

Neurologische Intensivmedizin am Wendepunkt?! – Ein Aufruf zum Zusammenschluss

Rainer Kollmar, Darmstadt

Neurologische Expertise ist ein wesentlicher Faktor für den Erfolg in der Behandlung kritisch kranker Patienten, da die neurologische Prognose Art und Ausmaß intensivmedizinischer Maßnahmen bestimmt. So zeigt sich beispielsweise beim Herzkreislaufstillstand, dass die intensivmedizinische Therapie bei 75% der primär überlebenden Patienten aufgrund der zu erwartenden ungünstigen Prognose beendet wird. Bei Patienten mit intrazerebralen Blutungen einer bestimmten Größe (>30ml) war aufgrund retrospektiv erhobener Daten von einer schweren Behinderung auszugehen, so dass die zu erwartende schlechte Prognose häufig zu einem therapeutischen Nihilismus geführt hat. Aktuelle Daten zeigen, dass beide Erkrankungen bei differenzierter Therapie und Prognostizierung einen wesentlich besseren Verlauf nehmen können. An diesen Beispielen lässt sich verdeutlichen, dass Neurologen und Neurochirurgen wichtig sind für eine suffiziente Behandlung kritisch kranker Patienten. Die Studien zeigen darüberhinaus, dass eine standardisierte Behandlung mit besonderem Fokus auf die neurologische Erkrankung zu einem besseren Outcome für die Patienten führt. Neurologen und Neurochirurgen sollten sich folglich in die Therapie einmischen, wenn nicht sogar wesentlich mitbestimmen. Insofern sollten insbesondere Patienten mit akuten zerebralen Erkrankungen prinzipiell auf neurologisch geführten Intensivstationen behandelt werden.

Problematisch für die Umsetzung dieser Forderung ist die häufig immer noch geringe Evidenz spezifisch-intensivmedizinischer Maßnahmen bei neurologischen Erkrankungen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, aber nicht unüberwindbar. Akut-zerebrale Erkrankungen sind in der Regel in ihrem Ausfallsmuster und Dynamik inhomogen (z.B. Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Trauma, Subarachnoidalblutungen). Kleine Läsionen können schwere neurologische Ausfälle verursachen et vice versa. Zudem werden diese Erkrankungen häufig nach lokalen, mehr Eminenz-, als Evidenzbasierten Behandlungsregimen therapiert. Bestes Beispiel sind intrazerebrale Blutungen, bei denen die Wahl besteht zwischen konservativer Therapie,

Kraniotomie und Hämatomevakuuation, endoskopischer Evakuuation, Lyse der Blutung und Evakuuation und Hemikraniektomie. Zusätzlich zur inhomogenen spezifischen Therapie kommt eine uneinheitliche allgemeinintensivmedizinische Behandlung. Unklar ist beispielsweise, wie und womit Fieber behandelt werden soll, ob osmotische Substanzen tatsächlich wirksam sind bei einem über 10 Tage wachsenden peri-hämorrhagischen Ödem nach intrazerebraler Blutung, wann eine Tracheotomie durchgeführt werden soll, wie ein Vasospasmus nach SAB bettseitig diagnostiziert werden kann und behandelt wird, ab wann Erythrozytenkonzentrate substituiert werden sollen, welche Untersuchungen durchgeführt werden sollen zur exakten Prognostizierung nach Herz-Kreislauf-Stillstand, etc.. Darüberhinaus werden neurologisch erkrankte Patienten häufig aus ökonomischen und standespolitischen Gründen unter Behandlungsführung anderer Fachdisziplinen versorgt. Die dargestellte unzureichende Evidenz für die Behandlung neurologisch-kranken Intensivpatienten stellt aber wiederum eine wesentliche Gefahr für neurologisch geführte Intensivstationen dar und somit für die Patienten selbst dar. Es besteht die Gefahr der Auflösung in andere Abteilungen hinein, zumal eine neurologische Intensivstation – im übrigen wie alle andere Intensivstationen auch – Ressourcenintensiv ist im Hinblick auf ärztliches und pflegerisches Personal, aber auch auf Kotherapien wie Physio-, Ergo- und logopädische Therapie. Darüberhinaus werden neurologische Intensivtherapien, deren Fokus naturgemäß auf Überwachung und schnellem Handeln basiert, nur unzureichend im DRG-System abgebildet. Zu nennen sind hier beispielsweise die personalintensive regelmäßig klinisch-neurologische Untersuchung, Fahrten zu Diagnostik sowie EEG-Monitoring bei Statuspatienten.

Ein neurologisches Konsiliarwesen auf nicht-neurologisch geführten Intensivstationen stellt einen nicht-akzeptablen Mittelweg dar, der eine bedeutende Gefahr birgt für die Stellung/Wahrnehmung der neurologischen Abteilungen innerhalb einer Klinik und der Intensivmedizin und letztlich für die Patienten.

Um therapeutischen Nihilismus zu bekämpfen und neurologisch-geführte Intensivstationen unersetzlich zu machen, muss mehr Evidenz für die Behandlung neurologischer Intensivpatienten geschaffen werden. Problematisch sind dabei neben den bereits angeführten Punkten die Kosten randomisierter Studien, geringe Patientenzahlen pro Klinik bezüglich speziellen Erkrankungen und das Problem,

dass nicht-neurologisch geführte Intensivstationen sehr wahrscheinlich weder das Ziel noch die Ressourcen zur Durchführung von Studien haben.

Was können wir Neurologen nun tun? Wir müssen uns einmischen in die Behandlung von Intensivpatienten und unverzichtbar machen. Wir müssen uns zusammenschließen und um neurologische Intensivstationen kämpfen. Erste wichtige Schritte hierfür sind sicher der Austausch sowie die Definition möglichst detaillierter Therapiestandards, die zur vermehrten Sichtbarkeit der neurologischen Intensivmedizin und Evidenz unserer Therapien führen können - auch ohne aufwendige, teure prospektiv-randomisierte Studien. Diese Ziele verfolgt unsere gemeinsame Initiative in der Neurointensiv AG Hessen.

Für weitere Informationen:

Prof. Dr. Rainer Kollmar

Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie am Klinikum Darmstadt

Grafenstrasse 9

64283 Darmstadt

Tel: 06151-1074501

rainer.kollmar@mail.klinikum-darmstadt.de