

Newsletter Kompetenznetz Schlaganfall



Nr. 30 | Januar 2026

www.kompetenznetz-schlaganfall.de

Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen die aktuelle Ausgabe unseres Newsletters präsentieren zu dürfen, die erneut spannende Einblicke in aktuelle Forschungsansätze rund um Gehirn, Körper und Rehabilitation bietet.

Mit dem Beginn des neuen Jahres macht auch das Kompetenznetz einen Neustart. Zukünftig werden neben neurovaskulären auch neurodegenerative Hirnkrankheiten und ihre Prävention im Mittelpunkt stehen. Dem entsprechend erläutert Eva Schäffer in ihrem Beitrag, mit welchen Maßnahmen das immense präventive Potential bei der Vorbeugung dieser Erkrankungen effektiver ausgeschöpft werden kann und welchen Einfluss die politisch zu beeinflussenden Risikofaktoren wie z.B. Luftver-

schmutzung, Lärm und Hitze haben. Zuvor beschreibt Magdalena Gippert im ersten Artikel, wie motorisches Lernen durch mentale Simulation unterstützt werden kann. Ihre Forschungsergebnisse zeigen, dass bereits die Vorstellung eines Teils einer Bewegungssequenz das Erlernen eines gesamten Bewegungsablaufs fördern kann.

Der dritte Beitrag widmet sich dem engen Zusammenspiel von Herz, Kreislaufsystem und Gehirn. Das Konzept der sogenannten Brain-Body States verdeutlicht, wie eng kardiovaskuläre und psychische Prozesse miteinander verknüpft sind.

Schließlich möchten wir Sie gerne zu unserem 16. Prophylaxe-Seminar am 11. April 2026 einladen. Wie im letzten Jahr bieten

wir unsere Veranstaltungen im Hybrid-Format an. Für Präsenzteilnehmer gibt es ein zusätzliches Angebot. Sie können in Workshops vor Ort zwei ausgewählte Themen mit den Referenten im persönlichen Gespräch diskutieren. Weitere Informationen finden Sie auch auf der Internetseite des KNS: www.kompetenznetz-schlaganfall.de.

Wir hoffen, dass wir Sie bei der Lektüre des Newsletters mit interessanten Neuigkeiten überraschen konnten. Für Hinweise und Kritik sind wir wie stets dankbar.

Prof. Dr. Arno Villringer
Koordinator des
Kompetenznetzes

Rehabilitation

Bewegungslernen durch mentale Simulation: Die Vorstellung eines Teils einer motorischen Sequenz hilft auch

Bewegungsvorstellung ist ein üblicher Interventionsbestandteil im Sport und in der Rehabilitation von Bewegung. Vor allem im Leistungssport werden oft mentale Trainings empfohlen, bei denen die Sportler*innen bestimmte Bewegungsabfolgen im Kopf simulieren sollen, vor allem, wenn die tatsächliche Bewegungsausführung gerade nicht möglich ist. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass diese Simula-

tion des Bewegungsgefühls motorisches Lernen unterstützen kann. Tatsächlich werden ähnliche Gehirnstrukturen bei Bewegungsvorstellung wie bei Bewegungsausführung aktiv.

Typischerweise wird genau der Bewegungsteil vorgestellt, den man lernen oder verbessern möchte. Forschende des Max-Planck-Instituts für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig haben nun untersucht, ob schon das Vorstellen von einem Teil einer Bewegungssequenz ausreicht, um das Erlernen des gesamten

Bewegungsablaufes zu unterstützen. Die zentrale Frage war, ob solch eine hybride motorische Sequenz, bestehend aus einer vorgestellten und einer tatsächlich ausgeführten Bewegung, als eine kohäsive Einheit im Gehirn repräsentiert wird und so Bewegungslernen erleichtern kann.

Motorisches Lernen und motorische Adaptation sind wesentliche Prozesse die auch nach einem Schlaganfall, der Lähmungs- oder Koordinationsstörungen hervorruft, ablaufen. In der Studie wurden diese Prozesse mit Armbewegungen von

