

DAS SCHWERE SCHÄDELHIRNTRAUMA

EIN RATGEBER FÜR ANGEHÖRIGE



aktualisierte, überarbeitete Auflage 04/2021

Katrin Lake M.A., Doktorandin an der Universität Siegen/katho NRW – Abt. Köln

aktualisierte, überarbeitete Auflage 12/2018

Prof. Dr. Matthias Meißner, Hochschule Düsseldorf, Rechtswissenschaften, Sozialrecht
Dr. Harry Fuchs, Hochschule Düsseldorf, Behindertenpädagogik
Sozialpädagogin B. A. Lisa Wallitzer, Absolventin Hochschule Düsseldorf

1. Auflage 1994

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

Herausgeber

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Fontainengraben 148, 53123 Bonn
Nachdruck oder Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung der
ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Bitte beachten Sie, dass dieser Ratgeber der Lesbarkeit und dem Verständnis halber auf Spezifizierungen im Sinne des Gender-Gedanken verzichtet. Wir sprechen Sie als Leserin oder Leser selbstverständlich gleichermaßen an, verwenden im Folgenden jedoch die Form „des Lesers“. Wir bitten um Ihr Verständnis.

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wahrscheinlich greifen Sie zu dieser Broschüre, weil ein Ihnen nahestehender 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 umgehen können, benötigen Sie Unterstützung und Hilfe, die wir Ihnen gerne 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 die vielen Fremdwörter, die Ihnen in den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten täglich begegnen werden. Sie erhalten einen Überblick über die einzelnen Phasen der neurologischen Rehabilitation sowie die Erfordernisse und Handlungsbedarfe von der Zeit der Intensivstation bis zur Rückkehr in die eigenen vier Wände oder eine andere Wohnform sowie die damit verbundenen sozialrechtlichen Fragestellungen. Sie sind

in der nächsten Zeit für Ihren Angehörigen 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.

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.

Ihre
ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

| | |
|--|-----------|
| 1. WAS IST EIN SCHÄDELHIRNTRAUMA? | 6 |
| 1.1 Das Gehirn und seine Funktion | 6 |
| 1.2 Das Schädelhirntrauma und seine Folgen | 6 |
| 1.3 Welche Hirnfunktionsstörungen entwickeln sich nach einem schweren Schädelhirntrauma? | 9 |
| 1.4 Behandlung auf der Intensivstation | 10 |
| 1.5 Überwachung des Patienten | 13 |
| 2. DIE NEUROLOGISCHE REHABILITATION | 14 |
| 2.1 Phase A: Akutbehandlung | 14 |
| 2.2 Phase B: Frührehabilitation | 18 |
| 2.3 Phase C: Weiterführende Rehabilitation | 19 |
| 2.4 Phase D: Medizinisch-berufliche Rehabilitation | 22 |
| 2.5 Phase E: Berufliche (schulische) und soziale Teilhabe | 23 |
| 2.6 Phase F: Langzeitrehabilitation | 24 |
| 2.7 Allgemeine Infos zur neurologischen Rehabilitation | 27 |
| 3. WAS KÖNNEN SIE FÜR SICH UND DEN PATIENTEN TUN? | 30 |
| 3.1 Sprechen über Gefühle, Sorgen und Ängste | 30 |
| 3.2 Sachgerecht informieren | 30 |
| 3.3 Fachliche Hilfe, soziale Hilfe | 31 |
| 3.4 Hilfs- und Heilmittel | 31 |
| 3.5 Weitere Hilfen | 31 |
| 4. LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK | 32 |
| 4.1 Leistungen der Pflegekasse | 32 |
| 4.2 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung | 37 |
| 4.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf | 37 |
| 4.4 Leistungen für pflegende Angehörige | 38 |
| 5. ERGÄNZENDE LEISTUNGEN | 39 |
| 5.1 Das Persönliche Budget | 39 |
| 5.2 Hilfe zur Pflege | 40 |
| 5.3 Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung | 40 |
| 6. SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES | 40 |
| 6.1 Entgeltersatzleistungen und Lohnfortzahlungen | 40 |
| 6.2 Reha vor Rente | 42 |
| 6.3 Rente | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 7. SCHWERBEHINDERUNG | 43 |
| Entgeltersatzleistungen | 43 |
| „Behinderung“ und „Schwerbehinderung“ | 44 |
| Schwerbehindertenausweis | 44 |
| Merkzeichen | 45 |
| 8. SOZIALE SICHERUNG | 46 |
| Patientenverfügung | 46 |
| Vorsorgevollmacht | 46 |
| Gesetzliche Betreuung | 47 |
| 9. DAS ANGEBOT DER ZNS – HANNELORE KOHL STIFTUNG | 48 |
| 9.1 Beratungs- und Informationsdienst | 49 |
| 9.2 Die ZNS Akademie der Hannelore Kohl Stiftung gGmbH | 50 |
| 9.3 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) | 51 |
| 10. SELBSTHILFEGRUPPEN | 51 |
| 11. WIDERSPRUCH EINLEGEN | 54 |
| 12. CHECKLISTEN | 57 |
| 12.1 Der Klinikaufenthalt | 57 |
| 12.2 Wie beantrage ich einen Pflegegrad? | 57 |
| 12.3 Vorsorgevollmacht | 57 |
| 12.4 Gesetzliche Betreuung | 57 |
| 12.5 Patientenverfügung | 58 |
| 12.6 Verkehrsunfallsituation | 58 |
| 13. ERLÄUTERUNG VON FACHBEGRIFFEN | 58 |

1. WAS IST EIN SCHÄDELHIRNTRAUMA?

1.1 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 – Hirnwasser oder Liquor genannt. Dieses Hirnwasser wird in Hohlräumen innerhalb des Gehirns gebildet, den Hirnkammern oder Hirnventrikeln. Das Gehirn besteht aus zwei Hälften. Den größten Teil je-

der Hirnhälfte macht der Kortex, die Hirnoberfläche, aus. Sie besteht aus vier verschiedenen Hirnlappen, von denen jeder eine spezielle Funktion hat.

- Stirnlappen: Motivation, Sozialverhalten, bewusste Bewegung, Sprachbildung, Kontrolle der Gefühle
- Schläfenlappen: Gedächtnis, Sprachverständnis, Rechnen, Hörwahrnehmung und Musikalität
- Scheitellappen: Körpergefühl
- Hinterhauptlappen: Sehen

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, Gesichter erkennen 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).

1.2 Das Schädelhirntrauma und seine Folgen

Ein Schädelhirntrauma (SHT) wird durch äußere Gewalteinwirkung auf den Kopf bzw. das in ihm liegende Gehirn verursacht. Eine Schädigung des Gehirns kann hierbei entweder sofort, d. h. zum Zeitpunkt des Un-

falls, 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 Hirnver-

| Prüfung | Reaktion | Punkte |
|----------------------------------|---|--------|
| Augen öffnen | spontan | 4 |
| | auf Ansprechen | 3 |
| | auf Schmerzreiz | 2 |
| Sprache | keine Reaktion | 1 |
| | orientiert, klar | 5 |
| | desorientiert, verwirrt | 4 |
| | einzelne Wörter | 3 |
| Bewegung | einzelne Laute | 2 |
| | keine Reaktion | 1 |
| | nach Aufforderung | 6 |
| | gezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz | 5 |
| | ungezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz | 4 |
| | Beugebewegungen auf Schmerzreiz | 3 |
| Streckbewegungen auf Schmerzreiz | keine Reaktion | 1 |
| | keine Reaktion | 2 |

Je nach erreichtem Punktwert unterscheidet man zwischen einem leichten, mittelschweren oder schweren Schädelhirntrauma:

- leichtes SHT: Punktwert 13–15,
- mittelschweres SHT: Punktwert 9–12,
- schweres SHT: Punktwert 3–8.

Tabelle 1: Die Glasgow-Koma-Skala

letzungen entstehen im Augenblick des Unfalls durch den Anprall des im Hirnwasser 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, spricht man von einer Gehirnerschütterung.

Grundsätzlich wird das Schädelhirntrauma über die sogenannte Glasgow-Koma-Skala eingeteilt. Das 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 Schwellungen 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 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 nachweis-

bar. 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 (Spinnegewebshaut) und der Hirnoberfläche, der mit Hirnwasser 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.

1.3 Welche Hirnfunktionsstörungen entwickeln sich nach einem schweren Schädelhirntrauma?

Im Vordergrund einer 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 Durchgangssyndrom, das auch als vegetativer Status und umgangssprachlich fälschlicherweise als Wachkoma bezeichnet wird. Zustandsbild beim apallischen Durchgangssyndrom:

- Bewusstlosigkeit, jedoch Öffnen der Augen ohne Fixieren möglich
- zunehmende Besserung der gestörten unbewussten (vegetativen) Funktionen
- ungesteuerte motorische Bewegungen,
- keine gezielte Abwehr bei Schmerzreizen
- ungezielte, nicht gerichtete Reaktionen auf äußere Einwirkung
- 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 Streckung in den Beinen.

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 Durchgangssyndroms 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 Durchgangssyndrom im Ablauf der Erholungsphase nach einem schweren Schädelhirntrauma hat. Von den Patienten, die nach den oben angegebenen Zeichen unter der Diagnose eines apallischen Durchgangssyndroms eingestuft werden mussten, erreichte die überwiegende Zahl nach intensiver und lang dauernder medizinischer und therapeutischer Behandlung einen deutlich gebesserten Zustand.

Somit gilt:

Bewusstseinstrübung 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 die Betroffenen und auf die Umgebung noch tiefgreifender sind.

1.4 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 verletzte Patienten benötigen. Besuchen Sie Ihren Angehörigen auf der Inten-

sivstation, 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 erhält die Lunge des Patienten Luft. 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 vermieden. 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 spezielle Luftkissenbetten zu legen. Die Behandlung des Patienten umfasst insbesondere das frühzeitige Erken-

nen von Hirnblutungen und Hirn-schwellungen 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 können auch 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 Hirn-ödem typische Komplikationen 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 Einnahme spezieller 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 Hydro-

zephalus genannt. Diese Erweiterung wird durch eine Störung der Hirnwasserzirkulation 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 Hirnwasser in den Bauchraum oder in eine große Halsvene ableiten.

1.5 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 Sub-

stanz 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 durch Nässe nicht 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. Häufiger wird eine Hirnstrommessung über ein EEG (Elektroenzephalogramm) aufgezeichnet. Hierdurch erhalten die Ärzte Informationen über den Funktionszustand des Gehirns. Die Darstellung der Werte aus den oben genannten Überwachungsgeräten geschieht zumeist 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. DIE NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Grundlage aller rehabilitativen Bemühungen nach Schädelhirnverletzungen ist es, die gestörte Bewusstseinslage zu bessern und die Patienten zu selbstständigen und aktiven Handlungen anzuregen. Frühzeitig wird auf die Rückgewinnung ehemaliger Fähigkeiten hingearbeitet mit gezielten Übungen zur Lebenspraxis. Hierzu zählen z. B. die 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 als auch in Schule und Beruf zu erreichen.

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 leichte-

ren Verletzungen werden direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in der Rehabilitationsphase C oder D weiterbehandelt, ohne die vorherigen Phasen zu durchlaufen. Mit dem Wechsel zwischen den Phasen ist teilweise auch ein Wechsel des Kostenträgers für die Rehabilitationsleistungen verbunden.

2.1 Phase A: Akutbehandlung Akutbehandlung bzw. intensiv- medizinische Behandlung

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. Bereits in der Akutklinik wird die Frührehabilitation auf der Intensivstation eingeleitet. Die Behandlung und Therapie werden durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt. Dieses besteht aus Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden.

