

MEDIZINISCHE FACHTAGUNG



Wir danken Herrn Matthies vom atelier lichtzeichen, dass er uns einige Kunstwerke zum Abdruck zur Verfügung gestellt hat. www.atelier-lichtzeichen.de

Regelversorgung für Menschen mit Behinderung?

Besonderheiten medizinischer
Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger
Behinderung und erworbenen Hirnschäden

Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft
(BAG) Ärzte für Menschen mit geistiger oder
mehrfacher Behinderung

3. und 4. Juni in Hamburg



Schirmherr

Dietrich Wersich, Staatsrat in der Behörde für
Wissenschaft und Gesundheit

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Georg Poppele
Dr. Petra Schulz

Veranstalter

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH
Bodenschwinghstr. 24
22337 Hamburg

Sponsoren

Merz Pharmaceuticals
Norgine
SanofiAventis
GerroMed
Hoffman-La Roche

Die medizinische Fachtagung wurde von der
Ärztammer Hamburg mit 7 Fortbildungspunkten
akkreditiert.

Programm

Freitag, 3. Juni 2005

14:30 Uhr	Grußwort: Dietrich Wersich Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung Chairpersons: Dr. G. Poppele, Dr. P. Schulz
14:45 – 15:15	Community Care: Gesellschaftliche Teilhabe statt Fürsorge - die Behindertenhilfe der Evangelischen Stiftung Alsterdorf im Umbruch T. Maas
15:15 – 16:30	Spezialisierte Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung: Warum? Wie? H.M. Evenhuis
16:30 – 17:00	<i>Kaffeepause</i>
17:00 – 17:30	Osteoporose-Update A. Knauerhase
17:30 – 18:00	Thrombose-Update G. Poppele
18:00 – 18:30	Chronische Hauterkrankungen-Update C. Sander
20:00 Uhr	<i>Beginn des Rahmenprogramms</i>

Samstag, 4. Juni 2005

9:00 – 10:30 Mitgliederversammlung

10:30 – 11:00 *Kaffeepause*

Langzeitrehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden
Chairpersons:
Dr. G. Poppele, Dr. P. Schulz

11:00 – 11:45 Medizinische Herausforderungen
F.K. von Wedel-Parlow

11:45 – 12:30 Herausforderungen an die Institutionen
U. Knüpfer-Banerjee

12:30 – 13:00 Herausforderungen an die psychologische
Betreuung
K. Hahlweg

13:00 Schlusswort: P. Schulz

Danach Mittagessen mit anschließender
Führung über das Gelände der ESA

Abstracts

Community Care: Gesellschaftliche Teilhabe statt Fürsorge – die Behindertenhilfe der Evangelischen Stiftung Alsterdorf im Umbruch
T. Maas

Unter *Community Care* versteht man die „Art von sozialen Dienstleistungen, die im Gemeinwesen entwickelt werden und dort angesiedelt sind, im Gegensatz zu den Dienstleistungen in Einrichtungen (Langzeiteinrichtungen oder andere Sammeldienste, die aus dem Gemeinwesen ausgeschlossen sind).“

Eine Strategie zur Gemeinwesenmitgliedschaft ist die *Enthinderungsandragogik*, ein Weg zur Befreiung aus sozialen Behinderungen und professioneller Fremdbestimmung von erwachsenen Menschen mit Assistenzbedarf.

Wesentliche Merkmale der Enthinderungsandragogik sind

- Normalisierungsprinzip
- Deinstitutionalisierung: andere Wohnformen, weg von Segregationen, Zugang zu Wohnraum, Arbeit und anderen Lebensbereichen im Gemeinwesen
- Altersangemessene Handlungsmöglichkeiten: Erwachsenenbildung, Empowerment und Selbstbestimmung
- Umdenkprozesse bei Mitarbeitenden: Wandel des professionellen Selbstverständnisses und der sozialen Dienstleistungsstrukturen
- Bewusstseinswandel in der Öffentlichkeit: Barrierefreiheit und Erkennung der Interdependenz

Knust-Potter hat 1998 ein Bild von Community Living auf der Basis des Normalisierungsprinzips entworfen, in dem ein Leben im Stadtteil bzw. in der Gemeinde bestimmt ist durch Enthinderungsandragogik. Folgende Aspekte sollen hierbei näher betrachtet werden:

1. Wohnen, Arbeiten und Freizeit im Stadtteil
2. NutzerInnen: Selbstbestimmung und Empowerment
3. Professionelle: Neue Aufgaben und Selbstverständnisse
4. Interdependenz in der Öffentlichkeit

Ausgangspunkt für ein Wohnen innerhalb von Städten und Gemeinden ist die Hypothese, dass Menschen mit Behinderung in erster Linie Bürger sind, die genau wie andere Bürger in diese Gesellschaft geboren wurden. Sie müssen nicht bestimmten Bedingungen genügen, um zu dieser Gesellschaft zugelassen zu werden und haben dieselben Rechte und Pflichten wie andere Bürger. Sie wohnen in ihrer eigenen Wohnung und in ihrer vertrauten Umgebung und haben Zugang zu einer allgemeinen Schulbildung, zum regulären Arbeitsmarkt und zu Freizeitveranstaltungen.

Ein weiterer Ausgangspunkt für Community Living ist das Respektieren von Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben. Menschen, die unter der Bedingung einer geistigen Behinderung leben, entscheiden selbst, wo und mit wem sie wohnen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen wollen. Sie bestimmen selbst, wer sie dabei wann und wie unterstützt.

Für die Menschen, die in der Behindertenhilfe arbeiten, hat das folgenden Grundsatz zum Ausgangspunkt: Unterstützung wird geboten, wo diese nötig ist. Sie richtet sich auf die Stärkung der gesellschaftlichen Position von Menschen, die unter den Bedingungen einer Behinderung leben.