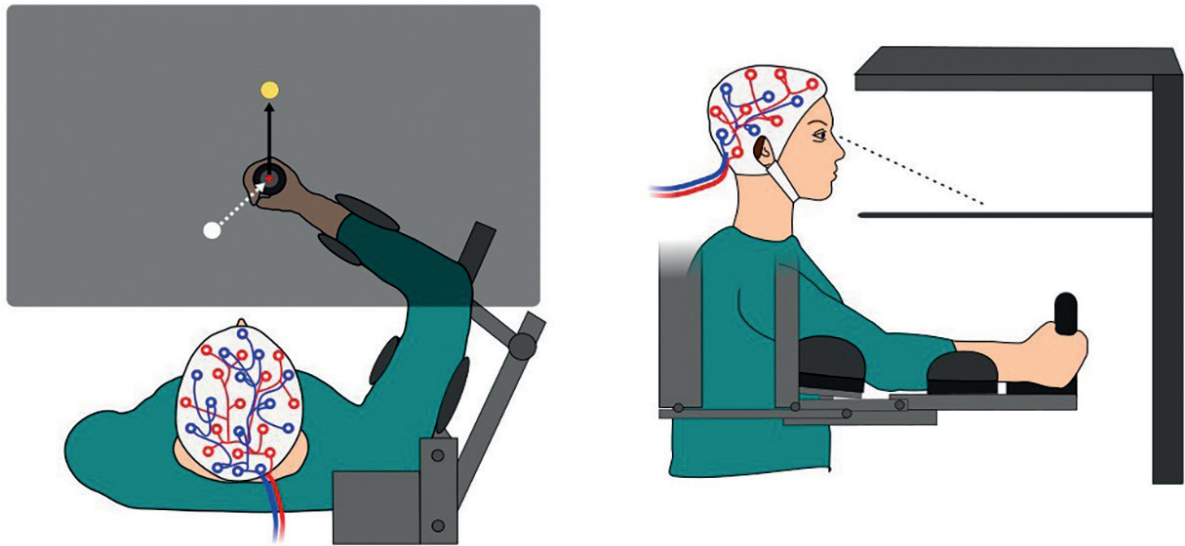


Abb. 1: Exoskelett-Roboter mit beispielhafter Zielpunkt-Anzeige.

60 Teilnehmer*innen in einem Exoskelett-Roboter untersucht (Abb. 1). Auf einem Bildschirm wurden den Teilnehmer*innen Zielpunkte angezeigt, die sie mit der rechten Hand erreichen sollten. Der Roboter drückte dabei systematisch gegen bestimmte Bewegungen, so dass die Teilnehmenden lernen mussten, diesen „Kraftfeldern“ entgegenzuwirken und sich an die veränderten Bedingungen anzupassen (motorische Adaptation).

Die Teilnehmer*innen, die sich vor der Bewegung durchs Kräftefeld eine spezifische Bewegung vorstellten, erzielten

größere Erfolge beim Lernen und letztlich Bezwingen der Kraftfelder als diejenigen, die sich nichts vorgestellt hatten (Abb. 2). Es kam also zu einer besseren motorischen Adaptation. Teilnehmer*innen, die vor der Bewegung durchs Kraftfeld eine tatsächliche spezifische Bewegung ausführten, lernten am besten. Eine Bewegungssequenz oder bestimmte Abfolge von Bewegungen werden zu einem gewissen Ausmaß als eine Einheit („motor chunk“) im Gehirn repräsentiert. Selbst wenn ein Teil der Abfolge nur vorgestellt wurde, profitierten die Teilnehmer*innen von der ganzheitlichen Repräsentation der gesam-

ten hybriden Bewegungssequenz. Dieses Ergebnis verdeutlicht erneut, wie ähnlich sich Bewegungsvorstellung und Ausführung sind. Menschen mit besserer Vorstellungskraft lernten mehr und zeigten bestimmte neuronale Muster während eines anschließenden Vorstellungstest gemessen durch ein EEG.

Die Ergebnisse eröffnen spannende Möglichkeiten für das Sporttraining und die Rehabilitation. Die Vorstellung einer mit der Zielbewegung verbundenen Bewegung (anstelle der Vorstellung der Zielbewegung) wird noch nicht häufig genutzt. Das Training von solchen hybriden Sequenzen sollte in angewandten Kontexten weiter erforscht werden, um spezifische Empfehlungen möglich zu machen. (Literatur bei der Verfasserin)

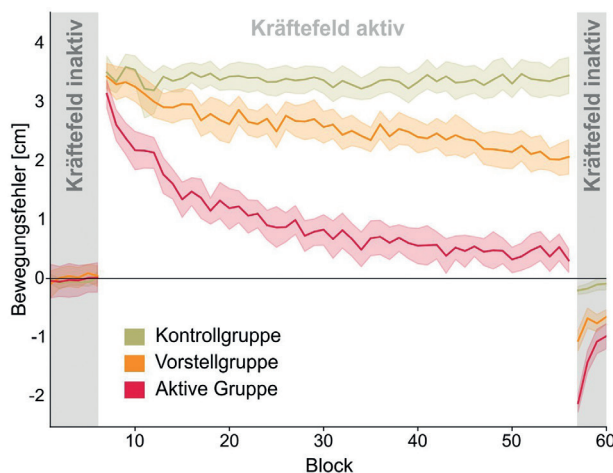


Abb. 2: Durchschnittlicher Bewegungsfehler pro Gruppe. Bunte Einfärbung markiert das 95% Konfidenzintervall des Mittelwerts über Teilnehmer*innen.



