Blutgefäße ebenfalls und können die Schlaganfall-Gefahr verdoppeln. Stress wiederum kann gefäßschädigende Entzündungen auslösen.

Bewegung und gesunde Ernährung gegen Bluthochdruck & Co.

Wer es schafft, jede Woche drei bis sechs Stunden Bewegung in seinen Alltag einzubauen, das Rauchen aufzugeben und grundlegende Ernährungsrichtlinien zu beachten, der tut schon sehr viel zur Vermeidung der gefährlichsten Schlaganfallrisiken. Das Wort „Bewegung“ ist bewusst gewählt, denn nicht jeder kann ein ambitioniertes Sportprogramm durchziehen. Wenn etwa ein 70-Jähriger konsequent über die Woche verteilt drei Stunden so zügig spazieren geht, dass er sich zwar noch unterhalten kann, aber nicht mehr singen, so entspricht das mit großer Wahrscheinlichkeit seinem altersbezogenen Leistungsprofil. Jüngere und Fittere können sich durchaus mehr fordern, eine ärztliche Kontrolle der Belastbarkeit kann aber von Vorteil sein. Am wichtigsten ist es, das individuelle Bewegungsprogramm wirklich regelmäßig zu absolvieren bzw. jede Gelegenheit zur Bewegung zu nützen. Und auch bei der Ernährung gilt nach wie vor die Faustregel: wenig Fett, Zucker und Alkohol – viel Gemüse, Obst und Fisch.

STATEMENT Prim. Univ.-Prof. Dr. Franz **WEIDINGER**

Past President der Österreichischen Gesellschaft für Kardiologie (ÖGK),
Vorstand der 2. Medizinischen Abteilung mit allgemeiner und internistischer Intensivmedizin,
Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien

Vorhofflimmern (VHF) ist – neben Bluthochdruck – einer der häufigsten Risikofaktoren für Schlaganfälle. Es kann zur Bildung von Blutgerinnseln führen, die vom Herz ins Gehirn wandern und dort Gefäße blockieren können. Laut dem österreichischen wie auch dem schwedischen Schlaganfall-Register ist fast jeder dritte Schlaganfall (30 Prozent) auf Vorhofflimmern zurückzuführen, für Österreich sind das immerhin rund 7500 Schlaganfall-Ereignisse pro Jahr. Schlaganfälle verlaufen bei VHF-Patienten meist besonders schwer. Umso wichtiger ist die Prävention bzw. die Früherkennung und Behandlung dieser häufigsten aller Herzrhythmusstörungen. In Europa leiden ein bis zwei Prozent der Bevölkerung darunter, für Österreich geht man von rund 150.000 Betroffenen aus. Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, sodass allein schon wegen der demografischen Entwicklung künftig mit noch mehr VHF-Patienten und damit potenziell Schlaganfall-Gefährdeten zu rechnen sein wird. In der Früherkennung und Behandlung von Vorhofflimmern stehen wir vor denselben Herausforderungen wie beim Bluthochdruck: Es verursacht keine Schmerzen und bleibt daher oft lange unbehandelt bzw. nehmen viele Patienten ihre Medikamente nicht regelmäßig ein.

VHF-Patienten: Oft Fehleinschätzung des Schlaganfall-Risikos

Das Tückische am Vorhofflimmern ist, dass es oft symptomlos verläuft oder die Anzeichen nicht erkannt werden: Kurzatmigkeit, unregelmäßiges Herzklopfen oder Schwächegefühl – all das wird gern als normale Begleiterscheinung des Alterns abgetan. Zwar zeigt die ärztliche Erfahrung, dass das Risikobewusstsein der Österreicherinnen und Österreicher gestiegen ist, ebenso wie die Zahl der korrekt antikoagulierten Patienten. Dennoch fürchten sich nach wie vor viele Betroffene mehr vor Blutungen als potenzieller Nebenwirkung von Gerinnungshemmern (Antikoagulantien) als vor einem Schlaganfall – das ist eine Fehleinschätzung des Schlaganfall-Risikos, die fatal sein kann. Es gibt in Österreich, nicht zuletzt aus Kostengründen, keine validen Daten über die Versorgung von Patienten, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen. In Deutschland haben jedoch erst kürzlich Experten Defizite bei der Versorgung wie auch bei der Früherkennung von VHF-Patienten festgestellt. Umso wichtiger sind das routinemäßige Pulstasten und ein frühzeitiges EKG in der Hausarztpraxis. Bei Verdacht auf VHF ist ein Langzeit-EKG in die Wege zu leiten.

