



CARE - PREVENTION - MANAGEMENT®
VERNETZTES PRÄVENTIONS-, REHABILITATIONS- UND INTEGRATIONS-MANAGEMENT
für Menschen mit Querschnittlähmungen und schweren Hirnschädigungen

CARE- PRE- MANAGEMENT, Schmalkalder Str. 32, 99894 Friedrichroda

Herrn
Herbert Sonnenberg
Schliffkopfstr. 9

75210 Kelters

12.05.2004 fm

2. Rehabilitationspädagogische Stellungnahme

zur weiteren bestmöglichen Rehabilitation Ihrer Enkelin Nicole, geb. am 09.07.83

Diagnose: Hypoxische Hirnschädigung (nach Anorexia nervosa)

Grad der Behinderung: 100 % seit 31.03.01 gemäß Bescheid des Versorgungsamtes Karlsruhe vom 13.06.02

Gegenwärtiger Rehabilitationsort: Kinderklinik Schömburg

Sehr geehrter Herr Sonnenberg,

als gesetzlich bestellter Betreuer von Nicole S. beauftragten Sie mich, Ihnen aus meiner Sicht als rehabilitationspädagogisch tätiger Case-Manager von jungen Menschen mit schwersten Hirnschädigungen oder Querschnittlähmungen eine **2. Stellungnahme zur unabdingbar notwendigen Fortführung der Rehabilitation ihrer Enkelin Nicole** zu erarbeiten, die für Sie die Grundlage für ggf. notwendige Absprachen mit der Kinderklinik Schömburg bzw. die Beantragung der weiteren Übernahme der Behandlungskosten durch die zuständige Krankenkasse AOK Calw sein soll.

Ich tue das gerne und beziehe mich dabei auf unsere mehrfach persönlich geführten Gespräche sowie den gemeinsamen Kontakt mit dem Leitungs- und Behandlungsteam der Kinderklinik Schömburg am 05.05.2004.

A) Zur Behinderung von Nicole, deren primären, sekundären und tertiären Folgen/Auswirkungen und (weiteren) Rehabilitationsmöglichkeiten

Nicole hat mit der diagnostizierten „hypoxischen Hirnschädigung“ im jungen Erwachsenenalter eine der schlimmsten und ihr Leben dauerhaft schwer beeinträchtigenden (Schwerst)Behinderung erlitten. Dies wird bereits durch die Zuerkennung der Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 100 % dokumentiert. Gleiches wird für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3 oder Härtefall) nach Pflegeversicherungsgesetz notwendig sein.

Die Vorgeschichte, die dazu führte, ist Ihnen schon durch die detaillierten ärztlichen Berichte sowie meine erste rehabilitationspädagogische Stellungnahme bekannt. Insofern brauche ich hier nicht erneut im einzelnen darauf zurückkommen.

Trotzdem möchte und muß ich nochmals auf wichtige Aspekte aus rehabilitationspädagogischer Sicht hinweisen, die Ausgangspunkt für meine nachfolgenden Forderungen für eine weitere bestmögliche ganzheitliche Behandlung und Rehabilitation von Nicole unabdingbar sind:

Hypoxisch Hirngeschädigte erleiden mit Eintritt dieser Behinderung den schwerwiegendsten nur vorstellbaren Verlust An Fähigkeiten zur (eigenständigen) Alltagsbewältigung, die sie im Laufe ihrer Lebensbiografie erworben haben. (Sensio)Motorik, Gehen, eigenständiges Essen, Gedächtnis, Sprache usw. n i c h t s ist zunächst mehr möglich.

Anschriften:
CARE- PREVENTION - MANAGEMENT
Schmalkalder Str. 32
99894 Friedrichroda
Tel. 03623-201421/22
Fax 03623-201423
Mail: care-pre@aol.com
care-prevention.de (i.B.)

Eichenstr. 8
75323 Bad Wildbad
Tel./Fax: 07081

Institutscenter:
CARE-PRE Consult
- Beratung von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern in sozial-ökonomischem Präventions-, Rehabilitations- und (Re) Integrationsmanagement
- innovative Unternehmen:
konzepte
- Qualitätsmanagement auf der Basis von EFQM
- Personalentwicklungsmanagement

CARE-PRE Casemanagement
- Einzelfallorientiertes Präventions-, Rehabilitations- und (Re)Integrationsmanagement im Auftrag von Rehabilitationsträgern

CARE-PRE Akademie
- Fortbildung von Fach- und Führungskräften in der medizinischen, psychosozialen und beruflichen Prävention, Rehabilitation und (Re) Integration Behinderter
- Zukunftswerkstatt Erfahrungsaustausch und Tagen

CARE-PRE E.V. Vorstand
Friedhelm Mötzing
Dipl.-Betriebswirt FH
Dipl.-Rehabilitationspädagoge
Mobil: 0170 / 8 04 38 20
e-Mail: fm1301bkt@aol.com

Bankverbindung:
VR Bank Westthüringen e.C
BLZ 820 640 38
Kto. Nr. 46 28 45

Und doch: Rehabilitation zu einem Leben mit eingeschränkter **a b e r lebenswerter individueller Lebensqualität** ist möglich. Inwieweit dies erreicht wird, hängt aus rehabilitationspädagogischer Sicht nicht nur vom Ausmaß der Schwere der eingetretenen Primärschädigung (impairment) und den damit unmittelbar verbundenen (sekundären und tertiären) Folgewirkungen in der Bewältigung des Lebensalltags ab (Disability/Handicap), sondern **g a n z e n t s c h e i d e n d** auch von der

Frühzeitigkeit, Qualität (Professionalität) und Nachhaltigkeit
der
ganzheitlich eingeleitenden und realisierten
interdisziplinären medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und pflegerischen
Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen

in den
g e e i g n e t s t e n Rehabilitationseinrichtungen der Phasen A-F

ab.

