

Medizinische Hintergründe, Krankheitsbilder, Therapieansätze und Ziele in der Frühphase der Neurorehabilitation

Was
meint „Rekreation“
allgemein?



Veranstaltung „Rekreation“, WS 2010/11, Uni Oldenburg

02.11.2010 - Prof. Dr. Andreas Zieger

Übersicht

1. Das Dilemma der Modernen Medizin
2. Geschichte der Neurorehabilitation
3. Definition Rehabilitation
4. Paradigmawandel
5. Frührehabilitation – Definition
6. Wichtige Krankheitsbilder – „Schlaganfall“
7. Partizipation von Anfang an!
8. Was meint „Rekreation“ allgemein?

1. Das Dilemma der modernen Medizin

Naturwissenschaftlich, biotechnisch und gruppenstatistisch orientiert statt biopscho-sozial integriert und individuumorientiert

Macht den Kranken in seiner Krankheit zum Objekt

Verkennt den Kranken als Subjekt und das Erleben des Krankseins

Biostatistische Evidenz (quantitativ) statt semiologische Evidenz (qualitativ)

Zeitgemäße Methoden der Erkenntnisgewinnung

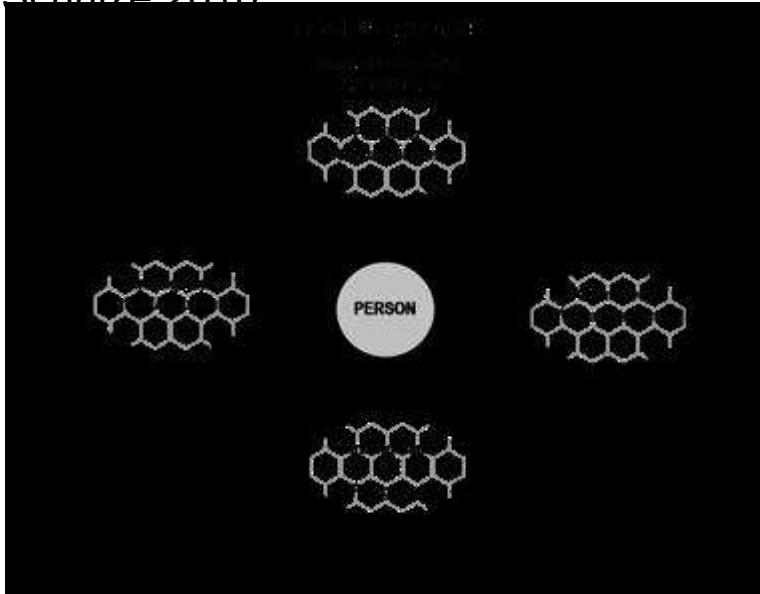
Dritte Person-Perspektive (Es): Kausalität naturwissenschaftlich-objektiv, beobachten, messen, erklären

Erste Person-Perspektive (Ich): Gründe narrativ-subjektives Erleben, Erfahrungen

Zweite Person-Perspektive (Ich-Du): Gründe teilnehmend-intersubjektiv, Verstehen

Aspekt dualität, Multiperspektivität!

Person-Umfeld-Analyse nach Lewin bzw. Schulze 2010



Ein Mensch/Mitbürger mit einer Hirnschädigung

- Hat nicht nur eine minderwertige Gesundheit, sondern auch eine minderwertige Krankheit (durch Aktivitätsbeeinträchtigungen und soziale Vorurteile)
- Stellt eine Kränkung dar (sekundäre Symptombildung: z.B. Depression, Anosognosie)
- Krankheit bedeutet die Gefahr von sozialer Vernachlässigung, Ausgrenzung von Sozialräumen und sozialem Abstieg (Armut)

2. Geschichte der (Neuro-) Rehabilitation

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 wiederfinden 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“

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

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 Gehirns 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
- Überwiegend neurochirurgische/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 Standesorganisation)
- 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 und interdisziplinären Teams
- flächendeckender Ausbau von Schwerst-Pflegeeinrichtungen (für sog. apallisches Syndrom, „Wachkoma“)
- teilstationäre Reha und ambulante Nachsorge noch am Anfang

