

DAS SCHWERE SCHÄDELHIRNTRAUMA

EIN RATGEBER FÜR ANGEHÖRIGE



Bearbeitung 1. Auflage

Prof. Dr. med. Jürgen Piek, Neurochirurgische Klinik der Universitätsmedizin Rostock
Dr. med. Jürgen Hamacher, Fachklinik Rhein/Ruhr
Dr. med. Wolfgang Gobiet
2015, X. überarbeitete Auflage

Herausgeber

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Rochusstraße 24, 53123 Bonn
Nachdruck oder Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung der
ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Bildnachweis

S. 6+7 Abb. 1+2 Hippocampus Verlag; S. 14 Abb. 3 NRZ Vallendar;
S. 21 Abb. 4 NRZ Friedehorst; S. 32 Abb. 5 ZNS – Hannelore Kohl Stiftung



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wahrscheinlich greifen Sie zu dieser Broschüre, weil ein Ihnen nahe stehender Mensch durch einen Unfall von einer Verletzung des Gehirns betroffen ist. Um zu verstehen, was geschehen ist und wie Sie mit den Folgen der Verletzung Ihres Angehörigen fertig werden können, benötigen Sie Unterstützung und Hilfe, die wir Ihnen gern geben. Neben den Sorgen um einen geliebten Menschen macht die völlig neue Situation, die fremde Umgebung auf der Intensivstation und der ungewisse Ausgang der Verletzung oftmals rat- und hilflos. **Sie sind nicht allein. Wir sind für Sie da.** In der für alle Beteiligten schwierigen Situation bieten wir Ihnen Rat und Hilfe. Diese Broschüre soll Ihnen erste Antworten auf Ihre zahlreichen Fragen geben und Mut machen für die Zukunft. Sie erhalten Erklärungen über die medizinischen Zusammenhänge und zu den

vielen Fremdwörtern, die Ihnen in den Gesprächen mit den Ärzten jetzt täglich begegnen. Ein weiterer Teil widmet sich den einzelnen Phasen der neurologischen Rehabilitation und wichtigen sozialrechtlichen Fragestellungen. Sie sind in der nächsten Zeit für den Patienten eine wichtige Stütze. Da der Erkrankte nun im Zentrum des Interesses steht, stellen viele Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse zurück und vermeiden es, über ihre Probleme, Gedanken und Gefühle zu sprechen. Bei den hohen Erwartungen, die an Sie als Angehörige nun gestellt werden, ist es wichtig, dass Sie auch Ihre eigenen Interessen wahrnehmen und Ihre Kräfte schonen. Bitte zögern Sie in dieser schweren Lebensphase nicht, sich mit Ihren Ängsten und Nöten Unterstützung zu suchen. Es gibt Menschen, die sich mit der Problematik auskennen, Ihre Sorgen verstehen, Ihre Fragen beantworten können. Hinweise zu Selbsthilfegruppen und überregionalen Hilfeangeboten finden Sie in der Broschüre. Darüber hinaus bieten Ihnen die erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Beratungsdienstes der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ eine individuelle und unabhängige Beratung zu allen Fragestellungen, die im Zusammenhang mit einer Schädelhirnverletzung auftreten. Die Beratung ist selbstverständlich für Sie kostenlos. Ich wünsche Ihnen für die kommende Zeit viel Kraft und alles erdenklich Gute

Dr. Kristina Schröder
Präsidentin ZNS – Hannelore Kohl
Stiftung

1. Was ist ein Schädelhirntrauma?	6
Das Gehirn und seine Funktion	6
Das Schädelhirntrauma und seine Folgen.	7
Welche Hirnfunktionsstörungen entwickeln sich nach einem schweren Schädelhirntrauma?	10
Behandlung auf der Intensivstation	11
Überwachung des Patienten	14
2. Was können Sie als Angehörige auf der Intensivstation tun?	15
Verhalten gegenüber dem Patienten	15
Wie geht es weiter?	16
3. Neurologische Rehabilitation	17
Die Phasen in der neurologischen Rehabilitation.	18
Frührehabilitation in der Akutklinik	19
Wie kann mit dem bewusstlosen oder bewusstseinsgetrübten Patienten Kontakt aufgebaut werden?	20
Frührehabilitation (Phase B und C).	21
Grundlagen für weiterführende Rehabilitation	22
Medizinisch-berufliche Rehabilitation – Anschlussheilbehandlung (Phase D).	23
Nachgehende Behandlungs- und Rehabilitationsphase zur beruflichen und sozialen (Re-)Integration und Teilhabe (Phase E)	24
Aktivierende Langzeittherapie und zustandserhaltende Pflege (Phase F)	25
Ambulante Rehabilitation.	26
Das multiprofessionelle Behandlungsteam der neurologischen Rehabilitation	26
Rechtliche Grundlagen (SGB IX)	29
4. Was kann ich tun, um besser mit dem Patienten und den Spätfolgen der Verletzung umgehen zu können?	31
Sprechen über Gefühle, Sorgen und Ängste.	31
Sachgerecht informieren	31
Fachliche Hilfe, soziale Hilfe	32
Weitere Hilfen	32
5. Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	33
Wer erhält Leistungen der Pflegekasse?	33
Beantragung von Pflegeleistungen.	34

Beratung im Pflegefall	35
Leistungsübersicht bei bestehender Pflegebedürftigkeit	35
Hilfe für Menschen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen	38
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	38
Sozialleistungen für pflegende Angehörige	40
Pflegekurse	40
6. Ergänzende Leistungen bei Hilfe und Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII.	40
Hilfe zur Pflege (§§ 61 – 66 SGB XII)	41
Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 53 – 60 SGB XII).	41
7. Sicherung des Lebensunterhalts	42
Entgeltersatzleistungen	42
Lohnfortzahlungen,	42
Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld	42
Rente	43
Erwerbsminderungsrente.	44
Frühzeitige Altersrente bei Schwerbehinderten	45
Verletztenrente	45
8. Schwerbehinderung nach dem SGB IX.	45
Wie erhalte ich einen Schwerbehindertenausweis?	45
Welchen Nachteilsausgleich hat der Gesetzgeber für die Schwerbehinderten festgelegt?	46
Eintragung von Merkzeichen	46
9. Soziale Sicherung	47
Vollmachten	47
Gesetzliche Betreuung	47
Patientenverfügung.	49
10. Selbsthilfegruppen	50
11. Erläuterung von Fachbegriffen	52
12. Anhang	69
Beispiel Widerspruch Feststellung Schwerbehinderteneigenschaften.	69
Beispiel Widerspruch Feststellung Pflegebedürftigkeit.	70

1. WAS IST EIN SCHÄDELHIRNTRAUMA?

Das Gehirn und seine Funktion

Das Gehirn ist die Kontrollstation für alle bewussten und unbewussten Funktionen des Körpers. Über die Sinnesorgane und die Nerven im Körper empfängt es ständig eine Fülle von Informationen und erlaubt uns, darauf zu reagieren. Es kontrolliert unsere Wahrnehmungen und steuert die Reaktionen darauf wie Sprechen, Bewegen und Äußerung von Emotionen. Uns nicht bewusst, lenkt es Atmung, Kreislauf, Körpertemperatur und die komplizierten hormonellen Vorgänge der Körperdrüsen. Gegen äußere Verletzungen ist es durch den Schädelknochen geschützt. Man unterscheidet Schädeldach und Schädelbasis. Der Gesichtsschädel ist dem Hirnschädel

angeschlossen und stellt die knöchernen Grundlagen für Augen, Nase und Mund dar. Zwischen Gehirn und Innenfläche des Schädelknochens befindet sich eine harte, pergamentartige Hülle, die Hirnhaut. Sie liegt dem Schädelknochen eng an und schützt das Gehirn vor Verletzungen und Entzündungen. Das Gehirn selbst schwimmt in einer dünnen Flüssigkeit – Nervenwasser oder Liquor genannt. Dieses Nervenwasser wird in Hohlräumen innerhalb des Gehirns gebildet, den Hirnkammern oder Hirnventrikeln. Das Gehirn besteht aus zwei Hälften. Den größten Teil jeder Hirnhälfte macht der Cortex, die Hirnoberfläche, aus. Sie besteht aus vier verschiedenen Hirnlappen, von denen jeder eine spezielle Funktion hat.

- Stirnlappen: Motivation, Sozial-

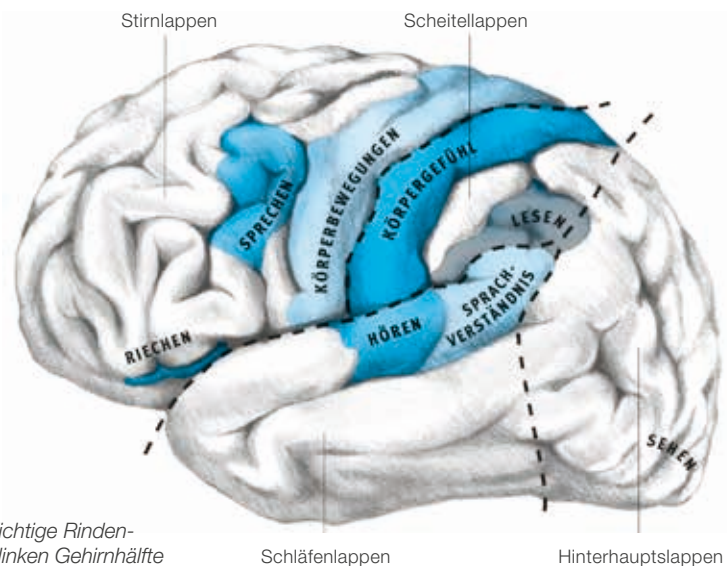


Abb. 1: Wichtige Rindengebiete der linken Gehirnhälfte

verhalten, bewusste Bewegung, Sprachbildung, Kontrolle der Gefühle

- Schläfenlappen: Gedächtnis, Sprachverständnis, Rechnen, Hörwahrnehmung und Musikalität
- Scheitellappen: Körpergefühl
- Hinterhauptslappen: Sehwahrnehmung

tererkennen usw.) zuständig. Weitere wichtige Teile des Gehirns sind das Kleinhirn (zuständig für Kontrolle und Koordination von Bewegungen) sowie der Hirnstamm (zuständig für die Kontrolle der lebenserhaltenden Funktionen wie Atmung, Bewusstsein, Puls und Blutdruck).

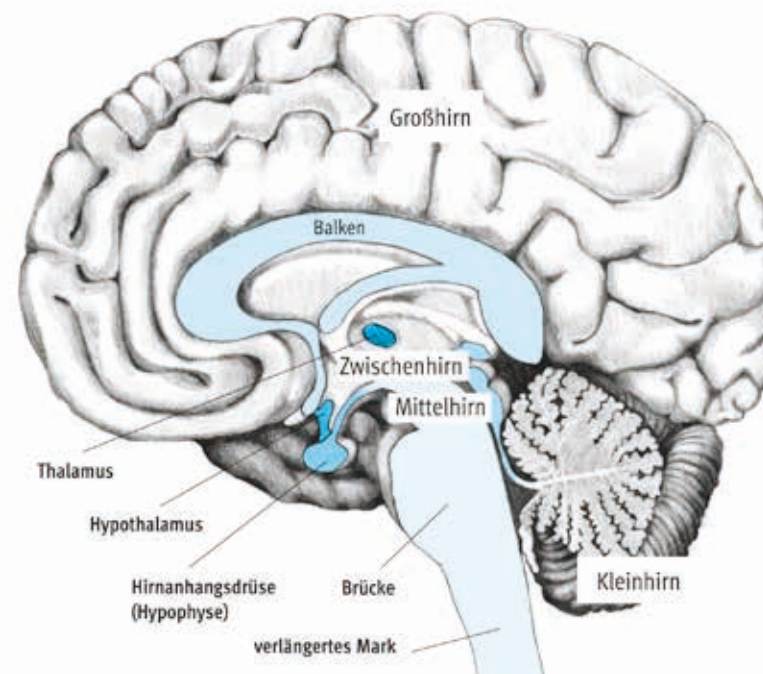


Abb. 2: Schnitt durch das Gehirn im Bereich der Mittellinie mit Aufblick auf die rechte Großhirnhälfte, das rechte Kleinhirn und die entsprechende Hirnstammhälfte, die nach unten in das Rückenmark übergeht.

Generell ist die sogenannte dominante Hirnhälfte (gewöhnlich die linke) mehr für die Kontrolle sprachlicher und analytischer Funktionen (Sprechen, Lesen) und die Rechte mehr für räumliche, ganzheitliche Funktionen (visuelles Gedächtnis, Gesichts-

Das Schädelhirntrauma und seine Folgen

Ein Schädelhirntrauma (SHT) wird durch äußere Gewalteinwirkung auf den Kopf bzw. das in ihm liegende Gehirn bewirkt. Eine Schädigung des Gehirns kann hierbei entweder

sofort, d. h. zum Zeitpunkt des Unfalls, oder auch verzögert durch die Entwicklung einer Hirnblutung (Hämatom) oder Hirnschwellung (Hirnödem) eintreten. Eine Kopfverletzung kann das Gehirn auf verschiedene Weise schädigen. Verletzungen der Kopfhaut sind zumeist harmlos und heilen gut.

Ein Schädelbruch ist stets ein Zeichen dafür, dass eine stärkere Gewalteinwirkung auf den Kopf und das Gehirn stattgefunden hat. Zumeist heilen diese Brüche von allein, und spezielle operative Maßnahmen sind nicht erforderlich. Gleiches gilt für Schädelbasisbrüche. Manchmal allerdings bewirken diese Brüche eine offene Verbindung zwischen Nase und Ohr. Dann besteht die Gefahr einer Hirnhautentzündung durch von außen eindringende Krankheitskeime. Operativ wird diese Knochenlücke geschlossen. Ist der Knochen durch den Schädelbruch eingedrückt, spricht man von einem Impressionsbruch. Diese Brüche können durch Druck auf das Gehirn Teilbereiche schädigen und müssen oft operiert werden. Direkte Hirnverletzungen entstehen im Augenblick des Unfalls durch den Anprall des im Nervenwasser liegenden Gehirns an die Innenseite des Schädelknochens. Solche Verletzungen können mit, aber auch ohne einen begleitenden Schädelbruch auftreten. Man spricht je nachdem von einem offenen oder einem geschlossenen

bzw. gedeckten Schädelhirntrauma. Ist die Gewalteinwirkung auf das Gehirn sehr gering und tritt nur eine vorübergehende Bewusstlosigkeit ein, spricht man von einem leichten Schädelhirntrauma (Gehirnerschütterung). Grundsätzlich wird das Schädelhirntrauma über die sogenannte Glasgow-Koma-Skala eingeteilt. Die Glasgow-Koma-Skala ist eine einfache Skala, mit der eine Bewusstseinsstörung abgeschätzt werden kann (siehe Tab. 1).

Das Wort Koma kommt aus dem Griechischen und bedeutet tiefer oder fester Schlaf. Es bezeichnet einen Zustand, bei dem der Patient seine Augen nicht öffnet, nicht spricht und auf Ansprache nicht reagiert. Der Übergang zwischen voll erhaltenem Bewusstsein und Koma ist fließend und umfasst viele Phasen. Verzögerte Schädigungen des Gehirns (indirekte Verletzungen) treten erst einige Zeit nach dem Unfall auf. Das kann nach Stunden, manchmal aber auch erst nach Tagen geschehen. Hauptursachen sind Blutungen und Schwellungszustände des Gehirns. Blutungen (Hämatome) im Schädelinneren entstehen durch Zerreißen eines oder mehrerer Gefäße im Gehirn selbst oder im Raum zwischen dem Gehirn, den Hirnhäuten und dem Schädelknochen. Kommt die Blutung von allein zum Stillstand, ist eine Operation zumeist nicht erforderlich. Vergrößert sich hingegen eine solche Blutung, kann sie das

Prüfung	Reaktion	Punkte
Augen öffnen	Spontan	4
	Auf Ansprechen	3
	Auf Schmerzreiz	2
	Keine Reaktion	1
Sprache	Orientiert, klar	5
	Desorientiert, verwirrt	4
	Einzelne Wörter	3
	Einzelne Laute	2
	Keine Reaktion	1
Bewegung	Nach Aufforderung	6
	Gezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz	5
	Ungezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz	4
	Beugebewegungen auf Schmerzreiz	3
	Streckbewegungen auf Schmerzreiz	2
	Keine Reaktion	1
Je nach erreichtem Punktwert unterscheidet man zwischen einem leichten, mittelschweren oder schweren Schädelhirntrauma: <ul style="list-style-type: none"> • leichtes SHT: Punktwert 13–15, • mittelschweres SHT: Punktwert 9–12, • schweres SHT: Punktwert 3–8. 		

Tabelle 1: Die Glasgow-Koma-Skala

Leben des Patienten akut gefährden, weil das Gehirn im knöchernen Schädel der Blutung nicht ausweichen kann und von ihr zusammengepresst wird. Die Blutzufuhr zum Gehirn wird dadurch eingeschränkt oder kommt zum Erliegen. Derartige Blutungen müssen fast immer sofort operativ entfernt werden. Je nach Ort der Entstehung unterscheidet man verschiedene Blutungen:

- Epidurale Blutungen befinden sich in dem Zwischenraum von harter Hirnhaut und Innenseite der Schädeldecke. Sie entwickeln sich meist in den ersten Stunden nach dem Unfall.

- Subdurale Blutungen entstehen zwischen harter Hirnhaut und Oberfläche des Gehirns und entwickeln sich fast immer in den ersten Stunden nach einem Unfall. Während bei epiduralen Blutungen häufig schon ein einfacher Schädelbruch ausreicht, werden subdurale Blutungen zumeist durch eine Verletzung von Gefäßen auf der Hirnoberfläche verursacht.
- Intrazerebrale Blutungen entstehen durch Gefäßzerreißen im Inneren des Gehirns. Oft sind sie direkt nach dem Unfall nachweisbar. Sie schädigen die Hirnfunktionen der betroffenen Gehirnregionen. Sie

können im Verlauf an Größe zunehmen und das Gehirn durch den entstehenden Druck schädigen.

- Eine Subarachnoidalblutung (SAB) ist eine Blutung im Raum zwischen der mittleren Hirnhaut (Spinnewebhaut) und der Hirnoberfläche, der mit Hirnwasser (Liquor) gefüllt ist. In diesem schmalen, spaltförmigen Raum rund um das Gehirn verlaufen sehr viele Blutgefäße. Platzt ein Gefäß, bevor es in das Gehirngewebe eintaucht, breitet sich das austretende Blut im Subarachnoidalraum aus und drückt von außen auf das Gehirn.

Wenn einzelne Hirnzellen eine Schädigung ihrer Zellwand erlitten haben und demzufolge vermehrt Wasser aus dem sie umgebenden Gewebe aufnehmen, spricht man von einer Hirnschwellung. Ist das bei sehr vielen Zellen der Fall, kann – ähnlich wie bei Hirnblutungen – der Druck im Schädelinneren stark zunehmen.

Erreicht dieser sogenannte Hirndruck einen kritischen Wert, reicht der Blutdruck nicht mehr aus, um genügend Blut zum Gehirn zu transportieren. Einzelne Hirnzellen oder große Bereiche des Gehirns sterben ab. Aus diesem Grund ist es insbesondere bei schweren Formen der Schädelhirnverletzung wichtig, erhöhten Hirndruck früh zu erkennen, zu überwachen und gezielt zu behandeln.

Welche Hirnfunktionsstörungen entwickeln sich nach einem schweren Schädelhirntrauma?

Im Vordergrund der Hirnfunktionsstörung steht immer die Bewusstseins Einschränkung bis hin zur Bewusstlosigkeit (Koma), verbunden mit Fehlsteuerung der sogenannten unbewussten (vegetativen) Funktionen des Körpers, vor allem von Atmung, Kreislauf, Herzrhythmus, Körpertemperatur und Stoffwechsel. Nach schwerster Gewalteinwirkung auf das Gehirn entwickeln viele Patienten ein apallisches Syndrom, das auch als vegetativer Status und umgangssprachlich fälschlicherweise als Wachkoma bezeichnet wird.

