FRAGILE SUISSE
Für Menschen mit Hirnverletzung
und Angehörige

Leben mit einer Hirnverletzung
Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige

Fachinformationsschrift 1

Fachinformationsschrift Nr.1

Leben mit einer Hirnverletzung

Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige

Hinweis: Diese Broschüre wurde 2007 konzipiert und seither mehrmals überarbeitet und gedruckt. Für die aktuelle Auflage 2022 wurde die Broschüre hauptsächlich inhaltlich geprüft und angepasst. Auf eine vollständige sprachliche Überarbeitung wurde verzichtet.

Impressum:
Fachinformationsschrift Nr. 1
8. korrigierte Auflage, August 2022

©2007, **FRAGILE Suisse**
Badenerstrasse 696
8048 Zürich
Tel. 044 360 30 60
Fax 044 360 30 66
www.fragile.ch

Redaktion:
Anja Marti-Jilg
Illustrationen und Fotos:
Tres Camenzind,
Daniel Gaemperle,
Hocoma AG,
Ethan Oelmann (Titelseite)
REGA Fotodienst,
Anja Marti-Jilg, PEBITA,
Rudolf Welten
Layout:
Bildmanufaktur
D.Gaemperle, Kleinlützel
Druck:
bc medien ag, Münchenstein
Spendenkonto
FRAGILE Suisse:
PC 80-10132-0

Klimaneutral gedruckt.

Einleitung / Vorwort

1.	**Aufbau und Funktion des Gehirns**	**7**
2.	**Ursachen einer Hirnverletzung**	**9**
2.1	Was geschieht bei einem Hirnschlag?	10
2.2	Was ist ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT)?	11
3.	**Akutbehandlung bei einer Hirnverletzung**	**15**
3.1	Wie weiter nach der Akutklinik?	19
4.	**Rehabilitation**	**21**
4.1	Akute Rehabilitation	21
4.2	Weiterführende Rehabilitation	25
4.3	Wann und wie lange besteht ein Anspruch auf Rehabilitation?	26
5.	**Sichtbare und unsichtbare Behinderungen**	**29**
6.	**Zurück in den Alltag**	**33**
6.1	Psychische Folgen und deren Bewältigung	33
6.2	Sozialberatung für Betroffene und Angehörige	37
6.3	Wohnen	39
6.4	Selbsthilfegruppen	41
6.5	Zurück in den Beruf	43
7.	**Versicherungen**	**49**
7.1	Öffentlich rechtliche Versicherungen	49
7.2	Haftpflichtversicherung des Schadenverursachers	51
7.3	Private Versicherungsleistungen	52
7.4	Die richtige und rechtzeitige Anwaltswahl	54
8.	**Die Problematik der Angehörigen**	**56**
9.	**Nützliche Adressen in der Schweiz**	**62**
10.	**Kurzporträt FRAGILE Suisse**	**65**
11.	**Glossar**	**67**

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Diese Broschüre richtet sich an Menschen mit einer Hirnverletzung und ihre Angehörigen sowie alle, die sich einen raschen Überblick über dieses komplexe Thema verschaffen wollen.

Unter einer Hirnverletzung verstehen wir eine erworbene Hirnverletzung, also nicht Schädigungen, die bereits bei der Geburt vorlagen. Unsere Dienstleistungen richten sich vor allem an Menschen, die einen Hirnschlag oder einen Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben. Bei anderen blieben Verletzungen des Gehirns nach einer Tumoroperation zurück. Hinzu kommen einige andere Ursachen, die in dieser Broschüre kurz erwähnt, aber nicht näher ausgeführt werden. Für uns bei FRAGILE Suisse richtet sich der Fokus bei Beratungen und in der Öffentlichkeitsarbeit in erster Linie auf die veränderten Lebensumstände, die durch eine Hirnverletzung entstehen, nicht auf die Ursachen. Sind die äusseren Wunden verheilt, spielt es oft keine Rolle mehr, ob die Hirnverletzung durch einen Unfall, einen Hirnschlag oder eine Sauerstoffunterversorgung entstanden ist. Für die meisten Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet eine Hirnverletzung einen tiefen Schnitt im Leben.

Unser Anliegen mit diesem Leitfaden ist es, Menschen mit Hirnverletzung und ihren Angehörigen aufzuzeigen, was bei einer Hirnverletzung geschieht und wie der Heilungsverlauf und die weitere Entwicklung aussehen können. Hirnverletzungen sind in ihren Auswirkungen äusserst individuell, hinzu kommt die unterschiedliche Ausgangslage für die einzelnen Betroffenen. Es ist ein Unterschied in Bezug auf die Versicherungssituation und damit leider oft auf die Möglichkeiten der Rehabilitation, ob eine Person die Hirnverletzung durch einen Unfall oder durch eine Krankheit wie Hirnschlag erlitten hat. Es ist etwas anderes, ob ein Mensch zum Zeitpunkt seiner Hirnverletzung noch sehr jung ist oder schon älter, ob er Familie hat oder alleine lebt oder ob er noch oder bereits berufstätig ist. Wir haben versucht, möglichst viele Lebenssituationen in unseren Texten zu berücksichtigen und hoffen, dass sehr viele Menschen mit Hirnverletzung und die ihnen

nahe Stehenden Nutzen aus diesem Leitfaden ziehen können. Einige werden dennoch bei gewissen Textpassagen finden: «Bei mir war das ganz anders.»

Wir nannten die Broschüre «Leitfaden», weil wir sozusagen chronologisch vorgehen – von den Ursachen einer Hirnverletzung bis zur Rückkehr in den Alltag. Zu einzelnen Kapiteln sind Einzelbroschüren verfügbar, die bestimmte Aspekte eines Lebens mit einer Hirnverletzung, die uns besonders zentral erscheinen, vertieft behandeln.

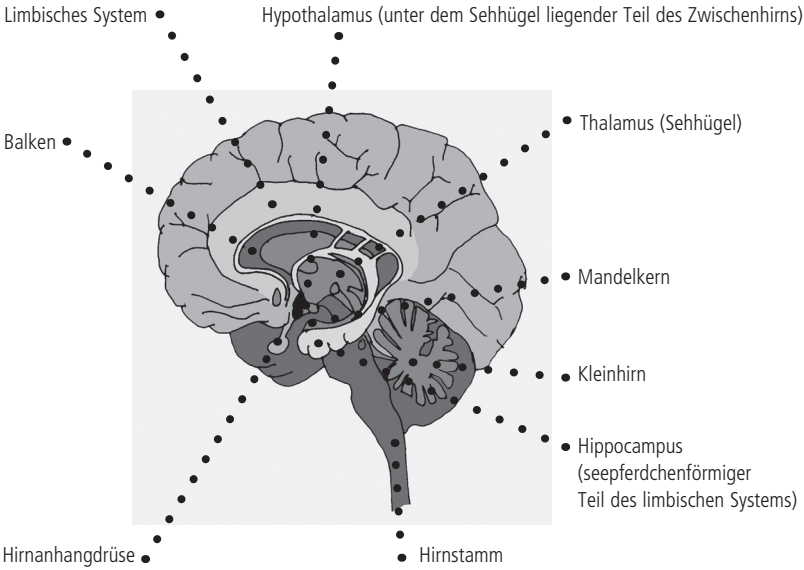
Die Texte für den Leitfaden und Einzelbroschüren wurden und werden in einer Lektoratsgruppe besprochen und korrigiert. Diese Lektoratsgruppe besteht aus Betroffenen und Angehörigen sowie verschiedenen Fachleuten, damit sowohl die Fakten auf dem neuesten Stand sind als auch der Nutzen für die Leserinnen und Leser gewährleistet ist.

