

Rehabilitation und Teilhabe am Beispiel der Rehabilitation Hirnverletzter (Neurorehabilitation)

apl. Prof. Dr. Andreas Zieger

www.a-zieger.de

5. Mai 2015: Geschichte der Rehabilitation
Hirnverletzter

Übersicht

- I Definition von Rehabilitation
- II Historisches zur Rehabilitation
- III Hirnverletztenrehabilitation
- IV Neurologisches Rehaphasenmodell
- V Paradigmawandel Menschenbild

I Definition

Rehabilitation

- Lat. *habilis* passend, tauglich, fähig
- Lat. *habilitare* befähigen

re-habilitare wieder-befähigen, wiederherstellen

Rehabilitation Erneute (Wieder-)Befähigung,
Wiederherstellung, Wiedereingliederung

Wiedereinsetzung in den früheren
gesellschaftlichen Stand, d.h. Wiederherstellung
der persönlichen Würde **als auch** Teilhabe!

Rehabilitationsmedizin

„ist die Integration aller Möglichkeiten der Diagnostik, der kurativen Medizin und 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.“

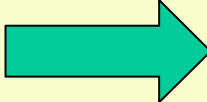
Scholz & Jochheim 1975

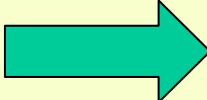
Paradigmawandel

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 - Technical Report 668/1981

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie die Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (S. 9)

Rehabilitation

„meint den komplexen Prozess (alle relevanten Maßnahmen und Hilfen) der Eingliederung und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen in die Gesellschaft, in Beruf und Arbeit.“

Baudisch et al. 2004, S. 9

„...umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, negative Wirkungen jener Bedingungen abzuschwächen, die zu Aktivitätsstörungen oder Partizipationsstörungen führen, und die hilfreich oder notwendig sind, um Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen ...“

Schuntermann, zit. nach Baudisch et al 2004, S. 10

„... wird heute als ein multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit einer Person definiert.

Sie zielt auf die Beseitigung negativer Krankheitsfolgen und eine Verbesserung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität.“

Gutenbrunner 2007, S. 114

Funktionale Gesundheit

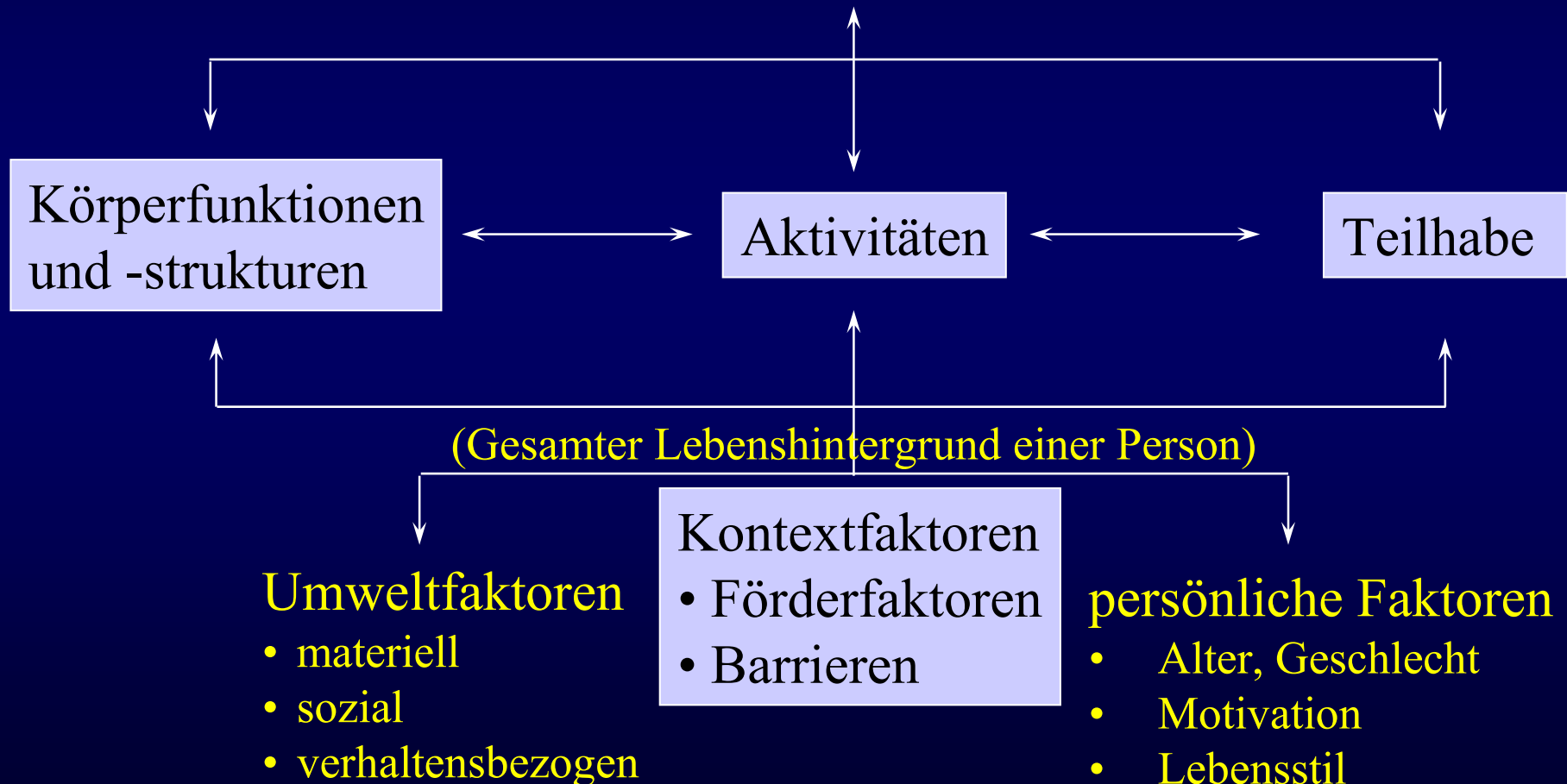
„... geht davon aus, dass der Mensch nicht auf seine körperlichen und psychischen Dimensionen beschränkt ist, sondern sich vielmehr auch durch seine Handlungen und sozialen Interaktionen definiert.

