



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

**Herzlich willkommen zur**

**14. Jahrestagung**

**der**

**Österreichischen Wachkoma Gesellschaft**

---



## Anmeldung

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

- JA, ich werde an der Jahrestagung der Österreichischen Wachkoma Gesellschaft am 16.10.2015 teilnehmen.

Anmeldung per Fax: (01) 804 83 84

Anmeldung per E-Mail: [info@wachkoma.at](mailto:info@wachkoma.at)

Anmeldung per Post: Österreichische Wachkoma Gesellschaft

ZVR-Zahl: 895272643

NEUE Adresse!  
c/o Pflegewohnhaus Donaustadt  
Langobardenstr. 122 a  
1220 Wien

Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Anmeldung bis zum 2. Oktober 2015. (Begrenzte Teilnehmerzahl!)

## Jahrestagung 2015

in Kooperation mit der Österreichischen  
Gesellschaft für Neurorehabilitation und dem  
Wiener Krankenanstaltenverbund

„Wenn Wachkomapatienten krank  
werden. Komplikationen – verhindern,  
erkennen, behandeln. Prävention,  
Therapie, Prophylaxe“

Zeit:

Freitag, 16. Oktober 2015,  
09.00 bis 16.50 Uhr

Ort:

Mehrzwecksaal  
Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital  
Langobardenstr. 122, 1220 Wien

Ehrenschutz:

Sozialminister Rudolf Hundstorfer  
Gesundheitsministerin Dr. Sabine Oberhauser





# Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

**Moderation:** Dr. Bernd Kraftner & Dr. Johann Donis

**09.00 - 09.10** Dr. Johann Donis  
*Begrüßung*

**09.10 - 09.30** Sozialminister Rudolf Hundstorfer  
Univ.Prof. Dr. Walter Oder  
Dr.SusanneDrapalik  
*Eröffnung*

**09.30 – 10.00** Gabriele Seifert  
*„Wenn Wachkomapatienten krank werden“*

**10.00 – 10.30** DGKS Anita Steinbach & DGKP Hermann Resch  
*„Wenn etwas nicht stimmt – Stellenwert der Pflege im Management von Komplikationen. Kranken-Beobachtung“*

**10.30 – 11.00** KAFFEEPAUSE

**11.00 – 11.30** Univ. Prof. Dr. Wolfgang Popp  
*„Fieber, Sepsis, Pneumonie“*

**11.30 – 12.00** Univ.Prof. Dr. Heinrich Binder  
*„Vegetative Entgleisungen – Dysautonomie“*

**12.00 – 12.30** Dr. Sylvia Hartl  
*„Tracheostomie, Trachealkanüle - Ängste, Fragen – Lösungen“*

**12.30 – 13.30** MITTAGSPAUSE

**13.30 – 14.00** Dr. Monika Murg-Argeny  
*„PEG- Sonde - Komplikationen – Leben am Schlauch“*

**14.00 – 14.30** PD Dr. Karin Diserens  
*„Bedrest Syndrom– Neurosensorielle Stimulation beim bewusstseinsgestörten Patienten: Praevention oder Rehabilitation“*

**14.30 – 15.00** Dr. Elisabeth Zwettler, Co-Autoren: Dr. Bastian Oppl & OA PD Dr. Jochen Zwerina  
*„Wachkoma und Osteoporose – über die (Un)Vermeidbarkeit von Knochenbrüchen“*

**15.00– 15.30** KAFFEEPAUSE

**15.30– 16.00** Univ.Doz. Dr. Friedrich Breier, Co-Autor: Sabine Popp  
*„Problemfeld Haut – Dekubitus“*

**16.00– 16.30** Prof. Dr. Andreas Zieger  
*„Krank macht, was kränkt“*

**16.30 – 16.50** Dr. Johann Donis  
*„The Terri Schiavo Lecture – Über die Einfachheit der Wachkomabetreuung“*

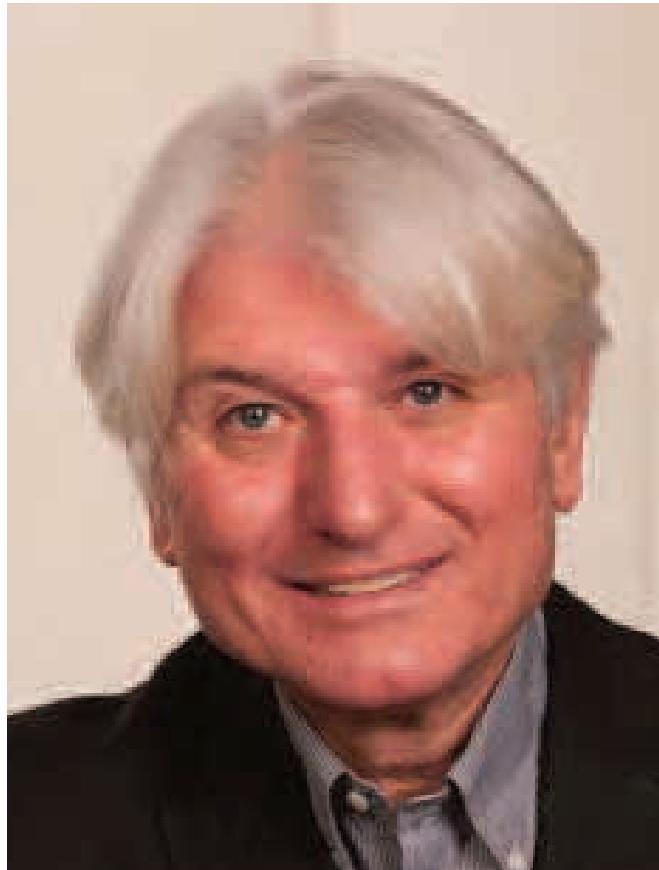
Abschließende Worte & Ende



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

Durch die Tagung führen Sie



**Johann Donis & Bernd Kräftner**

Jahrestagung 2015



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---





Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

**Herzlich willkommen zur**

**14. Jahrestagung**

**der**

**Österreichischen Wachkoma Gesellschaft**

---



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

# Wachkom**Award**

für  
besondere Verdienste  
für  
**Menschen im Wachkoma**



Jahrestagung 2015



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

# Wachkom**Award**



**BM Rudolf Hundstorfer**

Jahrestagung 2015





Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

## Wenn Wachkomapatienten krank werden

### Jahrestagung 2015

Österreichischen **Wachkoma** Gesellschaft

---



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

## Gespräch : Wenn Wachkomapatienten krank werden



Jahrestagung 2015

**Gabriele & Werner Seyfert**



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

## Wenn Wachkomapatienten krank werden

### Jahrestagung 2015

Österreichischen **Wachkoma** Gesellschaft

---



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

**PAUSE**



**Jahrestagung 2015**

**Österreichischen Wachkoma Gesellschaft**

---



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

## Wenn Wachkomapatienten krank werden

### Jahrestagung 2015

Österreichischen **Wachkoma** Gesellschaft

---



# Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

**Moderation:** Dr. Bernd Kraftner & Dr. Johann Donis

**09.00 - 09.10** Dr. Johann Donis  
Begrüßung

**09.10 - 09.30** Sozialminister Rudolf Hundstorfer  
Univ.Prof. Dr. Walter Oder  
Dr.SusanneDrapalik  
Eröffnung

**09.30 - 10.00** Gabriele Seifert  
„Wenn Wachkomapatienten krank werden“

**10.00 - 10.30** DGKS Anita Steinbach & DGKP Hermann Resch  
„Wenn etwas nicht stimmt – Stellenwert der Pflege  
im Management von Komplikationen, Kranken-  
Beobachtung“

