

1.02.606 Seminar

# Krankheitsbilder und Beeinträchtigungen in der NeuroRehabilitation als Brücke zur gesundheitlichen Inklusion

Andreas Zieger

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik  
CvO Universität Oldenburg

[www.a-zieger.de](http://www.a-zieger.de)

18. Juni 2019 (8)

Entlassmanagement, Nachsorge und Teilhabe, Teilhabeplan und  
sozialmedizinische Prognose (Teilhabeniveau)

# Übersicht

---

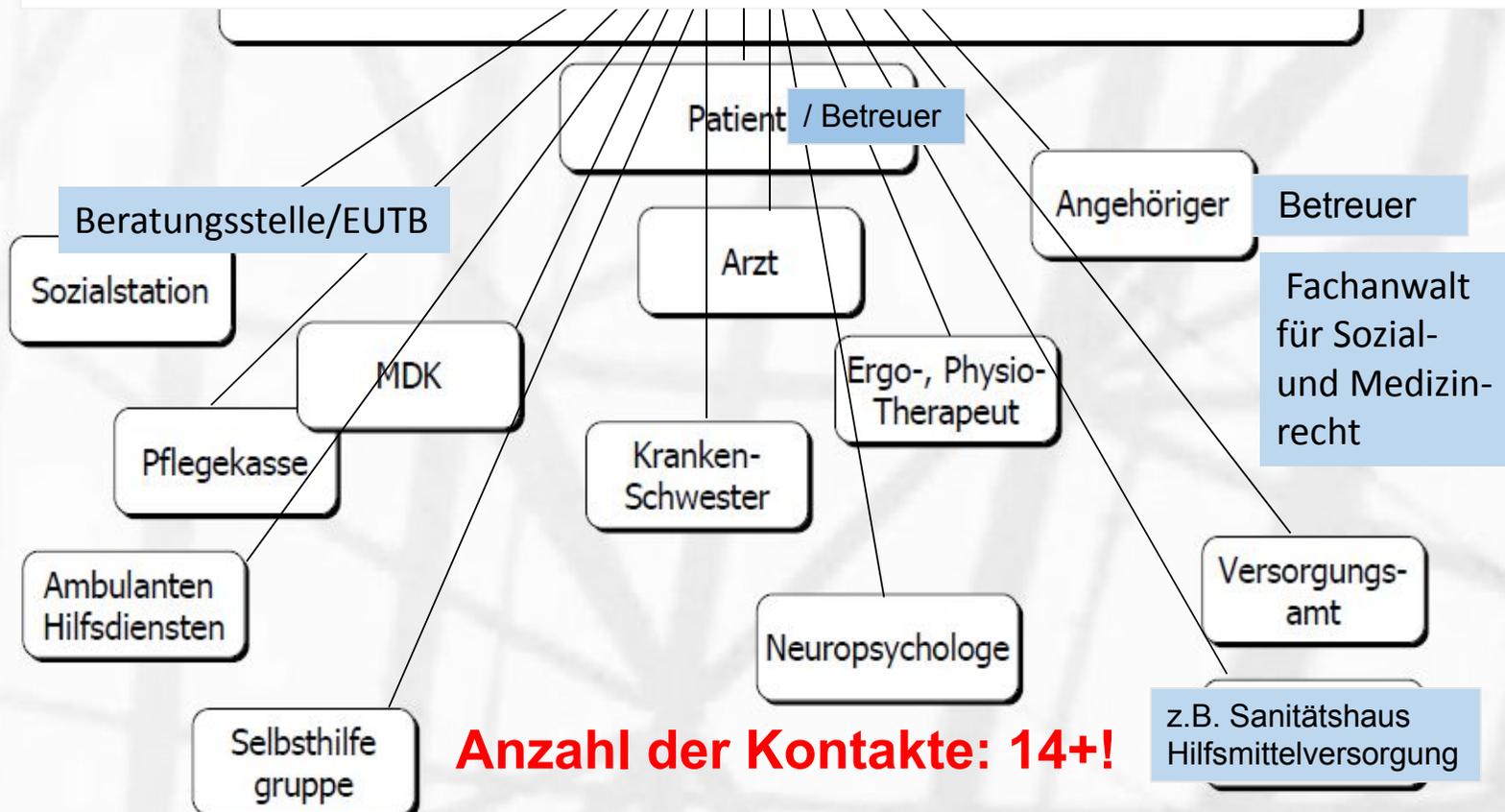
- I Entlassmanagement – Schnittstelle stationärer und ambulanter Gesundheitssektor, Beispiel Neurozentrum Regensburg
- II Modelle für Nachsorge- und Teilhabe - ambulante Dienste und Einrichtungen, Messung von Teilhabe
- III Von der defektmedizinischen Prognose zur sozialen Teilhabe-Perspektive (Teilhabeniveau)

# I Entlassmanagement

- 1) Begründungen/Erfahrungen/Mängel – Studie HKK 2018
- 2) Sozialrechtliche Grundlagen inkl. SGB IX n.F. bzw. BTHG (2017)
- 3) Positives Beispiel: Neurocentrum Regensburg

# Qualifiziertes individuelles Entlass- und Überleitungsmanagement, z.B. für häusliche Pflege

## Aufgaben des klinischen Sozialdienstes



für komplexe Fälle in SGB V §11,(4),3 und §39 (1a) seit Dez. 2016 bzw. 22 März 2019 gesetzlich vorgeschrieben!

# Studie zum Entlassmanagement (HKK 2018)

Schriftliche Befragung von 1.200 Versicherten 1 Jahr nach Inkrafttreten des Rahmenvertrages

*„Erfolgt eine bedarfsgerechte Versorgung nach Krankenhausentlassung einschl. strukturierte Weitergabe von Informationen?“*

- Pflichtangebot EM erfüllt: 35,7%
- Schriftliche Info über Inhalte und Ziele: 26,6%
- Entlassplan in die Hand bekommen nur bei 19,2%
- Unterstützung für notwendige Antragsunterlagen: 29,3%
- Notwendige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: 37,1%
- Erklärung zur Selbsthilfe zur Genesung (mit Bedarf): 40,0%
- Info über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten: 45,7%



Politik

Krankheiten

Fachbereiche

Praxis & Wirtschaft

Panorama

Sie befinden sich hier: Home » Politik » Versorgungsforschung

Ärzte Zeitung online, 23.04.2019



Hausärzte mahnen Standards an

## Fehlerquelle Entlassbrief

Unbekannte Abkürzungen und Therapieempfehlungen, die nicht zum Befund passen:  
Eine Umfrage unter Hausärzten deckt Qualitätsmängel in Entlassbriefen auf.

Von Rebekka Höhl



Kommentieren (0)



## Umfrage unter 197 Ärzten, davon 175 Hausärzte

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

99% Entlassbrief fehlerhaft und  
verbesserungswürdig

95% Arztbrief missverständlich: unbekannte  
Abkürzungen häufig; ungefilterte  
Befundsammlungen; überflüssige  
Nebendiagnosen

Bezüglich Entlassmedikation: 76,6 %

Therapieempfehlungen 74,1 %

Epikrise 64,5 %

Behandlungsverlauf 57,4 %

Diagnosebeschreibung 39 %

63% fehlende relevante Informationen  
und wesentliche Kommentare ...



Sektorenübergreifender Datenaustausch

### Entlassmanagement: Immer noch gravierende Defizite

Der Informationsaustausch für die Nachbehandlung von Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt läuft auch im zweiten Jahr nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement nicht reibungslos.