Die funktionale Gesundheit beschreibt also nicht nur den körperlichen Funktionszustand, sondern schließt die Aktivitäten und die soziale Integration mit ein ...“

Gutenbrunner 2007, S. 114

WHO-Konzept ICF (2001)

Gesundheitsproblem einer Person
(Gesundheitsstörung, Krankheit, Behinderung)



Komponenten der ICF (nach DIMDI 2004)

	Funktionsfähigkeit und Behinderung		Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umweltfaktoren	Personenbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen und -strukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderungen in Körperfunktionen (physiologische Ebene) Veränderungen von Körperstrukturen (anatomische Ebene)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt), Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	Fördernde und beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positive Aspekte	Funktionelle und strukturelle Integrität	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Positiv wirkende Faktoren	Nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negative Aspekte	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität, Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	Negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hemmnisse)	Nicht anwendbar
	Behinderung			

Rehabilitationspädagogik

„bildet demzufolge die Prozesse von Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung ab, mit deren Hilfe die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderung stimuliert und beeinflusst wird.“

Baudisch et al. 2004, S. 10

Methodologie ...

Komplexität des „Gegenstandes“
hirngeschädigter/behinderter/beeinträchtigter
Mensch:

- Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete wie Medizin, Pädagogik, Psychologie und Soziologie:
- „...mit dem Begriff der Rehabilitation assoziiert sich geradezu die Vorstellung von fachübergreifender Kooperation...“

Baudisch et al 2004, S. 34

II Historisches



Erste Hinweise für eine
Rehabilitation bei
Schlaganfall

in ägyptischen Quellen

Um 3000 J. v. Chr.

im Papyrus Ebers

(19. Jht.)

Fußprothese bei Herodot
5. Jht. v. Chr.



Ägyptische Stele 2. Jht. v. Chr.
Beingelähmter mit Krücke





Mittelalterliches Badewesen 1519



Rollwagen im Heilbrunnen Bielefeld



Fußplatten, Handbänkchen

Krücken und Stelzen



Hieronymus Bosch (1450-1516)



Tragen
und
Karren

1493: „*Rehabilitatio*“ = Wiederherstellung
aller Rechte eines Ordensmitgliedes
(Regeln des Zisterzienser-Ordens)

1840: Sozialpolitische Einführung von
„Rehabilitation“ in Frankreich

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

1865: „Rehabilitation“ im Zusammenhang mit Physiotherapie als Teil der Medizin vom Spanier Busqué y Torró verwendet

1918: Rehabilitation als berufliche Wiedereingliederung behinderter Soldaten in den USA (Veterans Vocational Rehabilitation Act)

1920: erweitert für Zivilpersonen

Bis 1960: Über die internationale, englisch geführte Diskussion setzt sich der Begriff „Rehabilitation“ auch in Deutschland durch.