**10.30 - 11.00** KAFFEEPAUSE

**11.00 - 11.30** Univ.Prof. Dr. Wolfgang Popp  
„Über, Sepsis, Pneumonie“

**11.30 - 12.00** Univ.Prof. Dr. Heinrich Binder  
„Vegitative Entgleisungen – Dysautonomie“

**12.00 - 12.30** Dr. Sylvia Hartl  
„Tracheostomie, Trachealkanüle -  
Ängste, Fragen – Lösungen“

**12.30 – 13.30** MITTAGSPAUSE

**13.30 – 14.00** Dr. Monika Murg-Argem  
„PEG-Sonde - Kommunikation – Leben am Schlauch“

**14.00 – 14.30** PD Dr. Marlene Strenz  
Bedre. Scharom – Neurosensorielle Stimulation beim  
bewusstseinsgestörten Patienten: Prävention oder  
Rehabilitation“

**14.30 – 15.00** Dr. Elisabeth Zwettler, Co-Autoren: Dr. Bastian Oppl &  
OA PD Dr. Jochen Zwerina  
„Wachkoma und Osteoporose – über die  
(Un)Vermeidbarkeit von Knochenbrüchen“

**15.00– 15.30** KAFFEEPAUSE

**15.30– 16.00** Univ.Doz. Dr. Friedrich Breier, Co-Autor:  
„Problemfeld Haut – Dekubitus“

**16.00– 16.30** Prof. Dr. Andreas Zieger  
„Krank macht, was kränkt“

**16.30 – 16.50** Dr. Johann Donis  
„The Terri Schiavo Lecture – Über die Einfachheit  
der Wachkomabetreuung“

Abschließende Worte & Ende



## 2 einfache Fragen:

- 1. Sollen wir Menschen im Wachkoma behandeln und betreuen?**
  
- 2. Und wie?**





## Sollen wir sie behandeln...? ...wenn sich ja doch nichts mehr ändert?

- **B. Jennett & F. Plum 1972**

„Persistent vegetative state after brain damage:  
A syndrome in search of a name“

Lancet, 1972

- Nach 1 Monat: persistent VS
- Nach 1 Jahr : permanent VS
- **Prinzipielle Rückbildungsfähigkeit nur bis zu 1 Jahr**





NEUROLOGY 1989;39:125-126

# **Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient**

Adopted by the Executive Board, American Academy of Neurology, April 21, 1988, Cincinnati, Ohio.



# Österreichische Wachkoma Gesellschaft

Adopted by the Executive Board, American Academy of Neurology, April 21, 1988, Cincinnati, Ohio.

I. The persistent vegetative state is a form of eyes-open permanent unconsciousness in which the patient has periods of wakefulness and physiological sleep/wake cycles, but at no time is the patient aware of him- or herself or the environment. Neurologically, being awake but unaware is the result of a functioning brainstem and the total loss of cerebral cortical functioning.

A. No voluntary action or behavior of any kind is present. Primitive reflexes and vegetative functions that may be present are either controlled by the brainstem or are so elemental that they require no brain regulation at all.

Although the persistent vegetative state patient is generally able to breathe spontaneously because of the intact brainstem, the capacity to chew and swallow in a normal manner is lost because these functions are voluntary, requiring intact cerebral hemispheres.

B. The primary basis for the diagnosis of persistent vegetative state is the careful and extended clinical observation of the patient, supported by laboratory studies. Persistent vegetative state patients will show no behavioral response whatsoever over an extended period of time. The diagnosis of permanent unconsciousness can usually be made with a high degree of medical certainty in cases of hypoxic-ischemic encephalopathy after a period of 1 to 3 months.

C. Patients in a persistent vegetative state may continue to survive for a prolonged period of time ("prolonged survival") as long as the artificial provision of nutrition and fluids is continued. These patients are not terminally ill.

D. Persistent vegetative state patients do not have the capacity to experience pain or suffering. Pain and suffering are attributes of consciousness requiring cerebral cortical functioning, and patients who are permanently and completely unconscious cannot experience these symptoms.

There are several independent bases for the neurological conclusion that persistent vegetative state patients do not experience pain or suffering.

First, direct clinical experience with these patients demonstrates that there is no behavioral indication of any awareness of pain or suffering.

Second, in all persistent vegetative state patients

studied to date, postmortem examination reveals overwhelming bilateral damage to the cerebral hemispheres to a degree incompatible with consciousness or the capacity to experience pain or suffering.

Third, recent data utilizing positron emission tomography indicates that the metabolic rate for glucose in the cerebral cortex is greatly reduced in persistent vegetative state patients, to a degree incompatible with consciousness.

II. The artificial provision of nutrition and hydration is a form of medical treatment and may be discontinued in accordance with the principles and practices governing the withholding and withdrawal of other forms of medical treatment.

A. The Academy recognizes that the decision to discontinue the artificial provision of fluid and nutrition may have special symbolic and emotional significance for the parties involved and for society. Nevertheless, the decision to discontinue this type of treatment should be made in the same manner as other medical decisions, ie, based on a careful evaluation of the patient's diagnosis and prognosis, the prospective benefits and burdens of the treatment, and the stated preferences of the patient and family.

B. The artificial provision of nutrition and hydration is analogous to other forms of life-sustaining treatment, such as the use of the respirator. When a patient is unconscious, both a respirator and an artificial feeding device serve to support or replace normal bodily functions that are compromised as a result of the patient's illness.

C. The administration of fluids and nutrition by medical means, such as a G-tube, is a medical procedure, rather than a nursing procedure, for several reasons.

1. First, the choice of this method of providing fluid and nutrients requires a careful medical judgment as to the relative advantages and disadvantages of this treatment. Second, the use of a G-tube is possible only by the creation of a stoma in the abdominal wall, which is unquestionably a medical or surgical procedure. Third, once the G-tube is in place, it must be carefully monitored by physicians, or other health care personnel



## Der Fall Terri Schiavo

KRONEN ZEITUNG, Mi., 23.3.2005

### US-Bundesrichter entschied: Komapatientin darf sterben!

Tampa, - Die Eltern der Komapatientin Terri Schiavo scheinen den Kampf um das Leben ihrer Tochter verloren zu haben: Auch Bundesrichter James Whittemore entschied, dass die künstliche Ernährung nicht wieder aufgenommen wird. Nach Einschätzung der Ärzte wird die 41-Jährige nun binnen zwei Wochen sterben.

Terri liegt seit 1990 im Wachkoma. Am Freitag war ihr nach dem Urteil eines Richters in Florida die Magen-sonde entfernt worden. Daraufhin verabschiedete der Kongress im Eiltempo ein Sondergesetz, dass den Eltern die Klage vor einem bislang nicht zuständigen Bundesgericht ermöglicht hatte.



Terri Schiavo mit ihrer Mutter. Seit 15 Jahren liegt die 41-jährige Frau im Koma. Ihre Eltern kämpfen für ihr Leben, während Ehemann Michael Sterbehilfe erreichen möchte.