- Rezepte werden von Krankenhausärzten wegen möglicher Regressforderungen kaum ausgestellt
- Datenschutz: Einverständnis der Patienten für jeden Versicherungsträger gesondert, statt durchgängig gleich für alle Nachversorgungen
- Datenaustausch nicht sektorenübergreifend
- Mangelnde Finanzierung/Fördermittel für Digitalisierung

## 2) Sozialrechtliche Grundlagen und Bestimmungen

### „Anschlussversorgung“

#### **§112 Abs. 2 (5) SGB V:**

- Nahtloser Übergang in eine Pflege- und Rehabilitationseinrichtung

#### **§11 SGB V Abs. 4**

- Anspruch auf Versorgungsmanagement

**Für Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf ist „Anschlussrehabilitation“ oft an der „Sektorengrenze“ gescheitert:**

- Interessenwidersprüche an der Schnittstelle stationär (Krankenhaus) – ambulant (niedergelassene Ärzte, amb. Dienste)

# Bundesteilhabegesetz BTHG 2017 (bis 2023)

## **Sozialgesetzbuch IX** (2001, alt) Rehabilitation und Teilhabe Behinderter

- wurde weitgehend nicht umgesetzt (Servicestellen etc.)
- kein Leistungsgesetz sondern allenfalls „Teilhabeleistungsverbindingsgesetz“

## Gründe für Veränderungen

- Wandel im Verständnis von Teilhabe: sozialpolitisches Konzept für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, statt Fürsorge und Versorgung
- Wandel im Verständnis von Behinderungen: Behinderte als Subjekt von Rechten, Teilhabe und Inklusion als Leitidee (ICF)

## **BTHG 2017** „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“

- Behinderungsbegriff stärker an UN-BRK (2009) angepasst
- **SGB IX (neu)** soll in ein einheitliches Leistungsgesetz überführt und mit der Sozialhilfe weitgehend zusammengelegt werden
- Leistungen: orientiert am persönlichen Bedarf, personenbezogen ermittelt

# Aufbau SGB IX (n.F.)

Das neue SGB IX gliedert sich in 3 Teile:

**Teil 1:** Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen

**Teil 2:** Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht, bisher im SGB XII)

**Teil 3:** Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht, bisher Teil 2 des SGB IX)

# Wesentliche Neuerungen Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2017

1. Leistungsberechtigter Personenkreis
2. Systemumstellung - Trennung der Leistungen
3. Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege
4. Wunsch- und Wahlrecht und Pools
5. Koordinierung der Leistungen
6. Verfahrensrecht und Bedarfsermittlung
7. Soziale Teilhabe
8. Leistungen zur Teilhabe an Bildung
9. Teilhabe am Arbeitsleben
10. Frühförderung
11. Heranziehung von Einkommen und Vermögen im Recht der Eingliederungshilfe
12. Weitere finanzielle Verbesserungen zugunsten von Menschen mit Behinderung
13. Unterhaltsbeitrag für Eltern volljähriger Kinder mit Behinderung
14. Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
15. Leistungserbringungsrecht
16. Modellhafte Erprobung

## Offene Fragen:

- Leistungsberechtigung nur, wenn mindestens 5 Lebensbereiche beeinträchtigt sind?
- Bedarfsermittlung: welches Assessment-Instrument?
- Teilhabeplan mit/ohne Betroffene?
- Teilhabekonferenz?
- Vermögenanrechnung, Fristen, Selbstbestimmung, individuelle Bedürfnisse, Widerspruchsrecht?

## Kommentare und Kritik

„Mit dem Bundesteilhabegesetz wird das deutsche Recht im Lichte der UN-BRK weiterentwickelt [...] Mit einem modernen Recht auf Teilhabe wird mehr individuelle Selbstbestimmung ermöglicht und der Mensch in den Mittelpunkt gestellt“ *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)*

„ein großer mutiger Schritt und nichts Geringeres als ein Systemwechsel“  
*Andrea Nahles (SPD), Bundesarbeitsministerin*

„Das neue Bundesteilhabegesetz [...] beschneidet die Menschenrechte behinderter Menschen in Deutschland statt sie zu stützen und zu stärken“

*Dr. Sigrid Arnade und Ottmar Miles Paul, SprecherInnen der LIGA-Selbstvertretung*

„Mit dem Bundesteilhabegesetz wird nicht in Gänze erreicht, was sich die Menschen mit Behinderungen erhofft hatten. Eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe bedeutet mehr [...] Das Gesetz muss wesentlich weiterentwickelt werden“

*Volker Langguth-Wasem, Vorsitzender der BAG Selbsthilfe*

# Rahmenvertrag Entlassmanagement: poststationärer Bedarf an Rehabilitation, Pflege, Nachsorge und Teilhabe

Dt. Ärzteblatt vom 26.12.2016

## Bekanntmachungen

### Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung

In dem Schiedsverfahren – Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 – wurde folgender

### Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)

zwischen dem GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin, der Kassennärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vereinbart bzw. durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgelegt:

#### § 1

##### Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten<sup>1</sup> voll- und teilstationären Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

##### Protokollnotiz:

Die Vertragspartner streben an, den Vertrag anzupassen, sobald die Bestimmungen zu den stations-

Gültig ab 1. Juli 2017

**DKG hat Einspruch erhoben!  
Aufschiebende Wirkung?**

sources- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.

3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im

# Regelungen im Einzelnen (Auswahl)

## **§1 Geltungsbereich**

- voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalenten Behandlungen in Krankenhaus

## **§2 Zielsetzung:**

- Bedarfsgrechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, auch Reha und teilstationär
- Patientenindividuell, Ressourcen- und teilhabeorientiert unter Einbeziehung des Patienten bzw. Vertreters
- Anspruch auf Entlassmanagement (EM) gegenüber KH und KK
- Grundsatz „ambulant vor stationär“

## § 3 Entlassmanagement (EM) (Auswahl)

- Standardisiertes Entlassmanagement
- Nahtloser Übergang in die nachfolgenden Versorgungsbereiche
- Entlassplan umfasst den voraussichtlichen ambulanten Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung von Angaben zur Krankenvorgeschichte
- bei Personen mit einem *komplexen* Versorgungsbedarf sind Vorkehrungen für ein umfassendes EM im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen
- gleichzeitig erfolgt eine Prüfung der **Erforderlichkeit von Verordnungen nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V**  einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit und weiterer Leistungen (z.B. SAPV, Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe etc.)
- frühestmögliche Einleitung erforderlicher Maßnahmen (und Kontaktaufnahme)
- Verfügbarkeit dieser Informationen in der Patientenakte für alle am EM beteiligten Mitarbeiter

*(1a) ... 6 Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den [§§ 37b, 38, 39c](#) sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem [Elften Buch](#).*

## ff. 3) Entlassmanagement

- frühzeitiger- und rechtzeitiger Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus
  - zum weiterbehandelnden bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer **zwecks nahtloser Überleitung** des Patienten
  - zur Krankenkasse durch das Krankenhaus/Pflegekasse mit allen Informationen aus dem Entlassplan **mit Einverständnis des Patienten**
- Unterstützung des EM durch die Krankenkasse und Pflegekasse auf Grundlage der Einwilligung des Patienten
- bei genehmigungspflichtige Leistungen erfolgt vom Krankenhaus **vor Einbindung eines Leistungserbringers** Kontaktaufnahme zur Kranken/Pflegekasse auf, diese leitet ein Antrags- und Genehmigungsverfahren ein und nimmt ihre **Beratungspflichten gegenüber dem Patienten** wahr

am Tag der Entlassung Aushändigung

- eines Entlassbriefes für den weiterbehandelnden Arzt **mit Einverständnis des Patienten** unter Hergabe einer Rufnummer eines Ansprechpartners für Rückfragen mit Angabe von genauen Zeiten
- einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

## § 4 Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V

- **Das Verordnungsrecht** des Krankenhauses ist auf der Erfordernisse des EM nach § 39 ... **beschränkt**. (Die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung gelten entsprechend.)
- Die verordneten Leistungen **unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot** nach § 12 SGB V
- Für die unmittelbare ambulante Weiterversorgung können beim EM Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für eine eingeschränkten Zeitraum gemäß den Richtlinien des G-BA erfolgen, und zwar von Fachärzten
- Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht auf **freie Wahl des Leistungserbringers** hinzuweisen; verabredete Zuweisungen sind unzulässig
- Die DKG hat **in geeigneter Weise** über die zu beachtenden Bestimmungen zu informieren

## § 5 Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- .....

## § 6 Vordrucke

- .....