Zustandsbild beim apallischen Syndrom:

- Bewusstlosigkeit, jedoch Öffnen der Augen ohne Fixieren möglich,
- zunehmende Besserung der gestörten unbewussten (vegetativen) Funktionen,
- krankhaft ungesteuerte motorische Bewegungen,
- auf Schmerzreize keine gezielte Abwehr,
- ungezielte, nicht gerichtete Reaktionen auf äußere Einwirkung,
- abwechselnde Wachheit,
- gestörter Schlaf-wach-Rhythmus,
- Stuhl- und Urininkontinenz.

Weitere Zeichen sind vermehrtes Schwitzen, hochgradiger Speichelfluss und Bewegungsstörungen im Bereich der Extremitäten mit starker Beugung in den Armen und Stre-

ckung in den Beinen. Der Betroffene ist häufig nicht in der Lage, seinen Kopf gegen den Rumpf oder den Rumpf gegen die Extremitäten auszugleichen.

Die Muskelanspannung ist oft massiv erhöht. Man spricht dann von einer spastischen Tonuserhöhung. Wie die Erfahrung gezeigt hat, ist es äußerst schwierig, die Diagnose eines apallischen Syndroms sicher zu stellen. Ermöglicht wird dies erst durch eine intensive und langfristige Beobachtung.

Die zentrale Frage für die Angehörigen besteht darin, welchen Stellenwert ein apallisches Syndrom im Ablauf der Erholungsphase nach einem schweren Schädelhirntrauma hat. Von den Patienten, die nach den oben angegebenen Zeichen unter der Diagnose eines apallischen Syndroms eingestuft werden mussten, erreichte die überwiegende Zahl nach intensiver und lang dauernder medizinischer und therapeutischer Behandlung einen deutlich gebesserten Zustand. Deshalb sollte der Ausdruck apallisches Syndrom durch die Bezeichnung apallisches Durchgangssyndrom ersetzt werden.

Somit gilt:

Bewusstseinsstörung oder sogar Bewusstlosigkeit ist nicht mit Gefühls- oder Handlungsunfähigkeit gleichzusetzen. Allerdings erlaubt die zunehmende Bewusstseinsstörung nicht die Durchführung sinnvoller Verarbeitungen und Handlungen,

wie dies bei wachen und kooperationsfähigen Menschen möglich ist.

Bei ansprechbaren, reaktionsfähigen Patienten finden sich Einschränkungen der höheren Hirnfunktionen, vor allem der intellektuellen Fähigkeiten. So ist das erworbene Schul-, Berufs-, und Allgemeinwissen nicht mehr abrufbar. Verändert zeigen sich aber auch Konzentrationsvermögen, kurz- und mittelfristiges Gedächtnis – während das Altwissen oft vorhanden ist –, Störung des Sprachverständnisses und der Sprachwiedergabe, Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Handlungsstörungen. Viele Betroffene bieten mit zunehmender Wachheit erhebliche Verhaltensauffälligkeiten bis hin zum sogenannten schwersten Durchgangssyndrom mit Unruhe, örtlicher, zeitlicher und situativer Fehlorientierung sowie erheblicher Wesensveränderung mit teils kindlichem, teils depressivem, aber auch aggressivem Verhalten. Die Ausfälle können vereinzelt auftreten, werden jedoch normalerweise in Kombination beobachtet, wodurch die Auswirkungen auf den Betroffenen und auf die Umgebung noch tiefgreifender sind.

Behandlung auf der Intensivstation

Die Behandlung von Patienten mit einem schweren Schädelhirntrauma erfolgt generell auf der Intensivstation. Dort stehen die Überwachungs- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die derart schwer verletz-

te Patienten in der frühen Phase ihrer Verletzung benötigen. Besuchen Sie Ihren Angehörigen auf der Intensivstation, so werden Sie sicherlich von der fremdartigen Umgebung und den vielen medizinischen Geräten verunsichert sein. Auch der Umgang mit einem liebgewonnenen Menschen, der Ihnen nun völlig verändert erscheint und zusätzlich vielleicht durch seine Verletzungen entstellt ist, kann dazu beitragen. Wir hoffen, Ihnen etwas von Ihrer Angst und Verunsicherung nehmen zu können, indem wir Ihnen nachfolgend schildern, was während der intensivmedizinischen Behandlung geschieht. Wir erläutern die verschiedenen medizinischen Geräte und geben Hinweise, wie Sie sich auf der Intensivstation als Besucher verhalten können.

Die Behandlung eines bewusstlosen Patienten mit einer Kopfverletzung wird in eine allgemeine und eine spezielle Behandlung untergliedert. Die allgemeine Behandlung versucht, die durch die Hirnschädigung vorübergehend ausgefallenen Körperfunktionen zu ersetzen und so optimale Bedingungen für die Erholung des Patienten und seines Gehirns zu schaffen. Er muss oft durch eine künstliche Beatmung unterstützt werden, um das Blut optimal mit Sauerstoff anzureichern. Hierzu wird über Mund oder Nase ein Tubus (Beatmungsschlauch) in die Luftröhre eingeführt. Durch diesen Schlauch wird Luft in die Lunge des Patienten

geblasen. Da bewusstlose Patienten Bronchien und Lunge oft nicht ausreichend durch Husten selbst reinigen können, ist häufiges Absaugen des Bronchiensekrets über diesen Tubus notwendig. Ist der Patient längere Zeit bewusstlos, kann nach einiger Zeit ein Luftröhrenschnitt notwendig werden, über den der Beatmungsschlauch in die Luftröhre eingeführt wird (Trachealkanüle). Dieser Eingriff ist relativ ungefährlich. Druckschäden an Nase, Rachen und Stimmbändern, die nach längerer Liegezeit durch einen Tubus in Nase oder Mund entstehen können, werden durch diesen Eingriff verhindert. Da der Patient im komatösen Zustand selbst keine Nahrung aufnehmen kann, wird sie ihm künstlich zugeführt. Das geschieht entweder durch Infusions(nähr-)lösungen, die über einen Plastikschlauch in eine Körpervene (Venenkatheter) verabreicht werden, oder mit spezieller Flüssignahrung, die über eine Magensonde in den Magen eingebracht wird. Bei Patienten mit derart schweren Verletzungen wird täglich eine physiotherapeutische Behandlung erfolgen. Die Gliedmaßen werden bewegt, um Versteifungen zu vermeiden. Zudem wird eine Reinigung der Lunge von Sekret durch Beklopfen der Brustwand unterstützt. Kann wegen des erhöhten Hirndrucks in der Frühphase der Verletzung keine regelmäßige physiotherapeutische Behandlung erfolgen, besteht die Möglichkeit, den Patienten in spe-

zielle Luftkissenbetten zu legen. Die Behandlung des Patienten umfasst insbesondere das frühzeitige Erkennen von Hirnblutungen und Hirnschwellungen und deren operative bzw. medikamentöse Behandlung. Durch regelmäßige Kontrolle der Bewusstseinslage sowie Weite und Lichtreaktion der Pupillen können Blutungen im Schädelinneren oder erhöhter Hirndruck rasch erkannt werden. Manchmal muss sich der behandelnde Arzt zusätzlich durch spezielle Schichtaufnahmen Informationen über das Geschehen im Gehirn verschaffen. Dies geschieht entweder durch eine Computertomographie (CT) oder durch eine Kernspintomographie (MRT oder MRI). Beide Untersuchungen sind ohne Strahlenbelastung und müssen ggf. wiederholt erfolgen. Liegt ein stark erhöhter Hirndruck vor oder wird ein solcher vermutet, ist eine Hirndruckmessung notwendig. Dies geschieht durch einen kleinen operativen Eingriff, bei dem ein Katheter mit einem speziellen Druckaufnehmer entweder in eine Hirnkammer (Ventrikeldruckmessung) oder zwischen harter Hirnhaut und Schädel (epidurale Druckmessung) eingelegt wird. Durch zusätzliche Überwachungsmethoden lassen sich ferner Daten über die Sauerstoffversorgung und Durchblutung des geschädigten Gehirns gewinnen. Spezielle Katheter werden hierzu in eine große Halsvene oder in das Hirngewebe selbst eingelegt. Unter Kontrolle all dieser

Messwerte kann gezielt die Verabreichung hirndrucksenkender Medikamente erfolgen.

Während Blutungen oder ein Hirnödem typische Komplikationen der Frühphase einer Schädelhirnverletzung sind, können auch Spätkomplikationen eine medikamentöse oder operative Behandlung erforderlich machen. Die wichtigsten dieser Spätkomplikationen und ihre Behandlung werden nachfolgend kurz erläutert:

Krampfanfälle werden bei Patienten mit schweren Kopfverletzungen häufig beobachtet und können in jeder Phase der Krankheit auftreten. Oft handelt es sich um vorübergehende Erscheinungen als Reaktion des geschädigten Gehirns auf die akute Verletzung. Bleiben die Anfälle bestehen, ist zu deren Unterdrückung die Einstellung auf spezielle Medikamente (Antiepileptika) erforderlich.

Hirnhautentzündungen entwickeln sich meist in den ersten Krankheitswochen. Fast immer sind sie durch Bakterien verursacht, die infolge der Verletzung in das Schädelinnere eingedrungen sind. Typische Symptome sind hohes Fieber, Nackensteifigkeit und eine Verschlechterung der Bewusstseinslage. Obwohl derartige Entzündungen immer eine ernste Komplikation darstellen, lassen sie sich zumeist mit speziellen Medikamenten (Antibiotika) erfolgreich behandeln.

In selteneren Fällen kann sich als

Folge einer Schädelhirnverletzung eine Erweiterung der inneren Hirnkammern entwickeln, auch Hydrozephalus genannt. Diese Erweiterung wird durch eine Störung der Nervenzirkulation verursacht, die zu einer allmählichen Steigerung des Schädelinnendrucks führt. Derartige Zustände lassen sich entweder im CT oder auch durch eine Hirndruckmessung erkennen. Fast immer müssen sie operativ behandelt werden, da der chronisch erhöhte Hirndruck das Gehirn zusätzlich schädigen kann. Diese Behandlung geschieht, indem spezielle Ableitungssysteme (Shunt) in die Hirnkammer und von dort aus unter die Haut eingelegt werden, die das unter Druck stehende Nervenzellenwasser in den Bauchraum oder in eine große Halsvene ableiten.

Überwachung des Patienten

Für Patienten mit schweren Schädelhirnverletzungen sind weitere spezielle Verfahren notwendig, um die Körperfunktionen während der Behandlung optimal überwachen und steuern zu können.

Über arterielle Kanülen – dünne Plastikschläuche, die in eine kleine Schlagader an Handgelenk, Fußrücken oder Ellenbeuge eingelegt werden – kann der Blutdruck ständig gemessen werden. Durch Blutabnahmen können der Sauerstoffgehalt des Blutes, also der Effekt der Beatmungsbehandlung, und andere wichtige Laborwerte regelmäßig kontrolliert werden. Infusionen und

Nährlösungen werden oft über spezielle Infusionspumpen verabreicht, die eine minütlich exakte Zufuhr der jeweiligen Substanz gewährleisten. Die Ableitung des Urins erfolgt über Urinkatheter, die durch die Harnröhre in die Blase eingelegt werden und in ein Sammelgefäß münden. Dieser Katheter ist wichtig, damit sich der Patient nicht nass und wund liegt. Außerdem kann hierüber eine genaue Auswertung der ausgeschiedenen Flüssigkeit erfolgen. Spezielle Temperatursonden im After oder in der Speiseröhre erlauben die Überwachung der Körpertemperatur. Der Pulsschlag des Patienten wird über auf der Brust klebende EKG-Elektroden kontrolliert. Oft wird es notwendig sein, dauernd oder mehrfach am Tag eine Hirnstromkurve mittels EEG (Elektroenzephalogramm) über am Kopf befestigte Elektroden abzuleiten. Hierdurch erhalten die Ärzte Informationen über den Funktionszustand des Gehirns. Die Darstellung der Werte aus den oben genannten Überwachungsgeräten geschieht zu meist an Bildschirmen in der Nähe des Patienten. Bei Begleitverletzungen oder Komplikationen sind oft zusätzliche Geräte oder Therapieverfahren erforderlich. All diese Überwachungs- und Behandlungsverfahren können in der Frühphase der Hirnverletzung notwendig werden, um das Überleben des Patienten zu sichern. Je weiter sich der Zustand stabilisiert und damit die körpereigenen Funktionen zurückkehren, umso

rascher sind all diese Geräte nicht mehr notwendig.

2. WAS KÖNNEN SIE ALS ANGEHÖRIGE AUF DER INTENSIVSTATION TUN?

Verhalten gegenüber dem Patienten

Patienten mit einer schweren Schädelhirnverletzung sind in ihrem Bewusstsein oft eingeschränkt oder befinden sich im Koma. Die Augen sind häufig geschlossen, und sie scheinen zu schlafen. Dennoch ist man heute davon überzeugt, dass die Patienten zwar ihre Angehörigen nicht sehen und ihnen nicht antworten, dass aber zumindest eine kurzfristige Kontaktaufnahme über die verbliebenen Sinne wie Riechen, Hören und Fühlen möglich ist. Deswegen ist für Sie als Angehörige eine gewisse Vorbereitung auf die Besuche notwendig:

1. Vermeiden Sie den Besuch zu vieler Personen. Der Patient wird in

der frühen Phase seiner Erkrankung nicht in der Lage sein, viele verschiedene Eindrücke über lange Zeit wahrzunehmen.

2. Bleiben Sie nicht zu lange. Besser sind häufige und kurze, aber regelmäßige Besuche von etwa 5 bis 10 Minuten durch maximal zwei wichtige Bezugspersonen.

3. Sprechen Sie mit Ihrem Angehörigen möglichst ruhig und gelassen. Für den Patienten ist es hilfreich, wenn Sie Ihren Namen nennen und betonen, unterstützend da zu sein. Vermeiden Sie lautes Rufen und emotionale Ausbrüche. Kontrollieren Sie Ihre Angst und Verzweiflung, da Sie den Patienten sonst erschrecken könnten. Prognosen und weitere Behandlungsschritte sollten außerhalb des Behandlungszimmers besprochen werden.

4. Stellen Sie beim Sprechen mit Ihrem Angehörigen durch Anfassen und Streicheln Körperkontakt her. Darüber kann er besser Kontakt zu seiner Umwelt aufnehmen. Zudem wird sein Interesse geweckt, wieder intensiver eigene Wahrnehmungskanäle zu nutzen. Das Pflegepersonal wird Ihnen zeigen, wie dies möglich ist, ohne dabei die medizinischen Geräte oder Überwachungseinrichtungen zu stören.

5. Besprechen Sie mit dem Behandlungsteam, inwieweit das Mitbringen



Abb. 3: Patient auf der Intensivstation

persönlicher Gegenstände sinnvoll ist. Ein bekannter Geruch (Parfum, Rasierwasser) oder vertraute Musik können eine geeignete Brücke zum bisherigen Leben sein.

6. Ihre Unterstützung beim Waschen und bei der Pflege ist in vielen Kliniken willkommen. Es wird vom Patienten als angenehm empfunden und erleichtert beiden Seiten das Annehmen der unbekannteren Situation. Durch eine aktivierende, körpernahe Pflege gewinnen Sie selbst mehr Sicherheit im Umgang mit Ihrem Angehörigen. Sie können ihm beistehen und zeigen, dass er in seiner jetzigen Situation weiterhin gemocht und akzeptiert wird.

Wie geht es weiter?

Nach Überwinden des ersten Schocks werden Sie sich fragen, wie es weitergehen kann und wie der Patient die Erkrankung überstehen wird. Eine schwere Schädelhirnverletzung ist eine sehr ernste Erkrankung. Sie sollten bedenken, dass trotz aller ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen etwa 30 bis 40 % aller Patienten mit schwersten Kopfverletzungen noch in der Frühphase auf der Intensivstation versterben. Viele Patienten werden dauerhaft eine schwere Behinderung zurückbehalten. Viele werden soweit geheilt, dass sie in einem guten oder befriedigenden Zustand in ihr ursprüngliches Arbeits- und Familienleben zurückkehren.

Besonders in der frühen Phase nach

einer Kopfverletzung können die Ärzte nur schwer abschätzen, ob und wie der Patient die Verletzungen überleben wird. Versuchen Sie zu vermeiden, Ärzte und Pflegepersonal immer wieder mit der Frage zu konfrontieren, wie es weitergehen wird. Erst wenn die akute Phase der Kopfverletzung überstanden ist, wird es sinnvoll sein, in einem ausführlichen Gespräch erste Abschätzungen vorzunehmen. Diese Unsicherheit wird für Sie sehr belastend sein, ist aber leider unvermeidlich. Ist die akute Phase der Kopfverletzung überstanden, was in leichten Fällen einige Tage, in schweren Fällen einige Wochen dauern kann, reagiert der Patient wieder verstärkt auf äußere Reize: Er erwacht ganz allmählich aus seiner Bewusstlosigkeit. Sie können dies beispielsweise daran feststellen, dass er auf lauten Zuruf die Augen öffnet und sich mehr bewegt. Jetzt sollten Sie Ihre Besuche intensivieren und weitere persönliche Dinge wie Bilder von Angehörigen mitbringen. In dieser Phase können die Ärzte eine Einschätzung des weiteren Verlaufs vornehmen. Zusätzliche Untersuchungen bringen Klarheit über neurologische Ausfallerscheinungen wie Lähmungen oder Sprachstörungen. Sie zeigen, wie ausgeprägt diese sind und wie hoch die Chancen auf Besserung sind. Eine genaue Prognose über den Zustand des Patienten ist aber auch zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Etwa zwei bis drei Jahre nach der Hirnver-

letzung kann zur Prognose Stellung genommen werden. Ein Endzustand ist dann aber sicher noch nicht eingetreten. Sind Atmungs- und Kreislauffunktionen des Patienten stabil und keine weiteren Komplikationen zu erwarten, benötigt er keine intensivmedizinische Überwachung mehr. Nach der Behandlung auf der Normalstation folgt dann in aller Regel eine Rehabilitationsbehandlung, um eventuelle Ausfälle möglichst rasch und vollständig zum Rückgang zu bringen.

3. NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Schwer schädelhirnverletzte Patienten benötigen gezielte neurologische Rehabilitationsmaßnahmen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Familie, das soziale Umfeld, die Schule und den Beruf. Die normale und natürliche Erholungsfähigkeit des Gehirns reicht bei einer schweren Schädelhirnverletzung nicht aus, um eine Rückbildung der Schäden zu erreichen. Hinzu kommt, dass mehr als zwei Drittel der Betroffenen neben der Hirnverletzung weitere Verletzungen der Extremitäten, des Brust- oder Bauchraums aufweisen. Besonders folgenschwer sind Kombinationsverletzungen von Gehirn und Rückenmark. Um die Erholungsmöglichkeit und die verbliebenen Fähigkeiten des Gehirns zu nutzen und weiter zu fördern sowie Folge-

schäden zu vermeiden, muss die Rehabilitationsbehandlung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einsetzen und ununterbrochen über die Akutbehandlung hinaus fortgesetzt werden. Um diesen schwierigen Krankheitsbildern gerecht zu werden, ist es allerdings zwingend notwendig, eine geeignete Rehabilitationsklinik zu wählen, die personell und organisatorisch den Notwendigkeiten dieser Patienten entspricht. Die Ärzte werden nach den Befunden eine baldige Verlegung in ein Rehabilitationszentrum veranlassen. Der Einfluss der Kostenträger auf die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung hat stark zugenommen. Wichtig für Sie ist der Sachverhalt, dass Ihr Angehöriger aufgrund gesetzlicher Regelungen ein Wunsch- und Wahlrecht besitzt, dem der Kostenträger bei berechtigten Gründen nachkommen muss. Leider befinden sich die meisten Rehabilitationszentren nicht in unmittelbarer Wohnortnähe; längere Wartezeiten sind oft unvermeidbar.