Wir möchten an dieser Stelle den Mitgliedern der Lektoratsgruppe sowie den anderen beratenden Fachleuten, Autorinnen und Autoren ganz herzlich für ihren wertvollen Einsatz danken, im einzelnen, in alphabetischer Reihenfolge:

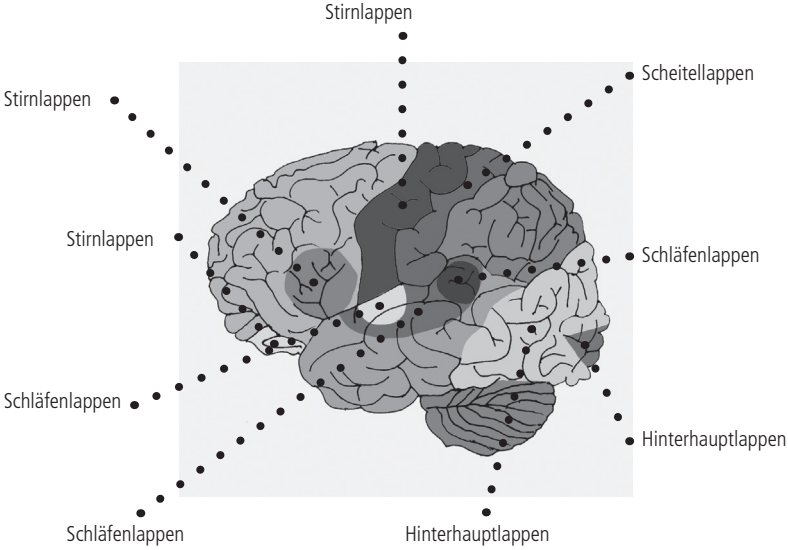
Irène Dietschi (Autorin)
Ruedi Eberhard (Betroffener)
Agnes Freimann (bis 2009 Geschäftsführerin ZBA Luzern)
Rosella Giacomin (Betroffene),
Paula Gisler (Helpline FRAGILE Suisse)
Barbara Güntensperger (Angehörige)
Dr. phil. Helene Hofer (Neuropsychologin)
David Husmann (Rechtsanwalt)
Marianne Mani (bis 2009 Verantwortliche Weiterbildung FRAGILE Suisse)
Dr. med. Nick Urscheler (Facharzt für Neurologie)
Thierry Weigel (Betroffener)
Dr. med. Peter Zangger (Facharzt für Neurologie)

Elisabeth Fischbacher Schrobiltgen
Geschäftsführerin FRAGILE Suisse (2005 – 2010)

Innenansicht der Hirnhälfte



Seitenansicht des Gehirns



Das Gehirn überwacht und steuert sämtliche Vorgänge und Funktionen in unserem Körper. Insbesondere ist es auch für unser Bewusstsein und Denkvorgänge zuständig. Das Gehirn liegt geschützt in der knöchernen Schädelhöhle und wird von einem dünnen Kissen umgeben, das die Gehirnflüssigkeit enthält. Die einzige grössere Öffnung des knöchernen «Panzers» ist das Hinterhauptloch, durch welches auch der Druckausgleich nach aussen erfolgen kann.

Bei einer Hirnverletzung sind jeweils die Funktionen beeinträchtigt, welche von den verletzten Hirnregionen gesteuert werden, aber auch die Funktionen jener Regionen sind betroffen, die damit vernetzt sind.

Das Gehirn lässt sich grob in die Hauptbestandteile Grosshirn, Kleinhirn und Hirnstamm unterteilen. Das beim Menschen besonders ausgeprägt entwickelte Grosshirn wird durch eine tiefe Furche in zwei Hälften (Hemisphären) unterteilt, welche unterschiedliche Spezialisierungen haben, aber beide eng zusammen arbeiten. So ist die linke Hemisphäre unter anderem für sprachliche Funktionen, die rechte für das räumliche Denken verantwortlich. Das Gehirn besteht im Wesentlichen aus Milliarden von Nervenzellen, welche miteinander stark vernetzt sind. Die verschiedenen Abschnitte des Gehirns haben unterschiedliche Aufgaben. Bei einer Hirnverletzung sind jeweils die Funktionen beeinträchtigt, welche von den verletzten Hirnregionen gesteuert werden, aber auch die Funktionen jener Regionen sind betroffen, die damit vernetzt sind.

Der Stirnlappen (Frontallappen) ist der Sitz für komplexe Denkvorgänge, der Steuerung des Verhaltens und des Antriebes, zudem ist er zuständig für die Regulation von emotionalen Prozessen. Des weiteren ist der Stirnlappen der Sitz von sozialen Empfindungen (wie Einfühlsamkeit). Im hinteren Teil des Stirnlappens befindet sich der Ort für die Steuerung motorischer Programme. Hier kommen die Informationen aller anderen Hirnareale zusammen und werden integriert. Die Funktionen der anderen Hirnlappen werden hier koordiniert. Der Stirnlappen ist zuständig für die Exekutivfunktionen sowie für die Planung und Bewertung von Handlungen.

Der Schläfenlappen (Temporallappen) spielt eine wichtige Rolle für Gedächtnisprozesse und die weitere visuelle Verarbeitung.

Im Scheitellappen (Parietallappen) des Gehirns befindet sich das Zentrum, das sensible Reize und komplexe Informationen der

Körperempfindung wahrnimmt und weiter verarbeitet. Weiterhin ist der Scheitellappen wichtig bei der primären Verarbeitung von visuell-räumlichen Informationen.

Im Hinterhauptlappen (Okzipitallappen) ist die Verarbeitung von visuellen Signalen lokalisiert.

Das Kleinhirn (Cerebellum) liegt in der Tiefe des Hinterhauptes, direkt unterhalb des Hinterhauptlappens. Es spielt u.a. eine wichtige Rolle bei der Bewegungskoordination.