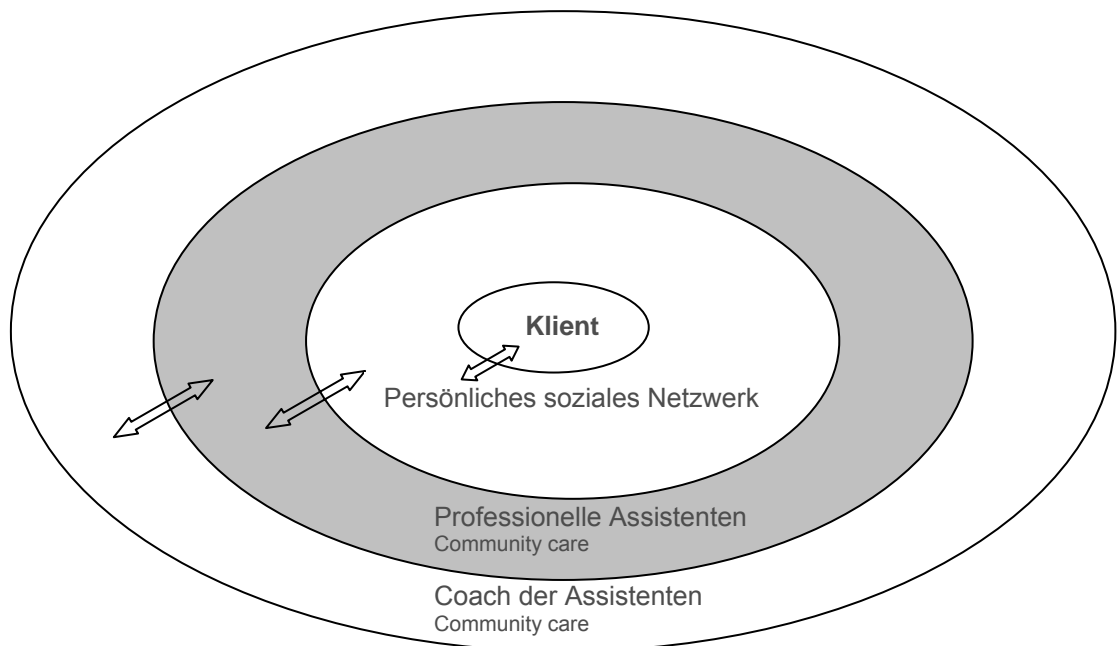
Die Konsequenzen für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung richten sich an diesem Grundsatz aus:

- Die Qualität der Unterstützung wird daran gemessen, wie sie zur individuellen Lebensqualität beiträgt
- Menschen, die unter den Bedingungen einer geistigen Behinderung leben, erhalten die Unterstützungsangebote, die erforderlich sind, um in der Gesellschaft wohnen, arbeiten und sich erholen zu können.
- Die Unterstützung für den Bürger schließt an bei dem, was jemand selbst kann, und ist hinsichtlich Dauer, Ort, Umfang und Art abgestimmt auf das individuelle Maß.
- Die Unterstützung wird geboten durch das soziale Netzwerk des Betroffenen, durch allgemeine gesellschaftliche Einrichtungen und durch spezielle Dienstleister.

Hieraus ergeben sich einige Veränderungen für den in der Behindertenarbeit Tätigen:

- ⇒ Setting: Arbeitsplatz
- ⇒ Komplexität und Routine
- ⇒ Normalisierte Settings und komplexe Arbeitsaufgaben (Assistenz in der Öffentlichkeit)
- ⇒ Verantwortung: Selbst initiativ werden
- ⇒ Unterstützung: Entscheidungen treffen
- ⇒ Supervision
- ⇒ Netzwerk gegen Isolation
- ⇒ Flexibilität (Unvorhergesehenes auffangen)
- ⇒ Teamwork
- ⇒ Verhältnis von Arbeits- und Privatleben
- ⇒ Offene Situationen
- ⇒ Ganzheitlicher Ansatz (Rollenvielfalt, auch Nachbarschaftshilfe anbieten)
- ⇒ Leitlinien: Geben und Nehmen, Bedeutung haben für andere

Die Positionierung wird in der nachfolgenden Graphik verdeutlicht:



Was die wechselseitige Abhängigkeit mit der Öffentlichkeit betrifft, so gilt folgender Ausgangspunkt: Die Gesellschaft vorbereiten und zugänglich machen als Bedingung für den Bürger, uneingeschränkt und unbehindert. Als Konsequenzen für Gesellschaft und Institutionen ergibt sich

- Das Bild von Menschen, die unter Bedingungen einer geistigen Behinderung leben, muss angepasst werden.
- Die Verwirklichung eines breiten sozialen Netzwerkes hat sehr große Bedeutung.
- Allgemeine gesellschaftliche Einrichtungen müssen einsehen, dass sie auch für Menschen, die unter Bedingungen einer geistigen Behinderung leben, eine wichtige Funktion erfüllen.
- Spezielle Dienstleister müssen hierbei die allgemeinen Einrichtungen unterstützen und ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Verfügung stellen.

Literatur:

1. **Knust-Potter, E.:** Behinderung - Enthinderung : die Community-Living-Bewegung gegen Ausgrenzung und Fremdbestimmung. Köln: Klaus-Novy-Inst., 1998
2. **Knust-Potter, E.:** Enthinderungsandragogik als Strategie zur Gemeinwesenmitgliedschaft. In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokant, Luzern 2001 (Mit Philip Potter)
3. **Die Überwindung von Barrieren zur Partizipation in der Gemeinde.** In: *Dokumentation "Auf zu neuen Ufern"*, Haus Lindenhof. Schwäbisch Gmünd 2002
4. **Inclusion Andragogy: implementing community participation with people with support needs.** *KNI Papers*, Köln 1999 (mit Philip Potter)
5. **Thoughts about Inclusion from a German Perspective,** Data for Inclusion, Bolton Institute, Bolton 1998

Spezialisierte Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung: Warum? Wie?

H.M. Evenhuis

Für eine Antwort auf die erste Frage: Spezialisierte Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung: warum? verweise ich gern auf die Veröffentlichung der Kollegin Antonia Felchner aus dem Jahr 2004.

Studien in England (Wilson & Haire, 1990), in den Niederlanden (Smink et al, 1992; Mul et al, 1997), Dänemark (Warburg, 1994) und Australien (Beange et al, 1995) haben überzeugend gezeigt, dass die normale Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung immer dieselben Lücken aufweist. Die Ursachen dafür sind größtenteils bekannt, sie sind bei den Ärzten, den Patienten, aber auch bei den Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zu suchen. Es reicht leider nicht aus, ausschließlich Fortbildungen für Hausärzte und Pädiater anzubieten – obwohl diese auch weiterhin nicht vernachlässigt werden dürfen; bestimmte Gebiete der medizinischen Versorgung benötigen spezialisiertes Wissen.

Im Rahmen von Gesundheitsreformen sind verschiedene Funktionen für Ärzte mit Spezialwissen für Behindertenmedizin vorstellbar:

- die komplette Versorgung von Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung oder Verhaltensauffälligkeiten
- Konsiliarische Unterstützung in der Regelversorgung
- Angebot von Screening- oder Vorsorgeuntersuchungen auf z.B. Refluxerkrankungen, Seh- und Hörbehinderungen oder psychiatrische Probleme.

In den Niederlanden hat es inzwischen mehrere Initiativen in dieser Richtung gegeben, die sich zumeist noch in der Probephase befinden und eine vorläufige Finanzierung haben.

Eine spezialisierte Behindertenmedizin würde den Grundstein legen für Wissenschaftlichkeit, d.h. ein klar umrissenes Forschungsobjekt, wissenschaftliche Kriterien, Forschungsprojekte, Veröffentlichungen, Studien, empirische Überprüfbarkeit und nachprüfbare Qualität.

