

# Schlaganfall sicher erkennen und behandeln



Die TK-Patientensicherheits-Signale sollen dazu anregen, offen über kritische oder sicherheitsrelevante Ereignisse im Behandlungsverlauf zu sprechen. Sie basieren auf realen anonymisierten Fällen in der TK-Versicherten-Population. Diese Erfahrungen wollen wir mit den Behandlungs-Teams teilen. Ziele sind ein konstruktives Lernen aus kritischen Ereignissen und ein Ausbau einer positiven Sicherheitskultur.

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



## Thema:

# Schlaganfall sicher erkennen und behandeln

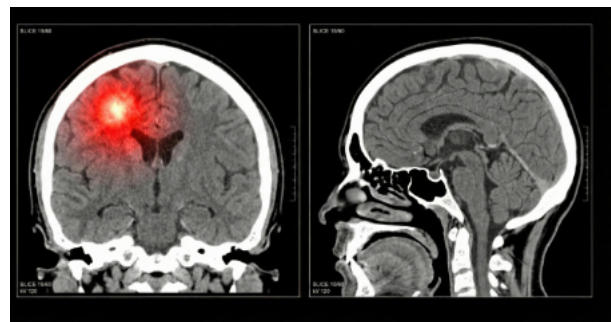
## Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind Fallberichte im Zusammenhang mit einem Schlaganfall eingegangen. In Deutschland

- › erleiden rund 270.000 Menschen jedes Jahr einen Schlaganfall (ca. 200.000) erstmalige Ereignisse und ca. 70.000 Wiederholungsereignisse (Rezidive),
- › sterben rund 37.000 Menschen jedes Jahr an einem Schlaganfall - damit zählt der Schlaganfall zusammen mit Herz- und Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen,
- › leben ca. 1,2 Millionen Menschen mit den Folgen eines bis zu 10 Jahre zurückliegenden Schlaganfalls (1,4 % der Bevölkerung). Ein Viertel aller Schlaganfall-Betroffenen bleibt dauerhaft erheblich pflegebedürftig.

**Bei einem Schlaganfall ist schnelles Handeln entscheidend, um bleibende Schäden zu minimieren.**

Trotz einer definierten optimalen Versorgungskette kommt es manchmal im klinischen Alltag zu Fehlern und Verzögerungen, die den Behandlungserfolg beeinträchtigen.



## Art des Fehlers

## Beispiele

Präklinische Fehler

- › Falsche Einsatzorte im Notruf
- › Unzureichender Sauerstofftransport

Verzögerte oder falsche Diagnose

- › CT/MRT nicht rechtzeitig durchgeführt (siehe Fallbeispiele 1 – 3)
- › Symptome werden übersehen oder mit anderen Erkrankungen verwechselt, z. B. bei jungen Menschen (siehe Fallbeispiel 4)

Zeitverzögerungen in der Akutphase

- › Therapie (z. B. Thrombolyse) überschreitet das 4,5-Stunden-Fenster

Medikations- und Therapiefehler

- › Falsche Medikation
- › Fehlende Sekundärprophylaxe

Mangelnde Nachsorge

- › Keine strukturierten Programme nach Entlassung

Überlastung und Kommunikation

- › Überforderte Teams, fehlende Empathie oder unklare Zuständigkeiten

Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangene Fallberichte und Anregungen zur Prävention.

## Zielgruppe:

Alle Gesundheitseinrichtungen, die in die Diagnostik und Behandlung von Schlaganfällen involviert sind (Schwerpunkt ärztliches Personal).