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, wie Ansprache und Blickkontakt, wird Ihr

Angehöriger 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 eine wichtige Funktion ein. Deswegen sind Ihre wichtigsten Aufgaben die körpernahen Zuwendungen, wie z. B. 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 schwerkranken Zustand befinden und mit Magensonde, Trachealkanüle und Blasenkatheter versorgt werden, 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 Sinnes-

kanäle, 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 kein 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 Grund sollten Sie darauf achten, keinesfalls als Ersatzpflegekraft eingesetzt zu werden. Sie sollten schrittweise an die erwähnten Aufgaben

herangeführt werden, um Ihren Platz einnehmen zu können und sich weniger hilflos zu fühlen.

Der Besuch in der Klinik

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 zumindest eine kurzfristige Kontaktaufnahme über die funktionsfähigen Sinne, wie Riechen, Hören und Fühlen, möglich ist.

Als Angehörige können Sie sich in gewisser Weise auf die Besuche im Krankenhaus vorbereiten:

- Vermeiden Sie den Besuch zu vieler Personen. Ihr Angehöriger wird in der frühen Phase der Erkrankung nicht in der Lage sein, viele verschiedene Eindrücke über lange Zeit wahrzunehmen.
- Bleiben Sie nicht zu lange. Besser sind häufige und kurze, aber regelmäßige Besuche von etwa fünf bis zehn Minuten durch maximal zwei wichtige Bezugspersonen.
- 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 Ihren Angehöri-

gen sonst erschrecken könnten. Prognosen und weitere Behandlungsschritte sollten außerhalb des Behandlungszimmers besprochen werden.

- 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.
- Besprechen Sie mit dem Behandlungsteam, inwieweit das Mitbringen persönlicher Gegenstände sinnvoll ist. Ein bekannter Geruch (Parfum, Rasierwasser) oder vertraute Musik können eine geeignete Brücke zum bisherigen Leben sein.
- Ihre Unterstützung beim Waschen und bei der Pflege ist in vielen Kliniken willkommen. Es wird von dem 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.

Welche Formalitäten sind zu erledigen?

Nach einer schweren Schädelhirnverletzung können die Betroffenen ihre Angelegenheiten häufig nicht mehr gänzlich selbst regeln. Deswegen sind einige Formalitäten zu erledigen, damit Angehörige dies im Sinne des Betroffenen übernehmen können. [Weitere Informationen s. Kapitel 8 Soziale Sicherung.](#)

Wie geht es weiter?

Nach Überwinden des ersten Schocks werden Sie sich fragen, wie es weitergehen kann und wie Ihr Angehöriger die Erkrankung überstehen wird. Eine schwere Schädelhirnverletzung ist eine sehr ernste Erkrankung. Trotz aller ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen versterben etwa 30 bis 40 % aller Patienten mit schwersten Kopfverletzungen auf der Intensivstation. 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 Kopf-

verletzung 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 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 Hirnverletzung 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.

2.2 Phase B: Frührehabilitation

[Frührehabilitation, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Der Patient ist im Bewusstsein schwer beeinträchtigt. Sie startet in der Akutklinik und wird in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik fortgeführt.](#)

In der Phase der Frührehabilitation zeigt Ihr Angehöriger 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, krankhaftem Reflexverhalten des Kopfes, des Rumpfes, an Armen und Beinen. (Spastik). Er ist ggf. mit Trachealkanüle, Magensonde und Blasenkatheter versorgt und 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 und fehlender Einsicht in die Situation oder teilweise aggress-

sive 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 sowie gezielter Behandlung der gestörten höheren Hirnfunktionen sowie der Bewegungsanbahnung mit ausreichender Intensität über mehrere Stunden am Tag, idealerweise auch an den Wochenenden. Die Phase der Frührehabilitation dauert zwischen vier Wochen bis hin zu vielen Monaten.

Ziele der Frührehabilitation:

- Kreislaufaktivierung
- Mobilisation in den Sitz/Stand
- Steigerung der Wachheit
- Anbahnung des Schluckens/der sicheren Nahrungsaufnahme
- Erarbeiten einer Ja/Nein- Kommunikation
- Förderung/Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit
- Reduzierung einer erhöhten Muskelspannung
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Reorientierung

[Der Leitfaden „Mein Kind hat ein SHT erlitten“ richtet sich an Eltern von Kindern nach einem Schädelhirntrauma in der Phase der Frührehabilitation und ist kostenfrei bei der Stiftung erhältlich.](#)

2.3 Phase C: Weiterführende Rehabilitation

[Frührehabilitation, in der der Patient bereits in der Therapie mitarbeiten kann, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden muss.](#)

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 Arme und Beine, 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 Folgeschäden zu vermeiden, muss die Rehabilitationsbehandlung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einsetzen und ununterbrochen über die Akutbehandlung hinaus fortgesetzt werden.

Die Auswahl der Rehabilitationsklinik

Um diesen schwierigen Krankheitsbildern gerecht zu werden, ist es zwingend notwendig, eine geeignete

te Rehabilitationsklinik zu wählen, die personell und organisatorisch den Notwendigkeiten dieser Patienten entspricht. Die Ärzte werden nach den Befunden eine baldige Verlegung in eine Rehabilitationsklinik veranlassen. Der Einfluss der Kostenträger auf die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik hat stark zugenommen. Wichtig für Sie zu wissen ist, dass Ihr Angehöriger aufgrund gesetzlicher Regelungen ein **Wunsch- und Wahlrecht** besitzt, dem der Kostenträger bei berechtigten Gründen nachkommen muss. Leider befinden sich die meisten Rehabilitationskliniken nicht in unmittelbarer Wohnortnähe; längere Wartezeiten sind oft unvermeidbar. Es müssen also Kompromisse gefunden werden. Hierbei sollten Sie bedenken, dass eine frühe Verlegung in eine weit entfernte Klinik 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 der Rehabilitationsdatenbank einsehen, oder Sie rufen die Mitarbeitenden des Beratungs- und Informationsdienstes unter 0228 97845-0 an.

Grundlagen für die 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 einer 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, Vojta oder Bobath, 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 Lebensabläufe 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 Intensität 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 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, z. B. durch Erzählungen über den Bekanntenkreis. Soweit es medizinisch zu verantworten ist, haben sich Beurlaubungen in den häuslichen Bereich über das Wochenende bewährt.

Anhaltspunkte für die Überleitung in die weiterführende Rehabilitation 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.

Ziele der weiterführenden Rehabilitation:

- Erarbeiten einer selbständigen Mobilisation/Mobilität (mit Rollstuhl/ Hilfsmittel/ frei)
- Steigerung der Belastbarkeit
- Selbständiges Planen und Umsetzen von Alltagsaktivitäten (Waschen, Anziehen, Essen, Kochen etc.) – Abbau von pflegerischer Unterstützung
- Erarbeiten einer Alltagskommunikation
- Förderung der Eigenwahrnehmung/ -einschätzung
- Aktivierung von zielgerichteten Bewegungen
- Förderung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc.
- Reduzierung von Verhaltensstörungen
- Hilfsmittelversorgung.

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 C angezeigt.

2.4 Phase D: Medizinisch-berufliche Rehabilitation

Anschlussheilbehandlung mit dem Ziel, die Aktivitäten des alltäglichen Lebens wieder ausführen zu können. Der Patient benötigt nur noch wenig Unterstützung und ist in der Lage, aktiv an der Rehabilitation mitzuwirken.

An die Frührehabilitation bzw. weiterführende Rehabilitation sollte sich nahtlos die nächste Rehabilitationsstufe anschließen. Kennzeichnend für diese Rehabilitationsphase D 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 Grobbewegungen 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 Rehabilitationseinrichtung sollte ein Langzeittherapieplan festgelegt werden, damit auch nach einer stationä-

ren Behandlung der Rehabilitationserfolg nicht gefährdet und weitere Ziele erreicht werden können.

Stationäre Weiterbehandlung

In diesem Fall übernachtet der Patient in der Rehabilitationsklinik. 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.

Ambulante Weiterbehandlung

In diesem Fall übernachtet der Patient zu Hause und befindet sich tagsüber in der Rehaklinik. Je nach Zustand Ihres Angehörigen sind im Vorfeld Vorkehrungen zu treffen, um die Versorgung, das Leben zu Hause und die Fahrten zur Rehabilitationsklinik sicherzustellen. In den letzten Jahren sind hauptsächlich in Ballungszentren Einrichtungen zur ambulanten/teilstationären neurologischen Rehabilitation entstanden. Durch das wohnortnahe Angebot wird in besonderem Maße das selbstständige Wiederbewältigen des Alltags gefördert. Die Alltagssi-

tuation 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, durch Angehörige oder einen Pflegedienst sichergestellt werden.

Ambulante Rehabilitation kann auch als mobile Rehabilitation im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Das Sozialgesetzbuch V enthält einen solchen Anspruch gegenüber der Krankenkasse. Da solche Leistungen noch nicht flächendeckend angeboten werden, sollte man prüfen, ob mobile Rehabilitation am Wohnort möglich ist.

2.5 Phase E: Berufliche (schulische) und soziale Teilhabe

Nachgehende Behandlungs- und Rehabilitationsphase zur beruflichen und sozialen (Re-) Integration und Teilhabe, in der der Patient in die Lage versetzt werden soll, ein möglichst eigenständiges Leben führen zu können.

Der Wiedereinstieg in den Beruf

Hier besteht eine breite Palette an Leistungen, die je nach beruflichem Status, betrieblicher Situation und individueller Prognose eingesetzt werden können. Das sind beispielsweise Förderlehrgänge, Arbeits- und Belastungserprobungen, Berufsfindungen oder Leistungen in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) bzw. einer Werkstatt für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (WfMeH). In der gesetzlichen Rentenversicherung können beispielsweise Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und die medizinisch-beruflich orientierten (MBOR) Leistungen der Phase E zugeordnet werden.

Keinesfalls sollten ohne ausreichende Beratung bei noch berufsfähigen Betroffenen vorschnell Rentenansprüche gestellt werden. Sind die notwendigen Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllt, sollten Sie den Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit stellen.

Der Wiedereinstieg in Schule und Studium

Unfallverletzte Kinder und Jugendliche benötigen unterschiedliche therapeutische, pflegerische, medizinische und pädagogische Maßnahmen. Diese sind abhängig von der Entwicklungsphase des Kindes sowie der Art und Schwere der Beeinträchtigung. Bei Kindern im Vorschulalter sind das beispielsweise

Maßnahmen der Frühförderung oder eine niedrigschwellige Beratung und Unterstützung der Eltern. Betroffene im schulpflichtigen Alter müssen auf den Besuch einer Regelschule vorbereitet werden. Ihnen ist eine dem Krankheitsbild angemessene Schulbildung zu ermöglichen. Außerdem gibt es Leistungen zur Teilhabe an Hochschulbildung. Masterstudierende und viele Studierende mit abgeschlossener Berufsausbildung haben einen gesetzlich verankerten Anspruch auf Eingliederungshilfe im Studium.

Soziale Teilhabe

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 z. B. dabei, seinen Tag zu strukturieren, ihn zur Selbstversorgung zu befähigen oder die Fortbewegung im Lebensumfeld zu fördern. Hierzu gehören beispielsweise:

- Assistenzleistungen
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- Leistungen zur Förderung der Verständigung
- Leistungen zur Mobilität
- Hilfsmittel
- Besuchsbeihilfen
- Leistungen für Wohnraum

Ambulant betreutes Wohnen

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit des ambulant betreuten Wohnens, bei dem eine Fachkraft den Betroffenen regelmäßig dabei unterstützt das alltägliche Leben wieder eigenständig bewältigen zu können (Begleitung bei Behördengängen, Haushaltsführung, Planung von Freizeitaktivitäten, Suche nach Arbeitsmöglichkeiten, Unterstützung bei persönlichen Lebensfragen, etc.).