Weitere Informationen:

Magdalena Gippert

E-Mail: gippert@cbs.mpg.de

Prävention

Chancen der Prävention für neurodegenerative und neurovaskuläre Erkrankungen

Neurologische Erkrankungen sind heute die häufigste Ursache für Behinderung und die zweithäufigste Todesursache weltweit. Während übertragbare neurologische Erkrankungen u.a. durch Impfprogramme stark zurückgedrängt wurden, steigen die Fallzahlen nicht-übertragbarer neurologischer Erkrankungen wie Demenz, Schlaganfall und Parkinson weltweit an – mit hohen individuellen und sozioökonomischen Folgen.

Vor diesem Hintergrund rücken präventive Maßnahmen zunehmend in den Fokus globaler Gesundheitspolitik – etwa durch klare Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation. Im Zentrum stehen modifizierbare Risikofaktoren, die gezielt

adressiert werden können, um Erkrankungen zu verhindern (Primärprävention), in frühen, wenig symptomatischen Phasen zu verzögern (Sekundärprävention) oder Komplikationen zu vermeiden (Tertiärprävention). Besonders großes Potenzial bietet die Prävention bei neurodegenerativen und neurovaskulären Erkrankungen.

Primärprävention

Ein zentrales Beispiel für das Potenzial von Primärprävention ist die Demenzprävention. Der international viel beachtete Report der Lancet Commission on Dementia hat in ihrer aktualisierten Analyse 2024 aufgezeigt, dass bis zu 45 % aller Demenzfälle vermeidbar wären, wenn modifizierbare Risikofaktoren konsequent adressiert werden würden. Besonders zu beachten ist, dass neben „alt bekannten“ kardiovaskulären Risikofaktoren wie Ni-

kotinkonsum, Adipositas oder Hypertonie, auch gesellschaftliche Aspekte erfasst wurden: so sind auch ein niedriger Bildungsgrad und soziale Isolation relevante Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz. Hieraus lässt sich auch ableiten, wie lebensumfassend Demenz-Prävention gedacht werden muss: zwar manifestieren sich Demenzerkrankungen meist im höheren Lebensalter, pathophysiologische Veränderungen beginnen jedoch Jahre bis Jahrzehnte zuvor schon im mittleren Lebensalter und grundlegende Risikofaktoren können bereits in der Kindheit geprägt werden.

Ein weiterer Aspekt der Prävention erfährt in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit: der hoch relevante Einfluss von Umwelteinflüssen. So wurde für Demenz-Erkrankungen vor allem Luftverschmutzung (insbesondere Feinstaub)