Es müssen also Kompromisse gefunden werden. Hierbei sollten Sie bedenken, dass eine frühe Verlegung in ein weit entferntes Zentrum häufig hilfreicher für den Patienten ist als wochenlanges Warten auf einen Platz in Wohnortnähe. Eine Auswahl geeigneter Rehabilitationseinrichtungen können Sie auf unserer Homepage unter www.hannelore-kohl-stiftung.de in unserer Rehabilitationsdatenbank

einsehen, oder Sie rufen die Mitarbeiter unseres Beratungs- und Informationsdienstes an.

Grundlage aller rehabilitativen Bemühungen nach Schädelhirnverletzungen ist es, die gestörte Bewusstseinslage zu bessern und den Patienten zu selbstständigen und aktiven Handlungen anzuregen. Frühzeitig wird auf die Rückgewinnung ehemaliger Fähigkeiten hingearbeitet mit gezielten Übungen zur Lebenspraxis wie Nahrungsaufnahme und Körperpflege, Anbahnung der gestörten willkürlichen Bewegungen in Armen und Beinen (Willkürmotorik) und selbstständige Fortbewegung (Mobilität) sowie Aufbau der höheren Hirnfunktionen und des normalen

Verhaltens. Wichtig ist die frühzeitige, begleitende schulische und berufliche Therapie, um das endgültige Behandlungsziel, nämlich die erfolgreiche Eingliederung sowohl in Familie und Umfeld, aber auch in Schule und Beruf zu erreichen.

Die Phasen in der neurologischen Rehabilitation

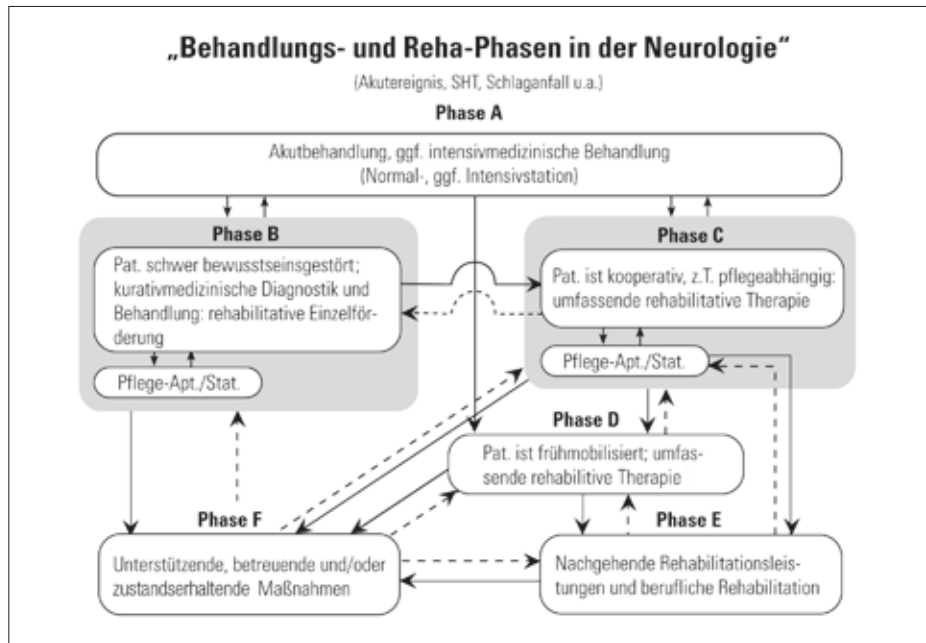
Abhängig vom Heilungsverlauf und Schweregrad erfolgt die Behandlung von schädelhirnverletzten Menschen im Anschluss an die Akutbehandlung in verschiedenen Rehabilitationsphasen. Welcher Phase ein Patient zugeordnet wird, ist abhängig von seiner Beeinträchtigung. Die meisten Patienten mit einem schweren

Schädelhirntrauma durchlaufen die Phasen mit zunehmender Erholung nacheinander. Viele Patienten mit leichteren Schädelhirnverletzungen werden direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in der Rehapphase C oder D weiterbehandelt, ohne die vorherigen Phasen zu durchlaufen. Mit dem Wechsel zwischen den Phasen ist häufig auch ein Wechsel des Kostenträgers für die Rehabilitationsleistungen verbunden.

Frührehabilitation in der Akutklinik

In der erstbehandelnden Akutklinik stehen die medizinischen Erfordernisse der schwerkranken Patienten im Mittelpunkt der Bemühungen, um das Überleben zu sichern und weitere Folgeschäden zu vermeiden. Die rehabilitative Behandlung ist deswegen sowohl in zeitlichem Ausmaß als auch seitens der Möglichkeiten eingeschränkt. Allerdings ist es unumgänglich, schon mit Beginn der Akutbehandlung Frührehabilitation auf der Intensivstation durch das multiprofessionelle Behandlungsteam bestehend aus dem Arzt, dem betreuenden Pflegepersonal sowie verschiedenen Therapeuten wie Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden durchzuführen. Nach der Stabilisierung des Zustands und Revitalisierung der körpereigenen Funktionen liegt der Schwerpunkt der rehabilitativen Bemühungen vor allem darin, eine Besserung der Bewusstseinslage zu erreichen.

Durch persönliche Zuwendung und Anregung über alle Möglichkeiten der Reizaufnahme wie Ansprache, Führung und Blickkontakt wird der Betroffene stimuliert und animiert, eigene Reaktionen zu zeigen. Wichtig ist die sitzende Haltung sowohl im Rollstuhl als auch im Bett. Bei ausgeprägter spastischer Lähmung ist die Verhinderung von Sehnen-, Gelenk- und Muskelveränderungen notwendig. Ein weiteres Ziel ist die Anbahnung der Willkürbewegung in Armen und Beinen, Übungen zur Lebenspraxis wie Nahrungsaufnahme und Körperpflege, Zurechtfinden in Bezug auf Zeit, Raum und Situation, die Sprachanbahnung sowie die seelische Stabilisierung. In diesem Rahmen nehmen Sie als Angehörige des Patienten eine wichtige Funktion ein. Deswegen sind Ihre wichtigsten Aufgaben die körpernahen Zuwendungen. Die Wachheit soll verbessert werden durch Ansprache, Berührung, Führen der Hände und des Kopfes, Anleitung zu zunächst einfachen und später zusammenhängenden Handlungen wie Zeigen von ein oder zwei Fingern, Schließen der Augen, aber auch Nahrungsaufnahme und Körperpflege. Ein wichtiger Bereich ist auch die Unterstützung des seelischen Zustands durch Berichte aus dem Freundes- und Familienkreis und dem übrigen Alltagsfeld. Da sich die Patienten in einem schwer kranken Zustand befinden und mit Magensonde, Trachealkanüle und Blasenkatheter versorgt wer-



Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation

den, ist eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegekräften unumgänglich, um Schäden für den Patienten zu vermeiden.

Wie kann mit dem bewusstlosen oder bewusstseinsgetrübten Patienten Kontakt aufgebaut werden?

Ziel aller Bemühungen ist es, den Patienten zu abrufbaren Reaktionen und Handlungen zu bringen. Diese werden zunächst auf einfacher Ebene nachweisbar sein. In der Frühphase ist oft schwer festzustellen, ob tatsächlich zielgerichtete Reaktionen erfolgen. Die Unterscheidung ist jedoch für den Patienten extrem wichtig. Die Unfähigkeit zu zielgerichteten Handlungen bedeutet, dass alle Anregungen von außen an den Patienten herangebracht werden müssen. Sobald es jedoch möglich ist, sichere Reaktionen hervorzurufen, muss der Betroffene angeregt werden, diese selbst zu erbringen und damit in einem schrittweisen Aufbau einfache Handlungsweisen zu erreichen. Beispielsweise wird der Patient mit seinem Namen begrüßt und danach aufgefordert, seine Augen zu schließen, die Zunge zu zeigen, den Kopf zu drehen oder die Hand zu drücken. Oft wird es für Sie nicht einfach sein, die notwendige und sinnvolle Steigerung der körperlichen und geistigen Belastbarkeit abzuschätzen. Sollten bei Ihnen Fragen oder Unsicherheiten auftreten, sprechen Sie das

Fachpersonal an. Bei Patienten mit apallischem Durchgangssyndrom werden unterschiedliche Stimulationsverfahren eingesetzt. Im Wesentlichen beruhen sie alle darauf, dass über die verschiedenen Sinneskanäle wie Hören, Fühlen, Sehen, Riechen, Schmecken und Bewegen Anregungen an den Patienten herangebracht werden, um die Wahrnehmungsfähigkeit zu aktivieren und letztendlich Reaktionen anzubahnen. Hier ist nicht ein schematisches Vorgehen nach einer Methode, sondern eine individuelle Abstimmung auf die jeweilige Situation des Patienten notwendig. Die meisten Patienten verlangen in der Frühphase, möglichst häufig wieder in die liegende Position, sprich ins Bett gebracht zu werden. Hier ist es sehr wichtig, die Zeitdauer im Rollstuhl langsam zu steigern, selbstverständlich unter Berücksichtigung des medizinischen Befindens. Weitere Punkte, die die Angehörigen oft verunsichern, sind nicht nachvollziehbare Reaktionen wie unkontrolliertes Lachen, Weinen, aggressive Ausbrüche, aber auch unangemessenes kindliches Verhalten. In solchen Situationen sollte beruhigend, aber auch konsequent reagiert werden. Häufig genügen auch kleine Ablenkungen.

Als Angehöriger sind Sie durch die Hirnverletzung und die ungewohnte Situation des Betroffenen in einer seelischen und körperlichen Ausnahme-situation und benötigen, wie der Patient selbst, seelischen und

körperlichen Beistand. Aus diesem Grunde sollten Sie darauf achten, keinesfalls als Ersatzpflegekraft oder ohne entsprechende Anleitung als sogenannter Mittherapeut eingesetzt zu werden. Sie sollten schrittweise an die erwähnten Aufgaben herangeführt werden, um Ihren Platz im Behandlungsteam einnehmen zu können und sich weniger hilflos zu fühlen.

Frührehabilitation (Phase B und C)

Nach erster Stabilisierung des Gesundheitszustands ist für den Heilungsverlauf eine möglichst frühzeitige Verlegung aus dem Akutkrankenhaus in eine geeignete Rehabilitationsklinik wichtig. Der Patient zeigt jetzt noch ein ausgeprägtes Krankheitsbild mit einem hirnorganischen Psychosyndrom (Orientierungs-, Handlungs- und Affektstörungen), tieferen Graden der Bewusstlosigkeit, massiver Einschränkung der höheren Hirnfunktionen, erheblichen Störungen der unbewussten Funktionen des Körpers, pathologischem Reflexverhalten des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten (Spastik). Er ist mit Trachealkanüle, Magensonde und Blasenkatheter versorgt. Er befindet sich entweder im apallischen Durchgangssyndrom (Bewusstlosigkeit ohne Möglichkeit zu Reaktionen) oder günstigenfalls in der beginnenden Remissionsphase (Bewusstseinsstörung, Benommenheit

mit beginnender Reaktionsmöglichkeit auf äußere Einwirkungen). Einige Patienten werden erhebliche Durchgangssyndrome mit Unruhe, Desorientiertheit, Klinikflüchtigkeit und fehlender Einsicht in die Situation oder teilweise aggressive Tendenzen zeigen. Wegen des ausgeprägten Krankheitsbildes muss die medizinische Versorgung der Patienten in der Rehabilitationsklinik weiterhin gewährleistet bleiben.

Das weitere Therapiekonzept umfasst eine enge Verknüpfung von intensivmedizinischer Behandlung und gezielter Behandlung der gestörten höheren Hirnfunktionen sowie der Bewegungsanbahnung mit ausreichender Intensität über mehrere Stunden am Tag, idealerweise auch an den Wochenenden.

Grundsätzlich gilt:

- Umfassende Aktivierung mit frühzeitiger und häufiger Mobilisierung außerhalb des Bettes in den Rollstuhl,
- Therapien dürfen außerhalb der Station in sitzender Position in speziellen Räumen durchgeführt werden = Grund- oder Basistherapie,
- Besserung der gestörten Bewusstseinslage sowie Anbahnung und Wiederherstellung von grundlegenden Fertigkeiten der höheren Hirnfunktionen sowie der Fähigkeiten auf schulischem, arbeitstherapeutischem, lebenspraktischem und motorischem Gebiet, der

Sprache, des Verhaltens und der Gruppenfähigkeit.

Voraussetzungen zur Beendigung der Frührehabilitation:

- Mobilisation des Patienten zum Gehen und selbstständige Fortbewegung in der Klinik,
- Vorhandensein und Nutzung kommunikativer Möglichkeiten,
- ausreichende Belastbarkeit (über eine Stunde) und gebesserte Orientierung,
- durch therapeutische Maßnahmen beeinflussbare Verhaltensstörungen, Gruppenfähigkeit,
- aktivierende Pflege nicht mehr als vier Stunden am Tag,
- grundlegende schulische, arbeits-therapeutische und lebenspraktische Fähigkeiten sind erreicht.

Wenn bei ungestörtem Therapieverlauf über mindestens acht Wochen (bei Kindern und Jugendlichen zwölf Wochen) kein funktioneller Zugewinn feststellbar ist, ist die Beendigung der Phase B oder Phase C angezeigt.

Grundlagen für weiterführende Rehabilitation

Jetzt muss entschieden werden, ob die Kriterien für die Überleitung in die weiterführende Rehabilitation erreicht sind oder ob bei ungestörtem Therapieverlauf kein wesentlicher Fortschritt im Heilungsprozess zu erwarten ist. Bei der dargelegten intensiven Akut- und rehabilitativen

Behandlung wird dies in den seltensten Fällen notwendig werden. Für die Behandlungsdauer wird ein Zeitraum von drei Monaten bis zu zwei Jahren angesetzt. Hierzu ist eine individuelle Beurteilung notwendig. Verschiedene Behandlungsansätze haben sich als besonders geeignet herausgestellt. Allerdings hat die Erfahrung gezeigt, dass die bestehenden, äußerst schwierigen Hirnstörungen unmöglich durch einen einzelnen und isolierten Therapieansatz erfolgreich behandelt werden können. Es ist im Gegenteil eine möglichst breite Palette an methodischem Vorgehen notwendig. Diese muss auf die spezielle Krankheitssituation des Patienten individuell angepasst werden, um tatsächlich einen Behandlungserfolg zu erreichen. Man nennt dies entsprechend der Erfahrungen der Sonderpädagogik die kombinierte oder integrative Therapie. So können bewährte Behandlungsverfahren, z. B. nach Affolter, Voijta, Bobath oder Fröhlich, mit einfließen. Die Behandlung erfolgt über mehrere Stunden am Tag in geeigneten Therapieräumen nach einem festen Stundenplan, um den gestörten Schlaf-wach-Rhythmus, aber auch die übrigen natürlichen Lebensvorgänge wiederherzustellen. Ausnahmen bilden nur die pflegerischen Aktivitäten in Bezug auf Körperhygiene sowie Aufbau der Lebenspraxis und Nahrungsaufnahme. Die Qualität einer Rehabilitationsklinik kann durchaus danach bemessen werden, in welcher Inten-

sität die Behandlung vorgenommen wird und ob tatsächlich ein individuelles Behandlungsschema erfolgt. Eine völlige Einbindung der Angehörigen in den medizinischen und therapeutischen Ablauf einer Rehabilitationsklinik ist normalerweise weder möglich noch sinnvoll und wünschenswert. Vielmehr soll der Patient durch die verschiedenen Behandler, einschließlich der Angehörigen, angeregt und motiviert werden. Die Angehörigen sollten durch regelmäßige Besuche außerhalb der Therapiezeiten die Bemühungen der Therapeuten unterstützen. Hierzu gehören besonders Ausfahrten innerhalb der Station oder außerhalb der Klinik, Anleitung zu einfachen Handlungen, überwiegend im lebenspraktischen Bereich, aber auch die seelische Unterstützung durch Berichte aus dem häuslichen Umfeld und dem Bekanntenkreis. Soweit es medizinisch zu verantworten ist, haben sich Beurlaubungen in den häuslichen Bereich über das Wochenende bewährt. Die Phase der Frührehabilitation dauert zwischen vier Wochen bis hin zu vielen Monaten.

Anhaltspunkte für die Überleitung in die weiterführende Rehabilitation und damit Ziel der Frührehabilitation sind:

- unabhängige Mobilität, ggf. mit Hilfsmitteln,
- wiedererlangte Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Nahrungsaufnahme und Körperhygiene, allenfalls ist

minimale pflegerische unterstützende Hilfe notwendig,

- vorhandene Orientierung, d. h. der Betroffene ist kooperationsfähig und bereit, aktiv an der Rehabilitation mitzuarbeiten,
- gebesserte unbewusste Körperfunktionen wie z. B. Kontinenz.

Medizinisch-berufliche Rehabilitation – Anschlussheilbehandlung (Phase D)

An die Frührehabilitation sollte sich nahtlos die nächste Rehabilitationsstufe anschließen. Kennzeichnend für diese Rehabilitationsphase ist der Versuch der weitestgehenden Wiedereingliederung in Beruf und/oder Alltag. Da der Patient belastungsfähiger bei gebesserter Mitarbeit ist, können jetzt weitere therapeutische Ansätze wie die klinische Pädagogik, die Neuropsychologie, die Sprachtherapie, aber auch Arbeitstherapie z. B. im Bereich Hauswirtschaft durchgeführt werden. Weiterhin wichtig ist die intensive physiotherapeutische Behandlung, da nahezu alle Betroffenen in dieser Phase noch deutliche Störungen der Fein- und Grob Bewegungen sowie der Koordination aufweisen. Dies kann ausschließlich in spezialisierten Kliniken der Phase D durchgeführt werden, die das für neurologisch Erkrankte notwendige umfangreiche therapeutische Angebot erbringen können. Diese Form der Rehabilitation kann stationär oder auch ambulant durchgeführt werden. In der Rehabilitationsein-

richtung sollte ein Langzeittherapieplan festgelegt werden, damit auch nach einer stationären Behandlung der Rehabilitationserfolg nicht gefährdet und weitere Ziele erreicht werden können.

Die Stellung der Angehörigen entspricht im Wesentlichen der Situation innerhalb der Frührehabilitation. Da die Patienten jedoch deutlich wacher, kooperationsfähiger und belastbarer sind, können auch die Anforderungen durch die Angehörigen gesteigert werden. So sollten Ausflüge in die Umgebung der Klinik, Wochenendbeurlaubungen nach Hause, aber auch schrittweise Einführung in den normalen häuslichen und sozialen Rahmen zunehmend erfolgen, um einer Entfremdung aus dem häuslichen Bereich entgegenzuwirken.



Abb. 4: logopädische Therapie

Nachgehende Behandlungs- und Rehabilitationsphase zur beruflichen und sozialen (Re-)Integration und Teilhabe (Phase E)

Mit denen im Dezember 2013 veröf-

fentlichten Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation e. V. (BAR) zur Phase E wurden trägerübergreifende Maßnahmen zur ambulanten Nachsorge beschrieben. Schädelhirnverletzte mit weiterbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen benötigen auf dem Weg zur beruflichen oder schulischen und sozialen Wiedereingliederung eine frühzeitige Beratung und eine konkrete Planung einer weitergehenden Nachsorge, da ein möglicher Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Zu den nachgehenden Leistungen zur Sicherung der bisher erreichten Rehabilitationsergebnisse und zur Weiterentwicklung der sozialen Teilhabe vor Ort zählen:

Leistungen zur Erreichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben: Hier besteht eine breite Palette an Leistungen, die je nach beruflichem Status, betrieblicher Situation und individueller Prognose eingesetzt werden können. Zur Verfügung stehen beispielsweise Förderlehrgänge, Arbeits- und Belastungserprobungen, Berufsfindungen oder Leistungen in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. In der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) können beispielsweise Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und die medizinisch-beruflich orientierten (MBOR) den Leistungen der Phase E zugeordnet werden. Keinesfalls sollten wegen unzureichender Beratung

mit Abschluss der Phase D bei noch berufsfähigen Betroffenen vorschnell Rentenanträge gestellt werden.

Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung: Auch unfallverletzte Kinder und Jugendliche benötigen unterschiedliche therapeutische, pflegerische, medizinische und pädagogische Maßnahmen. Diese sind abhängig von der Entwicklungsphase des Kindes und der Art und Schwere der Beeinträchtigung. Bei Kindern im vorschulischen Alter beinhaltet dies beispielsweise Maßnahmen der Frühförderung oder eine niedrigschwellige Beratung und Unterstützung der Eltern. Betroffene im schulpflichtigen Alter müssen auf den Besuch einer Regelschule oder Förderschule vorbereitet werden. Ihnen ist eine dem Krankheitsbild angemessene Schulbildung zu ermöglichen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: Menschen mit einer erworbenen Behinderung benötigen Unterstützung bei der Neugestaltung ihres Lebens. Deshalb sind hier systematische Pflegeüberleitungen und zusätzliche ambulante und wohnortnahe Maßnahmen erforderlich. Diese unterstützen den Hirnverletzten dabei, z. B. seinen Tag zu strukturieren, ihn zur Selbstversorgung zu befähigen oder die Fortbewegung im Lebensumfeld zu fördern. Im Bereich der Phase E ist die regel-

hafte Versorgung häufig noch unzureichend. Es fehlt hier ein bedarfsgerechtes Angebot, eine frühzeitige Beratung und konkrete Planung weiterführender Maßnahmen.

Aktivierende Langzeittherapie und zustandserhaltende Pflege (Phase F)

Trotz umfangreicher therapeutischer Maßnahmen können bei einigen Patienten weiterhin schwere neurologische Ausfälle bestehen bleiben, die es nicht erlauben, ein selbstständiges Leben zu führen. Hier reicht der Grad der Behinderung von bleibender Bewusstlosigkeit im apallischen Durchgangssyndrom bis zu ausgeprägten Funktionsstörungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, die den Patienten hilflos und pflegebedürftig bleiben lassen. In enger Zusammenarbeit zwischen der Rehabilitationsklinik und den Angehörigen muss rechtzeitig vor Entlassung aus der Rehabilitationsklinik entschieden werden, ob zukünftig eine Betreuung mit entsprechender pflegerischer und therapeutischer Hilfestellung im häuslichen Bereich oder in geeigneten Einrichtungen der sogenannten aktivierenden Langzeitpflege möglich ist. Da mit Eintritt des Pflegefalls erhebliche leistungsrechtliche Veränderungen zu erwarten sind, ist eine genaue und sorgfältige Prüfung der Versorgungssituation unumgänglich. Erleichtert wird diese schwere Aufgabe durch die Pflegeversicherung, die zumindest einen

Teil der Kosten abdeckt. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden im Kapitel 5 näher erläutert.

Ambulante Rehabilitation

In den letzten Jahren sind hauptsächlich in Ballungszentren Einrichtungen zur ambulanten/teilstationären neurologischen Rehabilitation entstanden. Dieses Angebot besteht bei weitem noch nicht flächendeckend. Durch die ambulante wohnortnahe Rehabilitation wird in besonderem Maße das selbstständige Wiederbewältigen des Alltags gefördert. Die Alltagssituation zu Hause, die tägliche Anreise zur Rehabilitationseinrichtung und das gesellschaftliche Leben werden in die Behandlung mit einbezogen. Die Patienten müssen die medizinischen Voraussetzungen erfüllen und ausreichend mobil sein. Die Rehabilitationseinrichtung sollte in zumutbarer Entfernung liegen, damit der Patient nicht zu sehr belastet wird. Um eine Gefährdung zu vermeiden, ist zudem die Sicherstellung der häuslichen Versorgung ein weiterer wichtiger Aspekt. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Rehabilitation muss diese in Rücksprache mit dem Betroffenen über Angehörige oder einen Pflegedienst sichergestellt werden. Auch die Anpassung der Wohnung und die Ausstattung mit eventuell erforderlichen Hilfsmitteln sollten in Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsklinik und den Kostenträgern erfolgen und eingeleitet werden. In der Regel

kommen für eine ambulante Rehabilitation zumeist Patienten der Phase D in Betracht. In Einzelfällen ist auch eine Rehabilitation in der Phase C möglich, auch wenn diese in den Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nicht vorgesehen ist. Hinweise zu ambulanten neurologischen Behandlungseinrichtungen finden Sie im Internet beim Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation e. V.: www.bv-anr.de.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam der neurologischen Rehabilitation

Neben den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern sind es besonders die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sonder- oder Neuropädagogen, Logopäden, Neuropsychologen sowie der Sozialdienst, die abhängig vom Krankheitszustand des Betroffenen mit wechselnden Schwerpunkten tätig sind. Der leitende Arzt ist verantwortlich für den gesamten medizinischen und therapeutischen Rehabilitationsprozess und die Leitung des interdisziplinären Teams. Dem Pflegepersonal kommt neben der Grund-, Behandlungs- und Intensivpflege eine wesentliche Bedeutung in der aktivierenden Pflege zu:

- Anbahnung der Lebenspraxis (Nahrungsaufnahme und Körperhygiene),
- Mobilisierung mit Umsetzen in den

Rollstuhl und Fortbewegen in der Klinik,

- Sprachanbahnung und
- Orientierung.

Die Physiotherapie baut die oft massiven Spastiken (krankhafte Anspannung der Muskulatur mit Beugehaltung der Arme und Streckhaltung der Beine) ab. Ziel ist die freie Gelenkbeweglichkeit mit Wiederherstellung von willentlichen, gezielten Bewegungen (Willkürmotorik) und zunehmende, freie Bewegung (Mobilität).

Das spezielle Training der Ergotherapie hat das Ziel, die lebenspraktischen Fähigkeiten wie Waschen, Anziehen und Essen sowie die verminderte geistige und körperliche Belastungsfähigkeit als auch die gestörte Wahrnehmung zu verbessern.

Innerhalb der neuropädagogischen Frühförderung werden durch Pädagogen die Fähigkeiten zur Aufnahme von Reizen sowie die Durchführung von Reaktionen und Handlungen wieder angebahnt. Die gestörten Hirnfunktionen werden gebessert durch Rückgriff auf soziale (Familie, Umfeld), schulische und berufliche Vorkenntnisse. Der frühzeitige Übergang von einfachen Wahrnehmungs- und Reaktionsübungen (Farben und Formen) in den abstrakten Bereich mit Aufnahme und Wiedergabe von Zahlen und Buchstaben und Ausbau zu einfachen, aber grundlegenden schulisch-pädagogischen Handlungen

(Rechnen, Schreiben, Lesen) wird geübt.

Im logopädischen Bereich wird zunächst die Behandlung der gestörten Mund- und Schlundmotorik im Vordergrund stehen, um z. B. die orale Nahrungsaufnahme zu verbessern. Mit zunehmender Kooperation ist eine gezielte Diagnostik und Therapie der bestehenden Sprech- und Sprachstörungen möglich.

Die klinische Neuropsychologie beschäftigt sich mit den Funktionsstörungen des Gehirns. Durch das Schädelhirntrauma können unterschiedlichste Bereiche des Gehirns und damit zusammenhängende Funktionen betroffen sein. Dies kann Funktionen wie z. B. die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, die Sinneswahrnehmung oder auch das Planen und Handeln betreffen. Aber auch die Gefühlswahrnehmung und die Persönlichkeit gehören dazu. Da man diese Funktionsstörungen einem Betroffenen nicht ansieht, könnte man sie auch als „unsichtbare“ Störungen bezeichnen.

Die Neuropsychologie untersucht die Funktionen des Gehirns mit speziellen Verfahren (neuropsychologische Diagnostik) und bewertet die Auswirkungen der Funktionsstörungen auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen und ihre Umwelt. Die neuropsychologische Diagnostik erfasst hierbei nicht nur die beeinträchtigten, sondern auch die erhaltenen Funkti-

onen und bildet somit die Grundlage für eine anschließende Therapie. Durch spezielle neuropsychologische Therapiemethoden können die Funktionsstörungen behandelt werden. Dabei wird jede Hirnschädigung im Zusammenhang mit der betroffenen Person (Persönlichkeit und Biographie) und ihrer gesamten Lebenssituation (sozial und beruflich) gesehen und bewertet.

Oft werden die kognitiven Beeinträchtigungen in der Rehaeinrichtung noch nicht richtig offensichtlich. Hier haben die Patienten einen geregelten, gut „beschützten“ Alltag. Je mehr die Betroffenen wieder im eigenen Haushalt funktionieren müssen, desto deutlicher können die kognitiven Schwierigkeiten hervortreten. Relativ unerwartet können die Betroffenen Tätigkeiten, die vor dem Schädelhirntrauma selbstverständlich für sie waren, nun überfordern oder sie vor große Probleme stellen. Beispielsweise können sie sich die Einkaufsliste nicht merken oder vergessen das Portemonnaie zu Hause. Vielleicht können sie die Termine für den aktuellen Tag nicht richtig koordinieren oder wissen nicht mehr, wie sie von der Therapiepraxis aus nach Hause kommen. Oder sie können einem Gespräch nicht mehr richtig folgen, wenn gleichzeitig das Radio läuft.

Möglich ist auch, dass sie sich in bestimmten sozialen Situationen völlig unangemessen verhalten, aufbrausender reagieren als früher oder

selbst gar nicht erkennen, dass sie Schwierigkeiten im Alltag haben. Wichtig ist zu wissen, dass die Betroffenen diese Verhaltensweisen nicht absichtlich zeigen, sondern dass sie krankheitsbedingt sind.

Meist zeigt sich eine Mischung aus mehreren kognitiven Beeinträchtigungen. Nur äußerst selten treten kognitive Beeinträchtigungen einzeln auf (wie z. B. reine Gedächtnisstörungen). Diese Beeinträchtigungen werden für den Betroffenen zunächst verwirrend und frustrierend sein. Sie zu akzeptieren und durch therapeutische Maßnahmen zu behandeln stellt die Betroffenen vor eine große Herausforderung. Fehlende Akzeptanz bzw. Krankheitseinsicht ist dabei nicht selten. Um im Alltag gut zurechtzukommen, spielt die Tagesstruktur eine entscheidende Rolle. Mithilfe von Tages- oder Wochenplänen und dem Einsatz von externen Strukturierungs- und Erinnerungshilfen (wie z. B. Erinnerungsfunktion des Mobiltelefons) können die kognitiven Schwierigkeiten im Alltag verringert werden.

Für alle Therapieformen gibt es folgende Möglichkeiten:

Es können je nach Situation Behandlungsmethoden angewandt werden, die durch direktes Training die Wiederherstellung der beeinträchtigten Funktionen ermöglichen sollen (Restitution). Oder es kommen Methoden zum Einsatz, die die beeinträchtigten Funktionen durch eine andere, intak-

te Funktion ausgleichen sollen (Kompensation). Auch die Veränderung oder Anpassung der Umwelt durch den Gebrauch von externen Hilfsmitteln gehört zur Behandlung (Substitution).

Rechtliche Grundlagen (SGB IX)

Im Sozialgesetzbuch IX ist die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen umfassend geregelt. Danach erhalten Behinderte oder von Behinderungen bedrohte Menschen Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Eine Kostenübernahme von Rehabilitationsleistungen wird erteilt, wenn in dem Antrag folgende medizinische Voraussetzungen vorliegen:

- **Rehabilitationsfähigkeit**

Der Betroffene sollte somatisch und psychisch in der Verfassung sein, an einer geeigneten Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen.

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Es muss eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegen, die zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft führt. Zur Abwendung ist ein fachübergreifender therapeutischer Ansatz der medizinischen Rehabilitation notwendig.

- **Rehabilitationsprognose**

Zudem muss anhand erreichbarer Rehabilitationsziele eine zu erwartende positive Entwicklung erkenn-

bar sein. Allerdings unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs, der Rückbildungsfähigkeit und unter Beachtung der individuellen Möglichkeiten.

Für den Bereich der Rehabilitation sind verschiedene Kostenträger mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Leistungsvoraussetzungen zuständig. Dies ist in den jeweiligen Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuchs festgehalten.

Nach dem SGB VII ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung zuständig, wenn eine Rehabilitation durch einen Versicherungsfall (Arbeitsunfall, Wegeunfall, Schulunfall oder Berufskrankheit) notwendig wird. Die gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, Regional oder Knappschaft-Bahn-See) ist nach SGB VI vorrangig zuständig, wenn eine Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch eine medizinische Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Es gilt der Grundsatz: Rehabilitation vor Rente. Allerdings werden die Kosten nur dann von dem Rentenversicherungsträger übernommen, wenn eine positive Erwerbsprognose gestellt werden kann und auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. Beitragszeiten) erfüllt sind.

Solange sich der Patient noch in einem medizinisch kranken Zustand befindet, ist vor allem die Kranken-

versicherung nach SGB V zuständig. Dies wird immer im Bereich der Akutklinik und der Frührehabilitation zu treffen. Sie kommt zum Tragen, wenn vorrangig kein anderer Kostenträger verantwortlich ist. Zuständig ist sie deshalb in aller Regel für Rentner, Kinder und Jugendliche bei Freizeitunfällen und Hausfrauen, die noch nicht genügend Rentenversicherungszeiten nachweisen können. Bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung ist die Übernahme der Kosten vom Umfang des individuell abgeschlossenen Vertrags abhängig. Diesbezüglich müssten Sie Ihre Versicherungsunterlagen überprüfen oder die Versicherung befragen. Als weitere Kostenträger erbringt die Kriegsopferfürsorge Leistungen bei Gesundheitsschäden verursacht durch Kriegsdienst, Wehrdienst oder Zivildienst. Für Beamte übernimmt die Beihilfe je nach Bemessungsgrundsätzen anteilig die Kosten der Rehabilitation. Die Differenz wird durch eine Zusatzversicherung getragen. Sollte kein Versicherungsschutz bestehen, übernimmt nachrangig auch die Sozialhilfe Kosten.

Keinesfalls darf im Bereich der Phase C, nämlich solange eine Frage zur Erwerbsfähigkeit weder positiv noch negativ beantwortet werden kann, die Frage der Rentengewährung oder die Stellung eines AHB-Antrags in den Vordergrund rücken.

Nach § 51.1 SGB V soll durch ein ausführliches Gutachten geprüft werden, ob „Verletzte, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gemindert oder gefährdet ist, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben“. Verständlicherweise kann dies erst erfolgen, wenn durch ausführliche Untersuchungen und die vorliegenden therapeutischen und medizinischen Berichte aus der behandelnden Klinik feststeht, dass diese Frage tatsächlich beantwortet werden kann. Bewährt haben sich für Patienten mit schweren Schädelhirnverletzungen als Rahmenempfehlung die Richtlinien zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C sowie in einer aktuellen Fassung die Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Diese bilden die Grundlage für die inhaltliche, zeitliche und strukturelle Versorgung dieses Patientenkreises.

Meldung an die Versicherung nicht vergessen!

Die Meldung ist wichtig, um Ihre Ansprüche zu wahren und ohne Zeitverlust die benötigten Leistungen zu erhalten. Hier kommen insbesondere in Betracht:

- die gesetzliche Unfallversicherung, wenn es sich um einen Arbeits-, Schul- oder Wegeunfall handelt,
- private Versicherungen wie Berufs-

unfähigkeits-, Unfall- oder Autoin-sassenversicherungen sowie

- ggf. die Haftpflichtversicherung des Unfallgegners.

4. WAS KANN ICH TUN, UM BESSER MIT DEM PATIENTEN UND DEN SPÄTFOLGEN DER VERLETZUNG UMGEHEN ZU KÖNNEN?

Für alle Angehörigen bedeutet eine Schädelhirnverletzung und deren Spätfolgen eine extreme Überforderungssituation, verbunden mit Ängsten, Sorgen und Verzweiflung. Ein rein passives Hinnehmen dieser Belastungssituation ist in den meisten Fällen keine hilfreiche Methode. Das Überspielen Ihrer Befürchtungen und Ängste, der Versuch, sie zu verdrängen oder sich gar einfach in die Situation zu fügen, hilft zwar kurzfristig und in bestimmten Krisensituationen, aber langfristig ist dieses Verhalten nicht geeignet, Ihre Ängste zu lösen und letztendlich dem Patienten eine Hilfe zu sein. Es hat sich für viele Angehörige bewährt, ihre Ängste, Befürchtungen und langfristigen Sorgen auszusprechen, sich ihnen zu stellen und sie zu bearbeiten. Dies ist leichter gesagt als getan, gerade wenn Sie sich hilflos oder verzweifelt fühlen. Was können Sie also tun?

Sprechen über Gefühle, Sorgen und Ängste

Bei Schädelhirnverletzungen sind die

Folgen eher vage und unbestimmt, daher kommt es häufig bei den Angehörigen zu einem Teufelskreis von Ängsten, Befürchtungen und Hilflosigkeit. Die gesamte Situation und die Zukunft erscheinen ausweglos. Hier ist es wichtig, sich anderen anzuvertrauen und mit Familienangehörigen zu reden. In Gesprächen können Sie Ihre Sorgen teilen und Hilfe erhalten. Mitunter aber stehen die unmittelbaren Angehörigen und Ehepartner gefühlsmäßig dem Geschehen zu nah, sie leiden zu sehr mit und sind ebenfalls hilflos gegenüber der Herausforderung. Ein im besten Sinne etwas distanzierter Vertrauter oder Freund kann oft ruhiger oder gelassener zuhören sowie sachlicher und realistischer Unterstützung vermitteln, ebenso Ihre Ärzte oder ein Klinikpsychologe. Aber auch der Beratungsdienst der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ ist für Sie da.

Sachgerecht informieren

Von entscheidender Bedeutung sind kompetente und realitätsgerechte Informationen über die Diagnosen, die Behandlungsmaßnahmen, weitere Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen und die langfristige Zukunft. Viele Angehörige vermeiden dies, weil sie befürchten, nur noch mehr bedrohliche und sie überfordernde Einzelheiten zu erfahren. Diese Einstellung ist manchmal nicht ganz unbegründet. Sollte es in Ihrer Behandlungseinrichtung allgemeine Aufklärungs- und Informationsver-

anstaltungen geben, nehmen Sie diese in Absprache mit Ihrem Arzt wahr. Eine sachgerechte Aufklärung und Information kann, auch wenn es am Anfang besonders schwierig und belastend ist, Ihren Befürchtungen, Sorgen und Ängsten entgegenwirken. So können Sie Schritt für Schritt lernen, mit der Situation umzugehen und sind so eher in der Lage, als Angehöriger den Betroffenen zu unterstützen. Auch das Internet bietet umfangreiche Informationsmöglichkeiten.

Fachliche Hilfe, soziale Hilfe

Manchmal reicht aber all dies nicht aus, z. B. wenn Angehörige durch die Ereignisse, die Leidenssituation und Folgen überfordert sind und selbst das Zuhören massive Traurigkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit auslöst. Oder es gelingt ihnen nicht, ihre Hemmungen zu überwinden bzw. kein ausreichendes Vertrauensverhältnis zum Gesprächspartner zu entwickeln. Dann ist in der Regel ein Gespräch mit den Ärzten und die Bitte um eine fachliche Hilfe ein möglicher Ausweg. Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten können dann eine Brücke bauen und Ihnen Hilfestellung anbieten. Aber auch Seelsorger können weitere Ansprechpartner sein, vor allem wenn Sie sich im Glauben verwurzelt fühlen.

Soziale, finanzielle und berufliche Probleme, aktuell und in Zukunft, können eine zusätzliche Belastung und Krisensituation schaffen. Scheuen Sie

sich nicht, die in fast allen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen vorhandenen Sozialarbeiter zu befragen, die Ihnen gesetzliche, soziale und finanzielle Hilfsmöglichkeiten aufzeigen können. Sollte ein Arbeitsunfall Auslöser gewesen sein, stehen Ihnen auch Helfer und Beratungseinrichtungen der Berufsgenossenschaft zur Verfügung.

Weitere Hilfen

Gerade wenn eine dauerhafte Zusatzbetreuung Ihres Angehörigen notwendig ist, ziehen sich Freunde und Bekannte zurück. Es treten Gefühle von Isolation und Vereinsamung auf. Hier können Selbsthilfegruppen oder therapeutische Gruppen für viele Angehörige und Betroffene eine Hilfe sein. Gern steht Ihnen auch der Beratungs- und Informationsdienst der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ zur Verfügung. Er kann Ihnen Hilfestellungen für die dringendsten Probleme anbieten. Die Mitarbeiter kennen aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen die Probleme und Schwierigkeiten und können entweder durch sachbezogene Informationen oder bei der Suche nach geeigneten Ansprechpartnern bei speziellen Fragestellungen unterstützen.