Einrichtungen der Tagesstruktur

Wenn ein Wiedereinstieg in den Beruf noch nicht möglich oder gewünscht ist, gibt es die Möglichkeit, regelmäßig eine Tagesstruktur-Einrichtung z. B. für Menschen mit erworbenen Hirnschäden zu besuchen.

2.6 Phase F: Langzeitrehabilitation **In dieser Phase befindet sich der Betroffene, wenn er dauerhaft pflegerische Unterstützung und Betreuung benötigt.**

Je nach Schwere der Hirnverletzung können – trotz umfangreicher therapeutischer Maßnahmen – bei einigen Patienten weiterhin schwere neurologische Ausfälle bestehen bleiben, die es nicht erlauben, ein selbstständiges Leben zu führen. Hier reicht die Schwere der Beeinträchtigung von bleibender Bewusstlosigkeit im apallischen Durchgangssyndrom bis zu ausgeprägten Funktionsstörungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, die eine langfristige Pflegebedürftigkeit zur Folge haben.

In diesen Fällen spricht man von der Rehabilitationsphase F, in der eine aktivierende Langzeittherapie und zustandserhaltende Pflege angezeigt ist.

Sobald feststeht, dass die stationäre Unterbringung in der Akut- oder Rehabilitationsklinik nicht mehr weitergeführt wird, weil die Maßnahme nicht verlängert oder eine ambulante Maßnahme bevorzugt wird, sollte frühzeitig in enger Zusammenarbeit mit der Rehaklinik geprüft werden, ob und wie eine Rückkehr nach Hause möglich ist oder ob eine andere Wohnform (z. B. ein Platz in einer Pflegeeinrichtung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden oder einer Einrichtung der aktivierenden Langzeitpflege) eine passende Versorgungsform sein kann.

Pflegeeinrichtung/ Einrichtung der aktivierenden Langzeitpflege

Welche Faktoren können ausschlaggebend für die Entscheidung sein, dass Ihr Angehöriger im Anschluss an die Rehabilitation vorübergehend oder langfristig in eine Pflegeeinrichtung zieht? Zum Beispiel, weil ein hoher Pflegebedarf besteht und die pflegerische Versorgung und Betreuung nicht von Angehörigen oder einem Pflegedienst übernommen werden können oder der eigene Wohnraum zunächst noch auf die neuen Bedürfnisse Ihres Angehörigen angepasst werden muss.

Was ist bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung zu beachten?

Gerade bei Einrichtungen, die sich auf erwachsene Menschen mit Hirnschädigungen spezialisiert haben, gibt es oft lange Wartelisten. Es empfiehlt sich daher eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu potenziellen Einrichtungen.

Eine wichtige Frage bei der Auswahl der Einrichtung ist auch, auf welche Art und Weise die Therapien in der Einrichtung oder ambulant fortgeführt werden können.

Für die Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung/Einrichtung der aktivierenden Langzeitpflege ist das Vorhandensein eines Pflegegrades erforderlich. Dieser kann bereits von der Rehaklinik aus (z. B. durch den Sozialdienst) beantragt werden (siehe dazu Kapitel 4.1).

Wie wird die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung/Einrichtung der Eingliederungshilfe finanziert?

Die Kosten für die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung variieren von Einrichtung zu Einrichtung und berechnen sich u. a. nach dem Pflegegrad. Der Platz in einem Pflegeheim wird teilweise durch die Leistungen der Pflegekasse finanziert. Da dieser Betrag in der Regel nicht ausreicht, um die Kosten zu decken, muss ein Eigenanteil

erbracht werden. Ist das aus finanziellen Gründen nicht möglich, kann z. B. „Hilfe zur Pflege“ als ergänzende Leistung beantragt werden ([siehe dazu Kapitel 5.2](#)).

Wie kann der Lebensunterhalt gesichert werden?

[Je nach Situation Ihres Angehörigen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten zur Sicherung des Lebensunterhalts. Informationen dazu finden Sie in Kapitel 6.](#)

Die Rückkehr nach Hause bei fortbestehendem Hilfebedarf

Wenn eine Rückkehr nach Hause geplant ist und weiterhin ein Hilfe- bzw. Pflegebedarf besteht, sollten folgende Aspekte frühzeitig geprüft werden:

Ist der Wohnraum den Bedürfnissen Ihres Angehörigen entsprechend barrierefrei?

- Sind Umbaumaßnahmen erforderlich? (z. B. Beantragung von Leistungen zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen bei der Pflegekasse)
- Kann die Barrierefreiheit mit Hilfsmitteln sichergestellt werden?
- Welche Hilfsmittel sind erforderlich? (frühzeitige Beantragung)

Wie wird die pflegerische Versorgung sichergestellt?

- Beantragung eines Pflegegrades ([siehe dazu Kapitel 4.1](#))
- Wer übernimmt die Pflege? Ange-

hörige oder ein Pflegedienst?

- Ggf. Beauftragung eines Pflegedienstes

Ist die medizinische und therapeutische Versorgung sichergestellt?

- Gibt es einen Hausarzt und einen Neurologen?
- Welche Therapien sind weiterhin erforderlich?
- Suche nach geeigneten Therapeuten

Was ist sonst noch wichtig?

Nach der Entlassung aus der Rehaklinik kann und sollte bei fortbestehenden Beeinträchtigungen ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. [Nähere Informationen zur Schwerbehinderung finden Sie in Kapitel 7.](#)

Wo erhalten Sie Beratung und Unterstützung?

Die Entlassung aus der Rehaklinik erfordert viel Organisation. Es steht auch immer wieder die Frage nach Kostenträgern und Finanzierungsmöglichkeiten im Raum. Dies kann überfordernd sein. Aus diesem Grund stehen Ihnen die folgenden Ansprechpartner gerne unterstützend zur Seite:

- Der Sozialdienst der Rehaklinik
- Der Beratungs- und Informationsdienst der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung
- Die EUTB (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung)

2.7 Allgemeine Infos zur neurologischen Rehabilitation

Kostenträger

Die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung** ist zuständig, wenn eine Rehabilitation durch einen Arbeits-, Wege-, Schulunfall oder eine Berufskrankheit notwendig wird.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** (Deutsche Rentenversicherung Bund, Regional oder Knappschaft-Bahn-See) ist 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.

[Erst wenn über die Erwerbsfähigkeit positiv oder negativ entschieden wurde, kann die Frage der Rentengewährung oder die Antragstellung auf Anschlussrehabilitation in den Vordergrund rücken.](#)

Wenn keine Leistungen gegen einen Unfall- oder Rentenversicherungsträger geltend gemacht werden, der Patient aber **gesetzlich krankenversichert** ist, ist diese zuständig.

Schon während der Behandlung in der Akutklinik werden Leistungen der Frührehabilitation als Bestandteil der Behandlung ausgeführt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus schließen sich ambulante, mobile oder stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation an. Die Krankenkassen sind insbesondere für Rentner oder Kinder und Jugendliche bei Freizeitunfällen zuständig.

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.

Die **Kriegsopferfürsorge** (das Versorgungsamt) erbringt Leistungen bei Gesundheitsschäden verursacht durch Kriegsdienst, Wehrdienst oder Zivildienst, aber auch bei Schädigungen nach dem Opferentschädigungsgesetz oder bei Impfschäden.

Für **Beamte** übernimmt die Beihilfe je nach Bemessungsgrundsätzen anteilig die Kosten der Rehabilitation. Die Differenz wird durch eine Zusatzversicherung getragen.

Besteht bei keinem Sozialleistungsträger Leistungsanspruch (z. B. weil nicht oder nicht ausreichend versichert) übernimmt nachrangig auch der **Träger der Sozialhilfe** die Kosten.

Rechtliche Grundlagen

Hinsichtlich medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen soll die betroffene Person die für sie erforderlichen Heilbehandlungen erhalten. Eine Kostenübernahme durch den jeweiligen Rehabilitationsträger ist unter folgenden medizinischen Voraussetzungen gegeben:

Rehabilitationsfähigkeit

Die Betroffenen sollten physisch 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

Es werden Rehabilitationsziele, auch Teilhabeziele genannt, aufgestellt. Für den Leistungsanspruch reicht die Prognose aus, dass diese Ziele mit den Leistungen voraussichtlich erreichbar erscheinen. Dabei werden der bisherige Verlauf, die Rückbildungsfähigkeit und die individuellen Möglichkeiten berücksichtigt.

Reha-Leistungen beantragen

Wenn Ihr Angehöriger verschiedene Reha-Leistungen benötigt, müssen diese beantragt werden. Der

Reha-Träger koordiniert die zu erbringenden Leistungen und organisiert unter anderem ein Teilhabeplan-Verfahren. Dieses Verfahren soll sicherstellen, dass Ihr Angehöriger keine Nachteile hat, wenn verschiedene Kostenträger Leistungen gewähren. Er hat Ihnen gegenüber eine Informationspflicht.

Ablauf und Fristen:

Sie stellen den Antrag bei einem Kostenträger. Dieser hat zwei Wochen Zeit um zu prüfen, ob er zuständig ist. In einer weiteren Woche entscheidet er über die beantragten Leistungen.

Bei Weiterleitung des Antrages an einen weiteren Kostenträger hat dieser die gleichen Fristen einzuhalten.

Leitet der zweite Träger den Antrag erneut weiter, wird der dritte automatisch zum leistenden Träger. Er hat nur eine Woche Zeit, um über Ihren Antrag zu entscheiden.

Allgemein gilt:

Wenn für die Entscheidung ein Gutachten notwendig ist, muss dieses innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung vorliegen. Dann hat der Reha-Träger zwei weitere Wochen Zeit, um anhand des Gutachtens über den Antrag zu entscheiden. Sollte der Reha-Träger die Fristen nicht einhalten können, muss er Ihnen das vor Ablauf der Frist unter Darlegung der Gründe mitteilen.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam

Neben den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden sind es besonders die Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen sowie die Mitarbeitenden im 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.

Das interdisziplinäre Team arbeitet gemeinsam an den o. g. Zielen. Es werden nur Schwerpunkte gesetzt in der jeweiligen Berufsgruppe. Die Berufsgruppen arbeiten oft zu zweit mit dem Patienten.

Die **Physiotherapie** hat zum Ziel, die Mobilität und Selbständigkeit wiederherzustellen. Dazu gehört: die Mobilisation in den Sitz/Stand, die Gelenkbeweglichkeit erhalten oder wiederherstellen, Abbau von erhöhter Muskelspannung (Spastik) sowie Anbahnung von gezielten Bewegungen.

Das spezielle Training der **Ergotherapie** hat das Ziel, die lebenspraktischen Fähigkeiten, wie Waschen,

Anziehen und Essen, zu verbessern. Darüber hinaus soll sowohl die verminderte geistige und körperliche Belastungsfähigkeit als auch die gestörte Wahrnehmung trainiert werden.

Im **logopädischen Bereich** wird zunächst die Behandlung der gestörten Gesichts-, Mund- und Zungenmotorik im Vordergrund stehen, um das Schlucken bei der Nahrungsaufnahme zu verbessern. Mit zunehmender Kooperation sind 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.

Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Neuropsychologische Beeinträchtigungen nach einem Schädelhirntrauma“, kostenfrei zu beziehen bei unserer Stiftung.

3. WAS KÖNNEN SIE FÜR SICH UND DEN PATIENTEN TUN?

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 keine hilfreiche Methode. Das Überspielen oder Verdrängen Ihrer Ängste und Befürchtungen kann nur kurzfristig in der Krise helfen. Für Sie ist es auf lange Sicht wichtig, das Geschehene emotional zu verarbeiten. Es hat sich für viele Angehörige bewährt, ihre 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?

