

# Evidenztabelle

## TMS OE-Prognose

Ref.-Nr.	Autor, Jahr	Hyperlink Erhebungsbogen	Hyperlink Originalarbeit	Studientyp	Kurzbeschreibung der Kriterien	Zeit nach Stroke	n = ? Int./Ko.	Fol low-up	Zielkriterien	Ergebnis (z.B. Effektstärke, Signifikanz, Ereignisrate)	Empf. (-1 .. 2)	Kommentar (z.B. spezielle Population, meth. Schwächen, Anwendbarkeit)
	Kandler, 1991			KS	TMS (CMCT u. Amplitude), Vergleich mit funktion. Erholung auf einer selbst entworfenen Skala von 1 (normale Funktion) bis 4 (keine Funktion)	4.Tag, 10., 14., 28. d	22	4 Wo	CMCT, Amplitude, Vergleich mit funkt. Skala	2 Gruppen gebildet je nach gutem o. schlechtem klin. Outcome. MEPs korreliert mit Outcome. 1 von 10 Pat. Mit path. MEPs hatte dennoch ein gutes outcome, alle (100%) mit normalen MEPs hatten ein gutes outcome. Vorhersagewahrscheinlich besser durch Komb. Mit klinischen Daten	1-2	Akzeptable Gruppengröße, aber rel. Kurze Nachbeobachtung, keine bekannte/validierte Skala
	Heald, 1993			KS	TMS mit Vorinnervation am 1.Tag, klin. Verlaufskontrollen (Barthel, Rankin, motor. Funkt.-stests)	1.-3. Tag	118	12 Monate	Zentrale Leitungszeit (CMCT), Korr. Mit motor. Funktionen	3 Gruppen von Patienten: 1.normale CMCT, 2. verzögerteCMCT, 3. fehlende MEPs; Pat. mit normaler und verzögerter CMCT waren nach 12 Monaten klinisch deutlich gebessert, die mit fehlenden MEPs hatten eine schlechtere Funktionserholung und eine größere Wahrscheinlichkeit, an schlaganfall-assoziierten Ursachen zu sterben. Armschwäche nach 12 Monaten je nach MEP-Auslösbarkeit am 1. Tag: Sensitivität: 44%, Spezifität: 92%, pos. Prädiktiver Wert: 84%, neg. proädikt. Wert: 64%.	2	Große Pat.-gruppe, lange Nachbeobachtung, verschiedene motor. Tests, insgesamt gute und aussagefähige Studie

Catano, 1995	KS	TMS ohne und mit Vorinnervation in der ersten Woche, klin Kontrollen (Barthel u. Kraftgrade)	1.-7. Tag	40	7, 30, 90 Tage	CMCT, Amplitude, Korr. Mit motor. Funktionen	Fehlen von MEPs war mit einer nur unvollständigen Besserung der Motorik verbunden, bei frühem Nachweis von MEPs war die Prognose gut. Pat. mit erhaltenen MEPs erreichten einen mittl. Barthel Index von 80, die ohne MEPs lediglich 47. Keine Korrelation zwischen dem Ausmaß einer Latenzverzögerung oder Amplitudenminderung und dem klinischen Outcome.	2	Rel. Große Pat.-gruppe, Nachbeobachtungszeit grenzwertig, aber wohl ausreichend
Pereon, 1995	KS	TMS nach 1-3 Tagen, 30 Tagen und 3 Monaten	1-3 Tage	12	3 Monate	CMCT, MEP amplitude	Kein Patient, der bei fehlenden MEPs willkürlich bewegen konnte, wohl aber 1 Pat., der trotz vorhandener MEPs nicht bewegen konnte. Normale MEPs waren positiv prädiktiv für guten funktionellen Outcome. Signifikant positive Korrelation mit Barthel Index ( $p < 0.05$ ). SSEPs hingegen nicht mit Barthel Index korreliert ( $p > 0.1$ )	2	Kleine Gruppe, rel. Kurze Nachbeobachtungszeit
Catano, 1996	KS	TMS mit Bestimmung der motor. Schwelle; klin. Kontrolle (v.a. Barthel)	3 Messzeitpunkte: 7, 30 und 90 tage	60	7, 30, 90 Tage	Motor. Schwelle, Korr. Mit motor. Funktionen	Pat.-einteilung entsprechend ihrer motor. Erholung nach 90 Tagen in 2 Gruppen: Patienten, die sich erholten, zeigten am deutlichsten 30 Tage nach dem Ereignis eine Verbesserung der Schwelle. Die verbesserung der motor. Schwelle ging in einer subgruppe der klinischen Besserung voraus.	1	Eine Korrelationsanalyse zwischen Klinik und E'phys wurde nicht durchgeführt. Die Aussagekraft ist begrenzt, da sich die Gruppen erst nach 30 Tagen unterschieden.