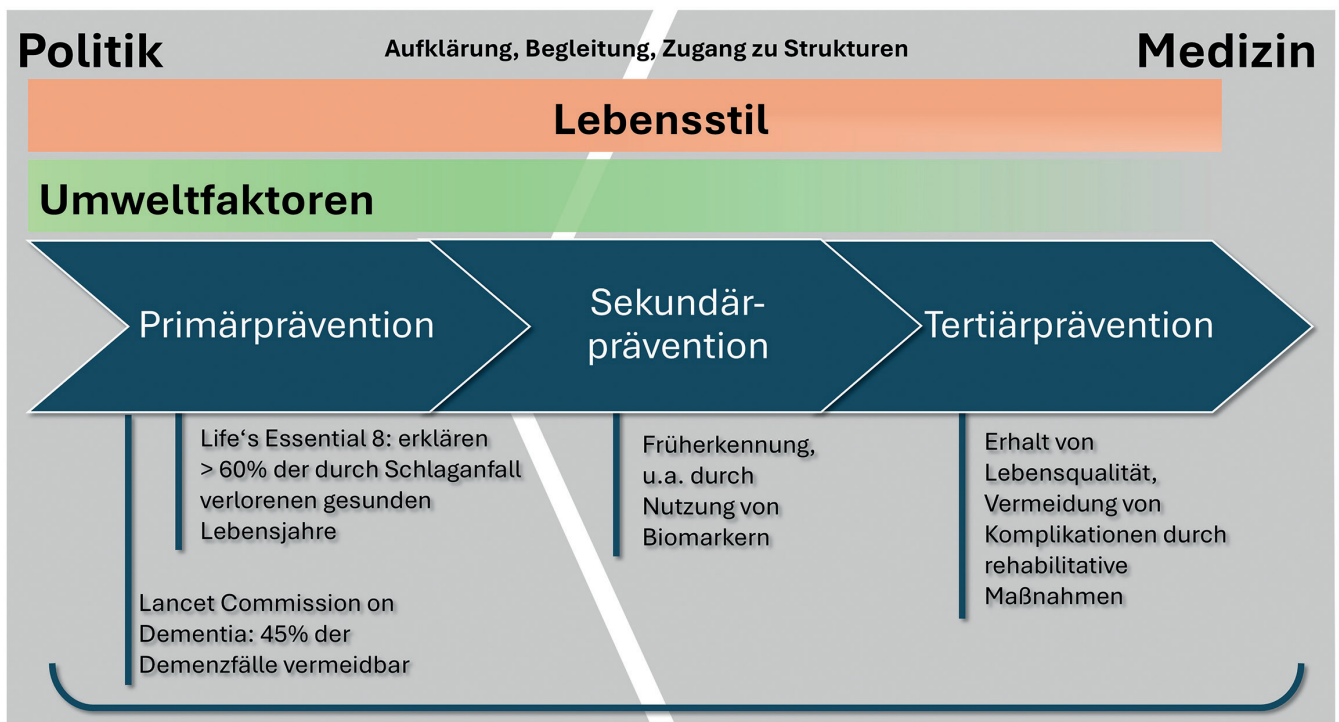


Abb. 1: Mehrdimensionale Prävention neurologischer Erkrankungen: Lebensstil und Umweltfaktoren als modifizierbare Ebenen im Kontext verschiedener Verantwortungsbereiche

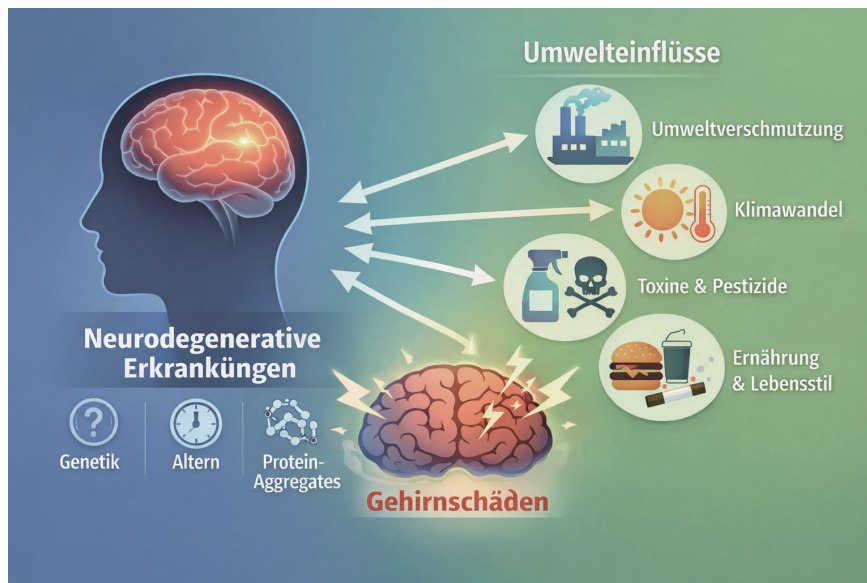


Abb. 2: Einflussfaktoren, die die Entwicklung neurodegenerativer Erkrankungen fördern.

als relevanter Risikofaktor anerkannt, der insbesondere angesichts der drohenden ökonomischen Überlastung des Gesundheitssystems durch neurodegenerative Erkrankungen mitgedacht werden muss. Auch für die Parkinson-Krankheit, der am schnellsten wachsenden neurologischen Erkrankung weltweit, wird Luftverschmutzung als Risikofaktor diskutiert, darüber rückt jedoch auch die (berufliche) Pestizid-Exposition in den Fokus politischer Forderungen zur Prävention.

Für neurovaskuläre Erkrankungen liegt hier eine der fundiertesten Evidenzbasen zur Primärprävention vor. Die „Life's Essential 8“ der American Heart Association fassen acht entscheidende, durch Lebensstil in großen Teilen beeinflussbare Einflussfaktoren zusammen: Ernährung, körperliche Aktivität, Nikotinverzicht, Body-Mass-Index, Blutzuckerkontrolle, Cholesterinwerte, Blutdruck und Schlafqualität. Diese Faktoren erklären laut großen epidemiologischen Studien über 60 % der durch Schlaganfall verlorenen gesunden Lebensjahre.

Gleichzeitig wächst auch hier das Bewusstsein für vorrangig politisch zu beeinflussende Risikofaktoren: Studien zeigen, dass Hitze, Luftverschmutzung, Lärmbelastung und ein Mangel an Grünflächen mit dem Schlaganfallrisiko

signifikant assoziiert sind. Eine urbane Lebensweise kann also gesundheitliche Risiken verstärken – insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Daraus ergibt sich auch für die Schlaganfallprävention die zentrale Erkenntnis, dass neben individueller Anpassung an Umweltbedingungen und Gesundheitsaufklärung auch strukturelle und politische Maßnahmen folgen müssen – etwa in der Stadtentwicklung oder Klimapolitik.

Sekundär- und Tertiärprävention

Neurodegenerativen und neurovaskulären Erkrankungen ist jedoch gemeinsam, dass trotz schwer beeinflussbarer sozioökonomischer und anderer Umweltfaktoren jedes Individuum sein Risikopotenzial durch eine bewusste Gestaltung des Lebensstils (moderater Ausdauersport, mediterrane Ernährung) signifikant senken kann. Wie viel dabei Lebensstilmaßnahmen zum Erhalt von Gehirngesundheit und Verlangsamung von Krankheitsprogression bei neurovaskulären und neurodegenerativen Erkrankungen beitragen können, konnte in den letzten Jahren vielfach gezeigt werden.