1909

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

1920

Gesetzliche Verankerung der Krüppelfürsorge durch Briesalski (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“

Eine rechtlich allgemeinverbindliche Definition von „Rehabilitation“ wird in Deutschland erst eingeführt im Jahr

2001: SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe“:

- Teilhabe ist der umfassendere Begriff für Mittel, Wege und Ziele für Behinderte bzw. für Leistungserbringer: Mittel und Instrument.
- Nur im Teilgebiet der medizinischen Rehabilitation wird der Begriff weiter umfassend verwendet.
- Rehabilitation wird als Prozess und Zielsetzung aus der Sicht Behinderter verstanden: einheitlich, umfassend und unabhängig von den Ursachen der Behinderungen.
- Teilhabe/Partizipation betont entsprechend den Erfahrungen der Behinderten-Selbsthilfe Selbstbestimmung und Selbständigkeit.

Das Teilhabegebot ...



**Teilhabe als Ziel der Rehabilitation - 100 Jahre
Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.**

Herausgeber: Volker Blumenthal, Friedrich Schliehe
Blumenthal & Schliehe (Hrsg.)

2009



**Leitziele der Rehabilitation:
Selbstbestimmung und
umfassende
gesellschaftliche Teilhabe
von Menschen mit Behinderungen
und chronischen Erkrankungen.**

Die Deutsche Vereinigung für
Rehabilitation ist Teil der Geschichte
der Rehabilitation in Deutschland,
gegründet 1909.

KURT-ALPHONS JOCHHEIM †

Prägend für die medizinische Rehabilitation

Wie kaum ein anderer Arzt und Wissenschaftler hat Prof. Dr. med. Kurt-Alphons Jochheim das in der Nachkriegszeit noch unterentwickelte Gebiet der Rehabilitationsmedizin geprägt und zu einem eigenständigen Fachgebiet etabliert.



Foto: Archiv

Kurt-Alphons Jochheim

Jochheim wurde am 20. Januar 1921 in Hamburg geboren. Er war Pflichtassistent an der Neurologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Heidberg in Hamburg-Langenhorn. 1950 wechselte er an die Universitätsnervenklinik in Köln. Er habilitierte sich mit der Schrift „Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland“. 1964 wurde er außerplanmäßiger Professor und auf den Lehrstuhl für das Fach Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln berufen. Dort

war er Vordenker und Gründungsvater der integrierten medizinisch-beruflich-sozialen Rehabilitation. Er gründete und leitete bis 1986 das Kölner Rehabilitationszentrum als eine selbstständige Abteilung der Fakultät. Das Zentrum war das erste derartige Hochschulinstitut in Deutschland.

Seine Aktivitäten in Köln haben zur Gründung eines Instituts für Rehabilitations- und Behindertensport geführt. Ein besonderes Anliegen des charismatischen und begeisterten Hochschullehrers war es, seine Erkenntnisse an die jüngere Generation weiterzugeben. Ein Verdienst Jochheims ist die Einführung der Zusatzqualifikation „Rehabilitation“ durch den Deutschen Ärztetag 1992.

Für seine herausragenden Leistungen erhielt er unter anderem das Große Verdienstkreuz 1. Klasse und die Paracelsus-Medaille. Kurt-Alphons Jochheim starb am 30. März in Erftstadt bei Köln.

Harald Clade

Historische Dimensionen

Vom

Habeas Corpus Akt (England 1679)

und

Human rights act (*Bill of Rights* 1689)

über die

Französische Revolution (1789-99), Aufklärung und
Soziale Gesetzgebung (1883-89)

und die

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948)

zum

Übereinkommen über die Rechte für
Menschen mit Behinderungen
(UN-BRK 2006)



UN-Behindertenkonvention (2006/2009)

Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen



Artikel 26: Habilitation und Rehabilitation

- verlangt von den ratifizierenden Staaten Rehabilitationsdienste und -programme
- „...,um [für] Menschen mit Behinderungen ... die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“

UN-BRK (2006/2009)



„Behinderung“ integrativ/inklusiv denken

- Vom (medizinischen, pädagogischen, psychologischen) Defizitmodell zum „ganzheitlichen“ bio-psycho-sozial konstruierten Kompetenz- und Gleichstellungsmodell.
- Statt individuelles Schicksal (Mangelwesen): Behinderung als Resultat von Entwicklung unter isolativen gesellschaftlichen Verhältnissen.
- Vom „andersartigen“ Menschen - zum Gleichen unter Gleichen (Menschenrechtsansatz, Diskriminierungsverbot und Teilhabegebot).