Das Stammhirn (Hirnstamm und Mittelhirn) liegt ganz in der Tiefe des Gehirns. Es ist die Fortsetzung des im Wirbelkanal sitzenden Rückenmarks und steuert lebenswichtige Funktionen wie Atmung, Kreislauf, aber auch Wach- und Schlafrhythmus, Kauen, Schlucken.

Die Leitung von Signalen und Steuerbefehlen, die vom Gehirn zum Körper (Arme, Beine, Rumpf) gelangen oder vom Körper ans Gehirn gemeldet werden, verläuft meist gekreuzt. Das heisst, die linke Hirnhälfte (Hemisphäre) steuert die rechte Körperseite resp. erhält Signale von der rechten Körperseite und umgekehrt.

Das Hirn ist nicht nur unser wichtigstes, sondern in vielen Belangen auch unser empfindlichstes Organ.

Der Mensch besitzt das am weitesten entwickelte und komplexeste Gehirn. Es ist zwar bereits umfangreich erforscht, viele Zusammenhänge sind aber weiterhin unbekannt und voller Geheimnisse. Das Hirn steuert und überwacht sämtliche Funktionen des Körpers. Darüber hinaus ruht in ihm auch das menschliche Bewusstsein – unser «Ich». Wird das Hirn geschädigt – sei es durch ein verstopftes oder geplatztes Blutgefäss, sei es durch eine äussere Einwirkung, so kann sich auch dieses «Ich» verändern. Von Menschen mit Hirnverletzung sagt man oft, sie seien nicht mehr dieselben wie vorher, ihre Persönlichkeit habe sich verändert – zumindest wird das von den Anderen so empfunden.

Das Hirn steuert und überwacht sämtliche Funktionen des Körpers.

Das Hirn ist nicht nur unser wichtigstes, sondern in vielen Belangen auch unser empfindlichstes Organ. Es ist sehr anfällig auf Krafteinwirkungen jeglicher Art, insbesondere Quetschungen und Blutungen. Schädigungen bzw. Verletzungen des Hirns sind ausserordentlich vielfältig und laufen selten nach einem typischen Muster ab. Die aus der Hirnverletzung resultierenden Einschränkungen können sich, besonders unter gezielter Therapie, mit der Zeit bessern. Diese Vorgänge sind aber meistens sehr langsam und führen kaum zu einer vollständigen Heilung. Der Grund liegt in der Tatsache, dass sich zerstörte Hirnzellen nicht nachbilden. Während anderes Körpergewebe – Haut- oder Knochenzellen, sogar die Leber – laufend erneuert wird und auch bei grösseren Verletzungen regenerierfähig ist, gibt es bei zerstörtem Hirngewebe praktisch keine Neubildung, aber neue Vernetzungen werden gebildet.

Jede Region des Gehirns ist auf bestimmte Aufgaben spezialisiert. Wird ein Teil des Hirns verletzt, so werden die Funktionen, die dieser Teil steuert, eingeschränkt oder fallen ganz aus. Werden beispielsweise die Nervenzellen in der motorischen Hirnrinde zerstört, so kommt es zu Lähmungen und dadurch beispielsweise zu Gehbehinderungen und zu Störungen der Arm- oder Handbewegungen. Sind die Gehirnzellen der Sehrinde geschädigt, kann dies zu Sehstörungen führen.

Wird ein Teil des Hirns verletzt, so werden die Funktionen, die dieser Teil steuert, eingeschränkt oder fallen ganz aus.

Fast jedermann kennt in seiner Umgebung Personen, die mit einer Hirnverletzung leben. In der Schweiz ereignen sich jährlich etwa 16 000 Hirnschläge. Dazu kommt die Gruppe derjenigen, die eine unfallbedingte Hirnverletzung, ein so genanntes Schädel-Hirn-Trauma, erleiden. Das sind in der Schweiz über 5000 Fälle pro Jahr. Während beispielsweise die Behinderung einer querschnittgelähmten Person auf den ersten Blick sichtbar ist, sieht man einem Menschen mit Hirnverletzung seine Einschränkungen häufig nicht an. Nur wenige Leute können sich vorstellen, welche Tragweite eine Hirnverletzung tatsächlich hat, für den Betroffenen selbst wie für seine Familie und Freunde.

2.1 Was geschieht bei einem Hirnschlag?

Für seine Aufgaben benötigt das Hirn grosse Mengen Energie, die in Form von Zucker und Sauerstoff mit dem Blut zugeführt werden. Weil das Hirn kaum Energie speichern kann, muss es dauernd durchblutet werden. Zu einem Hirnschlag kommt es, wenn diese Blutversorgung eine Störung erfährt.
Es werden drei verschiedene Hirnschlag-Formen unterschieden:

- Beim ischämischen Hirninfarkt oder Schlaganfall verstopft ein Blutgerinnsel ein Blutgefäss. Die Hirnregionen, die durch dieses Blutgefäss versorgt werden, erhalten nicht mehr genügend Sauerstoff und sterben ab. Ein solches Blutgerinnsel entsteht entweder direkt im Blutgefäss (Thrombose), oder es wird mit dem Blut aus dem Herzen, der Hauptschlagader oder einer Halsarterie ins Gehirn geschwemmt (Embolie). Ca. 80% aller Hirnschläge sind auf einen ischämischen Hirninfarkt zurückzuführen.
- Eine Hirnblutung ist ein Bluterguss ins Hirngewebe, der durch Platzen eines Blutgefässes entsteht. Etwa 10% aller Hirnschläge werden so ausgelöst.

Zu einem Hirnschlag kommt es, wenn die Blutversorgung des Gehirns eine Störung erfährt.

- Rund 5% der Hirnschläge werden durch sogenannte Subarachnoidalblutungen verursacht. Dabei platzt ein zum Hirn führendes Gefäss, am häufigsten im Bereich von sackförmigen Ausstülpungen (Aneurysmen), wobei sich das Blut zwischen die äussere und innere, weiche Hirnhaut ergiesst.

Ursachen und Risiken
Oftmals gehen einem ischämischen Hirnschlag so genannte Streifungen, in der Fachsprache Transitorische Ischämische Attacken (TIA) voraus. Dabei handelt es sich um Symptome, welche durch eine vorübergehend verminderte Durchblutung ausgelöst werden.

Typische Symptome einer Streifung:
Kurzzeitige Gefühlsstörung oder Lähmung eines Armes, einer Hand oder eines Beines, Gangunsicherheit, vorübergehende Seh- und Sprachstörungen sowie Drehschwindel. Solche Streifungen sind ernst zu nehmende Vorboten, die unbedingt ärztlich abgeklärt werden sollten – und zwar sofort, auch wenn dazu der Notfall alarmiert werden muss. Das Ziel ist dabei die Einleitung geeigneter Massnahmen, um einen «grossen» und zu bleibender Behinderung führenden Hirnschlag zu vermeiden.

