

# Interdisziplinäre Perspektiven neurowissenschaftlichen Denkens und Handelns

PD Dr. Andreas Zieger

## Klinische Neurorehabilitation I

---

Di., 20. Juni 2006

## Übersicht

---

- I Definition
- II Geschichtliches
- III Definition und Inhalte von Frührehabilitation
- IV Konzept und Methoden
- V Häufigkeit und Bedarf schwere für Hirnschädigung

# I Definition

---

## Rehabilitation

- Lat. *habilis* passend, tauglich, fähig
  - Lat. *habilitare* befähigen
  
  - re-habilitare wiederbefähigen  
zu einem *alltagspraktisch*  
selbständigen Leben
- Rehabilitation      Wiederbefähigung  
Wiedereingliederung

# II Historisches

---

1844

„Vielmehr soll der heilbare Kranke vollkommen rehabilitiert werden. Er soll sich von der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war. Er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder finden und mit ihr ein neues Leben.“

(Staatsrat Graf Ritter von Buss, zit. nach Welter 1988, S. 423)

1909

Gründung der Deutschen Vereinigung für  
Krüppelfürsorge (heute: Deutsche Vereinigung für die  
Rehabilitation Behinderter e.V., DVfR)

1920

Gesetzliche Verankerung der Krüppelfürsorge durch  
Biesalski (Krüppelfürsorgegesetz)

1933

Reduktion von Rehabilitation auf lediglich  
Wiederherstellung im Recht

nach 1945

Ansätze einer Integration Behinderter in die  
Gesellschaft

1957

Verabschiedung eines Körperbehinderten-Gesetzes,  
in der das Wort „Krüppel“ durch „Behinderte“  
ersetzt wird.

1961

Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation im  
Bundessozialhilfegesetz

1974

Reha-Angleichungsgesetz: „Rehabilitation vor  
Rente“

1995/1996

Pflegeversicherungsgesetz: „Reha vor Pflege“

„Rehabilitationsmedizin ist die Integration aller Möglichkeiten der Diagnostik, der kurativen Medizin und der Prävention in eine gezielte ärztliche Hilfe zur Selbsthilfe für körperlich, geistig oder seelisch Behinderte zum Zwecke ihrer optimalen Rehabilitation, d.h. der bestmöglichen Eingliederung bzw. Wiedereingliederung in Familie, Beruf, Arbeit und Gesellschaft.“

(Scholz & Jochheim 1975)

## Aktuelle Gesetzgebung: 1.7.2001

### **SGB IX:** „Rehabilitation und Teilhabe“

Ziel (§§ 1 und 4):

- Reintegration
- Partizipation

# Hirnverletzten-Rehabilitation seit dem 1. Weltkrieg

Sonderlazarette in Berlin (Fuchs), Frankfurt (Goldstein), Graz (Hartmann), Jena (Schultz), Köln (Poppelreuter), München (Isserlin), Wien (v. Economo, Fuchs, Pötzl), Wien-Meidling (Fröschel):

- Klinischer Bereich, Psychologisches Labor, Werkstätten, Arbeitsbereich, Schule
- Medizinische, psychologische, schulische und berufliche Therapieformen „unter einem Dach“.
- Begutachtung auf Arbeits-/Kriegstauglichkeit



Hirnverletztenheim München 1922  
unter Leitung von Prof. Max Isserlin  
(Heute: Neurologisches Krankenhaus München)



## A.R. Lurijas Konzept (Moskau) der neuropsychologischen Rehabilitation

- Erfahrungen Hirnverletzter aus I. und II. Weltkrieg
- Zurückweisung des biologischen Determinismus (und des therapeutischen Nihilismus)
- Tätigkeit des Nervensystems als soziales Organ
- Funktionen und Fähigkeiten des Subjekts bilden sich durch das Handeln in konkreten historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen heraus
- Hirntätigkeit beruht auf der Zusammenarbeit verschiedener funktioneller Systeme
- Reorganisation, Restitution, Kompensation