3.1 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 ihrer Emotionen. Die gesamte Situation und die Zukunft erscheinen ausweglos. Hier ist es wichtig, sich anderen anzuvertrauen und mit Familienmitgliedern 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 ge-

genüber der Herausforderung. Ein im besten Sinne etwas distanzierter Vertrauter oder eine Person im Freundeskreis kann oft ruhiger oder gelassener zuhören sowie sachlicher und realistischer Unterstützung vermitteln, ebenso die behandelnden Ärzte oder ein Klinikpsychologe. Aber auch der Beratungsdienst der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung ist für Sie da und ein erfahrener und neutraler Ratgeber.

3.2 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. Sollte es in Ihrer Behandlungseinrichtung allgemeine Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen geben, nehmen Sie diese in Absprache mit Ihrem Arzt wahr. Eine sachgerechte Aufklärung und Information können, auch wenn es am Anfang besonders schwierig und belastend ist, Ihren Befürchtungen entgegenwirken. So können Sie Schritt für Schritt lernen, mit der Situation umzugehen und sind eher in der Lage, als Angehörige den Betroffenen zu unterstützen. Auch das Internet bietet umfangreiche Informationsmöglichkeiten.

3.3 Fachliche Hilfe, soziale Hilfe

Manchmal reicht aber all dies nicht aus, z. B. wenn Sie 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 Ihrem Arzt und die Bitte um eine fachliche Hilfe ein möglicher Ausweg. Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten bauen eine Brücke und bieten Ihnen damit eine Hilfestellung. Aber auch Seelsorger stehen Ihnen zur Seite, 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 Sozialdienste zu befragen, die Ihnen gesetzliche, soziale und finanzielle Hilfsmöglichkeiten aufzeigen. Sollte ein Arbeitsunfall Auslöser gewesen sein, stehen Ihnen sogenannte Reha-Manager und Beratungseinrichtungen der Berufsgenossenschaft zur Verfügung.

3.4 Hilfs- und Heilmittel

Auf Antrag oder ärztliche Verord-

nung erhält Ihr Angehöriger Hilfsmittel, die im Alltag helfen oder unterstützen können, wie z. B. Rollstühle oder Hörhilfen. Je nachdem welches Hilfsmittel Ihr Angehöriger benötigt, sind unterschiedliche Leistungsträger zuständig. Übersteigt ein beantragtes Hilfsmittel einen Grenzbetrag müssen Sie den Betrag selbst zahlen. Oftmals überlassen die Träger Hilfsmittel auch leihweise.

Heilmittel werden auf ärztliche Verordnung vom leistenden Träger erstattet. Heilmittel sind Therapiemethoden, die den Heilungsprozess ergänzen, wie z. B. Logopädie, Physio- und Ergotherapie. Häufig werden die Kosten der Heilmittel nicht vollständig übernommen, sodass Sie eine Zuzahlung erbringen müssen.

Für weitere Informationen zu Hilfs- und Heilmitteln stehen Ihnen die jeweiligen Richtlinien vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder die Internetseite von Rehadat (www.rehadat.de) zur Verfügung.

3.5 Weitere Hilfen

Nehmen Sie Hilfeangebote Ihres Freundeskreises an, wenn eine dauerhafte Zusatzbetreuung Ihres Angehörigen notwendig ist. Bei dem Gefühl von Isolation und Vereinsamung bieten Selbsthilfe oder therapeutische Gruppen sowohl für viele Angehörige als auch Betroffene Hilfe. 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 Mitarbeitenden kennen die Probleme und Schwierigkeiten und können entweder durch sachbezogene Informationen oder mit der Suche nach geeigneten Ansprechpartnern bei speziellen Fragestellungen helfen.

4. LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

Ihr Angehöriger muss sich mit Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag zurechtfinden und benötigt hierzu individuell abgestimmte Pflege. Die Pflegeleistung kann von verschiedenen Trägern übernommen werden. Die Kosten für die Pflege zu Hause oder in einer stationären Einrichtung werden von der Pflegekasse übernommen. Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, sind Sie automatisch auch in einer Pflegekasse abgesichert. Wenn Sie privat versichert sind, müssen Sie eine zusätzliche Pflegeversicherung abschließen.

4.1 Leistungen der Pflegekasse

Sie erhalten Leistungen, wenn Sie gesetzlich oder privat versichert sind. Dabei ist wichtig, wie stark der Betroffene durch seine Verletzung eingeschränkt ist. Daneben wird ebenso die Lebenswelt des Menschen berücksichtigt. Pflegebedürftigkeit meint:

- nicht mehr selbstbestimmt handeln können

- nicht mehr die Leistung wie vor der Erkrankung zeigen können
- eingeschränkt sein im alltäglichen Leben.

Diese Einschränkungen beziehen sich auf eine Dauer von mindestens sechs Monaten. Hilfe können Sie für die Pflege, beispielsweise der Körperpflege und Nahrungsaufnahme, beantragen. Ebenso für die Versorgung im Haushalt.

Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade, eine Einstufung in den individuellen Grad findet durch das Begutachtungsverfahren statt.

- **Pflegegrad 1** – geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 2** – erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 3** – schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 4** – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Pflegegrad 5** – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Beantragung von Pflegeleistungen

Um unterschiedliche Pflegeleistungen zu erhalten, ist ein Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Hat Ihr Angehöriger ein Schädelhirntrauma

durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten, ist die gesetzliche Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft zuständiger Leistungsträger.

Bevor Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, können Sie sich beispielsweise bei Sozialdiensten oder den örtlichen Pflegestützpunkten neutral beraten lassen. Füllen Sie die Antragsformulare aus und übersenden Sie diese an die entsprechende Stelle.

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung des Pflegegrades beantragen Sie formlos bei der Krankenkasse. Das Begutachtungsverfahren wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Sind Sie privatversichert ist für Sie der Medizinische Dienst „MEDICPROOF“ zuständig. Das Begutachtungsverfahren unterteilt sich in folgende Bereiche:

- **Modul 1** – Mobilität
- **Modul 2** – kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- **Modul 3** – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- **Modul 4** – Selbstversorgung
- **Modul 5** – Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- **Modul 6** – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Damit Sie nach dem Begutachtungsverfahren wissen, in welchen Pflegegrad Ihr Angehöriger eingestuft wird, erhalten Sie einen Bescheid. Die Einstufung in den Pflegegrad erfolgt über die erreichte Punktzahl in den Bereichen. Den Bescheid erhalten Sie innerhalb von fünf Wochen. Empfinden Sie die Pflegegradeinstufung als nicht zutreffend, können Sie innerhalb von vier Wochen Widerspruch einlegen. Für Ihre Begründung sollten Sie das Gutachten des MDK verwenden, auf dessen Aushändigung Sie einen Rechtsanspruch haben. Im Anhang dieser Broschüre finden Sie beispielhafte Widersprüche und eine Auflistung der notwendigen Inhalte.

Der Ablauf einer Begutachtung

Das Gutachten findet im Rahmen eines Besuches statt, dieser kann sowohl zu Hause als auch in der jeweiligen Pflegeeinrichtung stattfinden. Die Begutachtung gibt Aufschluss über die Situation des Betroffenen.

Pflegegrade können auch befristet vergeben werden. Vor Ablauf der Frist findet eine erneute Begutachtung statt. Diese dient der Entscheidung, ob der Pflegegrad erhalten bleibt oder verändert wird.

Benötigt Ihr Angehöriger kurzfristig eine Pflegegradeinstufung, steht Ihnen das Eilverfahren zu. Sie erhalten nach 48 Stunden eine Einschätzung.

Wie können Sie sich auf die Begutachtung vorbereiten? Praxistipps

Wurde ein Termin für die Erstbegutachtung vereinbart, so findet sich auf der Internetseite des MDK eine Checkliste zur Vorbereitung. Es werden folgende Dokumente bei dem Termin benötigt:

- aktueller Medikamentenplan
- die Pflegedokumentation und der Vertrag des Pflegedienstes
- Berichte des Hausarztes, von Fachärzten oder der Entlassungsbericht der Klinik (falls vorhanden)
- Auflistung der Therapien
- Röntgenbilder, MRT, etc.
- Allergiepass, Diabetikerausweis, Schwerbehindertenausweis, etc.

Wenn Sie Kopien der Dokumente anfertigen, können Sie diese dem Gutachter bei dem Termin mitgeben.

Es empfiehlt sich, dass – neben dem Betroffenen selbst – auch die pflegenden Angehörigen oder der gesetzliche Betreuer bei dem Begutachtungstermin anwesend sind. Die Begutachtung dauert etwa eine Stunde. Der Gutachter hat somit einen begrenzten Zeitraum, um die Situation zu beurteilen. Betroffene möchten oftmals gerne zeigen, was sie (noch) können. Die begutachtende Person sollte einen realistischen Eindruck der Pflegesituation erhalten. Nur wenn offen Schwächen und Einschränkungen gezeigt und beschrieben werden, kann die Einstufung in

einen entsprechenden Pflegegrad erfolgen. Auf der Internetseite des MDK finden Sie Informationen und Richtlinien der Begutachtung. Nutzen Sie diese Dokumente, um sich auf den Termin vorzubereiten.

[Bitten Sie den Gutachter um ein Vieraugengespräch, um auf besonders belastende Situationen hinzuweisen.](#)

Beratung im Pflegefall

Ihnen und Ihrem Angehörigen steht Beratung im Pflegefall durch die Pflegeversicherung zu. Die Beratung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung. Hierfür schlägt Ihnen Ihre Pflegekasse Beratungsstellen und -angebote vor, damit Sie Unterstützung in Ihrer Nähe erhalten. Bei gesetzlich Versicherten wird das Angebot durch die jeweilige Pflegekasse organisiert.

Bei Privatversicherten ist das Unternehmen „Compass“ für die Beratung zuständig. Dies ist unter der kostenfreien Hotline 0800 1018800 erreichbar.

Die Beratung kann bei Pflegestützpunkten in Ihrer Nähe durchgeführt werden. Die Beratenden weisen eine besondere Qualifikation vor und sind auf die Rechtslage im Sozial- und Sozialversicherungsrecht spezialisiert. Sie können darüber hinaus Beratung und Tipps für Entlastungsmöglichkeiten geben. Auf Wunsch kann der Beratungstermin auch bei Ihnen zu Hause stattfinden. Die Pflegebera-

tung hilft den Familien dabei, einen individuellen Versorgungsplan aufzustellen. Möchten Sie lieber von einer unabhängigen Stelle beraten werden, kann die Pflegekasse einen Beratungsgutschein ausstellen. Ihnen werden dabei entsprechende Stellen genannt. Sie können den Gutschein innerhalb von zwei Wochen einlösen.

Eine Ausnahme stellt die Beratung zu Hause dar. Sollten Sie ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen Sie diese Termine wahrnehmen. Wurde Pflegegrad 2 oder 3 festgestellt, findet die Beratung halbjährlich statt. Bei den Pflegegraden 4 und 5 dagegen vierteljährlich.

Leistungsübersicht bei bestehender Pflegebedürftigkeit

Der gewährte Umfang der Leistungen richtet sich nach dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der erbrachten Pflegeleistung. Vorrangig ist vom Gesetzgeber eine ambulante Versorgung zu Hause erwünscht. Hier können Sie bei Vorliegen eines Pflegegrades entweder Pflegegeld erhalten, womit der Pflegebedürftige privat organisierte Helfer minimal entlohnen kann. Oder Sie können Sachleistungen erhalten, mit denen der Einsatz eines Pflegedienstes organisiert werden kann. Pflegegeld und Sachleistungen können kombiniert werden. Das ist sinnvoll, wenn der pflegende Angehörige nicht die gesamte Pflege übernehmen kann.