3. Definition

Rehabilitation

- lat. *habilis* = passend, tauglich, fähig
 - lat. *habilitare* = befähigen
 - *re-habilitare* = wiederbefähigen
zu einem *alltagspraktisch*
selbständigen Leben
- Rehabilitation Wiedereingliederung in das
soziale Leben durch
Eingebundensein (Teilhabe)
und Partizipation

„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)

4. Paradigmawandel: Neues Menschenbild – „neue“ Medizin?

1970

Mensch als Körper aus
Organen (Objekt)
Akutmedizin, Reparatur-
versuch, Selbstheilung

Chron. Schwerkranker

- Defektzustand
- Evtl. Pflege
- Liegen lassen

1980

Mensch als aktiv tätiges
Wesen (Subjekt+Objekt)
Stationäre Diagnostik und
Behandlung

Chron. Schwerkranker

- Aktivierbar, Anregung
- Pflege, Therapie
- Mobilisierung

(nach Rentsch & Bucher 2006)

2000

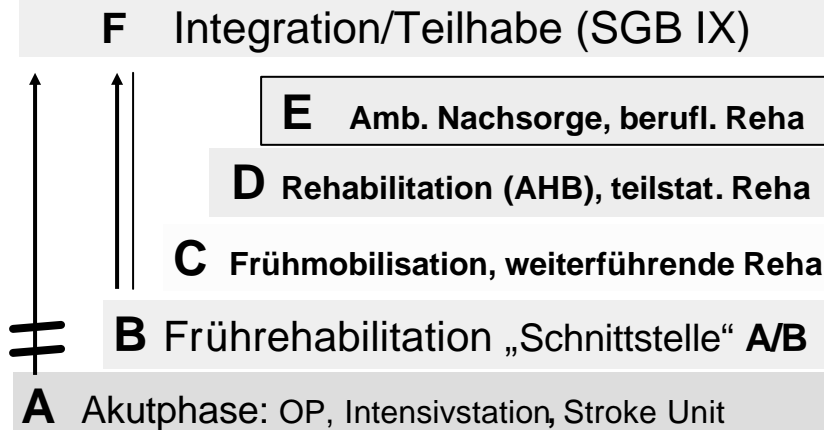
Mensch „biopsychosozial“, **verletzlich und
auf andere angewiesen** (Maio 2008)

- Akutbehandlung, (Früh-)Rehabilitation und
Partizipation/Teilhabe

Chronisch Schwerkranker:

- Menschenmögliche Seinsweise
- Aktivierende Pflege/Frührehabilitation
- Schwerstpflege, Hilfen für Angehörige
- Soziale Integration/Teilhabe/Partizipation

Paradigma für strukturierte (Re-)Integration:
Neurologisches Rehaphasenmodell
(BAR 1995/2003)



Soziale Gesetzgebung

SGB IX Rehabilitation u. Teilhabe §§ 1 u. 4:

- Das Ziel jeder Rehabilitation ist „Teilhabe [...] selbstbestimmte und selbständige Lebensführung.“

„Teilhabe“ ist das Einbezogenensein einer Person in einer Lebenssituation oder in einem Lebensbereich

- ein unabhängiges, selbständiges und gleichberechtigtes Leben führen können.

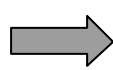
Schuntermann: Einführung in die ICF, 2005, S. 55

ff. Paradigmawandel

WHO-Konzept ICIDH (1980)/ICF (2001)

Schädigung (impairment)

Schädigung (impairment)



Fähigkeitsstörung (disability)

Tätigkeit (activity)



Behinderung (handicap)