## Neurorehabilitation vor und im II. Weltkrieg ...

- Blüte und Niedergang der Rehabilitation Hirnverletzter in der NS-Zeit
- Einrichtung von 36 Sonderlazaretten im 2. Weltkrieg
- Überwiegend neurochirurgische und neurologische Behandlung, nur ansatzweise Rehabilitation, wie z.B. in Wien oder Breslau (V.v. Weizsäcker)
- Vertreibung jüdischer Rehabilitationsmediziner
- Tätigkeitsverbot für Psychologen in Lazaretten (1942) (auf Betreiben der Nazi-Ärztstandesorganisation)
- Schließung der Lazarette vor / zum Kriegsende

## ... in der Nachkriegszeit

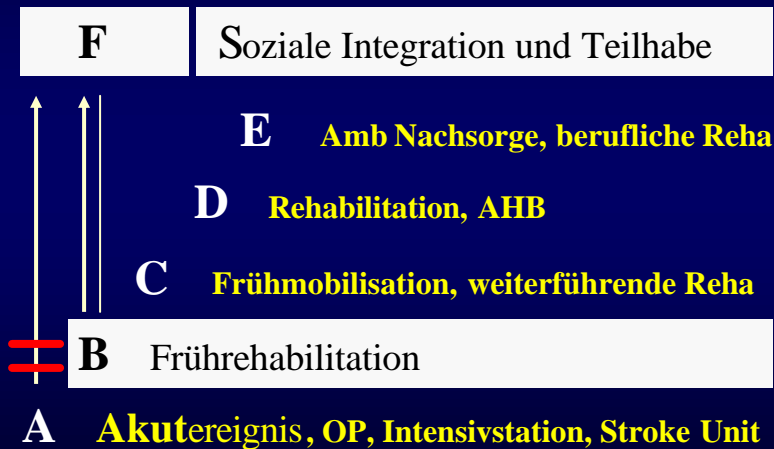
- Psychiatrisierung und Stigmatisierung der Hirnverletzten: „Kriegs-Neurose“, „Hirnorganisches Psychosyndrom“ (HOPS)
- 1948: Arbeitsgemeinschaft Hirntraumafragen
- 1951: Bund hirnverletzter Krieger und Arbeitsopfer
- 1956: Erstes neurologisches Rehazentrum in Gailingen am Bodensee (Kliniken Schmieder)
- 1966: Erste Rehaabteilung in Hamburg, die an eine neurologische Klinik angegliedert ist (Behrend)

## 80/90er Jahre bis heute

- Ausbau eines flächendeckenden (stationären) neurorehabilitativen Systems mit integrierter Versorgung und Behandlungskette
- flächendeckender Ausbau von Schwerstpflegeeinrichtungen (für sog. apallisches Syndrom, „Wachkoma“)
- teilstationäre Reha und ambulante Nachsorge noch am Anfang

# Neurologisches Rehaphasenmodell

VDR 1995, BAR 1995



## III Definition und Inhalte von Frührehabilitation

„Frührehabilitation ist integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende, interdisziplinäre Therapie mit wechselnden Schwerpunkten.“

Kuratorium ZNS 1991

AG Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation 1993

## Charakteristika von Frühreha

- **Keine** eigenständige medizinische Disziplin, sondern ein spezielles Behandlungsverfahren
- Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin
- Interdisziplinäres Behandlungskonzept (Team)
- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
- Zielt trotz schlechter medizinischer Prognose auf eine gute sozialen Perspektive (Teilhabe: ICF, SGB IX)

