

Aus internationalen Fachzeitschriften



Neurologische Rehabilitation Phase B

Langzeitverlauf von Patienten hängt vom Zustand körperlicher Funktionen ab

Hintergrund: Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen durchlaufen in Deutschland nach der Akutversorgung (Phase A) eine frühe Rehabilitation in der sogenannten Phase B. Innerhalb dieser Rehabilitationsphase werden die während der stationären Akutbehandlung begonnenen kurativmedizinischen Maßnahmen fortgesetzt, die Remission der ZNS- bzw. PNS-Schädigung unterstützt und die Neuroplastizität gefördert. Darüber hinaus erfolgen kompensatorische und adaptive Maßnahmen zur Reduktion des Unterstützungsbedarfs und der Steigerung der Lebensqualität, eine Evaluierung des Rehabilitationspotentials und die Organisation der Weiterversorgung. Bislang existierten zu diesem wichtigen Abschnitt der Rehabilitation keine Forschungsergebnisse oder Studien, die Aufschlüsse über den Langzeitverlauf von schwer erkrankten neurologischen Patienten geben könnten. Aus diesem Grund führte die Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation eine Multicenterstudie zu Patientencharakteristika und dem Verlauf der Patienten während der stationären Rehabilitation in der Phase B durch. Die Ergebnisse dieser Multicenterstudie werden aktuell durch 6-Jahres-Daten zum Langzeitverlauf neurologischer Phase-B-Patienten ergänzt, die eine Studiengruppe um Prof. Dr. Marcus Pohl, Kreischa, im Rahmen einer Nachuntersuchung erhob. Diese Nachuntersuchung erfasste im Jahr 2002 prospektiv Patienten der Phase B aus neun Zentren. Nach fünf und sechs Jahren wurden diese erneut untersucht. Als Assessmentinstrumente dienten der Barthel-Index, die Rankin-Skala und der EQ-SD. Faktoren für das Risiko eines schlechten bzw. Chancen für ein gutes Outcome wurden mittels multivariater logistischer Regressionen ermittelt.

Ergebnisse: Die Studie schloss insgesamt 1.280 Patienten ein. Es zeigte sich, dass hochaltrige Studienteilnehmer nach fünf Jahren ein höheres Sterberisiko trugen (Hazard-Quotient 1,05; 95 %-KI: 1,04 – 1,06). Wiesen Patienten dagegen bei Entlassung eine hohe Punktzahl in der Komaremissionsskala (Hazard-Quotient 0,93; 95 %-KI: 0,92 – 0,96) und im Barthel-Index (Hazard-Quotient 0,97; 95 %-KI: 0,97 – 0,98) auf, so verringerte sich ihr Mortalitätsrisiko im selben Zeitraum. Die Faktoren »Schluckstörung« (OR 3,1; 95 %-KI: 1,7 – 5,5) und »Überwachungspflicht am Ende der Rehabilitation« (OR 3,2; 95 %-KI: 1,2 – 8,6) erhöhten das Risiko für ein schlechtes Ergebnis

in der Rankin-Skala 2–4; die Parameter »Verständigungsstörung« (OR 5,0; 95 %-KI: 2,0 – 12,8) und »perkutane endoskopische Gastrostomie« (OR 19,7; 95 %-KI: 2,7–144,4) bei Entlassung steigerten darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (definiert als EQ-SD-VAS < 70) nach sechs Jahren. **Diskussion:** Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten maßgeblich von ihrem körperlichen Funktionszustand zum Entlassungszeitpunkt aus der Rehabilitation Phase B abhängt. Insbesondere eine insuffiziente Atmung mit der Notwendigkeit einer Beatmung und das Vorhandensein eines absaugpflichtigen Tracheostomas mit liegender Trachealkanüle erhöhten das Mortalitätsrisiko nach fünf Jahren. Auch ein höheres Alter, eine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung, eine PEG-Sonde, schwere Kommunikationsprobleme und ein anhaltender intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand zum Ende der Rehabilitation Phase B trugen zu einem schlechteren Outcome bei. Gelingt es dagegen im Zuge der Rehabilitation Phase B, die Unterstützung von Körperfunktionen zu reduzieren, so wiesen Patienten nach fünf Jahren eine gute Überlebenswahrscheinlichkeit auf, waren im Alltag selbstständiger und hatten eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Studie unterstreicht den Autoren zufolge nachdrücklich, wie bedeutsam die Reduktion der Unterstützung von Körperfunktionen als primäres Ziel der Rehabilitation Phase B ist und welcher Stellenwert diesem Baustein im Gesamtbehandlungskonzept neurologisch schwerstkranker Patienten zukommt.

