Klinische Zusammenfassung des

2. Deutscher Schlaganfallkongress (DSG26), Berlin, 10.–12. September 2026

Von Volker Limmroth und Ulrich Frost, Köln

Der erst 2. Deutschsprachige Schlaganfall-Kongress stand unter dem Motto *„Schlaganfallversorgung gemeinsam gestalten. Verantwortung übernehmen.“*

Mit rund 900 Teilnehmern, 199 Vorträgen und 88 wissenschaftlichen Abstracts war er ein wichtiger Treffpunkt der deutschen Schlaganfallmedizin.

Hier kommen die Highlights aus klinischer Sicht:

1. Thrombektomie bei milden neurologischen Defiziten – möglicherweise eine Erweiterung der Indikation

Eine besonders interessante Untersuchung war die chinesische randomisierte Studie MILD-MT. Die Fragestellung: Profitieren Patienten mit einem proximalen Gefäßverschluss (Large Vessel Occlusion, LVO), aber nur gering ausgeprägten neurologischen Symptomen, ebenfalls von einer mechanischen Thrombektomie?

Studiendesign:

- 300 Patienten mit anteriorer LVO.
- NIHSS unter 6.
- Nachweis eines Perfusions-Mismatch.
- Randomisierung zu Thrombektomie plus Best Medical Management oder Best Medical Management allein.

Ergebnisse nach 90 Tagen

Endpunkt	Thrombektomie	Kontrolle
mRS 0–1	69,4 %	50,0 %
Frühe neurologische Verschlechterung	13,9 %	31,4 %
Symptomatische ICB	2,1 %	1,9 %

Das relative Risiko für ein exzellentes funktionelles Ergebnis lag bei 1,39 (95%-KI 1,14–1,70).

Unsere klinische Bewertung:
Das ist ein wichtiges Signal. Wir kennen das Problem aus der Praxis: Ein Patient hat beispielsweise eine Aphasie oder eine leichte Parese, einen proximalen MCA-Verschluss und zunächst einen NIHSS von 3–5. Klinisch erscheint die Symptomatik nicht dramatisch, das Risiko einer sekundären Verschlechterung ist aber erheblich. Die Studie unterstützt die Überlegung, dass der NIHSS ***allein*** kein ausreichendes Kriterium für die Entscheidung gegen eine Thrombektomie sein sollte.

Allerdings gibt es eine relevante Einschränkung: 58 % der Patienten hatten eine intrakranielle Atherosklerose (ICAD). Das chinesische Patientenkollektiv ist deshalb nicht ohne Weiteres auf europäische Patienten übertragbar. Die entscheidende Bestätigung sollen die Studien MOSTE und ENDOLOW liefern.

Konsequenz: Bei milder Symptomatik und nachgewiesenem proximalem Gefäßverschluss sollte die Möglichkeit einer Thrombektomie konsequent geprüft werden. Eine generelle Erweiterung der Indikation lässt sich aus MILD-MT allein noch nicht ableiten.

2. Intraarterielle Alteplase nach erfolgreicher Thrombektomie – Rekanalisation ist nicht gleich Reperfusion

Eine weitere ausgesprochen interessante Studie war CHOICE-2 aus Spanien. Sie adressiert ein Problem, das zunehmend in den Fokus rückt: Selbst wenn wir einen großen Gefäßverschluss technisch erfolgreich beseitigen, ist die mikrovaskuläre Perfusion im betroffenen Gewebe nicht zwangsläufig wiederhergestellt. Bei etwa 30–50 % der Patienten kann nach erfolgreicher Rekanalisation eine relevante residuelle Hypoperfusion bestehen bleiben.

Studiendesign:

440 Patienten mit LVO und erfolgreicher Thrombektomie (eTICI 2b50–3) erhielten entweder:

- zusätzliche intraarterielle Alteplase (0,225 mg/kg, maximal 20 mg)
- oder keine zusätzliche Lyse.

Ergebnisse nach 90 Tagen

Endpunkt	Intraarterielle Lyse	Kontrolle
mRS 0–1	58 %	43 %
Residuelle Hypoperfusion	28,6 %	50,5 %
Mortalität	12,1 %	6,4 %

Die adjustierte Risikodifferenz beim funktionellen Ergebnis betrug 15 Prozentpunkte (95%-KI 5,7–24,3; p = 0,002).

Unsere klinische Bewertung:
Das Konzept ist pathophysiologisch ausgesprochen plausibel:

- Die mechanische Rekanalisation beseitigt den proximalen Verschluss.
- Die zusätzliche Lyse könnte distale thrombotische Verschlüsse und mikrovaskuläre Perfusionsstörungen verbessern.
- Dadurch könnte mehr tatsächlich vitales Hirngewebe gerettet werden.