#### Beten für Terri

Schon einmal habe ich Ihnen von meiner Tochter Manuela geschrieben, die wie Terri im Wachkoma ist. Es ist für mich unvorstellbar, dass ein Gericht entscheidet, Manuela muss verdursten und verhungern. Ich sehe Manuela an und weine, weil ich Terri vor mir sehe. Diese Men-

schen werde nicht „künstlich“ am Leben erhalten. Sie bekommen Trinken und Essen, weil sie es alleine nicht können.

All die Emotionen – lachen, weinen – sind da. Ich sehe es bei Manuela. So viel ich weiß, ist Terri auch nicht an Geräten angeschlossen, um sie am Leben zu erhalten.

Was würde Terris Ehemann sagen, wäre er in dieser Lage! Ich bitte alle Leser, beten Sie für Terri, dass sie leben kann! Darf!

Rosemarie Fellner, St. Pölten

#### Komapatientin

Das Thema der letzten Tage ist die Komapatientin in den USA. Ich frage mich nur, wie das jetzt ist, nachdem die Ärzte die Magen-sonde entfernt haben. Muss sie jetzt einfach verhungern? Bekommt sie das etwa mit, dass sie verhungert? Eine grausame Vorstellung!

Nicht einmal Kriegsgefangene werden so menschenunwürdig behandelt. Warum hat man ihr nicht einfach eine Spritze gegeben damit sie gleich einschläft. Da man sie eh schon zum Sterben „freigegeben“ hat, könnte man ihr die letzten 14 Tage Leid doch ersparen. Für die Patientin wäre es auf jeden Fall ein schönerer Tod.

Comelia Schruf, Schwarzwald im Gebirge

KURIER, Do. 23.3.2006

INTERNATIONAL  
VEREINIGTE STAATEN

### Fall Schiavo: Berufungsgericht lehnt Zwangsernährung ab

Eltern der Koma-Patientin rufen nächste Instanz an, doch die Zeit wird knapp

**T**erri Schiavo bleibt ohne Nahrung. Dies entschied das Berufungsgericht von Atlanta, Georgia, das damit den fünfzigsten der 41-jährigen Koma-Patientin auf Wiedereraufnahme der Versorgung ablehnte.

Florida Behörden erwogen nun, Sterbehilfe für Schiavo, um sie vor dem Tod zu bewahren. Ein bekannter Neurologe sei zum Schützen gekommen, ihr Zustand sei unter Umständen falsch diagnostiziert worden, sagte Floridas Gouverneur Jeb Bush am Mittwoch.

Zuvor hatte der Kongress in einem spektakulären Verfahren ein Sondergesetz beschlossen, das es ermöglicht, den Streitfall von Bundesinstanzen klären zu lassen. Terri Schiavo sei am 19. März vor einer Herzattacke 1990 mit schwerem Hirnschaden ins Wachkoma. Ihr Mann Michael will das Ende der künstlichen Ernährung durchsetzen und gibt an, damit den Willen seiner Frau zu entsprechen. Terri stirbt, katholische Eltern sehen dies anders.

**HOSPITALITÄT ÖSTERREICH** Es dürfte keine Schwierigkeiten bei der Sterbehilfe geben, in Österreich geben, sagt Captainpräsident Franz Kübler bei einer Pressekonferenz in Wien. Es sei kein Problem, eine entsprechende Entscheidung des Hauptrates, Kübler forderte eine Aufnahme der Hospizarbeit in die Regelfinanzierung,



Verzweifelt: Bob und Mary Schindler



**Sollen wir **nicht** behandeln?**

**Sollen wir behandeln?**

## **2 Entscheidungsmöglichkeiten:**

- **Menschen im Wachkoma sind sterbende Menschen**
- **Right to die**
- **Menschen im Wachkoma sind schwerst kranke, schwerst behinderte Menschen**
- **right to live**



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

# Royal Dutch Medical Association 1997

*Committee on the Acceptability  
of the termination of life (CAL)*

- **Weiterführung einer Behandlung steht im Gegensatz zur menschlichen Würde**

*Continuing treatment is contrary to human dignity*

- **Weiterführung einer Behandlung ist sinnlos**

*Continuing treatment is futile*



## Right to die

- **verstärkter Wunsch nach Formen der Sterbehilfe in fast allen Industrieländern**

### Niederlande:

- aktive Sterbehilfe seit 1994 geduldet, seit 2002/2014 legalisiert
- Tötung auf Verlangen erlaubt
- keine Strafverfolgung der "Todesärzte" („Lebensendekliniken“)
- **Kriterienkatalog:**
  - Der Todeskandidat muss seinen Wunsch zu sterben unbeeinflusst und bei klarem Bewusstsein erklärt haben
  - Leiden soll nachvollziehbar schwer, unerträglich und durch **keinerlei medizinische Maßnahmen zu lindern** sein.
  - Eine **medizinische Alternative** zur Tötung **gibt es nicht**
  - Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten gilt der mutmaßliche Wille



## ...der mutmaßliche Wille

Was immer wir tun es sollte im Interesse des Patienten eine „best interest“ Entscheidungen sein

- Was liegt im Interesse des Patienten?
- Ist der Nutzen der Behandlung größer als sein Nachteil?
- Können Töten oder Sterbenlassen „best interest“ sein?
- Wenn ja, wie soll das Leben beendet werden?
  - DNR
  - interkurrente Erkrankungen nicht behandeln (Pneumonie, Sepsis, Nephrolithiasis, Cholezystitis, etc.)?
  - Grunderkrankungen nicht behandeln (Hypertonie, VH Flimmern, Diabetes, etc.)
  - Ernähren? (Behandlung oder Pflege oder Grundrecht?)
  - Aktives Töten? (wer soll es tun? Wann? warum gerade jetzt? wie?)



## ...der mutmaßliche Wille

**43 VS/UWS-Patienten verstorben  
2000- 2003:**

- **24 durch Nichtbehandlung von Komplikationen**
- **10 durch Komplikationen trotz Behandlung**
- **9 durch Beendigung der Behandlung incl. Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug**





**Sollen wir **nicht** behandeln?**

**Sollen wir behandeln?**

## **2 Entscheidungsmöglichkeiten:**

- Menschen im Wachkoma sind sterbende Menschen
- right to die
- **Menschen im Wachkoma sind schwerst kranke, schwerst behinderte Menschen**
- **Right to live**



## **Right to live: UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**

**Die Konvention wurde von Österreich am 26. Oktober 2008 ratifiziert**

- **Es geht um die Umsetzung anerkannter und zuerkannter Menschenrechte**
- **Rahmenbedingung, an die man sich in Österreich zu halten hat !**
  - Artikel 10 (**Right to live**),
  - Artikel 25 (**Health**)
  - Artikel 26 (**Habilitation and Rehabilitation**)

vergl: Naue 2011, Jahrestagung der Österr.Wachkoma Gesellschaft



## UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

### Artikel 10: Right to Life - Recht auf Leben !

- *States Parties reaffirm that every human being has the **inherent right to life** and shall take all necessary measures to ensure its effective enjoyment by persons with disabilities on an equal basis with others.*
- Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass **jeder Mensch ein angeborenes Recht auf Leben** hat, und treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um den wirksamen und gleichberechtigten Genuss dieses Rechts durch Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.
- **Wachkoma:** Es gibt kein anderes Krankheitsbild bei dem die **Frage der Sinnhaftigkeit jeder weiteren Behandlung** und die **Frage nach dem Recht auf Leben so zentral im Vordergrund stehen.**



## UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

### Artikel 25: Health – Gesundheit

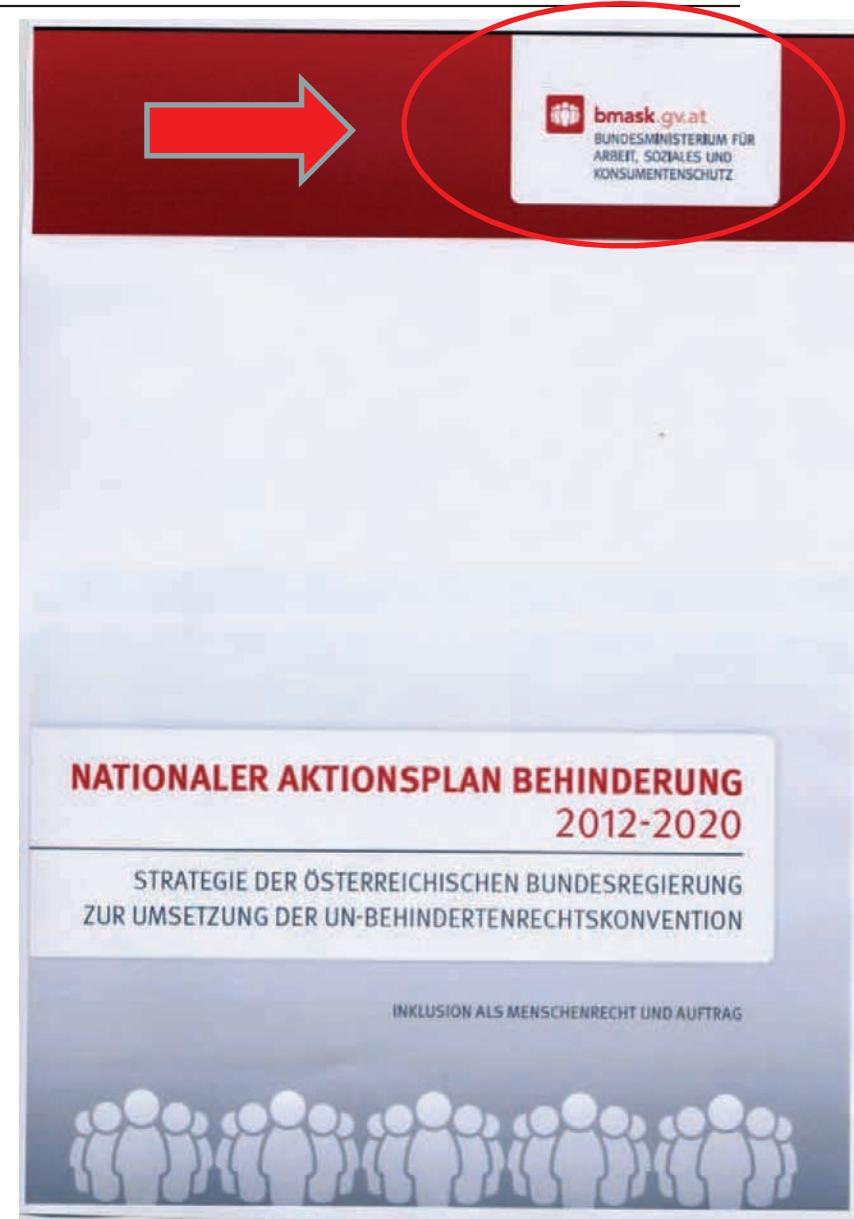
- Mit Artikel 25 (Gesundheit) verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen einen unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen, ...
- Es sind auch die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, einschl. Früherkennung und Frühförderung, sowie Leistungen durch die weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen.

(vergl.: [www.harry-fuchs.de/](http://www.harry-fuchs.de/) integrierteVersorgung)



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

**NAP:**  
**Nationaler Aktionsplan**  
**Behinderung**  
**2012-2020**





Eine spezifische Herausforderung an das Gesundheits- und Sozialsystem ergibt sich im Zusammenhang mit den ca. 800 in Österreich lebenden **Wachkoma-Patienten/innen**. Diese schwerst behinderten Menschen benötigen neben medizinischer Behandlung vor allem auch Rehabilitation und intensive pflegerische Langzeitbetreuung in einer Institution oder daheim.

### 7.3.2 ZIELSETZUNGEN

- » Ausgebaut werden sollen vor allem folgende Zweige der Rehabilitation: die **psychiatrische** und die **onkologische** Rehabilitation (Krebspatienten). Die ambulante Rehabilitation wird derzeit erprobt und je nach Erfüllung der Voraussetzungen in Ballungsräumen zur Anwendung kommen.
- » Das Angebot an Früh- und Langzeitrehabilitation für **Menschen im Wachkoma**, ergänzt durch ein interdisziplinäres Case Management, soll verbessert werden, um insbesondere das familiäre bzw. persönliche Umfeld der Wachkoma-Patienten/innen zu entlasten.



## 2 einfache Fragen:

### 1. Sollen wir Menschen im Wachkoma behandeln und betreuen?

**Antwort:**

- Menschen im Wachkoma sind schwerst kranke und schwerst behinderte Menschen mit einem Recht auf Leben und einer adaequaten Behandlung und Langzeit-Betreuung/Rehabilitation

### 2. Und wie?



## 2 einfache Fragen:

**1. Sollen wir Menschen im Wachkoma behandeln und betreuen?**

**2. Und wie?**

- 1. Bis wie lange behandeln?**
- 2. Auf welcher Grundlage behandeln?**
- 3. Was ist zu behandeln?**
- 4. Wer, Wo und Wie behandeln?**





# Wie lange? Prognose Wachkoma neue Erkenntnisse!

**Late recovery after traumatic, anoxic, or hemorrhagic long-lasting vegetative state**

**ABSTRACT**

**Objectives:** Late recovery of responsiveness in vegetative state (VS) is considered an adverse outcome, and has been reported previously after traumatic brain injury (TBI). The present study aimed to verify frequency of late recovery later than 1 year postinjury in 7 months survivors in patients without TBI of responsiveness and consciousness in traumatic, anoxic, or hemorrhagic more than 6 months after onset VS.

**Methods:** Fifty patients with long-lasting VS (traumatic, 70; 30% hemorrhagic, and 20% were excluded and followed up for a mean of 25.7 months from onset (Estraneo et al., 2010). Level of responsiveness and functional disability were evaluated by means of a score (Coma Recovery Scale-Revised and Disability Rating Scale).

**Results:** At the end of the study, 23 patients (46%) had died, 27 patients (54%) were in VS patients with TBI 14 (41%) had responsiveness improvement within 12 months postonset. There 10 (30%) patients with TBI and patients without TBI showed late recovery of responsiveness of them 12 (72%) further progressed to consciousness. Late recovery was significantly associated with younger age and was relatively more frequent in TBI. Functional abilities were preserved in all patients.

**Conclusion:** This clinical study demonstrates that late recovery of responsiveness is associated with consciousness in patients with traumatic and nontraumatic VS, although often having disability. *Neurology* 2010;75:240–243.