Pohl M et al. Langzeitverlauf von Patienten der neurologischen Rehabilitation Phase B. Ergebnisse der 6-Jahres-Nachuntersuchung einer Multicenterstudie. *Nervenarzt* 2011; 82: 753-763 (DOI 10.1007/s00115-010-3119-0).

Critical-illness-Polyneuropathie und -Polymyopathie

Ist die elektrophysiologische Diagnostik bei Patienten mit Weaning-Versagen verzichtbar?

Hintergrund: Wenn das Weaning bei Intensivpatienten fehlschlägt und eine Langzeitbeatmung erforderlich wird, so ist das generalisierte Schwächesyndrom im Sinne ei-

Alter bei Aufnahme (Jahre) (MW±SD)	70,3±9,5
Männlich/weiblich (%)	64/36
Frühreha-Barthel-Index bei Aufnahme (Wertebereich -325-100) (MW±SD)	-197,68±39,3
Bathel-Index bei Aufnahme (Wertebereich 0-100) (MW±SD)	2,45±8,18
Dauer der intensivmedizinischen Behandlung (Tage) (MW±SD)	63,6±63,7
Anteil an Patienten mit dokumentierter Sepsis im Verlauf der intensivmedizinischen Behandlung	81,5%
Anteil an Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt beatmet sind	100%
Anteil an Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt beatmet und dialysepflichtig sind	13,6%

Tab.: Patientencharakteristika

ner Critical-illness-Polyneuropathie und -Polymyopathie (CIP/CIM) eine häufige Ursache. Bislang existierten kaum Angaben zur notwendigen Intensität der Diagnostik bzw. zur Diagnosesicherheit und -ausschlusssicherheit der fachärztlich-neurologischen Untersuchung sowie zum zusätzlichen diagnostischen Nutzen elektrophysiologischer Untersuchungen bei Patienten mit Verdacht auf CIP/CIM in der Langzeitintensivtherapie. Eine Studiengruppe um Prof. Dr. Oehmichen, Kreischa, ging daher jetzt dieser Fragestellung nach. Dazu schlossen sie insgesamt 280 Patienten in die Untersuchung ein, bei denen während des Weanings Komplikationen aufgetreten waren. Die Patienten waren zuvor mindestens 14 Tage lang beatmet worden. Andere neurologische Ursachen eines Weaning-Versagens wie etwa eine intrazerebrale Blutung, ein Hirninfarkt, ein hypoxischer Hirnschaden nach kardiopulmonaler Reanimation, Querschnittssyndrome, eine amyotrophe Lateralsklerose, Muskelerkrankungen oder ein Guillain-Barré-Syndrom waren ausgeschlossen worden, sodass die Diagnose CIP/CIM als mögliche Option in Frage käme. Patienten, bei denen diese Diagnose bereits im Vorfeld elektrophysiologisch bestätigt worden war, wurden von der Teilnahme ausgeschlossen. Bei allen Probanden erfolgte sowohl eine klinische Untersuchung durch einen Neurologen als auch eine elektrophysiologische Diagnostik durch einen Facharzt.

Ergebnisse: Die größtmögliche Diagnosesicherheit (positiver prädiktiver Wert) der klinischen Untersuchung betrug im betrachteten Kollektiv 97,9% (95%-KI: 69,4 - 99,9), die beste Diagnoseausschlusssicherheit (negativer prädiktiver Wert) lag bei 88,9% (95%-KI: 82,7 - 93,0).