ESSAY

Zum Innovationspotenzial
der UN-Behindertenrechts-
konvention

Heiner Bielefeldt

2009

 Deutsches Institut
für Menschenrechte

Monitoringstelle

Weiterentwicklung des
internationalen
Menschenrechtsschutzes:

Empowerment/Kompetenzorientierung

Anerkennung jedes Menschen und
Bindung an das Gattungsselbst

Abkehr von einer primär auf Fürsorge
und Ausgleich von vermeintlicher
Defiziten gerichteten Behinderten-
politik

Anerkennung von Behinderung als
Bestandteil menschlichen Lebens und
Zusammenlebens

Verschiedensein als Normalität

Statt Anpassung „Behinderter“ an gegebene Umgebung/Verhältnisse:

- Anpassung der Verhältnisse an die individuellen Bedarfe/Bedürfnisse/Fähigkeiten

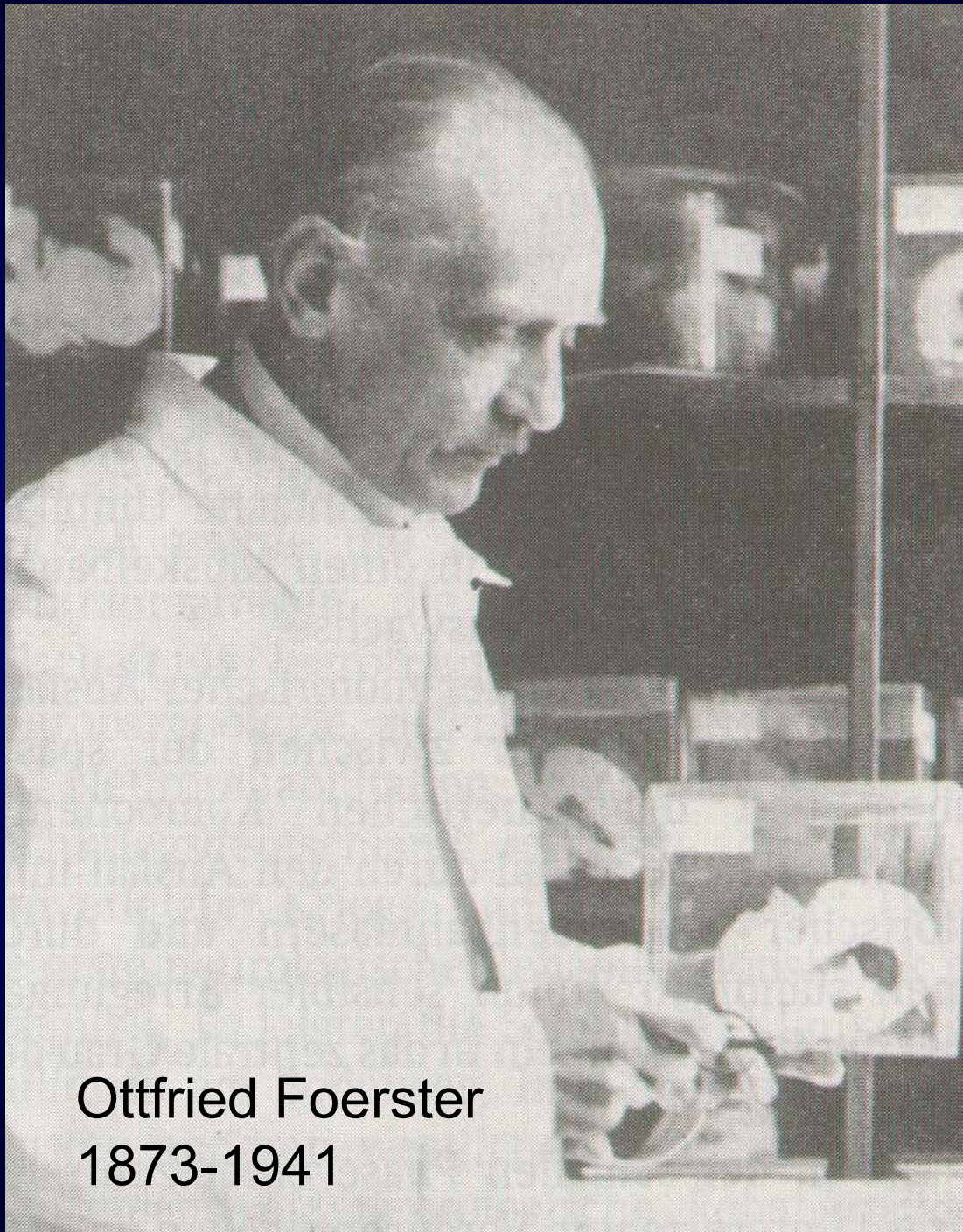
Statt sozialer Ausgrenzung (Exklusion):

- Schutz; Abwehr, Verhinderung von Exklusion
- Überwindung von exklusiven/isolativen Verhältnissen durch **Teilhabe/Inklusion**

D.h.: Bereitstellung teilhabeorientierter/ integrativer/inklusive Strukturen (und Personal!) in allen gesellschaftlichen Bereichen (Bildung, Schule, Hochschule, Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Verwaltung, Forschung, Politik ...)
und deren Evaluation unter Beteiligung der Menschen mit Behinderungen.

