



## Neurologie in der Notaufnahme

Aktuell werden in Deutschland ca. 25 Mio. Patienten in Notaufnahmen behandelt, Tendenz steigend. Die Bedeutung der Neurologie ist dabei groß: Etwa 15 % aller Notfallpatienten in großen interdisziplinären Notaufnahmen weisen neurologische Beschwerden oder Krankheitsbilder auf, der Anteil in rein konservativen Notaufnahmen liegt sogar bei ca. 20 % und steigt jährlich. Im Vergleich zu anderen Patienten in der Notaufnahme sind die Patienten, die sich mit einem neurologischen Leitsymptom präsentieren, häufiger ernsthaft erkrankt – dies zeigt sich an einer hohen Quote an Rettungsdienstzuweisungen sowie der Tatsache, dass ein hoher Anteil der Patienten stationär aufgenommen werden muss (ca. 50–80 % der Aufnahmen neurologischer Kliniken über die Notaufnahme). Das Patientenkollektiv variiert in Abhängigkeit von Standort, Struktur der jeweiligen Notaufnahme und oft über Jahrzehnte gewachsenen lokalen Zuweisungskonzepten.

Diese Entwicklung stellt die Neurologie vor große Herausforderungen. Sie zeigt die Wichtigkeit neurologischer Grundkenntnisse bei notärztlich tätigen Nichtneurologen und macht die fachärztliche neurologische Expertise in Notaufnahmen unabdingbar. Verschiedene Fachgesellschaften haben auf diesen Bedarf bereits reagiert und bieten erfreulicherweise auf ihren Veranstaltungen praktisch ausgerichtete Workshops und Kurse zum Thema „Neurologie in der Notaufnahme“ an (z. B. Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN], Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin [DGNI], Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin [DIVI]). Eine weitere

wünschenswerte Maßnahme wäre die Entwicklung neurologisch orientierter Triagesysteme.

### » Die Ursachen neurologischer Leitsymptome sind vielfältig

Beim Erstkontakt in der Notaufnahme liegt oft noch keine vorformulierte Verdachtsdiagnose vor. Das Spektrum der neurologischen Leitsymptome ist zwar auf den ersten Blick überschaubar, die sich dahinter verbergenden Erkrankungen sind aber vielfältig und initial oft nicht leicht zu erkennen. In der Notaufnahme müssen in erster Linie die schweren lebensbedrohlichen und akut zu behandelnden Erkrankungen erkannt werden. Oft lassen sich letztlich nicht nur neurologische, sondern auch internistische Diagnosen als ursächlich für ein neurologisches Leitsymptom identifizieren. In dieser Ausgabe von *Der Nervenarzt* finden Sie Übersichtsarbeiten zu den wichtigen Leitsymptomen Schwindel, Kopfschmerz, neurologisches Defizit und Koma. In allen Artikeln liegt der Fokus auf einer symptomorientierten und ressourcenoptimierenden Herangehensweise mit praktischen Empfehlungen für Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die in einer Notaufnahme mit neurologischen Krankheitsbildern konfrontiert sind. Alle Artikel enthalten Flussdiagramme, die den Weg zu Diagnose und Therapie illustrieren.

*Zwergal et al.* zeigen pragmatische Ansätze zur Einordnung der vestibulären Syndrome und haben insbesondere auch internistische Schwindelursachen berücksichtigt, die bei diesem sehr häufigen Leitsymptom in der Notaufnahme

eine wichtige Rolle spielen. *Schankin et al.* legen den Fokus in ihrem Artikel zum Kopfschmerz zum einen auf die Differenzierung sekundärer gefährlicher und zeitnah zu behandelnder Ursachen, betonen zum anderen aber auch die Wichtigkeit eines Behandlungsplans für Patienten mit primärem Kopfschmerzsyndrom, die ohne einen solchen oft wiederholt in Notaufnahmen vorstellig werden. *Braun et al.* schlagen ein differenziertes Vorgehen bei dem mit hoher Morbidität und Mortalität verbundenen Koma unklarer Genese vor und stellen ihre Erfahrungen zu einem eigenen Koma-Algorithmus mit zugehörigen Daten vor. Das akute fokale neurologische Defizit, eines derjenigen Leitsymptome, die am häufigsten auf eine primär neurologische Ursache hinweisen, ist Gegenstand der Übersicht von *Dohmen und Bösel*, die unter den vielfältigen Differenzialdiagnosen einen Fokus auf die ohne Zeitverlust zu behandelnden akutneurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall oder Status epilepticus gelegt haben.