## Anspruch auf Frührehabilitation

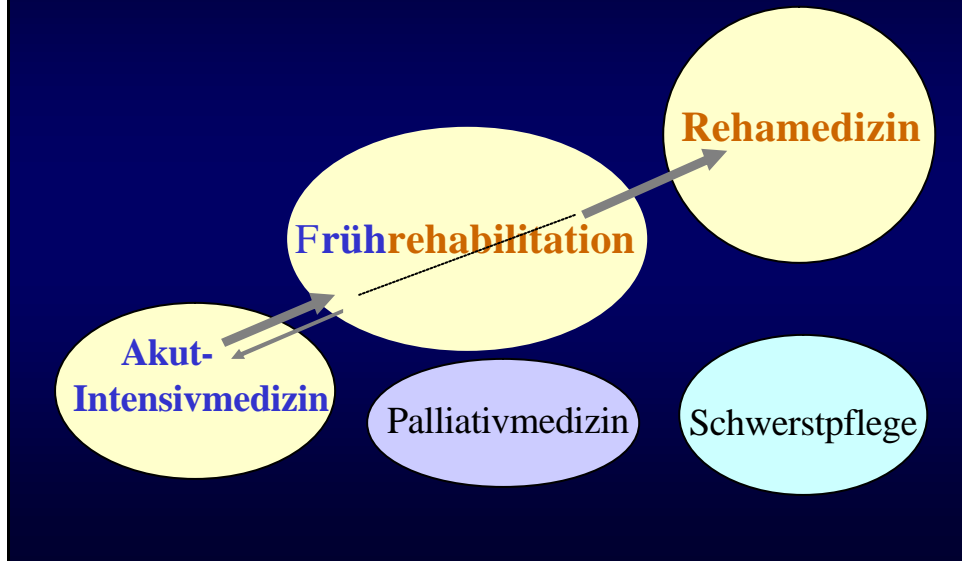
§ 27 SGB V

Maßnahmen der stat./amb. Krankenbehandlung sind auch auf rehabilitative Ziele auszurichten.

§§ 1 u. 4 SGB IX und § 39 SGB V Abs.1 (3)

„Die *akutstationäre* Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.“

## Frühreha als „Schnittstelle“



## Aufgabe

„...den Umorganisationsprozess des Gehirns durch Ermöglichung von Lernvorgängen im weitesten Sinne so zu unterstützen, daß die Anforderungen des Alltags zukünftig wieder weitestgehend bewältigt werden können...

Erfahrungen zeigen, das 70 Prozent der Fälle vor Schwerstpflegedürftigkeit bewahrt werden.“

Schupp 1998, 601-602

## Wirk-“Mechanismen“

- Neurogenese auch im menschlichen Gehirn
- Aktivitätsabhängige Strukturbildung und Neuroplastizität
- Erfahrungsabhängiger Aufbau und Umbildung funktioneller Hirnsysteme
- Neulernen, Kompensation, Ersatzstrategien
- Ausschöpfen *individueller* Entwicklungs- und Rehabilitationspotenziale

## Ziele

- Minderung der primären Schädigungsfolgen
- Vermeidung von sekundär- und Tertiärschädigungen
- Erkennung und Förderung individueller Rehapotenziale
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Bestmögliche Selbständigkeit im Alltagsleben
- Wiedereingliederung in Beruf und Schule

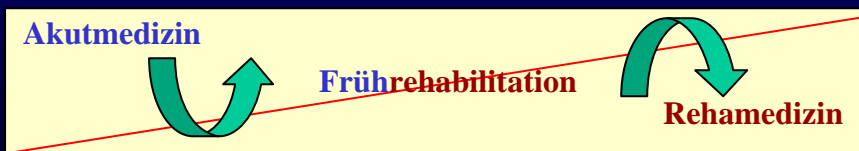
## IV Konzept und Methoden

### Konzept Frührehabilitation

- Multiprofessionelle Teamarbeit
- Biopsychosoziales Menschenbild und beziehungsethische Haltung
- Individuelle Patientenorientierung
- Fachspezifische Ansätze, enge Kooperation
- Ständige Fort- und Weiterbildung
- Enge Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Teamsupervision