5. SOZIALE PFLEGEVER-SICHERUNG (SGB XI)

In einigen Fällen kann die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Be-

troffenen weder voll noch teilweise wiederhergestellt werden. Ist dauerhaft Pflege erforderlich, kommt die soziale Pflegeversicherung, sowohl bei häuslicher Pflege als auch in stationären Pflegeeinrichtungen, als Kostenträger infrage. Durch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung ist der Versicherte bei einer Pflegekasse pflichtversichert. Auch Privatversicherte sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung deckt lediglich eine Grundsicherung ab. Die Leistungen werden unabhängig vom Einkommen und Vermögen erbracht.

Wer erhält Leistungen der Pflegekasse?

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Hilfe vor allem in dem Bereich der Grundpflege, d. h. bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Nicht berücksichtigt werden dabei behandlungspflegerische Tätigkeiten wie z. B. Wundversorgung oder Medikamentengabe, da diese Leistungen als sogenannte Behandlungspflege von der Krankenkasse

vergütet werden müssen. Die Höhe der erbrachten Leistungen durch die Pflegekasse wird durch das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen bestimmt. Orientiert wird sich dabei am zeitlichen Betreuungsaufwand.

Pflegestufe 0: Darunter sind Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einzuordnen, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen.

Pflegestufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“): Der tägliche Zeitaufwand muss im Durchschnitt der Woche mindestens 90 Minuten betragen, wobei die Grundpflege mindestens 45 Minuten umfassen muss.

Pflegestufe II („Schwerpflegebedürftigkeit“): Der tägliche Zeitaufwand muss im Durchschnitt der Woche mindestens drei Stunden betragen, wobei die Grundpflege mindestens 120 Minuten umfassen muss.

Pflegestufe III („Schwerstpflegebedürftigkeit“): Der Pflegebedarf ist so groß, dass rund um die Uhr eine Pflegeperson erreichbar sein muss, da der konkrete Hilfebedarf jederzeit anfallen kann, auch nachts. Der tägliche Zeitaufwand muss im Durch-

schnitt der Woche mindestens fünf Stunden betragen, wobei die Grundpflege mindestens 240 Minuten umfassen muss.

Härtefallregelung: Liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann darüber hinaus eine Härtefallregelung greifen. Voraussetzung dafür ist, dass eines der folgenden Merkmale erfüllt wird.

- Es besteht ein mindestens 360 Minuten umfassender täglicher Bedarf in der Grundpflege, davon mindestens dreimal in der Nacht.
- Bei der Grundpflege des Pflegebedürftigen ist eine zweite Pflegeperson erforderlich, mindestens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts.

Eine Besonderheit besteht bei der Zuordnung von Kindern in die Pflegestufe. Maßgeblich ist in solchen Fällen der über den natürlichen altersbedingten Pflegebedarf hinaus erforderliche zusätzliche Hilfebedarf.

Beantragung von Pflegeleistungen

Leistungen der Pflegekasse werden nur auf Antrag gewährt. Die notwendigen Formulare dazu erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse. Sollte die Pflegebedürftigkeit Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls sein, werden die Pflegeleistungen von der Unfallversicherung gewährt. Vor Antragstellung ist es sinnvoll, sich bei einer neutralen Stelle, beispielsweise bei den örtlichen Pflegestützpunkten

oder bei den Sozialdiensten, über die gesetzlichen Voraussetzungen zu informieren. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet. Er prüft im Auftrag der Pflegekasse, ob die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Für die Begutachtung ist es hilfreich, soweit vorhanden Atteste, Schwerbehindertenausweis und eine vorhandene Pflegedokumentation bereitzuhalten. Wird der Betroffene von Angehörigen gepflegt, ist es sinnvoll, ein eigenes Pflegetagebuch zu führen, um dies dem MDK vorzulegen.

Spätestens fünf Wochen nach Antragsstellung ist dem Versicherten das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen. Befindet sich der Pflegebedürftige in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitation und ist zur Sicherstellung der Weiterbetreuung eine Begutachtung bereits in der Einrichtung notwendig, muss sie spätestens eine Woche nach Eingang des Antrags erfolgen. Die Pflegekasse richtet sich in aller Regel bei der Einstufung ihrer Versicherten nach den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes und wird Ihnen das Ergebnis der Begutachtung mitteilen. Sollten Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats einen schriftlichen Widerspruch einlegen. Lassen Sie sich von Ihrer Pflegekasse das Gutachten des MDK zusenden, um

anhand dessen zu begründen, welche Aussagen des Gutachters unzutreffend sind. Bei Unklarheiten ist es empfehlenswert, sich vor dem Widerspruch von einer neutralen Stelle beraten zu lassen.

Beratung im Pflegefall

Versicherte und deren Angehörige haben einen Rechtsanspruch auf eine individuelle Beratung über die Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die private Versicherungswirtschaft hat eigens dafür ein Unternehmen gegründet, die Compass Pflegeberatung. Erreichbar ist diese unter der kostenfreien Telefonnummer 0800-1018800. Gesetzlich Versicherte wenden sich an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen.

Innerhalb von zwei Wochen ist den Ratsuchenden ein Beratungstermin anzubieten. Auf Wunsch auch zu Hause. Die Pflegeberatung hilft den Familien dabei, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, und klärt zudem über mögliche weitergehende Sozialleistungen auf.

Beratung zum Thema Pflege bieten auch die Pflegestützpunkte. Das sind in der Regel neutrale Anlaufstellen für Ratsuchende. Sie haben insbesondere Kenntnisse über die örtlichen Hilfe- und Betreuungsangebote.

Leistungsübersicht bei bestehender Pflegebedürftigkeit

Der gewährte Umfang der Leistungen richtet sich nach der jeweiligen Stufe der Pflegebedürftigkeit und der Art der erbrachten Pflegeleistung. Vorrangig ist vom Gesetzgeber eine ambulante häusliche Versorgung erwünscht. In der häuslichen Pflege können Sie beim Vorliegen einer Pflegestufe entweder Pflegegeld erhalten, d. h. der Pflegebedürftige kann die privat organisierten Helfer minimal entlohnen, oder Sie erhalten Sachleistungen, mit denen der Einsatz einer professionellen Pflegekraft abgerechnet werden kann. Sie können auch beide Leistungsarten kombinieren. Das ist in solchen Fällen sinnvoll, in denen Angehörige nicht die gesamte Pflege leisten können. Falls die häusliche Pflegeperson erkrankt ist oder in den Urlaub fährt, gibt es die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung oder einer Verhinderungspflege. Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben der ambulanten Pflegesachleistung / dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Sollte eine häusliche und teilstationäre Versorgung nicht möglich sein, können auch Pflegeleistungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung übernommen werden.

Hilfe für Menschen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen

Betroffene mit einer schweren neurologischen Erkrankung haben in

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick		sogenannte Pflegestufe 0 Versicherte ohne Pflegestufe mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen	Pflegegeld von Euro monatlich ¹⁾	–	244	458	728
	Pflegesachleistungen von bis zu Euro monatlich ¹⁾	–	468	1.144	1.612 (1.995)
Häusliche Pflege von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Pflegegeld von Euro monatlich ¹⁾	123 (0 + 123) ²⁾	316 (244 + 72) ²⁾	545 (458 + 87) ²⁾	728
	Pflegesachleistungen von bis zu Euro monatlich ¹⁾	231 (0 + 231) ²⁾	689 (468 + 221) ²⁾	1.298 (1.144 + 154) ²⁾	1.612 (1.995)
Verhinderungspflege ³⁾ durch nahe Angehörige ⁴⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich				
von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen		–	366 (1,5 faches von 244)	687 (1,5 faches von 458)	1.092 (1,5 faches von 728)
von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		184,50 (1,5 faches von 123)	474 (1,5 faches von 316)	817,50 (1,5 faches von 545)	1.092 (1,5 faches von 728)
durch sonstige Personen ⁵⁾		1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr von bis zu Euro jährlich	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu Euro jährlich				
für ein körperlich hilfebedürftige Menschen		–	468	1.144	1.612
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		231	689 (468 + 221)	1.298 (1.144 + 154)	1.612
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	Leistungsbetrag von bis zu Euro jährlich				
für ein körperlich hilfebedürftige Menschen ⁸⁾		1.248	1.248	1.248	1.248
für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ^{8)/9)}		1.248 / 2.496	1.248 / 2.496	1.248 / 2.496	1.248 / 2.496
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	Euro monatlich	205	205	205	205
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal Euro monatlich	–	1.064	1.330	1.612 (1.995)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	–	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 Euro monatlich		
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen von bis zu Euro monatlich		40		
Technische Hilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 Euro je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich, und somit zahlungsfrei zur Verfügung gestellt.			
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	4.000 Euro je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis insgesamt 16.000 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)			

¹⁾ Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zum Wert der in dem jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistungen.

²⁾ Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Grundbetrag des Anspruchs auf Pflegegeld beziehungsweise Pflegesachleistungen sowie einem Erhöhungsbetrag bei Vorliegen einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 4 Sa SGB XI.,

³⁾ Während der Verhinderungspflege wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

⁴⁾ Auf Nachweis können nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr erstattet werden.

⁵⁾ Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

⁶⁾ Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

⁷⁾ Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. In diesem Fall ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

⁸⁾ Versicherte, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Kosten für in diesem Monat von niedrighöchsten Betreuungs- oder Entlastungsangeboten bezogene Leistungen verwenden.

⁹⁾ Abhängig vom Ausmaß der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen werden entweder bis zu 1.248 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 2.496 Euro (erhöhter Betrag) je Kalenderjahr gewährt.

vielen Fällen einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Sie sind je nach Schädigung beispielsweise nicht in der Lage, ihren Alltag zu planen und zu strukturieren oder sind zeitweise desorientiert und müssen deshalb vielfach rund um die Uhr versorgt werden.

Personen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen können zur Entlastung der Angehörigen eine besondere Unterstützung erhalten. Dies gilt auch für den Personenkreis in der Pflegestufe 0. Versicherte erhalten je nach Ausmaß finanzielle Mittel in Höhe von bis zu 104 Euro (Grundbetrag) bzw. 208 Euro (erhöhter Betrag) im Monat. Bei einer Nichtinanspruchnahme können die Leistungen in den nächsten Monat bzw. in das nächste Jahr übertragen werden. Damit der Anspruch nicht verfällt, müssen diese Leistungen spätestens bis zum 30.06. des Folgejahres verbraucht werden.

Der Betrag wird nicht bar ausgezahlt, sondern darf zur Abrechnung entstehender Kosten bei einem anerkannten Dienstleister verwendet werden. Abrechenbare Leistungen sind die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und familienunterstützenden Dienste.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Eine erworbene Schädelhirnverlet-

zung tritt unerwartet ein. In diesen schwierigen Situationen müssen Angehörige sehr schnell eine Menge organisieren. Alle Beschäftigte haben deshalb einen Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu zehn Arbeitstage im Jahr. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss als Nachweis eine ärztliche Bescheinigung über die drohende Pflegebedürftigkeit erbracht werden. In dieser Zeit ist der Arbeitnehmer weiterhin sozialversichert, und er erhält ein Pflegeunterstützungsgeld. Die Höhe berechnet sich synonym zum Kinderkrankengeld. Ein Antrag dafür ist unverzüglich bei der Pflegekasse des Angehörigen, der die Pflege benötigt, einzureichen. Angehörige werden damit in die Lage versetzt, eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren und sicherzustellen.

2. Pflegezeit für berufstätige Angehörige

Angehörige, die eine Person pflegen, bei der mindestens die Pflegestufe 1 vorliegt, können sich von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten freistellen lassen. Ein Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Die Pflegezeit muss zehn Tage vor Inanspruchnahme schriftlich beim Arbeitgeber angekündigt werden. Es ist erforderlich, darin Angaben über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit festzulegen.

Der Wunsch nach einer teilweisen Freistellung kann nur aus dringenden

betrieblichen Gründen abgelehnt werden. Nur in besonderen Ausnahmefällen, wie beispielsweise wenn die gepflegte Person verstirbt, kann die Pflegezeit auch vorzeitig beendet werden. Die Beschäftigten stehen in dieser Zeit unter einem besonderen Kündigungsschutz.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz ist in der Regel über eine Familienversicherung sicherzustellen. Sollte dies nicht möglich sein, dann ist eine freiwillige Weiterversicherung durch Zahlung des Mindestbeitrags möglich. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung die Beiträge.

In der Pflegezeit und in der Familienpflegezeit kann jeweils ein zinsloses Darlehen beantragt werden. Damit kann der Lohnausfall bis zur Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts abgedeckt werden.

3. Familienpflegezeit

Sie sieht vor, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden reduzieren können. Der Rechtsanspruch besteht allerdings nur in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten.

Parallel zur Pflegezeit besteht auch bei der Familienpflegezeit ein besonderer Kündigungsschutz. Zudem können Lohnausfälle durch ein zinsloses Darlehen abgedeckt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit können auch in Kombination in Anspruch genommen werden. Sofern kein Rechtsanspruch bei den jeweiligen Pflegezeiten besteht, ist eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit dem Arbeitgeber möglich.

Sozialleistungen für pflegende Angehörige

Pflegen Sie einen Angehörigen zu Hause, haben Sie neben dem Pflegegeld auf weitere Leistungen Anspruch. In aller Regel kann ein pflegender Angehöriger nicht mehr einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Zur sozialen Absicherung für Pflegenden zahlt deshalb die Pflegekasse in Abhängigkeit von der Pflegestufe und des Pflegeaufwands Beitragszahlungen an die Rentenversicherung. Der pflegende Angehörige muss dafür mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und darf nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig sein. Zudem hat die Arbeitslosenversicherung Hilfen vorgesehen, um Ihnen nach Beendigung der Pflegetätigkeit eine Rückkehr und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erleichtern. Auch sind Sie als Pflegeperson bei der Ausübung Ihrer Pflegetätigkeit automatisch in die gesetzliche Unfallversicherung einbezogen, d. h. ähnlich wie bei einem Arbeitsunfall haben Sie im Versicherungsfall Anspruch unter anderem auf medizinische Heilbehandlungen, Verletztenrente und Verletztengeld bei Verdienstaussfall.



Abb. 5: Angehörige üben die Klangmassage

Sie müssen dafür keine Beiträge entrichten.

Pflegekurse

Auf Ihre neue Aufgabe als ehrenamtliche Pflegeperson sollten Sie sich als Angehöriger oder Partner durch den Besuch eines Pflegekurses vorbereiten. In den Kursen werden für den häuslichen Pflegealltag wichtige Kenntnisse und Fähigkeiten beispielsweise über den Einsatz von technischen Hilfsmitteln oder die richtige Lagerung und Bewegung Pflegebedürftiger vermittelt. Sie bieten zudem die Chancen, sich über Entlastungsangebote und sozialrechtliche Ansprüche zu informieren. Weniger bekannt, aber ebenfalls möglich ist ein Schulungsangebot in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Aufgrund der im § 45 SGB XI festgelegten Anspruchgrundlage werden die Kosten in aller Regel von der Pflegeversicherung getragen. Informationen über ein Kursangebot in Ihrer Nähe erhalten Sie über Ihre Pflegeversicherung. Ein

zielgerichtetes Angebot für pflegende Angehörige von neurologischen Patienten hat die „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelt. Detaillierte Informationen zu den Veranstaltungsterminen und dem Programm dieser Seminarreihe können Sie bei uns telefonisch erfragen oder im Internet unter www.hannelore-kohl-stiftung.de erhalten.

Sollten Sie zudem Unterstützung bei der Organisation einer Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege benötigen, steht Ihnen unser Beratungs- und Informationsdienst gern hilfreich zur Seite.

6. ERGÄNZENDE LEISTUNGEN BEI HILFE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT NACH DEM SGB XII

Neben der Pflegeversicherung spielt die Sozialhilfe als Kostenträger für die Übernahme von Betreuungsleistungen für Behinderte eine entscheidende Rolle. Leistungen nach dem SGB XII werden wie alle Sozialhilfeleistungen nur nachrangig gewährt. Zunächst müssen deshalb Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern geltend gemacht werden. Zudem muss in erheblichem Umfang das eigene Einkommen und bis auf einen Schonbetrag auch das Vermögen eingesetzt werden. Die Einkommensgrenze errechnet sich

aus folgenden Komponenten:

- Grundbetrag in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes,
- Kosten der Unterkunft bestehend aus der Kaltmiete und den umlagefähigen Nebenkosten,
- Familienzuschlag in Höhe von 70 % des Eckregelsatzes für jedes Familienmitglied bzw. den Lebenspartner.

Wird diese Einkommensgrenze überschritten, dann ist das überschreitende Einkommen angemessen zu berücksichtigen. Für die Beurteilung, was angemessen ist, sind beispielsweise die Art und Schwere der Behinderung oder die Pflegebedürftigkeit zu bedenken. Bei Personen in der Pflegestufe III darf das übersteigende Einkommen nur zu maximal 40 % angerechnet werden. Als Schonvermögen gilt z. B. ein selbstgenutztes angemessenes Haus bzw. eine Eigentumswohnung. Geschützt ist zudem ein Vermögen in Höhe von 2.600 Euro zzgl. Familienzuschlag.

Hilfe zur Pflege (§§ 61 – 66 SGB XII)

Wenn Betroffene und ihre zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen bzw. andere Träger (z. B. Versicherungen) die notwendige Pflege nicht oder nur teilweise finanzieren können, haben sie die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialamt Hilfe zur Pflege zu beantragen. Anspruchsberechtigt sind z. B. Betroffene,

- die nicht pflegeversichert sind,
- deren Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt,

- bei denen die Pflegekassenleistungen allein nicht ausreichen,
- bei denen ein Pflegebedarf voraussichtlich weniger als sechs Monate bestehen wird.

Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 53 – 60 SGB XII)

Eine weitere Möglichkeit zur Finanzierung einer bedarfsgerechten Betreuung bietet die Eingliederungshilfe für Behinderte. Sie hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen, zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hier steht also die soziale Rehabilitation im Fokus, insbesondere die Eingliederung in die Gesellschaft. Die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beinhaltet beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Begegnung mit Nichtbehinderten oder zum Besuch von kulturellen Veranstaltungen. Anspruchsberechtigt sind alle Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Werden für kleine oder größere Umbauten in der Wohnung, die die Pflege erleichtern, keine Leistungen der Pflegekassen gewährt oder reichen diese nicht aus, können Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beantragt werden. Anträge nach dem Sozialgesetzbuch XII sind in der Regel bei den örtlichen Sozialhilfeträgern in den Kommunen zu stellen oder aber bei den überörtlichen Sozialamtsstellen.

Über die hier aufgezählten und weiteren Ansprüche nach dem SGB XII beraten Sie die Mitarbeiter der örtlichen und überörtlichen Sozialämter. In vielen Regionen finden Sie zudem Beratungsstellen von Sozial- und Behindertenverbänden.

7. SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTS

Entgeltersatzleistungen

Im Krankheitsfall werden von den Trägern der Sozialversicherungen zum Ausgleich ausgefallenen Einkommens Entgeltersatzleistungen gewährt.

Lohnfortzahlungen

Im Falle einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit wird für Arbeitnehmer und Auszubildende bei einem seit mindestens vier Wochen bestehenden Arbeitsverhältnisses für die Dauer von sechs Wochen der Lohn weitergezahlt. Je nach Tarifvertrag können davon abweichende längere Anspruchszeiten bestehen. Anspruch auf Lohnfortzahlungen haben auch Teilzeitkräfte und Beschäftigte im Rahmen eines Minijobs. Grundsätzlich erhält der Arbeitnehmer in dieser Zeit die Grundvergütung weitergezahlt.

Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld

Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, das Versicherte mit dem Wegfall des re-

gulären Einkommens erhalten, d. h. bei Berufstätigen in der Regel, wenn sie länger als sechs Wochen wegen des gleichen Krankheitsbildes arbeitsunfähig sind. Ein Anspruch liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit,
- Vorliegen eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes (bei freiwillig Versicherten hängt der Anspruch von den vereinbarten Leistungen und der gewählten Versicherung ab),
- stationäre Behandlung im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der Krankenversicherung.

Auch beim Bezug von Arbeitslosengeld besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Arbeitslosengeld-II-Empfänger besitzen keinen Anspruch auf Krankengeld und erhalten weiterhin Leistungen der Bundesagentur für Arbeit. Die Leistungshöhe beträgt 70 % des Bruttoeinkommens, darf allerdings 90 % des Nettoeinkommens nicht übersteigen. Der Bezug von Krankengeld ist bei derselben Erkrankung beschränkt auf längstens 78 Wochen innerhalb einer Frist von drei Jahren. Diese Frist beginnt mit dem ersten Auftreten einer Erkrankung. Ist nach ärztlicher Einschätzung eine Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Krankenkasse vor Ablauf der 78 Wochen den Patienten dazu auffor-

dern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Rehabilitation bei der deutschen Rentenversicherung zu stellen. Sollte dies nicht erfolgen, entfällt der Anspruch auf Krankengeld. Ist nicht mit einer erfolgreichen Rehabilitation zu rechnen, wird der Antrag auf Rehabilitation als Antrag wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gewertet. Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn ein Anspruch auf Verletztengeld, Übergangsgeld oder Rente besteht. Anspruch auf Verletztengeld haben Personen, die in einer gesetzlichen Unfallversicherung versichert sind und bei denen ein Versicherungsfall eingetreten ist. Anders als beim Krankengeld besteht der Anspruch vom Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch endet entweder bei nicht mehr bestehender Arbeitsunfähigkeit, spätestens allerdings mit Ablauf der 78. Woche vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Zudem endet das Verletztengeld, wenn davon auszugehen ist, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr zu erreichen ist und keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden. Die Höhe des Verletztengeldes wird in gleicher Weise wie das Krankengeld errechnet. Es bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Leistungen. Das Verletztengeld beträgt im Gegensatz zum Krankengeld 80 % des Regelentgelts, ist jedoch auf die Höhe des Nettoarbeitsentgelts begrenzt. Nähere Auskünfte erteilt Ihnen die zuständige Berufsgenossen-

schaft. Anspruch auf Übergangsgeld haben vor allem Personen, die sich in einer vom Rentenversicherungsträger bezahlten medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation befinden. Leistungen erhalten nur Betroffene, die Arbeitseinkünfte erzielt und rentenversicherungspflichtig beschäftigt waren. Dies gilt auch für Personen, die derzeit Arbeitslosengeld beziehen. Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kind 68 % des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 %. Bei Selbstständigen wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 % der Beitragsentrichtung des im letzten Kalenderjahr zugrunde liegenden Einkommens berechnet. Bei Bezug von Unterhaltsgeld des Arbeitsamts oder bestehender Arbeitslosigkeit wird im Allgemeinen das Übergangsgeld in Höhe der zuvor bezogenen Geldleistungen bezahlt.

Rente

Ziel aller Bemühungen von der Akutversorgung über die Frührehabilitation bis zur weiterführenden Rehabilitation ist die möglichst vollständige Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Dies kann aufgrund der Schädigung am zentralen Nervensystem jedoch oft nur in Teilen gelingen. Dennoch müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um über die Alltagsbewältigung hinaus bis zum Ziel einer erfolgreichen (Wieder-)Einglie-

derung in das Erwerbsleben zu gelangen. Dies gilt besonders für Schüler und Jugendliche vor Eintritt in das Erwerbsleben, aber auch für berufstätige Erwachsene. Eine Frühverrentung sollte deshalb äußerst kritisch betrachtet werden und ist auch vom Gesetzgeber nicht gewollt. Sie sollte erst nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. In der Regel wird sich jedoch bereits während der stationären Rehabilitationsbehandlung die Frage nach der beruflichen Zukunft und damit auch einer eventuell dauerhaften oder zeitlich begrenzten Berentung stellen.

Erwerbsminderungsrente

Betroffene, die aufgrund ihrer Schädelhirnverletzung nur noch eingeschränkt leistungsfähig sind und deshalb entweder ganz oder zumindest teilweise erwerbsgemindert sind, können eine Erwerbsminderungsrente beantragen. Zu den voll-erwerbsgeminderten Betroffenen zählen Personen, die aufgrund einer Behinderung oder Krankheit außerstande sind, auf nicht absehbare Zeit unter den üblichen Arbeitsbedingungen mindestens drei Stunden am Tag erwerbstätig zu sein. Teilweise erwerbsgeminderte Menschen sind außerstande, bei gleichen Rahmenbedingungen wie eben benannt sechs Stunden und mehr erwerbstätig zu sein. Bei den heutigen gesetzlichen Regelungen spielen der ursprüngliche Beruf und die Qualifikation keine Rolle. Auch die tatsächliche

Arbeitsmarktlage wird nicht berücksichtigt. Ein Anspruch auf Rentenleistungen besteht, wenn sowohl mindestens 60 Monate Pflichtbeiträge entrichtet wurden und zudem in den letzten fünf Jahren zumindest drei Jahre Pflichtbeiträge beim Rentensicherer eingingen. Die Rentenhöhe orientiert sich an der Dauer und der Höhe der Beitragszahlungen. In der Regel wird die Erwerbsminderungsrente befristet gewährt und muss danach erneut beantragt werden. Eine unbefristete Bewilligung wird nur in den Fällen gewährt, wenn sich dauerhaft keine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit abzeichnet. Sollte kein Anspruch auf Rentenzahlungen bestehen oder trotz Rentenzahlungen keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Deckung des Lebensbedarfs vorhanden sein, können Betroffene beim zuständigen örtlichen Sozialamt einen Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stellen, um finanzielle Beihilfe zu erhalten.

Frühzeitige Altersrente bei Schwerbehinderten

Anerkannte Schwerbehinderte können frühzeitig Altersrente beantragen, wenn Sie das 60. Lebensjahr vollendet haben und eine Mindestversicherungszeit von 35 Jahren nachweisen können. Allerdings sind mit dem frühzeitigen Bezug dauerhafte Kürzungen der Rentenhöhe verbunden. Auskünfte erteilen die gemeinsamen Servicestellen der Sozialversicherungsträger. An-

gaben zu Servicestellen in Ihrer Nähe erhalten Sie beispielsweise über Ihre Kranken- oder Rentenversicherung. Auf der Internetseite der deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) finden Sie eine bundesweite Übersicht dieser Anlaufstellen, oder fragen Sie den Beratungs- und Informationsdienst der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“.

Verletztenrente

Liegt ein Arbeits- oder Wegeunfall vor und ist dadurch die Erwerbsfähigkeit auf Dauer (mindestens 26 Wochen) um mindestens 20 % beeinträchtigt, besteht Anspruch auf Verletztenrente. Je nach Schweregrad des Verlustes der Erwerbsfähigkeit erhält der Betroffene entweder eine Teilrente oder eine Vollrente. Bei einem vollständigen Verlust der Erwerbsfähigkeit erhält der Betroffene zwei Drittel des vor dem Unfall erzielten Jahreseinkommens. Auch nach teilweisem Verlust der Erwerbsfähigkeit richtet sich die Höhe der Leistungen nach dem vorherigen Jahreseinkommen, allerdings nur in der Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

8. SCHWERBEHINDERUNG NACH DEM SGB IX

Entgeltersatzleistungen

Als Behinderungen gelten körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen, die langfristig zu

Einschränkungen führen. Dabei ist es unerheblich, ob die Behinderung oder Erkrankung eventuell durch einen Unfall hervorgerufen wird oder angeboren ist. Nach dem SGB IX Teil 2 können behinderte Menschen besondere Hilfen erhalten, wenn bei ihnen eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung vorliegt. Die Anerkennung als Schwerbehinderter steht nicht im Zusammenhang mit einer Pflegebedürftigkeit.

Wie erhalte ich einen Schwerbehindertenausweis?

Die Anerkennung einer Schwerbehinderung erfolgt in aller Regel erst auf Antragstellung beim zuständigen Versorgungsamt oder Amt für Familie und Soziales. Der Antrag kann entweder formlos oder über ein amtliches Antragsformular erfolgen. Wenn vorhanden, sollten Sie bereits dem Antragschreiber ärztliche Bescheinigungen beifügen, die Aufschluss über Art und Umfang der Behinderung geben. Diese bilden die Grundlage zur Feststellung des Grads der Behinderung (GdB). Der GdB wird vom Versorgungsamt in Zehnergraden von 20 bis 100 festgestellt und gibt Aufschluss über den Schweregrad einer Behinderung. Zudem müssen die Betroffenen in Deutschland wohnen und/oder hier beschäftigt sein. Bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 erhält der Antragsteller einen Schwerbehindertenausweis. Bei einem Grad der Behinderung von mindestens 30

kann Arbeitnehmern, die ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz finden oder den alten nicht behalten können, der Schwerbehindertenstatus zuerkannt werden. Der Schwerbehindertenstatus erhöht den Kündigungsschutz und sichert ggf. den Arbeitsplatz. Zudem ermöglicht er die Inanspruchnahme von weiteren sozialrechtlichen Leistungsansprüchen. Der Ausweis ist in aller Regel fünf Jahre gültig.

Bei schwerbehinderten Kindern bzw. Jugendlichen ist der Ausweis bis zur Vollendung des 10. bzw. 20. Lebensjahres befristet. Der Antrag auf Gleichstellung ist beim zuständigen Arbeitsamt zu stellen. Gegen den Bescheid des Versorgungsamts kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Zunächst reicht ein formloser Widerspruch ohne Begründung mit dem Vermerk, dass eine schriftliche Begründung erst nach Akteneinsicht erfolgt. Erst durch die Einsicht der Unterlagen des Versorgungsamts können Sie erkennen, worauf sich die Einschätzung des Grads der Behinderung stützt. Eventuell wurden die Befunde nicht ausreichend berücksichtigt. Erst dann sollten Sie den Widerspruch schriftlich begründen. Ein Beispiel für ein Widerspruchsschreiben finden Sie im Anhang dieser Broschüre. Sollte auch dies nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen, kann ggf. eine Klage vor dem Sozialgericht eingereicht werden.

Welchen Nachteilsausgleich hat der Gesetzgeber für die Schwerbehinderten festgelegt?

Schwerbehinderte Menschen sind einer Reihe von Barrieren im beruflichen und privaten Alltag ausgesetzt. Um diese Einschränkungen und Mehraufwendungen zumindest teilweise auszugleichen, haben behinderte Menschen Anspruch auf verschiedene Nachteilsausgleiche. So gibt es beispielsweise bestimmte begleitende Hilfen im Arbeitsleben, steuerliche Vergünstigungen oder etwa die Möglichkeit einer vorgezogenen Berentung bzw. Pensionierung.

Eintragung von Merkzeichen

Ergeben sich durch die Behinderung besondere Beeinträchtigungen, z. B. eine erhebliche oder außergewöhnliche Gehbehinderung, können diese von den Versorgungsämtern auf Antrag festgestellt und als sogenannte Merkzeichen eingetragen werden.

Folgende Merkzeichen gibt es:

- Merkzeichen G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr)
- Merkzeichen Gl (Gehörlosigkeit)
- Merkzeichen B (Berechtigung für eine ständige Begleitung)
- Merkzeichen H (Hilflosigkeit)
- Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Merkzeichen RF (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht)
- Merkzeichen Bl (Blindheit)

Die Feststellung eines Merkzeichens ermöglicht die Inanspruchnahme spezifischer Vergünstigungen. Wird z. B. einem Antragsteller eine erheblich beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr attestiert, erhält der Schwerbehinderte die sogenannte Freifahrt in öffentlichen Verkehrsmitteln. Weiterführende Informationen zu dieser Thematik erhalten Sie unter anderem aus der Broschüre „Ratgeber für Behinderte“, die kostenfrei beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angefordert werden kann.

9. SOZIALE SICHERUNG

Nach einer schweren Schädelhirnverletzung können die Betroffenen ihre Angelegenheiten häufig teilweise oder vollständig nicht mehr selbst regeln. Deswegen sind einige Formalitäten zu regeln, damit beispielsweise Angehörige dies im Sinne des Betroffenen übernehmen können.

Vollmachten

Angehörige (Ehepartner, Kinder etc.) sind nur dann für die nicht orientierten Betroffenen rechtlich handlungsfähig, wenn bereits im Vorfeld eine entsprechende Vollmacht erteilt wurde. Eine Vollmacht kann auch im Nachhinein erteilt werden, dafür muss der Betroffene aber in der Lage sein, trotz der Erkrankung seinen Willen zu äußern und die Tragweite seiner Entscheidung zu erkennen. In

einer Vollmacht wird schriftlich festgelegt, unter welchen Bedingungen diese in Kraft tritt und für welche Angelegenheiten die Vertrauensperson entscheiden soll. Es kann eine Generalvollmacht erteilt werden, oder es werden in einer Vollmacht nur gewisse Aufgabenbereiche, wie z. B. Entscheidungen zur medizinischen Behandlung, benannt. Eine Vollmacht ist in der Regel an keine formellen Bedingungen geknüpft. Generell ist jedoch festzuhalten, dass durch eine notarielle Beglaubigung die Akzeptanz wesentlich erhöht wird. Eine Vollmacht sollte gut lesbar sein und im Original vorliegen.

Gesetzliche Betreuung

Liegen keine gültigen Vollmachten vor und können diese auch nicht mehr ausgestellt werden, so besteht bei einem volljährigen Patienten, der aufgrund einer psychischen, geistigen und/oder körperlichen Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln, die Notwendigkeit der Anregung einer gesetzlichen Betreuung. Durch das 1992 in Kraft getretene Betreuungsgesetz wurden die alten Regelungen zum sogenannten Entmündigungsrecht abgelöst. Die zuständige Behörde für Betreuungsangelegenheiten ist in aller Regel das Amtsgericht, in dessen Bezirk der zu Betreuende seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Eine Betreuung wird zumeist von einem Arzt bzw. dem Krankenhaus (meist vom Sozial-

dienst) angeregt, kann aber auch von den Angehörigen initiiert werden. Auf Antrag prüft das Amtsgericht dann die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung. Dazu werden weitere notwendige Schritte eingeleitet, wie das Einholen eines fachärztlichen Gutachtens und die richterliche Anhörung. Bei der Auswahl eines Betreuers wird geprüft, ob im sozialen Umfeld des Betroffenen nahe stehende Bezugspersonen (Angehörige, Freunde) bereit sind, das Amt zu übernehmen. Wenn nicht, wird das Amtsgericht einen professionellen Betreuer bestellen. Es können vom Amtsgericht auch mehrere Betreuer eingesetzt werden. Der Betreuer ist zuständig für bestimmte Aufgabenbereiche bzw. Wirkungskreise, die gerichtlich in der Betreuungsurkunde festgelegt werden. Überschreitet der Betreuer diesen Handlungsrahmen, können ihm gegenüber Haftungsansprüche geltend gemacht werden. Zu den Wirkungskreisen zählen:

Gesundheitsfürsorge: Der Betreuer hat Entscheidungen zu ärztlichen Eingriffen, Heilbehandlungen und Untersuchungen des Gesundheitszustands zu treffen.

Aufenthaltsbestimmungsrecht: Der Betreuer kann, wenn möglich in Absprache mit dem Betreuten, eine Entscheidung über den zukünftigen Aufenthalt (z. B. Pflegeheim) treffen.

Wohnungsangelegenheiten: Dieser

Wirkungskreis ist häufig an das Aufenthaltbestimmungsrecht gekoppelt. Sollte eine Rückkehr in die eigene Wohnung nicht mehr möglich sein, regelt der Betreuer nach richterlicher Genehmigung die Kündigung und Auflösung der Wohnung.

Vermögensangelegenheiten: Dieser Wirkungskreis betrifft z. B. die Regelung von Bankgeschäften.

Postangelegenheiten: Der Betreuer ist berechtigt, die Post entgegenzunehmen und zu öffnen.

Über seine Tätigkeiten muss der Betreuer dem Amtsgericht berichten und in Vermögensangelegenheiten Rechnung legen. Eine Betreuung ist nur aufrechtzuerhalten, solange dafür die Voraussetzung besteht. Alle Beteiligten haben die Möglichkeit, das zuständige Vormundschaftsgericht über den Wegfall einer Betreuungsnotwendigkeit zu informieren. Spätestens nach sieben Jahren ist von Seiten des Vormundschaftsgerichts erneut zu prüfen, ob weiterhin die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung besteht.

Nähere Informationen zum Betreuungsrecht erhalten Sie unter anderem im Leitfaden Betreuungsrecht, den Sie kostenfrei bei der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ anfordern können. Vor Ort stehen die Betreuungsbehörden Ihrer Gemeinde zur Verfügung.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung legt ein Mensch fest, ob und in welcher Situation eine weitere medizinische Behandlung erwünscht wird. Diese Fragestellung ist vor allem vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts in der Medizin immer wichtiger, da immer mehr Menschen selbst schwerste Verletzungen überleben. Dadurch kommt es häufig zu Situationen, in denen die behandelnden Ärzte, Angehörige und Betreuer unsicher sind, wie lange lebenserhaltende Maßnahmen tatsächlich erwünscht sind. Die Patientenverfügung ist schriftlich abzufassen. Sie kann jederzeit formlos widerrufen werden. Vor der Formulierung ist es besonders wichtig, sich Zeit zu nehmen und sich genau mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Über die Inhalte gibt es keine genaue Maßgabe. Eine Musterpatientenverfügung würde nicht die vielfältigen Lebenssituationen und Vorstellungen der Betroffenen abdecken. Hilfreich ist in jedem Fall das beratende Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Die Verankerung eigener Wertvorstellungen, die Einstellung zum Leben und Sterben sowie die eigene religiöse Überzeugung sind wichtige Ergänzungen und Auslegungshilfen. Durch möglichst umfangreiche Angaben kann eher das Selbstbestimmungsrecht gewahrt werden, wenn der Betroffene sich selbst nicht mehr äußern kann. Ist der Patient nicht mehr in der Lage, eigene Entschei-

dungen zu treffen, sind Betreuer und Bevollmächtigter an den schriftlich niedergelegten Willen gebunden. Sie haben allerdings die Pflicht zu prüfen, ob die Festlegungen in der Verfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen. Die Patientenverfügung ist nur schwer immer so genau zu formulieren, dass sie dem Arzt in der konkreten medizinischen Situation die Entscheidung vorgibt. Deshalb ist es unbedingt zu empfehlen, eine Patientenverfügung durch eine Vollmacht zu ergänzen. Damit der Bevollmächtigte die Möglichkeit hat, den niedergelegten Willen gegenüber den Ärzten und dem Pflegepersonal zu kommunizieren. Bei Uneinigkeiten zwischen dem behandelnden Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigten ist vorher die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen. Zudem sollte eine Patientenverfügung mindestens alle zwei Jahre aktualisiert und unterschrieben werden.

10. SELBSTHILFEGRUPPEN

Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland und leisten ihren Beitrag zur Krankheits- und Problembewältigung. Sie ergänzen die multiprofessionelle Behandlung in unserem Gesundheitssystem und können den Erfolg wirksam unterstützen und sichern. Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. Wichtig ist hierbei der Erfahrungsaustausch zur gegenseitigen sachlichen und emotionalen Unterstützung außerhalb der Familie. Die Selbsthilfegruppen bieten Hilfestellungen bei der Alltagsbewältigung und beim Umgang mit Ämtern und Behörden. Betroffene in einer Selbsthilfegruppe sind Experten in eigener Sache und können ihr erworbenes Wissen über ihre Krankheit, mögliche Behandlungsmethoden und Therapien weitergeben. In der Gruppenarbeit betonen sie Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die regelmäßigen Gruppentreffen und gemeinsamen Freizeitaktivitäten tragen dazu bei, Vereinsamung und Isolation entgegenzuwirken.