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 dem Pflegedienst/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.

Um zusätzliche Entlastung zu erhalten, nehmen Sie den Entlastungsbetrag in Anspruch. Der Entlastungsbetrag kann bereits ab Pflegegrad 1 beantragt werden. Voraussetzung ist, dass Ihr Angehöriger zu Hause gepflegt wird. Der Entlastungsbetrag beträgt monatlich 125 Euro und kann bei Nicht-Inanspruchnahme auf die Folgemonate übertragen werden. Sie haben auf diese Leistung Anspruch bis Ende Juni des nächsten Kalenderjahres. Der Entlastungsbetrag wird nicht vorab ausgezahlt, sondern rückerstattet. Sie müssen hierzu Rechnungen von anerkannten Einrichtungen oder Einzelpersonen einreichen.

Überblick über die Höhe der verschiedenen Pflegeleistungen

(Stand: 04/2021)

Pflegegeld:

Die betroffene Person lebt in der eigenen Wohnung oder bei ihrer Familie und wird von ihren Angehörigen gepflegt:

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|--------------------|
| 1 | 0 Euro monatlich |
| 2 | 316 Euro monatlich |
| 3 | 545 Euro monatlich |
| 4 | 728 Euro monatlich |
| 5 | 901 Euro monatlich |

Pflegesachleistung:

Die betroffene Person lebt in der eigenen Wohnung oder bei ihrer Familie und nimmt einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch:

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|----------------------|
| 1 | 0 Euro monatlich |
| 2 | 689 Euro monatlich |
| 3 | 1.298 Euro monatlich |
| 4 | 1.612 Euro monatlich |
| 5 | 1.995 Euro monatlich |

Vollstationäre Pflege:

Die betroffene Person lebt in einer Pflegeeinrichtung:

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|--------------------|
| 1 | 125 Euro monatlich |
| 2 | 770 Euro monatlich |

| | |
|---|----------------------|
| 3 | 1.262 Euro monatlich |
| 4 | 1.775 Euro monatlich |
| 5 | 2.005 Euro monatlich |

Tages- und Nachtpflege:

Die betroffene Person lebt in der eigenen Wohnung oder bei ihrer Familie und besucht stundenweise eine Pflegeeinrichtung:

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|---------------------------|
| 1 | bis zu 125 Euro monatlich |
| 2 | 689 Euro monatlich |
| 3 | 1.298 Euro monatlich |
| 4 | 1.612 Euro monatlich |
| 5 | 1.995 Euro monatlich |

Kurzzeitpflege:

Die betroffene Person lebt in der eigenen Wohnung oder bei ihrer Familie und zieht für eine bestimmte Zeit (max. acht Wochen) in eine Pflegeeinrichtung:

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|---------------------|
| 2-5 | 1.612 Euro jährlich |

(Hinweis: Der Betrag kann aus den Mitteln der nicht in Anspruch genommenen Verhinderungspflege auf bis zu 3.224 Euro jährlich aufgestockt werden)

Verhinderungspflege:

Die betroffene Person lebt in der eigenen Wohnung oder bei ihrer Familie. Aufgrund von Urlaub oder Krank-

heit der Pflegeperson wird die Pflege für eine bestimmte Zeit (max. sechs Wochen) durch eine andere Pflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm im Haushalt lebt, erbracht.

| Pflegegrad | Höhe der Leistung |
|------------|---------------------|
| 2-5 | 1.612 Euro jährlich |

(Hinweis: Der Betrag kann aus den Mitteln der nicht in Anspruch genommenen Kurzzeitpflege (max. 806 Euro) auf bis zu 2.418 Euro jährlich aufgestockt werden)

4.2 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Neben den Leistungen der Pflegekasse kann die medizinische Versorgung durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt werden. Personen, die ein hohes Maß an pflegerischer Versorgung benötigen, sind auf medizinische Behandlungspflege angewiesen. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig ist, da die Person z. B. beatmet wird.

Außerklinische Intensivpflege

Die Häusliche Krankenpflege sichert nach § 37 Abs. 2 SGB V die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten. Sie dient dazu, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen sowie die Ziele der ärztlichen Behandlung zu sichern.

Eine ärztliche Verordnung ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung. Häusliche Krankenpflege wird z. B. Zuhause oder im Ambulant Betreuten Wohnen erbracht. Je nach Art der Häuslichen Krankenpflege umfasst sie Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Sie wird in der Regel durch Pflegedienste erbracht.

Nach § 37c SGB VI haben Personen, die in vollstationären Einrichtungen leben, die Möglichkeit, sämtliche Kosten, die mit der Versorgung des Betroffenen zusammenhängen, von der Krankenkasse übernehmen zu lassen. Hierzu zählen z. B. Kosten für Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Miete und Verpflegung.

Durch das Intensivpflege-Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) treten aktuell einige Änderungen in Kraft. Die beiden Verordnungsmöglichkeiten für die außerklinische Intensivpflege gelten bis zum 31.10.2023.

4.3 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die Gesetzgebung sieht Entlastungsangebote für pflegende Angehörige vor. Sie können auf diese Leistungen zurückgreifen, um Pflege und Beruf zu vereinen.

Pflegezeit für berufstätige Angehörige

Wenn Sie Pflegezeit beantragen, können Sie maximal sechs Mona-

te Ihre Berufstätigkeit einschränken oder gänzlich pausieren. Die Leistung gilt ab Pflegegrad 1 bei dem Betroffenen. Möchten Sie Pflegezeit wahrnehmen, bedenken Sie, dass Sie ohne Entgeltfortzahlung freigestellt sind. In der Pflegezeit und der Familienpflegezeit kann jeweils ein zinsloses Darlehen beantragt werden. Damit kann der Lohnausfall bis zur Hälfte des fehlenden Nettogehaltes aufgefangen werden. Voraussetzungen für die Pflegezeit sind:

- Pflege eines nahen Angehörigen zu Hause
- Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass Zeitraum und Umfang der Arbeitsfreistellung im Schreiben an den Arbeitgeber festgehalten sein müssen.

[Anspruch auf die Pflegezeit haben Sie nur, wenn Sie in einem Unternehmen mit mindestens 15 Beschäftigten arbeiten.](#)

Sie stehen als Beschäftigter während der Dauer der Pflegezeit unter besonderem Kündigungsschutz. Als pflegender Angehöriger sind Sie unfall- und rentenversichert. Weiterhin werden Ihnen in diesem Zeitraum Rentenpunkte eingetragen. Voraussetzungen für die Übernahme der Beitragszahlungen sind:

- Pflegegrade 2-5
- Sie dürfen maximal 30 Stunden wöchentlich berufstätig sein

Familienpflegezeit

Wenn Sie die Pflegezeit sechs Monate in Anspruch genommen haben, können Sie mit der Familienpflegezeit auf eine Gesamtdauer von maximal 24 Monaten verlängern. Die Voraussetzungen dafür gleichen denen der Pflegezeit.

[Anspruch auf die Familienpflegezeit haben Sie nur, wenn Sie in einem Unternehmen mit mindestens 25 Beschäftigten arbeiten.](#)

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Eine Schädelhirnverletzung tritt unerwartet ein und erfordert schnelle Organisation. Um in dieser akuten Situation dringende Dinge regeln zu können, haben Sie Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, maximal zehn Tage jährlich. Eine ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber ist erforderlich.

Während der Dauer der Arbeitsverhinderung sind Sie weiterhin sozialversichert und erhalten Pflegeunterstützungsgeld. Ein entsprechender Antrag ist unverzüglich bei der Pflegekasse Ihres Angehörigen einzureichen.

4.4 Leistungen für pflegende Angehörige

Ein zielgerichtetes Angebot für pflegende Angehörige schädelhirnverletzter Patienten hat die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung in Zusam-

menarbeit mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelt.

Das Seminar „Anleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen“ bietet Ihnen neben Entspannungsangeboten auch Workshops, mit fachlichen Inhalten und praktischen Übungen für Ihren Alltag zu Hause. Einige Themenbeispiele:

- Den Pflegenden entlasten durch Einsatz von Hilfsmitteln zur Mobilisierung und Lagerung
- psychologische Hilfe und Begleitung in Krisensituationen
- Umgang mit psychischen Störungen in der traumatisierten Familie
- therapeutische Unterstützung im pflegerischen Alltag – Stärkung der Eigenwahrnehmung
- das Behindertentestament
- Partnerschaft mit einem Schädelhirnverletzten
- Dienstleistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets

[Die dreitägigen Seminare sind für Sie, als Angehörige, kostenfrei. Ausführlichere Informationen zu Veranstaltungsterminen und das Programm erhalten Sie bei uns telefonisch oder im Internet unter \[www.zns-akademie.de\]\(http://www.zns-akademie.de\).](#)

5. ERGÄNZENDE LEISTUNGEN

Neben der Pflegeversicherung spielt die Sozialhilfe als Kostenträger für die

Übernahme von Betreuungsleistungen für Menschen mit Behinderung eine entscheidende Rolle. Sozialhilfeleistungen werden nur nachrangig gewährt. Zunächst müssen deshalb Leistungsansprüche gegenüber anderen Kostenträgern ausgeschöpft werden. Zudem muss in erheblichem Umfang das eigene Einkommen des Betroffenen und bis auf einen Schonbetrag auch das Vermögen eingesetzt werden. Die Einkommensgrenze wird individuell festgelegt.

5.1 Das Persönliche Budget

Das Persönliche Budget gewährt Ihnen das Recht – an Stelle der Ihnen zustehenden Sach- oder Dienstleistungen – das Geld, das die Träger ausgeben würden, selbst zu erhalten und sich die erforderlichen Leistungen selbst zu beschaffen und mit diesem Geld zu bezahlen. Sie erhalten das Budget über Antragstellung bei dem zuständigen Träger. Die Höhe wird individuell berechnet und zu Monatsbeginn auf Ihr Konto überwiesen. Sie können somit Leistungen der Reha oder zur Teilhabe eigenständig organisieren und finanzieren. Benötigen Sie Leistungen von verschiedenen Trägern wird dies Trägerübergreifendes Persönliches Budget genannt.

Weitere Informationen und Broschüren hierzu finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

5.2 Hilfe zur Pflege

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 Betroffene, die beispielsweise

- nicht pflegeversichert sind,
- deren Hilfebedarf weniger als sechs Monate beträgt,
- bei denen die Pflegekassenleistungen allein nicht ausreichen.

5.3 Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Eine weitere Möglichkeit zur Finanzierung einer bedarfsgerechten Betreuung bietet die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Sie hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen, zu mildern und den Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hier steht also die soziale Teilhabe im Fokus, insbesondere die Eingliederung in die Gesellschaft.

Die Hilfe soll Betroffenen z. B. den Kontakt zu anderen Menschen oder Veranstaltungsbesuche ermöglichen. Anspruchsberechtigt sind alle Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung oder einer wesentlichen Behinderung. Werden für

Umbaumaßnahmen 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.

Mit der Umsetzung des BTHG werden die Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen getrennt. Die Fachleistungen (medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und Soziale Teilhabe) werden von den Trägern der Eingliederungshilfe übernommen, während die existenzsichernden Leistungen (Wohnung, Kleidung und Lebensmittel) von den Sozialhilfeträgern finanziert und direkt an den Leistungsempfänger gezahlt werden. Die Trennung von Fach- und existenzsichernden Leistungen hat das Ziel die Transparenz zu erhöhen und die Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern. Zudem wird der Einkommensfreibetrag jährlich angepasst. Der Vermögensfreibetrag steigt auf 150 % der jährlichen Bezugsgröße (2021: 59.220 Euro) und wird jährlich angepasst.