Allerdings ist das Mortalitätssignal alarmierend: Die Sterblichkeit war im Interventionsarm nahezu doppelt so hoch. Das muss unbedingt aufgeklärt werden, bevor man daraus eine klinische Routine ableitet.

Konsequenz: Sehr spannender Therapieansatz, aber derzeit keine Grundlage für eine unkritische zusätzliche intraarterielle Lyse nach Thrombektomie.

3. Prähospitale Versorgung: KI, Telemedizin und neue Transportkonzepte

Ein wichtiges Thema war die Frage, wie die Zeit zwischen Symptombeginn und definitiver Therapie weiter verkürzt werden kann. In Deutschland gibt es inzwischen mehr als 350 zertifizierte Stroke Units. Dennoch erreichen zu wenige Patienten eine Behandlung innerhalb der sogenannten Golden Hour. Interessant sind insbesondere drei Entwicklungen.

A. Flexible Transportstrategien

Nach den auf dem Kongress diskutierten Versorgungsdaten erreichen:

- 85 % der Bevölkerung eine Stroke Unit innerhalb von 30 Minuten.
- 99 % ein Krankenhaus mit CT-Möglichkeit innerhalb von 30 Minuten.

Daraus ergibt sich die Überlegung, ob Patienten in bestimmten Situationen zunächst in ein näher gelegenes Krankenhaus mit CT transportiert werden sollten, statt längere Wege zur Stroke Unit in Kauf zu nehmen. Dort könnten eine unmittelbare Bildgebung und eine telemedizinische neurologische Beurteilung erfolgen. Das könnte insbesondere in ländlichen Regionen relevant sein.

B. KI-gestützte Transportentscheidung

Im Rahmen des ARAS-Projekts wird ein KI-System erprobt, das den Rettungsdienst bei der Entscheidung über das optimale Zielkrankenhaus unterstützen soll. Das Ziel ist, anhand der verfügbaren Informationen möglichst früh zwischen unterschiedlichen Versorgungswegen zu unterscheiden.

C. Blutbiomarker zur Unterscheidung von Ischämie und Blutung

Besonders interessant war der vorgestellte Ansatz, bereits wenige Minuten nach Symptombeginn anhand von Proteinmustern im Blut zwischen einer intrazerebralen Blutung und einem ischämischen Gefäßverschluss unterscheiden zu können. Sollte sich daraus ein zuverlässiger Point-of-Care-Test entwickeln lassen, wäre das ein erheblicher Fortschritt. Allerdings handelt es sich hier noch um Forschungsansätze und nicht um etablierte präklinische Diagnostik.

4. Tenecteplase gewinnt weiter an Bedeutung

Die zunehmende Verwendung von Tenecteplase war ein weiteres Thema. Beide Substanzen, Alteplase und Tenecteplase, sind für die intravenöse Thrombolyse beim ischämischen Schlaganfall zugelassen. Tenecteplase hat einige praktische und pharmakologische Vorteile:

- Bolusgabe statt einstündiger Infusion.
- Höhere Fibrinspezifität.
- Längere Halbwertszeit.

- Einfachere präklinische und innerklinische Handhabung.

In zahlreichen Studien zeigt sich zumindest ein leichter Vorteil zugunsten von Tenecteplase, wobei die Verkürzung der Behandlungszeiten durch die einfachere Applikation eine wichtige Rolle spielt. Der Kongress spiegelte den zunehmenden Wechsel deutscher Kliniken auf Tenecteplase wider.

Unsere klinische Bewertung:
Das ist weniger eine neue wissenschaftliche Erkenntnis des DSG26 als vielmehr die Bestätigung eines bereits laufenden klinischen Wandels.

5. Dysphagie nach Schlaganfall – weiterhin unterschätztes Problem

Ein besonders praxisnahes Thema war die Behandlung von Schluckstörungen. Die vorgestellten Zahlen sind bemerkenswert:

- Mehr als 50 % der Schlaganfallpatienten haben in der Akutphase eine Dysphagie.
- Etwa 30 % behalten eine schwere Schluckstörung.

Die Ausprägung hängt unter anderem von der Läsionslokalisation und der Schwere des Schlaganfalls ab. Auch die Möglichkeiten der neuronalen Reorganisation spielen für die funktionelle Erholung eine Rolle.

Was bedeutet das klinisch? Wir sollten Dysphagie nicht nur als frühe Komplikation mit Aspirationsrisiko betrachten, sondern als eigenständiges neurologisches Rehabilitationsproblem. Wichtige Konsequenzen:

- Frühzeitiges und wiederholtes Dysphagie-Screening.
- Bei Bedarf differenzierte FEES- oder videofluoroskopische Diagnostik.
- Konsequente logopädische Therapie.
- Regelmäßige Neubewertung der Schluckfunktion.
- Frühzeitige Planung der Ernährung und Aspirationsprophylaxe.

