

Jahrestagung der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft 2024 *Building Bridges: multiprofessionell, interdisziplinär, integrativ*

Am 18. und 19. Jänner fand die Jahrestagung der Österreichischen Schlaganfall Gesellschaft (ÖGSF) 2024 im Europahaus in Wien statt. Dem Motto „Building Bridges“ entsprechend gab es zum ersten Mal kein designiertes Pflege- und Therapiesymposium als Parallelveranstaltung, sondern eine volle Integration von Pflege und Medizin in den Kongress. Mehr als 200 Neurolog*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen tauschten sich zu den neuesten Entwicklungen der Schlaganfall-Medizin, -Forschung und -Nachsorge aus.



Bewusst multiprofessionell

Die ersten Vorträge des Kongresses hielten Josef Spatt, Martin Sibitz und Lisa Gattermann (alle Wien) zur Diagnostik und Therapie der Apraxie. In der neurologischen Untersuchung fallen Probleme bei der Imitation von Gesten, dem Gebrauch von kommunikativen Gesten sowie im Werkzeuggebrauch auf.

Die Therapie einer Apraxie zielt darauf ab, für den individuellen Alltag bedeutungsvolle Funktionen spezifisch zu trainieren. Das ergotherapeutische Training ist besonders erfolgsversprechend, wenn eine gute Krankheits- und Defiziteinsicht sowie ausreichende kognitive Ressourcen vorhanden sind. Therapeutische Ansätze wenden u. a. angeleitete und geführte Bewegungsabläufe an und beinhalten auch allgemeines Strategietraining wie zum Beispiel selbständiges verbales Cueing. Die neuen Möglichkeiten mit Augmented Reality oder der Einsatz von Videotraining werden derzeit erst erforscht und sind (noch) nicht in der klinischen Routine angekommen.

Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs behandelte der nächste multiprofessionelle Schwerpunkt. Martin Aigner (Tulln), Präsident der Psychiatrischen Gesellschaft, beschrieb das Delir als ätiologisch unspezifisches klinisches Syndrom. Kennzeichnend ist eine akut auftretende Störung der Aufmerksamkeit, Orientierung und des Bewusstseins mit fluktuierender Ausprägung und Verwirrtheit bzw.



Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Michael Knoflach
Universitätsklinik für Neurologie,
Medizinische Universität
Innsbruck

globaler neurokognitiver Beeinträchtigung. Im Gegensatz zum hypoaktiven Delir ist die hyperaktive Form kaum zu übersehen. Das Alkoholentzugsdelir, das auch gut auf eine Behandlung mit Benzodiazepinen anspricht, ist besonders von anderen Delirformen zu unterscheiden. Für die Behandlung ist es wichtig, das Delir in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen, dessen Ursache zu identifizieren und zunächst allgemeine Maßnahmen und, falls nötig, eine pharmakologische Therapie einzuleiten.

Obwohl das Delir eine häufige Komplikation des akuten Schlaganfalls darstellt, gibt es wenig Evidenz für die Diagnose und Therapie desselben und daher auch noch wenige Leitlinien. Markus Kneihsl und Stefan Sumerauer (beide Graz) stellten die ärztlichen und pflegerischen Teile des neuen Positionspapiers der ÖGSF zu diesem Thema vor.

Es gibt eine Reihe von Screeningtools, die helfen, ein Delir früh zu erkennen. Diese Skalen sollten hochfrequent – am besten mehrmals täglich – angewandt werden.

Gut etabliert sind zum Beispiel die Delirium Observation Scale oder die Confusion Assessment Method. Man geht davon aus, dass mindestens 30 % der Delirien durch allgemeine Maßnahmen verhindert werden könnten. Dazu zählen eine suffiziente Schmerzbehandlung, die frühe Mobilisation, Verbesserung der Wahrnehmung (Brille, Hörgeräte), Vermeidung von Reizüberflutung oder -deprivation sowie die Regulation des Schlafwach-Rhythmus. Ferner ist das Einbinden von Angehörigen und eine orientierungsfördernde Kommunikation von Vorteil. Auf jeden Fall ist ein interdisziplinäres vorgehen mit der Pflege im Zentrum des Managements sinnvoll.