Misra, 1996	KS	Pat. Mit supratentoriellen Blutungen! TMS: MEPs auslösbar o. nicht. Korr. Mit klein. Skalen (GCS, CNSS..)	Nur initiale TMS (?), Zeitpunkt nicht genannt	51	3 Monate		Multivariate Analyse. Beste Prädiktoren fürs Outcome nach 3 Monaten: GCS, CNSS, MEPs, Reflexe, Ventrikelweite		Nicht geeignet, da keine ischäm. Strokes. Zeitangaben unscharf
Rapisarda, 1996	KS	2 x TMS: tag 1 und tag 14 nach Schlaganfall; zudem klin. Tests (Barthel, Kraftgrad, NIH Skala), alle Pat. hatten eine komplette Handlähmung an Tag 1	1. Tag	26	14 Tage	MEP-Amplitude, darauf basierend Einteilung in 3 Gruppen	Gruppe 1: MEP Amplituden $> 5\%$ Mmax; Gruppe 2: MEPs $< 5\%$ Mmax; Gruppe 3 (n=15): keine MEPs; Nach 14 Tagen: Verbesserung nur der Gruppe 1 Pat. MEP Amplituden waren prognostisch wichtiger als CMCT. Hoe korrelationen zwsichen Kraftgraden am Tag 14 und MEP Amplitude am Tag 1 ( $r = .876$ , $p < 0.001$ ) und Barthel Index am Tag 14 und MEP Amplitude an Tag 1 ( $r = .745$ ; $p < 0.001$ )	1	Zu kurze Nachbeobachtungszeit, um etwas über Gruppe 2 und 3 aussagen zu können

Timmerhuis, 1996	KS	TMS nach 4 Tagen, 6 Wochen und 3 Monaten nach Schlaganfall, Vergleich mit klin. Tests (Barthel und Rankin) + Korrelationsanalyse	4 Tage nach Schlaganfall	50	3 Monate	CMCT, MEP evozierbar oder nicht	In der schrittweisen Regressionsanalyse waren MEPs und Alter zusammen mit dem Barthel Index die wichtigsten prognostischen Faktoren. Initialer Barthel Index und MEP Ergebnis erklärten 77% der Varianz 6 Wochen nach dem Infarkt. MEP-Ergebnis allein verringert die Varianz um 21%, initialer Barthel Index um 15%. Bei prinzipiell erhaltenen MEPs günstigere Prognose als bei initial fehlenden MEPs.	2	Gruppengröße ok, Nachbeobachtungszeit grenzwertig ok, Regressionsanalyse als guter Ansatz
D'Ólhaberría, 1997	KS	TMS nach 1, 3, 30 und 90 Tagen, Vergleich mit Rankin nach 1 Jahr, Diskriminanzanalyse; Pat. eingeteilt in 3 Gruppen: A: nicht o. wenig behindert (Rankin 0-3); B: Rankin 4-5; C: verstorben	1 Tag	50	1 Jahr	MEP Amplitude, CMCT	8 Pat. Bei followup verloren Patienten mit Rankin 0-3 hatten kürzere MEP Latenzen und höhere Amplituden als Pat. mit Rankin 4-5. Eine Diskriminanzanalyse zeigte, daß durch MEP-Analyse die korrekte Vorhersage in einer Multifaktoriellen Analyse von 76 auf 84% stieg.	2	Als klin. Kriterium wurde ein sehr grober Maßstab gewählt.