Gerade die langfristigen funktionellen Folgen verdienen mehr Aufmerksamkeit.

6. Spastik: stärkere Fokussierung auf die langfristige Nachsorge

Ein weiterer Schwerpunkt war die Spastik nach Schlaganfall. Die Diskussion machte deutlich, dass die Versorgung nach Entlassung aus der Stroke Unit häufig nicht ausreichend strukturiert ist. Spastik kann bereits früh auftreten und im weiteren Verlauf zu erheblichen Einschränkungen führen:

- Verlust der Beweglichkeit.
- Kontrakturen.
- Schmerzen.
- Einschränkungen der Selbstständigkeit.
- Erschwerte Pflege und Rehabilitation.

Der Kongress forderte deshalb eine stärkere interdisziplinäre Versorgung unter Einbeziehung von Neurologie, Physio- und Ergotherapie sowie Pflege. Besonders wichtig ist die frühzeitige Erkennung und Behandlung, bevor sich sekundäre strukturelle Veränderungen entwickeln.

Unsere klinische Bewertung:
Keine neue pharmakologische Revolution, aber ein klinisch sehr relevantes Thema. Die Versorgungslücke zwischen Akutneurologie und langfristiger Rehabilitation ist beträchtlich.

7. Point-of-Care-Ultraschall (POCUS) in der neurologischen Akutmedizin

Ein interessantes Fortbildungsthema war der Einsatz von POCUS direkt am Patientenbett. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um die klassische Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße, sondern um die breitere Anwendung der Sonographie in der Akut- und Intensivmedizin.

Beispiele:

- Rasche Beurteilung bei akuter Dyspnoe.
- Erkennen von kardialen oder pulmonalen Komplikationen.
- Unterstützung bei der Anlage schwieriger Gefäßzugänge.
- Ergänzende Diagnostik bei unerwarteter klinischer Verschlechterung.

Auf dem Kongress wurden praktische Workshops zur Anwendung angeboten.

Unsere klinische Bewertung:
Gerade für neurologische Stroke Units und neurointensivmedizinische Bereiche ist das ein sinnvoller Ausbau der diagnostischen Kompetenz. POCUS ersetzt allerdings weder die erforderliche kardiologische Diagnostik noch die etablierte Schlaganfallbildgebung.

8. Neue Ansätze in der neurovaskulären Diagnostik und individualisierten Gefäßmodellierung

Unter den knapp 100 wissenschaftlichen Beiträgen wurden drei Arbeiten besonders ausgezeichnet.

Auszeichnung	Forschungsgebiet
1. Posterpreis	Neurovaskuläre und kardiale Hochrisiko-Emboliequellen bei retinaler Ischämie
2. Posterpreis	Unterschiede bei rekanalisierenden Therapien in Abhängigkeit vom Zertifizierungsstatus
3. Posterpreis	Individualisierte Darstellung hirnversorgender Arterien zur Simulation der zerebralen Blutversorgung

Zwei Aspekte fanden wir besonders interessant:

1. Retinale Ischämie als vaskuläres Warnsignal: Die Untersuchung aus Essen beschäftigt sich mit der Häufigkeit neurovaskulärer und kardialer Hochrisiko-Emboliequellen bei Patienten mit retinaler Ischämie. Das ist klinisch relevant, weil eine retinale Ischämie konsequent als vaskuläres Ereignis mit entsprechender Ursachenabklärung betrachtet werden sollte.

2. Individualisierte Gefäßsimulation: Die dritte ausgezeichnete Arbeit könnte langfristig für die individualisierte Schlaganfallmedizin interessant werden. Die patientenspezifische Modellierung der hirnversorgenden Gefäße könnte helfen, hämodynamische Zusammenhänge besser zu verstehen und möglicherweise therapeutische Entscheidungen zu optimieren.

Allerdings sind beide Ansätze noch nicht mit einem unmittelbar veränderten klinischen Therapiestandard gleichzusetzen.

Unsere drei wichtigsten Take-home-Messages

1. Die Indikation zur Thrombektomie könnte sich weiter verändern. Insbesondere der Patient mit geringem NIHSS, aber proximalem Gefäßverschluss verdient mehr Aufmerksamkeit. MILD-MT liefert hierfür ein wichtiges Argument.

2. Die nächste Entwicklung der endovaskulären Therapie könnte über die reine Rekanalisation hinausgehen. CHOICE-2 adressiert die Frage, wie wir nach erfolgreicher mechanischer Rekanalisation auch die Gewebeperfusion verbessern können. Das Mortalitätssignal muss allerdings unbedingt geklärt werden.

3. Die Schlaganfallmedizin muss die gesamte Versorgungskette betrachten. Die Qualität der Akutversorgung ist entscheidend, aber auch die Behandlung von Dysphagie, Spastik und anderen langfristigen Folgen bestimmt das funktionelle Ergebnis.