

Glasgow Outcome Scale - Extended (GOSE) - German Version

Name des Patienten: _____ Datum der Befragung: _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Verletzung: _____ Geschlecht: M / W

Alter bei der Verletzung: _____ Zeitraum seit der Verletzung: _____

Antwortender: Patient alleine ____ Angehöriger/ Freund/ Betreuer alleine ____
 Patient + Angehöriger/ Freund/ Betreuer ____

Interviewer: _____

BEWUSSTSEIN

1. Ist die Person mit der Hirnverletzung fähig, einfache Anweisungen auszuführen oder zu sprechen? 1 = Nein (VS)
 2 = Ja

Jeder, der einfache Anweisungen ausführen kann, einzelne Worte äußert oder auf andere Weise kommunizieren kann, gilt nicht länger als jemand, der sich in einem vegetativen Zustand (VS) befindet. Augenbewegungen gelten nicht als zuverlässiger Beweis für ein sinnvolles Antwortverhalten. Bitte halten Sie Rücksprache mit dem Pflegepersonal. Die Bestätigung eines VS erfordert eine vollständige Untersuchung gemäß den „Royal College of Physician Guidelines“.

UNABHÄNGIGKEIT IM HAUSHALT

2a Ist die Unterstützung einer anderen Person im Haushalt für die Ausführung einer Alltagsaktivität täglich erforderlich? 1 = Nein
 2 = Ja

Bei der Antwort „Nein“ sollte er/sie in der Lage sein, wenn nötig, sich 24 Stunden zu Hause selbst zu versorgen, auch wenn er/sie sich normalerweise nicht ständig um sich selbst kümmern muss. Unabhängigkeit beinhaltet die Fähigkeit, folgende Tätigkeiten zu planen und auszuführen: sich waschen, unaufgefordert saubere Kleidung anziehen, sich selbst Essen zubereiten, Telefonanrufe entgegennehmen und kleinere Probleme im Haushalt lösen. Die Person sollte fähig sein, diese Tätigkeiten unaufgefordert und ohne daran erinnert zu werden auszuführen und in der Lage sein, nachts allein zu bleiben.

2b Benötigt er/sie häufig Hilfe oder die fast ständige Anwesenheit einer weiteren Person zu Hause? 1 = Nein (Upper SD)
 2 = Ja (Lower SD)

Bei der Antwort „Nein“ sollte er/sie wenn nötig in der Lage sein, sich tagsüber bis zu 8 Stunden selbst zu versorgen, auch wenn er/sie sich normalerweise nicht ständig um sich selbst kümmern muss.

2c War Unterstützung im Haushalt schon vor der Verletzung erforderlich? 1 = Nein
 2 = Ja

UNABHÄNGIGKEIT AUßERHALB DES HAUSHALTS

3a Ist er/sie in der Lage, ohne Hilfe einzukaufen?

1 = Nein (Upper SD)
2 = Ja

Dies beinhaltet, dass er/sie in der Lage ist, zu planen, was einzukaufen ist, mit Geld eigenständig umzugehen und sich in der Öffentlichkeit angemessen zu verhalten. Er/sie muss nicht normalerweise einkaufen gehen, sollte aber prinzipiell dazu in der Lage sein.

3b Konnte er/sie vor der Verletzung ohne Hilfe einkaufen?

1 = Nein
2 = Ja

4a Kann er/sie sich ohne Unterstützung in der näheren Umgebung Fahrten unternehmen?

1 = Nein (Upper SD)
2 = Ja

Er/sie kann Autofahren oder öffentliche Transportmittel benutzen, um sich fortzubewegen. Die Fähigkeit, ein Taxi zu benutzen, reicht aus, vorausgesetzt er/sie ist in der Lage, das Taxi selbst zu rufen und dem Fahrer die entsprechenden Anweisungen zu geben.

4b Konnte er/sie vor der Verletzung ohne fremde Hilfe Fahrten unternehmen?

1 = Nein
2 = Ja

ARBEIT

5a Ist seine/ihre Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu früher unverändert?

1 = Nein
2 = Ja

Falls er/sie vorher berufstätig war, sollte seine/ihre jetzige Arbeitsfähigkeit auf dem gleichen Niveau sein. Falls er/sie vorher arbeitssuchend war, sollte die Verletzung seine/ihre Einstellungschancen oder das Niveau der Arbeit, für das er/sie qualifiziert ist, nicht beeinträchtigen. Wenn der Patient vor der Verletzung ein Student war, sollte die Verletzung keinen negativen Einfluss auf die Fortführung des Studiums haben.

5b Wie eingeschränkt ist die Person?

- a) Verminderte Arbeitsfähigkeit
- b) Er/sie kann nur in einer Behindertenwerkstatt arbeiten oder nur Arbeiten ohne Leistungsdruck ausführen oder ist zurzeit nicht arbeitsfähig.

1 = a (Upper MD)
2 = b (Lower MD)

5c War er/sie vor der Verletzung berufstätig bzw. arbeitssuchend (Antwort „Ja“) oder keines von beidem (Antwort „Nein“)?