Hendricks, 1997	KS	TMS am 3.-4. Tag, Pat. mit kompletter Paralyse der Hand, Vergleich mit klinischen Daten (Fugl-Meyer)	3.-4. Tag	29	12-48 Monate	MEP evozierbar oder nicht	Spezifität der MEPs: 99%, Sensitivität: 71 %, p= 0.0002 im Fisher's exact test. Alle mit MEPs am Anfang erholten sich gut, von denen ohne MEPs (n=24) erholten sich 2	2	Rel. kleine Gruppe, ausreichende Nachbeobachtung, homogene Gruppe, klares Resultat
Escudero, 1998	KS	TMS verglichen mit Kraftgraden und Barthel + Regressionsanalyse	1. Woche	50	6 Monate	CMCT, MEP Amplitude, MEP evozierbar oder nicht	Pat. mit frühem MEP hatten eine bessere klinische Entwicklung, die mit normaler CMCT waren besser als die mit verzögerter CMCT. In der Gruppe von Pat. mit initial fehlendem MEP entwickelten einige ein MEP nach 2 Monaten, dieses war mit einer besseren Erholung motor. Funktionen verbunden. Sensitivität: 77-87%, Spezifität: 81-85.7%. Insgesamt hoher positiver prädiktiver Wert, eher niedriger neg. prädikt. Wert (60-80%). Bezogen auf den Barthel-Index: Sensitivität: 77%; Spezifität: 80%	2	Gruppengröße ok, Nachbeobachtungszeit ok, Regressionsanalyse als guter Ansatz
Cruz-Martínez, 1999	KS	TMS früh; heterogene Pat.-gruppe mit stark, aber auch leicht oder nicht betroffenen	3.-6. Tag	20	6 Monate	MEP evozierbar oder nicht	Frühe MEPs (bei 10 Patienten) waren mit einer günstigen Prognose verbunden. Alle 10 Pat. hatten eine gute Armfunktion nach 6 Monaten	2	Rel. kleine Gruppe, ausreichende Nachbeobachtungszeit,

Pennisi, 1999	KS	Pat. mit initial kompletter Handplegie. TMS am 1./2. Tag und nach 1 Jahr, verglichen mit Kraftgrad, NIH skala und Barthel-Index	Innerhalb von 48 h	15	12 Monate	MEP evozierbar oder nicht.	Nach 1 Jahr hatten 6 von 15 Pat. ableitbare MEPs (klein und latenzverzögert), keine funktionelle bedeutsame motor. Erholung	1	Kleine Gruppe, Barthel nach 1 Jahr z.T. nicht so schlecht: 1x 80, 3x 70,
Vang, 1999	KS	TMS am 1./2. Tag und ca. 14.Tag, Vergleich mit Barthel und Rankin	Innerhalb von 48 h	38	14 Tage	CMCT, MEP evozierbar oder nicht	Pat. mit normaler CMCT hatten bessere klin. Ergebnisse als die mit verzögerter bzw. fehlender Leitung. Ergebnisse am Tag 14 waren zuverlässiger als am Tag 1, da Pat mit initial fehlenden MEPs und Rückkehr der MEPs am Tag 14 auch eine gute Prognose hatten. Die Gruppe mit MEPs unterschied sich von der Gruppe ohne MEP hinsichtlich Modified Canadian Stroke Scale, Barthel Index und Rankin scale mit einem $p < 0.0001$ .	1	Beobachtungszeitraum (zu) kurz, um d. Verlauf bei Pat. mit initial fehlenden MEPs beurteilen zu können.
Feys, 2000	KS	TMS 2-5 Wochen und ca. 8 Wochen nach Schlaganfall, Vergleich mit klin. Daten (Fugl-Meyer, Ashworth, Barthel), Regressionsanalyse	2-5 Wochen nach Schlaganfall	50	Bis zu 12 Monaten	MEP evozierbar oder nicht	Fehlende MEPs korrelierten mit schlechtem Outcome. In einem multivariaten Modell mit klinischen und elektrophysiologischen Parametern konnten MEPs (aber nur bei der Messung nach 2 Monaten) zur Prognose-Einschätzung beitragen und erklärten 36% der Varianz, waren der klinischen Untersuchung allerdings unterlegen. Die Kombination von motor. Funktionen, MEPs, allgem. Funktionseinschränkung und Muskelspannung erklärten 85% der Varianz.	1	Akzeptable Gruppengröße, ausreichende Nachbeobachtungszeit. Im Einzelfall z.B.: niedriger motor score + schweres motor. Defizit ausreichend für eine Prognose; bei mäßigem motor. Defizit war das Fehlen der MEPs hinweisend für ungünstiges Outcome