Solche Streifungen sind ernst zu nehmende Vorboten, die unbedingt ärztlich abgeklärt werden sollten – und zwar sofort, auch wenn dazu der Notfall alarmiert werden muss.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für einen Schlaganfall, Männer erkranken dabei häufiger als Frauen. Neben diesen gegebenen Faktoren gibt es verschiedene Risikofaktoren, welche beeinflussbar sind. Zu den wichtigsten gehören Bluthochdruck, Zuckerkrankheit (Diabetes), Herzerkrankungen (wie z.B. Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz), Rauchen, erhöhte Blutfettwerte und Übergewicht sowie Bewegungsmangel.

Eine gesunde Lebensweise mit genügend Bewegung, Verzicht aufs Rauchen, einer guten Balance zwischen Stress und Entspannung und ausgewogener Ernährung kann dabei helfen, diese Risikofaktoren zu mindern.

2.2 Was ist ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT)?

Eine Schädel-Hirn-Verletzung entsteht durch eine äussere Gewalteinwirkung auf den Kopf oder eine abrupte Geschwindigkeitsänderung des Körpers. Weitaus am häufigsten geschieht dies bei Verkehrsunfällen. Viele Betroffene ziehen sich ihre Schädel-Hirn-Verletzung aber auch bei einem Sturz zu – von der Leiter, dem

Eine Schädel-Hirn-Verletzung entsteht durch eine äussere Gewalteinwirkung auf den Kopf oder eine abrupte Geschwindigkeitsänderung des Körpers.

Gerüst oder beispielsweise unter Alkoholeinfluss auf der Treppe. Andere Ursachen wie Sportverletzungen sind eher selten. Sie dürfen aber nicht vernachlässigt werden, auch wenn die Auswirkungen dieser Art Hirnverletzung oftmals erst verzögert zu Tage treten. In den letzten Jahren haben Schädel-Hirn-Verletzungen zugenommen, die aufgrund von Gewalteinwirkungen, also wegen Schlägereien, verursacht wurden.

Viele dieser Unfälle führen zu einem heftigen Aufprall des Schädels. Auch ohne Fraktur des Schädelknochens kann das im Innern des Schädels «schwimmende», stoss-empfindliche Gehirn gegen den harten Knochen geschleudert und dabei gequetscht und schwer verletzt werden. Neben einer direkten Schädigung des Hirngewebes kann es nach einer Hirnverletzung auch zu Blutungen ins Gehirn (intracerebrales Hämatom) oder zwischen Knochen und Gehirn (Epi- oder Subduales Hämatom) durch verletzte (zerrissene) Blutgefässe kommen. Diese Blutungen und das durch die Quetschung geschwollene Hirngewebe brauchen Platz und drücken das Gehirn zur Seite oder – schlimmer – nach unten gegen den Hirnstamm. Dies führt zu einer zusätzlichen Druckschädigung des Gehirns und kann im letzteren Fall, bei fehlenden Gegenmassnahmen, sogar mit dem Hirntod enden.

Aufgabe der fachgerechten medizinischen Akutversorgung ist es deshalb oft, durch eine operative Entlastung das Gehirn möglichst rasch von dieser Druckschädigung zu befreien, indem die Schädeldecke vorübergehend entfernt wird. Der dabei herausgesägte Teil der Schädelkalotte kann dabei später wieder eingesetzt oder durch eine Kunststoffplatte ersetzt werden.

Man unterteilt ein SHT in die Schwergrade 1 bis 3, je nachdem wie schwerwiegend die Verletzungen und die Hirnfunktionsausfälle sind. Dabei wird die «Glasgow Coma Scale» als Mittel zur Einteilung eingesetzt. Sie bewertet den Bewusstseinszustand des Patienten.

SHT 1. Grades = leichtes SHT: Entspricht der Gehirnerschütterung und führt lediglich zu einer kurzfristigen (weniger als 1 Stunde) Bewusstlosigkeit resp. Bewusstseinstrübung. Sämtliche Symptome bilden sich in der Regel vollständig zurück.

SHT 2. Grades = mittelschweres SHT: Die Bewusstlosigkeit kann bis zu 24 Stunden betragen.

SHT 3. Grades = schweres SHT: Dabei dauert die Bewusstlosigkeit mehr als 24 Stunden, die neurologischen Ausfälle sind erheblich, ebenso die vegetativen Störungen. Ein SHT 3. Grades wird in der Regel nicht folgenlos überstanden.

Die Dauer der Bewusstlosigkeit (Stunden bis Monate) hängt also im Allgemeinen mit der Schwere der Hirnschädigung zusammen.

Die Dauer der Bewusstlosigkeit (Stunden bis Monate) hängt also im Allgemeinen mit der Schwere der Hirnschädigung zusammen. Gelegentlich kommt es aber trotz erheblicher Hirnverletzung nicht zur Bewusstlosigkeit. Es kann aber auch sein, dass ein anfänglich wacher Patient erst im Verlauf bewusstlos wird, zum Beispiel wenn sich eine der oben beschriebenen Blutungen nach einer Hirnverletzung langsam entwickelt. Die erwähnten Schädigungen – oft verteilt über verschiedene Hirnareale – können neben einer Bewusstseinsstörung äusserst verschiedene Muster von Funktionsstörungen bewirken: z.B. Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Verlust des Geruchsinns (Anosmie), Gesichtsfeld-Ausfälle (Hemianopsie), Sprachstörungen (Aphasie), Gedächtnisstörungen oder auch Verhaltensauffälligkeiten. Die häufige Schädigung der Stirnhirnanteile kann erhebliche Verhaltensänderungen nach sich ziehen. Als weitere Verletzungsfolgen können auch Epilepsien auftreten. Viele dieser Störungen lassen sich leider trotz bester Therapie auch langfristig nicht völlig beseitigen.

Neben dem Hirnschlag und dem Schädel-Hirn-Trauma gibt es viele weitere Ursachen für eine Hirnschädigung, beispielsweise Hirntumore, Infektionen oder andere Entzündungen (Hirnhautentzündung, Meningitis), Geburtsschäden, Vergiftungen oder Sauerstoffmangel im Gehirn nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Sie alle können ebenfalls zu einem oder mehreren der erwähnten Funktionsausfälle führen.

Wichtig zu wissen ist, dass auch der Hirnschlag einen Notfall darstellt, bei dem jede Minute zählt.

Bei einer Hirnverletzung handelt es sich um einen medizinischen Notfall. Bei Hirnverletzungen ist somit eine unverzügliche Einweisung des Betroffenen in ein entsprechend ausgerüstetes Akutspital notwendig. Beim Schädel-Hirn-Trauma, beispielsweise im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall, gibt es dabei naturgemäss meist keine Verzögerungen. Wichtig zu wissen ist, dass auch der Hirnschlag einen Notfall darstellt, bei dem jede Minute zählt. Sowohl beim Hirnschlag als auch beim Schädel-Hirn-Trauma geht es darum, eine weitere Schädigung des Gehirns zu verhindern respektive alle Vorkehrungen für eine möglichst gute Erholung zu treffen. Die weitere Behandlung in der Akutklinik hängt in erster Linie von der Art und vom Schweregrad der Hirnverletzung ab.