So beeinflusst insbesondere körperliche Aktivität zentrale, übergreifende Patho-

mechanismen, unter anderem durch Förderung der cerebralen Durchblutung, Hemmung von Neuroinflammation und Induktion neuronaler Plastizität.

Fazit

Das präventive Potenzial bei neurodegenerativen und neurovaskulären Erkrankungen ist hoch – es wird bislang jedoch nur unzureichend genutzt. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, bedarf es gezielter Aufklärung ebenso wie die Förderung von einfach zugänglichen Strukturen, da Verhaltensänderungen ohne unterstützende Begleitung selten dauerhaft erfolgreich bleiben. Um dem wachsenden Einfluss von Umwelteinflüssen auf Entstehung und Verlauf neurologischer Erkrankungen wirksam zu begegnen, braucht es zudem einen engen und kontinuierlichen Austausch zwischen Akteur:innen des Gesundheitssystems und der Politik. (Literatur beim Herausgeber)



Weitere Informationen:

Eva Schaeffer, Task Force Prävention der DGNeurologie

E-Mail:

Eva.Schaeffer@uksh.de



Weitere Informationen:

Lino Braadt, Task Force Prävention der DGNeurologie

E-Mail:

lino.braadt@med.uni-augsburg.de

Mitteilungen aus der Industrie

Erste Head-to-Head Studie zwischen den Antikoagulanzen Apixaban und Rivaroxaban

DOAKs gelten bei den meisten Patient:innen als Erstlinien-Therapie zur Behandlung einer venösen Thromboembolie (VTE), während eine Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin/Vitamin-K-Antagonist bzw. eine parenterale Antikoagulation als Alternativen gesehen werden¹. Die COBRRA-Studie ist die erste randomisierte Head-to-Head-Studie, die Apixaban[#] und Rivaroxaban hinsichtlich ihres Blutungsrisikos bei akuter VTE direkt vergleicht^{2,3}.

Die COBRRA-Studie wurde als multizentrische, pragmatische, prospektive, randomisierte Open-Label-Studie mit verblindeter Endpunktbewertung (PROBE-Design) in 19 Zentren in Kanada, Australien und Irland durchgeführt. Insgesamt wurden 2.760 Patient:innen mit akuter symptomatischer proximaler tiefen Venenthrombose in den unteren Extremitäten oder Lungenembolie in einer segmentalen oder großen Lungenarterie eingeschlossen. Die Behandlungs-

dauer betrug drei Monate mit den jeweils zugelassenen Dosierungen für Apixaban (2x10 mg/Tag für 7 Tage, dann 2x5 mg/Tag) und Rivaroxaban (2x15 mg/Tag für 21 Tage, dann 1x20 mg/Tag).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikant niedrigere Rate von klinisch relevanten Blutungen (primärer Endpunkt, Kombination aus schwerer oder klinisch relevanter nicht-schwerer Blutung) unter Apixaban (3,0 %) im Vergleich zu Rivaroxaban (6,7 %; Abb. 1). Die Raten für ein VTE-Rezidiv (1,0 % vs. 1,0 %; OR 1,00; 95 %-KI 0,46-2,17) und Gesamtmortalität (0,1 % vs. 0,3 %; OR 0,25; 95 %-KI 0,03-2,25) waren in beiden Gruppen vergleichbar.

Die Ergebnisse der COBRRA Studie werden durch mehrere retrospektive Kohortenstudien ergänzt, in denen Apixaban bei der Behandlung akuter VTE ebenfalls mit einem geringeren Blutungsrisiko im Vergleich zu Rivaroxaban assoziiert war^{4,5,6}. Die Autoren schlussfolgern, dass die Ergebnisse der COBRRA-Studie Einfluss auf zukünftige Leitlinien und die klinische Praxis nehmen könnten⁷.