Pallyath, 2000	KS	TMS am 2.-7. tag, keine Fazil., gemischte Gruppe (verschied. Paresegrade, kortikale und subkortikale Infarkte), Vergleich mit Kraftgraden	Tag 2-7	38	3 Monate	MEP evozierbar oder nicht	5 Pat. Lost to follow up Schrittweise Regressionsanalyse; MEP amplituden sensitiver als CMCT, 1 patient mit initial fehlendem MEP, aber kompletter funktioneller Erholung nach 10 Tagen. Sensitivität: 94%, Spezifität: 99%	2	Rel. Kurze Nachbeobachtung, Gruppengröße knapp ausreichend
Trompetto, 2000	KS	TMS zu 3 Zeitpunkten: 5 Tage, 15 Tage und 6 Monate nach Schlaganfall, Vergleich mit Scandinavian Stroke Scale und dem Hand motor score d. SSS	5 Tage	21 (16 Infarkte, 5 Blutungen)	Bis 6 Monate		3 Gruppen (je nach TMS-Ergebnissen) Pat. ohne MEPs hatten eine schlechte Prognose, solche mit MEPs eine gute Prognose. Drei Pat. hatten initial keine MEPs, aber dennoch mittelfristig eine deutliche klinische Besserung. Eine Subgruppe hatte mit rel. Guter Remission hatte ipsilaterale MEPs.	2	Erneutes Beispiel für einen niedrigen negativen prädiktiven Wert. Nachbeobachtungszeit ok., Gruppengröße etwas klein

Hendricks, 2002	SysRev	TMS-Studien zur Prognoseabschätzung zw. 1988 und 2000; letztlich beurteilte Studien: Cruz-Martinez, 1999; Escudero, 1998; Heald, 1993; Hendricks, 1997; Palliyath, 2000	0-7 Tage	255	3 bis 48 Monate	MEP evozierbar oder nicht	Pat. mit hochgradiger Parese/Paralyse der Hand und fehlenden MEPs in der ersten Woche nach dem Schlaganfall haben wenig Chancen, eine funktionstüchtige ob Extremität zu entwickeln. Allerdings gab es eine Reihe von Patienten, die initial fehlende MEPs hatten und dennoch eine motor. Erholung aufwiesen.	2	
Dachy, 2003	KS	TMS spät (während einer Reha-Behandlung), kein MEP unter Ruhebedingung. Klein. Untersuchung: motricity index. TMS-Vergleich zweier Verfahren: TMS während einer max. Willkür-Innervation der nicht-betroffenen Seite oder 2 TMS-Pulse ((beide max. Reizstärke) zw. 15 und 100 msec Interstim.-intervall.	26 ± 16 Tage nach der Ischämie	56	Nachuntersuchung 76 ± 17 Tage nach Stroke	Welches Verfahren kann häufiger MEPs auslösen?	Kontralat. Fazilitation: MEP bei 20 von 54 Pat. (=37%). Doppelpuls-Paradigma: MEP bei 30 von 56 Pat. (54%). Bestes Intervall: 44 ± 20 msec. Signifikante Korrel. zw. vorhandenen MEPs und Motricity Index. Also: Fazilitierung zum Generieren eines MEP wichtig. Sowohl durch Willkürinnervation der Gegenseite als auch durch Doppelstim. machbar.	1	
Delvaux, 2003	KS	TMS am Tag 1, Vergleich mit Kraftgrad	1 Tag	31 initial, Verlauf bei 16 komplett	Bis zu 12 Monaten	MEP evozierbar oder nicht	Pat. mit MEPs am ersten Tag nach Schlaganfall haben die besseren motorischen Funktionen (auch 1 Jahr später) als Pat. ohne auslösbare MEPs. Am Tag 1 ist die Erregbarkeit der kontra-läsionellen Hemisphäre gesteigert.	2	Auch bei 2 von 5 Pat., die initial kein MEP hatten, ergab sich nach 1 Jahr ein KG 4 bzw. 5. Kleine Gruppe, keine Berechnung von Sensitivität und Spezifität
Wöhrl, 2004	KS	TMS innerhalb von 6 h!	1. Tag (bis 6 h nach Infarkt)	13	6 Wochen	MEP evozierbar oder nicht	Bei normalen MEPs: sehr gute Prognose; bei fehlenden MEPs schlechte Prognose; bei abnormen (aber ableitbaren) MEPs keine sichere Prognose möglich	2	Kleine Gruppe, erstaunlich früher Meßzeitpunkt
Shah, 2005	KS	Pat. mit Thalamusblutung, multivariate Analyse inclusive TMS	1-6 Tage nach d. Blutung	53	3 Monate	MEPs evozierbar oder nicht	Die höchste prognostische Bedeutung hatten Hämatomtyp (A: mit Beteiligung der Capsula int.; B: ohne Beteil. d. Caps. int.) und die Canadian Neurological Scale, gefolgt von MEP und SEP. Aber: EVOPs trugen nichts zur Prognosestellung bei	-1	Bei Thalamusblutung wenig prognostische Relevanz? Nachbeobachtungszeit grenzwertig, Pat.-Anzahl ok.