III Hirnverletzten-Rehabilitation seit dem 1. Weltkrieg

- Berlin (Fuchs)
- Breslau (Foerster, v. Weizsäcker)
- Frankfurt (Goldstein)
- Graz (Hartmann)
- Jena (Schultz)
- Köln (Poppelreuter)
- Moskau (Lurija)
- München (Isserlin)
- Wien (v. Economo, Fuchs, Pötzl)
- Wien-Meidling (Fröschel)



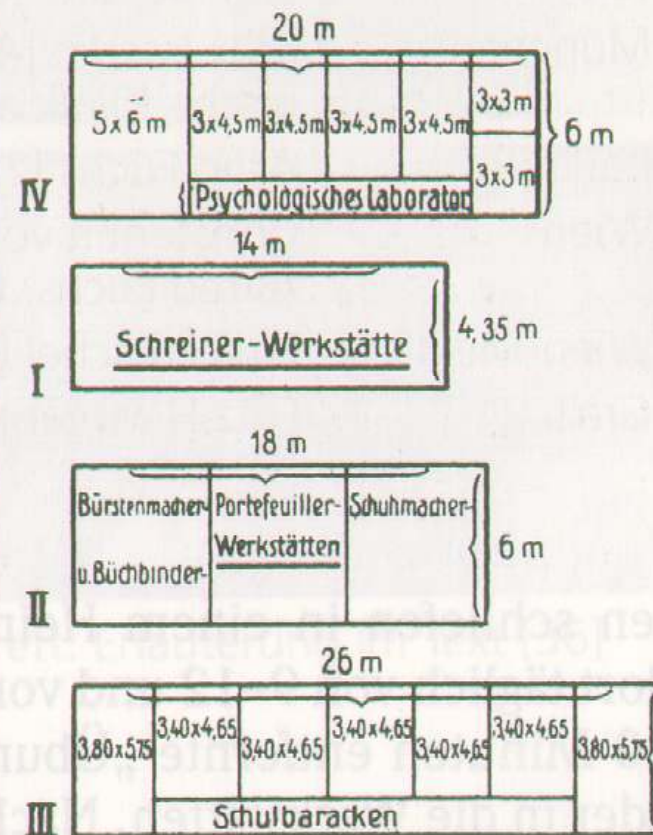
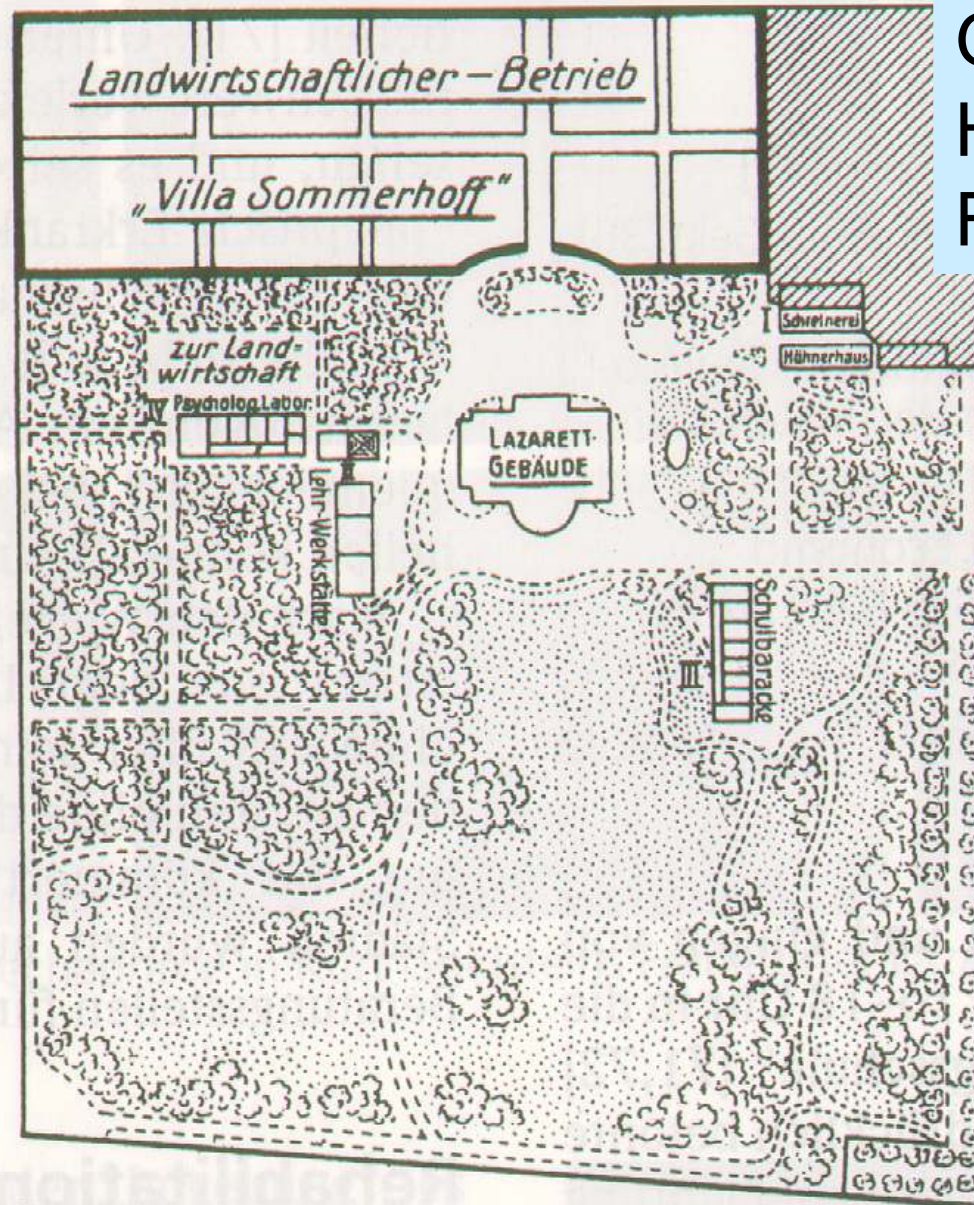
Ottfried Foerster
1873-1941