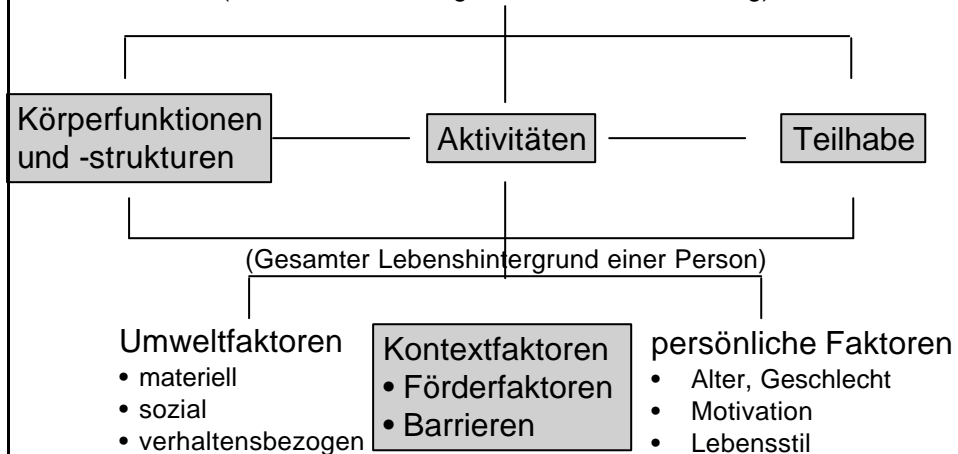
Teilhabe (participation)

ICF = International Classification of Functioning,
Disability and Health

WHO-Konzept ICF (2001)

Gesundheitsproblem einer Person

(Gesundheitsstörung, Krankheit, Behinderung)



Wichtige Kontextfaktoren

Person:

- angeborene Behinderungen, Sinnesschäden, Persönlichkeitsmerkmale, individuelle Ressourcen und Potenziale, Vorschädigungen

Umwelt:

- Bildung, sozialer Status, Ressourcen,
- Elternhaus, Familie

Barrieren:

- Nicht behindertengerechte Transportmittel, Zugänge zu Gebäuden, fehlender Rollstuhl etc.

Unterschiede: Akut-/Rehamedizin

Menschenbild	Biotechnisch mechanisch Krankheit	Biopsychosozial dynamisch, Folgen, Kranksein
Denken	Linear, kausal	vernetzt, begründet
Orientierung	Machbarkeit	Grenzen
Arbeitsweise	Diagnostisch hierarchisch	problemorientiert, Interdisz. Team
Ziel	Schaden beheben Status quo ante	größtmögliche Selbständigkeit trotz Behinderung

Modifiziert nach Rentsch & Bucher 2006, S. 33/34

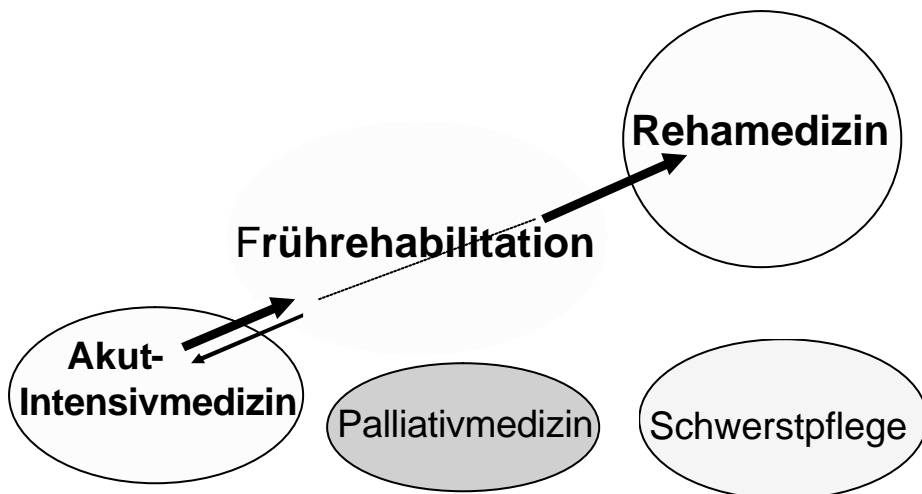
5. Frührehabilitation - Definition

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

Kuratorium ZNS 1991

AG Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation
1993

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 Schwerstpflegebedürftigkeit 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