# Medianus-SEPs-Prognose

Ref.-Nr.	Autor, Jahr	Hyperlink Erhebungsbo- gen	Hyperlink Original- arbeit	Studien- typ	Kurzbeschreibung der Kriterien	Zeit nach Stroke	n = ? Int./Ko	Fol low-up	Zielkriterien	Ergebnis (z.B. Effektstärke, Signifikanz, Ereignisrate)	Em pf.	Kommentar (z.B. spezielle Population, meth. Schwächen, Anwendbarkeit)
	La Joie, 1982			KS	SEPs zu Beginn einer Reha- Phase bei Pat. mit rechtsseitiger Hemi, Korrelation mit motor. Funktionen des rechten Armes. 64 von 68 Pat. hatten initial keine Funktion im re. Arm	3-8 Wochen	68	Ended. Reha	SEP (normal, fehlend oder anormal)	Von 42 Pt. Ohne initiales SEP besserte sich nur 1 (=98% besserten sich nicht!). 5/14 Pat. mit anormalem SEP besserten sich, 3/8 mit normalem SEP besserten sich.	2	Rel. Große, rel. Homogene Gruppe
	Chester, 1989			KS	Pat. mit re-hirnigem Stroke, SEPs abgeleitet zu Beginn des Reha-Aufenthaltes, verglichen mit Barthel, Durchführung einer Regressionsanalyse	???	26	???	Pat. anhand ihrer SEPs in 3 Gruppen eingeteilt: normal, fehlend oder anormal	Beste Prädiktoren war die Komb. Von Barthel-Eingangswert, SEP-Ergebnis u. eine homonyme Hemianopsie. Diese drei zusammen erklärten 73% der Varianz. Barthel-Eingangswert hatte den höchsten prädiktiven Wert, Kenntnis des SEPs verbessert diesen Wert. Korr.-koeffizient Barthel Index-SSEP: -0.71 (p= 0.0001)	1	
	Macdonell, 1989			KS	SEPs früh, Pat. in 3 Gruppen eingeteilt: I: komplette Erholung, II: partielle Erholung; III: keine Erholung, Pat.gruppe heterogen	1-30 Tage post (Mittel: 8 T.)	19	1-6 Monate (mittel: 2 Mo.)	SEP evozierbar oder nicht, Vergleich mit klin. Einteilung	SEPs bei 8 von 10, die sich verbessern, nachweisbar; hingegen bei 7 von 9, die sich nicht verbessern, fehlend. Sign. korreliert mit Outcome, allerdings nicht so aussagestark (signifikant) wie die MEPs.	1	Kleine Pat.-gruppe, sehr variable Nachbeobachtungszeit, v.a. der Vergleich zw. SEP und MEP ist nützlich
	Gott, 1990			KS	Patienten mit ischäm. Infarkt, Bei der Nachuntersuchung 2 Monate nach der Ischämie Einteilung in 2 klin. Gruppen: gutes/zufrieden stellendes Outcome (n=28) und schlechtes Outcome (n=9)	Bis zu 72 h	49	Durchschnittl. 2 Monate	SEP normal oder anormal (Latenz o. Amplitude pathol.)	Bei Pat. mit schlechtem Outcome: 1 x SEP normal, 8x SEP anormal. Bei Pat. mit gutem/zufriedenstell. Outcome: 15x SEP normal, 13x anormal. p für die Korrel.: 0.03. Prognose mit Latenzveränd., aber nicht mit Amplitudenmind. korreliert. Höhere Korrel. zw. quantifizierter neurolog. Skala und späterem Outcome (p<0.001)	1	Nachuntersuchung nur bei 37 der 49 Pat. durchgeführt. Breite Palette von SEP-Pathologien erlaubt, keine klinische Differenzierung der Gruppe mit Verlust der kortikalen SEPs.