In der Akutbehandlung von schweren Hirnverletzungen spielt neben der Aufrechterhaltung lebenswichtiger Funktionen (Atmung, Blutkreislauf) die rasche Durchführung verschiedener Untersuchungen (z.B. neurologische Untersuchung, Labor, radiologische Abklärungen etc.) zur Diagnosestellung und Festlegung der weiteren Behandlung eine grosse Rolle. Andererseits wird versucht, möglichst optimale Bedingungen für die Erholung des verletzten Gehirns zu schaffen und weitere sekundäre Schädigungen, wie sie beispielsweise durch Druckerhöhung im Schädelinnern auftreten können, zu verhindern.

Beim schweren Schädel-Hirn-Trauma stellt sich in der Akutphase die Frage, ob Notfalloperationen notwendig sind. Eine grosse Bedeutung hat dabei die Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT/MRI) des Kopfes. Wie bereits im vorhergehenden Kapitel erläutert, ist es dabei besonders wichtig, Druckschädigungen des Gehirns zu verhindern, die durch Blutung oder Schwellung von gequetschtem Hirngewebe entstehen können. Da das Schädel-Hirn-Trauma häufig auch von weiteren Verletzungen wie beispielsweise Knochenbrüchen oder Verletzungen innerer Organe begleitet ist (man spricht dann von einem Polytrauma), ist die Versorgung dieser Begleitverletzungen ebenfalls sehr wichtig. Eine gleichzeitige Verletzung von Bauchorganen mit grossem Blutverlust kann so bei der Behandlung anfänglich gar im Vordergrund stehen.

Diese Behandlung muss in der Regel rasch, das heisst innerhalb von drei Stunden nach Einsetzen der Symptome beginnen.

Hirnschlag: Blutung oder Minderdurchblutung?
Beim Hirnschlag muss in der Akutphase rasch geklärt werden, ob es sich um eine Minderdurchblutung (ischämischer Infarkt, häufigste Form des Hirnschlags), eine Hirnblutung oder eine Subarachnoidalblutung (Blutung zwischen äusserer und innerer Hirnhaut) handelt. Die Unterscheidung der verschiedenen Hirnschlagtypen, welche hauptsächlich durch eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie des Kopfes erfolgt, ist wichtig, da die Behandlung der einzelnen Formen verschieden ist. Dabei spielt auch der Faktor Zeit eine bedeutende Rolle.

Da Hirnzellen bei Unterbrechung der Blutzufuhr bei einem ischämischen Infarkt rasch absterben, muss versucht werden, die Durchblutung möglichst rasch wieder zu verbessern. Eine wichtige Behandlung ist dabei die so genannte Thrombolyse, welche zur Auflösung von Blutgerinnseln eingesetzt werden kann. Diese Behandlung muss in der Regel rasch, das heisst innerhalb von drei Stunden nach Einsetzen der Symptome beginnen. Von grosser Bedeutung sind auch Massnahmen zur Verhinderung eines erneuten Hirnschlags, welche ebenfalls bereits in den ersten Tagen ergriffen werden müssen. Notfalloperationen werden bei Hirnschlag selten durchgeführt und wenn, dann meist bei Hirnblutungen.

Intensivstation und Stroke Units
Die Versorgung von PatientInnen mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma findet in der Regel auf der Intensivstation statt. Für die rasche und fachgerechte Behandlung von Hirnschlag-PatientInnen gibt es in den grossen Universitätskliniken der Schweiz spezialisierte Behandlungsorte, sogenannte «Stroke Units».
Eine Intensivbehandlung ist nur mit aufwändigen technischen Installationen möglich. Das Beatmungsgerät beispielsweise übernimmt die Beatmung für den bewusstlosen und in seiner Atemfunktion gestörten Patienten. Des weiteren müssen in dieser Phase häufig diverse Funktionen des Körpers überwacht werden (Monitoring). So wird beispielsweise mit dem Elektrokardiogramm die Herzfunktion überwacht. Weitere wichtige Messgrössen sind der Blutdruck oder die Sauerstoffsättigung des Blutes zur Überwachung der Kreislauf- und Atemfunktion. Bei PatientInnen mit einer Hirn-

verletzung muss in der Akutphase häufig auch der intrakranielle Druck (der Druck im Innern des Schädels) durch spezielle Sonden überwacht werden.
Da der schwer betroffene und insbesondere der bewusstlose Patient oder die Patientin nicht selber essen und trinken kann, werden Flüssigkeiten, Nahrungsmittel, aber auch Medikamente durch Infusionen oder über eine Magensonde verabreicht. Die Beatmung der PatientInnen erfolgt entweder über einen Tubus, welcher durch Mund oder Nase in die Luftröhre eingelegt wird oder durch eine Trachealkanüle, welche durch die Haut am Hals direkt in die Luftröhre eingelegt wird. Auch ohne Beatmung benötigen PatientInnen mit schwerer Schluckstörung teilweise eine Trachealkanüle. Diese soll verhindern, dass Speichel oder andere Sekrete, welche nicht oder nicht sicher geschluckt werden können, in die Lunge gelangen. Sie dient in diesem Fall also dem Schutz der Lunge vor einer Lungenentzündung.
In enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal finden bereits auf der Intensivstation erste Rehabilitationsmassnahmen durch entsprechende FachtherapeutInnen (Physio-, Ergotherapie und Logopädie) statt. Das Bewegen des Körpers, die Vermittlung von sensiblen oder akustischen Reizen sowie die Abklärung und Behandlung von Schluckstörungen sind wichtige Bestandteile der Frühbehandlung.

Die Dauer des Komas hängt einerseits mit der Schwere der Hirnverletzung zusammen, hat aber auch eine prognostische Bedeutung.

Die Prognose

Eine Prognose darüber, wann und wie gut sich der Patient oder die Patientin erholen wird, ist in der Akutphase sehr schwierig. Trotz optimaler Akutversorgung ist eine schwere Hirnverletzung lebensbedrohlich. Auch mit modernsten Untersuchungsmethoden kann nicht sicher vorausgesagt werden, wie gross die Überlebenschancen eines Menschen mit einer schweren Hirnverletzung sind, und welche bleibenden Schäden zu erwarten sind. Geben Ärzte also in dieser Phase nur zögerlich Auskunft, so liegt dies nicht daran, dass sie ein Geheimnis hüten wollen, sondern dass es gar nicht möglich ist, eine einigermassen zuverlässige Aussage über die Heilungschancen zu treffen.
Nach einer schweren Hirnverletzung sind die betroffenen Menschen anfänglich häufig bewusstlos. Sie können nicht geweckt wer-

Die Prognose von PatientInnen im Wachkoma ist abhängig von der zugrundeliegenden Schädigung, der Dauer des vorausgehenden Komas sowie dem Alter des Patienten.

den und halten die Augen geschlossen. Man spricht von Koma. Die Dauer des Komas hängt einerseits mit der Schwere der Hirnverletzung zusammen, hat aber auch eine prognostische Bedeutung. Je länger das Koma andauert, desto ungünstiger ist in der Regel die Prognose.