## Unterschiede Akut- / Rehamedizin

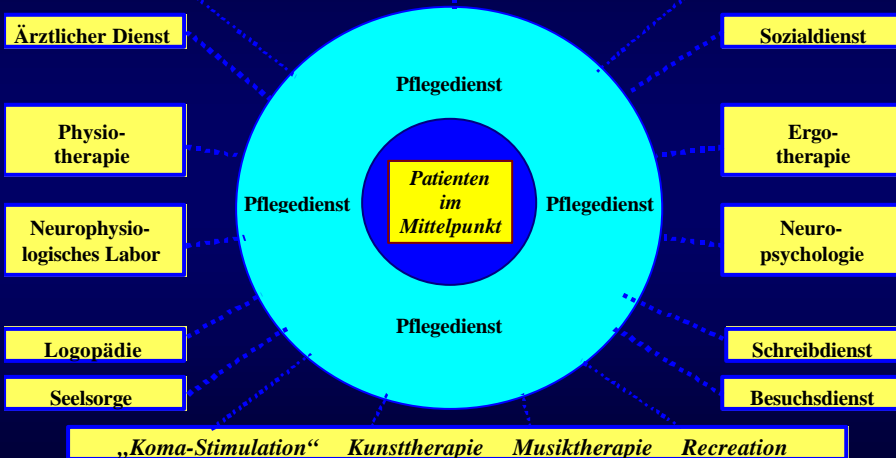
Heilung, Wiederherstellung	Ziel	Wiederbefähigung Soziale Teilhabe
Krankheit, Defekt	Blick	Krankheitsfolgen Kranksein
Direkte Interventionen	Verständnis	Angebote zur Förderung individ. Rehapotenziale
Verordnungen Patient eher passiv	Arbeitsweise	Teamarbeit Patient eher aktiv