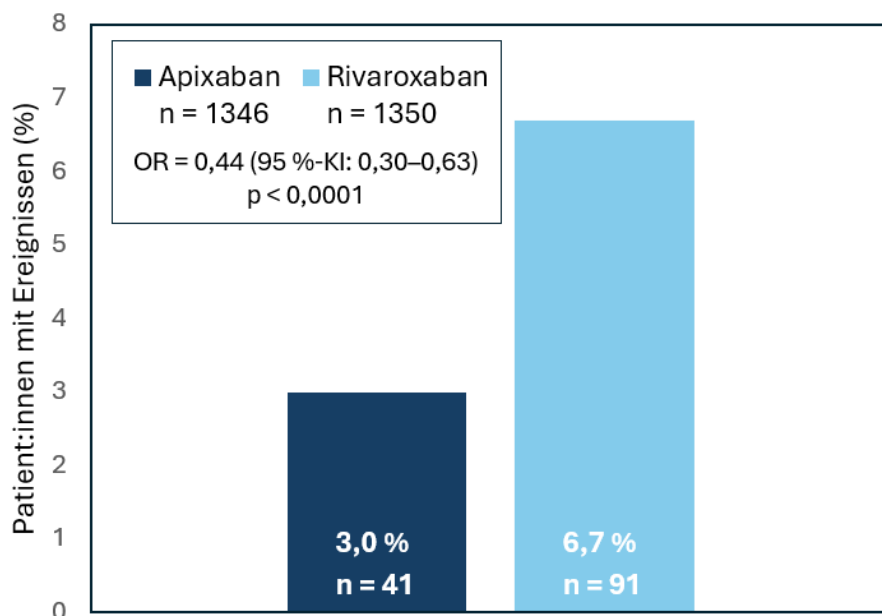


Abb. 1: Klinisch relevante Blutungen unter Apixaban und Rivaroxaban bei Patient:innen mit VTE

Abkürzungen

COBRRA: Comparison of Bleeding Risk Between Rivaroxaban and Apixaban for the Treatment of Acute Venous Thromboembolism

DOAK: direktes orales Antikoagulans

OR: Odds ratio

VTE: venöse Thromboembolie

Fußnoten

Apixaban ist bei Erwachsenen zugelassen für die Behandlung von tiefen Venenthrombosen und Lungenembolien sowie Prophylaxe von rezidivierenden tiefen Venenthrombosen und Lungenembolien

* Limitationen aus dem Versorgungsaltag: °Beobachtungsstudien zeigen nur Assoziationen zwischen Variablen, keine Kausalität. °Die Definitionen der Endpunkte unterscheiden sich teilweise von denen der randomisierten kontrollierten Studien und sind mittels ICD-10-Codes erhoben. °Wie bei jeder Versicherungsdatenbank besteht die Möglichkeit für Kodierungsfehler und fehlende Daten. °Eine Adjustierung ist nur für die bekannten demografischen und klinischen Baseline-Charakteristika möglich; für potenzielle nicht beobachtbare Confounder kann nicht adjustiert werden. °Die Ergebnisse treffen unter Umständen nur auf die in der jeweiligen Datenbank erfasste Population zu. °Bestimmte spezifische Patient:innenmerkmale wie z. B. Laborparameter (INR, GFR ...) sind nicht verfügbar. °OTC-Medikationen wie ASS oder NSAR können nicht erfasst werden.

Referenzen

1. AWMF-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. Verfügbar auf: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/065-002.html, Abruf am 18.08.2025
2. Chen Y et al. Res Pract Thromb Haemost 2025; 9(Suppl. S2): e102931 LB01.1.
3. ClinicalTrials.gov. COBRRA Study: Comparison of Apixaban and Rivaroxaban for Acute Venous Thromboembolism. Verfügbar auf: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03266783>, Abruf am 18.8.2025
4. Dawwas et al. Ann Intern Med. 2022;175(1):20-28
5. Glise Sandblad K et al. J Intern Med. 2023;294(6):743-760
6. Bea S et al. JAMA Intern Med. 2025 Jul 1;185(7):837-846
7. Castellucci L Comparison of bleeding risk between rivaroxaban and apixaban in acute venous thromboembolism. ISTH Scientific Interview 2025, June 22. Verfügbar auf: www.isthcongressdaily.org/Scientific-Interviews, Abruf am 18.8.2025

Physiologie

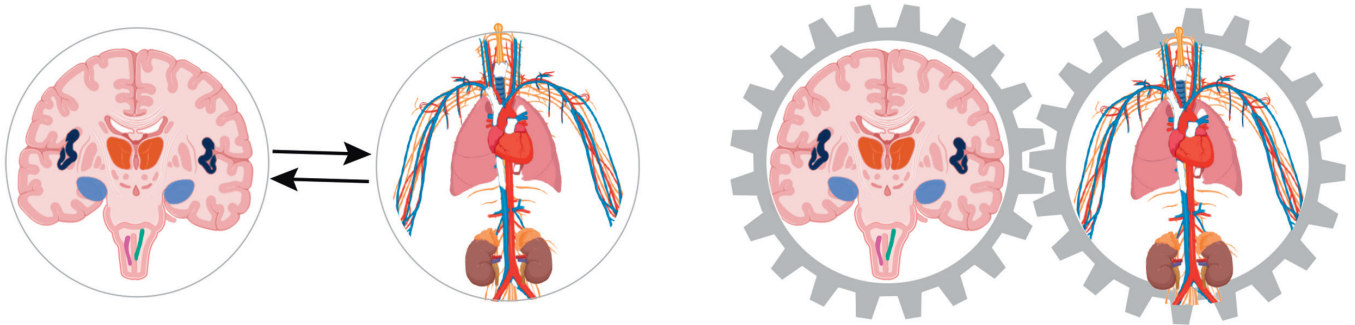


Abb. 1: Konzeptioneller Rahmen für Gehirn-Körper-Zustände.