Diskussion: Die Ergebnisse der Untersuchung demonstrieren den Autoren zufolge, dass die fachärztliche Diagnosestellung einer CIP/CIM bzw. deren Ausschluss bei Patienten mit Langzeitintensivtherapie als ausreichend sicher erachtet werden kann, wenn andere neurologische Ursachen eines Weaning-Versagens ausgeschlossen sind und eine allgemeine klinische Schwäche vorliegt. Lediglich wenn der Neurologe die klinische Symptomatik nicht eindeutig einer CIP/CIM zuordnen kann, ist eine zusätzliche neurophysiologische Untersuchung zur Diagnosesicherung bzw. zum Diagnoseausschluss angezeigt. Bei der Mehrzahl der Patienten mit Weaning-Versagen kann jedoch nach Aussage der Wissenschaftler auf die elektro-

physiologische Untersuchung zur Beurteilung einer CIP/CIM verzichtet werden, da sie keine wesentlichen Zusatzinformationen für die Diagnostik liefert.

Oehmichen F et al. Critical-illness-Polyneuropathie und -Polymyopathie. Wie sicher ist die klinische Diagnose bei Patienten mit Weaning-Versagen? Nervenarzt 2011 (DOI 10.1007/s00115-011-3356-x).

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Die Phase B – ein Fall für den Krankenhausbereich

Problemstellung: In Deutschland wird die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Phase B überwiegend im Krankenhausbereich nach § 39 SGB V erbracht. Einzelne Bundesländer wie Sachsen oder Nordrhein-Westfalen stufen diese Phase jedoch häufig als Rehabilitationsleistung ein. Auch der Medizinische Dienst zieht die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei Phase-B-Patienten, bei denen keine Frühreha-Index-Kriterien wie etwa eine Beatmungspflicht mehr erfüllt sind, in seinen Begutachtungen immer wieder in Zweifel. In solchen Fällen wird eine akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit abgestritten und ein rascher Übergang in die Rehabilitationsphase C gefordert, obwohl die vollständig auf pflegerische Unterstützung angewiesenen Patienten die Eingangskriterien der Phase C nach den BAR-Empfehlungen noch gar nicht erfüllen. In der letzten Zeit werden zudem Stimmen laut, die eine Aufteilung der Phase B in einen Part mit und einen Part ohne Krankenhausbehandlungsstatus anregen.

Diskussion: Die Autoren dieses Positionspapiers vertreten die Ansicht, dass es sich bei allen Frührehabilitationspatienten der Phase B um Hochrisikopatienten handelt, die durch auftretende Komplikationen jederzeit vital gefährdet sein können. So sind oftmals noch viele der neurologisch-neurochirurgisch behandelten Frührehabilitanden mit einer Trachealkanüle versorgt und benötigen Beatmung oder intensivmedizinische Überwachung. Zur Identifikation und Behandlung schwerwiegender Komplikationen wie etwa einer Aspirationspneumonie sind nach Aussage der Wissenschaftler um Prof. Dr. Jens D. Rollnik, Hessisch-Oldendorf, die besonderen Mittel des Krankenhauses dringend erforderlich, um potentiellen Gefahrensituationen und Risiken jederzeit begegnen zu können. Sie sprechen sich daher aus medizinisch-fachlichen wie auch aus Gründen der Struktur- und Versorgungsqualität vehement dafür aus, an der leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase B zum Krankenhausbereich nach § 39 SGB V festzuhalten und weder vollständig noch in Teilen aus diesem auszugliedern.

Rollnik JD et al. Argumente für eine Zuordnung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B) zum Krankenhausbereich (§ 39 SGB V). Positionspapier der Kliniken des BDH Bundesverband Rehabilitation. Akt Neurol 2011; 38: 362-368 (DOI 10.1055/s-0031-1287851).