6. SICHERUNG DES LEBENS- UNTERHALTES

6.1 Entgeltersatzleistungen und Lohnfortzahlungen

Sowohl Entgeltersatzleistungen als auch Lohnfortzahlungen können bei einer sozialversicherungspflichtigen,

beruflichen Tätigkeit gewährt werden.

Im Krankheitsfall werden von den Trägern der Sozialversicherungen zum Ausgleich des ausgefallenen Einkommens **Entgeltersatzleistungen** zugestanden.

Im Falle einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit wird für Arbeitnehmer und Auszubildende bei einem seit mindestens vier Wochen bestehenden Arbeitsverhältnis für die Dauer von sechs Wochen der Lohn vom Arbeitgeber weitergezahlt. Je nach Tarifvertrag können 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.

Nach Ablauf der sechs Wochen gibt es verschiedene Formen der Entgeltersatzleistungen. In welcher Form diese erbracht werden, hängt vom zuständigen Leistungsträger ab. Die Leistungen werden ausschließlich auf Antragstellung gewährt!

Krankengeld

Ist Ihr zuständiger Leistungsträger die gesetzliche Krankenversicherung, müssen Sie dort einen Antrag stellen, um Krankengeld zu erhalten.

- Auch bei Arbeitslosigkeit besteht Anspruch auf Krankengeld,

mit Ausnahme von Arbeitslosengeld-II-Empfängern.

- Die Leistungshöhe beträgt 70 % des regelmäßigen Bruttoeinkommens, darf allerdings 90 % des Nettoeinkommens nicht übersteigen.
- Maximale Dauer von 78 Wochen bei derselben Erkrankung innerhalb einer Frist von 3 Jahren. Die Frist beginnt mit dem erstmaligen Auftreten der Krankheit.
- Die Krankenkasse kann fordern, dass eine Antragstellung auf Rehabilitation innerhalb einer Frist von zehn Wochen gestellt wird. Wenn Sie dieser Aufforderung nicht nachkommen, droht die Einstellung des Krankengeldes..

Verletztengeld

Ist die Unfallkasse bzw. Berufsgenossenschaft der zuständige Kostenträger, beantragen Sie dort Verletztengeld. Anders als beim Krankengeld besteht der Anspruch bereits vom Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch endet entweder bei nicht mehr bestehender Arbeitsunfähigkeit, spätestens allerdings mit Ablauf der 78. Woche seit 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 errech-

net. 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 Berufsgenossenschaft.

Übergangsgeld

Ist die Rentenversicherung der zuständige Kostenträger, beantragen Sie dort Übergangsgeld. Voraussetzungen dafür sind:

- rentenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis
- Arbeitslosigkeit
- Selbstständigkeit

Die Höhe des Übergangsgeldes wird individuell berechnet.

6.2 Reha vor 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. Es müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, um über die Alltagsbewältigung hinaus bis zum Ziel einer erfolgreichen (Wieder-)Eingliederung 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.

6.3 Rente

Erwerbsminderungsrente

Betroffene, die aufgrund ihrer Schädelhirnverletzung nur noch eingeschränkt leistungsfähig sind stellen einen Rentenantrag. Die Rentenversicherung entscheidet über den Umfang der Rente. Es wird zwischen teilweiser oder voller Erwerbsminderung unterschieden. Zu den voll-erwerbsgeminderten Personen zählen Betroffene, 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 sechs Stunden und mehr erwerbstätig zu sein. Ein Anspruch auf Rentenleistungen besteht, wenn sowohl mindestens 60 Monate Pflichtbeiträge entrichtet wurden als auch in den letzten fünf

Jahren zumindest drei Jahre Pflichtbeiträge beim Rentenversicherer 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 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 Unterstützung zu erhalten.

Frühzeitige Altersrente bei Menschen mit Schwerbehinderung

Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung können frühzeitig Altersrente beantragen, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung einen Behinderungsgrad von 50 haben und eine Mindestversicherungszeit von 35 Jahren nachweisen können. Allerdings sind mit dem frühzeitigen Bezug prozentuale Kürzungen der Rentenhöhe verbunden, die sich an den vorgezogenen Monaten orientieren. Auskünfte erhalten Sie bei der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) 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 sechs Monate) um mindestens 20 % beeinträchtigt, besteht Anspruch auf Verletztenrente. Die Verletztenrente ist eine Leistung der Unfallkasse bzw. Berufsgenossenschaft. Je nach Einschränkung der Erwerbsfähigkeit erhält der Betroffene entweder eine Teil- oder Vollrente. Wenn der Betroffene vollständig erwerbsunfähig ist, erhält er zwei Drittel des vor dem Unfall erzielten Jahreseinkommens. Ist der Betroffene teilweise erwerbsunfähig, wird die Höhe individuell berechnet. Auch hier gilt das vor dem Unfall erzielte Jahreseinkommen als Grundlage.

7. SCHWERBEHINDERUNG

Entgeltersatzleistungen

Als Behinderungen gelten körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, die langfristig zu Einschränkungen führen. Dabei ist es unerheblich, ob die Behinderung durch eine Erkrankung oder einen Unfall verursacht wurde oder ob sie angeboren ist. Menschen mit Behinderung können besondere Hilfen erhalten, wenn bei ihnen eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung vorliegt. Die Anerkennung einer

Schwerbehinderung ist unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit.

„Behinderung“ und „Schwerbehinderung“

Der zugewiesene Grad der Behinderung entscheidet, ob eine Behinderung oder eine Schwerbehinderung vorliegt. Ab einem Grad von 50 spricht man von „Schwerbehinderung“. Menschen mit einer Schwerbehinderung erhalten zusätzliche Vorteile. Hierzu zählen:

- besonderer Kündigungsschutz
- Zusatzurlaub
- unentgeltliche Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel, z. B. wenn die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist

Schwerbehindertenausweis

Die Anerkennung einer Schwerbehinderung erfolgt in aller Regel erst auf Antragstellung beim zuständigen Versorgungsamt, bei dem Kreis bzw. der kreisfreien Stadt oder Amt für Familie und Soziales (je nach Bundesland). Der Antrag kann entweder formlos oder über ein amtliches Antragsformular erfolgen. Wenn vorhanden, sollten Sie bereits dem Antragsschreiben ärztliche Bescheinigungen beifügen, die Auskunft 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.

Zudem müssen die Betroffenen in Deutschland wohnen und/oder hier beschäftigt sein. Bei einem GdB von mindestens 50 erhält der Antragsteller einen Schwerbehindertenausweis. Personen mit einem GdB von mindestens 30 können Personen mit einer Schwerbehinderung gleichgesetzt werden, wenn sie sonst keinen geeigneten Arbeitsplatz finden. Der Schwerbehindertenstatus erhöht den Kündigungsschutz und sichert ggf. den Arbeitsplatz. Zudem ermöglicht er die Inanspruchnahme von weiteren sozialrechtlichen Leistungen. Der Ausweis ist in aller Regel fünf Jahre gültig.

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Schwerbehinderung 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 Hinweis, dass eine Begründung nach Akteneinsicht erfolgt. Durch 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

| Merkzeichen | Beeinträchtigung |
|-------------|--|
| G | Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr |
| aG | außergewöhnliche Gehbehinderung |
| H | Hilflosigkeit |
| Bl | Blind oder hochgradig sehbehindert |
| RF | Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht |
| B | Berechtigung für eine ständige Begleitung |
| Gl | Gehörlosigkeit, fast taub mit schwerer Sprachstörung |
| TBl | Taubblind |

Table 2: Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises

im Anhang dieser Broschüre. Sollte auch dies nicht zu dem gewünschten Ergebnis führen, kann ggf. eine Klage vor dem Sozialgericht eingereicht werden.

Merkzeichen

Liegt eine besondere Beeinträchtigung, wie z. B. eine erhebliche oder außergewöhnliche Gehbehinderung vor, kann diese von den Versorgungsämtern auf Antrag festgestellt und als sogenanntes Merkzeichen eingetragen werden.

Die Feststellung eines Merkzeichens ermöglicht die Inanspruchnahme bestimmter Vergünstigungen. Wird z. B. dem Antragsteller eine erheblich beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr attestiert, kann die Person mit Schwerbehinderung die kostenfreie Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erhalten. Voraussetzung hierfür sind das anerkannte Merkzeichen und eine Wertmarke.

Diese wird beim zuständigen Versorgungsamt beantragt.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter anderem aus der Broschüre „Ratgeber für Menschen mit Behinderung“, die kostenfrei beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angefordert werden kann.

8. SOZIALE SICHERUNG

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 zunehmend 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 intensiv mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Eine Musterpatientenverfügung würde nicht die vielfältigen Lebenssituationen und Vorstellungen der Betroffenen abdecken. Hilfreich ist in jedem Fall das beratende Gespräch mit dem Hausarzt. 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 Entscheidungen zu treffen, sind Betreuer und Bevollmächtigte 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 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 vertreten. Bei Uneinigkeiten zwischen dem behandelnden Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigten ist vorher die Genehmigung des Amtsgerichts einzuholen. Zudem sollte eine Patientenverfügung mindestens alle zwei Jahre aktualisiert und unterschrieben werden.

Vorsorgevollmacht

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 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. Geeignete Vordrucke finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz.

[Zu empfehlen ist, die Vollmacht über den Tod hinaus zu formulieren, um auch nach dem Versterben des Betroffenen handlungsfähig zu sein.](#)

Gesetzliche Betreuung

Liegen keine gültigen Vollmachten vor und können diese auch nicht mehr ausgestellt werden, ist es notwendig, für Volljährige eine gesetzliche Betreuung zu bestimmen. Diese ist berechtigt, stellvertretend und im Sinne Ihres Angehörigen Entscheidungen zu treffen.

Die zuständige Behörde für Betreuungsangelegenheiten ist in aller Regel das Amtsgericht, in dessen Bezirk der zu Betreuende seinen gewöhnlichen Aufenthalt (Meldeadresse) hat. Eine Betreuung wird häufig von einem Arzt bzw. dem Krankenhaus (in der Regel vom Sozialdienst) angeregt, kann aber auch von den Angehörigen initiiert werden. Auf Antrag prüft das Amtsgericht dann die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung. Dazu werden fachärztliche Gutachten eingeholt und eine richterliche Anhörung in die Wege geleitet. Bei der Auswahl eines gesetzlichen Betreuers wird geprüft, ob im sozialen Umfeld des Betroffenen nahestehende Bezugspersonen (Angehörige, Freunde) bereit sind, das Amt zu übernehmen. Wenn nicht, wird das Amtsgericht einen professionellen Betreuer bestellen. Es können vom Amtsgericht auch mehrere gesetzliche Betreuer eingesetzt werden. Eine gesetzliche Betreuung wird nur so lange eingesetzt, wie Sie erforderlich ist. Sie ist also zeitlich begrenzt und das Erfordernis wird regelmäßig überprüft. Wenn Ihr

Angehöriger wieder selbst Entscheidungen für sich treffen kann, wird die gesetzliche Betreuung aufgelöst.

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

Aufenthaltsbestimmungsrecht

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

Wohnungsangelegenheiten

Dieser Wirkungskreis ist häufig an das Aufenthaltsbestimmungsrecht gekoppelt.

Sollte eine Rückkehr in die eigene Wohnung nicht mehr möglich sein, regelt der Betreuer nach richterlicher Genehmigung die Kündigung und Auflösung der Wohnung.

Vermögenssorge

Dieser Wirkungskreis regelt bei-

spielsweise die Erledigung von Bankgeschäften.

Postverkehr

Der gesetzliche Betreuer ist berechtigt, die Post (oder auch E-Mails, etc.) entgegenzunehmen und zu öffnen.