Estraneo et al, 2010

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 ± SD	43.6 ± 17.6	64.1 ± 14.3	44.2 ± 20.7	51.1 ± 9.6
F/M	3/15	10/8	8/6	21/29
Duration of VS at study entry, mo	11.1 ± 4.8	11.5 ± 5.3	9.1 ± 2.5	10.0 ± 4.5
Length of inpatient rehabilitation stay, mo, mean ± SD	6.4 ± 3.2	4.7 ± 4.1	4.7 ± 3.5	5.3 ± 3.7
Length of follow-up from onset, mo, mean ± SD	28 ± 12.4	25.6 ± 13.5	22.8 ± 12.3	25.7 ± 12.7
Final Outcome				
Death	7	8	6	21 42%
VS	3	9	5	17
MCS	3	1	1	5
Consciousness	5	—	2	7 24/41%
Timing of recovery of responsiveness in survivors, mo				
<12	2	—	—	2
12-16	3	1	2	6
19-24	2	—	1	3
>24	1	—	—	1 83%

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



## Prognose Wachkoma – neueste Erkenntnisse! ...ein Paradigmenwechsel!

Over the last decade research with DOC has suggested that the **prognosis**... for functional recovery is **surprisingly positive**.

...recovery proceeds for **longer intervals** than previously appreciated.

→ ...a high proportion of **deaths** occurring in the first days...result from decisions to forego treatment.

...families making ethically **critical decisions** on the basis of **misinformation**

...it is difficult to **assess prognosis**...during the **early period**

→ ...that who fail...progress would be triaged to **nursing facilities**...but with **well developed rehabilitation plans** in place...



# Auf welcher Grundlage? Bedürfnissen von Menschen im Wachkoma !

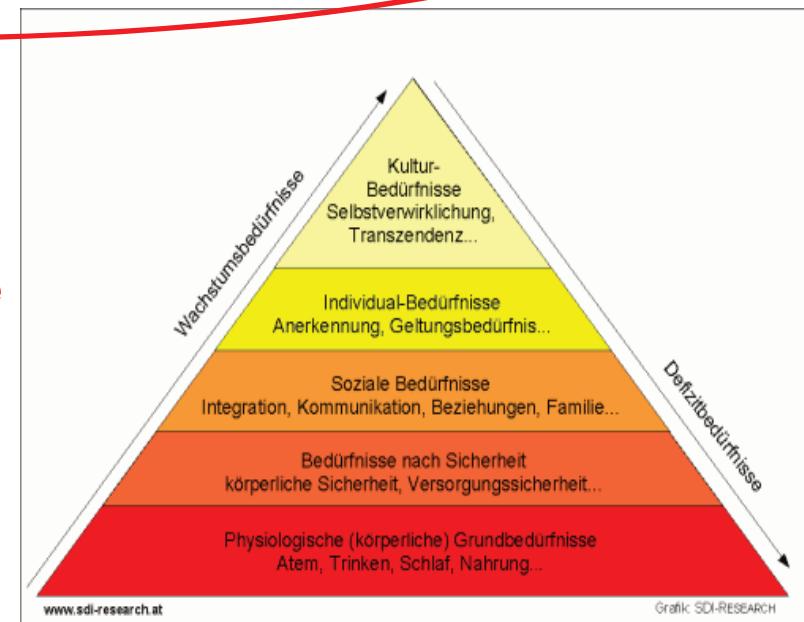
*Physiologische Bedürfnisse:* Luft, Nahrung, Flüssigkeit, Schlaf, Erholung, Bewegung, Schmerz- und Symptommanagement

*Bedürfnis nach Sicherheit:* Schutz vor Bedrohungen, langfristige Sicherstellung der Pflege, Betreuung, gesicherte rechtzeitige medizinische Behandlung, Prävention von Komplikationen, rechtzeitige Information über Veränderung, geordnetes Verhalten des Personals, einheitliche, zuverlässige Strukturen, finanzielle Sicherheit

*Bedürfnis nach sozialem Kontakt:* Berührung, Zuwendung, Einbeziehung der Familie

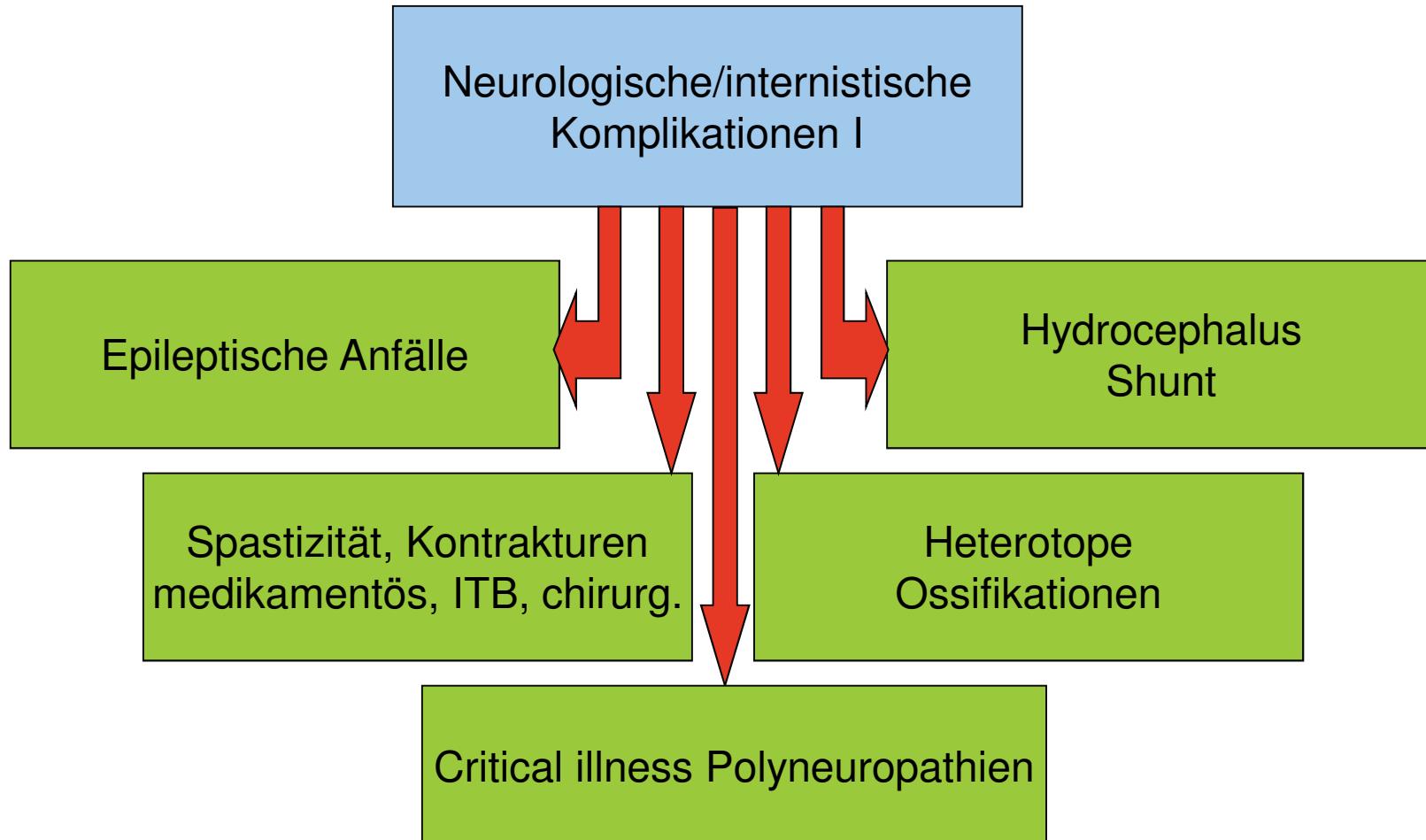
*Bedürfnis nach Anerkennung:* respektvoller Umgang, Wertschätzung, Inklusion / Teilhabe