Vergleich der Nachsorge

In einem kleinen Symposium verglichen Christopher Schwarzenbach (Ludwigs-hafen, Deutschland) und Michael Knoflach (Innsbruck) die deutschen und österreichischen Konzepte der Schlaganfallnachsorge. Sie schlugen damit zum ersten Mal die Brücke zwischen den beiden Ländern, um sich gemeinsam der Herausforderung der Strukturierung dieser wichtigen und komplexen Aufgabe zu stellen.

Offizielle Eröffnung

Im Anschluss wurde die Jahrestagung durch den Tagungspräsidenten Wilfried Lang (Wien) und die Präsidentin der ÖGSF Julia Ferrari (Wien) eröffnet. Margarita

Amon (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Pflege) richtete ebenfalls Grußworte an das Plenum, wobei sie die gute Zusammenarbeit zwischen dem Ministerium und der Gesellschaft in Hinblick auf Qualitätsverbesserung und -sicherung unterstrich.

Die Ehrenmitgliedschaft der ÖGSF wurde dieses Jahr an Stéphanie Debette (Bordeaux, Frankreich) nach einer Laudatio von dem Präsidenten der ÖGN Christian Enzinger (Graz) verliehen. Im Rahmen der Hans Chiari Lecture gab sie einen beeindruckenden Überblick über ihre Arbeiten im Bereich der Genetik des Schlaganfalls. Dabei konzentriert sie sich nicht auf seltene monogenetische Syndrome, sondern auf häufige genetische Varianten, die das Schlaganfallrisiko erhöhen. Diese Forschung dient nicht nur einer Risikostratifizierung, sondern hilft, auch neue pathophysiologische Konzepte und potenzielle pharmakologische Zielproteine zu identifizieren.

Die Forschungspreise der ÖGSF wurden im Anschluss vergeben. Neben den bereits etablierten Diplomarbeitspreisen und dem Wissenschaftspreis wurde erstmals auch eine Arbeit aus dem Bereich der Pflege- und Therapieforschung geehrt. Diesen Preis erhielt Katharina Brechelmaier (Wien) für ihre Arbeit über „Pflegeberatung nach TIA oder Minor Stroke“. Die Diplomarbeiten von Nora Schöngrund-

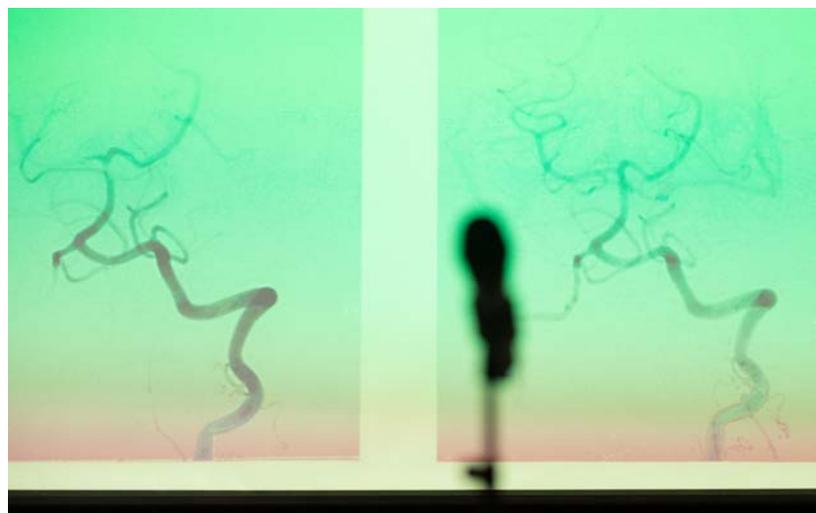


ner (Graz, 1. Platz) über die „Langzeitprognose von Schlaganfallpatient*innen nach Verschluss eines persistierenden Foramen ovale“ und Tamara Peball (Innsbruck, 2. Platz) über „Arterielle Tortuosität von Patient*innen mit spontaner Dissektion der Halsgefäße“ wurden ebenfalls ausgezeichnet.