Wachkoma

Bei schweren Hirnverletzungen kann das Koma in den Zustand des Wachkomas (Synonyme: Coma vigile, selten noch apallisches Syndrom genannt) übergehen. In diesem Zustand haben die PatientInnen zwar einen Tag-/Nachtrhythmus mit phasenweise offenen Augen, sind aber weiterhin bewusstlos, so dass keine Kommunikation möglich ist. Diese PatientInnen stellen dadurch sowie aufgrund ihrer maximalen Pflegebedürftigkeit grosse Anforderungen an die Angehörigen, das Pflegepersonal und die TherapeutInnen. Die Prognose von PatientInnen im Wachkoma ist abhängig von der zugrundeliegenden Schädigung, der Dauer des vorausgehenden Komas sowie dem Alter des Patienten. Hält dieses Wachkoma bei nicht traumatischer Ursache (z.B. Hirnschlag, Herzstillstand) länger als 3 Monate, bei Schädel-Hirn-Trauma länger als 12 Monate an, so ist die Prognose sehr ungünstig. Verbesserungen aus dem Zustand des Wachkomas stellen beispielsweise das Fixieren und Folgen mit den Augen oder gezielte Bewegungen mit den Händen dar. Häufig bleiben leider auch bei einer gewissen Erholung längerfristig deutliche Schäden zurück.

In vielen Fällen ist es schwierig zu sagen, wie viel der Patient oder die Patientin auf der Intensivstation von seiner oder ihrer Umgebung wahrnimmt. Oft stellt sich mit der Zeit ein so genannter minimaler Bewusstseinszustand ein. In diesem ist phasenweise, aber nicht dauernd, eine Kontaktaufnahme/Kommunikation mit der Umwelt möglich. Deshalb wird bei pflegerischen und therapeutischen Verrichtungen auch mit dem bewusstlosen Patienten gesprochen. Besuche der nächsten Angehörigen sind in dieser Zeit deshalb auch sinnvoll. Oft ist es der Kontakt mit nahen Angehörigen, der beim Patienten oder der Patientin die ersten Reaktionen als Hinweis für eine Zustandsverbesserung auslöst. Für Angehörige ist die Zeit, die der Mensch mit Hirnverletzung auf der Intensivstation verbringt,

sehr schwierig, eine Zeit der Ungewissheit, der Hilflosigkeit, des Hoffens und Bangens. Das gegenseitige Vertrauen zwischen den Angehörigen und dem Behandlungsteam ist dabei sehr wichtig.

Hier werden Angehörige ein wichtiges Glied im therapeutischen Team, weil sie vermehrt miteinbezogen werden können.

Erwacht der Patient oder die Patientin aus dem Koma und wird auf die normale Abteilung verlegt, kann er oder sie auf vielseitige Weise gezielt stimuliert und aktiviert werden. Intensive physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Massnahmen setzen ein. Hier werden Angehörige ein wichtiges Glied im therapeutischen Team, weil sie vermehrt miteinbezogen werden können. Da die PatientInnen noch längere Zeit nach der Bewusstlosigkeit verwirrt bleiben und aufgrund von Orientierungs-, Gedächtnis-, Wahrnehmungs-, Sprech-, Sprach- oder anderen Störungen ungewohnte Reaktionen zeigen können, brauchen die Angehörigen weiterhin viel Geduld, Einfühlungsvermögen und Unterstützung durch Ärzte, Pflege- und Therapiepersonal. Auch in dieser Zeit bleibt es schwierig vorauszusagen, wieweit der Patient sich langfristig erholen wird.

3.1 Wie weiter nach der Akutklinik?

Wie geht es nach der Entlassung oder Verlegung aus dem Akutspital weiter? Dies wird vom Akutspital individuell zusammen mit dem Patienten und den Angehörigen abgesprochen und organisiert. Die Art der Weiterbehandlung hängt davon ab, ob und in welchem Grad sich ein Patient erholt hat und wie das Potential zur weiteren Erholung eingeschätzt wird. Grundsätzlich lassen sich drei Möglichkeiten unterscheiden.

Erholt sich der Patient/die Patientin schnell und gut, kann er direkt vom Akutspital nach Hause entlassen werden. Meist sind dabei aber weitere ambulante rehabilitative Massnahmen (wie Physio- oder Ergotherapie etc.) notwendig. Eine direkte Entlassung nach Hause ist bei schweren Hirnverletzungen naturgemäss nur selten möglich. Auch dürfen vor allem die Beeinträchtigungen des Denkens, Verhaltens und emotionalen Erlebens (neuropsychologische Defizite) nicht unterschätzt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass gerade die neuropsychologischen Funktionsstörungen für die

Ziel der Rehabilitation ist die bestmögliche Wiederherstellung von Mobilität und Selbstständigkeit und damit eine Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Arbeitswelt.

soziale und insbesondere die berufliche Wiedereingliederung die schwerwiegendsten Probleme aufwerfen. Oft werden sie in ihrem Ausmass erst bei der Rückkehr ins Alltagsleben deutlich. Selbst bei im übrigen gutem und komplikationslosem Verlauf können sie als Langzeitfolgen bestehen bleiben.

Meist hat ein Patient mit einer Hirnverletzung trotz Erholung noch erhebliche Behinderungen. Deswegen erfolgt in der Regel im Anschluss an die Behandlung im Akutspital eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in einer Neurorehabilitationsklinik. Die Rehabilitationsklinik verfügt über verschiedene therapeutische Möglichkeiten (vgl. nächstes Kapitel) mit denen verloren gegangene oder gestörte Funktionen trainiert werden können. Ziel der Rehabilitation ist die bestmögliche Wiederherstellung von Mobilität und Selbstständigkeit und damit eine Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Arbeitswelt. Je nach Schwere der Hirnverletzung dauert ein Rehabilitationsaufenthalt wenige Wochen bis viele Monate.

Besonders schwer betroffene PatientInnen nach Hirnverletzung werden in der Regel auf einer Abteilung für neurologische Frührehabilitation aufgenommen. Diese Abteilungen sind mit monitorisierten Überwachungsplätzen ausgerüstet, und es steht besonders viel Personal sowohl im ärztlichen Bereich wie auch in den Pflege- und Therapiebereichen zur Verfügung.