*Bedürfnis nach Selbstverwirklichung:* so sein dürfen, Akzeptanz, Neuorientierung  
**besondere Form des Lebens**



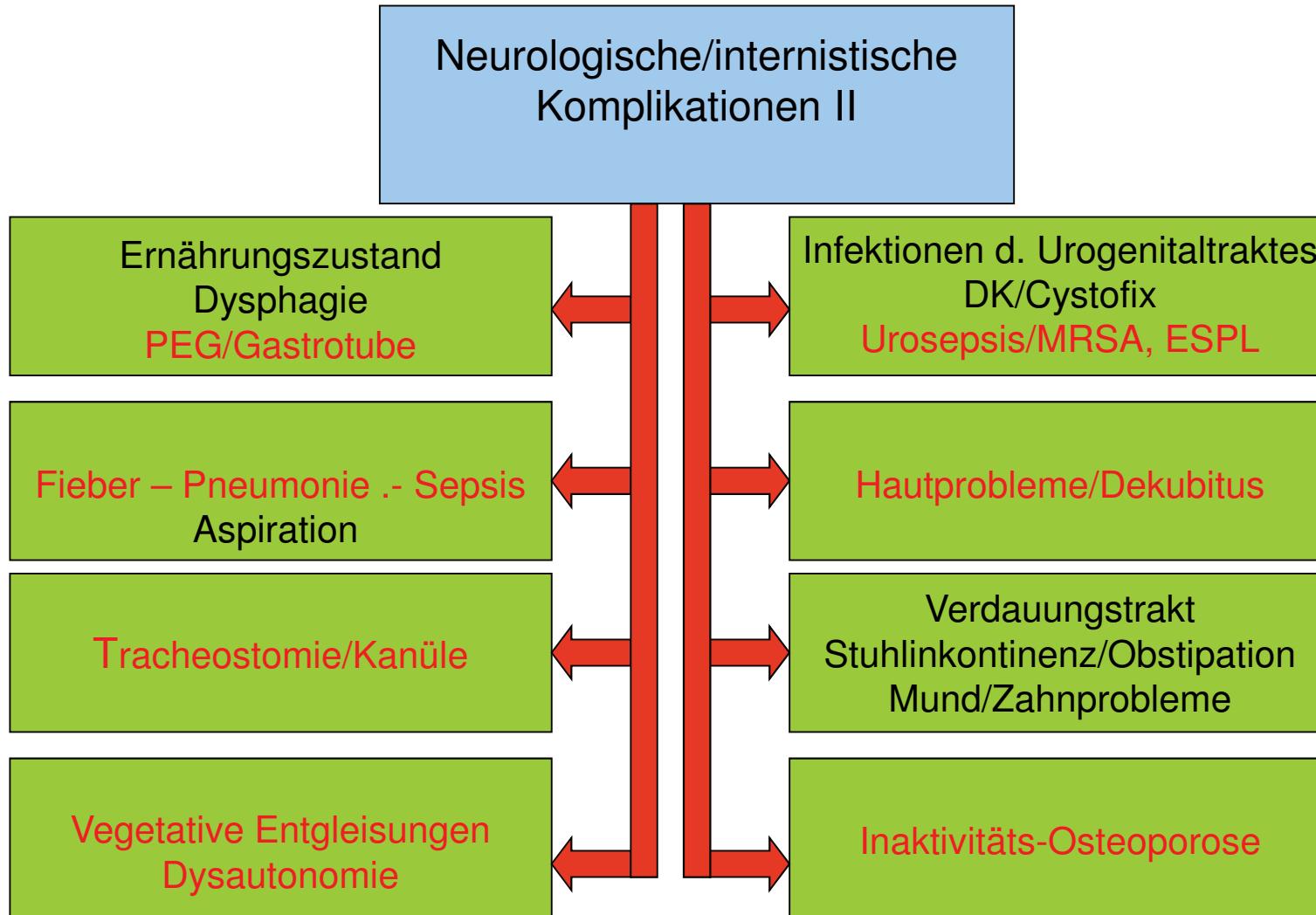


## Was behandeln? Therapeutisches Management von Komplikationen (n. K. Andrews)





## Was behandeln? Therapeutisches Management von Komplikationen





## Wer, Wo, Wie: Strukturqualität

### Infrastruktur:

- Patientenzimmer
  - Spezialbetten, Schienenmaterial, Lagerungsmaterial, etc., Multifunktions-Rollstuhl, med. Gase, Vakuum
  - einfaches Monitoring (RR, Puls, EKG, O<sub>2</sub> Sättigung)
- Pflege-Badezimmer
- Aufenthaltsraum
- Therapieraum (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- Pflegestützpunkt
- Sozialraum
- Arztzimmer
- Stationsleitungszimmer
- Angehörigenraum
- Besprechungsraum



## Personelle Ressourcen – Arzt

- **Phase F(b) 1:**
  - **Ärztliches Personal** muss zur Sicherstellung eines koordinierten Behandlungskonzeptes ständig in der Einrichtung zur Verfügung stehen
  - Dies bedeutet Anwesenheit eines im Umgang mit Wachkomapatienten **erfahrenen Arztes**, im Ausmaß abgestimmt auf die Anzahl der Wachkomapatienten auf der Station (pro Patient sind mindestens 20 Minuten pro Tag zu kalkulieren - Arzt-Patientenschlüssel: mindestens 1:25) und **tägliche Visiten**
  - Zumindest 1x monatliche Visite durch einen im Umgang mit Wachkomapatienten erfahrenen **FA für Neurologie**
- **Phase F(b) 2:**
  - **Ärztliches Personal** muss zur Sicherstellung eines koordinierten Behandlungskonzeptes zur Verfügung stehen.
  - Dies bedeutet zumindest **wöchentliche** Visiten durch den niedergelassenen Hausarzt.
  - Zumindest 1x monatliche Visite durch einen im Umgang mit Wachkomapatienten erfahrenen **FA für Neurologie**



## Personelle Ressourcen – Arzt

Qualifikationen	Fachkompetenz	Praktische Erfahrung	Sozialkompetenz
	<p><b>Kompetenter Umgang mit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verschiedenen Graden einer Bewusstseinsstörung und Wahrnehmungsstörung</li><li>• Vegetativen Krisen</li><li>• Schluckstörungen</li><li>• Krampfanfällen</li><li>• Spastik, Kontraktuuren</li><li>• Positionierungssmaßnahmen</li><li>• Hautproblemen</li><li>• Infektionen, Problemkeimen</li><li>• Komplikationen</li><li>• Situation und Integration der Angehörigen</li></ul>	<p><b>Praktische Kenntnisse von:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trachealkanülenmanagement</li><li>• PEG/Gastrotube Management</li><li>• Ernährungsmanagement</li><li>• Shuntmanagement</li><li>• Intrathekales Pumpenmanagement</li><li>• Wahrnehmungsfördernde Maßnahmen</li><li>• Hilfsmittelversorgung</li><li>• Case Management</li><li>• Grundlagen der Neurorehabilitation</li><li>• Fort-, Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen für das Team und für weiterbetreuende Personen und Angehörige</li><li>• Dokumentation und Behandlungspläne</li><li>• Qualitätssicherung</li></ul> <p><b>Erkennen von:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Remissionszeichen</li></ul> <p><b>Prakt. Anwendung von:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Scoringmethoden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionale und körperliche Belastbarkeit</li><li>• Multiprofessionelle Teamerfahrung</li><li>• Konfliktfähigkeit</li></ul>



