

## Schlaganfall erkennen

Sowohl der Schlaganfall als auch die transitorische ischämische Attacke (TIA) stellen akute Notfallsituationen dar, die eine schnelle und bedarfsgerechte Akutversorgung erfordern, um Komplikationen und bleibende Schäden zu vermeiden. Mit jährlich etwa 270.000 Krankheitsfällen gehört der Schlaganfall zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen in Deutschland (1).

Es ist daher von größter Bedeutung, dass Patient:innen, die ein akutes neurologisches Defizit aufweisen und bei denen der Verdacht auf einen Schlaganfall oder eine TIA besteht, umgehend einer adäquaten medizinischen Versorgung zugeführt werden. Der erste Schritt in der Behandlung besteht in der schnellen Identifikation des zugrunde liegenden neurologischen Problems (2).

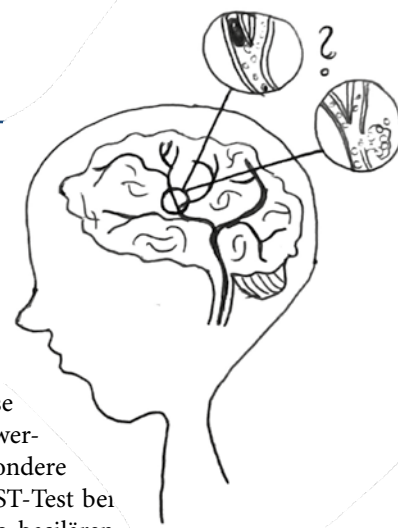
Per Definition wird ein ischämischer Schlaganfall als akutes, fokales neurologisches Defizit beschrieben, das durch eine Minderdurchblutung des Gehirns verursacht wird. Abhängig davon, welches Hirnareal von der Minderdurchblutung und der damit verbundenen Gewebhypoxie betroffen ist, können unterschiedlichste klinische Symptome auftreten (1). Diese Symptome können wenige Minuten bis hin zu mehreren Stunden andauern und variieren in ihrer Ausprägung – sie können progressiv zunehmen, persistieren oder im Falle einer TIA auch regredient sein. (1)

In internationalen Leitlinien, aber auch den nationalen Richtlinien wie der S3-Leitlinie zur Schlaganfallversorgung und der S2e-Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, wird der FAST-Test wiederholt als standardisierter neurologischer Untersuchungsalgorithmus empfohlen. Dieser Test ermöglicht es, mit hoher Sicherheit ein neurologisches Defizit zu identifizieren. (1)

In der präklinischen Versorgung und in verschiedenen Studien wurde in den letzten Jahren der BE-FAST-Test als ergänzender Untersuchungsalgorithmus etabliert. Dieser Test erweitert den klassischen FAST-Test, indem zusätzlich zur Untersuchung von Face (F), Arm (A) und Speech (S) auch die Balance (B) und die Augen (E) der Patient:innen begutachtet werden. In einer retrospektiven Analyse von 736 Patient:innen mit akutem Schlaganfall, die 2017 an der University des Kentucky Stroke Centers durchgeführt

wurde, wären 14,1% der Patient:innen durch den klassischen FAST-Test nicht erfasst worden. Nach Anwendung des BE-FAST-Tests konnte diese Zahl auf 4,4 % reduziert werden. (3) Es wurde insbesondere festgestellt, dass der BE-FAST-Test bei Schlaganfällen im vertebro-basilären Bereich bessere Hinweise auf das Vorliegen eines Schlaganfalls liefern konnte. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz der Erweiterung des klassischen FAST-Tests und die damit verbundene Verbesserung bei der Früherkennung von Schlaganfällen. (3)

In der folgenden Tabelle wird der BE-FAST Test kurz dargestellt (1)



Buchstabe	Bedeutung	Untersuchungsmöglichkeit
B	Balance	Liegt eine Gleichgewichtsstörung vor? Fallneigung
E	Eyes	Liegt eine Einschränkung der Augen oder Sichtfeldes vor? Sehstörung Sehverlust
F	Face	Liegt eine zentrale faziale Parese vor?
A	Arm	Liegt eine Armparese (latent/manifest) vor? Pronation im Armhalteversuch
S	Speech	Liegt eine Sprachstörung vor? Aphasie Dysarthrie Anarthrie
T	Time	Wie lange bestehen die Symptome bereits? (1) Lysezeitfenster ( bis ≤ 4,5h bei bestimmten Voraussetzungen) Erweitertes Lysezeitfenster (bis ≤ 9h bei bestimmten Voraussetzungen) Thrombektomiezeitfenster (bis ≤ 24h bei bestimmten Voraussetzungen)

### Quellen

1. Ringleb P, Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2022, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 22.12.2024)
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). 2020. *S3-Leitlinie Schlaganfall*. DEGAM Leitlinie Nr. 8, AWMF-Register-Nr. 053-011.
3. Aroor S., Singh R., Goldstein LB.: BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time): Reducing the Proportion of Strokes Missed Using the FAST Mnemonic. *Stroke*. 2017 Februar; Volume 48(2): S. 479-481. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015169.

