DEZEMBER 2016 | 22. JAHRGANG | ISSN 0947-2177 | G 13574 | HERAUSGEBER: C. DETTMERS | P. W. SCHÖNLE | C. WEILLER

NEUROLOGIE & REHABILITATION

Organ der
DGNR
DGNKN
OEGNR
SGNR

Neuroprotektion | Neuroplastizität | Neurologische Langzeittherapie

S1 | 2016

6. Gemeinsame Jahrestagung
der Deutschen Gesellschaft für
Neurorehabilitation e. V. (DGNR)
und der Deutschen Gesellschaft für
Neurotraumatologie und Klinische
Neurorehabilitation e. V. (DGNKN)

»Wir lernen nie aus – motorisches und kognitives Lernen in der Neurorehabilitation«

Bonn-Bad Godesberg, 1.–3. Dezember 2016

Abstracts der Symposien, Workshops
und Poster

Hippocampus
Verlag

S3–03

Qualitätsmanagement in der neurologischen Frührehabilitation: Dekanülierungsquoten und Ursachen der Nicht-Dekanülierbarkeit bei neurogener Dysphagie

C. Ledl, E. Wagner-Sonntag (Bad Aibling)

Einleitung: Langzeit-Tracheotomie ist assoziiert mit wesentlichen Einschränkungen der Lebensqualität, erhöhtem Pflegebedarf sowie signifikant erhöhtem Pneumonie- und Todesrisiko. Die Dekanülierung ist somit wesentliches Ziel der neurologischen Rehabilitation. Dekanülierungsquoten und deren Verläufe sind wichtige Parameter des Qualitätsmanagements. Die Analyse der Ursachen der Nicht-Dekanülierbarkeit ermöglicht prozedurale Schlussfolgerungen.
Methode: Bizentrische prospektive longitudinale Observationsstudie. In zwei neurologischen Krankenhäusern in Süddeutschland wurde 2013 ein standardisierter klinischer Behandlungspfad »Dekanülierung« implementiert, in dem therapeutische Abläufe, Sekretmanagement und Mindestvoraussetzungen der Dekanülierbarkeit beschrieben wurden. Prospektiv wurden Ursachen der Nicht-Dekanülierbarkeit definiert. Dekanülierungsraten und Ursachen der Nicht-Dekanülierbarkeit wurden für die Jahre 2013 bis 2014 ausgewertet.
Ergebnisse: Während der zweijährigen Observationsdauer wurden 673 tracheotomierte dysphagische Patienten behandelt. Diese waren bei Aufnahme im Mittel 64 Jahre alt (mittlerer Barthel-Index =10,5; mittlerer BODS –1=7,7; mittlerer BODS –2=7,7), ihre Krankenhausaufenthaltsdauer betrug 104,7 Tage. 472 Patienten (70,1%) konnten nach Therapie dekanüliert werden. Junges Patientenalter sowie Schlaganfall, SHT und entzündliche Erkrankungen waren positive Prädiktoren. Barthel-Index und BODS-Scores beeinflussten das Outcome nicht. Schwere Speichelaspiration war der Hauptgrund der Nicht-Dekanülierbarkeit (26,6%). Weitere wesentliche Ursachen waren: unzureichende bronchopulmonare Reinigungsfunktion (12,8%), laryngotracheale Stenosen (12,8%), Heimbeatmungspflicht (9%) und rezidivierendes Erbrechen (3,2%). In 32,5% der Fälle wurde die Dysphagiebehandlung abgebrochen (Verlegung in andere Krankenhäuser, palliatives Konzept).
Diskussion: Hohe Dekanülierungsraten können in der Behandlung chronischer dysphagischer Patienten erreicht werden. Beeinflussende Faktoren sind Alter und Ätiologie der neurologischen Grunderkrankung, nicht jedoch funktionale Parameter wie Barthel-Index bzw. Bogenhausener Dysphagie-Scores. Zukünftige Analysen sollten mit einem erweiterten Variablenset erfolgen und den Einfluss systematischen Sekretmanagements evaluieren.