## Personelle Ressourcen - Pflege

- **Phase F(b) 1:**
  - Pflegepersonal -Patientenschlüssel für **Phase F(b) 1: 1,25:1** (inkl. Stationsleitung) davon mind. **75% diplomiertes Pflegepersonal**
- **Phase F(b) 2:**
  - Pflegepersonal -Patientenschlüssel für **Phase F(b) 2: 1:1** (inkl. Stationsleitung) davon mind. **50% diplomiertes Pflegepersonal**



## Personelle Ressourcen - Pflege

	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger	PflegehelferInnen
<b>Mindestqualifikation</b>	Abgeschlossene Berufsausbildung	Abgeschlossene Berufsausbildung
<b>Fachkompetenz (innerhalb von 5a zu erreichen)</b>	Methodenkompetenz: <ul style="list-style-type: none"><li>• Basale Stimulation</li><li>• Kinaesthetics</li><li>• Bobath</li><li>• Affolter</li></ul> Fakultativ andere anerkannte Konzepte zur Wahrnehmungsförderung	Methodenkompetenz: <ul style="list-style-type: none"><li>• Basale Stimulation</li><li>• Kinaesthetics</li><li>• Bobath</li><li>• Affolter</li></ul> Fakultativ andere anerkannte Konzepte zur Wahrnehmungsförderung
<b>Kenntnisse von</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spezielle Kenntnisse in der Neurologie und der neurologischen Behandlungspflege</li><li>• Management der enteralen Ernährung</li><li>• Trachealkanülenmanagement</li><li>• Überwachungsmanagement</li><li>• Management von Assessmentinstrumenten</li><li>• Angehörigenmanagement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spezielle Kenntnisse in der Neurologie und der neurologischen Behandlungspflege</li><li>• Management der enteralen Ernährung</li><li>• Angehörigenmanagement</li></ul>
<b>Sozialkompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionale und körperliche Belastbarkeit</li><li>• Teamlernen</li><li>• Konfliktfähigkeit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionale und körperliche Belastbarkeit</li><li>• Teamlernen</li><li>• Konfliktfähigkeit</li></ul>



## Personelle Ressourcen - MTD

- **Phase F(b) 1:**
  - **Physiotherapeut:** Patientenschlüssel: **1:8**
  - **Ergotherapeut:** Patientenschlüssel: **1:24**
  - **Logopäde:** Patientenschlüssel: **1:32**
  - Die Möglichkeit **alternativer Therapiekonzepte** sollte angeboten werden.
  - Die Möglichkeit einer **neuropsychologischen Betreuung** sollte angeboten werden.
  - Die Leistungen eines **Sozialarbeiters** sollte angeboten werden.
- **Phase F(b) 2:**

folgende Fachdisziplinen des MTD sind **verfügbar** zu halten:

  - Physiotherapeut
  - Ergotherapeut
  - Logopäde
  - Die Möglichkeit alternativer Therapiekonzepte sollte angeboten werden.
  - Die Leistungen eines Sozialarbeiters sollte angeboten werden



## Personelle Ressourcen - MTD

	<b>Physiotherapie</b>	<b>Ergotherapie</b>	<b>Logopädie</b>
<b>Mindestqualifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abgeschlossene in Österreich anerkannte Berufsausbildung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abgeschlossene in Österreich anerkannte Berufsausbildung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abgeschlossene in Österreich anerkannte Berufsausbildung</li></ul>
<b>Fachkompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundausbildung: Ein neurophysiologisches Behandlungskonzept zum Bsp.: Bobath, PNF</li><li>• Durchführung von Assessments</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundausbildung: Ein neurophysiologisches Behandlungskonzept zum Bsp. Bobath, PNF,</li><li>• spezielle Förderkonzepte z.B. Affolter, Präaffolter</li><li>• Praxis im Bereich Herstellung und Anpassung von Handlagerungsschienen und Hilfsmittelversorgung</li><li>• Durchführung von Assessments</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundausbildung: Fortbildung zum Thema Dysphagie und Tracheotomie-/ Kanülenmanagement</li><li>• Ein neurophysiologisches Behandlungskonzept zum Bsp: Bobath, FOTT, ORT nach Castillo Morales</li><li>• Durchführung von Assessments</li></ul>
<b>Kenntnisse von</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• weiterführende Konzepte: von zum Bsp. Brunkow, Vojta, Hanke-Konzept, FOTT etc.</li><li>• spezielle Förderkonzepte: Affolter, basale Stimulation, Kinaesthetics,</li><li>• ergänzende Behandlungstechniken: Lymphdrainage, Manuelle Therapiekonzepte, Atemtherapie, Craniosacraltherapie, Viszerale Manipulation</li><li>• Hilfsmittelversorgung: Rollator; Rollstuhlversorgung / -anpassung; orthopäd. Schuhversorgung, Schienenversorgung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• weiterführende Konzepte: von zum Bsp. Spezielle Förderkonzepte: basale Stimulation, Kinaesthetiks, FOTT, Ergänzende Behandlungstechniken: z.B. Redressierendes Gibsen, Craniosakraltherapie, Cyriax</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• weiterführende Konzepte: von zum Bsp. FOTT Gesicht, FOTT Tracheo, NET nach Castillo Morales, PNF</li><li>• Fortbildungen zum Thema Dysphagie und Tracheotomie/ Kanülenmanagement</li><li>• Spezielle Förderkonzepte: von zum Bsp. Basale Stimulation</li><li>• Ergänzende Behandlungstechniken: von zum Bsp. Atemtherapie, Craniosakraltherapie</li></ul>
<b>Sozialkompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emotionale und körperliche Belastbarkeit -</li><li>• Teamlernen –</li><li>• Konfliktfähigkeit</li></ul>		



## Strukturqualität

- **Schulungskonzept und Förderung von MitarbeiterInnen:**
  - Schulungsbedarfsermittlung
  - Schulungsplan
  - Teilnahme an Supervisionen, Coachings oder Einzelreflexionen
- **Kommunikationsstruktur (für MitarbeiterInnen, Angehörige):**
  - **interdisziplinäre Patientenbesprechung** pro Patient
  - regelmäßigen **Angehörigentreffen** zum Informationsaustausch
  - **psychologischen Unterstützung** der Angehörigen
  - **Unterstützung** der Angehörigen durch **Sozialarbeiter**
  - Bestehende **Selbsthilfegruppen** von Angehörigen sind durch die Einrichtung zu unterstützen
  - **fachliche Beratung und Einschulung** von Angehörigen durch Experten der Einrichtung
  - **Sprechstunden** für die Angehörigen