Begründer der
modernen
Übungsbehandlung
und „motorischen“
Rehabilitation

Sonderlazarette

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

Grundriß des Hirnverletzten-Lazarets Frankfurt am Main



Untersuchungsmethoden in der Diagnostik Hirnverletzter 1915-1920

Tab. 1.2 Untersuchungsmethoden 1915–1920 in der Diagnostik Hirnverletzter

Untersuchungsbereich	Bezeichnung des Verfahrens	Kurzbeschreibung
Motorik	Kinematograph	Messung der Bewegungsempfindung
	Fingerdruckprüfer	Griffkraft der Finger
	Tremometer	Handgeschicklichkeit
Aufmerksamkeit	Tachistoskop	Sehleistungen, Aufmerksamkeit
	Wahlreaktionsmessung	optische und akustische Reaktionen
Leistungsmessung	Ergograph	wiederholtes Heben gegen federnden Widerstand
	Eimerprobe	wiederholtes Heben eines 11 kg schweren Eimers
	Knopf-Sortiertest	Sortieren von 439 Knöpfen, Abstraktion, Genauigkeit
Gedächtnis	Gedächtnisapparate	automatische Darbietung verbaler Reize
Gesichtsfeld	Perimetrie	

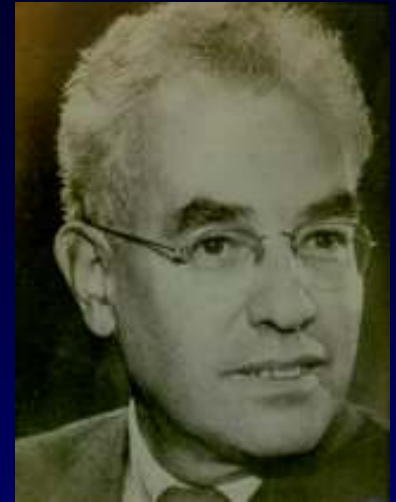
Aus: Frommelt, Grötzbach (Hrsg.): Neurorehabilitation (1997)



Hirnverletztenheim München 1922
(heute: Neurologisches Krankenhaus
München, Tristanstrasse)