Es kommt leider auch vor, dass PatientInnen vom Akutspital direkt in ein Pflegeheim entlassen werden. Dies betrifft hauptsächlich PatientInnen, bei denen aufgrund der Art oder Schwere ihrer Hirnverletzung leider keine weitere Erholung erwartet werden kann, oder für die zum Beispiel aus finanziellen Gründen kein Platz in einer geeigneteren Institution gefunden werden kann. Sollten sich bei diesen PatientInnen später trotzdem eine Tendenz zu einer wesentlichen Besserung zeigen, wird die Verlegung in eine Rehabilitationsklinik erneut diskutiert.

Rehabilitation bedeutet die bestmögliche Wiederherstellung aller beeinträchtigten Funktionen des Patienten, damit sie möglichst rasch die wichtigsten Alltagsaktivitäten wie Essen/Schlucken, Ausscheidung, Stehen/Gehen, Körperpflege und Kommunikation wieder selbstständig durchführen können. Erreicht werden soll auch eine optimale Stabilisierung im kognitiven, psychischen und sozialen Bereich. Dabei stützt man sich auf die Plastizität des Gehirns und die vielfältigen Erkenntnisse aus der Rehabilitations-Forschung. Für die nachstehend beschriebenen Therapien ist ein messbarer Nutzen nachgewiesen. Je früher und intensiver mit den Therapien begonnen wird, desto besser ist der Heilungsverlauf. Damit können auch Fehlentwicklungen vermieden werden (im körperlichen Bereich bei Lähmungen mit Spastizität, etwa die Einschränkung der Gelenkfunktion oder Kontraktur).

Je früher und intensiver mit den Therapien begonnen wird, desto besser ist der Heilungsverlauf.

4.1 Akute Rehabilitation

Die akute Rehabilitation wird zu Beginn wenn möglich und nötig in einer Rehabilitationsklinik während einiger Wochen bis Monate durchgeführt. Die stationäre Therapie ist insbesondere notwendig, solange der Patient noch in vielen Alltagsbereichen unselbstständig und das Regenerationspotential hoch ist.

Rehabilitationspflege

Die Pflege in der Rehabilitation unterscheidet sich wesentlich von derjenigen in der Akutklinik. Die Pflegenden unterstützen und begleiten die Patienten auf dem Weg zur Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Dazu gehören therapeutische Selbsthilfe, Aufbau des Tag – Nacht – Rhythmus, Nahrungsaufnahme (Sitzhaltung, Kauen-Schlucken, Kostaufbau, Mundhygiene), Kontinenztraining und Lagerungen.

Die Pflegenden unterstützen und begleiten die Patienten auf dem Weg zur Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Pflegenden gestalten eine optimale Tagesstruktur mit ausgewogenem Verhältnis von Aktivität, Ruhe und Freizeit über eine interdisziplinäre Absprache. Den Angehörigen bietet man an, sich an der Rehabilitationspflege zu beteiligen. Dadurch sind die therapeutisch für die Befindlichkeit wichtigen frühzeitigen Wochen-

Viele Bewegungen, die vor der Hirnverletzung automatisch abliefen, wie aufsitzen, aufstehen und stehen müssen wieder erlernt werden.

endaufenthalte früher möglich. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass Therapien, Besuche und weitere Aktivitäten gut koordiniert werden und weder Betroffene noch Angehörige überfordern.

Physiotherapie

Die Physiotherapie unterstützt den Patienten dabei, die Funktionen des Haltungs- und Bewegungsapparates, der Fortbewegung sowie die der Arme und Hände wieder zu erlangen. Viele Bewegungen, die vor der Hirnverletzung automatisch abliefen, wie aufsitzen, aufstehen und stehen müssen wieder erlernt werden. Mit Bewegungstherapie und gezielter Lagerung des Patienten kann krampfhaften Muskelverspannungen (Spastizität), meist kombiniert mit Lähmungen anderer Muskelgruppen, entgegen gewirkt werden.
Kann sich der Patient oder die Patientin selbst noch nicht bewegen, werden durch gezieltes Bewegen Gelenke und Muskeln vor Bewegungseinschränkungen bewahrt. Gelegentlich ist zu Beginn die Aufrichtung in den Stand mit Hilfe eines Stehbettes zur Förderung von Atmung und Kreislauf nötig.

Für eine optimale Mobilität sind in der Anfangsphase oft Hilfsmittel nötig. Diese werden in der Physiotherapie (teils zusammen mit der Ergotherapie) evaluiert, angepasst und erklärt. Das Ziel ist es, den PatientInnen einen grösseren Funktionsspielraum zu ermöglichen, oder ihnen mehr Sicherheit zu vermitteln. Die Hilfsmittel werden sparsam und gezielt und wenn möglich nur für kurze Zeit eingesetzt.

Ergotherapie

Das primäre Ziel der Ergotherapie in der Neurorehabilitation ist es, die Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit in Alltag, Haushalt und Beruf wieder zu erlangen.

Das primäre Ziel der Ergotherapie in der Neurorehabilitation ist es, mit alltagsorientierten Therapien die Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit in Alltag, Haushalt und Beruf wieder zu erlangen. Kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Orientierung, Wahrnehmungsleistungen, Gedächtnis und exekutive Funktionen werden – meist in Absprache mit der Neuropsychologie – einzeln, sowie im Kontext des häuslichen und beruflichen Alltages trainiert. Dabei werden Kompensationsstrategien mit internen und externen Hilfen (zum Beispiel strukturiertere Vorgehensweise, Benützung einer Agenda) erarbeitet und verinnerlicht.

Die Ergotherapie führt bei Bedarf Wohnungs-, Haushalts- sowie Arbeitsplatzabklärungen durch und vermittelt Ratschläge zu allfällig notwendigen baulichen und technischen Anpassungen.

Neuropsychologie
Die Neuropsychologie untersucht und behandelt Patienten mit neuropsychologischen Störungen (d.h. mit kognitiven Einschränkungen und Veränderungen des Verhaltens und der Affekte) und berät die Ergotherapeuten bei der Behandlung dieser Störungen. Diese Funktionen sind nach Hirnverletzungen praktisch immer zu einem Teil beeinträchtigt.

In mehrstündigen Gesprächen und Tests wird abgeklärt, welche neuropsychologischen Störungen vorliegen, welche kognitiven und sozialen Ressourcen vorhanden sind, und ob und wie sich das Verhalten gegenüber früher verändert hat. Auch Informationen aus Gesprächen von Drittpersonen und klinische Beobachtungen werden in die Abklärung einbezogen.
Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse werden dem behandelnden Team Empfehlungen zur Therapie abgegeben oder durch die Neuropsychologen selbst durchgeführt. Dies kann in Einzelsitzungen, Gruppenbehandlungen oder teils mit Übungen am Computer geschehen.