Abgerundet wird das Leitthema durch eine großartige Originalarbeit von *Topka et al.*, die als *Kommission Neurologische Notfallmedizin* der DGN zum Thema Organisation der neurologischen Notfallversorgung in den deutschen Kliniken eine Onlineumfrage durchgeführt haben. Die hier erstmalig präsentierten Daten zeigen, dass die Strukturen der neurologischen Notfallversorgung an den einzelnen Häusern unterschiedlicher nicht sein könnten. Diese Arbeit unterstreicht die Notwendigkeit und die Herausforderung einer optimalen Versorgung neurologischer Patienten durch qualifiziertes ärzt-

liches Personal der Neurologie rund um die Uhr in der Notaufnahme.

Prof. Dr. Julian Bösel

PD Dr. Matthias Klein

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. J. Bösel**  
Universitätsklinikum  
Heidelberg, Neurologische  
Klinik, Universität Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 400,  
69120 Heidelberg,  
Deutschland  
julian.boesel@med.uni-  
heidelberg.de



**PD Dr. M. Klein**  
Neurologische Klinik und Po-  
liklinik/Deutsches Schwindel-  
und Gleichgewichtszentrum  
DSGZ, Ludwig-Maximilians-  
Universität München  
Marchioninistraße 15,  
81377 München, Deutschland  
matthias.klein@med.uni-  
muenchen.de

**Interessenkonflikt.** J. Bösel und M. Klein geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## In eigener Sache



### Bitte um Einreichung hochklassiger Kasuistiken zu seltenen Erkrankungen

Seltene Krankheiten sind endlich in den Fokus der Medizinpolitik gelangt. Gerade in der Neurologie und verwandten Gebieten sind solche seltenen Krankheiten komplex und vielschichtig.

Aufgrund ihrer Seltenheit und gleichzeitigen Vielfalt eignen sie sich selten für Review-Artikel. Auch klinische Studien oder prospektive Kohorten sind schwer zu bewerkstelligen. Daher scheinen gut recherchierte und komplex aufbereitete Kasuistiken ein gut geeigneter Weg, das Wissen um solche Entitäten zu verstärken.

Dem wollen die Herausgeber von *Der Nervenarzt* Rechnung tragen und haben sich entschlossen, dem Thema seltener Krankheiten diesen Raum zu bieten.

Wir laden daher die Leser ein, interessante Kasuistiken zu diesem Themenbereich einzureichen und freuen uns auf interessante Beiträge

*Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Hacke*

Damit unsere Leser den größtmöglichen Nutzen aus der Lektüre Ihres Beitrags ziehen können, möchten wir Sie mit der folgenden Checkliste gerne bei der Manuskripterstellung unterstützen:

- Gesamtumfang: max. 10.000 Zeichen inkl. Leerzeichen (Literatur, Tabellen und Abbildungslegenden bitte mitzählen)
- Kurzer, prägnanter Beitragstitel (ca. 50 Zeichen), ggf. erläuternder Untertitel
- Gliederung in Anamnese, Befunde, Diagnose, Verlauf und Therapie, Diskussion
- Prägnante und möglichst kurze Zwischenüberschriften (max. 50 Zeichen)
- Fazit für die Praxis (max. 500 Zeichen)
- Max. 4 Abbildungen pro Beitrag sind erwünscht
- Möglichst kurze Abbildungslegenden
- Abbildungen und Tabellen im Text chronologisch erwähnen
- Ca. 10 Literaturzitate
- Text bitte immer als Datei hochladen (.docx)
- Komplette Anschrift des Korrespondenzautors mit Tel.-Nr. sowie E-Mail
- Mindestens 2 Gutachter-Vorschläge

Die Einreichung Ihres Manuskripts erfolgt über den Editorial Manager unter:  
<http://www.editorialmanager.com/dene/>

Bei Fragen zur Manuskriptgestaltung steht Ihnen die Redaktion gerne zur Verfügung:  
Anje Solomon  
[anje.solomon@springernature.com](mailto:anje.solomon@springernature.com)