Selbsthilfegruppen sind kein Ersatz für notwendige professionelle The-

rapien. Zu bestimmten Fragestellungen werden jedoch gelegentlich Fachleute hinzugezogen. Selbsthilfegruppen können auch für Angehörige von Schädelhirnverletzten eine Hilfe in der schwierigen Lebenssituation sein. In der Selbsthilfe für Angehörige können Sie Unterstützung finden, aber auch die eigenen Bedürfnisse wieder entdecken, um Kraft zu tanken und den Belastungen im Alltag standzuhalten. Suchen Sie eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe, so können Sie sich zum einen bei unserem Beratungs- und Informationsdienst erkundigen oder sich an eine der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen wenden.

Informationen über örtliche Selbsthilfekontaktstellen erhalten Sie unter anderem über die NAKOS: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel.: 030-31018980
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Überregionale Hilfsangebote finden Sie z. B. beim:
BDH Bundesverband Rehabilitation e. V.
Eifelstraße 7
53119 Bonn
Tel.: 0228-96984-0
info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V.
Klosterstr. 14
97084 Würzburg
Tel.: 0931-250130-0
info@aphasiker.de
www.aphasiker.de

Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.
Bayreuther Straße 33
92224 Amberg
Tel.: 09621-64800
beratung@schaedel-hirnpatienten.de
www.schaedel-hirnpatienten.de

SelbstHilfeVerband –
FORUM GEHIRN e. V.
Bundesverband für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren Angehörige
Schnörringer Weg 1
51597 Morsbach-Erblingen
Tel. 02294-9099922
info@shv-forum-gehirn.de
www.shv-forum-gehirn.de

Als Alternative zur Mitgliedschaft in einem Verband oder einer Selbsthilfegruppe bietet die „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“ Wochenendveranstaltungen für Betroffene und Angehörige von schädelhirnverletzten Menschen an. Informationen hierzu erhalten Sie im Beratungsdienst der „ZNS – Hannelore Kohl Stiftung“.

11. ERLÄUTERUNG VON FACHBEGRIFFEN

Nachfolgend sind die wesentlichen Überwachungs- und Behandlungsverfahren sowie wichtige Fachbegriffe erläutert. Sie sind in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

A

Abdomen

Bauch, Unterleib. Der Rumpfbereich zwischen Brustkorb und Becken.

Adaption

Anpassungsvermögen von Organen, z. B. des Auges an verschiedene Helligkeitsgrade

ADL = activities of daily living

Lebenspraktische Übungen

AEP = akustisch evozierte Potentiale

Untersuchungsmethode zum Nachweis von Funktionsstörungen des Hirnstamms mithilfe von Tonreizen (Kopfhörer)

Affektivität

Die Gesamtheit der Stimmungen. Gefühle, Affekte und die allgemeine Erregbarkeit eines Menschen

AHB = Anschlussheilbehandlung

Auch Anschlussrehabilitation. Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Akinese

Bewegungsarmut; motorische Gebundenheit mit Verarmung des miasmischen und gestischen Ausdrucks, leiser monotoner Sprache, fehlender Mitbewegung der Arme beim Gehen, kleinschrittigem Gang und kleiner werdender Schrift. Der A. liegt keine Lähmung oder Tonusstörung der Muskulatur zugrunde, vielmehr die Störung von Bewegungsautomatismen des zentralen Nervensystems.

Amimie

Verlust oder Verarmung des Mienenspiels. Das Gesicht wirkt durch starre Mimik maskenartig.

Amnesie

Zeitlich begrenzte Gedächtnisstörung.

Analeptika

Das Zentralnervensystem anregende Mittel, die bei Versagen von Atmung und Kreislauf eingesetzt werden.

Anamnese

Die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuelle Erkrankung.

Aneurysma

Oftmals dünnwandige Gefäßerweiterung, die platzen und zu einer Gehirnblutung führen kann.

Angiom

Gefäßgeschwulst, Blutschwamm.

Anopsie, auch Hemianopsie

Teilweiser oder Gesamtausfall des Gesichtsfelds, überwiegend zu den Seiten hin.

Anosognosie

Unfähigkeit, krankhafte Störungen zu erkennen.

Antidepressiva

Medikamente gegen Depressionen.

Antiepileptika

Medikamente gegen Krampfanfälle.

Antikonvulsiva

Krampfhemmende Arzneimittel, die die Erregbarkeit des Gehirns gegenüber krampfauslösenden Reizen herabsetzen.

Antispastika

Medikamente gegen eine durch Schäden des Gehirns bzw. Rückenmarks bedingte Erhöhung der Muskelspannung.

Apallisches Durchgangssyndrom

Häufig gebrauchter Sammelbegriff für Rückbildungsstadien des schweren Schädelhirntraumas mit Rückbildung motorischer und kognitiver Funktionen.

Apallisches Syndrom

Als apallisches Syndrom (persistierender vegetativer Zustand, akinetischer Mutismus, coma vigile) wird ein Krankheitsbild bezeichnet, bei dem ein Patient wach zu sein scheint, je-

doch nicht in der Lage ist, mit seiner Umgebung bewusst Kontakt aufzunehmen. Beim apallischen Syndrom öffnet der Patient nach einer Phase der Bewusstlosigkeit wieder die Augen, nimmt jedoch keinen Blickkontakt auf. Auch Kontaktaufnahme auf anderer Ebene ist nicht möglich. Die Augen fixieren vorgehaltene Dinge nicht oder nur manchmal. Der Schlaf-wach-Rhythmus ist nach einer Übergangsphase wieder ungestört, die sonstigen vegetativen Funktionen wie Atmung und Kreislaufregulation sind erhalten. Nahrungsaufnahme ist nur über eine Sonde möglich.

Aphasie

Sprachstörung infolge einer Hirnschädigung wie Verletzung, Blutung oder Mangel durchblutung in einem umschriebenen Hirngebiet. Äußert sich in einer Beeinträchtigung oder Aufhebung des sprachlichen Ausdrucksvermögens und des Sprachverständnisses.

Globale A. = völliger Ausfall des Sprachverständnisses und der Sprachwiedergabe, **Broca A.** = gestörte Fähigkeit zur Sprachwiedergabe, **Wernicke A.** = Einschränkung des Sprachverständnisses, **amnestische A.** = Wortfindungsstörungen.

Apoplex

Veralteter Begriff für Schlaganfall durch Gefäßverschluss oder Hirnblutung.

Apraxie

Unfähigkeit, geordnete Handlungen

durchzuführen; dies betrifft auch die Gesichts-, Sprech- und Kaumusku-
latur.

Arachnoidea

Spinnwebhaut (zwischen Hirn-
oberfläche und harter Hirnhaut).

Arterielle Kanüle

Dünner Plastikschauch von wenigen
Zentimetern Länge, der über eine
Punktion in eine Schlagader (zu-
meist des Arms oder Beins) einge-
führt wird. Ermöglicht die Entnahme
von Blut, aus dem unter anderem die
Sauerstoffsättigung des Blutes und
damit der Erfolg der Beatmungsbe-
handlung kontrolliert werden.

Über eine Leitung ist die arterielle
Kanüle mit dem Monitorsystem ver-
bunden, sodass über sie kontinuier-
lich der Blutdruck des Patienten ge-
messen werden kann.

Aspiration

Das Einatmen von Fremdkörpern in
die Atemwege.

Assoziationsbahnen

Verbindungsleitungen zwischen ein-
zelnen Hirnregionen.

Ataxie

Koordinationsstörungen, überwie-
gend durch Schädigungen im Klein-
hirn hervorgerufen, die bei dem
Betroffenen zur Unfähigkeit führen,
zielgerichtete Bewegungen durchzu-
führen.

Athetose

Langsame, unwillkürliche und regel-
lose Bewegungen der Gliedmaßen.
Besonders rumpferne Gelenke sind
oft übermäßig gestreckt oder ge-
beugt.

Atonie

Erschlaffung, herabgesetzter Span-
nungszustand (Tonus) von Muskeln.
Ursachen: Muskuläre Erschöpfung.

Atrophie

Allgemein Gewebsschwund, ins-
besondere aber Verschmächtigung
der Muskulatur an Rumpf und Ext-
remitäten, vor allem bei Schädigung
peripherer Nerven und dadurch Läh-
mung, kann aber auch durch Scho-
nung (Schonatrophie) hervorgerufen
werden.

B

Bahnung

Auch motorische Führung, auch ki-
nästhetisch propriozeptive Wahrneh-
mung. Es wird davon ausgegangen,
dass durch konsequente und sys-
tematische Reizzufuhr, die anfangs
auch rein passiv sein kann, neue
Funktionskreise im Gehirn aufgebaut
werden. Der Patient wird hierdurch in
die Lage versetzt, aktiv die geplanten
Bewegungen auszuführen.

basale Aktivierung

Didaktisch motorischer Ansatz zur
Förderung Schwerstbehinderter un-
ter Berücksichtigung der verschie-
denen Wahrnehmungsmöglichkei-

ten, die in Ergänzung der basalen
Stimulation über das Entwicklungs-
alter des sechsten Lebensmonats
hinausführt.

basale Stimulation

Methode, um bei Schwerstbehinder-
ten Wahrnehmungs- und Reaktions-
fähigkeiten anzubahnen, überwie-
gend durch Einsatz verschiedener
Sinnesreize.

Blasenkatheter

Ableitung des Urins durch die Harn-
röhre.

Bobath-Therapie

Krankengymnastische Methode zur
Behandlung cerebraler Bewegungs-
störungen und halbseitiger Läh-
mungen, von dem Ehepaar Bobath
entwickelt. Zu den Behandlungsprin-
zipien gehören die Hemmung patho-
logischer Reflexe sowie der Aufbau
eines normalen Haltungstonus und
die Bahnung fundamentaler Bewe-
gungsabläufe.

C

Cerebellum

Siehe Kleinhirn.

cerebral

Das Gehirn betreffend.

Cerebralparese

Sammelbegriff für die Folgezustän-
de der während der Geburt oder
in früher Kindheit erlittenen Hirn-
schädigung, heute als Ausdruck für

Mehrfachbehinderung, wobei die
Bewegungsstörungen immer im Vor-
dergrund des Erscheinungsbilds ste-
hen.

Cerebrum

Gehirn.

Coma vigilie

Apallisches Syndrom, auch Wachko-
ma genannt.

Comotio cerebri

Siehe Gehirnerschütterung.

Computertomographie (CT)

Hier wird die Dichte der ausgesand-
ten Röntgenstrahlen gemessen. Die
unterschiedliche Dichte des Gehirns
und des Nervenwassers, aber auch
eventuelle Blutungen können dann
mithilfe eines Computers dargestellt
werden. Diese Methode zeigt auch
sehr gut die Weite der Hirnkammern
bei dem Verdacht auf einen Liquor-
stau = Hydrocephalus.

Contusio cerebri

Siehe Hirnprellung.

Cystofix (suprapubischer Katheter)

Urinableitung über ein durch die
Bauchdecke gelegtes Schlauchsys-
tem.

D

Dekubitus

Durch Wundliegen entstandenes
Druckgeschwür.

Divergenz

Ein- oder beidseitige nach außen gerichtete Abweichung der Augenachsen von der normalen Parallellage (Schielen).

Dopplersonographie

Schmerzfreies Verfahren, mittels Ultraschall Auskunft über die Durchblutung einzelner Hirngefäßabschnitte zu erhalten.

Dura

Die äußere Haut des Gehirns und des Rückenmarks.

Dysarthrie

Sprechstörung.

Dysphagie

Schluckstörung.

Dysphonie

Stimmstörung.

Dystonie

Bewegungsstörung.

E

EEG = Elektroenzephalogramm

Verfahren zur Ableitung der Hirnstromkurve. Eine derartige Ableitung geschieht über Elektroden, die am Kopf des Patienten angebracht werden. Das EEG ermöglicht Aussagen über den Funktionszustand des Großhirns und wird insbesondere zur Überwachung bewusstloser Patienten eingesetzt.

EKG = Elektrokardiogramm

Verfahren zur Ableitung der Herzstromkurve. Die Dauerableitung des EKG über drei am Brustkorb befestigte Klebeelektroden und die Darstellung am Monitor gehört zur Standardüberwachung des Intensivpatienten.

Embolie

In der Blutbahn schwimmendes Gerinnsel, das sich spontan nicht auflöst.

EMG = Elektromyographie

Verfahren, um die Aktionsströme von Muskeln zu diagnostizieren. Die Aktionsströme werden dabei von der Haut oder mittels Nadelelektroden unmittelbar vom Muskel abgeleitet und nach Verstärkung in einem Kurvenbild aufgezeichnet.

Encephalomalazie

Zerstörung von Hirngewebe durch Gefäßverschluss.

Entwicklungspsychologie

Teilgebiet der Psychologie (Säuglings- und Kleinkindforschung; nach neuerer Definition die Forschung der gesamten Lebensspanne, also auch die des alternden Menschen).

Enzephalitis

Entzündliche Erkrankung des Gehirns.

Enzephalon

Großhirn.

epidural

Über der harten Hirnhaut (Dura), also zwischen der harten Hirnhaut und dem Schädelknochen.

Epilepsie

Anfallsleiden.

Ergotherapie

Ergotherapeuten helfen und begleiten Menschen jeden Alters, die durch Krankheit, Behinderung oder Alter in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind und Schwierigkeiten bei alltäglichen Aufgaben haben. Ergotherapie zielt darauf ab, die Selbstständigkeit der betroffenen Menschen zu erhöhen, sodass der Alltag in Beruf, Schule und Familie wieder so unabhängig wie möglich bewältigt werden kann.

evozierte Potentiale (AEP, MEP, VEP, SEP)

Elektrisches Testverfahren zur Funktionstestung einzelner Leitungsbahnen des Gehirns und Rückenmarks. So werden dem Patienten z. B. bei der Ableitung der akustisch hervorgerufenen Potentiale (AEP) Kopfhörer aufgesetzt, über die er bestimmte Schallsignale empfängt. Aus dem gleichzeitig abgeleiteten EEG lässt sich dann mithilfe spezieller Computersysteme herausfiltern, ob und wie schnell diese Information vom Gehirn verarbeitet wurde. Durch Verlaufskontrollen derartiger, den Patienten nicht belastender Untersuchungen

lassen sich wesentliche Hinweise für den Verlauf und die Prognose bestimmter Verletzungsfolgen geben. Da es sich um ein sehr kompliziertes Verfahren handelt, das zudem speziell ausgebildetes Personal erfordert, steht es nicht in allen Krankenhäusern zur Verfügung. (VEP – visuell evozierte Potentiale, SEP – somatosensorisch evozierte Potentiale [auch SSEP], MEP – motorisch evozierte Potentiale).

F

Facialislähmung

Lähmung der vom Nervus facialis („Gesichtsnerv“) innervierten Gesichtsmuskulatur durch Schädigung des Nerven selbst, vor allem in seinem Verlauf an der Schädelbasis, mit fehlendem Stirnrunzeln, fehlendem Augenschluss und Schwäche der Wangen- und Mundmuskulatur einer Gesichtshälfte (periphere Facialislähmung). Auch durch Schädigung der zentralen Bahnen des Nervus facialis im Gehirn selbst mit nur Lähmung des Mundwinkels auf der Gegenseite der Schädigung im Gehirn (zentrale Facialislähmung).

fazio-orale Therapie (FOT)

Gesicht und Mundhöhle betreffende Behandlung.

fokal

Von einem Krankheitsherd ausgehend, ihn betreffend, auf bestimmte Gebiete begrenzt.

frontal

Das Stirngebiet / den Stirnlappen des Gehirns betreffend.

G

Gehirnerschütterung (leichtes Schädelhirntrauma / commotio cerebri)

Hervorgerufen nach einer Gewalteinwirkung auf den Kopf, mit zumeist kurzer Bewusstlosigkeit.

Großhirn

Ist im Wesentlichen für alle bewussten Empfindungen, Handlungsabläufe und Steuerungen des Körpers verantwortlich, ferner Wachheit und Aufmerksamkeit.

Guillain-Barré-Syndrom

Entzündliche Erkrankung der Nervenwurzeln.

H

Hämatom

Bluterguss in Weichteilen und Zwischengewebsräumen.

haptisch

Den Tastsinn betreffend.

Hemianopsie

Halbseitiger Gesichtsfeldausfall.

Hemiparese

Leichte halbseitige Lähmung, unvollständige Lähmung einer Körperhälfte.

Hemiplegie

Lähmung einer ganzen Körperhälfte,

fast immer durch Herderkrankungen oder Verletzungen im Gehirn bedingt.

Hinterhauptlappen (Occipitallappen)

Teil des Gehirns, der unter anderem das Sehzentrum enthält.

Hippotherapie

Physiotherapie zur Förderung normaler Bewegung auf speziell ausgebildeten Pferden.

Hirnatrophie

Rückbildung von Gehirngewebe.

Hirndruckmessung

Wichtiges Verfahren zur kontinuierlichen Überwachung und gezielten Behandlung des erhöhten Drucks im Schädelinneren. Hirndruckmessungen werden – je nach Messort – als epidurale-, subdurale- oder Ventrikeldruckmessung sowie als Hirngewebsdruckmessung bezeichnet.

Hirnfarkt

Siehe ischämischer Schlaganfall.

Hirnkontusion

Hirnprellung (Contusio cerebri), gedeckte Hirnverletzung.

Hirnödem

Krankhafte Flüssigkeitsansammlung im Gehirn, dadurch Drucksteigerung und Sauerstoffmangel.

Hirnstamm

Sitz der Zentren für die Steuerung

der überlebenswichtigen vegetativen, d. h. unbewussten Funktionen des Körpers wie Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel, Temperatur.

HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom)

Psychische Veränderung als Folge einer organischen Erkrankung des Gehirns.

Hydrocephalus

Wasserkopf, Ansammlung von Flüssigkeit in den Hirnkammern und an der Oberfläche des Gehirns, oft mit Verlust von Hirnzellen verbunden.

Hypertonie

Spannungszunahme in Geweben (z. B. Muskeln) oder Hohlraumwandungen (z. B. Augeninnern, Gehirndruck), auch Bezeichnung von Bluthochdruck.

Hypnotika

Medikation zur Schlafförderung.

Hypophyse

Hirnanhangsdrüse.

Hyposensibilität

Verminderte Empfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen (z. B. herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit).

Hypothalamus

Teil des Zwischenhirns.

Hypotonie

Muskeler schlaffung mit Kontrak-

tionsbehinderung oder -unfähigkeit.

hypoxischer Hirnschaden

Hirnschaden durch längeren Sauerstoffmangel.

I

Impressionsbruch

Unvollständiger Biegeungsbruch am Schädeldach.

Infusion

Zufuhr von Flüssigkeiten in ein Blutgefäß.

Inkontinenz

Unvermögen, den Harn oder Stuhlgang zu kontrollieren.

intracerebral

In der Hirnsubstanz liegend.

intrakranielle Blutung

Blutung im Schädelinnenraum.

Intubation

Einführung eines Schlauches zur Beatmung in die Luftröhre durch Mund oder Nase.

irreversibel

Nicht rückgängig zu machen.

ischämischer Schlaganfall

Durch mangelhaft durchblutetes Hirngewebe bedingter Schlaganfall.

K

kapillar

Haarfein, kleinste Blutgefäße (Haar-

gefäße) betreffend.

Katheter

Allgemeine Bezeichnung für biegsamen Plastikschlauch.

Kernspintomographie (MRT, MRI)

Keine Röntgenstrahlen. Gemessen wird die Ablenkung eines Magnetfelds durch die verschiedene Dichte der Hirnzellen. Die Darstellung erfolgt dann ebenfalls mithilfe eines Computers. Bei beiden Methoden können ohne stärkere Belastung des Patienten Veränderungen der Hirnzellen, z. B. nach unfallbedingter Hirnquetschung, Hirnblutungen, aber auch Aufstau des Nervenwassers sicher und risikolos nachgewiesen werden.

Kinästhesie

Bewegungsgefühl, Wahrnehmung von Stellung, Bewegung, Gewicht und Widerstand der einzelnen Körperteile wie Rumpf oder Extremitäten.