## § 7 Information und Beratung des Patienten

Anlage 1a: Formular Patienteninformation zum EM; Anlage 1b: Einwilligungsbogen

## § 8 Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

## § 9 Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

## § 10 Unterstützung des EM durch Krankenkasse und Pflegekasse

## § 11 ..., § 12 ...

## § 13 **Inkrafttreten am 17.10.2017**

# Positives Beispiel: Neurozentrum Regensburg ...

Entlassmanagement des Zentrums für Neurologische Rehabilitation am  
Bezirksklinikum Regensburg

**P**rozessbeispiel für Rehakliniken (Phase B und C)

Dr. med. Fried Eckart Seier

Zentrum für Neurologische Rehabilitation  
Klinik für Neurologie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Algorithmus Entlassmanagement

Bei Aufnahme:

Information über EM und Einwilligung (Administration)

- Selten Patient, meist gesetzlicher Vertreter
- Unterzeichnung der EM-Formblätter 1a und 1b
- Einwilligung in die elektronische Datenübertragung



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Algorithmus Entlassmanagement

Ca. 4 Wochen vor Entlassung:

Festlegung des Entlasstermins (Teambesprechung, Oberarzt)

Bei Bedarf: Patientenkonferenz

- Festlegung der Versorgungsbedarfe (Checkliste)
- Aufstellung des Entlassplans
- Feststellung der erforderlichen Hilfsmittel



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Algorithmus Entlassmanagement

3 bis 4 Wochen vor Entlassung:

Information des Kostenträgers (Sozialdienst, MedControlling)

- elektronische Übermittlung der KHIN-Dateien (Phase B)
- Rückübermittlung der Ansprechpartner (Phase B)
- Kontaktaufnahme mit den Ansprechpartnern (alle Phasen)

Initiierung einer Wohnungsbegehung (Sozialdienst)

- Durchführung durch lokales Sanitätshaus
- Aufstellung einer Hilfsmittel- und Maßnahmenliste



# Algorithmus Entlassmanagement

3 bis 4 Wochen vor Entlassung (oder früher):

Klärung der Pflegesituation (Sozialdienst)

- Beratung und Entscheidung über Pflegeoptionen
- Ggf. Einrichtungssuche gemeinsam mit Betreuer
- Erforderliche Antragstellungen
- Bislang kaum Unterstützung durch Kostenträger

Kontaktaufnahme mit weiterführender Fördereinrichtung (Sozialdienst)

- z.B. poststationäre Reha-Einrichtung, WfB o.ä.
- Besichtigung durch Patient und dessen Angehörige
- Antragstellung bei Kostenträgern



# Algorithmus Entlassmanagement

1 bis 3 Wochen vor Entlassung:

Verschreibung der Hilfsmittel (alle Berufsgruppen, Sozialdienst)

- Empfehlungen gemäß Wohnungsbegehung Sanitätshaus
- Ausfertigung der Hilfsmittelrezepte durch die Spezialisten
- Unterschrift Facharzt
- Weiterleitung an Kostenträger und Leistungserbringer

Stellung der erforderlichen Sozialleistungsanträge (Sozialdienst)

- Beratung von Patient und Angehörigen
- Ausfertigung der Anträge



# Algorithmus Entlassmanagement

1 bis 3 Wochen vor Entlassung:

Planung einer nachfolgenden Reha-Maßnahme (Ärzte, Sozialdienst)

- Beratung
- Anmeldung, Terminvereinbarung
- Antragstellung an Kostenträger

Terminierung und Kontaktaufnahme mit Nachbehandlern (alle)

- Hausarzt
- ambulanter Pflegedienst
- stationäre Pflegeeinrichtung, Intensivwohngruppe
- ambulante Heilmittelerbringer



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Algorithmus Entlassmanagement

1 bis 3 Wochen vor Entlassung:

Einschaltung sonstiger Hilfeleister (Sozialdienst)

- Integrationsdienst, betriebsärztlicher Dienst u.a.
- Nachsorgezentrum, sonstige Tagesförderung

Anleitung der Angehörigen (Pflege, Therapeuten)

- Pfeletraining
- Anleitung zu Transfers, ggf. Gehen mit Hilfe
- Hilfsmittelgebrauch



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Algorithmus Entlassmanagement

Letzte Woche vor Entlassung:

Validierung der Anschlussversorgung (alle Berufsgruppen)

- Überprüfung Hilfsmittel
- Bestätigung der Termine (besonders Pflege)

Abschlussuntersuchungen (Ärzte, Therapeuten)

Aushändigung der Entlassunterlagen (Ärzte, Pflege, Therapeuten)

- Entlassberichte mit Empfehlungen zur Weiterbehandlung
- ggf. Entlassrezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung



# Algorithmus Entlassmanagement

3 Tage nach Entlassung:

Überprüfung des Überleitungserfolgs (Sozialdienst)

- Telefon mit Angehörigen bzw. Pflegedienst
- Erfolg der Pflege- und Hilfsmittelversorgung
- Bei Bedarf auch noch nachgehende Unterstützung



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

## Bewertung

- Bürokratieaufwand deutlich gestiegen
- Interaktion mit Kostenträgern bisher nicht einfacher
- Mehraufwand nicht finanziert
- Instrumente zur unbürokratischen Abstimmung für komplexe Versorgungsfälle fehlen weiterhin
- Teilhabekonferenzen mit Kostenträgern wären in komplexen Fällen vor Entlassung wünschenswert



---

13. Nachsorgekongress der Stiftung ZNS - Hannelore-Kohl-Stiftung am 28.2./1.3.19 in Regensburg

# Entlassmanagement – „Brücke“ zu Nachsorge/Teilhabe?

## Vereinbarung der Selbstverwaltung: GKV, DKG, BÄK

- erst gelungen nach einem Bundesschiedsstellenurteil 2017
- rechtskräftig ab 01.10.2017

## Ziel:

Organisation einer lückenlosen und individuellen Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

- Bedarfsermittlung für die individuelle Anschlussversorgung
- Pflegerische und medizinische Nachversorgungsmaßnahmen
- Verbesserung der Kommunikation (ambulante und stationäre Versorgungsbereiche)
- Entlastung von PatientInnen und Angehörigen
- Vermeidung von Wiederaufnahmen



# EUTB - Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung



## Was ist die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)“?

Die EUTB ist in erster Linie ein Beratungsangebot für Menschen mit Behinderung und für Menschen mit chronischer Erkrankung. Zu Fragen der Teilhabe werden allerdings nicht nur betroffene Menschen beraten, sondern auch Angehörige und Institutionen die in diesem Bereich arbeiten. Die Beratung an sich, orientiert sich immer an den Wünschen und Bedürfnissen der Ratsuchenden, mit dem Ziel die Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit zu steigern. So erfüllt die EUTB eine Lotsenfunktion im Dschungel der Leistungsträger und -erbringer und begleitet mit Rat und Tat die kontinuierliche Weiterentwicklung in der Gesetzgebung.

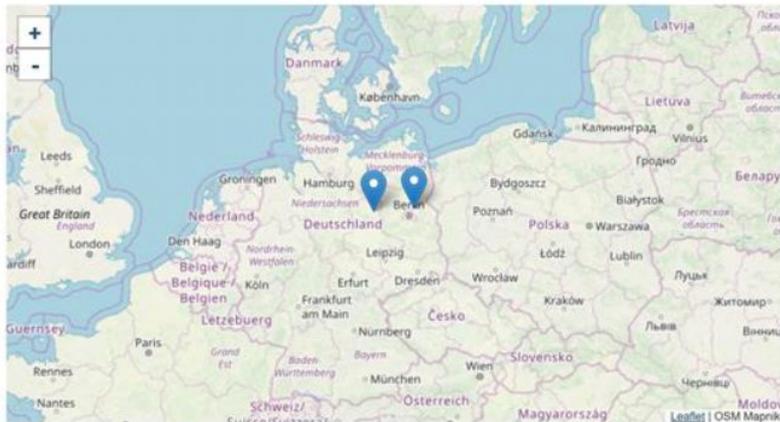
Konkret beraten wir zum Beispiel:

- Am Übergang von Schule zu Beruf
- Familien mit Besonderheiten
- Menschen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen
- Zur gesellschaftlichen Teilhabe im Alter
- Bei der Stellung von Anträgen

Dabei erfüllt die EUTB allerdings nicht die Aufgabe einer Rechtsberatung.

# EUTB-Beratungsmangel

## PRAKTISCHE UMSETZUNG



Bei ca. 600 registrierten und zertifizierten EUTB-Beratungsstellen

- 210 Treffer für „kognitiven Beeinträchtigungen“ bundessweit (Autismus-Kompetenzzentrum bis Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland e.V.)

Notwendig sind:

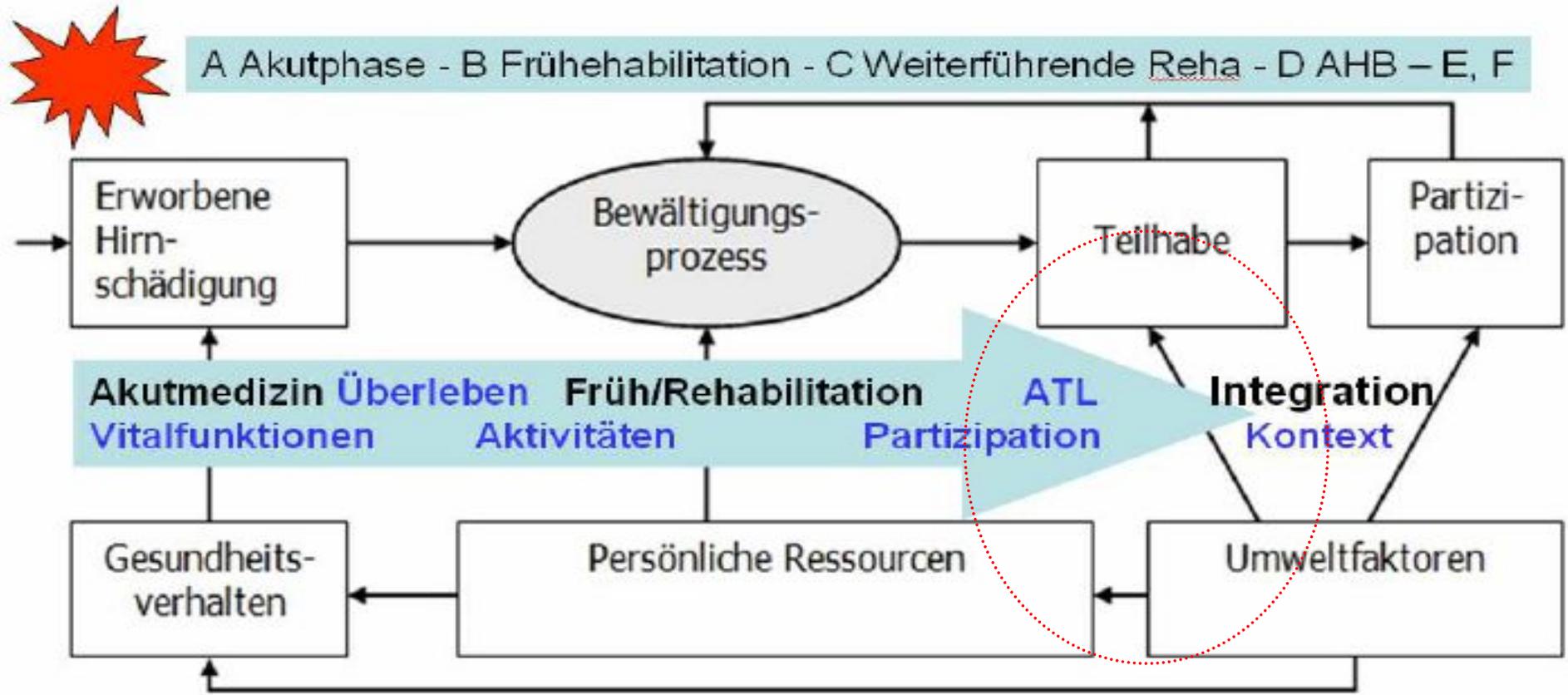
- flankierende Unterstützung und Vernetzung in den Regionen bundesweit
- qualifizierte Informationen zu spezifischen Behinderungen, z.B. „Neuro-“
- Instrumente wie Wissensspeicher, Fallsammlungen, Themensammlung ...

## II Nachsorge und Teilhabe – Modelle, Einrichtungen ...

- 1) Nachsorge-Modelle, Strukturen und Einrichtungen
- 2) Messung von „Bedarf“ zur Eingliederung und Teilhabe
- 3) Meßinstrumente für „Teilhabe“ und Evaluation des Teilhabeniveaus

# Integrierte teilhabeorientierte Versorgung bei schwerer neurologischer Beeinträchtigung

(modifiziert nach Bengel & Koch 2000, Reha-Phasenmodell BAR 1995 und ICF 2001)



# 1) Diverse Modelle, Strukturen und Einrichtungen

- Häusliche Nachsorge - Hausarzt als „Kümmerer“ (Verordnungen, **Telemedizin** – Neurokompetenz?)
- Losten-Modell – z.B. Schlaganfall-Lotse (Neurokompetenz?)
- Case Manager\*in, Assistenz – z.B. NeuroRehaPädagoge\*in (welche Kompetenzen und „Durchsetzungskraft“?)
- Ambulante Dienste und Einrichtungen, z.B. Wohngruppen, Tagesstätten, Werkstätten, Therapiezentren (z.B. **Telemedizin**, Neuro-Netz?)
- Qualifizierte institutionalisierte (Reha-)Nachsorge, z.B. DVR (IRENA);
- Nachsorgeklinik (z.B. Augsburg), MBOR, MZEB?

# Telemedizinische Neurologische Reha-Nachsorge

Keidel et al 2017

## In der Reha-Nachsorge:

- Funktionsrestitution, Stabilisierung
- Alltagstransfer, Verlaufsbeurteilung
- **Förderung von Selbständigkeit und Teilhabe**
- Personennah, im Wohnzimmer
- Digitale Informations- und Kommunikationstechnologien



Metanalyse von 11 RCT-Studien (Chen et al 2015):

- Verbesserungen von Alltagsaktivität und Motorik

Mehrere Studien zur Telesprachtherapie:

- Sreen-to-Screen und Face-to-Face gleich gut!

**„Schließung einer poststationären Reha-Lücke“!**

# Beratung zur Reha-Nachsorge?

## Reha-Nachsorge

Programme im Überblick

DRV: [www.rehanachsorge.de](http://www.rehanachsorge.de)



Reha-Nachsorge

Home

Nachsorge finden

Informationen ▾

Kontakt

Suche ...

Suche

**Hinweis:** Die Webseite „nacherreha.de“ zieht ab dem 01.04.2019 zur Deutschen Rentenversicherung um und wird neu gestaltet. **Aus diesem Grund wird die Suchfunktion vom 01.04 bis 11.04.2019 offline geschaltet.** Bitte nutzen Sie in diesem Zeitraum für die Suche von Nachsorgeangeboten die unter [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de) eingestellte Excel-Datei. **Bitte beachten Sie zudem, dass ab dem 15.03. 2019 bis auf weiteres keine Einträge über das Selbstmeldeportal möglich sind.**

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Hier finden Sie Ihr Nachsorgeprogramm

PLZ oder Ort oder Adresse

26121

Suchen im Umkreis von (km)

50

Nachsorgeleistung

Schriftgröße



Institut für Sozialmedi-  
zin und Epidemiologie  
Universität zu Lübeck

## Hier finden Sie Ihr Nachsorgeprogramm

PLZ oder Ort oder Adresse

26121

Suchen im Umkreis von (km)

50

Nachsorgeleistung

IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge)

IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge)

Psy-RENA (Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge)

T-RENA (Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge)

Sonstige

Kardiologie

Onkologie

Pneumologie

Stoffwechselerkrankungen

Neurologie

Orthopädie

Psychosomatik

Suchen

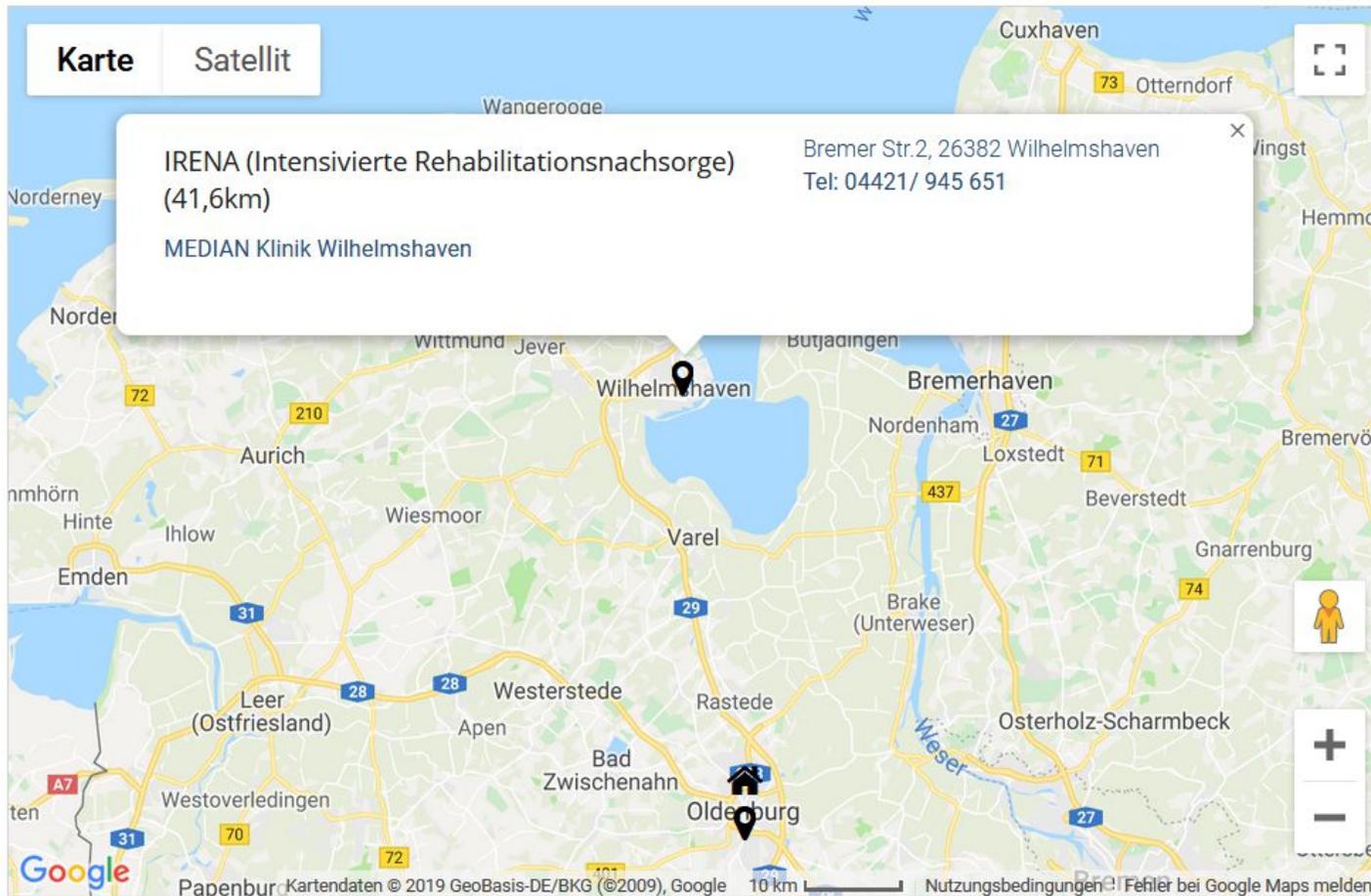
Schriftgröße



Institut für Sozialmedi-  
zin und Epidemiologie  
Universität zu Lübeck

Karte

Liste (2 Treffer)



Hinweis: Auf der Karte werden maximal 20 Suchergebnisse angezeigt.

## 2) Messung von „Bedarf“ (zur Eingliederung/Teilhabe)

### Trägerübergreifende „Gemeinsame Empfehlungen“ BAR 2014

Welche **Aktivitätseinschränkungen** in Alltag und Lebensbereichen liegen vor?



# Von der Bedarfsermittlung zum Teilhabeplan(-verfahren)

## Bedarfsermittlung Eingliederungshilfe B.E.Ni (Niedersachsen)

### (und Bremen 2019)



Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung



Niedersächsischer Städtetag



Nds. Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

# Handbuch

## für das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren einschließlich der **BedarfsErmittlung Niedersachsen** (B.E.Ni)

## Inhaltsverzeichnis

Seite

### Teil I:

1. Einführung und rechtliche Entwicklung	3
2. Anwendungsbereich	4
3. Ethische Leitlinien	5
4. Beteiligung von Menschen mit Behinderung(en)	6
5. Steuerung im Rahmen der Eingliederungshilfe	8
5.1 Zugangssteuerung	8
5.2 Verlaufssteuerung	9
5.3 Weitere Aspekte der Steuerung	9
6. Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern	10
7. Hinweise zur Nutzung des Formularsatzes BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni)	10
8. Wirkung, Wirksamkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe und Wirkungskontrolle	13
9. Teilhabezielvereinbarung	15
10. Vereinfachtes Ablaufschema des Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahrens	16
11. Verwendete Unterlagen	17

### Teil II:

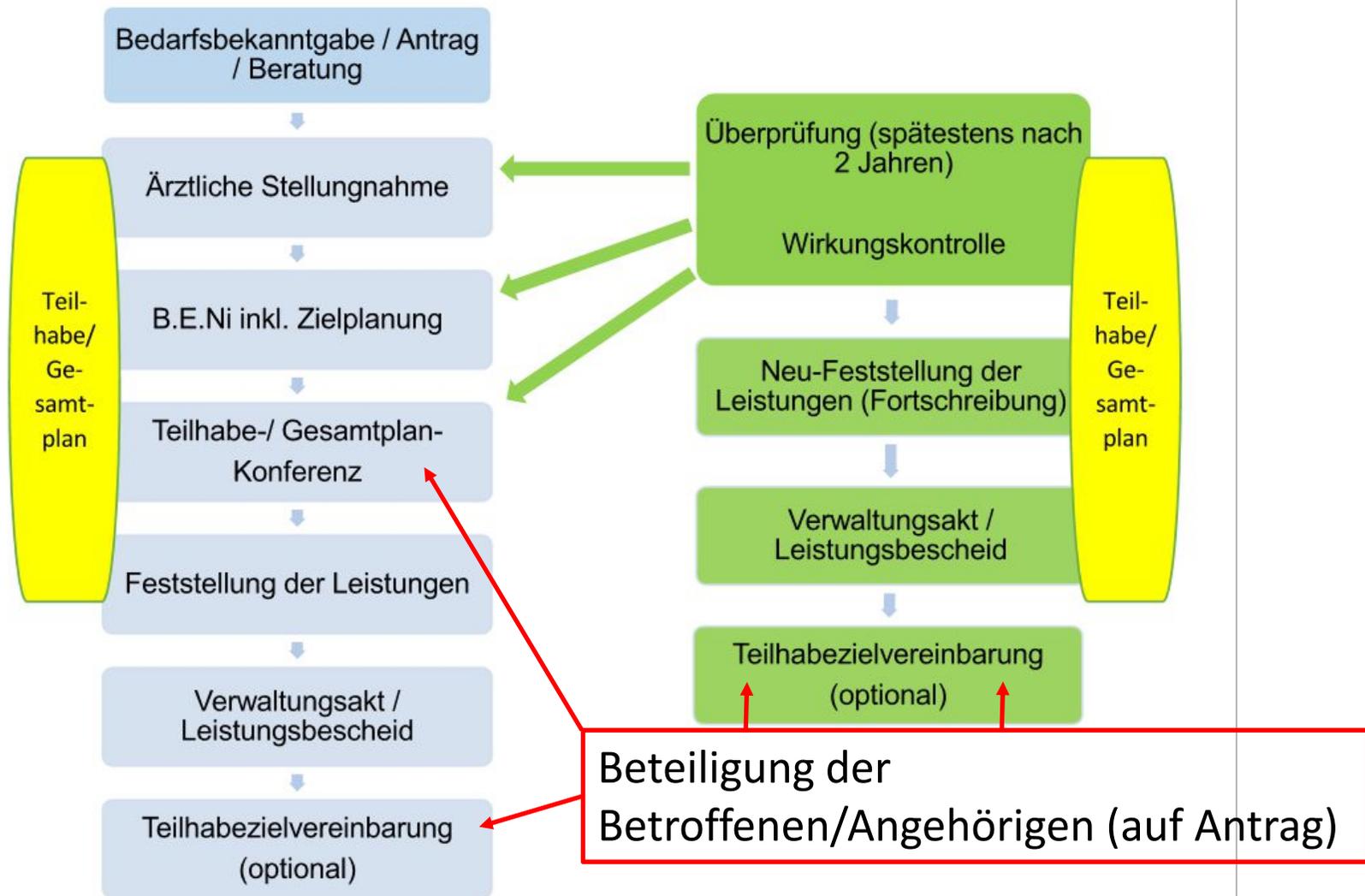
12. Erläuterungen der Formulare der BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni)	18
12.1 F 1 Deckblatt	18
12.2 F 2 Bogen A – Basisdaten	18
12.3 F 2 Bogen B – Teil I - Beeinträchtigungen, Teil II - Aktivität und Teilhabe	28
12.4 F 2 Bogen C – Zielplanung	39
12.5 F 2 Bogen D – Ergebnis und Empfehlung	41
12.6 F 3 Feststellung der Leistungen	47

### Hinweis:

Wenn von Menschen mit Behinderung(en) gesprochen wird, sind auch ebenso Menschen gemeint, die von Behinderung bedroht sind (vergl. § 2 Behinderungsbegriff)

Unter dem Begriff des Trägers der Eingliederungshilfe fällt bis zum 31.12.2019 noch der Begriff des Trägers der Sozialhilfe.

10. Vereinfachtes Ablaufschema des Teilhabe- und Gesamtplanverfahrens



# Inhalte und Gliederung des Handbuchs

## Teil I

### 1. Einführung und rechtliche Entwicklung:

- BTHG 2016, UN-BRK
- Eingliederungshilfe (EgH) wird vom Fürsorgesystem zum modernen Teilhaberecht (ab 2020) weiterentwickelt
- Personenzentrierung
- Präzisierung des Gesamtplanverfahren (nach § 58 SGB XII, 2017)
- Erstellung eines geeigneten ICF-Instruments zur Bedarfsermittlung (nach § 142 SGB XII) für alle neun Lebensbereiche
- 2017 Einrichtung einer Projektgruppe in Niedersachsen für B.E.Ni als „lernendes Instrument der Reformstufen 2020-2013)

## 2. Anwendungsbereich

- Landeseinheitliche Instrument der Einzelfallsteuerung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens nach §144 SGB XII
- Verbindlich für alle Träger der EgH

## 3. Ethische Leitlinien

- Verbot entwürdigender und verletzender Art und Weise
- Respekt, Wertschätzung, Autonomie
- Vertrauensbasis durch Verbindlichkeit, Offenheit, Transparenz, Datenschutz
- Unterstützte Kommunikation, leichte Sprache
- Aktive Beteiligung Beteiligungsmöglichkeiten
- Fachliche Standards

## 4. Beteiligung von Menschen mit Behinderungen

- Umfangreiche Beratungspflichten des Trägers nach § 106 SGB IX, auch nach Ergänzender Unabhängiger Teilhabeberatung (EUTB)
- Grundsatz: „Nicht ohne uns über uns“
- Einsatz barrierefreier Kommunikation (z.B. UK):

Ein besonderer Fokus der barrierefreien Kommunikation liegt auf der Unterstützenden Kommunikation. Sie will die individuelle Art zu kommunizieren nicht ersetzen, sondern ergänzend und unterstützend wirken. Eingesetzt werden dabei u.a.

- Rituale und Routinen, die Sicherheit und Orientierung bieten können,
- sogenannte körpereigenen Kommunikationsformen wie Lautsprache und Laute, Körpersprache und Mimik oder taktile Gebärden,
- verschiedene Objekte, die ausgewählt werden wie Gegenstände, die symbolisch für Handlungen stehen können,
- grafische Symbole (z.B. Fotos, Bilder, Zeichnungen, Piktogramme) in Büchern, auf Karten oder Tafeln,
- technische Kommunikationshilfen wie Talker (Sprachausgabegeräte), Buttons,
- Unterlagen in leichter Sprache.

Ziel ist eine möglichst unabhängige Kommunikation im Alltag; kreative und individuelle Lösungen sind dafür wichtig. Damit der Mensch mit Behinderung(en) selbst in die Lage versetzt wird, seinem Willen Ausdruck verleihen zu können.

## ff. 4. Beteiligungsmöglichkeiten

- auf Wunsch Hinzuziehen einer Person des Vertrauens, Stärkung des Sicherheitsgefühls („Bedarfsermittlung als kooperativer Prozess“)
- Nicht identisch mit einer notwendigen Assistenz (Z.B. Gebärdendolmetscher)
- Ansprüche auf Beratung gegenüber anderen (vorrangigen) Leistungsträgern entfallen nicht, sondern gehören zum Verwaltungsablauf
- Informationen und Broschüren, Nutzung sozialer Medien, Unterstützung bei Kontaktaufnahme und Anträgen (Mitwirkungspflichten)
- Gesamtplanverfahren(-konferenz an geeignetem Ort (Sozialraum), mit geeigneten Medien (z.B. Web-, Video-Konferenz)
- Form der Gesamtplankonferenz muss für die nachfragende Personen geeignet sein

## 5. Steuerung im Rahmen der Eingliederungshilfe (EgH)

- Gemeinsamer Prozess zwischen Träger der EgH, nachfragender Person, Rehabilitationsträgern und sonstigen Leistungserbringern
- Verantwortung beim Träger der EgH
- Zusammenspiel zwischen Bedarfsermittlung, Teilhabe- und Gesamtplanung, Leistungsbemessung und Leistungsvereinbarung
- Zuständigkeit für Steuerung der Rahmenbedingungen:

Das bedeutet im Einzelnen:

- Verwaltungsabläufe darauf auszurichten, Menschen mit Behinderung(en) zeitnah und zielgerichtet die Leistung zu gewähren, die sie individuell benötigen,
- Bedarfsermittlung als kooperativen Prozess zwischen den laut Gesetz Beteiligten zu gestalten,
- Leistungen passgenau aufeinander abzustimmen,
- formulierte Ziele mit Zustimmung der nachfragenden Person in die Leistungs-/Förderplanung für die Leistungserbringung einzubringen,
- regional ein am Bedarf des Menschen ausgerichtetes Angebot zu entwickeln, das abgestuft, flexibel und durchlässig ist.

## ff. 5. Steuerung

### 5.1 Zugangssteuerung:

- Beratung von Betroffenen und Angehörigen
- Erhebung, Ermittlung und Bewertung der Lebenssituation, Ressourcen, Umfeldbedingungen
- Einbeziehung von Gutachten und fachlichen Stellungnahmen
- Abgrenzung zu Leistungsangeboten außerhalb der Zuständigkeit des Trägers der EgH

### 5.2 Verlaufssteuerung „als ständiger Aktualisierungsprozess“

- Bewertung der Bedarfssituation, Prognose der Ziele, Überprüfung der Zielerreichung, Wirksamkeit und Prognose der Leistungen
- Aufstellung und Durchführung des Teilhabe-/Gesamtplanverfahrens
- Fallübergreifende Weiterentwicklung von regionalen Angebotsstrukturen

## ff. 5. Steuerung ...

### 5.3 Weitere Aspekte der Steuerung

- Interdisziplinärer Personaleinsatz, Personalentwicklung und Organisationsstruktur: z.B. fachliche Qualifikation; Sachbearbeitung, Pädagogik, Medizin etc.; „Fachstellen der Eingliederungshilfe“
- Zusammenarbeit und Vernetzung: einvernehmliche Gestaltung der EgH, Kommunikation mit Behindertenvertretungen und Angehörigen
- Örtliche Arbeitskreise und Verbände
- Vielseitige, bedarfsgerechte Angebote
- Zusammenarbeit mit Leistungserbringern, passgenaue Angebote
- Sinnvolle Weiterentwicklung der Angebotsstruktur

## 6. Zusammenarbeit mit Leistungserbringern

- Kooperation im Gesamtplanverfahren
- Optimierung, Vertrauensbildung
- Gemeinsame Handlungsrichtlinien, Workshops
- Erstmalige Gesamtplanverfahren mit B.B.E.Ni finden *grundsätzlich ohne* Leistungserbringer statt

## 7. Hinweise zur Nutzung des Formularsatzes B.E.Ni

- Mehrere Bögen (Formularsatz) nach § 12 BTHG
- Ermittlung des individuellen, personenorientierten Bedarfs
- bei Kindern und Jugendlichen ICF-CY hinzuziehen

## **8. Wirkung, Wirksamkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe und Wirkungskontrolle**

Dass eine Wirkungskontrolle stattfinden muss, ist im Gesetz angelegt (Vereinbarung individueller Ziele im Gesamtplanverfahren, Teilhabezielvereinbarung). Das Verfahren der partizipativen Gesamtplanung soll dabei die Überprüfung bewilligter Leistungen nach Zeitabläufen ermöglichen. Die Gesamtplanung und insbesondere der Gesamtplan (§ 144 Abs. 2 SGB XII bzw. § 121 Abs. 2 SGB IX-neu) dienen u. a. der Wirkungskontrolle des Teilhabeprozesses. Dass die Wirksamkeit der Teilhabeleistungen gewährleistet ist, liegt im besonderen Interesse der nachfragenden Person. Eine Wirkungskontrolle ist daher unerlässlich und soll die Wirksamkeit der Eingliederungshilfeleistung sicherstellen und überprüfen.

Die Wirksamkeit der Leistung (Intervention) kann sich sowohl als Veränderungen im Einzelfall, bei den Zielgruppen, als auch in deren direktem und erweitertem Lebensumfeld zeigen.

Wirksamkeit ist zu verstehen als angestrebte Veränderung und / oder Stabilisierung, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine Dienstleistung zurückzuführen ist, unter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren.

Die Wirksamkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe ist allgemein danach zu beurteilen, ob und inwieweit die Leistungen dazu beitragen, die im BTHG und in der UN-Behindertenrechtskonvention enthaltenen Zielsetzungen sowie die im Gesamtplanverfahren vereinbarten Ziele zu erreichen. Sie kann zeitnah oder zeitversetzt auftreten und von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Auch unerwartete Effekte der erzielten Wirkungen sind möglich.

Erfolg allgemein kann u.a. an folgenden Kriterien gemessen werden: Zufriedenheit der nachfragenden Person, Qualität der erbrachten Leistung, erreichte Veränderungen bzw. Stabilisierung bei den nachfragenden Personen und Verbesserung gesellschaftlicher Problemlagen. Diese Kriterien bedürfen einer soliden Grundlage wie zum Beispiel auch der Entwicklung von Instrumenten und eines Wirkungsmodells.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der erbrachten Leistung sind

- die Zufriedenheit der nachfragenden Personen mit dem Grad der Zielerreichung und
- die Erreichung der vereinbarten Ziele (Ziele im Sinne der angestrebten Veränderung / Stabilisierung gegenüber der Ausgangssituation) hinzuzuziehen.

Diese Bewertung erfolgt bei der Fortschreibung der Bedarfsermittlung im Bogen B.

Grundlage der Wirkungskontrolle sind die auf eine Teilhabe des Menschen mit Behinderung(en) ausgerichteten individuellen Ziele (B.E.Ni-Bogen C und ggf. der Teilhabezielvereinbarung).

Die BAGüS führt zur Wirkungskontrolle in ihrer Orientierungshilfe zur Gesamtplanung - Stand Februar 2018 – S. 21 folgendes aus:

*In § 1 Satz 1, § 4 Abs. 1 und § 28 Abs. 2 SGB IX werden die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe als Ziele der Leistungen zur Rehabilitation genannt. Die in § 4 SGB IX konkretisierten Ziele, Teilhabeeinschränkungen zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern, sollen bei Untersuchungen zur Wirksamkeit der Leistung und zur Wirkungskontrolle Berücksichtigung finden. Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens werden gemeinsam mit der nachfragenden Person konkrete Ziele sowie die Art und Weise der Leistungserbringung vereinbart.*

*Zur Prüfung, ob dies erreicht wird, also die gewünschte Wirkung erzielt wird, können zum Beispiel nachfolgende Kriterien aneeianet sein:*

- die Beteiligung der nachfragenden Person am Teilhabeprozess*
- die Erreichung der vereinbarten Ziele und die Geeignetheit der Maßnahmen*
- die Ausrichtung der Leistungserbringung auf die Lebenswelt und den Sozialraum*
- die Zufriedenheit der nachfragenden Person*
- die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgewährung und –erbringung*
- die interdisziplinäre und trägerübergreifende Zusammenarbeit*

Wenn die im Einzelfall erbrachte Leistung ihre im Gesamtplan bzw. in der Zielvereinbarung angelegte Wirkung nicht entfaltet, kann dies u. a. an der Leistungsart, dem Leistungsumfang oder dem Teilhabeziel liegen. Diese sind daher zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Die Wirkungsorientierung ist nicht nur für die Einzelfallsteuerung von Bedeutung, sondern auch für die Angebotssteuerung i. S. e. bedarfsorientierten Angebotsplanung bzw. Angebotsentwicklung.

## 9. Teilhabezielvereinbarung

- Abschluss einer Zielvereinbarung gesondert oder auf Grundlage der dokumentierten Bedarfsermittlung möglich
- Flexible Reaktionen auf Veränderungen und Anpassung der Ziele

## 10. Ablaufschema zum Teilhabe-/Gesamtverfahren

- s.o.

## 11. Verwendete Unterlagen

- ICF, BTHG, EUTB

## Teil II

### 12. Erläuterungen der Formulare zu B.E.Ni

12.1	F 1 Deckblatt
12.2	F 2 Bogen A – Basisdaten <span>personenbezogen</span>
12.3	F 2 Bogen B – Teil I - Beeinträchtigungen, Teil II - Aktivität und Teilhabe
12.4	F 2 Bogen C – Zielplanung
12.5	F 2 Bogen D – Ergebnis und Empfehlung
12.6	F 3 Feststellung der Leistungen

## 12.3 F 2 Bogen B – Teil I - Beeinträchtigung, Teil II - Aktivität und Teilhabe

Der Bogen B (Aktivität und Teilhabe) dient als Grundlage für die Erfassung von Ressourcen und Beeinträchtigungen im Rahmen der Bedarfsermittlung. Der Bogen B orientiert sich dabei an der Komponente „Aktivität und Teilhabe“ im Modell der ICF. Die Kodierungen für diese Komponente beginnen mit dem Buchstaben **d** (abgeleitet aus „life **d**omains“ – in der deutschen Übersetzung der ICF: Lebensbereiche).

Insgesamt beschreibt die ICF neun Lebensbereiche, die anhand des Bogens B systematisch bearbeitet werden können (in Klammern sind die entsprechenden Items der ersten Ebene gem. ICF angegeben):

1. Lernen und Wissensanwendung (d1)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d2)
3. Kommunikation (d3)
4. Mobilität (d4)
5. Selbstversorgung (d5)
6. Häusliches Leben (d6)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (d7)
8. Bedeutende Lebensbereiche (d8)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (d9)

Diese Lebensbereiche hat der Gesetzgeber in § 142 Abs. 1 SGB XII aufgenommen und bestimmt, dass das Instrument zur Ermittlung des individuellen Bedarfs die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in eben diesen Lebensbereichen vorzusehen hat.

B.E.Ni hat diese gesetzlichen Vorgaben aufgegriffen und begreift den Bogen B als Leitfaden für das Gespräch mit den nachfragenden Personen für eine personenzentrierte Bedarfsermittlung – im Sinne eines gemeinsamen Austausches über die Wahrnehmung von Problemen in verschiedenen Lebensbereichen. **Grundsätzlich ist im Bogen B eine Gesamtbewertung des Problems vorzunehmen. Bei der Fortschreibung ist die Qualität der erbrachten Leistung bezüglich ihrer Wirksamkeit einzuschätzen.** Dabei sollen die Fragen A bis D helfen. Im Gespräch mit der nachfragenden Person sollte zunächst ermittelt werden, welche Lebensbereiche betroffen sind, welche nicht und in welchen Lebensbereichen Schwerpunkte zu setzen sind. Damit sollte dann ggf. begonnen werden. Grundsätzlich ist eine Beratung über die Möglichkeiten der Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich, damit nicht Hoffnungen geweckt werden, die mit den

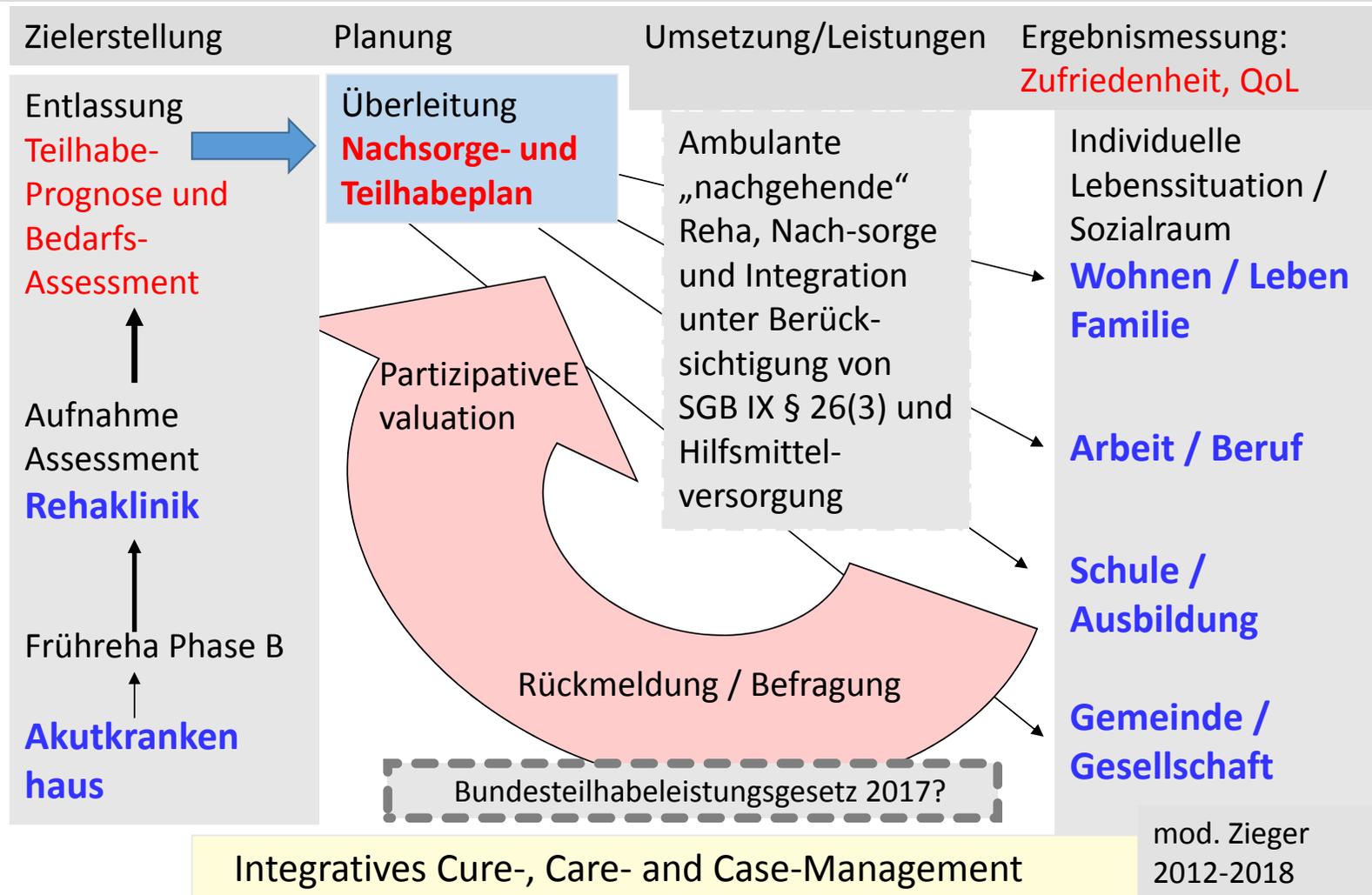
### 3) Messung/Evaluation von „Teilhabe“ - IMET

Deck, R. Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76, S. 113-120.

Analysebereich (ICF-Komponenten)	Schlagwort
<b>Körperliche Fähigkeiten</b>	<b>Alltagsaktivitäten (ADL)</b>
	<b>Alltagsaktivitäten (ADL)</b>
<b>Person &lt;&gt; Alltagsleben</b>	<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>
<b>Person &lt;&gt; Arbeitsleben</b>	<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>
	<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>
	<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>
<b>Person &lt;&gt; Gesundheit / Krankheit</b>	<b>Alltagsaktivitäten (ADL)</b>
	<b>Teilhabe am Alltagsleben</b>
	<b>Teilhabe am Arbeitsleben</b>

# Integriertes Nachsorge- und Teilhabemanagement

unter Beteiligung der Betroffenen/Angehörigen [participative evaluation research]



# III Paradigmawandel - von der defektmedizinischen Prognose zur sozialen Teilhabe-Perspektive!

Prognosestellung in der Neurorehabilitation Horn & Lotze, neuroreha 11 (2019), 53-58

**„Ziel einer Prognose ist es, den jetzigen Zustand des Patienten in Bezug zu einem zukünftigen Zustand zu setzen.“**

Prädiktoren  Outcome-Variablen (Ergebnis; Prognose)

Prognosestellungen (Vorhersagen) dienen

- Definition von Zielen, um Erfolge in der Genesung sichtbar zu machen
- Haben Auswirkung auf die Therapie, ambulante Rehamaßnahmen und die Rückkehr/Integration in den Alltag
- Effektivierung des Einsatzes von Therapien bei abnehmenden Ressourcen

**Trotz Prognose-Algorithmus: Intuition und Erfahrung wichtig!**

Ziel jeder Rehabilitationsmaßnahme ist nicht „Heilung“, sondern die

- **Verbesserung des Aktivitätszustandes** (nach Syndromanalyse, nicht nach ICD-Diagnose oder Defizit!)
- **zum Zwecke einer Verbesserung der Teilhabe** (Lebenszufriedenheit und messbares Teilhabeniveau!) und damit
- **der subjektiven, individuellen Lebenszufriedenheit** und der von den Betroffenen/Angehörigen wahrgenommenen (nicht nur von außen gemessenen!) Lebensqualität

**Nachsorge und Rehabilitation meint zu allererst die Eröffnung einer **Teilhabetperspektive** – gerade auch für Schwerstbetroffene!**

# Paradigmawandel

## Disorders of Consciousness: Outcomes, Comorbidities, and Care Needs



John Whyte, MD, PhD,<sup>a</sup> Risa Nakase-Richardson, PhD<sup>b,c,d</sup> APMR 2013;94:1851-4

In der letzten Dekade

- Prognose für die funktionelle Erholung besondere für SHT **überraschend positiv.**
- Bedeutende Erholung auch **noch nach mehreren Jahren**

Das Verständnis für schwerst Hirngeschädigte muss überdacht werden!

- Bessere Assessments zur Prognosebestimmung
- Bessere individuell angepasste Versorgungsmodelle
- **Einbeziehen der Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen: Partizipation und Teilhabe!**

# Verbessertes Wachkoma-Outcome/Prognose durch konsequente Frührehabilitation!

Estraneo et al 2010

50 Patienten, mindestens 6 Mon. im Wachkoma:

Hypoxie:

- 20% wieder gut kontaktfähig!

SHT:

- 40% wieder gut kontaktfähig!

Dauer der Kontaktfähigkeit:

- 33% ein bis vier Jahre!

Table 1 Demographic and clinical features and outcome in patients in VS as a function of etiology

	TBI (n = 18)	Hemorrhagic (n = 18)	Anoxic (n = 14)	Total sample (n = 50)
Age, y, mean $\pm$ SD	43.6 $\pm$ 17.6	64.1 $\pm$ 14.3	44.2 $\pm$ 20.7	51.1 $\pm$ 9.6
F/M	3/15	10/8	8/6	21/29
Duration of VS at study entry, mo	11.1 $\pm$ 4.8	11.5 $\pm$ 5.3	9.1 $\pm$ 2.5	10.6 $\pm$ 4.5
Length of inpatient rehabilitation stay, mo, mean $\pm$ SD	6.4 $\pm$ 3.2	4.7 $\pm$ 4.1	4.7 $\pm$ 3.5	5.3 $\pm$ 3.7
Length of follow-up from onset, mo, mean $\pm$ SD	28 $\pm$ 12.4	25.6 $\pm$ 13.5	22.8 $\pm$ 12.3	25.7 $\pm$ 12.7
Final Outcome				
Death	7	8	6	21
VS	3	9	5	17
MCS	3	1	1	5
Consciousness	5	—	2	7
Timing of recovery of responsiveness in survivors, mo				
<12	2	—	—	2
12-18	3	1	2	6
19-24	2	—	1	3
>24	1	—	—	1

Abbreviations: MCS = minimally conscious state; TBI = traumatic brain injury; VS = vegetative state

**Die Alte Regel (MSTF 1994, ohne Frühreha!): keine Besserung nach 3 Mon. bei Hypoxie., nach 12 Mon. bei SHT, ist völlig überholt! Trotzdem halten viele medizinische Gutachter bis heute daran fest ...**

# Prognose bei schweren Bewusstseinsstörungen Herzog 2019

## Allgemeine Besonderheiten

- besonders komplex, medizinische Fragen treffen auf ethische Fragen/Prinzipien
- Qualität auf Grundlage einer breiten Diagnostik und klinischen Einschätzung (mit technisch unterstützten Prädiktoren) wesentlich
- nimmt Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit im Akutstadium, die Länge und Intensität der Frührehabilitation und auf die Langzeitversorgung
- Differenzialdiagnostik von Koma (traumatisch, hypoxisch), Wachkoma (Minimalbewusstsein) wichtig!

## Forschungslage

- Keine methodisch valide Studien zur Frühprognose; kein prognostischer Einzelprädiktor, sondern nur Synoptik aussagekräftig (S1-Leitlinie Hypoxie)
- Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente, insbesondere CRS-R!
- Langzeitverläufe (N=246; 3 Jahre) nach SHT **mit Frühreha**: 2/3 nach SHT kontaktfähig, 50 % nach Schlaganfall und 1/3 nach Hypoxie (Kopfstudie 2018)

# Beispiel: LIS-Patient T.G. aus HH, Basilaris-Thrombose am 26. Mai 2013



„Gelernt habe ich, nicht aufzugeben, auch wenn es überhaupt nicht gut aussieht“ HH-Abendblatt 26. Mai 2019



„Es gibt wohl keinen Mitarbeiter im ganzen UKE, der so froh ist, dass er zur Arbeit gehen kann“