Aktuelle Studie: Vorhofflimmern frühzeitig beseitigen

Ein weiterer wichtiger Ansatz in der Schlaganfall-Prävention wird derzeit im Rahmen einer europaweiten multizentrischen Studie erforscht (EAST/Early Treatment of Atrial fibrillation for Stroke prevention Trial), in die insgesamt über 2700 Patienten einbezogen werden sollen.

Untersucht wird, ob VHF-Patienten ein geringeres Risiko für schwere Herz-Kreislauf-Komplikationen – also vor allem für Schlaganfälle – haben, wenn das Vorhofflimmern als solches möglichst früh beseitigt wird. Diese Daten werden dann mit denen jener VHF-Patienten verglichen, die nach den gültigen Leitlinien behandelt werden, die nicht auf eine Beseitigung des VHF selbst abzielen. Der neue Ansatz der EAST-Studie liegt darin, dass Maßnahmen zum Erhalt des Herzrhythmus in einem Stadium zum Tragen kommen, in dem das VHF noch keine schweren Schäden angerichtet hat. Die medikamentöse Therapie umfasst sowohl Gerinnungshemmer und Medikamente zur Regulierung der Herzfrequenz als auch rhythmuserhaltende Medikamente. Normalisiert sich so der Herzrhythmus nicht, wird das Gewebe, das die „falschen“ Rhythmusimpulse auslöst, mittels Katheterablation verödet.

Die EAST-Studie ist noch nicht abgeschlossen. Aber wenn sie den Nachweis erbringt, dass die frühzeitige Normalisierung des Herzrhythmus schwere Komplikationen verhindern kann, dann sind wir auch in der Schlaganfall-Prävention einen wesentlichen Schritt weiter.

VHF-Patientinnen: Doppelt so hohes Schlaganfallrisiko

Wichtig im Zusammenhang zwischen Vorhofflimmern und Schlaganfall ist auch das Ergebnis einer aktuellen Metaanalyse der Universität Oxford, wonach weibliche VHF-Patienten u.a. ein doppelt so hohes Schlaganfall-Risiko haben wie männliche. Untersucht wurden 30 als hochqualitativ bewertete Studien der letzten fünfzig Jahre, an denen insgesamt über vier Millionen Patientinnen und Patienten teilgenommen hatten, rund 66.000 davon mit diagnostiziertem Vorhofflimmern.

Die Gründe für den dramatischen Geschlechterunterschied von 99 Prozent lassen sich aus der Metaanalyse nicht ablesen, denn für potenzielle Erklärungen, wie z. B. schlechtere medizinische Versorgung von Frauen, lassen sich auch entkräftende Belege finden. Es wird also weiterer Studien bedürfen, um die Genderdifferenz zu erklären. Doch schon jetzt kann man aus der Oxforder Studie ableiten, dass die Früherkennung und Behandlung von Vorhofflimmern bei Frauen besonders zu forcieren ist. Dabei muss an vielen Hebeln angesetzt werden: von zielgruppengenaue Bewusstseinsförderung über die Sensibilisierung von Ärzten für das höhere Schlaganfallrisiko weiblicher VHF-Patienten bis hin zur frühzeitigen und kontrollierten Antikoagulationstherapie.

STATEMENT Prim. Univ.-Doz. Dr. Elisabeth **FERTL**

Präsidentin Elect der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN),
Abteilungsvorständin Neurologie, Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien

Die intravenöse Thrombolyse ist derzeit die einzige zugelassene und etablierte Akuttherapie beim ischämischen Schlaganfall. Hierbei wird ein Medikament, das Blutgerinnsel auflösen kann, intravenös injiziert. Allerdings: Wenn der Pfropfen, der die Blut- und damit Sauerstoffversorgung des Gehirns unterbindet, in einem großen Hirngefäß liegt, so gelingt die medikamentöse Auflösung des Verschlusses oft nur teilweise. Deshalb wurde intensiv an der Entwicklung neuer Behandlungsverfahren gearbeitet.

Neue Therapie bei großen Gefäßverschlüssen der hirnversorgenden Gefäße

Immerhin zehn bis fünfzehn Prozent aller Schlaganfälle gehen auf solche Großgefäß-Verschlüsse zurück – das sind jährlich mehr als 2000 Betroffene in Österreich. In diesen Fällen ist eine mechanische Entfernung des Blutgerinnsels (Thrombektomie, TE) notwendig. Dabei werden spezielle Mikrokatheter (Stent-Retriever) in das Gefäß eingeführt (endovaskulär). Voraussetzung für den Einsatz der neuen endovaskulären Methode zur Schlaganfall-Akutbehandlung ist – wie auch bei der Thrombolyse –, dass der Patient innerhalb des Zeitfensters in einer Stroke Unit mit endovaskulärer Interventionsmöglichkeit eintrifft. Für die Thrombolyse gilt derzeit ein Standardwert von maximal viereinhalb Stunden zwischen dem Beginn der Schlaganfallsymptome und dem Beginn der Injektion. Die mechanische Entfernung des Gerinnsels muss aus heutiger Sicht innerhalb von maximal sechs Stunden nach dem Schlaganfall passieren.