Die Literatur zeigt jedoch, dass auch in den Niederlanden die Versorgung durch Fachärzte noch Lücken aufweist (Böhmer et al, 1999, Evenhuis et al, 2001). Oft fehlen wissenschaftliche Daten oder Richtlinien oder werden publizierte Daten und existierende Richtlinien nicht beachtet. Über das Tätigkeitsfeld der Fachärzte herrscht mancherorts noch Unklarheit. Daneben fehlt häufig eine adäquate Unterstützung durch die Entscheidungsträger. Hier wird deutlich, dass es nicht ausreicht, wenn einzelne Fachärzte ambitioniert ihre Arbeit tun.

Die Niederländische Ärztekammer stellte 1994 der *Niederländischen Ärztegemeinschaft für Menschen mit geistiger Behinderung (NVAVG)* ein Begleitkomitee zur Unterstützung bei ihrer Professionalisierung zur Seite. Für die Anerkennung der Spezialisierung, galten die folgenden Bedingungen:

- ausreichende Gruppengröße (Register)
- ein eigenständiges wissenschaftliches Fachgebiet
- die Möglichkeit einer adäquate Facharztausbildung.

Nachdem wir an der Umsetzung dieser Voraussetzungen gezielt gearbeitet haben und auch die praktische Gegebenheiten ausgehandelt hatten, wurde der Facharzt im Jahr 2000 formell anerkannt. An der Erasmus Universität in Rotterdam wurde ein 3-jähriger Ausbildungsgang etabliert. Im selben Jahr wurde der Lehrstuhl 'Medizin für geistig Behinderte' an derselben Universität eingerichtet. Bisher haben 59 Kollegen die Ausbildung begonnen, 18 haben ihre Ausbildung bereits mit einem Diplom beendet.

Die Notwendigkeit einer Spezialisierung muss aber auch von einer Basis getragen werden. Es hat längere Zeit gedauert, bevor die Leiter der Behinderteneinrichtungen von der Notwendigkeit eines Spezialwissens in der medizinischen und übrigen Versorgung überzeugt waren. Generell wollte man Menschen mit Behinderung einer Regelversorgung zuführen, folglich wurden Kontakte zu Allgemeinmedizineren gepflegt und die Spezialisierung der Fachärzte damit obsolet. Die Leiter der spezialisierten Behindertenzentren vertraten in der Presse die Ansicht, dass eine Spezialisierung gar nicht notwendig sei, und führten sich damit selbst ad absurdum. Viele erfahrene Kollegen haben in diesen Jahre frustriert andere Arbeitsstellen gesucht.

Glücklicherweise gab es jedoch auch andere Menschen in leitenden Positionen, die einsahen, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung nur dann beschwerdefrei leben können,

wenn die mit ihren Behinderungen einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen durch spezialisierte Diagnostik, Behandlung und Unterstützung verringert werden. Unser Direktorenverein (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) hat im vergangenen Jahr formell entschieden, seine Anstrengungen auf die Produktion, Verbreitung und Nutzung von Expertenwissen zu konzentrieren.

Obwohl die Entwicklung in Deutschland weniger weit ist als die in den Niederlanden, sind die Ärzte auf einem vergleichbaren Weg. Die Schwerpunkte der Bundesarbeitsgemeinschaft, formuliert von Felchner (2004), klingen bekannt: Qualitätsstandards, interkollegiale Kontakte, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliche Forschung, Gesundheitsberatung für Betroffene, Mitarbeit in nationalen und internationalen Fachgremien.

Literatur:

1. **Beange, H.**, McElduff, A. & Baker, W. (1995): Medical disorders of adults with mental retardation: a population study. *Am. J. Ment. Retard.* 99(6): 595-604
2. **Böhmer C.J.** et al. (1999): The prevalence of gastroesophageal reflux disease in institutionalized intellectually disabled individuals. *Am. J. Gastroenterol.* 94(3): 804-810
3. **Evenhuis H.M.** et al. (2001): Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 45: 457-464
4. **Felchner A.** (2004): Medizin für Menschen mit Behinderungen. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 1: 17
5. **Warburg M.** (1994): Visual impairment among people with developmental delay. *J. Intell. Disabil. Res.* 38(pt. 4): 423-432
6. **Wilson D.N. & Haire A.** (1990): Health care screening for people with mental handicap living in the community. *BMJ* 301(6765): 1379-1381

Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung: Osteoporose-Update A. Knauerhase

Besonders Patienten mit geistiger und körperlicher Behinderung unterliegen aufgrund der häufig erzwungenen Immobilität immer einem erhöhten Osteoporoserisiko. Dieses Risiko kann darin bestehen, dass die Knochengipfelmasse (peak-bone-mass) nur auf einem niedrigen Niveau aufgebaut wird, wenn die Patienten seit der frühen Kindheit wenig beweglich sind. Wenn die Betroffenen einen Unfall erlitten haben, ist in der Regel im ersten Jahr nach dem Ereignis der Knochenschwund am stärksten.

Kranke mit einer Paraplegie haben im Vergleich zu Gesunden eine um ca. 16 % erniedrigte Muskelmasse (L.M. Jones, 1998). Da Knochen- und Muskelmasse eng miteinander korrelieren, ist bei diesen Patienten auch die Knochendichte erniedrigt.

Bei erniedrigter Knochendichte findet sich auch ein erhöhtes Frakturrisiko: Das Risiko für Frakturen ist an den unteren Extremitäten (von der Hüftregion aus abwärts) besonders hoch. Es wurde ermittelt, dass hier pro negative Standardabweichung das Frakturrisiko um das 2,8-fache steigt (M.G. Lazo, 2001).

Prinzipiell können bei allen Patienten die mit Röntgenstrahlen arbeitenden Methoden der DXA- oder QCT-Messung angewendet werden. Alternativ kommt auch der quantitative Ultraschall in Frage. Bei Patienten, bei denen eine Knochendichtemessung nicht durchführbar ist, kann man darauf verzichten. Eine Entscheidung über eine Therapie mit Calcium, Vitamin D oder auch einem Knochenspezifikum lässt sich auch aus der Klinik (ggf. auch aus Laborparametern) ableiten.

Der Knochendichtemessung mittels Ultraschall kann eine besondere Bedeutung zukommen, da die Geräte kleiner und tragbar sind. Außerdem kann sich der Patient während der Knochendichtemessung am Calcaneus in einer relativ bequemen Position befinden. Die Ergebnisse der Ultraschalldiagnostik können zur Einschätzung des Frakturrisikos angewendet werden. Sie sind jedoch weniger zur Verlaufskontrolle geeignet.

Die typischen Laborveränderungen bei Patienten, die nach einer akuten Rückenmarksverletzung plötzlich immobil geworden sind, bestehen weniger in den Änderungen der so genannten Formationsmarker (Knochenaufbau durch Osteoblasten), als vielmehr in einer deutlichen Anhebung der Resorptionsparameter (erhöht bei gesteigerter osteoklastärer Tätigkeit).

Im Folgenden soll nun auf einige spezielle Punkte eingegangen werden:

Im Rahmen der Labordiagnostik gehört der 25-OH-Vitamin D-Spiegel nicht zur Routine. Besonders aber bei Patienten, die Antiepileptika einnehmen, kann dieser Parameter mitbestimmt werden. Die Bestimmung von 1,25 OH-Vitamin D sollte nur speziellen Situationen vorbehalten sein.