Den Wissenschaftspreis erhielt Marek Sykora für seine in der Zeitschrift *Neurology* publizierte Arbeit aus dem österreichischen Stroke-Unit-Register „IV Thrombolysis vs. Early Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Mild Noncardioembolic Ischemic Stroke“.

Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls

Nach einer kurzen Stärkung mit interdisziplinärem Austausch ging es mit der Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls weiter.



Initial gab Martha Marco (Wien) einen Überblick über die Entwicklung der Thrombolyse. Die ersten Studien mit Gewebsplasminogenaktivator als Thrombolytikum fanden in den 1980er-Jahren beim akuten Myokardinfarkt statt. Die Zulassung der Alteplase für den ischämischen Schlaganfall erfolgte in Europa 2002.

Die Tenecteplase wird seit 1994 beim akuten Myokardinfarkt eingesetzt. Nach mehreren großen randomisierten Studien, welche die Nichtunterlegenheit dieser Substanz gegenüber der Alteplase belegt haben, ist diese nun auch für die Behandlung des ischämischen Schlaganfalles zugelassen.

Die Studienlage unterstützt auch die Thrombolyse vor einer Thrombektomie, und erste Studien weisen darauf hin, dass eine (zusätzliche) intraarterielle Lyse bei verschiedenen Befundkonstellationen bei der Thrombektomie von Vorteil sein könnte.

Die neuen neuroradiologischen Entwicklungen bei der Thrombektomie wurden von Elke Gizewski (Innsbruck) vorgebracht. Der interventionelle Zugang über die Arteria radialis ist im Bereich der Kardiologie bereits gut etabliert. Für neuroradiologische Interventionen muss jedoch das Material noch den spezifischen Anforderungen der Neurointervention angepasst werden. Es besteht auch die Möglichkeit einer Punktion der Arteria brachialis im Bereich der Cubita oder auch

direkt der Arteria carotis. Neue Stent-Retriever mit variablem Entfaltungsradius oder neuen kleinen Retrievern, die in distalere Gefäße eingebracht werden können, sowie flexiblere, großlumige Aspirationskatheter erleichtern die Thrombektomien im Bereich der Hirngefäße.

Das Thema abschließend gab Patrik Michel (Lausanne, Schweiz) einen beeindruckenden Überblick über Thrombektomien in speziellen Situationen. Eine Vielzahl von Thrombektomiestudien belegt den Vorteil dieser Technik bei intrakraniell großem Gefäßverschluss im Zeitfenster jenseits der 6 Stunden bei bereits ausgedehnteren Infarktfrühzeichen (ASPECT-Score über 2).

Da die Studien in ihren Einschlusskriterien und auch in Hinblick auf die faktisch eingeschlossenen Patient*innen heterogen waren, sind diese nicht einfach auf die klinische Routine umzulegen. Es kristallisiert sich jedoch heraus, dass das CT mit CT-Angiografie in dieser Situation die Standardbildgebung ist. In speziellen Situationen hilft auch eine erweiterte Perfusionsbildgebung bei kniffligen Therapieentscheidungen.

Bei Minor Stroke, Verschlüssen von kleineren intrakraniellen Gefäßen und in der hinteren Zirkulation sollte die Selektion der Patient*innen sehr selektiv erfolgen. Das Alter hatte in den Thrombektomiestudien keinen negativen Einfluss auf die Effizienz der Therapie, weshalb statt des

biologischen Alters eher vorbestehende Beeinträchtigungen in Therapieentscheidungen einfließen sollten.

Bei großen Infarktkernen kann die Indikation basierend auf den rezenten Studien etwas großzügiger gestellt werden, aber es muss klar sein, dass ein exzellentes Ansprechen in dieser Situation nicht häufig ist. Generell ist eine kontinuierliche Qualitätskontrolle – besonders wenn die Grenzen der Behandlung ausgelotet werden – notwendig.

Lipoprotein (a) und Lipidtherapie

In einem exzellenten und unterhaltsamen „Kamingespräch“ zu Lipoprotein (a) wurden alle Aspekte dieses neu in den Fokus gerückten Risikomarkers von Stefan Kiechl und Florian Kronenberg (beide Innsbruck) beleuchtet. Im anschließenden Symposium gaben Sebastian Mutzenbach (Salzburg) und Michael Knoflach (Innsbruck) einen Überblick über Neues (und Altes) im Lipidmanagement.

Herz und Hirn

Am Ende des ersten Kongresstages schlug Diana Bonderman (Wien) die Brücke zwischen Herz und Hirn mit einem lehrreichen Überblick über Herzinsuffizienz. 1–3 % der Bevölkerung (und ca. 10 % der über 70-Jährigen) leiden an einer Herzinsuffizienz. Neben der „klassischen“ Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfleistung ist inzwischen auch das Krankheitsbild



der Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfleistung gut charakterisiert und etabliert.

Richtungsweisend für die Diagnose sind das klinische Bild der Belastungsdyspnoe und/oder Beinödeme gemeinsam mit einem erhöhten NT-pro-BNP. Neben der Behandlung von Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz steht mit den SGLT2-Inhibitoren eine neue effiziente Behandlungsoption zur Verfügung.

Abgeschlossen wurde der erste Tag mit einem gemeinsamen Gesellschaftsabend in der Orangerie des Europahauses.

Interdisziplinär: Diabetes und Niere

Am Morgen des zweiten Tages richteten die jungen Neurolog*innen der ÖGSF ein interaktives Fallquiz aus, das die zahlreichen Besucher*innen ihre Müdigkeit rasch vergessen ließ.

Im Anschluss präsentierte Yvonne Winhofer (Mattersburg) eine Einführung in die moderne Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Auch wenn eine intensive HbA_{1c}-Kontrolle in Studien keinen Vorteil während der Laufzeit der Studien gebracht hat, sind in Langzeitanalysen nach mehr als 10 Jahren doch positive Effekte zu sehen. Eine konsequente HbA_{1c}-Einstellung sei daher früh anzustreben.

Ein Hauptproblem beim Diabetes und Prä-

diabetes ist eine begleitende Adipositas, auch „Diabesity“ genannt. Studien haben gezeigt, dass auch normalgewichtige Personen mit Diabetes von einer Gewichtsreduktion um 10–15 % profitieren.

Der erste Schritt in diese Richtung ist eine Kalorienreduktion von 500–700 kcal pro Tag. Ferner gibt es inzwischen mehrere medikamentöse Therapieoptionen. Durch den Einsatz von GLP-1-Rezeptoragonisten, SGLT2-Inhibitoren und Metformin ist eine Insulinbehandlung deutlich später im Krankheitsverlauf notwendig.

Den Zusammenhang zwischen Neurologie und Nephrologie stellte Markus Säemann (Wien) her. Die chronische Nierenerkrankung betrifft nahezu 10 % der Bevölkerung. Besonders bei Vorhofflimmern geht eine reduzierte glomeruläre Filtrationsrate unter 30 ml/min nicht nur mit einem deutlich erhöhten Risiko von Thromboembolien, sondern auch von Blutungskomplikationen einher.