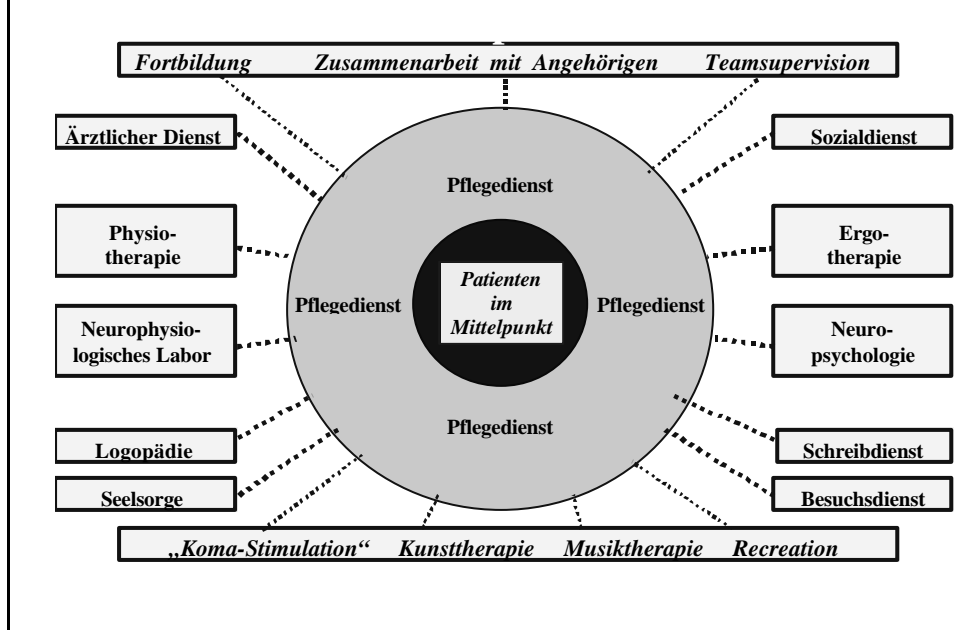
Ziele

- 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
- Teilhabe/Partizipation am sozialen Leben

Konzept Frührehabilitation

- Multiprofessionelle Teamarbeit
- Biopsychosoziales Menschenbild und beziehungsethische Grundhaltung
- Individuelle Patientenorientierung
- Fachspezifische Ansätze, Kooperationen
- Ständige Fort- und Weiterbildung
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Teamsupervision

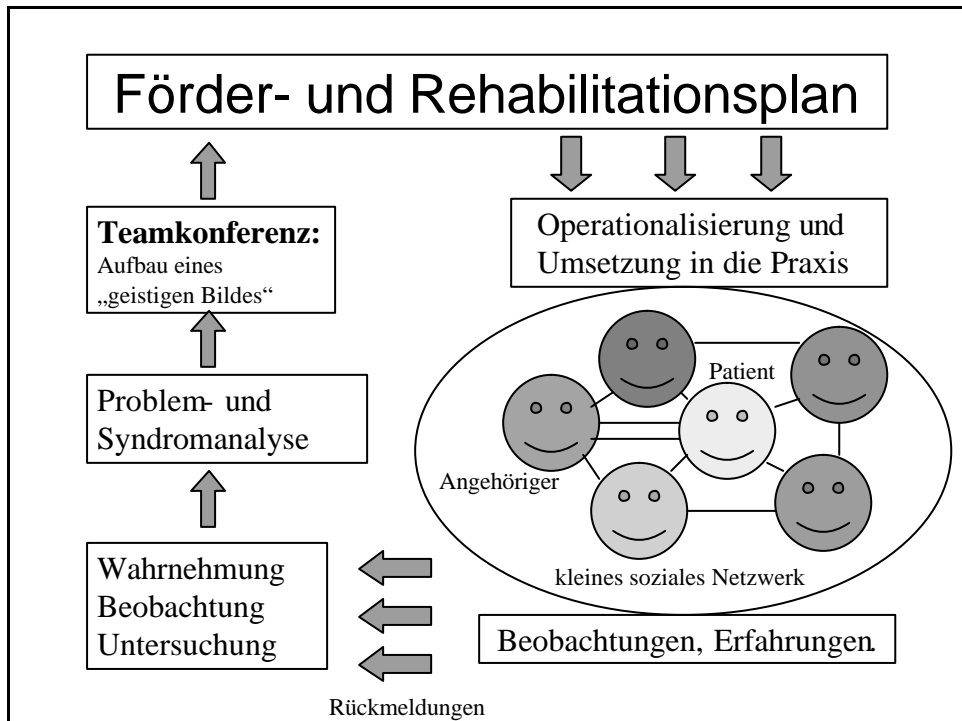
Station für Schwerst Schädelhirngeschädigte (Frührehabilitation)



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/unter uns leben?