Antikonvulsiva können erheblich in den Knochenstoffwechsel eingreifen, dies insbesondere über einen rascheren Vitamin D-Abbau, eine höhere „Verschwinderate“ des Vitamin D, Bildung von mehr inaktiven Metaboliten des Vitamin D, Abschwächung der Vitamin D-Wirkung, damit Hemmung der Calciumabsorption und letztlich auch Hemmung der Kollagensynthesebildung.

Unter Anwendung von Antikonvulsiva können eine Osteomalazie bei Hypocalciämie, Muskelschwäche, aber auch ein Knochendichteverlust bis hin zu Frakturen auftreten.

Eine wirksame Prophylaxe besteht in der Gabe von Vitamin D. Es sollten mindestens 400, besser aber 1000-1200 E/d gegeben werden. Hier bietet sich z.B. das Präparat Dekristol an (Dosierung: 14tägig 1 Kps. á 20.000 IE). Dieses genuine Vitamin D wird im Fettgewebe gespeichert.

Die heparininduzierte Osteoporose kann zu einer klinisch bedeutsamen Frakturinzidenz führen. Davon betroffen ist besonders der spongiöse Knochen. Nach bisherigen Beobachtungen waren die Veränderungen aber reversibel. Heparin soll zu einer Hemmung der 1-Alpha-Hydroxylaseaktivität der Niere und zu Störungen in der „Parathormon- Vitamin D-Achse“ führen. Es kommt aber auch eine direkte Stimulation der Knochenresorption und Reduktion der Knochenformation in Frage. Was gegen diese Nebenwirkungen getan werden kann, ist weitgehend unbekannt. Es bieten sich folgende Möglichkeiten an: Wahl der geringsten Dosis, Zusatzmedikation mit Vitamin D und Calcium, Wechsel auf Falithrom, ggf. auch Einsatz von Antiresorptiva (z.B. Bisphosphonaten).

Ein Zusammenhang zwischen Anwendung von niedermolekularem Heparin und Osteoporose ist kaum bekannt. Eher wird es aber unter diesem Heparintyp geringere Nebenwirkungen auf den Knochenstoffwechsel geben.

Die Anwendung des Vitamin D-Hormons 1,25 OH-Vitamin D bleibt der renalen Osteopathie vorbehalten. Das 1-Alpha-Vitamin D (Alphacalcidol) ist ein Prodrug von Calcitriol. Hauptindikation für

dieses Medikament ist die kortikoidinduzierte Osteoporose. Es hat aber auch seinen Stellenwert in der Behandlung von muskuloskeletalen Dysfunktionen. Es ist möglich, durch Alphacalcidol die Sturzhäufigkeit zu verringern.

Eine generelle Anwendung von Testosteron im Sinne einer Prävention verbietet sich. Bei gesichertem, d.h. zumindest 2-maligem Nachweis eines Testosteronmangels kommt eine Testosteronsubstitution in Frage. Unter der Therapie müssen der PSA-Wert und der Hämatokrit bestimmt werden. Sonographische Untersuchungen der Prostata sollten durch den Urologen sichergestellt sein.

Der Wert der Fluoridtherapie ist in Deutschland umstritten. Nach einer Metaanalyse (J.D. Ringe, 2003), in der 6 Studien mit 1063 Patienten 1995 bis 1999 durchgeführt wurden, errechnete sich eine Senkung der Frakturinzidenz um 56 %. Die Daten sind in sich allerdings inkonsistent. Man wird deshalb die Fluoride nur als Mittel der zweiten oder dritten Wahl einsetzen. Außerdem steht neuerdings in Form des Strontiumranelates ein auch osteoanabol wirkendes Präparat mit einer gesicherten frakturverhindernden Wirkung zur Verfügung.

Bisphosphonate haben ein sehr gut bewiesenes Wirkprofil (Evidenzklasse Ia). Der etwas umständliche Einnahmemodus dieser Medikamente muss aber eingehalten werden. Sehr erleichternd kann der Umstand sein, dass diese Präparate z.Zt. als sogenannte „Wochenpillen“ zur Verfügung stehen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird es bald auch Bisphosphonate geben, die nur monatlich (Ibandronat), vielleicht sogar auch nur jährlich (Zoledronat) verabreicht zu werden brauchen.

Literatur:

1. **Jones L.M.**, Goulding A. & Gerrard D.F. (1998) DEXA: a practical and accurate tool to demonstrate total and regional bone loss, lean tissue loss and fat mass gain in paraplegia. *Spinal Cord* 36(9): 637-640
2. **Lazo M.G.** et al. (2001) Osteoporosis and risk of fracture in men with spinal cord injury. *Spinal Cord* 39(4): 208-214
3. **Ringe, J.D.:** Osteoporose Dialog : 100 Fragen – 100 Antworten. Stuttgart [u.a.]: Georg Thieme Verl., 2. überarb. Aufl., 2003

Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung: Thrombose-Update G. Poppele

Die tiefe Beinvenenthrombose mit ihren Komplikationen ist ein häufiges Krankheitsbild. Für Menschen mit Behinderung bestehen weder zu Epidemiologie, Diagnostik, noch Therapie spezielle Daten in der wissenschaftlichen Literatur. Nach eigenen Daten und Schätzungen sowie unter Hinzuziehung von Leitlinien und Studienergebnissen der medizinischen Fachgebiete wie Innere Medizin, Geriatrie und Psychiatrie ergeben sich folgende Besonderheiten:

- Die Häufigkeit der Thrombose scheint unter der Hochrisikogruppe der alten Menschen zu liegen.
- Bei den auslösenden Faktoren stehen Frakturen und neue Immobilisierung im Vordergrund. Angeborene Thrombophilien spielen eher eine untergeordnete Rolle.
- Bezüglich der zur Diagnose führenden Symptomatik sollte insbesondere auf eine einseitige Beinschwellung geachtet werden.
- Die Diagnose ist fast immer mit der Beinvenenkompressionssonographie zu stellen.
- Die Akuttherapie ist mit niedermolekularen Heparinen in therapeutischer Dosierung fest etabliert. Die Verordnung von Bettruhe ist meist nicht mehr erforderlich.
- In der Sekundärprophylaxe wird der Mehrzahl der behinderten Patienten die Fortführung der niedermolekulären Heparin-gabe der Vorzug gegeben, wobei vieles für eine halbtherapeutische Dosierung spricht. Nachdem die Dosierungsempfehlung für die orale Antikoagulation mit Marcumar in den letzten Jahren reduziert wurden (INR-Ziel 2 bis 3), kann diese zunehmend auch bei Menschen mit Behinderung eingesetzt werden.
- Neue pharmakologische Entwicklungen bieten auch für Menschen mit Behinderung gute Perspektiven.
- Bei unklaren Bewusstseinszuständen und Herz-Kreislaufstörungen sollte immer differentialdiagnostisch eine Lungenembolie als bedrohliche Komplikation einer inapparent verlaufenden Beinvenenthrombose berücksichtigt werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen wären auch in diesem Bereich der medizinischen Betreuung von Menschen mit Behinderung sinnvoll und notwendig.