In diesem Kontext ist bekannt, dass Vitamin-K-Antagonisten teilweise auch die chronische Niereninsuffizienz verstärken können. Auch wenn diese Patient*innen in den großen randomisierten Studien ausgeschlossen wurden, empfehlen Expert*innen nun auch die Verwendung von NOAKs in dieser Patientengruppe. Die glomeruläre Filtrationsrate allein ist allerdings kein guter Marker einer Nierenerkrankung, da diese stark von der Muskelmasse der Person abhängig ist. Ande-

re Marker, wie zum Beispiel Cystatin C sind dafür deutlich besser geeignet. Rezent gibt es auch neue Entwicklungen im Bereich der nephroprotektiven Therapien. Auch in dieser Indikation sind SGLT2-Inhibitoren sowie GLP-1-Rezeptoragonisten wirksam. Deutlich nebenwirkungsärmere nichtsteroidale Mineralokortikoidrezeptoragonisten ersetzen klassische steroidale Agonisten.

Antikoagulation bei Schlaganfall

Thomas Gattringer (Graz) wies in einem Symposium auf neue Herausforderungen der Antikoagulation von Schlaganfallpatient*innen hin. Besonders die Ergebnisse der ELAN-Studie legen nahe, dass eine frühe Antikoagulation (innerhalb von 48 Stunden bei leichtem oder mittelschwerem Schlaganfall bzw. innerhalb von 6 Tagen bei schwerem Schlaganfall) sicher ist und auch mit einer Reduktion von thromboembolischen Rezidivereignissen assoziiert ist. Wenn ein Rezidivschlaganfall bei Vorhofflimmern unter Behandlung mit oralen Antikoagulanzen auftritt, dann ist – zumindest laut Beobachtungsstudien – in mehr als der Hälfte der Fälle eine andere Ätiologie (z. B. Mikroangiopathie) oder eine nicht suffiziente Antikoagulation die Ursache.

Prävention global gesehen

Die World Stroke Organization (WSO) hat 2023 einen weltumspannenden Konsens



über pragmatische Lösungen zu Reduktion der globalen Last des Schlaganfalls publiziert. Michael Brainin (Krems) präsentierte den Bereich Prävention, an dem er auch maßgeblich mitgearbeitet hat. Auch wenn die altersadjustierte Inzidenz des Schlaganfalls sinkt, steigt die absolute Anzahl von Menschen, die einen Schlaganfall erleiden. Dies wird besonders durch Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen getrieben.

Zur Prävention des Schlaganfalls gibt es zwei grundsätzliche Strategien. In der „High risk“-Strategie werden jene Teile der Bevölkerung mit einem besonders hohen Risiko angesprochen. Der Nachteil ist, dass davon der Großteil der Bevölkerung nicht profitiert und viele Schlaganfälle auch außerhalb jener Gruppe auftreten.

Deshalb ergeben Populationsstrategien zur Verhinderung des Schlaganfalles besonders viel Sinn. Im Rahmen des Konsenses der WSO werden verschiedene vielschichtige populationsbasierte Interventionen umrissen. Weltweit gesehen spielen hier besonders lokale Gesundheitsexpert*innen (Community Nurses), die nahe an der Bevölkerung agieren, eine wichtige Rolle.

Moderne Zugangswege wie z. B. die Verwendung von Apps zur Risikovisualisierung und Gesundheitsförderung werden derzeit getestet. Auch die Polypille stellt eine gute Möglichkeit zur Verhinderung von kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen dar.

Österreichische Risikoskala

Die Thrombektomie stellt auch für Patient*innen mit sehr schweren Schlaganfällen (und großem Gefäßverschluss) eine exzellente Behandlungsmöglichkeit dar. Da diese hochspezialisierte Behandlungsform nicht in jedem Zentrum vorgehalten werden kann, wäre es von großem Nutzen, schwere Schlaganfälle bereits in der Prähospitalphase zu erkennen.

In Österreich wurde zu diesem Zweck bereits vor Jahren die Austrian Prehospital Stroke Scale (APSS) etabliert. Erfahrungen mit dem APSS in Niederösterreich und Tirol wurden von Karl Matz (Mödling) und

Michael Knoflach (Innsbruck) berichtet. Ein Problem stellt allerdings die Erkennung von schweren Schlaganfällen im hinteren Kreislauf dar, die oft erst verzögert eine Stroke Unit erreichen und dadurch häufiger keine rekanalisierende Behandlung mehr erhalten können.