Kleinhirn (Cerebellum)

Teil des Gehirns, der unter anderem bei der Aufrechterhaltung des normalen Tonus der Skelettmuskulatur und des Körpergleichgewichts mitwirkt sowie die Bewegungsabläufe reguliert und koordiniert.

Klonus

Schüttelkrampf mit schnellen, ruckartigen Muskelkontraktionen, krampfartiges Zucken oder durch plötzliche

Dehnung auslösbare, längere Zeit anhaltende, rhythmische Muskelkontraktionen.

kognitiv

Hirnfunktionen wie Konzentration, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Gedächtnis, Orientierung und Denkfähigkeit betreffend.

Koma

Tiefer Schlaf (griech.), länger dauernde tiefe Bewusstlosigkeit, die durch starke äußere Reize nicht unterbrochen werden kann. In einer Koma-Remissions-Skala werden die Fortschritte während der Aufwachphase gemessen.

Kontinenz

Fähigkeit, Urin- und Stuhlabgang zu steuern.

Kontraktur

Versteifung eines Gelenks durch Narbenbildung oder Bewegungseinschränkung eines Gelenks, die bis zur völligen Versteifung führen kann.

kortikal

Von der Gehirnrinde ausgehend; in Richtung der Gehirnrinde gehend.

kranialwärts

Dem Schädel zu gelegen.

L

Läsion

Verletzung oder Störung der Funktion eines Organs oder Körperglieds.

Laryngoskopie

Kehlkopfspiegelung.

Liquor

Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit. Die Liquordiagnostik dient zum Nachweis verschiedener Erkrankungen.

Limbisches System

Steuert die emotionalen Funktionen und das Verhalten.

Logopädie / Sprachtherapie

Diagnostik und Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen mit wissenschaftlich gesicherten Methoden. Ziel ist es, die gestörte Kommunikationsfähigkeit zu verbessern.

Luftröhrenschnitt, Tracheotomie

Operationsverfahren, durch das der Beatmungsschlauch (Tubus) eines beatmeten Patienten unterhalb der Stimmbänder verlagert wird. Die Anlage eines Luftröhrenschnittes kann z.B. bei Langzeitbeatmung oder auch bei schweren Brüchen im Kieferngebiet erforderlich sein.

M

Mediainfarkt

Schlaganfall durch Verschluss der mittleren Hirnarterie.

Meningitis

Entzündung der Hirnhäute.

MEP = motorisch evozierte Potentiale

Untersuchungsmethode zum Nachweis von Schäden im zentralen und peripheren motorischen System.

Mesenzephalon

Mittelhirn.

Meteoristisch, Meteorismus

Aufgebläht, Blähsucht, Luft- oder Gasansammlung im Leib.

Mobilisation

Beweglich machen, z. B. von der Bettlägerigkeit zum Rollstuhl oder in den Stand.

Motorik

Gesamtheit der willkürlichen, gesteuerten Bewegungsvorgänge.

MRT, MRI

Siehe Kernspintomographie.

multisensorisch

Reizzufuhr über alle Sinnesqualitäten.

Musiktherapie

Therapieform, die mithilfe von Musik beruhigend und ausgleichend wirkt.

Mutismus

Unfähigkeit zur Lautbildung bzw. Tonbildung.

N

Neglect (Halbseitenvernachlässigung)

Ausfallerscheinungen in der bewussten Wahrnehmung einer Raum- und/oder Körperhälfte.

Neurochirurgie

Spezialgebiet der Chirurgie, das alle operativen Eingriffe am zentralen und peripheren Nervensystem erfasst (Gehirn und Rückenmark einschließlich Hüllen und Gefäße, Körpernerven).

Neurofeedback

Beim Neurofeedback werden Gehirnströme analysiert, nach ihren Frequenzanteilen zerlegt und auf einem Computerbildschirm dargestellt. Die auf diese Weise ermittelte Frequenzverteilung, die vom Aufmerksamkeits- bzw. Bewusstseinszustand abhängig ist, kann für das Training genutzt werden. Dem Probanden ist es dabei möglich, durch Rückmeldung des eigenen Hirnstrommusters eine bessere Selbstregulation zu erreichen.

Neuroleptika

Medikamente, die bei akuten und chronischen Psychosen sowie bei Erregungszuständen eingesetzt werden. Zur Unterdrückung von Halluzinationen, Wahnvorstellungen, formalen Denkstörungen und Ichstörungen.

Neurologie

Lehre von den Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems, also Gehirn, Rückenmark, periphere Nerven und Muskulatur. Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen.

Neuropädagogik

Anbahnung von Wachheit, Reaktionsvermögen, intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten auf sonderpädagogischer und didaktischer Grundlage. Wiedererwerb von schulischem und berufstheoretischem Altwissen.

Neuropädiater

Kinderarzt, der auf die Behandlung neurologischer Krankheiten spezialisiert ist.

Neuropathologie

Lehre von den Krankheiten des Nervensystems, den zugrunde liegenden Veränderungen der Nervenzellen, des Hirngewebes und auch der Muskelfasern.

Neurophysiologie

Lehre von den Funktionszusammenhängen des Nervensystems. Die Neurophysiologie untersucht allgemeine und spezielle Leistungen des Nervensystems bei der Koordinierung des Organismus in seiner Wechselbeziehung zur Umwelt.

Neuropsychologie

Zweig der Psychologie, der sich mit der Diagnostik und Therapie von Störungen des zentralen Nervensystems beschäftigt.

Nystagmus

Augenzucken; unwillkürliche Bewegungen des Augapfels in verschiedene Richtungen.

O

occipital

Das Hinterhaupt / den Hinterhauptslappen des Gehirns betreffend.

P

Pädiatrie

Kinderheilkunde.

Paraparese

Lähmung beider Beine.

parenterale Ernährung

Ernährung durch Infusionen über einen Venenzugang.

Parese

Unvollständige (inkomplette) Lähmung der Muskulatur. Eine vollständige Lähmung bezeichnet man als Paralyse oder Plegie, eine Gefühls lähmung/Taubheit als sensible Lähmung. Teillähmung periphere (schlaffe) Parese durch Schädigung einzelner Nerven oder von Nervenplexen. Zentrale (spastische) Parese durch Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks.

parietal

Das Scheitelgebiet / den Scheitellappen des Gehirns betreffend.

Pathologie

Beschäftigt sich mit der Erforschung von Ursachen, Entstehung und Verlauf sowie den anatomischen und funktionellen Auswirkungen von Krankheitsprozessen.

PEG = perkutane endoskopische Gastrostomie

Durch die Bauchdecke in den Magen gelegte Ernährungssonde

physikalische Therapie

Therapeutische Anwendung von Wärme, Kälte, mechanischen Wirkungen, elektrischer Energie etc.

Physiologie

Wissenschaft von den normalen und krankheitsbedingten Lebensvorgängen. Die Physiologie versucht mit physikalischen und chemischen Methoden möglichst auf molekularer Ebene die Reaktionen und die Abläufe von Lebensvorgängen bei den Organismen bzw. ihren Zellen, Geweben und Organen aufzuklären.

Physiotherapie (Krankengymnastik)

Behandlung von Störungen der bewussten und unbewussten Bewegungsfähigkeiten, vor allem der Rumpfkontrolle, der Willkürmotorik und der Gehfähigkeit, Abbau der erhöhten Muskelspannung, Spastik, Behandlung von Koordinationsstörungen, besondere Verfahren (z. B. nach Bobath, Vojta, PNF u. a.)

PLAG = problemlösendes Alltagsgeschehen

Krankheitsbedingt sind die grundlegenden Abläufe wie Berühren, Umfassen, Bewegen oder Loslassen durch die gestörte Wahrnehmung beeinträchtigt. Somit können die Probleme des Alltags nicht ge-

löst werden. Durch das Führen der Hände oder des Körpers während Alltagsaktivitäten kann das taktil-kinästhetische System und damit die Wahrnehmungsfähigkeit gebessert werden.

Plegie

Völliger Ausfall motorischer Fähigkeiten.

Pleuradrainage

Dicker Plastikschlauch, der z.B. bei Lungenverletzungen zwischen Rippen und Lungenoberfläche vorgeschoben wird, um Luft und Blut aus diesem Bereich abzusaugen. Die Pleuradrainage endet in einem Behälter, der sich unterhalb des Patienten befindet (Fußboden oder am Bett aufgehängt) und oft an ein Unterdrucksystem angeschlossen ist.

Pneumonie

Lungenentzündung.

PNF = propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation

Krankengymnastische Behandlungsmethode.

Polyradikulitis

Entzündung der Nervenwurzeln.

Polytrauma

Mehrfachverletzungen von mindestens zwei Körperregionen oder Organsystemen, deren Schweregrad aufgrund einer gravierenden Einzelverletzung oder durch das

Zusammenwirken mehrerer Schädigungen lebensbedrohlich ist. Häufigste Ursache sind Verkehrsunfälle. Es überwiegen Schädel- und Hirn-, Brust- und Bauchverletzungen. Ein Polytrauma erfordert sofortige intensivmedizinische Behandlung.

Positronenemissionstomographie (PET)

Hier werden für den Menschen ungefährliche Strahlen ausgesandt und deren Ablenkung bzw. Aktivitätsverteilung mithilfe eines Computers gemessen. Die Änderung dieser Strahlung lässt Hinweise auf den Stoffwechsel des Gehirns zu.

Posttraumatische Epilepsie

Verletzungsbedingte Epilepsie, die auch noch Jahre nach einer Hirnverletzung auftreten kann.

Prophylaxe

Vorsorge zur Verhütung von Krankheiten.

Psychomotorik

Die Gesamtheit der willkürlich gesteuerten, bewusst erlebten und von psychischen Momenten geprägten Bewegungs- und Handlungsabläufe.

Psychopharmaka

Arzneimittel mit dämpfender oder anregender Wirkung auf die Hirnfunktion, dadurch Änderungen des Befindens, Erlebens und Verhaltens vor allem bei psychischen Erkrankungen und Störungen. Nach ihrer Haupt-

wirkung sind zu unterscheiden unter anderem Neuroleptika, Tranquilizer, Hypnotika, Antidepressiva.

Psychosomatik

Lehre von den Beziehungen zwischen Körper und Seele sowie seelisch-geistiger (Mit-)Ursachen von Erkrankungen.

Psychotherapie

Behandlungsverfahren von durch den Patienten als krankhaft empfundenen Störungen im Bereich der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen oder der Körperfunktionen, sofern diese Störungen vom Patienten nicht willkürlich steuerbar sind. Die aktive Mitarbeit der erkrankten Person steht im Vordergrund.

Pulsoxymeter

Gerät zur Messung der Pulsfrequenz und des Sauerstoffgehaltes im Blut; gemessen wird mit Hilfe eines Finger- oder Stirnsensors.

R

Reanimation

Wiederbelebung.

reflektorisch

Reflexartig, durch einen Reflex bedingt.

Reflex

Unwillkürliche Reaktion durch einen äußeren Reiz, z. B. Zusammenziehen eines Muskels.

Regression

Zurückgehen auf frühe, speziell kindliche Verhaltensweisen; der Betroffene reagiert in Konfliktsituationen seinem Alter unangemessen.

Rehabilitation

Gezielte therapeutische Maßnahmen (Krankengymnastik, Sprach-, Arbeits-, und Beschäftigungstherapie) zur Wiederherstellung/-gewinnung der geistigen und körperlichen Funktionen sowie die Erlangung grundlegender Fähigkeiten wie Planen, Handeln, berufliche und soziale Kompetenz etc.

Remission

Erholungsfähigkeit, auch sichtbare Besserung der gestörten Hirnfunktionen.

S

Scheitellappen (Parietallappen)

Unter anderem für die Verarbeitung sensorischer Informationen zuständig.

Schläfenlappen (Temporallappen)

Hirnbereich, der für die Funktionen Sprache und Gedächtnis wichtig ist. Sitzt an den Kopfseiten.

Schwindel

Auch vestibuläre Störung. Gleichgewichtsstörung, die durch Schäden des Gleichgewichtsorgans im Innenohr oder Gehirn hervorgerufen werden kann.

Sensomotorik

Die durch Reizaufnahme beeinflusste Bewegung und deren Abläufe.

sensorisch

Die Sinne betreffend.

SEP (auch SSEP) = somatosensorisch evozierte Potentiale

Untersuchungsmethode zum Nachweis von Schäden bestimmter Nervenbahnen im Rückenmark und im Gehirn.

SHT = Schädelhirntrauma

Schädelhirnverletzung, Verletzung von Kopfschwarte, knöchernem Schädel und Gehirn durch Einwirkung äußerer Gewalt, meist mit schweren Komplikationen verbunden. In Abhängigkeit vom Schweregrad wurde das SHT früher Commotio cerebri (Gehirnerschütterung), Contusio cerebri (Hirnprellung) oder Compressio cerebri (Hirnquetschung) genannt. Man unterscheidet nach gedecktem oder offenem SHT und bezeichnet den Schweregrad bezogen auf die Dauer und die Tiefe der Bewusstlosigkeit.

Shunt

Dünner Schlauch zur Ableitung von Flüssigkeiten, z. B. Hirnwasser.

Snoezelen

Snoezelen ist eine ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch harmonisch aufeinander abgestimmte multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulationsprozesse

bei den Anwesenden ausgelöst werden. Durch die speziell auf die Nutzer hin orientierte Raumgestaltung werden sowohl therapeutische und pädagogische Interventionen als auch die Beziehung zwischen Anleiter und Nutzer gefördert.

Somnolenz

Schläfrigkeit, die durch äußere Weckreize beendet werden kann.

Sonographie

Ultraschalluntersuchung.

Stimulus

Reiz, auf den eine Antwort erwartet wird.

Spastik

Erhöhte Muskelspannung mit Verkrampfung oder Starre von Muskelgruppen und daraus folgender Lähmung (spastische Lähmung), die durch eine Fehlsteuerung des Gehirns hervorgerufen wird.

spinal

Zur Wirbelsäule, zum Rückenmark gehörend.

Stirnlappen (Frontallappen)

Teil des Gehirns hinter der Stirn, der z. B. das motorische Sprachzentrum enthält, Verhalten und Impulse kontrolliert. Verletzungen können zu einer Wesensänderung führen.

Subarachnoidalblutung

Blutung unter der Spinnwebhaut

infolge Zerreißung eines Blutgefäßes.

subdural

Unterhalb der harten Hirnhaut gelegen, zwischen der harten Hirnhaut und der dem Hirn anliegenden Spinnwebhaut.

Syndrom

Mehrere gleichzeitig auftretende Krankheitszeichen.

T

temporal

Das Schläfengebiet / den Schläfenlappen des Gehirns betreffend.

Tetraparese

Unvollständige Lähmung von beiden Armen und Beinen.

Tetraplegie

Lähmung beider Arme und Beine.

Tetraspastik

Erhöhung der Muskelspannung bei allen vier Extremitäten.

Thromboembolie

Embolie infolge eines verschleppten Blutgerinnsels, meist vom Herzen ausgehend.

Tonus

Spannungszustand, besonders von Muskeln, Nerven und Haut.

Trachealkanüle

Schlauch zur künstlichen Beatmung.

Tracheostoma

Durch Luftröhrenschnitt entstehende Öffnung der Atemwege unterhalb des Kehlkopfes.

Tracheotomie

Luftröhrenschnitt.

Tranquilizer

Psychopharmaka mit angstlösender, beruhigender und entspannender Wirkung, daher Anwendung bei Verstimmungs- und Angstzuständen sowie Schlafstörungen.

U

Urinkatheter

Dünner Plastikschauch, über den der Urin des Patienten in ein Sammelgefäß geleitet wird.

V

vegetatives Nervensystem (VNS)

Autonomes, der bewussten Willenslenkung entzogenes Nervensystem, das der Regelung aller Lebensfunktionen wie Atmung, Stoffwechsel, Verdauung etc. dient. Es bildet mit den Drüsen und den Körperflüssigkeiten eine funktionelle Einheit und kann auch durch seelische Vorgänge beeinflusst werden. Das vegetative Nervensystem und das ZNS sind eng miteinander verbunden.

Venenkatheter, Zentralvenenkatheter (ZVK)

Dünner Plastikschauch, über den die künstliche Ernährung und die Zufuhr von Medikamenten in das Blutgefäß-

system erfolgen. Derartige Katheter werden entweder am Arm, unterhalb des Schlüsselbeins am Brustkorb oder in der seitlichen Halsgegend angebracht.

Ventrikel

Mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume im Gehirn.

VEP = visuell evozierte Potentiale

Untersuchungsmethode zum Nachweis von Schäden der Sehbahn und der Sehrinde des Gehirns durch Darbietung von Sehreizen.

Vestibulartraining

Gleichgewichtstherapie.

Vigilanz (auch Wachheit)

Fähigkeit, Aufmerksamkeitsleistung über längere Zeit bei wenig Reizen zu erbringen.

visuelle Wahrnehmung

(optisches System)

Reizaufnahme über die Augen und die Sehbahn bis in das Gehirn.

Vitalfunktionen

Die lebenswichtigen Funktionen des Körpers.

Vojta

Karel Vojta, Begründer einer krankengymnastischen Methode.

W

Wachkoma

Laienbegriff für apallisches Syndrom.

Z

ZNS = Zentralnervensystem

Bezeichnung für Gehirn und Rückenmark.

12. ANHANG

BEISPIEL FÜR EINEN WIDERSPRUCH BEI FESTSTELLUNG DER SCHWERBEHINDERTENEIGENSCHAFTEN

Albert Muster
Hauptstr. 2
50375 Köln

Köln, den

Stadt Köln
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Widerspruch gegen Ihren Feststellungsbescheid vom (AktENZEICHEN)

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den Bescheid vom erhebe ich hiermit Widerspruch. Eine schriftliche Begründung folgt.

Ich beantrage alle medizinischen Zeugnisse und Gutachten, einschließlich der ärztlichen Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes, die die Grundlage zur Feststellung des Bescheides bilden, mir in Kopie zuzusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Albert Muster

BEISPIEL FÜR EINEN WIDERSPRUCH BEI FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Albert Muster
Hauptstr. 2
53642 Haderberg

Haderberg, den

(Name der Pflegekasse)
(Anschrift der Pflegekasse)

Widerspruch gegen Ihren Feststellungsbescheid vom (Aktenzeichen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom (Datum) – Ablehnung der Leistungen bzw. Bewilligung der Pflegestufe x nach SGB XI – Widerspruch ein.

Ich bin der Auffassung, dass die Ablehnung/Einstufung meinem Bedarf an pflegerischer Versorgung nicht gerecht wird. Ich bitte daher zunächst, mir das MDK-Gutachten in Kopie zuzusenden. Hierauf habe ich nach § 25 SGB X einen Anspruch. Nach Einsicht in das Gutachten werde ich hierzu näher Stellung nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Albert Muster

HANNELORE KOHL



Hannelore Kohl gründete 1983 die „Hannelore Kohl Stiftung“ für Verletzte mit Schäden des Zentralen Nervensystems.

In den 20 Jahren ihres Wirkens konnte sie durch ihre Natürlichkeit, ihr Fachwissen und ihre Tatkraft die Situation der Unfallopfer auf vielen Ebenen nachhaltig verbessern. Ihr Verdienst ist es, dass flächendeckend Frührehabilitationseinrichtungen für Schwersthirnverletzte geschaffen und die wissenschaftliche Forschung dauerhaft gefördert wurde.

Hannelore Kohl setzte alles daran, die Öffentlichkeit für das Schicksal hirngeschädigter Unfallopfer zu sensibilisieren. Was sie begonnen hat, ist für uns Herausforderung und Verpflichtung für die Zukunft.

ZNS – HANNELORE KOHL STIFTUNG

Unsere Hilfe – wie dieser Ratgeber – ist kostenfrei und wird ausschließlich durch Spenden ermöglicht. **Bitte spenden auch Sie. Danke!**

Spendenkonto bei der Sparkasse KölnBonn

IBAN: DE31 3705 0198 0030 0038 00

BIC: COLSDE33

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Rochusstraße 24 · 53123 Bonn

Tel.: 0228 97845-0 · Fax: 0228 97845-55

info@hannelore-kohl-stiftung.de

www.hannelore-kohl-stiftung.de