Literatur:

1. **Wells P.S.** et al. (2003) Evaluation of D-Dimer in diagnosis of suspected deep vein thrombosis. *New Engl. J. Med.* 349: 1227-1335
2. **DGA Interdisziplinäre S2 Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Bein- und Beckenvenenthrombose und der Lungenembolie** (2005) *Phlebologie* 1: 47-63
3. **Nutescu E.A.** et al. (2005) A pharmacologic overview of current and emerging anticoagulants: *Cleve. Clin. J. Med.* 72 (Suppl.) 1: S2-S6
4. **Wells P.S.** et al. (1998) Use of clinical model for safe management of patients with suspected pulmonary embolism. *Ann. Int. Med.* 129: 997-1005
5. **Hach-Wunderle V. & Theiss W.:** Die Venenthrombose Kontroversen. Stuttgart: Springer-Verlag, 1998
6. **Rosendaal F.R.** (1999) Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 353: 1167-1172
7. **Kohsytorz A. & Kolb G.** (2001) Thromboembolierisiko und Gerinnungsaktivierung bei immobilisierten Pflegeheimbewohnern. *Eur. J. Ger.* 3: 146-152
8. **Zornberg G.L. & Jick H.** (2000) Antipsychotic drug use and risk of first time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet* 356: 1219-1223
9. **Kleber F.X.** (2003) Prince Studie. *Am. Heart J.* 145: 641-621
10. **Dobie et al** (1996) Treatment of a patient with an undefined hypercoaguable state with long-term low-molecular-weight heparin. *West J. Med.* 164: 350-353
11. **Casele H.L.** et al (2000) Prospective evaluation of bone density in pregnant women receiving low molecular weight heparin enoxaparin sodium. *J. Maternal-Fetal Med.* 9: 122-125

Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung: Chronische Hauterkrankungen-Update C. Sander

Die Haut ist nicht nur das größte menschliche Organ, sie ist auch die Grenze zwischen dem Mensch und seiner Umwelt. Täglich gibt sie uns Schutz unter anderem vor Wärme, Kälte, Austrocknung und Eindringen schädlicher Stoffe.

Nicht immer gelingt es, alle Einflüsse abzuwehren, so dass es zu einer Störung des Gleichgewichts kommen kann. Dies manifestiert sich beispielsweise in Juckreiz, in der Ausbildung eines Ekzems, in Ulcera, Hauttumoren, bakteriellen Infektionen und Pilzinfektionen.

In dem Vortrag werden die vielen Facetten der Hauterkrankungen bei chronisch kranken Patienten diskutiert.

Langzeitrehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden: Medizinische Herausforderungen F.K. von Wedel-Parlow

Dieses Thema in Alsterdorf zu referieren heißt Eulen nach Athen zu tragen. 1863 gegründet, ist die Evangelische Stiftung Alsterdorf – ehemals „Alsterdorfer Anstalten“ – fast anderhalb Jahrhunderte für Behinderte da. Die Langzeitrehabilitation bei im Erwachsenenalter erworbenen schweren Schäden ist nur ganz wenige Jahrzehnte alt. Der Unterschied: Unsere Erwachsenen sind zunächst schwerstkrank oder -verletzt. Dies zu überleben ist erst seit fünfzig Jahren regelhaft möglich - das weiß heute mancher gar nicht mehr.

Die große Polio-Epidemie bewirkte 1952 in Kopenhagen den Übergang zu externer mechanischer Beatmung. Damit änderte sich die gesamte Medizin grundsätzlich: Körperfunktionen wurden nicht mehr nur unterstützt sondern ersetzt. In den folgenden zwanzig Jahren wurden Intensivstationen und Notarztwagen flächendeckend eingeführt und die Reanimation perfektioniert. Die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen erlaubte weitere einschneidende Maßnahmen wie Dialyse und Organtransplantation. In der Folge überlebten immer kränkere Menschen immer länger.

Parallel setzte ein Haltungswandel ein. Querschnittgelähmte verstarben früher mehrheitlich innerhalb von Monaten an Harnwegsinfekten und Dekubitalulzera. Durch neue Konzepte änderte sich das binnen Jahren, Querschnittszentren entstanden ab 1944 / 1952. Die intensive Pflege mit häufigem Wenden und vielem anderen verdanken wir diesen Konzepten.

So haben wir heute fast perfekte Bedingungen fürs Überleben. Ein Rundgang in einem Therapiezentrum wie Middelburg zeigt bei wenigen Dutzend Behinderten viele Beispiele für Schutz oder Ersatz von Organfunktionen: Tracheostoma, Beatmung / CPAP, Herzschrittmacher / interner Defibrillator, Hirnventrikeldrainage, Analeptika, Hormonsubstitution, Brille, Hörgerät, PEG-Sonde, Anus praeter, Leber- oder Nierentransplantat / Dialyse, Blasen- oder Nieren-Katheter, Fentanyl-Pflaster, spinale Baclofen-Pumpe, Orthesen, Anti-Dekubitus-Matratze usw. Mit solchen Hilfen leben in unserem Heimbereich einige Menschen schon zehn Jahre.

So scheint die moderne Medizin diesen Menschen perfekt zu dienen. Indessen erlebt man zugleich Erstaunliches in der

Medizin: Eine chirurgische Klinik schickt eine Patientin am selben Tag mit dem Kommentar zurück, vielleicht stürbe sie ja ohnehin. Nach erneuter Einweisung wird sie kommentarlos mit einem Serum-Kalium von 2,1 zurückverlegt, verstört und verängstigt, wegen dauernder Fixierung nicht mehr essend und mit PEG-Sonde versehen. Als die Dame es wagt, in einem unbeaufsichtigten Moment die Sonde zu ziehen, äußern die Chirurgen, sie sei ohne Sedierung und ohne Fixierung bei uns einfach im falschen Heim.

Eine nicht emotionsgeladene Replik ist nicht einfach. Der naive Glaube, man müsse nur technisch immer effizienter werden, hilft nicht weiter. Der Organersatz hat dazu geführt, dass die Grenze vom Leben zum Tode von Ärzten längst überschritten wird. Unvorbereitet und ungewollt sind wir Ärzte zu Entscheidern über richtige und falsche Lebenserhaltung geworden. Die Deutsche Chirurgische Gesellschaft hat bereits 1968 eine große Hirntoddebatte geführt. Noch weitaus schwieriger ist die Debatte bei Zuständen reduzierter Äußerungsfähigkeit wie Wachkoma. Unsere Patienten sagen uns nicht, ob sie leben wollen. Dass Angehörige es uns nicht sicher sagen können, auch wenn wir es gerne glauben würden, hat der Streit um Frau Schiavo jetzt 2005 in den USA belegt. Auch eine Verfügungslösung erscheint nur Juristen eindeutig - jeder von uns kennt Menschen, die nach schwerem Leiden froh sind, behindert überlebt zu haben, auch wenn sie sich das nie vorgestellt hatten.