A.R. Lurijas Konzept der neuropsychologischen Rehabilitation



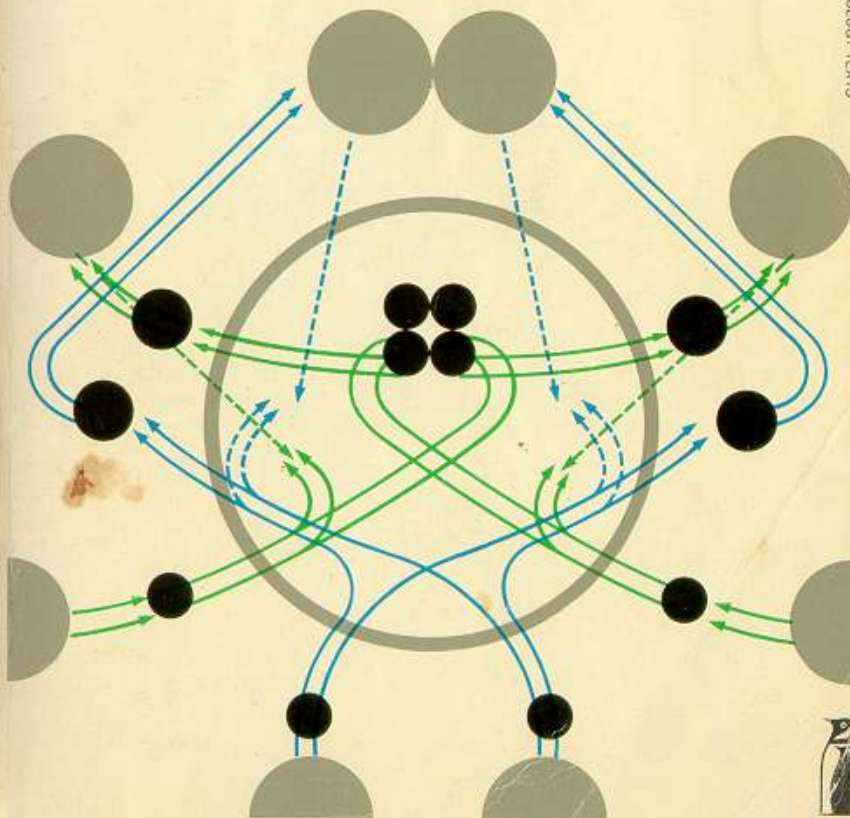
- Erfahrungen Hirnverletzter aus I. und II. Weltkrieg
- Zurückweisung des biologischen Determinismus (und des therapeutischen Nihilismus)
- Gehirn als soziales Organ
- Hirntätigkeit beruht auf der Zusammenarbeit verschiedener funktioneller Systeme
- bilden sich durch das Handeln in konkreten kulturhistorischen Zusammenhängen heraus
- Syndromanalyse (systemisch, alle Ebenen)
- Reorganisation, Restitution, Kompensation

THE WORKING BRAIN

AN INTRODUCTION TO NEUROPSYCHOLOGY
A.R. LURIA

1973

PENGUIN MODERN PSYCHOLOGY TEXTS



Alexander R. Lurija

Das Gehirn in Aktion

Einführung in die

Neuropsychologie

1993

science
sachbuch



1000

vor und im II. Weltkrieg

- Blüte der Rehabilitation Hirnverletzter vor der NS-Zeit, Niedergang in der NZ-Zeit
- Einrichtung von 36 Sonderlazaretten
- Überwiegend neurochirurgisch-neurologische Behandlung, nur ansatzweise Rehabilitation, wie z.B. in Wien oder Breslau (V.v. Weizsäcker)
- Vertreibung jüdischer Rehabilitationsmediziner
- Tätigkeitsverbot für Psychologen in Lazaretten auf Betreiben der Nazi-Ärztestandesorganisation (1942)
- 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 (Phase E)
- Ziel: Integration und Teilhabe (SGB IX)