Internationale Studien belegen Erfolg der neuen kombinierten Methode

2015 konnte in insgesamt sechs internationalen Studien, an denen sich jeweils viele Kliniken beteiligten, nachgewiesen werden, dass die Kombination von mechanischer Gerinnsel-Entfernung (endovaskulärer Thrombektomie) und medikamentöser Auflösung (systemische Thrombolyse) eine wirksame und sichere Methode zur Behandlung akuter Verschlüsse von Großgefäßen im Gehirn ist. Bereits im Juni 2015 hat die renommierte American Heart Association/American Stroke Association die Anwendung dieser kombinierten Methode als Routinetherapie bei Patienten mit solchen zerebralen Großgefäß-Verschlüssen empfohlen. Im November 2015 ergab die Meta-Analyse aller aktuellen Studien, dass die kombinierte Schlaganfall-Akutbehandlung bei vergleichbarer Sicherheit zu besseren Ergebnissen führt. Auf europäischer Ebene hat sich im Jänner dieses Jahres die European Stroke Organisation (ESO) für die kombinierte Anwendung von systemischer Thrombolyse plus mechanischer Thrombektomie zur Wiedereröffnung akut verschlossener Gehirngefäße bei ausgewählten Patienten ausgesprochen.

In Österreich wurden die Ergebnisse aller von Oktober 2013 bis Oktober 2014 durchgeführten kombinierten Behandlungen exakt in einem webbasierten Register (GÖG-Stroke-Unit-Register) dokumentiert und ausgewertet. Auch diese Daten, die den klinischen Alltag an elf österreichischen Stroke Units mit Interventionsmöglichkeit abbilden, bestätigen die Ergebnisse der jüngsten wissenschaftlichen Studien. Zeitgleich sind mehrere nationale Fachgesellschaften* mit einem Konsensus-Statement den europäischen Empfehlungen gefolgt (*Österreichische Gesellschaft für Schlaganfall-Forschung ÖGSF, Österreichische Gesellschaft für Neurologie ÖGN, Österreichische Röntgengesellschaft ÖRG, Österreichische Gesellschaft für Neuroradiologie ÖGNER).

Umsetzung in der Realität – Versorgungslage

Aufgrund der breiten Evidenzlage und den darauf basierenden aktualisierten Empfehlungen zur Schlaganfall-Akutbehandlung ist die endovaskuläre Thrombektomie nun als Standardbehandlung zu bewerten, die ausgewählten Patienten mit Großgefäß-Verschlüssen nicht vorenthalten werden darf. Dessen ungeachtet hängt auch der Erfolg der neuen Methode davon ab, dass die Logistikkette reibungslos abläuft: Das beginnt damit, dass Anwesende einen Schlaganfall sofort als solchen erkennen und die Rettung alarmieren. Diese muss den Patienten raschestmöglich in die nächste Stroke Unit bringen, wo Neurologen sofort die Diagnose stellen und das Case Management festlegen. Nach der systemischen Thrombolyse erfolgt unter Anästhesie die mechanische Thrombektomie. Danach muss der Patient weiter überwacht werden, allenfalls auch auf der Intensivstation.

Neurologen und Spitalsträger arbeiten seit einiger Zeit intensiv an der Etablierung eines bundesweiten Rund-um-die-Uhr-Versorgungsnetzes für die endovaskuläre Schlaganfallbehandlung. Für die 38 österreichischen Stroke Units gelten bereits seit Jahren strikte Qualitätskriterien, die auch laufend überprüft werden. Nun liegt die Herausforderung darin, bei allseits begrenzten Ressourcen eine zusätzliche spitzenmedizinische Leistung in der Schlaganfallakutversorgung, die hohe interdisziplinäre Expertise verlangt, flächendeckend rund um die Uhr anzubieten. Das heißt, dass jedes Bundesland mit seinen jeweiligen neurologischen Ansprechpartnern Lösungen finden muss. In den westlichen und südlichen Bundesländern ist dieser Prozess schon sehr weit gediehen. In Wien, Niederösterreich und dem Burgenland werden noch etliche Maßnahmen zur Erreichung des 24/7-Zieles für die Thrombektomie beim akuten Schlaganfall nötig sein. Unabhängig davon bleibt selbstverständlich die bisher bewährte Stroke-Unit-Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten weiter bestehen.