Wir Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten wissen oft auch nicht wirklich, wie unseren Betreuten zumute ist. Ein wesentlicher Unterschied zu manchen behinderten Kindern ist in der Tat, dass die betroffenen Erwachsenen eine andere Lebensform vorher kennen und diese meist wieder haben wollen. Ein solches Leben ist aber unerreichbar fern. Ein Tetraplegiker sieht wochenlang seinen Kamm auf dem Nachttisch und wird ihn nie erreichen. Die Umgebung im Heim ist anonym, der Blick geht an die Zimmerdecke oder klinisch saubere Wände. Die Anti-Dekubitus-Matratze gibt keinen Halt und vermittelt das Körpergefühl, im Raum zu schweben. Wenn es irgendwo juckt, hilft keiner. Das Personal wechselt von Schicht zu Schicht. Durch die Immobilität schmerzen die Glieder, das Wenden alle zwei bis drei Stunden bringt nur für Minuten Linderung. Die Nahrung läuft durch eine Pumpe in den Magen und ist nicht zu empfinden. Umso mehr machen sich Blähungen bemerkbar.

Der Betroffene ist auf sich zurückgeworfen, auch ohne Hirnschaden ist dieser Zustand kaum zu ertragen. Patienten mit peripheren Lähmungen wie bei Guillain-Barré-Syndrom berichten Alpträume im Wachzustand, ein als Oneiroid bekanntes Störungsbild von Sinnestäuschungen und Verkennungen, durch Immobilität und Isolation bewirkt. Um so schwieriger ist der Zustand, wenn die Hirnfunktionen eingeschränkt sind.

Angesichts der Fortschritte der Medizin, auch der Neurochirurgie, sind unsere therapeutischen Möglichkeiten der Hirnrehabilitation noch rudimentär. Hierin liegt in der Tat eine Herausforderung.

Zum Glück hat die stürmische Entwicklung der Hirnforschung in den letzten zwanzig Jahren wenigstens zu einem differenzierten Verständnis von Hirnfunktionen und Läsionen geführt. Heilung ist aber nicht absehbar, selbst am Rückenmark ist bei vergleichsweise einfachen Verhältnissen trotz vielversprechender Forschung eine Restitution nach Transversalschaden nicht in Sicht. Um so weniger für das Hirn, für vieles wird es vielleicht nie Heilung geben können. Das Hirn ist nach der Geburt kein fertiges Organ. Jedes Hirn hat seine individuelle Erfahrungs- und Lerngeschichte.

Für die Therapie im Alltag haben wir vieles aus der Behindertenpädagogik übernehmen dürfen. Therapien nach Bobath, Affolter oder Basalstimulation sind bei Kindern entwickelt worden. Bei allem Respekt greifen die Ansätze bei im Alter erworbenen Hirnschäden zu kurz. Ihre Grundlagen sind die Physiologie der Zeit von Sherrington und die Psychologie der Zeit von Pawlow um 1900. Dementsprechend werden Stimuli gegeben, der Organismus als Black Box liefert als Resultat reflexartig stereotype Reaktionen. Dies funktioniert natürlich, aber in einem bewusst reduzierten Setting wie im Labor und bei ebenfalls reduzierten, einfachen, definierten, linearen Aufgaben. Bei Bobath-Therapeuten oder z.B. A. Fröhlich (Basalstimulation) ist dies Stadium der Simplifikation überwunden. Neue Popularität erfährt es aber in Ärztekreisen mit dem Versuch, nur Therapie auf Basis von EBM-Experimenten gelten zu lassen, zum Beispiel repetitives Üben. Natürlich hätten es auch die Kostenträger und leider auch manche MDK-Kollegen gern billig und simpel.

Richtig bleibt an dem behavioristischen Ansatz das, was bei Bobath als 24-Stunden-Konzept gilt: Auch Nichtbehandeln hat therapeutische Wirkung: meist unerwünschte. Schon 1928 zeigte

Lord Brain, dass man Spastik durch unterschiedliche Lagerung nicht verhindern, aber modulieren kann. Den besten Lagewechsel bietet die Mobilisation, nicht nur in den Stuhl, sondern in den Stand mit Hilfsmitteln und in assistierte Bewegung im Wasser, auf dem Laufband o.ä. Damit wird Atrophie, Kontraktur, Osteoporose und Sinnesverarmung vorgebeugt - aber der Aufwand ist hoch.

Der Fortschritt der Hirnforschung ruft uns in Erinnerung, dass wir als Menschen nicht nur reagieren, sondern unser Leben tätig gestalten. Vergleicht man die Hirne von Primaten und Menschen, so fällt die starke Zunahme des Frontallappens auf, des Hirnteiles, der nicht nur wahrnehmende und reagierende Regionen hat, sondern Planung und Bewertung von Handlungen vornimmt. Dieser Hirnteil hat Verbindung mit allen anderen Cortexregionen und verwertet die Fülle an Informationen, die das erwachsene Hirn im Laufe eines langen Lebens speichert. Die vielleicht höchste Fähigkeit des Hirnes ist nicht die Genauigkeit seines Arbeitens, sondern ganz im Gegenteil seine Assoziationsfähigkeit. Ein kleines Teil kann eine Fülle an Erinnerungen evozieren wie die Madeleines bei Proust. Darin liegt Schwäche und Stärke zugleich. Die Assoziationsfähigkeit garantiert eine hohe Fehlertoleranz: Wir müssen nicht alles wissen und können, kleine Hirnläsionen können kompensiert werden. Andererseits müssen wir gute Kontrolle über die Fülle der Gedanken und Assoziationen bewahren. Normalerweise planen wir unser Leben aktiv, zumindest im Kleinen: Wir wissen wann und wo es Abendbrot gibt. Bei Hirnschäden ist gerade dies oft gestört: Erinnerung und Konzentration versagen, es entsteht kein konsistenter Plan, der Mensch ist ablenkbar oder völlig handlungsunfähig. Häufig helfen Fremdantrieb und Anregung, aber eine Überstimulation verschärft eher Ratlosigkeit. Dies muss man oft Angehörigen klar machen, die aber ansonsten die wichtigsten Helfer sein können, weil sie Gewohnheiten und Interessen der Behinderten kennen.

- Das Hirn des Erwachsenen spiegelt seine Persönlichkeit, es *ist* eigentlich seine Persönlichkeit. Wir können Prinzipien seines Funktionierens erforschen und diese Kenntnisse für die Therapie nutzen. Prinzipiell werden wir nie die gleiche Sichtweise wie der Betroffene haben können. Allenfalls können wir uns seiner Sichtweise annähern. Diese Herausforderung wird auch in Zukunft bleiben.