1 = Nein
2 = Ja

SOZIALE KONTAKTE UND FREIZEITAKTIVITÄTEN

6a Ist die Person weiterhin in der Lage, außerhalb ihres Haushalts regelmäßig soziale Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten zu unternehmen?

1 = Nein
2 = Ja

Er/sie muß nicht in der Lage zu sein, sämtliche vorherigen Freizeitaktivitäten wieder aufzunehmen, er/sie sollte aber nicht durch physische oder geistige Beeinträchtigung daran gehindert werden. Falls er/sie die meisten Aktivitäten mangels Interesse oder Motivation aufgegeben hat, wird dies ebenfalls als Behinderung gewertet.

- 6b Wie groß ist das Ausmaß der Einschränkung der sozialen Kontakte und Freizeitaktivitäten?
- a) Nimmt etwas weniger teil: aber mindestens halb so oft wie vor der Verletzung. 1 = a (Lower GR)
- b) Nimmt deutlich weniger teil: weniger als halb so oft wie vor der Verletzung. 2 = b (Upper MD)
- c) Unfähig teilzunehmen: fast keine oder gar keine sozialen Kontakte oder Freizeitaktivitäten. 3 = c (Lower MD)

- 6c Hat er/sie vor der Verletzung regelmäßig außerhalb des Hauses soziale Aktivitäten und Freizeitaktivitäten unternommen? 1 = Nein
2 = Ja

FAMILIE UND FREUNDE

- 7a Gab es psychologische Probleme, welche im Familien- oder Freundeskreis zu andauernden Zerwürfnissen geführt haben? 1 = Nein
2 = Ja

Typische post-traumatische Persönlichkeitsveränderungen nach der Verletzung: Jähzorn, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, unsensibel anderen gegenüber, Stimmungsschwankungen, Depression, unvernünftiges oder kindisches Verhalten.

- 7b Wie häufig waren Zerwürfnisse oder Spannungen?
- a) Gelegentlich - weniger als einmal pro Woche. 1 = a (Lower GR)
- b) Häufig – einmal pro Woche oder häufiger, aber noch erträglich. 2 = b (Upper MD)
- c) Dauernd – täglich und unerträglich. 3 = c (Lower MD)

- 7c Gab es vor der Verletzung Probleme innerhalb der Familie oder mit Freunden? 1 = Nein
2 = Ja

Falls es schon vor der Verletzung Probleme gab, diese sich aber seither deutlich verschlimmert haben, ist die Frage 7c mit „Nein“ zu beantworten.

WIEDEREINGLIEDERUNG INS NORMALE LEBEN

- 8a Bestehen gegenwärtig im Zusammenhang mit der Verletzung andere Probleme, die das tägliche Leben beeinflussen? 1 = Nein (Upper GR)
2 = Ja (Lower GR)

Andere typische Probleme, die nach Kopfverletzungen berichtet werden: Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Müdigkeit, Licht- oder Geräuschempfindlichkeit, Verlangsamung, Gedächtnisausfälle und Konzentrationsprobleme.

- 8b Gab es ähnliche Probleme schon vor der Verletzung? 1 = Nein
2 = Ja

Falls es schon vor der Verletzung Probleme gab, diese sich aber seither deutlich verschlimmert haben, ist die Frage 8b mit „Nein“ zu beantworten.

Epilepsie

Hatte die Person mit einer Hirnverletzung seit der Verletzung epileptische Anfälle?

Nein / Ja

Wurde er/sie informiert, dass derzeit ein Risiko besteht, eine Epilepsie zu entwickeln?

Nein / Ja

Welches ist die bedeutendste Folgeerscheinung für den Patienten?

Auswirkungen der Kopfverletzung _____

Auswirkungen einer Krankheit oder Verletzungen eines anderen Körperteils _____

Eine Mischung aus beidem _____

Auswertung

Die Gesamtbewertung des Patienten basiert auf der niedrigsten Ergebniskategorie. Bitte beziehen Sie sich für weitere Informationen bezüglich der Anwendung und Bewertung auf die Guidelines.

1 Tot		1 Dead
2 Vegetativer Zustand		2 Vegetative State (VS)
3 Schwere Behinderung: unteres Niveau (=stark ausgeprägte schwere Behinderung)		3 Lower Severe Disability (Lower SD)
4 Schwere Behinderung: oberes Niveau (=schwächer ausgeprägte schwere Behinderung)		4 Upper Severe Disability (Upper SD)
5 Mittlere Behinderung: unteres Niveau (= stärker ausgeprägte mittlere Behinderung)		5 Lower Moderate Disability (Lower MD)
6 Mittlere Behinderung: oberes Niveau (=schwächer ausgeprägte mittlere Behinderung)		6 Upper Moderate Disability (Upper MD)
7 Gute Erholung: unteres Niveau (= weniger gute Erholung)		7 Lower Good Recovery (Lower GR)
8 Gute Erholung: oberes Niveau (= gute Erholung)		8 Upper Good Recovery (Upper GR)