9. DAS ANGEBOT DER ZNS – HANNELORE KOHL STIFTUNG

Seit 1983 engagieren wir uns für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen, die eine Verletzung des Zentralen Nervensystems erlitten haben sowie deren Angehörige. Unsere Ziele und Aufgaben:

Beratung und Information, damit schädelhirnverletzte Menschen und ihre Familie die veränderte Situation besser bewältigen können.

Psychosoziale Begleitung, damit schädelhirnverletzte Menschen und deren Angehörige einen Weg finden, das Erlebte zu verarbeiten.

Forschungsförderung auf dem Gebiet der Neurowissenschaften.

Finanzhilfen für schädelhirnverletzte Menschen in besonderen Notlagen.

Prävention, um die Unfallzahlen zu senken und die Schwere von Verletzungen zu mindern.

Bündelung der Interessen von Menschen von Menschen mit erworbenem Hirnschaden.

Die Hilfeangebote der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung sind kostenfrei und werden durch Spenden sowie freiwillige Zuwendungen ermöglicht. Wir sind als gemeinnützig, mildtätig und wissenschaftliche Zwecke fördernd anerkannt.

9.1 Beratungs- und Informationsdienst

Die kostenfreie und unabhängige Beratung richtet sich an Menschen mit Schädelhirnverletzung jeden Alters, deren Angehörige und Fachkräfte.

Das interdisziplinäre Beratungsteam steht Ihnen fachkundig zur Seite. Sie erhalten Antworten auf alle Fragen, die sich im Zusammenhang mit einer Schädelhirnverletzung und deren Folgen stellen.

Wir sind für Sie da, hören zu und begleiten Sie

bei den Herausforderungen des Alltags:

- bei persönlichen Anliegen, Belastungen in allen Lebensbereichen,
- Bewältigung der neuen Lebenssituation,
- Beziehung und Partnerschaft,
- sichtbare und unsichtbare Einschränkungen.

Information

Wir informieren umfangreich über

die bundesweiten Hilfeangebote für Menschen mit erworbener Hirnschädigung, damit Sie wohnortnahe und kompetente Unterstützung in Ihrer aktuellen Lebenssituation erhalten. Fragen, z. B. über

- die Diagnose Schädelhirntrauma und deren mögliche Folgen,
 - alle Aspekte zum Thema Nachsorge,
 - Ihre Ansprüche im komplexen Sozialversicherungssystem
- beantworten wir individuell und zeitnah.

Hilfsfonds

Aus dem Hilfsfonds der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung können Menschen mit einer unfallbedingten Schädelhirnverletzung bei nachgewiesener Bedürftigkeit eine einmalige finanzielle Unterstützung erhalten. Damit Engpässe kurzfristig überbrückt werden, ist die Beantragung niederschwellig und unbürokratisch.

Aus dem Roland Weiß-Fonds erhalten Betroffene im apallischen Durchgangssyndrom, je nach Bedürftigkeit, eine einmalige Zuwendung von maximal 2.000 Euro. Damit können therapeutische Maßnahmen (wie z. B. Musik-, Hippo- oder Wassertherapie) und/oder Hilfsmittel finanziert werden, die nicht als „Heilmittel“ anerkannt und von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Wir betrachten Ihre individuelle Situation ganzheitlich und werden für Sie aktiv:

Als Lotsen übernehmen wir die Funktion des persönlichen Wegweisers und unterstützen Sie auf der Suche nach:

- geeigneten Rehabilitationseinrichtungen
- ambulanten und stationären Nachsorgeangeboten
- passenden Therapeuten
- Selbsthilfegruppen

Eine Datenbank für die Suche nach passenden Rehabilitationseinrichtungen finden Sie auf der Homepage der Stiftung.



Wir orientieren unsere neutrale Beratung an Ihren Fragen und Vorstellungen:

Unser Ziel ist es, gemeinsam eine Strategie zur Verbesserung Ihrer aktuellen Lebenssituation zu entwickeln.

Wir hoffen, dass Sie durch unsere Anregungen Mut schöpfen und neue Perspektiven entwickeln. Ihr Wohl steht im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Wir sind für Sie da

Tel. 0228 97845-0
beratung@hannelore-kohl-stiftung.de

9.2 Die ZNS Akademie der Hannelore Kohl Stiftung gGmbH

richtet ihre Seminare und Schulungen an:

- schädelhirnverletzte Menschen aller Altersgruppen
- (pflegende) Angehörige
- Familien mit einem schädelhirnverletzten Kind
- in der Selbsthilfe Engagierte
- Fachleute, die beruflich mit schädelhirnverletzten Menschen arbeiten
- die interessierte Öffentlichkeit.

Die aktuellen Termine finden Sie auf der Homepage:
www.zns-akademie.de



ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Fontainengraben 148, 53123 Bonn
Telefon: 0228 97845-0
Telefax: 0228 97845-55
info@hannelore-kohl-stiftung.de
www.hannelore-kohl-stiftung.de

9.3 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen erhalten über die EUTB Informationen zur Teilhabe und Rehabilitation. Die EUTB-Beratungsangebote bieten Peer Counseling an. Hierbei werden Sie von Menschen beraten, die selber eine Behinderung haben. Die Beratungsstellen und -angebote sind bundesweit vertre-

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Arbeit und Soziales**



**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

10. SELBSTHILFGRUPPEN

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 so-

zialen 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 weiterge-

ten. Eine Datenbank finden Sie unter www.teilhabeberatung.de
> Beratung > Beratungsangebote der EUTB.

Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert, bietet auch die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung an. Näheres finden Sie unter www.eutb-meh.de.

ben. 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 Therapien. 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 wiederentdecken, 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.

Falls Sie selbst eine Gruppe gründen möchten, erhalten Sie von uns in der Gründungsphase Unterstützung in einem speziell dafür entwickelten Seminar und durch regelmäßigen Austausch bei den Treffen mit anderen Gruppen.

Anlaufstellen für Selbsthilfegruppen

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

BDH Bundesverband Rehabilitation

Lievelingsweg 125
53119 Bonn
Tel.: 0228 96984-0
info@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V.

Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Tel.: 0931 250130-0
info@aphasiker.de
www.aphasiker.de

Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e. V., Deutsche Wachkoma Gesellschaft

Geschäftsstelle:
Bayreuther Str. 33
92224 Amberg
Notrufzentrale Tel.: 09621/64800
zentrale@schaedel-hirnpatienten.de
www.schaedlhirnpatienten.de

SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e. V.

Bahnhofplatz 6
89518 Heidenheim
Tel.: 07321 5306856
info@shv-forum-gehirn.de
www.shv-forum-gehirn.de

Pflegeselbsthilfe

Landesnetz Pflegeselbsthilfe, ein Angebot, das in und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert wird. Es richtet sich an pflegende Angehörige und regt deren Austausch an. Die Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe koordinieren die Teilnahme und Gründung von Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe. Über die Internetseite von Pflegewegweiser NRW finden Sie ortsnahe Büros: www.pflegewegweiser-nrw.de > Pflegedatenbank NRW > Pflegeselbsthilfe

Kinder und Jugendliche:

Lumia Stiftung

Hinüberstraße 8
30175 Hannover
Tel.: 0511 70031744
info@lumiastiftung.de
www.lumiastiftung.de

Bundesverband Kinderneurologie-Hilfe e. V.

Tannenbergsstraße 1
48147 Münster
Tel.: 0251 297848
info@kinderneurologiehilfe.de
www.kinderneurologiehilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen

c/o Rainer Lasogga
Trilportstr. 6
78234 Engen
Tel.: 07733 3603705
info@bag-nachsorge.de
www.bag-nachsorge.de

Eine Auflistung der freien Selbsthilfegruppen im gesamten Bundesgebiet finden Sie auf der Homepage der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung unter: Hilfe > Information > Nachsorge > Selbsthilfegruppen.

Den Austausch mit Gleichbetroffenen bieten Ihnen auch die Seminarangebote der ZNS Akademie. Informationen hierzu können Sie gerne bei unserem Beratungsdienst erhalten.

11. WIDERSPRUCH EINLEGEN

Nach (vollständiger oder teilweiser) Ablehnung einer von Ihnen beantragten Leistung, haben Sie das Recht, Widerspruch einzulegen. Durch dieses Widerspruchsverfahren muss der zuständige Träger Ihren Antrag erneut prüfen

Fristen

- Nach Erhalt der Ablehnung haben Sie einen Monat Zeit, den Widerspruch einzulegen.
- Der Widerspruch muss innerhalb dieses Monats bei dem Träger eingegangen sein.

Tipps

- Formulieren Sie den Widerspruch schriftlich.
- Es reicht zunächst ein Widerspruch ohne Begründung. Die Begründung können Sie nachreichen.
- Sollten Sie das Schreiben auf dem Postweg übersenden, nutzen Sie das ‚Einschreiben‘, um den Zugang nachweisen zu können.
- Steht der Ablauf der Monatsfrist kurz bevor, sollten Sie den Widerspruch per Telefax übermitteln oder persönlich einwerfen.
- Sollte die Rechtsbehelfsbelehrung im Ablehnungsbescheid fehlen oder unvollständig sein, so verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr.
- In der Rechtsbehelfsbelehrung

finden Sie genauere Angaben über die Form und die Adresse für die Zusendung des Widerspruchs.

Inhalt

- Ihre/n Name, Adresse, Telefonnummer
- Datum des Widerspruchs
- Datum und Aktenzeichen des zu widersprechenden Bescheids
- Adresse des entsprechenden Trägers
- kurze Erklärung, dass Sie Widerspruch einlegen
- Begründung des Widerspruchs (kann nachgereicht werden)
- eigenhändige Unterschrift

BEISPIEL FÜR EINEN WIDERSPRUCH BEI FESTSTELLUNG DER SCHWERBEHINDERTENEIGENSCHAFTEN

Albert Muster
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Musterstadt, den

Musterstadt
Musterstraße 2
54321 Musterstadt

Widerspruch gegen Ihren Feststellungsbescheid vom

..... (Aktenzeichen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Ich beantrage die Zusendung aller medizinischen Zeugnisse und Gutachten, einschließlich der ärztlichen Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes, die die Grundlage zur Feststellung des Bescheides bilden.

Mit freundlichen Grüßen

Albert Muster

BEISPIEL FÜR EINEN WIDERSPRUCH BEI FESTSTELLUNG EINES PFLEGEGRADES

Albert Muster
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Musterstadt, 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 erhebe ich hiermit Widerspruch. Eine schriftliche Begründung wird nachgereicht.

Ich beantrage die Zusendung aller medizinischen Zeugnisse und Gutachten, einschließlich der ärztlichen Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes, die die Grundlage zur Feststellung des Bescheides bilden.

Mit freundlichen Grüßen

Albert Muster

12. CHECKLISTEN

12.1 Der Klinikaufenthalt

- Unterlagen zu Vorerkrankungen
- kleinen Personenkreis von Helfenden und Unterstützenden aufstellen
- alltägliche Aufgaben in diesem Personenkreis aufteilen (einkaufen, putzen, KiTa, etc.)
- nach Absprache mit den Ärzten eine feste Uhrzeit für tägliche Anrufe abklären, um im Gespräch mit dem zuständigen Pflegepersonal zu stehen
- Mitbringen von persönlichen, bekannten Gegenständen

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt die Rechte von Patienten. Nur wenn Sie bevollmächtigt sind, dürfen Sie Einsicht in die Patientenunterlagen verlangen.

Das behandelnde Team ist verpflichtet, den Patienten und seine Angehörigen über seine Situation und weitere Maßnahmen verständlich aufzuklären.