Die Erweiterung des APSS um die Abfrage von Gleichgewichtsstörungen und Doppelbildern soll in Zukunft in Niederösterreich getestet werden.

Akutbehandlung intrazerebraler Blutungen

Den letzten großen Programmpunkt stellte das Akutmanagement der intrazerebralen Blutung dar. 20 % aller intrazerebralen Blutungen (ICB) treten unter oraler Antikoagulation auf. Diese Patient*innen haben eine besonders schlechte Prognose. Besonders die frühe Hämatomexpansion und damit verbundene neurologische Verschlechterung stellen ein Problem dar.

Wie Caterina Kulyk (Linz) berichtete,

ist die frühe Antagonisierung mittels spezifischer Antidote oder auch Prothrombin-Komplex-Konzentrate eine wichtige Maßnahme. Es ist dabei noch nicht geklärt, wann eine orale Antikoagulation nach einer ICB wieder begonnen werden kann. Die meisten Fachgesellschaften empfehlen, 6 bis 8 Wochen zu warten. Auf Grund des positiven Nebenwirkungsprofils der NOAKs laufen Studien, bei denen diese Substanzen deutlich früher wieder begonnen werden.

Marek Sykora (Wien) stellte rezente

Studien der akuten (konservativen) Behandlung der ICB vor. Besonders ein Behandlungspaket bestehend aus Blutdrucksenkung, Kontrolle der Körpertemperatur und Zuckerkontrolle erwies sich als hilfreich.

Viele medikamentöse Ansätze konnten in randomisierten Studien keine Effizienz nachweisen. In Post-hoc-Analysen erscheint jedoch meistens eine frühe Behandlung von Vorteil.

Da das Risiko der Hämatomexpansion in den ersten Stunden am höchsten ist, sollten sich zukünftige Studien auf die ersten

beiden Stunden nach Symptombeginn fokussieren. Zukünftige Behandlungssätze stellen die Unterdrückung der sekundären Neuroinflammation und Ödembildung bei ICB dar.

Arthur Hosmann (Wien) stellte die

neurochirurgischen Behandlungsoptionen dar. Die operative Versorgung von supratentoriellen Hämatomen zeigte in Studien divergente Ergebnisse. Auch wenn die Mortalität meist reduziert werden konnte, war kein Effekt auf eine funktionelle Erholung nachzuweisen, und teils wurden auch negative Effekte festgestellt. Die Hoffnung liegt nun auf minimalinvasiven Verfahren.

Auch bei zerebellären Blutungen ist die operative Versorgung mit einem Überlebensvorteil – besonders bei großem Blutvolumen – assoziiert. Somit bleibt die Operation bei ICB immer noch eine interdisziplinäre individuelle Entscheidung.

Blutungen bei DOAKs

Im letzten Symposium wurden die vorläufigen Ergebnisse der Phase-IV-Studie mit Andexanet alfa (ANNEXA-I) von Simon Fandler-Höfler (Graz) sowie erste Erfahrungen mit der klinischen Anwendung von Peter Lackner (Wien) präsentiert.

Nachwuchs stark vertreten

Im Rahmen des Kongresses hatten auch 13 junge Forschende aus Graz, Innsbruck, Krems, Linz und Wien die Möglichkeit, ihre spannenden Ergebnisse in zwei hervorragenden Vortragseinheiten zu präsentieren.

Zusammenfassung

Insgesamt dokumentierte dieser Kongress die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und der multidisziplinären Betreuung von Schlaganfallpatient*innen. Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Teilnehmer*innen und Sprecher*innen aus den Bereichen der Pflege, Therapie, Inneren Medizin, Nephrologie, Neuroradiologie und Neurochirurgie und freuen uns bereits auf die nächste Jahrestagung 2025 in Linz. ■