Links: Klassische Ansichten betrachten häufig einen unidirektionalen oder bidirektionalen Informationsfluss oder Kausalzusammenhang, wie durch die Pfeile angezeigt. Rechts: Unser Konzept integrierter Gehirn-Körper-Zustände hebt das gleichzeitige Auftreten von Veränderungen in der Gehirn-Körper-Aktivität hervor. Die kardiovaskuläre Steuerung umfasst schnelle neuronale Reflexe wie den Baroreflex und langsamere hormonelle Kaskaden (z. B. Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse), die integrierte Zustände bilden, die sich auf unterschiedlichen Zeitskalen entwickeln. Diese Mikro-, Meso- und Makrozustände stehen im Zusammenhang mit Plastizität und manifestieren sich sowohl im physischen als auch im mentalen Bereich. Die Zahnräder zeigen, dass Veränderungen in einer Dimension (z. B. Gehirn, Körper) immer mit Veränderungen in der anderen verbunden sind, und diese Vorstellung von Regelkreisen und integrierten Gehirn-Körper-Zuständen lässt sich natürlich auf andere Körpersysteme (z. B. Stoffwechsel, Immunologie) und den sozialen Bereich ausweiten. Zu den hervorgehobenen Gehirnstrukturen gehören die bilaterale Insula, die Amygdala, der Thalamus, der Nucleus tractus solitarius und der Nucleus ambiguus. Zu den hervorgehobenen Körperstrukturen gehören das Herz, die Lunge, die Nieren, das autonome PNS und das Gefäßsystem. Die Schemata umfassen sowohl Regionen des ZNS als auch des autonomen PNS und berücksichtigen deren spezifische Rolle bei der Integration der viszerale Funktionen und des Gehirns. Angesichts der engen Verbindung des autonomen PNS mit anderen zentralen und peripheren Nervenstrukturen beziehen wir jedoch alle in unseren allgemeinen Rahmen ein. Diese Abbildung wurde von den Autorinnen und Autoren sowie der Grafikabteilung des Max-Planck-Instituts für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig erstellt.

Das Herz denkt mit

Während der Volksmund das Herz mit Emotionen, das Hirn mit Verstand assoziiert, scheint sich in der Wissenschaftswelt der Eindruck festzusetzen, dass alle mentalen Vorgänge allein durch das Gehirn bestimmt sind. Interessanterweise gibt es aber zunehmende Erkenntnisse, dass das Herz, das ja ebenfalls Nervenzellen enthält, einen starken Einfluss auf Denken und Fühlen ausübt.

Der Einfluss des Herzens und des Kreislaufsystems spielt sich innerhalb von Millisekunden ab, so dass bereits jeder einzelne Herzschlag eine Rolle spielt. Die Rolle des Herzens für Psyche und Kognition zeigt sich in einer hohen Koinzidenz von kardiovaskulären Erkrankungen, wie zum Beispiel bei Bluthochdruck und Herzinfarkt, sowie psychischen Erkrankungen, wie bei Depression und Angsterkrankungen.

Es gibt eine Reihe von Erklärungsansätzen für diese hohe Koinzidenz, von denen bisher aber keiner definitiv belegt werden konnte. So werden zum Beispiel negative psychische Reaktionen bei Diagnose einer

kardiovaskulären Erkrankung als Grund für die Entstehung psychischer Erkrankungen angeführt. Andererseits wird eine ungesunde Lebensweise bei Vorliegen psychischer Erkrankungen als Risikofaktor für die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen angesehen. Das neue Konzept geht nun von integrierten Körper-Hirn-Zuständen oder Brain-Body States aus. Dabei geht jeder körperliche Vorgang, wie zum Beispiel Herzschlag, Blutdruckveränderung und jede Änderung des Metabolismus automatisch mit einem mentalen oder geistigen Prozess einher. Das bedeutet, dass beide untrennbar verbunden sind.

Die Brain-Body-States spielen sich auf verschiedenen zeitlichen Skalen ab, die als dynamisches System beschrieben werden:

- Mikro-Zustände: dauern nur Sekunden und steuern spontane Reaktionen, entsprechen zum Beispiel Emotionen wie Ärger und Freude
- Meso-Zustände: wirken über Stunden oder Tage, etwa bei Stress oder hormonellen Schwankungen

- Makro-Zustände: bestehen über Monate oder Jahre – wie bei psychischen und kardiovaskulären Erkrankungen, z. B. Depressionen oder Bluthochdruck

Dabei haben psychische Erkrankungen immer auch eine kardiovaskuläre Komponente, die aber noch ohne klinische Symptomatik sein kann und ebenso umgekehrt. Die hohe Koinzidenz von psychischen und kardiovaskulären Erkrankungen könnte man daher mit der Spitze des Eisbergs vergleichen.