## Mögliche beitragende Faktoren («Fallstricke»):

- › Zeitdruck aufgrund von engem Therapiefenster
- › Unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit
- › Kommunikations- und Abstimmungsprobleme
- › Falsche Interpretation, fehlende Differenzierung oder Übersehen von Symptomen
- › Voreingenommene Risikoeinschätzung (z.B. aufgrund von sehr jungem Patientenalter, Vorerkrankungen)
- › Entscheidungen, ohne ausreichende Anamnese oder Bildgebung
- › Verzögerte Diagnostik
- › Fehlinterpretation von Befunden (z.B. CT/MRT)
- › Fehlende Anwendung von standardisierten Scores (z. B. National Institutes of Health Stroke Scale) und Prozessen



**Wie gefällt Ihnen dieses Patientensicherheits-Signal?  
Ihre Meinung ist uns wichtig. Geben Sie uns Feedback.**

Zum Kurzfragebogen: <https://patientensicherheit.de/tk-pss-umfrage>

## Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister

### Fall 1: Dreistündige Verzögerung der Erstdiagnostik bei Verdacht auf Schlaganfall

Ein 77-jähriger Patient ist aufgrund von Schwindel in der Häuslichkeit gestürzt. Sein Mund war leicht schief und die Sprache undeutlich. Der herbeigerufene Rettungsdienst brachte ihn in die Notaufnahme. Die Einlieferung erfolgte mit dem Verdacht auf einen Schlaganfall. Dennoch fand die erste diagnostische Maßnahme erst rund drei Stunden nach der Einlieferung statt. Der Verdacht auf Schlaganfall bestätigte sich, woraufhin die entsprechende Therapie eingeleitet wurde. In der Folge kam es zu einer linksseitigen Halbseitenlähmung einschließlich halbseitiger Gesichtslähmung.

### Fall 2: Keine diagnostischen Maßnahmen innerhalb von fünf Stunden trotz Verdacht auf TIA/ Schlaganfall

Seit zwei Wochen hatte der Patient immer wieder Schwindel, Unsicherheit beim Gehen und wechselnde neurologische Beschwerden. Nach einem Schwindelanfall, bei dem er den Kopf nach vorn beugte, kam es zu einem unkontrollierten Sturz. Der Rettungsdienstesinsatz erfolgte und der Versicherte traf gegen 22:00 Uhr in der Klinik ein. Er wurde mit dem Verdacht auf eine transitorisch-ischämische Attacke (TIA) oder einen Schlaganfall aufgenommen. Eine neurologische Untersuchung innerhalb des empfohlenen Zeitfensters erfolgte jedoch nicht. Nach mehr als fünf Stunden Wartezeit verließ der Patient gegen 04:00 Uhr des Folgetages die Klinik eigenständig und ließ sich mit einem Taxi nach Hause fahren, ohne dass eine dokumentierte Untersuchung oder Behandlung stattgefunden hatte. Zuhause kam es infolge einer Linksseitenschwäche zu einem erneuten Sturz. Der Patient wurde daraufhin in ein anderes Krankenhaus mit neurologischer Spezialisierung gebracht. Im weiteren Verlauf zeigten sich mehrere Hirninfarkte sowie eine hochgradige Verengung der rechten Halsschlagader.

### Fall 3: Bildgebung erst nach drei Stunden trotz typischer Symptome

Bei der Patientin trat ein akuter neurologischer Ausfall mit Sprachverlust und Bewegungseinschränkung auf. Beim Eintreffen des Rettungsdienstes bestanden die Symptome weiterhin; sie wurden jedoch im Bericht des Notarztes nicht dokumentiert. Eine neurologische Differentialdiagnostik erfolgte nicht. In der Notaufnahme wurden über mehr als drei Stunden weder eine neurologische Untersuchung noch eine Bildgebung durchgeführt, obwohl die Patientin weiterhin aphasisch und hemiparetisch war. Erst nach über drei Stunden wurde eine CT-Untersuchung veranlasst und die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, das auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisiert war, eingeleitet. Dort zeigte die MRT einen ausgedehnten ischämischen Infarkt.

### Fall 4: Schlaganfall bei jungem Menschen zunächst nicht erkannt

Bei dem Patienten bestanden ein Taubheitsgefühl der rechten Extremitäten sowie Sprachstörungen. Zunächst wurde die Symptomatik unzutreffend eingeordnet, da ein Cannabiskonsum als Ursache vermutet wurde und der Patient erst 26 Jahre alt war; ein Schlaganfall erschien daher zunächst nicht wahrscheinlich. Trotz anhaltender fokaler neurologischer Ausfälle unterblieb die erforderliche weiterführende Diagnostik. Weder der medizinische Standard für die Diagnostik und Behandlung akuter neurologischer Symptome noch die gebotene Sorgfalt bei Anamnese und Befunderhebung wurden eingehalten.



## Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

### Voranmeldung

- › Erfolgt eine standardisierte Voranmeldung bei Schlaganfallverdacht durch den Rettungsdienst?
- › Wie oft fehlt die Stroke-Alarmierung trotz passender Symptomatik?
- › Werden potenzielle Schlaganfallpatienten direkt ins geeignete Zentrum gebracht?

### Symptomerkennung und Triage

- › Wird bei jedem Verdacht auf Schlaganfall ein standardisiertes Stroke-Screening systematisch genutzt (z.B. FAST, BE-FAST, NIHSS), um einen Schlaganfallverdacht früh zu erkennen?
- › Sind alle Mitarbeitende in der Notaufnahme geschult, Schlaganfallsymptome (z. B. einseitige Schwäche, Sprachstörungen) von ähnlichen Erkrankungen/Symptomen zu differenzieren?
- › Wie oft ist der Symptombeginn bei Eintreffen unklar oder widersprüchlich dokumentiert?
- › Wie werden typische Stroke Mimics wie Hypoglykämie, Krampfanfall, Migräne, Delir oder Intoxikation ausreichend berücksichtigt bzw. ausgeschlossen?
- › Wie stellen Sie sicher, dass Embolien erkannt und rechtzeitig behandelt werden?
- › Wie wird bei besonders jungen Patientinnen und Patienten vorgegangen?
- › Wie hoch ist die Rate falsch-negativer oder falsch-positiver Triage-Fälle in den letzten 12 Monaten, und wurden diese systematisch erfasst?
- › Wie häufig werden Posteriorinfarkte, isolierte Aphasie, Neglect oder Schwindelsyndrome initial übersehen?
- › Wie oft werden atypische Symptome als „nicht dringend“ triagiert?
- › Wie oft werden Patienten und Patientinnen fälschlich internistisch/ chirurgisch statt neurologisch zugeordnet?
- › Gibt es Unterschiede in der Versorgung zwischen Dienstzeiten (z.B. Nacht-/Wochenendversorgung)?

### Zeitmanagement und Verzögerungen

- › Wie wird die ideale Door-to-Needle-Zeit (DTN) für systemische Lysetherapie unter 30 Minuten sichergestellt?

- › Welche Prozesse (z. B. parallele CT-Diagnostik) verhindern Verzögerungen?
- › Wie wird die Door-to-Needle-Zeit dokumentiert und überwacht, inklusive Wartezeiten für Bildgebung?
- › Welche Checklisten gibt es für die Rekanalisation und werden diese während der Diagnostik genutzt, um vermeidbare Verzögerungen auszuschließen?
- › Wie hoch ist die Door-to-CT-Zeit durchschnittlich in Ihrer Klinik?
- › Wie sind die Transportwege in die Radiologie optimiert?
- › Wie wird die CT/ CT-Angiographie priorisiert und eine Verzögerung durch Radiologie-Engpässe verhindert?
- › Erfolgt eine CT-Angiographie bei Verdacht auf Schlaganfall standardisiert?
- › Wie erfolgt die unmittelbare radiologische Befundung und interdisziplinäre Besprechung der Akutbildgebung?

### Struktur- und Prozessqualität und Risikomanagement

- › Gibt es bei Ihnen eine zertifizierte Stroke Unit?
- › Welche Qualitätsindikatoren werden genutzt (z.B. Door-to-Imaging < 20 min, Door-to-Needle < 30/< 60 Minuten)?
- › Ist eine 24/7-fachärztliche Supervision in der Stroke Unit gewährleistet, inklusive Einarbeitungsnachweis für das Personal?
- › Werden alle Schlaganfälle im Stroke-Register lückenlos erfasst mit Fokus auf Prozesszeiten?
- › Wie wird eine Fehlbelegungsrate (>25–30%) der Stroke Unit überwacht, um Ressourcenverschwendung und diagnostische Fehler zu minimieren?
- › Wie werden die DSG-Zertifizierungskriterien (z. B. Kriterien zu Struktur, Prozess, Ergebnis) umgesetzt und überprüft?
- › Gibt es regelmäßige CIRS-Analysen zu kritischen Ereignissen bei Schlaganfallbehandlungen und wie haben diese die Patientensicherheit bisher verbessert?
- › Wie wird die personelle Ausstattung (z. B. Neurologen-Präsenz in der Notaufnahme) geprüft und wie werden gesetzliche Regelungen und Zertifizierungskriterien eingehalten?

## Weitere Verlinkungen/ Literatur

### Leitlinien und Therapieempfehlungen

#### S2e-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls

[https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-046l\\_S2e\\_Akuttherapie-des-ischamischen-Schlaganfalls\\_2022-11-verlaengert.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-046l_S2e_Akuttherapie-des-ischamischen-Schlaganfalls_2022-11-verlaengert.pdf)

#### S2k-Leitlinie Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und TIA

[https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-133l\\_S2k\\_Sekundaerprophylaxe-ischamischer-Schlaganfall-transitorische-ischamische-Attacke-Teil-1\\_2022-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-133l_S2k_Sekundaerprophylaxe-ischamischer-Schlaganfall-transitorische-ischamische-Attacke-Teil-1_2022-07.pdf)

#### S3-Leitlinie Schlaganfall - umfassende Hausarzt-Leitlinie (DEGAM) zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge inklusive Patienteninformationen

<https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-011>

### ESO-Zertifizierung von Stroke Units

Die DSG-Zertifizierung verlangt alle 3 Jahre Mindestfallzahlen, 24/7-Ärzte/Pflege mit Schulung, Monitoring-Technik und Netzwerke.

<https://www.dsg-info.de/stroke-units-neurovaskulaere-netzwerke/eso-zertifizierung/>

### Netzwerk

Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) hat ein bundesweites Netz von über 330 zertifizierten Stroke-Units entwickelt, mit Unterstützung der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (ST-DSH).

Schlaganfall-Register Deutschland: <https://www.schlaganfallregister.org/>

Die Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) verwendet aktuell 20 evidenzbasierte Qualitätsindikatoren, um die Behandlungsqualität der teilnehmenden Kliniken zu erfassen. Die Teilnahme an der Dokumentation ist in einigen Bundesländern für die Kliniken verpflichtend.

### Externe Qualitätssicherung (eQS) in 5 Bundesländern

Hessen, Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Bayern haben eine verpflichtende eQS-Schlaganfall eingeführt <https://api.aerzteblatt.de/pdf/118/50/m857.pdf>

### Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Bundesweiter Aktionstag am 10. Mai 2026 - Tag gegen den Schlaganfall

Der Aktionstag, der vom Netzwerk der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe begleitet wird, steht jedes Jahr unter einem anderen Motto. 2026 geht es um das Thema "unsichtbare Schlaganfall-Folgen".

## 2. Deutscher Schlaganfallkongress DSG26

10. bis 12. September 2026 in Berlin

Motto: Schlaganfallversorgung gemeinsam gestalten. Verantwortung übernehmen.

Deutsche Schlaganfallbegleitung (DSB) gGmbH – eine gemeinnützige Gesellschaft der Björn Steiger Stiftung <https://schlaganfallbegleitung.de/>. Definition, Ursachen, Symptome, Behandlung und Folgen unter <https://schlaganfallbegleitung.de/wissen/schlaganfall-fakten#sterberate>

## Bisher erschienene TK-Patientensicherheits-Signale:

- › TK-PSS Nr. 1: Luft statt Kontrastmittel bei der Herzkatheteruntersuchung
- › TK-PSS Nr. 2: Misoprostol und Komplikationen bei Müttern und Kindern
- › TK-PSS Nr. 3: Fremdkörper im Patienten nach operativen Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 4: Verbrennungen von Patienten während Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 5: Nicht rechtzeitiges Erkennen von Sepsis
- › TK-PSS Nr. 6: Überdosierung von Methotrexat
- › TK-PSS Nr. 7: Diagnosestellung bei „Worst-Case-Diagnosen“
- › TK-PSS Nr. 8: Einsetzen nicht geeigneter Intraokularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzureichender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe
- › TK-PSS Nr. 11: Verbleib von Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper
- › TK-PSS Nr. 12: Eingriffsverwechslungen
- › TK-PSS Nr. 13: Schadensfallmeldungen im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung
- › TK-PSS Nr. 14: Reduktion von Diagnosefehlern
- › TK-PSS Nr. 15: CTGs im Rahmen der Geburtshilfe
- › TK-PSS Nr. 16: Erhöhung der Sicherheit während der Schwangerschaft
- › TK-PSS Nr. 17: Erhöhung der Sicherheit während der Geburt
- › TK-PSS Nr. 18: Sichere Gesundheitsversorgung von Kindern
- › TK-PSS Nr. 19: Thrombose sicher erkennen und vermeiden
- › TK-PSS Nr. 20: Sichere Indikationsstellung
- › TK-PSS Nr. 21: Tumorerkrankungen
- › TK-PSS Nr. 22: Verordnungsfehler



**Alle TK PSS sind online verfügbar unter:**

<https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498>



## Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Die TK zeigt eine klare Haltung zum Thema Patientensicherheit in zahlreichen Initiativen und Innovationen.

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Versicherten der Techniker Krankenkasse. Jedes Jahr bearbeitet die TK tausende dieser Meldungen. Basis der TK-PSS sind also reale Zwischenfälle, Komplikationen oder Patientenschäden, die in Zukunft vermieden werden sollen.

Gemeinsam mit unserem Partner DGPS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert.

Die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit DGPS gGmbH arbeitet eng mit medizinischem Fachpersonal aus dem klinischen Risikomanagement zusammen.

Die Alltags-Erfahrungen aus der Versorgungspraxis fließen so in die Analysen der Fälle ein. Weitere Infos unter [www.patientensicherheit.de](http://www.patientensicherheit.de)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS e.V. ist die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit und beteiligt sich an der Kommentierung und Verbreitung der PSS. Sie wird in der Kooperation von Philipp Rodenberg vertreten. Weitere Infos unter [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

Mit dieser Information teilen wir unsere Erkenntnisse mit anderen Fachgruppen. Wir wollen dazu beitragen, dass die angesprochenen Inhalte, Probleme und Gefahren geprüft werden um ggf. Maßnahmen/ Empfehlungen abzuleiten, damit die geschilderten Patientenschäden in Zukunft zuverlässig verhindert werden. Auch ein Austausch zu „Best Practice“ ist angestrebt. Das Expertenteam der TK freut sich auf Feedback und Austausch.

## Kontakt für Rückmeldungen:

### TK-Spezialist für Medizinrechte

Christian Soltau  
Bramfelder Str. 140  
22301 Hamburg  
Tel. 040 – 6909 - 3396  
[Christian.Soltau@tk.de](mailto:Christian.Soltau@tk.de)

### Für das Redaktionsteam:

Dr. med. Marcus Rall  
Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit  
gemeinnützige GmbH  
InPASS - Institut für Patientensicherheit  
und Teamtraining GmbH  
August-Bebel-Str. 13  
72762 Reutlingen  
Tel.: 07121 1595800  
E-Mail: [marcus.rall@patientensicherheit.de](mailto:marcus.rall@patientensicherheit.de)

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



**Hinweis:** Dieses TK-Patientensicherheits-Signal wurde erstellt in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Waltraud Pfeilschifter, Vorsitzende der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft und Chefärztin der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie am Städtischen Klinikum Lüneburg.