Wichtigste Krankheitsbilder in Neuromedizin und Neurorehabilitation

Ätiologie und Hauptdiagnosen (ICD)

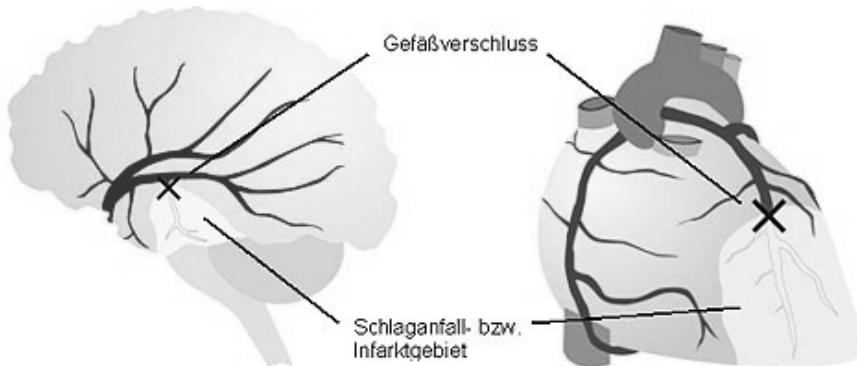
- Schädelhirntrauma – Kontusion, Blutung
- Hirnblutung, Angiom, Aneurysma
- Hirninfarkt („Schlaganfall“) Hirnembolie, Venenthrombose
- Sauerstoffmangelschaden (Hypoxie)
- Hirntumore (Operation)
- Fehlbildungen (Hydrocephalus, Syringomyelie, Dysraphie)
- Entzündliche Erkrankungen (Encephalitis, Polyradikulitis)
- Anfallsleiden („Krampfanfälle“, Epilepsie)
- Degenerative Erkrankungen (M. Parkinson, M. Alzheimer)
- Wirbelsäulenerkrankungen (Rückenmark, Bandscheibe)
- Erkrankungen peripherer Nerven und vegetatives NS

„Schlaganfall“



Ohne
Schmerzen
außer SAB

„Stilllegung“ durch den Körper



Schlaganfall

Herzinfarkt

Keine Schmerzen

Schmerzen!

Schlaganfall - Symptome

- v plötzliche Halbseitensymptomatik
- v evtl. Sprachstörung
- v evtl. Sehverlust
- v Schwindel, Übelkeit
- v Kopfschmerzen, Meningismus

Schlaganfall – Expertengespräch – AgBN Lindau 1999

© P. Rupp

Thrombose

Hirnregion ohne bzw. mit eingeschränkter Blutversorgung



Thrombus

40-50 Prozent aller Schlaganfälle entstehen durch einen Thrombus.

Embolie

Hirnregion ohne bzw. mit eingeschränkter Blutversorgung



eingeschwemmter Embolus

30-35 Prozent aller Schlaganfälle werden durch einen Embolus ausgelöst, der an einer anderen Körperregion (z.B. im Herzen) entstanden ist.

Blutung

ausgetretenes Blut



innere Halsschlagader (Carotis interna)

20-25 Prozent aller Schlaganfälle werden durch einen Riss einer Hirnarterie verursacht.