Diese Überlegungen haben auch eine starke klinische Relevanz. Es muss betont werden, dass neben dem Herz und dem Herzkreislaufsystem, auch andere Organe und insbesondere auch das Immunsystem mit dem Gehirn und der Psyche kontinuierlich interagieren und somit in analoger Weise in erweiterte Brain-Body-State Konzepte eingebunden werden sollen.

Kardiologische und neurologische Erkrankungen sind Teil eines Netzwerks und da Makro-Zustände Erkrankungen wie Hypertonie, Vorhofflimmern begünstigen, können diese Zustände letztlich auch

Physiologie

neurokognitive Dimensionen haben und die Entwicklung von Demenzen, Alzheimer Erkrankungen und Schlaganfall begünstigen.

Diese Prozesse verdeutlichen, dass schon in der Prävention, aber auch in der Therapie von kardiovaskulären und psychischen Erkrankungen, immer beide Aspekte berücksichtigt werden sollten, auch wenn anfänglich nur einer der Aspekte im Vordergrund steht.

Publikation: Villringer A, Nikulin VV, Gaebler M. Brain-body states as a link between cardiovascular and mental health. *Trends Neurosci.* 2025 Sep 19;S0166-2236(25)00171-7. doi: 10.1016/j.tins.2025.08.004. Epub ahead of print. PMID: 40975669.



Weitere Informationen:

Arno Villringer

E-Mail: villringer@cbs.mpg.de



Weitere Informationen:

Vadim Nikulin

E-Mail: nikulin@cbs.mpg.de



Weitere Informationen:

Michael Gaebler

E-Mail: gaebler@cbs.mpg.de

News

Das Kompetenznetz geht mit neuer Internetpräsenz an den Start

Mit dem Relaunch unserer Website www.kompetenznetz-schlaganfall.de präsentiert sich das Kompetenznetz Schlaganfall auch inhaltlich neu ausgerichtet. Die modernisierte Internetpräsenz bündelt aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Veranstaltungen und Hintergrundinformationen übersichtlich und zeitgemäß.

Das Kompetenznetz Schlaganfall weitet seinen Fokus auf neurodegenerative und neurokognitive Erkrankungen aus. Damit steht die Prävention nicht nur von Schlaganfall, sondern auch Demenzen und Morbus Parkinson zukünftig im Mittelpunkt. Diese Neuausrichtung erfolgt in enger Kooperation mit der Max Planck School of Cognition, einem interdisziplinären Graduiertenprogramm führender universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen.

Diese Neuausrichtung trägt der engen Verknüpfung zwischen Gefäßerkrankungen des Gehirns und neurodegenerativen Prozessen Rechnung. Viele Risikofaktoren, die zu einem Schlaganfall führen können – etwa Bluthochdruck, Diabetes und ein ungesunder Lebensstil mit wenig Bewegung – spielen auch bei der Entstehung von Demenz und Parkinson eine entscheidende Rolle.

Das bessere Verständnis gemeinsamer Mechanismen eröffnet neue Perspektiven für Prävention und Therapie. Klar ist heute: Wer sein Gefäßsystem schützt, schützt auch sein Gehirn. Um neue Erkenntnisse schnell in die Versorgung zu bringen, setzt das Kompetenznetz Schlaganfall auf Fortbildung, Aufklärung und Vernetzung. Unsere jährliche Fortbildungsveranstaltung, das Prophylaxe-Seminar, das wir seit 2010 organisieren, bietet eine etablierte Plattform für interdisziplinären Austausch. Ziel ist es, die Gehirngesundheit langfristig zu erhalten, das Bewusstsein für Prävention zu stärken und einen nachhaltigen Beitrag zur Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen zu leisten.

Termine

5. Februar – 7. Februar 2026

40. Arbeitstagung Neurointensivmedizin
ANIM 2026, Dortmund
www.anim.de

11. April 2026

16. Prophylaxe-Seminar des Kompetenznetzes Schlaganfall, Berlin + online
www.kompetenznetz-schlaganfall.de

6. Mai – 8. Mai 2026

12th European Stroke Organization Conference, Maastricht
www.eso-stroke.org

21. Oktober – 23. Oktober 2026

18th World Stroke Congress, Seoul
www.worldstrokecongress.org/

4. November – 7. November 2026

99. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), Berlin + online
www.dgnkongress.org

Impressum

Herausgeber und Netzwerkzentrale:

Kompetenznetz Schlaganfall
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Telefon: +49 (0)30/450 560 145

E-Mail: info@schlaganfallnetz.de

Internet: www.kompetenznetz-schlaganfall.de

Verantwortlich:

Prof. Dr. med. Arno Villringer, Berlin/Leipzig
Leitender Koordinator

Redaktion:

Dr. med. Ulrike Lachmann, Berlin

Gestaltung KNS-Newslettertemplate:

www.danielheppe.de

Bezug:

Der Newsletter ist als pdf-Datei unter www.kompetenznetz-schlaganfall.de erhältlich.

Der Newsletter wird unterstützt von:

