



Gemeinsames Positionspapier der Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP) und des Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e. V. (BV ANR) zum Entlassmanagement nach erworbener Hirnschädigung (insbesondere Schädel-Hirn-Traumata) aus Akut- und Rehakliniken in die weiterführende ambulante Versorgung

Lisa Schock¹, Claudia Bauer², Corina Kiesewalter³, Hartwig Kulke⁴ und Johannes Pichler⁵

¹ Rehasentrum Dinslaken im Gesundheitszentrum Lang, Dinslaken

² Psychotherapeutische Praxis für Neuropsychologie und Verhaltenstherapie, München

³ Klinik für Neurologie und Reha-Zentrum prosper der Knappschaftskrankenhaus Bottrop GmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen, Bottrop

⁴ Praxis für Neuropsychologie, Fürth

⁵ NeuroReha Team Pasing, Tagesklinik für neurologische Komplexbehandlung & Nachsorge, München

Zusammenfassung: Dieses Positionspapier wendet sich an neurologische, neurochirurgische und unfallchirurgische Akutkliniken sowie neurologische Rehabilitationskliniken. Es soll helfen, den Übergang von stationären Einrichtungen zur ambulanten Versorgung für alle Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) zu erleichtern, Behandlungslücken zu schließen und Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Schlüsselwörter: Entlassmanagement, erworbene Hirnschädigung, ambulante Versorgung

Collaborative position paper of the Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) and the Bundesverband ambulant-teilstationäre Neurorehabilitation e. V. (BV ANR) about discharge management in acute care hospitals and rehabilitation clinics leading to subsequent outpatient treatment after acquired brain injury (especially traumatic brain injury)

Abstract: This position paper addresses to neurological, neurosurgical and accident surgical acute care hospitals as well as neurological rehabilitation clinics. It is meant to help facilitate the transition from inpatient to outpatient treatment for people with acquired brain injury, to close treatment gaps and to prevent termination of treatment.

Keywords: discharge management, acquired brain injury, outpatient treatment

Akutkliniken: Ausgangslage

Die Beurteilungsmaßstäbe für Hirnschädigungen und für weitere Behandlungsindikationen von kognitiven Beeinträchtigungen sind in den verschiedenen Fachdisziplinen, einzelnen Häusern und von Behandler zu Behandler sehr unterschiedlich. Ziel dieses Papiers ist es, möglichst einheitliche Behandlungspfade aufzuzeigen.

Mögliche „Fallstricke“ in den Akutkliniken

Probleme bei der Einschätzung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH)

- Manche Patienten wünschen die rasche Entlassung, da sie die Verletzungsfolgen selbst nicht erkennen können; es fehlt zum Teil eine realistische Einschätzung (Awareness) möglicher Folgen.
- Bei Patienten mit Polytraumata haben körperliche Verletzungsfolgen Vorrang bei der Behandlung, vor allem wenn die erste kraniale Bildgebung (CCT) unauffällig war.
- Nach einer Reanimation hat die kardiale Erkrankung zunächst Vorrang in der Behandlung gegenüber der hypoxischen Hirnschädigung.
- Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen fallen im ersten Kontakt nicht auf und es wird deshalb keine Rehabilitation empfohlen.

Probleme durch nicht flächendeckende Neurokompetenz

- In manchen Kliniken sind Fälle von Schädel-Hirn-Traumata (SHT) so selten, dass kaum ein sicheres und umfassendes Erfahrungswissen entwickelt werden kann.
- Dem Neurologen im Akuthaus steht häufig eine so begrenzte Untersuchungszeit zur Verfügung, dass nur ein kurzes Screening erfolgen kann.
- Es besteht ein Mangel an Neuropsychologen in den Akutkliniken.
- Die Durchführung einer Magnetresonanztomografie (MRT) nach SHT ist nicht zwingend vorgeschrieben und wird deshalb nicht standardmäßig durchgeführt (Vgl. S2e-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter, 2015).
- Commotio und Contusio cerebri definieren nur unterschiedliche Schweregrade ein- und desselben Krankheitsbildes. Die Einteilung der *Glasgow Coma Scale* in leichte/mittelschwere/schwere SHT (vgl. S1-Leitlinie Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma, 2013) ist für die Prognose oft irreführend. Ein „leichtes SHT“ schließt sozialmedizinisch schwere Dauerfolgen auf psychisch-kognitiver Ebene keineswegs aus.

Probleme in der Nachsorge

- Bei Beschwerdepersistenz fehlt ein Netzwerk von qualifizierten Weiterbehandlern, an welches sich Betroffene, Angehörige und weiterbehandelnde Hausärzte wenden können.

Entscheidungsbaum für Notaufnahmen/ Akutkliniken

In Deutschland erleiden jährlich ca. 250 000 Menschen ein SHT. In 50 % der Fälle bleiben die Folgen unerkannt (Wallesch et al., 2001) mit negativen Konsequenzen für den Genesungsverlauf und häufig mit negativen psychischen und sozialen Folgen für die Betroffenen.

Für Patienten mit einer Verletzung oder Erkrankung, *bei der eine Kopfbeteiligung nicht auszuschließen ist*, wird folgender Entscheidungsbaum für Notaufnahmen und Akutkliniken empfohlen:

Im Zweifelsfall sollte immer eine Wiedervorstellung beim Neurologen binnen 2 Wochen nach dem potenziell hirnschädigenden Ereignis erfolgen. Diese Empfehlung sollte dem Betroffenen und ggf. seinen Angehörigen bei Entlassung aus der Akutklinik gegeben und in jeden Entlassungsbrief im Sinne des Entlassmanagements aufgenommen werden.

Entscheidungsbaum für Patienten nach Entlassung aus einer Akutklinik

Symptome, die durch eine Commotio oder Contusio cerebri verursacht sind, werden dem Betroffenen vielleicht erst einige Tage nach Entlassung aus der Klinik bewusst. Hilfreich wäre eine schriftliche Information, bei welchen Symptomen er erneut einen Arzt aufsuchen sollte und wohin er sich bei anhaltenden Beschwerden wenden kann.

Bei Feststellen mindestens eines der folgenden Symptome

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Benommenheit
- Sehstörungen
- Gleichgewichtsstörungen
- Sensibilitätsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen

sollte der Betroffene Fachleute am besten in dieser Reihenfolge aufsuchen:

- Haus-/Allgemeinarzt oder Internist
- Neurologe
- Neuropsychologe

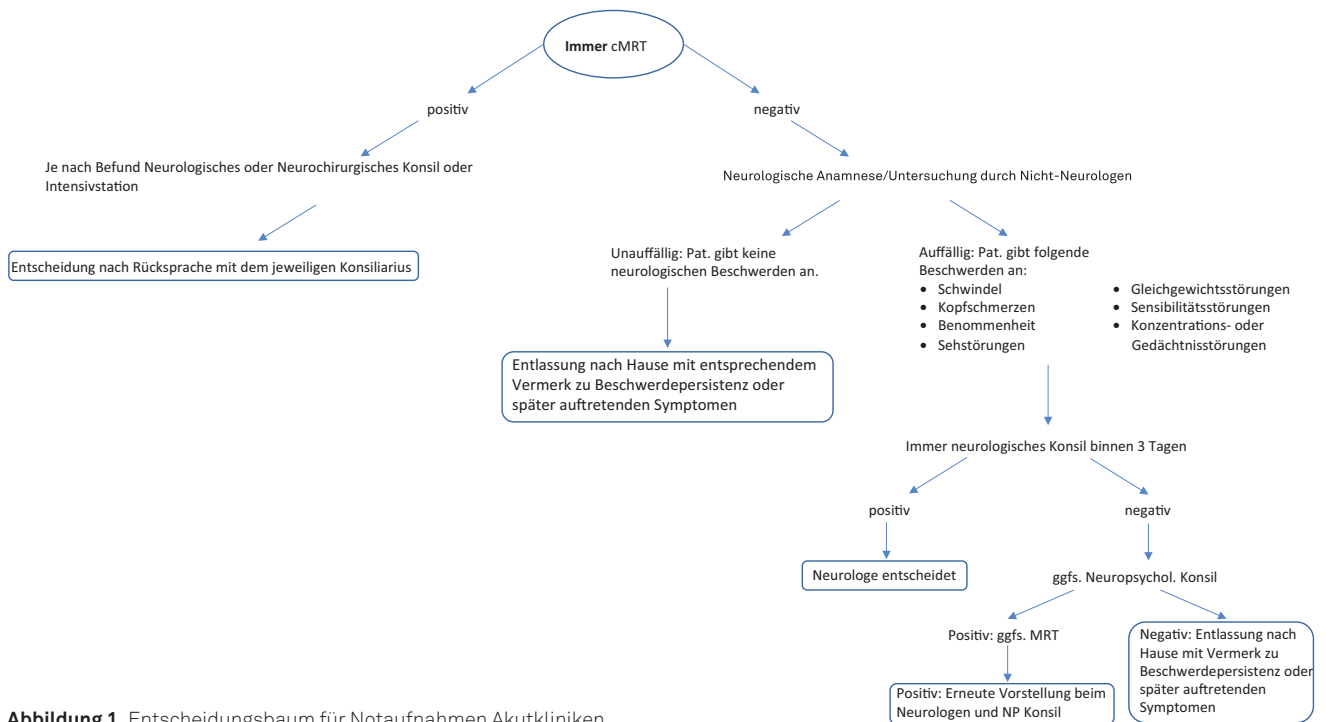


Abbildung 1. Entscheidungsbaum für Notaufnahmen Akutkliniken

Rehakliniken: Ausgangslage

Bei Aufnahme ist die Erkrankung bekannt und diagnostiziert.

Konkrete Anregungen für das Entlassmanagement

- Entlassungsbriefe sollten die Therapeutenberichte beinhalten, insbesondere die neuropsychologischen Befunde. Auch wenn der Entlassungsbrief rasch versandt werden muss, sollte wenigstens der therapeutische Eingangsbefund enthalten sein.
- Ist in der Rehaklinik Neuropsychologie etabliert, sollte diese ins Entlassmanagement eingebunden werden.
- In *neurologischen* Rehabilitationskliniken ist zumindest eine leitlinienkonforme neuropsychologische Diagnostik (Vgl. S2e-Leitlinien Aufmerksamkeitsstörungen, 2011, Gedächtnisstörungen, 2012, Exekutive Dysfunktionen, 2011) inklusive der Überprüfung der Exekutivfunktionen zu fordern. Die Ergebnisse sind bei der Ausgestaltung der Rehazielen und bei den Empfehlungen für die ambulante Weiterbehandlung zu berücksichtigen.
- Formulierungen im Entlassungsbrief wie, „der Patient war mit den Rehazielen einverstanden“, sind ungünstig, da die Patienten im Rahmen ihrer Hirnschädigung

die Rehazielen vor allem zu Beginn der Rehabilitation oft nicht vollumfänglich erfassen können.

- Gerade in Rehakliniken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden im Entlassungsbrief häufig sehr positive Erwerbsprognosen gestellt oder Arbeitsfähigkeit attestiert – mitunter von mehr als 6 Stunden täglich. Nach erworbenen Hirnschädigungen zeigen sich viele Beeinträchtigungen allerdings erst nach der Entlassung ins häusliche Umfeld oder bei Belastung auf höherem Niveau als in der beschützenden Atmosphäre einer Rehaklinik. Daher sollte die Arbeitsfähigkeit bei Entlassung zunächst sehr vorsichtig beurteilt werden (3 bis max. 6 Stunden).
- Eine zu schlechte Prognose im DRV-Bericht löst in der Entscheidungspraxis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch eine Rehaempfehlung mit dem Ziel einer vorzeitigen Rentenantragsstellung aus. Auch die Aussage, „eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung ist zum aktuellen Zeitpunkt des Rehabilitationsverlaufs noch nicht möglich“, sollte daher zulässig sein und häufiger verwendet werden.
- Das Wiedereingliederungsmodell der DRV ist bei MeH unpassend: Starttermine für die berufliche Wiedereingliederung sollten nicht aus dem stationären Setting heraus festgelegt werden, da die reale Belastbarkeit nur unter den realen Lebensbedingungen zu Hause beurteilt werden kann.

- h. Je nach Rehabilitationsphase sollten die Entscheider ihren eigenen Beurteilungsbias berücksichtigen: Kritische und schwierige Behandlungssituationen können den Blick auf „Kleinigkeiten“ verzerren. Auch weniger offensichtliche Einschränkungen können gravierende Veränderungen und Schwierigkeiten in der realen Lebenswelt der Betroffenen bewirken.
- i. Am Ende der neurologischen Rehabilitation ist ein neuropsychologisches Entlassgespräch, am besten im Beisein der Angehörigen, nötig. Dabei soll eine Vorbereitung auf die häufig erst im ambulanten Setting erkennbaren hirnschädigungsbedingten Schwierigkeiten, z. B. im Verhalten, erfolgen.
- j. Bei der Entlassung sollten schon im Kurzarztbrief, ggf. unter Hinzuziehung der Neuropsychologen, ICD-Ziffern (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018) vergeben werden. So haben es alle ambulanten Weiterbehandler leichter, die Indikation gegenüber den jeweiligen Kostenträgern zu begründen.
- k. Jeder Entlassbrief sollte detaillierte Nachsorgeempfehlungen enthalten:
- Wiederaufnahme z. B. in einem halben Jahr
 - Welche ambulanten Therapien und Behandlungen in welcher Frequenz erfolgen sollten.
 - Welche Fähigkeiten durch die Therapien gefördert werden sollten bzw. welche Teilhabedomänen ausgebaut werden sollten.
 - Ist der berufliche Wiedereinstieg geplant, wäre ein Hinweis auf das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM) nach SGB (Sozialgesetzbuch) IX, § 84, Abs. 2. sinnvoll.
 - Der ICF-Bezug (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) erfolgt bislang selten. Rehakliniken könnten hier vorangehen und auf Teilhabedomänen mit Partizipationszielen hinweisen.
- l. Standardisierte Wiederaufnahmeempfehlungen in die jeweilig entlassende Rehaklinik sind hingegen nicht sinnvoll, da der ambulante Verlauf aus stationärer Sicht nicht vorhersagbar ist.
- m. Die Zuweisung in eine ambulante neurologische Rehabilitationsbehandlung (Komplexbehandlung) sollte einer ambulanten neuropsychologischen Einzeltherapie dann vorgezogen werden, wenn die Behandlung folgenden Erfordernissen gerecht werden muss:
- Multimodalität
 - Interdisziplinarität
 - Hohe Behandlungsfrequenz
 - Deutliche Beeinträchtigung der Störungswahrnehmung und Krankheitseinsicht (Awareness)

Gemeinsame Wünsche von BV ANR und GNP an alle Behandler von MeH

Mitarbeiter in Notaufnahmen sollten in der Beurteilung „latenter“ SHT-Folgen zusätzlich geschult werden.

Bei Verletzungen mit Kopfbeteiligung ist ein neurologisches Konsil erforderlich oder, wenn möglich, ein neuropsychologisches Konsil. Ist das nicht umsetzbar, sollte der Entlassungsbrief einen Hinweis auf das mögliche spätere Auftreten neurologischer Beschwerden enthalten mit der Konsequenz einer fachärztlichen Vorstellung.

Für Neurologen sollte es eine Weiterbildungsmöglichkeit zum Neurotraumatologen geben, damit in Zukunft für Diagnostik und Behandlung von SHT spezialisierte Neurologen in den Akutkliniken zur Verfügung stehen.

Wichtig ist der Auf- und Ausbau der ambulanten Versorgungskette. Nach der zumeist hervorragenden Versorgung in Akut- und Rehabilitationskliniken ist ein ausreichendes Angebot an ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sowie an ambulanter Neuropsychologie, vor allem auch in strukturschwachen Gebieten, dringend erforderlich. Dieses Netzwerk an Weiterbehandlern sollte in einer bundesweiten Datenbank allen am Entlassmanagement Beteiligten in Akut- und Rehabilitationskliniken uneingeschränkt zur Verfügung stehen, um Behandlungsabbrüche zu vermeiden und den Sektorenübergang von der stationären in die ambulante Behandlung herzustellen.

Sehr zu begrüßen wäre ein grundlegendes, größeres Interesse der DRV an ambulanter Nachsorge für MeH.

Ebenso erfreulich wäre ein Überdenken der Praxis der GKV, die berufliche Wiedereingliederung von MeH vorwiegend durch Hausärzte begleiten zu lassen. Durch die gänzlich anderen Herausforderungen an MeH bei der beruflichen Wiedereingliederung im Vergleich zu Menschen mit schweren Erkrankungen ohne Kopfbeteiligung ist sowohl inhaltlich als auch zeitlich ein anderes Prozedere für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung vonnöten und ein neurokompetentes Management unabdingbar.

Literatur

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutschsprachige Fassung (*International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001*). Genf: World Health Organization.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2018). ICD-10-GM Version 2018 Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, deutschsprachige Fassung (*International Statistical Classi-*

fication of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016). Genf: World Health Organization.

S1-Leitlinie Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma, AWMF-Registernummer: 094/002, Stand: 01.07.2013 (in Überarbeitung). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-002L_S1_Begutachtung_nach_gedecktem_Schädel_Hirn_Trauma_2013-07.pdf

S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen, AWMF-Registernummer: 030/135, Stand: 01.10.2011 (in Überarbeitung). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135L_S2e_Aufmerksamkeitsstörungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf

S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen, AWMF-Registernummer: 030/124, Stand: September 2012 (in Überarbeitung). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-124L_S2e_Gedächtnisstörungen_Diagnostik_Therapie_2012-verlängert.pdf

S2e-Leitlinie Exekutive Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen, Diagnostik und Therapie, AWMF-Registernummer: 030/125, Stand: 18.11.2011 (in Überarbeitung). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-125L_S2e_Exekutive_Dysfunktionen_neurologische_Erkrankunge_2014-abgelaufen.pdf

S2e-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, AWMF-Registernummer: 008/001, Stand: 02.12.2015, gültig bis 01.12.2020. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/008-001L_S2e_Schaedel-hirntrauma_SHT_Erwachsene_2016-06.pdf

Wallesch, C.W., Curio, N., Kutz, S., Jost, S., Bartels, C. & Synowitz, H. (2001) Outcome after mild-to-moderate blunt head injury: effects of focal lesions and diffuse axonal injury; *Brain Injury*, 15, 401–412.

Manuskript eingereicht: 19.05.2018

Nach Revision angenommen: 31.05.2018

Interessenkonflikt: Nein

Lisa Schock

Krengelstr. 116–118

46539 Dinslaken

Deutschland

lisa.schock@gz-lang.de