Diagnostik

Anamnese

Neurologische
Untersuchung

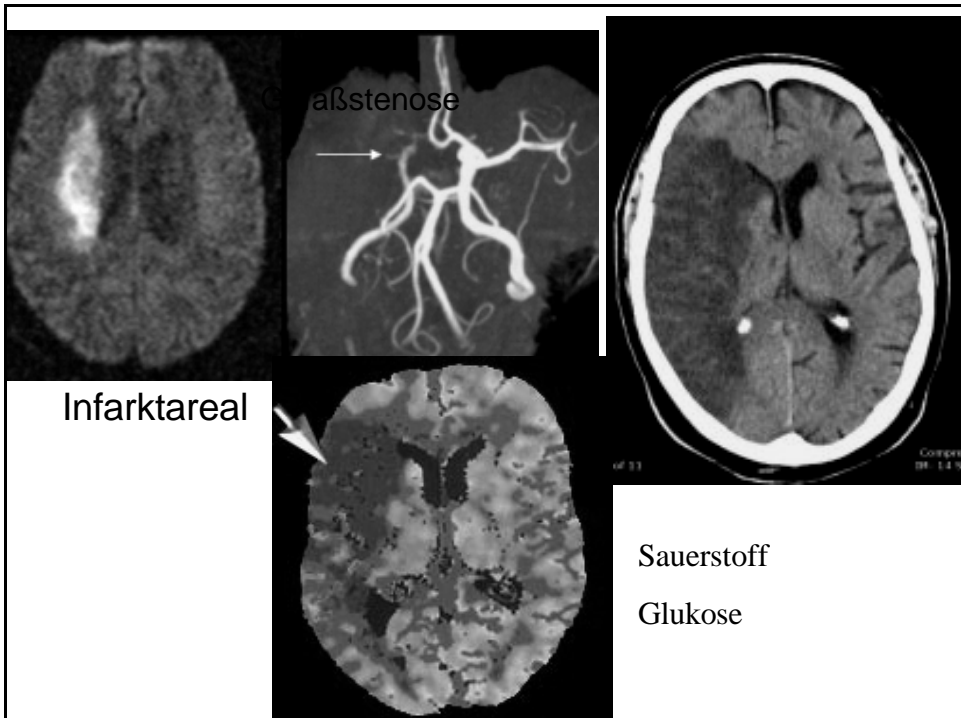
Gerätediagnostik

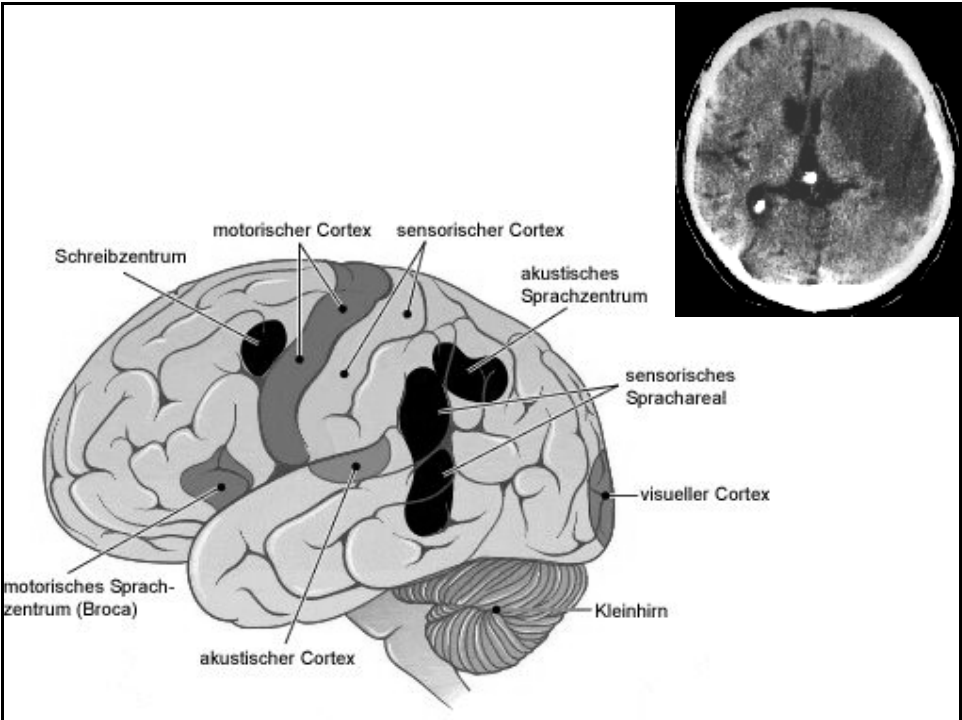
Ultraschall

CCT

MRT

EEG



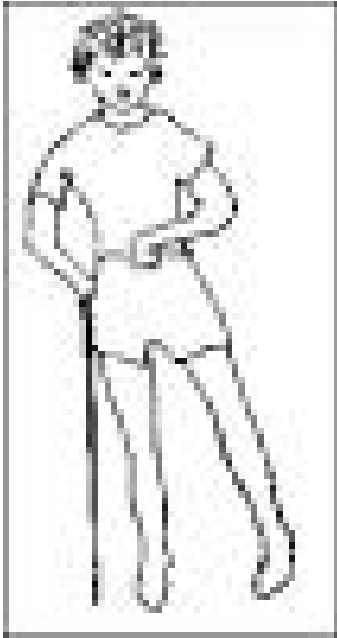