Als Opa und Betreuer, der Nicole seit Eintritt dieser Behinderung fast täglich besucht und betreut, stimmen Sie mir sicherlich durch **Ihre persönlich gemachten (guten und weniger guten) Erfahrungen und Anschauungen** zu.

Aus rehabilitationspädagogischer Sicht möchte ich die obigen Aussagen wie folgt untermauern:

Schwer Hirngeschädigte (so auch Nicole) – das haben Sie selbst erlebt – fallen zunächst in ein tiefes Koma. Einer der bekanntesten Neurologen auf diesem Gebiet, Dr. med. Zieger, schreibt dazu Hochinteressantes zum zunächst tiefen Koma als seelische Antwort des/ der Verletzten (hier Nicole) auf die schädigende Einwirkung des Hirns. Bitte lesen Sie dazu die Ausführungen der **Anlage 1**.

Zur Bewertung des Schweregrades der Hirnschädigung setzt die Medizin **unter anderem** die GCS (Glasgow Coma Scale) ein. Danach kann die Hirnschädigung zwischen leicht, mittelschwer und schwer diagnostiziert werden und damit der Grad der möglichen Rehabilitationsfähigkeit – **Anlage 2**.

Zugleich ist wissenschaftlich belegt, dass sich bei hirngeschädigten Menschen im Verlaufes des Überlebens einen Entwicklungsprozeß Vollzieht/vollziehen kann, der in der Rehabilitation Hirnverletzter unter dem Begriff „**KRS - Koma-Remissions-Skala**“ bekannt ist. Danach durchläuft der/die Hirngeschädigte im positivsten Fall 7 Phasen der Rückbildung des Komats. Aus der beigefügten **Anlage 3** können Sie die Phasen entnehmen und versuchsweise persönlich auf den jetzigen Rehabilitationsstand von Nicole übertragen. Es ist medizinisch ebenso belegt, dass die Rückbildung schon nach kurzer Zeit eintreten kann, gegebenenfalls aber auch erst nach monatelangem Bestehen des Vollbildes eines „apallischen Syndroms (sog. Wachkoma) !!“. Viele auf schwer hirngeschädigte Menschen spezialisierte Zentren der Frührehabilitation setzen im Rahmen ihrer Rehabilitations-Bemühungen auch die **FIM-Skala** zur Beurteilung der verbliebenen Aktivitätsmöglichkeiten des Alltagslebens ein, der im Zusammenhang mit der KRS mögliche Rehabilitations-Ansätze aufzeigt, ggf. im Zusammenhang mit der DRS (Disability-Ratings-Scale) und dem erweiterten Barthel-Index.

Ihnen wird durch das Lesen der beiliegenden Anlagen 1-3 sicherlich klar, dass Sie die Phasen in etwa selbst so als Opa miterlebt haben. Und Sie werden sich mit Sicherheit in Ihren bisherigen Forderungen gegenüber den Medizinern, Therapeuten und Pflegenden bestätigt fühlen, dass in den jeweiligen Phasen so frühzeitig wie möglich die „richtigen Maßnahmen“ zur

bestmöglichen Koma-Stimulation

in Richtung Phase 7 professionell und andauernd (statt sporadisch) eingesetzt werden müssen.

Beispiele: klar strukturierter förderrehabilitativ orientierter Tagesablauf, rechtzeitiger und verantwortungsbewusster Botulinum-Einsatz, konsequenter Einsatz der Bobath-Therapie, des Combes-Konzeptes (F.O.T.T.™ - Facio-orale-Trakt-Therapie), des Affolter-Konzeptes und der basalen Stimulation.

Hochinteressant ist auch neurophysiologisch-orientierte Therapiekonzept von Castillo Morales zur Behandlung von kommunikativen, sensomotorischen und orofazialen Störungen (NET und ORT).

Darüberhinaus gibt es einen gemeinnützigen Verein von Eltern hirngeschädigter junger Menschen, die auf die Doman-Delecatto-Therapie schwören, die in den USA entwickelt wurde und auf der Basis der intensiven und wiederholten Stimulation von Hirnzellen durch drei verschiedene Elemente basieren: Motorik, Sauerstoff und Intelligenzprogramm.

Weiterhin bekannt ist die Therapie und Rehabilitation von Schädel-Hirnverletzten nach der Craniosacral-Integration.