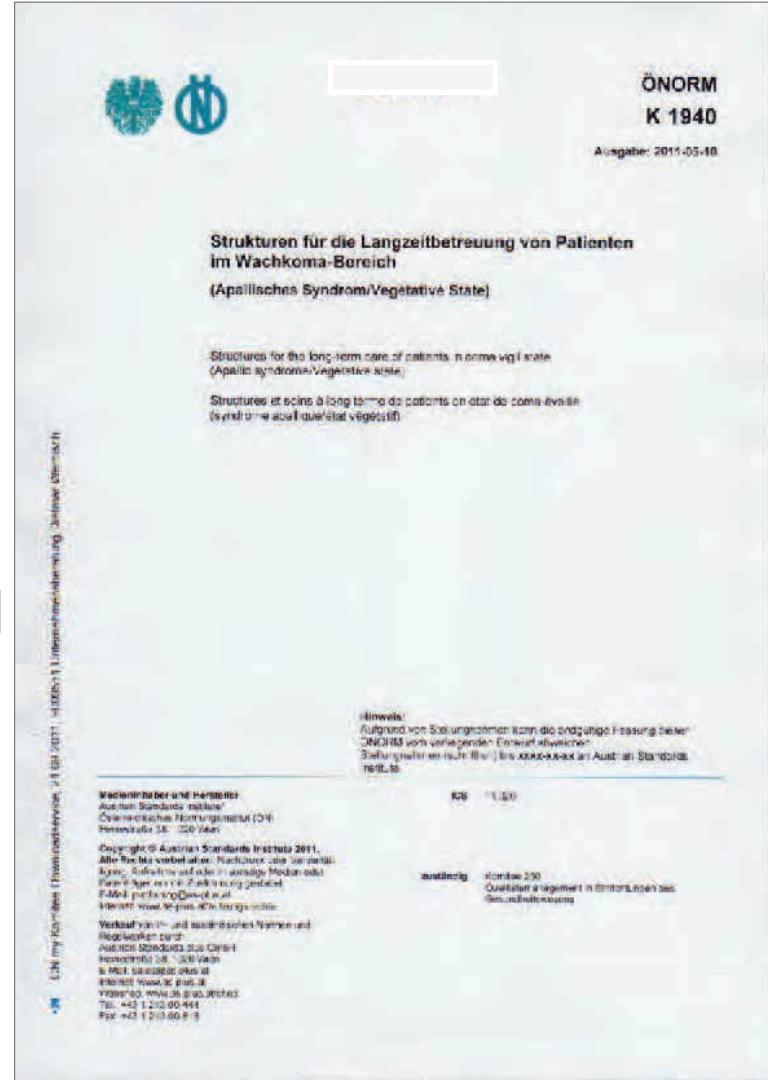
## Prozessqualität

- **Therapeutischen Maßnahmen (Medizin, Pflege Therapie):**
  - Die Einrichtung hat ein Therapiemanagement festzulegen, das den Ablauf und Zuständigkeit aller medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen beinhaltet, abgestimmt auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten.
  - Eine gemeinsame Abstimmung (interdisziplinären Patientenbesprechungen, etc.) zwischen den Berufsgruppen der Einrichtung hat mindestens vierteljährlich zu erfolgen.
- **Pflege Maßnahmen:**
  - Die Einrichtung hat Pflegemaßnahmen nach dem Stand der Technik und den Pflegeprozess gemäß den gesetzlichen Vorgaben durchzuführen.
  - Im Bereich der Pflege sind adäquate Pflegekonzepte, sowie die Festlegung von Pflegetheorien Voraussetzung dafür. Darauf basierend sind Arbeitsorganisationsformen auszuarbeiten und einzuführen.



## ÖNORM K1940 (2011):

**Definition und Festlegen  
von Qualitätsstandards  
für die Langzeitbetreuung  
von  
Menschen im Wachkoma**





## 2 einfache Fragen:

### **1. Sollen wir Menschen im Wachkoma behandeln und betreuen?**

**Antwort:**

- **Menschen im Wachkoma sind schwerst kranke und schwerst behinderte Menschen mit einem Recht auf Leben und einer adaequaten Behandlung und Langzeit-Betreuung/Rehabilitation**

### **2. Und wie?**

**Antwort:**

- **Die Behandlung und Betreuung von Menschen im Wachkoma erfordert eine hohe fachliche wie menschliche Qualifikation aber auch eine klare Struktur- und Prozessqualität im stationären wie im extrastationären (häuslichen) Bereich**



**qualityaustria**  
Erfolg mit Qualität

# ZERTIFIKAT

Die Quality Austria Trainings-, Zertifizierungs- und Begutachtungs GmbH verleiht folgender Organisation ein qualityaustria Zertifikat auf:

**Pflegewohnhaus Donaustadt  
Ableitung für Neurologie  
Zentrum für Wachkomabetreuung  
AT-1225 Wien, Langobardgasse 12a**

**Zentrum für Wachkomabetreuung**  
Neurologische Pflege

**Langzeitbetreuung für Wachkomapatienten**

**Die Gültigkeit dieses quality-austria Zertifikates wird durch jährliche Überwachungsaudits und dreijährige Verlängerungsaudits aufrechterhalten. Zertifikat gilt nur in Verbindung mit einem gültigen quality-austria ISO 9001 Zertifikat.**

**QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMS**  
entsprechend den Forderungen der  
**ÖNORM K1940,**  
„Strukturen für die Langzeitbetreuung von Patienten im Wachkoma-Bereich“, Ausgabe 2011

Registriernummer: 00005/0  
Entscheidung: 9. Mai 2012  
Gültig bis: 10. Juli 2018

Wien, am 20. Jhd. 2015

Quality Austria Trainings-, Zertifizierungs- und Begutachtungs GmbH,  
A-1210 Wien, Zillingergasse 10/3

**Unterschriften aus Sicherheitsgründen entfernt**

Reinhard Schöberl  
Finanzbuchhalter

Erichard Haas, MA  
Fachberater

Die aktuelle Gültigkeit des Zertifikates ist ausschließlich in Internet unter  
<http://www.quality-austria.at> überprüfbar. Gültigkeit: 5/2015



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---





Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

## Wenn Wachkomapatienten krank werden

### Jahrestagung 2015

der

## Österreichischen **Wachkoma** Gesellschaft

---



# Herzlichen Dank

Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz

Bundesministerin für Gesundheit,

amtsf. Stadträtin für Gesundheit und Soziales in Wien,

Wiener Krankenanstaltenverbund - TUPWH

Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital

Direktorium des Pflegewohnhauses Donaustadt

Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation,

Vortragende aus dem In- und Ausland der Jahrestagung 2015,

Repräsentanten aus den Bundesländern,

Akademie für Fort- und Sonderausbildung am AKH

MitarbeiterInnen, Mitglieder und Sponsoren der

Österreichischen Wachkoma Gesellschaft,

MitarbeiterInnen des Zentrums für Wachkomabetreuung

der Neurologischen Abteilung,

Angehörige und Patienten

und Ihnen allen...



und.....



Österreichische **Wachkoma** Gesellschaft

---

**Wir freuen uns, Sie wieder bei der**

**Jahrestagung 2016**

**Österreichischen Wachkoma Gesellschaft**

---

**21. Oktober 2016  
begrüßen zu dürfen**

**Thema:**

**„Vielleicht geht es doch daheim -  
Betreuung von Menschen im Wachkoma  
zu Hause“**