## Station für Schwerst Schädelhirngeschädigte (Frührehabilitation)

### Ein interdisziplinäres Team

Fortbildung    Zusammenarbeit mit Angehörigen    Teamsupervision

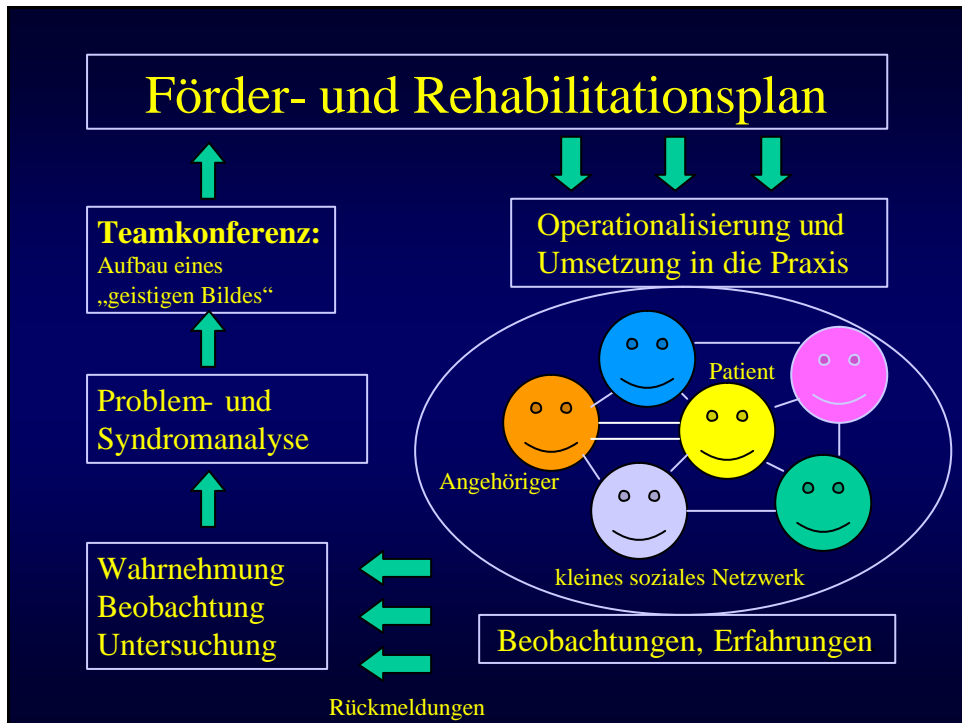


ã Frühreha Ev. Krankenhaus Oldenburg

## Fünf Hauptfragen für das Team

1. Woher kommt dieser Patient und was ist mit ihm geschehen?
2. Was kann dieser Patient?  
Was kann er nicht (mehr)?
3. Was braucht und möchte dieser Patient?
4. Was können wir für ihn tun?
5. Wie könnte dieser Patient später mit uns leben?

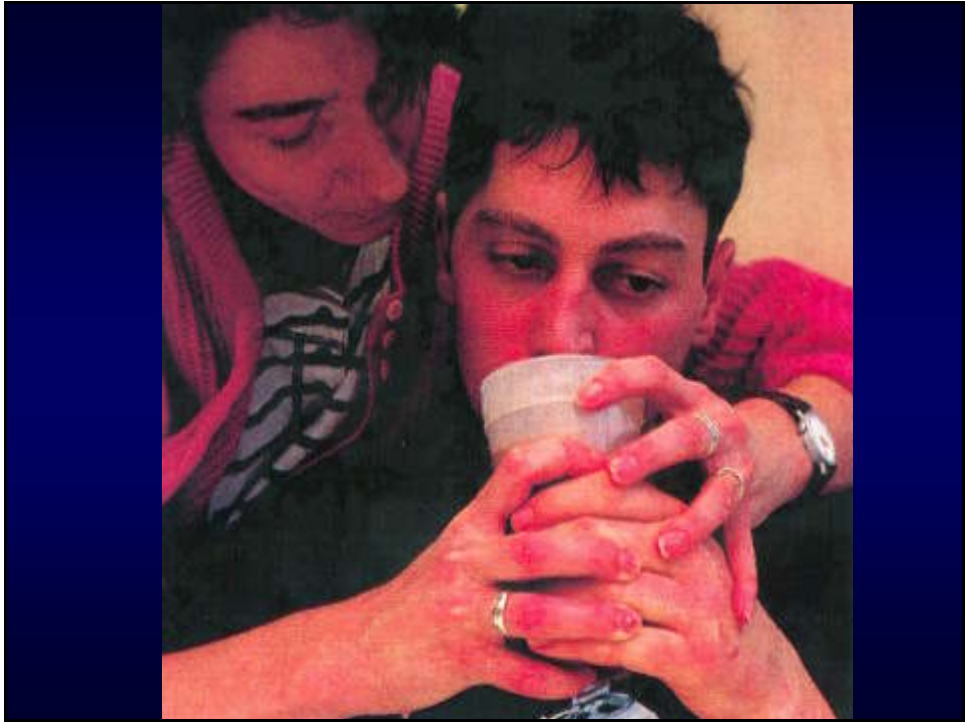




## Disziplinen

- **Pflegedienst**
- **Therapeutischer Dienst**  
Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropädagogik,  
Logopädie, Neuropsychologie, Musiktherapie,  
Kunsttherapie, Rekreation, Tiergestützte Therapie
- **Ärztlicher Dienst**
- **Sozialdienst**
- **Schreibdienst**









## V Häufigkeit und Bedarf für schwere Hirnschädigung

SHT, Schlaganfall, SAB/ICB, Hypoxie  
Inzidenz: 300-600.000/Jahr

• schwer	100-200.000/Jahr
• dauerhaft behindert	40-80.000/Jahr
• > 3 Wo im Koma	20-40.000/Jahr
• > 1 Jahr im Wachkoma	3-6.000
• Menschen im Wachkoma bundesweit	8.000

Demographische Entwicklung, verbesserte Technologie  
in Rettungs-/Intensivmedizin und Pflege, DRG-System?