Literatur:

Dietz, V.: Querschnittlähmung : Physiopathologie, Klinik und Therapie von Blasenfunktionen, Bewegung und Vegetativum. Stuttgart: Kohlhammer 1996

Van Cranenburgh, B., & Mulder, T.: Van Contractie naar Actie : theorieën over motoriek. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986

Dolce, G. & Sazbon, L.: The Post-traumatic Vegetative State. New York : Thieme Medical Publ., 2003

Schellong S.M.: Die künstliche Beatmung (...). In: Schlich T. & Wiesemann C. (Hg.). Hirntod : Zur Kulturgeschichte der Hirntodfeststellung. Frankfurt a. M. : Suhrkamp 2001

Wedel-Parlow, F.K. v. & Kutzner, M.: Neurologische Frührehabilitation. In: Frommelt, Peter & Grötzbach, Holger (Hrsg.). Neurorehabilitation : Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Berlin [u.a.]: Blackwell-Wiss.Verl., 1999

Langzeitrehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden: Herausforderungen an die Institutionen U. Knüpfer-Banerjee

Jährlich erleiden ca. 500.000 Menschen in der Bundesrepublik eine Hirnschädigung. Ca 100.000 Menschen benötigen danach dauerhaft Unterstützung im Sinne der lebenslangen Nachsorge. Ursächlich kommen z. B. Hirnblutungen bei Bluthochdruck, Aneurysmen oder Schädelhirntraumen zum Tragen, aber auch hypoxische Hirnschäden nach Herzinfarkt mit Reanimation.

Nach einem solchen Ereignis, welches die Betroffenen und ihre Familien völlig unvorbereitet zu einer Zeit trifft, in der die Kinder noch klein und das Geschäft noch im Aufbau ist, gesellen sich zu den medizinischen Sorgen materielle Not und vor allem Ratlosigkeit, was die Zeit nach der medizinischen Rehabilitation betrifft. Die typischen neuropsychologischen Symptome sind Gedächtnisstörungen, Konzentrations- und Ausdauerdefizite, Probleme mit der Handlungsplanung, der Selbststeuerung und Antriebsarmut.

Gesetzliche Grundlage für die Rehabilitation ist das SGB IX, in dem eine Vielzahl von Rehabilitationsträgern genannt werden. Durch das Phasenmodell der Rehabilitation ist die medizinischen Rehabilitation (Phase A-D) recht gut geregelt, die Probleme für die Betroffenen und ihre Angehörigen beginnen mit Eintritt in die Phase F – lebenslange Nachsorge und Pflege – und/oder Phase G – Wiedereingliederung in die Gemeinschaft.

An der Langzeitrehabilitation von Menschen mit erworbenem Hirnschaden sind im engeren Sinne drei Gruppen von Institutionen beteiligt

- Anbieter von stationären Angeboten wie Wohngruppe, Pflegeheim
- Anbieter von teilstationären oder ambulanten Maßnahmen wie Werkstatt für Behinderte, Tagesförderstätte, Pflegedienst, pädagogische Hilfen im eigenen Wohnraum.
- Familie und Freunde

Beratungsstellen bei den Gesundheitsämtern oder bei Freien Trägern haben dabei die Rolle als Informationsgeber und Netzwerkvermittler. Kostenträger für die eingeleiteten Maßnahmen sind meist die Sozialhilfeträger.

Die Bedürfnisse der Betroffenen in der Langzeitrehabilitation sind vielfältig. Sie wollen als Menschen weiter ernst genommen

werden, an Entscheidungen beteiligt werden, eine größtmögliche Eigenständigkeit und eine sinnvolle Lebensgestaltung erreichen.

Die Angehörigen wünschen sich vor allem Entlastung und Anleitung im Umgang mit dem Betroffenen, weiterhin eine hohe Fachlichkeit bei den Betreuungsinstitutionen und gegenseitiges Vertrauen.

Für die Anbieter von Hilfen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden steht die Schaffung eines hochwertigen Angebotes mit geschultem Personal im Vordergrund. Dazu bedarf es der Entwicklung von Qualitätsstandards, personeller Kontinuität und Planungssicherheit. Die Bedürfnisse stationärer Einrichtungen sind ähnlich.

Die formulierten Bedürfnisse von den der Betreuung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden Beteiligten unterscheiden sich eigentlich nicht von denen bei der Betreuung von Menschen mit anderen Behinderungen. Trotzdem gibt es entscheidende Unterschiede.

Menschen mit erworbenem Hirnschaden haben zunächst eine normale Biographie ohne Behinderung. Die Behinderung tritt plötzlich ein und verändert das Leben der Betroffenen von Grund auf. Sie sind es gewohnt, eigene Entscheidungen auch bei komplexen Sachverhalten zu treffen und verstehen nur schwer, dass diese Fähigkeit nun eingeschränkt ist und eingeschränkt wird durch pädagogische und rechtliche Betreuer sowie die Familie.

Die Angehörigen sind nicht hineingewachsen in die Behinderung. Sie werden vor allem von dem Wunsch getragen, möglichst schnell wieder die Normalität von vor dem Unfall herzustellen.

Betreuer laufen Gefahr, die Betroffenen in ihren Fähigkeiten zu über- oder unterschätzen und neuropsychologische Sachverhalte mit Problemen der Minderbegabung zu verwechseln.

Die Arbeit mit Menschen mit erworbenen Hirnschäden bietet viele Herausforderungen, den Focus möchte ich heute auf zwei Bereiche legen:

- Fortbildung zum Thema erworbene Hirnschäden
- Qualität in der Schnittstellenarbeit

Für die Betreuung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden ist eine gute Kenntnis neuropsychologischer Sachverhalte von entscheidender Bedeutung. Dies gilt sowohl für professionelle Betreuungspersonen als auch für Angehörige.

Seit Mitte der 90er Jahre habe ich in Hamburg damit begonnen, pädagogisches Personal fortzubilden und veranstalte inzwischen auch Seminare zum Thema erworbener Hirnschaden für Angehörige.

Die Profis erhalten durch die Fortbildung ein unverzichtbares Arbeitsinstrumentarium, die Angehörigen profitieren dadurch, dass sie Sicherheit bezüglich ihrer eigenen Beobachtungen erhalten und auch manchen nützlichen Tipp für den Alltag mit nach Hause nehmen.

Die Schnittstellenarbeit ist gekennzeichnet durch viele Beteiligte und wenig Kenntnis darüber, was der jeweils andere leisten kann.

Schnittstellen ergeben sich vor allem bei der Entlassung aus der stationären medizinischen Rehabilitation oder beim Wechsel aus einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe in ambulante Betreuung.

Notwendig ist eine frühzeitige Planung der nächsten Schritte unter Einbeziehung aller Beteiligten und der Wille, für den Betroffenen das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Dazu ist eine gute Kenntnis der Anbieter erforderlich und ein gegenseitiges Vertrauen, wie es zwischen Pädagogen und Medizinern noch nicht überall besteht.

In einer Übergabekonferenz sollten alle wesentlichen Informationen zusammenlaufen und Details besprochen werden.