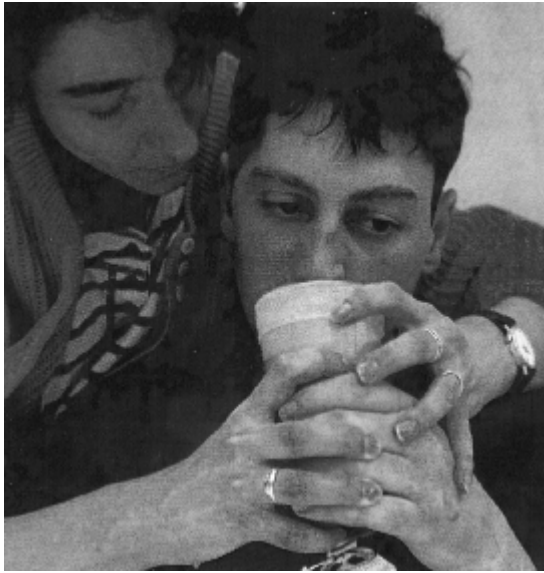
Therapie

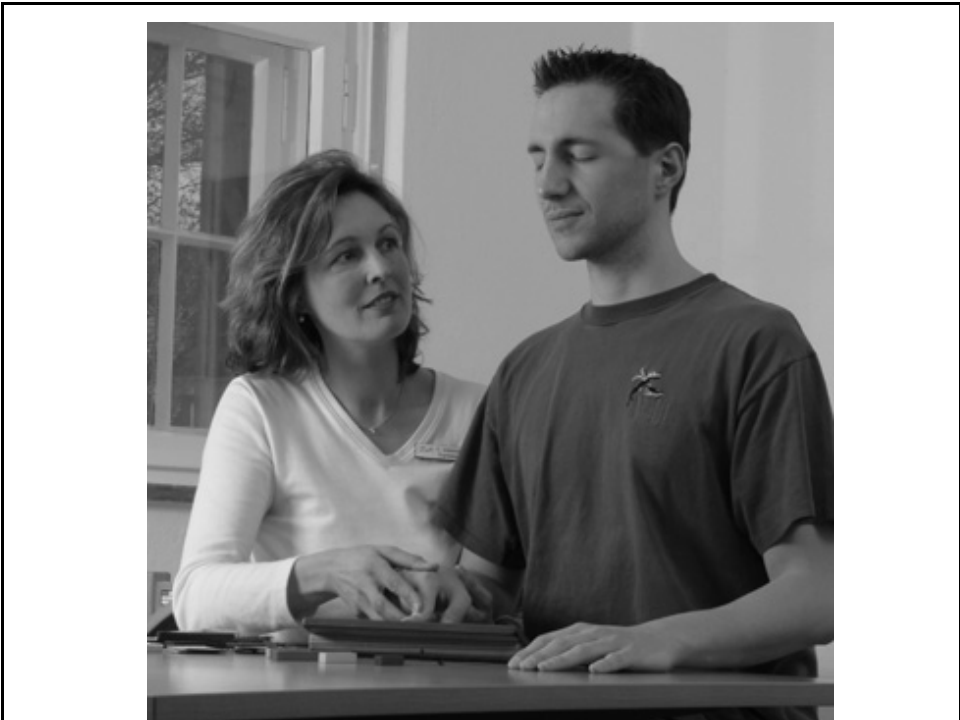
Grundlagen des Bobath-Konzeptes sind:















Entlassung nach Hause – und dann?