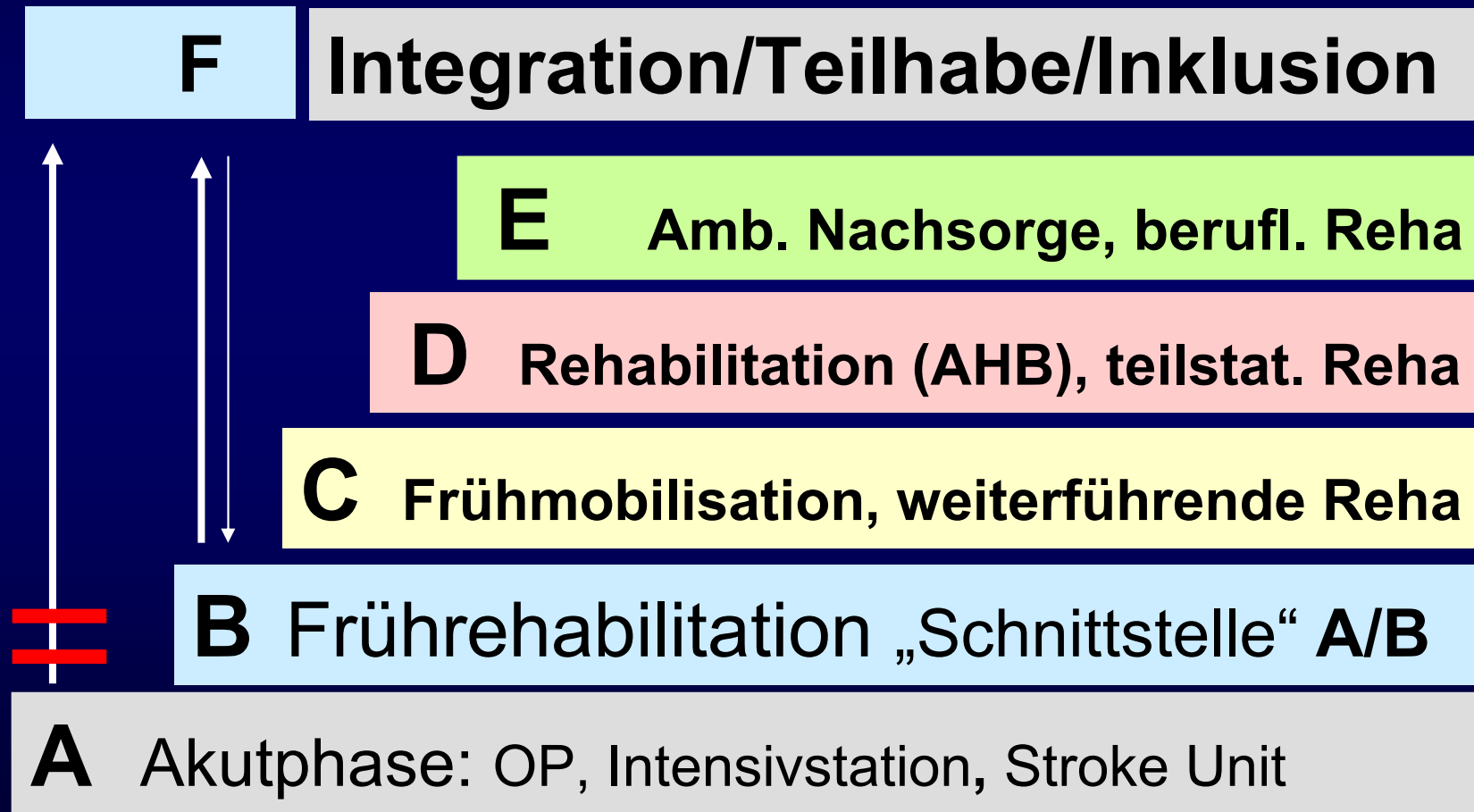
IV Neurologisches Rehaphasenmodell VDR 1995, BAR 1995



Neurologisches Rehaphasenmodell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde ...“

(modifiziert nach BAR 1995/2003)



V Paradigmawandel Menschenbild: Einbeziehung der Person

- Der Hirnverletzte (als Patient, Individuum, Subjekt) ist Quelle von Erkenntnis und Erfahrungen (Biographiearbeit)
- Angewiesensein auf andere Menschen
- Teilnehmendes Verstehen als Methode
- Zielvereinbarung in Bezug auf alltagspraktisches Leben und Unabhängigkeit (Autonomie, Fürsorge)
- Einbeziehung von Angehörigen/Betreuern

„Pädagogisches“ Menschenbild

„... Ablösung eines defizitorientierten
Interventionsmodells durch Modelle und
Konzepte emanzipativ-dialogischer
Interaktion...“

Baudisch et al 2004, S. 21

ICF WHO 2001: (Bio)Somato-psycho-soziales Modell
Impairment - Aktivität - Teilhabe

Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses

Mittelalter

- Krankenfürsorge
- Arzt-“Kranker“-Verhältnis
- Voraussetzungslose Dienstleistung
- „Brüderlichkeit“
- Dienst am Anderen als „Gottes-“ bzw. „Gattungswesen“

Neuzeit/“Klinik“

- Kranker als Subjekt „Patient“
- Arzt-“Patient“-Verhältnis
- Bezahlte Dienstleistung für den anderen (Solidarprinzip)
- (Soziale) marktwirtschaftliche Prinzipien

Heute (seit ca. 2000)

- Patient als „Kunde“ und „Konsument“
- Arzt-“Patient“-Verhältnis als ungleiches Austauschverhältnis
- Geschäftsbeziehung mit Orientierung am Markt von Gesundheitsleistungen
- Der Arzt wird zum konkurrierenden Anbieter von medizinischen möglichen (und nicht immer notwendigen, sinnvollen) Leistungen auf dem Gesundheitsmarkt, z.B. IGEL



Prof. Giovanni Maio

Lehrstuhl Ethik und
Geschichte der Medizin

Universität Freiburg