Die Betroffenen und Angehörigen dürfen nicht zwischen allen stehen, ohne das weitere Vorgehen entscheiden zu können.

Die Herausforderung moderner Betreuung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden liegt darin, unter Aufbietung aller Ressourcen ein tragfähiges Netzwerk mit kompetenten Partnern aus Medizin und Pädagogik zu schaffen.

Langzeitrehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden: Herausforderungen an die psychologische Betreuung

K. Hahlweg

I. Diagnostik / klinische Störungsbilder

1. Neuropsychologische Störungen

Neuropsychologische Diagnostik der Gedächtnis- und Orientierungsleistungen, Aufmerksamkeit und Konzentration, exekutiven Funktionen (Planen, Problemlösen, Handlungskontrolle), der räumlichen Wahrnehmung / räumlich-konstruktiver Fähigkeiten und Intelligenzleistungen

2. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

Häufige Störungsbilder in Bezug auf die *Krankheitsverarbeitung* sind Depressionen, Angstsymptomatiken sowie Persönlichkeitsveränderungen, organische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F07.0), ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2).

Die häufigsten organisch bedingten Verhaltensprobleme sind erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität, Interesse- und Antriebslosigkeit, Weitschweifigkeit und erhöhter Rededrang sowie nicht vorhandene Krankheitseinsicht.

Ausmaß/Schweregrad von psychischen Störungen hängt ab von: Art und Schweregrad der neuropsychologischen Störungen, der prämorbid bestehenden psychischen Erkrankungen, Lokalisation der Hirnschädigung (Frontalhirnschädigung mit charakteristischen Verhaltensauffälligkeiten), individueller Bedeutung des hirnschädigenden Ereignisses sowie dem sozialen Umfeld.

Die Diagnostik der neuropsychologischen Defizite und der psychischen Veränderungen fließen ein in die Rehabilitationsdiagnostischen Gutachten.

II. Ziele der Rehabilitation... Bausteine der Behandlung

Das Entscheidende für den Erfolg der Rehabilitation ist die Krankheits- oder Störungseinsicht:

1. Neuropsychologische Therapie

Auf Kompensation ausgerichtete Interventionen:

Patienten sollen vor allem lernen, ihre eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen, realistische Ziel zu setzen und angemessene Erwartungen zu entwickeln sowie Alltagsanforderungen mit noch vorhandenen und intakten Fähigkeiten zu bewältigen.

2. Psychologische Beratung / Psychotherapie

Aufgabe der Psychotherapie ist die unterstützende Funktion bei der Verarbeitung der Krankheit und ihrer neuropsychologischen, psychischen und psychosozialen Folgen.

3. Psychologische Beratung des Umfelds

- a. Vermittlung neuropsychologischer Defizite (Testergebnisse), deren Bedeutung für die Alltagsbewältigung und daraus resultierende Kompensationsstrategien durch das Umfeld.
- b. Vermittlung spezifischer Störungsbilder und daraus resultierender Schwierigkeiten im Alltag.
 - i) Antrieb und Handlungskontrolle bei Menschen mit frontalen Läsionen
 - ii) Störungen des Sozialverhaltens (Verhaltensauffälligkeiten)

Referenten/innen

Prof. Dr. Heleen M. Evenhuis

Erasmus University Rotterdam
Intellectual Disability Medicine – Room F317
Department of General Practice
P.O. Box 1738
3000 DR Rotterdam
THE NETHERLANDS
H.Evenhuis@debruggen.nl

Dipl.-Psych. Kerstin Hahlweg

Diplom-Psychologin
Beratungszentrum Alsterdorf
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Dorothea-Kasten-Str. 3
22297 Hamburg
K.Hahlweg@Alsterdorf.de

Dr. Andreas Knauerhase

Universität Rostock
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Abteilung für Endokrinologie
Ernst-Heydemann-Str. 6
18057 Rostock
Fon 0381 494 7525 / 7529
Fax 0381 494 75222

Dr. Ute Knüpfer-Banerjee

Landesärztin für Körperbehinderte
Fachärztin für Reha-Medizin Hamburg
Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien Hansestadt
Hamburg
22309 Hamburg
Ute.Knuepfer-Banerjee@bug.hamburg.de

Theodorus Maas

Vorstandsreferent
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Dorothea-Kasten-Str. 3
22297 Hamburg
T.Maas@Alsterdorf.de

Dr. Georg Poppele

Chefarzt Innere Medizin
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Dorothea-Kasten-Str. 3
22297 Hamburg
Fon 040 5077 3202
Fax 040 5077 3204
G.Poppele@Alsterdorf.de

PD Dr. Christian Sander

Chefarzt Dermatologie
Allgemeines Krankenhaus St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg
Fon 040 1818 85 2291 / 2220
Christian.Sander@ak-stgeorg.lbk-hh.de

Dr. Petra Schulz

Fachärztin Innere Medizin
Allgemeinmedizinische Ambulanz
Alsterdorfer Markt 8
22297 Hamburg
Fon 040 5077 4191
Fax 040 5077 3592
Petra.Schulz@Alsterdorf.de

Dr. Friedrich Karl von Wedel-Parlow

Arzt für Neurologie, Diplom-Psychologe
Chefarzt, DRK Therapiezentrum Middelburg
Klinik für Neurologie und Geriatrie
Fachpflegeeinrichtung für Schädel-Hirngeschädigte
Middelburger Str. 1
23701 Süsel-Middelburg
Fon 045 249091 43
Fax 045 249091 84
vonwedel@middelburg.de

ANHANG

Ausgewählte Literatur

Vortrag T. Maas:

Knust-Potter, E.: Enthinderungsandragogik als Strategie zur Gemeinwesenmitgliedschaft. In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokant, Luzern 2001 (Mit Philip Potter)

Vortrag H.M. Evenhuis:

Beange, H., McElduff, A. & Baker, W. (1995): Medical disorders of adults with mental retardation: a population study. *Am. J. Ment. Retard.* 99(6): 595-604

Böhmer C.J. et al. (1999): The prevalence of gastroesophageal reflux disease in institutionalized intellectually disabled individuals. *Am. J. Gastroenterol.* 94(3): 804-810

Evenhuis H.M. et al. (2001): Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 45: 457-464

Vortrag A. Knauerhase:

Jones L.M., Goulding A. & Gerrard D.F. (1998) DEXA: a practical and accurate tool to demonstrate total and regional bone loss, lean tissue loss and fat mass gain in paraplegia. *Spinal Cord* 36(9): 637-640

Lazo M.G. et al. (2001) Osteoporosis and risk of fracture in men with spinal cord injury. *Spinal Cord* 39(4): 208-214

Vortrag G. Poppele:

DGA Interdisziplinäre S2 Leitlinie – Diagnostik und Therapie der Bein- und Beckenvenenthrombose und der Lungenembolie (2005)
Phlebologie 1: 47-63

Zornberg G.L. & Jick H. (2000) Antipsychotic drug use and risk of first time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet* 356: 1219-1223