Sie können hieraus ersehen, dass es viele neue wissenschaftlich und praktisch erprobte rehabilitativ-therapeutische Ansätze zur Rehabilitation hirngeschädigter Menschen gibt, die es gilt in ein einrichtungsspezifisches hochqualitatives Behandlungs- und Pflege-Konzept zu integrieren, soweit es noch nicht geschehen ist. Da setzt jedoch voraus, das man sich konsequent mit diesen Innovationen befasst und die Mitarbeiter/innen wissenschaftlich- und anwendungsorientiert schult.

Detaillierte Informationen Unterlagen zu aufgeführten innovativen Therapien stehen auf Wunsch zur Verfügung!

Man kann also sagen und das ist medizinisch nachgewiesen: der Behandlungs- und Rehabilitationserfolg **bei akzeptablen diagnostischen Ergebnissen** kann (wird) umso besser sein, **je früher und konsequenter** in der Klinik auf Grund der diagnostischen Erst- und ständig wiederholten Folgeergebnisse umfassend und professionell medizinisch, therapeutisch und pflegerisch teamübergreifend **nach neuesten medizinischen und therapeutischen Erkenntnissen interdisziplinär gehandelt wird.**

Übertragen auf das m.E. noch nicht ausgeschöpfte Rehabilitationspotential Ihrer Enkelin NICOLE kann deswegen auf Grund der in den letzten Tagen, Wochen und Monaten erreichten Remissionserfolge aus rehabilitationspädagogischer Sicht **ausgesagt und angeraten werden, den bis jetzt erreichten Rehabilitationserfolg durch hochintensives rehabilitativ-klinisches Handeln auf der Basis neuester Erkenntnisse fortzusetzen.**

Soweit im bisherigen Rehabilitationsprozess Verbesserungsmöglichkeiten evaluiert wurden, die man konstruktiv gemeinsam verbessern möchte und kann, stehe ich Ihnen und auf Wunsch auch dem Schömberger Team gerne rehabilitationspädagogisch beratend zur Verfügung – siehe auch nachfolgende Aussagen -.

B) Zusammenfassende Empfehlungen zur weiteren Rehabilitation und Kostenübernahme aus rehabilitationspädagogischer Sicht

Aus meinen bisherigen grundsätzlichen Erfahrungen zielorientierter ganzheitlich-interdisziplinärer Rehabilitation – sowie aus speziellen Erkenntnissen der oft verzögert langwierigen Rehabilitation hypoxisch hirngeschädigter junger Menschen - sollten (bezogen auf Nicole) die gerade in letzter Zeit erreichten Rehabilitationserfolge als Anlaß genommen werden, eine weitergehend längerfristige und förderintensivierende Behandlung in der Kinderklinik Schömberg zu ermöglichen.

Dazu sollten folgende Aktivitäten eingeleitet bzw. umgesetzt werden:

1. Ausfertigen eines ärztlichen Zwischenberichtes durch den leitenden Arzt der Kinderklinik Schömberg vor allem über die in letzter Zeit unstrittig erreichten Rehabilitationsfortschritte mit vorsichtig vertretbarer günstiger Rehabilitationsprognose bei weiterem längerfristigem Verbleib in Schömberg mit Ankündigung eines umfassenden neuen „interdisziplinären Behandlungs- und Rehabilitationsplanes IBRP“ für Nicole (Umarbeitung des gegenwärtig erarbeiteten Schreiben von Herrn Dr. Seilacher)
2. Erarbeitung dieses IBRP im Team Schömberg/Care – Prevention - Management – gegebenenfalls als „Schömberger“ Modellprojekt
3. **Vorstellung bei der AOK, Beantragung und Erreichen der Kostenübernahme für eine fortgesetzte Rehabilitation in Schömberg auf der Basis dieses (modellhaften) IBRP**
4. Zielorientiertes interdisziplinäres Realisieren der weiteren rehabilitativen Behandlung, Therapie und Betreuung von Nicole in der Kinderklinik Schömberg – unter intensivem Einbezug der Angehörigen sowie der von Herrn Sonnenberg engagierten Tagesbetreuerin - mit laufendem, Prozeß- und Zwischenergebniscontrolling und abschließender Ergebnisevaluation durch die Care-Prevention-Management
5. Veröffentlichung der Erfahrungen aus diesem rehabilitativen Modellkonzept

Aus meiner Sicht ist es aus den obengenannten Aspekten sinnvoll, wenn es möglichst kurzfristig erneut zu einem gemeinsamen Gespräch zwischen Herrn Dr. Seilacher, Ihnen und mir kommt.

Erst danach sollte ein gegenseitig abgestimmtes Schreiben von Herrn Dr. Seilacher an die AOK als Kostenträger gehen.

Sehr geehrter Herr Sonnenberg, ich hoffe, Sie mit dieser zweiten Stellungnahme im Sinne Ihrer persönlich engagierten Bemühungen um eine bestmögliche Rehabilitation Ihrer Enkelin NICOLE unterstützt zu haben und verbleibe als

Ihr
Friedhelm Mötzing

CARE – PREVENTION - MANAGEMENT E.V.

Anlagen

- wie im Text beschrieben