Keren, 1993	KS	Schlaganfall in dominanter Hemisphäre, klin. Kriterien: motor. Fähigkeiten, ADL-Unabhängigkeit, Komm.-fähigkeit	3 Wochen	19	10 Wo. Post-stroke	SEP evozierbar oder nicht, Latenzen u. Amplituden	Keine kortik. Pot. Bei 7 Pat., diese hatten das schlechteste Outcome. Bei Pat. mit vorhandenen SSEPs war eine Prognose der Verbesserung während der 7-wöchigen Rehabilitation nicht möglich. Amplituden korreliert mit Veränd. d. Kommunik.-fähigkeit.	2	Laut Autoren: „adjvant tool“ Kleine Pat.-gruppe, rel. Kurze Nachbeobachtungszeit
Pereon, 1995	KS	SEP und MEP im Vergleich, Outcome nach 3 Monaten mit Barthel gemessen	1-7 tage	12	3 Monate	SEPs evozierbar o. nicht, Latenzen	MEPs und SEPs waren miteinander korreliert, frühnormal ableitbare SEPs waren aber im Gegensatz zu MEPs nicht prädiktiv für Outcome. SSEPs gut als Prognosekriterium für sensible Defizite	1	Kleine Pat.-gruppe, grenzwertig kurze Nachbeobachtung, nützlicher vergleich zw. SEPs und MEPs
Timmerhuis, 1996	KS	SEP nach 4 Tagen, 6 Wochen und 3 Monaten nach Schlaganfall, Vergleich mit klin. Tests (Barthel und Rankin) + Korrelationsanalyse	1-4 tage	50	3 Monate	SSEPs evozierbar oder nicht	SEPs zusammen mit MEPs und Alter korreliert mit Outcome. Initialer Barthel Index und SSEP erklärten 62% der Varianz nach 6 Wochen. In der schrittweisen Regressionsanalyse blieben aber nur noch BI, MEP und Alter als wichtige prognost. Faktoren übrig.	1	Pat.-gruppe ok, Nachbeobachtungszeit grenzwertig, Vergleich mit MEPs hilfreich.
Hendricks, 1997	KS			29		SEPs evozierbar oder nicht, Gruppe danach dichotomisiert	Pat. mit schon kurz nach d. Stroke nachweisbaren SEPs hatten eine bessere Erholung als die ohne SEPs	2	
Feys, 2000	KS	SEPs und MEPs 2-5 Wochen und ca. 8 Wochen nach Schlaganfall, Vergleich mit klin. Daten (Fugl-Meyer, Ashworth, Barthel), Regressionsanalyse	2-5 Wochen post-stroke	64	2,6 Monate post-stroke	SEP evozierbar oder nicht, Einteilung in 3 Grade: normal, pathologisch, fehlend, bei Regressionanalyse nur noch „evozierbar“ versus „nicht-evoz.“	Fehlende SSEPs und MEPs nach 2 Monaten korrelierten mit schlechtem Outcome. Sehr variable Ergebnisse bei erhaltenen Antworten. SEPs erklärten ca. 8% der Varianz, wenn man die Baseline Messung nimmt. Pat. mit initial mäßigem motor. Defizit waren nach 12 Monaten gut, unabh. Davon, ob initial SEPs auslösbar waren oder nicht (!). Motor score daher mit Abstand wichtigster Prädiktor.	1	Ausreichend große Pat.-gruppe u. Nachbeobachtungszeit
Tzvetanov, 2005	KS	Pat. mit Ischämien und Blutungen, Vergleich mit Kraftgrad, Rankin, Barthel	0-7 Tage nach Infarkt, 0-21 T. nach Blutung	130	Mind. 6 Monate	SEPs gruppiert in normal, abnormal, fehlend, Korrelation mit Outcome	Mäßige Korrelation zw. Barthel und N20 Amplitude bei großen Infarkten ( $r=0.35$ ; $p=0.006$ ) und bei kleinen Infarkten ( $r=0.45$ ; $p=0.003$ ) sowie zw. Rankin und N20 ( $r=-0.34$ ) bei Blutungen. Schlechtere Korrelation bei großen Blutungen. Kraftgrad erklärt bei Ischämien ca. 54 %, SEPs zusätzliche 15%. Bei Blutungen: Kraft erklärt gut 30%, SEP zusätzlich 10%.	1	Medianus-SEP als unabhängiger Prognose-faktor, allerdings unbedeutender als die klinische Untersuchung der Kraft. Große Pat.-gruppe, ausreichende Nachbeobachtung.