S3–04

GUSS Plus: Kleiner Aufwand – großer Nutzen

S. Werner, T. Oswald, S. Pfeilstöcker, K. Hirzberger, R. Fuchs, M. König (Kapfenberg)

In der Leitlinie Neurogene Dysphagien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN 2012) wird neben der Anamnese, einer klinischen Schluckuntersuchung und apparativen Methoden auch ein standardisiertes Screening gefordert. Empfohlen wird hier insbesondere für die akute Schlaganfallphase u. a. der GUSS (Gugging Swallowing Screen) bzw. Gugging Dysphagia Bedside Screening (Trapl et al. 2007). Der GUSS kann von Pflegepersonen durchgeführt werden, besitzt eine sehr hohe Sensitivität und testet als eines der wenigen Verfahren unterschiedliche Konsistenzen (breiige Kost; Wasser und feste Kost in Form von Brot ohne Rinde).
Aber kann man den GUSS auch ohne Weiteres auf das Schluckscreening postakuter neurologischer Patienten übertragen?
In einer internen Studie des Neurologischen Therapiezentrums Kapfenberg (2010, nicht publiziert) wurden in 100 Untersuchungen mit dem GUSS immerhin 3 falsch negative Ergebnisse gefunden, bei denen die zeitnahe FEES (Fiberoptische Endoskopische Evaluation des Schluckens) im Gegensatz zum GUSS eine Dysphagie nachweisen konnte.
Um den GUSS trotzdem verwenden zu können, wurde er von uns um einen einfachen Untersuchungsschritt erweitert (fortan als »GUSS Plus« bezeichnet).
Im Prinzip wird der GUSS Plus zunächst so durchgeführt, wie von TRAPL et al. (2007) beschrieben.
Der einzige Unterschied: Die Untersuchungsschritte »Breiig«, »Flüssig«, »Fest« werden um die Kombination »Fest + Flüssig« erweitert. Nur wenn der Patient bei der Testung von Brot 5 Punkte erreicht hat (maximal 1 Punkt Abzug möglich im Bewertungskriterium »Schluckakt«), wird zur Testung »Fest + Flüssig« übergegangen. Der Patient erhält wieder Brot ohne Rinde, und nach ca. der Hälfte der unter »Fest« ermittelten Kauzeit trinkt er Wasser dazu. Bewertet werden jetzt Auffälligkeiten wie Husten, Drooling oder Stimmänderung.
Ob durch diesen zusätzlichen Untersuchungsschritt mehr Schluckstörungen erfasst werden können als mit dem herkömmlichen GUSS, wurde in einer dreijährigen Datenerhebung im Neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg (NTK) getestet. Im Untersuchungszeitraum von April 2013 bis März 2016 wurden im NTK 1.948 Patienten stationär aufgenommen. Bei 932 bestand der Verdacht auf eine Schluckstörung (47,84%). Bei 548 von ihnen kam der GUSS Plus zur Anwendung.
Dieser war bei 72 Patienten positiv. Das heißt, hier wurde erst mit dem zusätzlichen Untersuchungsschritt »Fest + Flüssig« eine Auffälligkeit (Husten, Drooling, Stimmänderung) festgestellt, die im herkömmlichen GUSS nicht beobachtet wurde. Im Durchschnitt wurden also mit dem GUSS Plus pro Quartal 6 Patienten mit einer Schluckauffälligkeit erfasst (April 2013 bis März 2016).
Bei 28 Patienten wurde die aufgrund des GUSS-Plus-Ergebnisses durchgeführte Kostformänderung durch eine FEES bestätigt.
Auch wenn eine prospektive Studie noch aussteht, haben uns die Ergebnisse der dreijährigen Datenerhebung darin bekräftigt, den GUSS Plus innerhalb unseres Dysphagie-Managements beizubehalten und empfehlen auch anderen Einrichtungen den GUSS im Akutbereich und den GUSS Plus im Postakutbereich in Kombination mit einer bildgebenden Diagnostik (z. B. FEES).

1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Leitlinie Neurogene Dysphagien 2012.
2. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007; 38(11), 2948–2952.

S4–01

Neuroreha-Palliativmedizin

B. Himstedt[1], E. Kretzschmar[2] ([1]Berlin, [2]Bernau Waldsiedlung)

In den letzten Jahren haben die intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten in der Neurologischen Frührehabilitation zunehmend an Bedeutung gewonnen. Das erweiterte akutmedizinische Behandlungsspektrum und ganz besonders der Ausbau der Beatmungskapazitäten führten zu einer Änderung des Patientenklientels. Dominierten in den neurologischen Rehabilitationskliniken bis vor ca. 15 Jahren mit Abstand typische neurologische Krankheitsbilder, so ist der Anteil der Patienten ohne primär neurologische Erkrankung mit der Rehabilitationsdiagnose »Critical-Illness-Polyneuropathie« in vielen Frührehabilitationsbereichen in die Top 3 der Diagnosestatistik aufgestiegen. Der in dieser Patientengruppe besonders hohe Anteil schwerstbetroffener Patienten einerseits und die verbesserten