12.2 Wie beantrage ich einen Pflegegrad?

- formloses Schreiben, oder Anruf bei der Pflegekasse > Zusenden der Formulare
- Formulare ausfüllen und zurücksenden
- Rückmeldung des MDK abwarten
- Terminvereinbarung mit dem MDK
- beispielhafte Pflegesituationen im Alltag aufschreiben

- Bescheid des MDK über den Pflegegrad abwarten
- Sie müssen noch keine Informationen über die Situation bei Antragstellung geben.
- Die Leistungen können für den Zeitraum der Antragstellung rückwirkend erbracht werden.
- Die Pflegekassen müssen sich innerhalb von 5 Wochen nach Antragstellung entschieden haben. Entscheidend ist hierfür das Eingangsdatum des Antrags bei der Pflegekasse.
- In der Klinik: Ist abzusehen, dass Ihr Angehöriger nach Entlassung pflegebedürftig bleiben wird, können Sie eine Eileinstufung in den Pflegegrad erwirken. Leistungen können ab diesem Zeitpunkt erbracht werden. Anschließend wird die Begutachtung durchgeführt, um eine eventuelle Pflegegradanpassung durchzuführen.

12.3 Vorsorgevollmacht

- für höhere Akzeptanz das Dokument notariell beglaubigen lassen
- Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht beilegen
- möglichst exakte Erläuterung der zu übernehmenden Bereiche
- Absprache zwischen Ersteller und Bevollmächtigtem
- evtl. (Zeugen-) Nachweis über Geschäftsfähigkeit des Erstellers

12.4 Gesetzliche Betreuung

- Antragstellung auf gesetzliche Betreuung

- Personenwunsch für die gesetzliche Betreuung äußern

12.5 Patientenverfügung

- für höhere Akzeptanz das Dokument beglaubigen lassen
- Kopien für Angehörige/ggf. Bevollmächtigte/Hausarzt anfertigen und aushändigen
- Hinweis auf existierende Patientenverfügung bereithalten
- Patientenverfügung/ggf. Vorsorgevollmacht/Testament an abgesprochenem Ort hinterlegen

12.6 Verkehrsunfallsituation

Nach einem Verkehrsunfall sehen Sie sich mit Entscheidungen konfrontiert, auf die Sie nicht vorbereitet sind, die jedoch gravierende Auswirkungen auf Ihr weiteres Leben nach sich ziehen. Das gilt insbesondere in dem Bereich des komplizierten Schadenersatzrechts. Verkehrsunfallopfer mit Hirnverletzungen müssen vielfach um ihre Ansprüche kämpfen, zumal sie im Regelfall die Beweislast tragen. Um einen Weg durch das komplexe Recht und eine kompetente Begleitung in der oft zermürbenden Auseinandersetzung mit den Versicherern zu gewährleisten, bedarf es der raschen Einschaltung eines darauf **spezialisierten Rechtsbeistandes**.

Weitere wichtige Informationen finden Sie in der Broschüre „Informationen für Verkehrsunfallopfer mit Schädelhirnverletzung und deren Angehörige“ von der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung.

13. ERLÄUTERUNG VON FACHBEGRIFFEN

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

A

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 mi-

mischen und gestischen Ausdrucks, leiser monotoner Sprache, fehlender Mitbewegung der Arme beim Gehen, kleinschrittigem Gang und kleiner werdender Schrift. Es 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 starke 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 gesamter Ausfall des Gesichtsfelds, überwiegend zu den Seiten hin.

Anosognosie

Unfähigkeit, eigene 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

Als apallisches Durchgangssyndrom wird ein Krankheitsbild bezeichnet, bei dem ein Patient wach zu sein scheint, jedoch nicht in der Lage ist, mit seiner Umgebung bewussten Kontakt aufzunehmen (umgangssprachlich daher auch als „Wachkoma“ bezeichnet). Beim apallischen Durchgangssyndrom 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 (**Apallisches Durchgangssyndrom**) 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 u. a. die Gesichts-, Sprech- und Kaumuskelatur.

Arachnoidea

Spinnwebhaut (zwischen Hirnoberfläche und harter Hirnhaut).

Arterielle Kanüle

Dünner Plastikschauch von wenigen Zentimetern Länge, der über eine Punktion in eine Schlagader (zumeist des Arms oder Beins) eingeführt wird. Ermöglicht die Entnahme von Blut, aus dem unter anderem die Sauerstoffsättigung des Blutes und damit der Erfolg der Beatmungsbehandlung kontrolliert werden. Über eine Leitung ist die arterielle Kanüle mit dem Monitorsystem verbunden, sodass über sie kontinuierlich der Blutdruck des Patienten gemessen werden kann.

Aspiration

Das Einatmen von Fremdkörpern in die Atemwege.

Assoziationsbahnen

Verbindungsleitungen zwischen einzelnen Hirnregionen.

Ataxie

Koordinationsstörungen, überwiegend durch Schädigungen im Kleinhirn hervorgerufen, die bei dem Betroffenen zur Unfähigkeit führen, zielgerichtete Bewegungen durchzuführen.

Athetose

Langsame, unwillkürliche und regellose Bewegungen der Gliedmaßen. Besonders rumpferne Gelenke sind oft übermäßig gestreckt oder gebeugt.

Atonie

Erschlaffung, herabgesetzter Span-

nungszustand (Tonus) von Muskeln. Ursachen: Muskuläre Erschöpfung.

Atrophie

Allgemein Gewebsschwund, insbesondere aber Verschmächtigung der Muskulatur an Rumpf und Extremitäten, vor allem bei Schädigung peripherer Nerven und dadurch Lähmung, kann aber auch durch Schonung (Schonatrophie) hervorgerufen werden.

B

Bahnung

Es wird davon ausgegangen, dass durch konsequente und systematische 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 von Menschen mit Schwerbehinderung unter Berücksichtigung verschiedener Wahrnehmungsmöglichkeiten, die in Ergänzung der basalen Stimulation über das Entwicklungsalter des sechsten Lebensmonats hinausführt.

Basale Stimulation

Methode, um bei Schwerstbehinderten Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeiten anzubahnen, überwiegend durch Einsatz verschiedener Sinnesreize.

Blasenkatheter

Ableitung des Urins durch die Harnröhre.

Bobath-Therapie

Physiotherapeutische Methode zur Behandlung cerebraler Bewegungsstörungen und halbseitiger Lähmungen. Zu den Behandlungsprinzipien gehören die Hemmung pathologischer Reflexe sowie der Aufbau eines normalen Haltungstonus und die Bahnung fundamentaler Bewegungsabläufe.

C

Cerebellum

Siehe Kleinhirn.

Cerebral

Das Gehirn betreffend.

Cerebralparese

Sammelbegriff für die Folgezustände der während der Geburt oder in früher Kindheit erlittenen Hirnschädigung, heute als Ausdruck für Mehrfachbehinderung, wobei die Bewegungsstörungen immer im Vordergrund des Erscheinungsbilds stehen.

Cerebrum

Gehirn.

Coma vigilie

Apallisches Syndrom, auch Wachkoma genannt.

Commotio cerebri

Siehe Gehirnerschütterung.

Computertomographie (CT)

(CT) Hier wird die Dichte der ausgesandten Röntgenstrahlen gemessen. Die unterschiedliche Dichte des Gehirns und des Hirnwassers, 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 Liquorstau = Hydrocephalus.

Contusio cerebri

Siehe Hirnprellung.

Cystofix (suprapubischer Katheter)

Urinableitung über ein durch die Bauchdecke gelegtes Schlauchsystem.

D

Dekubitus

Durch Wundliegen entstandenes Druck Geschwür

Divergenz

Ein- oder beidseitige nach außen gerichtete Abweichung der Augennachsen von der normalen Parallel-lage (Schielen).

Dopplersonographie

Schmerzfrees Verfahren, um 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 Ge-

rinsel, 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 be-

gleiten 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 Selbständigkeit 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 Gesichtsmuskulatur durch Schädigung des sogenannten Nervus facialis, vor allem in seinem Verlauf an der Schädelbasis, mit fehlendem Stirnrunzeln, fehlendem Augenschluss und Schwäche der Wangen- und Mundmuskulatur einer Gesichtshälfte. Auch durch Schädigung der zentralen Bahnen des Nervus facialis mit Lähmung des Mundwinkels auf der Gegenseite der Schädigung im Gehirn.

fazio-orale Therapie (FOTT)

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 Gewaltwirkung auf den Kopf.

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

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.

Hirninfrakt

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 Hohlraumwan-

dungen (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 Kontraktionsbehinderung oder -unfähigkeit.

hypoxischer Hirnschaden

Hirnschaden durch längeren Sauerstoffmangel.

I

Impressionsbruch

Unvollständiger Biegungsbruch 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 (Haargefäße) 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 Hirnwassers

sicher und risikolos nachgewiesen werden.

Kinästhesie

Bewungsgefühl, 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 ge-

störte 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 Kiefernereich 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.

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 zugrundeliegen-

den 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 Koordination 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 ei-

nen 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 (schlafte) 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 Ernährungs sonde

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 gelöst werden. Durch das Führen der Hände oder des Körpers während Alltagsaktivitäten kann die Wahrnehmungsfähigkeit gebessert werden.

Plegie

Völliger Ausfall motorischer Fähigkeiten.

Pleuradrainage

Dicker Plastikschauch, der z. B. bei Lungenverletzungen zwischen Rippen und Lungenoberfläche vor-

geschoben 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

Physiotherapeutische 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 un gefährliche 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 Hauptwirkung 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 von dem 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 (Physiotherapie, Sprach-, Arbeits-, und Beschäftigungstherapie) zur Wiederherstellung/-gewinnung der geistigen und körperlichen Funktionen sowie die Erlangung grund-

legender Fähigkeiten, wie Planen, Handeln, berufliche und soziale Kompetenz.

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 Ner-

venbahnen 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 Comotio 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 oder Verdauung, 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 Blutgefäßsystem 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.

W

Wachkoma

Laienbegriff für apallisches Durchgangssyndrom.

Z

ZNS = Zentralnervensystem

Bezeichnung für Gehirn und Rückenmark.

HANNELORE KOHL



Hannelore Kohl gründete im Jahr 1983 die nach ihr benannte Hilfsorganisation für Menschen mit Verletzungen 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.

ZNS – HANNELORE KOHL STIFTUNG

Unsere Hilfeangebote für schädelhirnverletzte Menschen, ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld werden größtenteils aus Spenden finanziert. Bitte spenden auch Sie und empfehlen Sie uns weiter. Vielen Dank!

Die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung fördert ausschließlich und unmittelbar mildtätige und gemeinnützige Zwecke. Dadurch können Sie Ihre Spende selbstverständlich steuerlich geltend machen.

Spendenkonto bei der Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE31 3705 0198 0030 0038 00 · BIC: COLSDE33

**SEPA-Lastschrift • PayPal • Kreditkarte •
SOFORT-Überweisung**

über eine verschlüsselte Verbindung auf unserer Website
unter **www.hannelore-kohl-stiftung.de/spenden**



Unterstützen Sie uns mit 5,00 Euro per SMS:

- Senden Sie eine SMS mit dem Kennwort „Kopf“ an die Kurzwahl 81190.
- Ihrer Mobilfunk-Rechnung werden 5,00 Euro zzgl. der SMS-Gebühr abgebucht.
- Für jede SMS werden der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung 4,83 Euro gutgeschrieben.
- Ihre SMS-Spende ist nicht steuerlich absetzbar.

ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Fontainengraben 148 · 53123 Bonn

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

info@hannelore-kohl-stiftung.de · www.hannelore-kohl-stiftung.de

 facebook.com/zns.hannelore.kohl.stiftung

 instagram.com/zns_stiftung

 youtube.com/c/ZNSHanneloreKohlStiftung