In mehrstündigen Gesprächen und Tests wird abgeklärt, welche neuropsychologischen Störungen vorliegen, welche kognitiven und sozialen Ressourcen vorhanden sind, und ob und wie sich das Verhalten gegenüber früher verändert hat.

Zusätzlich zu dieser neuropsychologischen Therapie werden Gespräche zur Neuanpassung an die veränderte Lebenswelt sowie Beratungsgespräche für Betroffene und Angehörige angeboten. Diese neuropsychologisch orientierte psychotherapeutische Beratung soll dem Menschen mit Hirnverletzung und seinen Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung helfen.

Logopädie
Nach Hirnschädigungen können Sprachstörungen (Aphasien), Sprechstörungen (Dysarthrien), Schluckstörungen und Stimmstörungen (Dysphonien) einzeln oder zusammen auftreten.

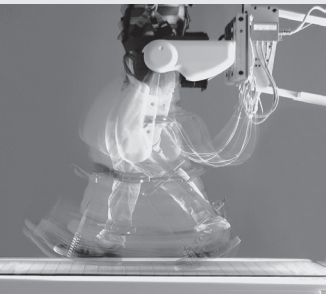
Sie schränken die Verständigung stark ein. Die Kommunikation wird für und mit den Betroffenen dadurch sehr anstrengend oder

Dies ist oft ein Monate dauernder Prozess und führt häufig zu deutlichen Verbesserungen, selten aber zur vollständigen Erholung der Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen.

fast verunmöglicht. Die Logopäden befassen sich mit Kommunikationsstörungen dieser Patienten.

Die Logopäden führen als Sprachtherapeuten die entsprechenden Abklärungen durch und therapieren aufgrund der gestellten Diagnosen die Auffälligkeiten der Stimme und die Probleme mit der gesprochenen oder auch geschriebenen Sprache. Dies ist oft ein Monate dauernder Prozess und führt häufig zu deutlichen Verbesserungen, selten aber zur vollständigen Erholung der Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen.
Zum Teil befassen sich die Logopäden in der Rehabilitationsklinik auch mit Schluckstörungen und deren Therapie.

Rekreationstherapie
Für die Patienten stehen während der Rehabilitation die Beschäftigung mit ihrer Krankheit, deren Ursachen und Prognosen im Vordergrund. Dies kann zu Depressionen, Rückzug und Untätigkeit führen. Mit einer therapeutisch orientierten Freizeitgestaltung (Rekreationstherapie) werden die persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten der Patienten mit Hilfe verschiedenster Therapeuten angeregt oder ermöglicht. Die Patienten können sich bei dieser Therapieform entspannen, ablenken, die Möglichkeiten zum Kontakt zu anderen Patienten und zur Aussenwelt nutzen und Fertigkeiten und Hobbies wieder entdecken oder neu erlernen, die ihnen Freude bereiten.



An verschiedenen Kliniken werden ähnliche Ziele durch die Musik- und Maltherapie angegangen. Beides sind nonverbale Therapieformen. Im Vordergrund dieser gestaltenden Therapien steht die Beziehung, die zwischen Patient und Therapeut durch Melodie, Rhythmus, Klang und Farben entstehen kann. Damit werden auch weitere therapeutische Mittel zur Verstärkung der Selbstwahrnehmung und zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung angeboten.

Alternative Therapien
In verschiedenen Rehabilitationszentren wie auch ambulant werden zahlreiche andere Therapien angeboten. Meistens bestehen

darüber aber keine wissenschaftlich erhobenen Daten, welche deren Wirksamkeit belegen. Deshalb werden solche Therapien von den obligatorischen Versicherungen nicht ohne weiteres bezahlt. Reaktionen auf eine spezielle Therapie sind von Patient zu Patient sehr verschieden, deshalb ist gerade hier eine Wertung schwierig. Von den im Folgenden genannten Therapien haben wir häufiger positive Rückmeldungen erhalten. Eine Garantie, dass sie für andere Personen ebenfalls wirksam sind, gibt es natürlich nicht (Aufzählung in alphabetischer Reihenfolge):

Reaktionen auf eine spezielle Therapie sind von Patient zu Patient sehr verschieden, deshalb ist gerade hier eine Wertung schwierig.

Feldenkrais, Hippotherapie, Neuro-Feedback, Shiatsu, Thai Chi, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

4.2 Weiterführende Rehabilitation

Tagesklinik und ambulante Therapien

Die stationäre Rehabilitation wird abgeschlossen, wenn der Patient oder die Patientin bei genügender Selbstständigkeit wieder zu Hause leben kann und die meist noch notwendigen weiteren Therapien deutlich reduziert werden können. Der weitere Verlauf ist nun sehr verschieden: Einzelne können probehalber ihre berufliche Tätigkeit wieder teilzeitig aufnehmen. Es ist aber im ungünstigsten Fall auch eine Verlegung in ein Pflegeheim notwendig, wenn über längere Zeit trotz intensiven Therapien keine Fortschritte mehr möglich sind oder keine geeignete Einrichtung gefunden oder finanziert werden kann.

Dazwischen liegen verschiedene Möglichkeiten:

- Förderung in einer sozialpädagogisch ausgerichteten Langzeitrehabilitation. Beispielsweise im Wohnhaus Selun in Walenstadt oder in Centre Rencontres in Courfaivre werden Alltagstätigkeiten wieder geübt, bis die betroffene Person zuhause sozial oder beruflich wieder zurecht kommt.
- Betreuung in einer Tagesklinik. Dort kann der grössere Teil der oben beschriebenen Therapien ebenfalls durchgeführt werden.

In beiden Fällen ist die Finanzierung vorgängig sorgfältig abzuklären, da die Krankenkassen nur teilweise leistungspflichtig sind.

Vielfach werden die Therapien reduziert ambulant weitergeführt, solange verbleibende Funktionsstörungen mit vertretbarem Aufwand verbessert werden können. Nicht selten ist auch eine weitere psychotherapeutische Betreuung durch erfahrene Neuropsychologen notwendig (Bewältigung der neuen Situation, Coaching bei neuen Aufgaben, z.B. beruflich, etc.). Hier den richtigen Weg zu finden, ist auch für Angehörige oft schwierig. Auch sie sollten Unterstützung und Begleitung erhalten.

Bleiben nach ca. ein bis drei Jahren Therapie erhebliche Störungen zurück oder ist gar ein Verlust des Wiedererlernten festzustellen, so sind oft auch nach Jahren noch Phasen mit intensiver Therapie nötig. Diese können meist ambulant durchgeführt werden, teils ist aber eine mehrwöchige erneute stationäre Rehabilitationsphase sinnvoller.

4.3 Wann und wie lange besteht ein Anspruch auf Rehabilitation?

Auch wenn jeder Fall anders liegt, gibt es ein paar grundsätzliche medizinische und juristische Aspekte, die als Anhaltspunkte dienen können.

Nicht immer sind sich PatientInnen, Angehörige, ÄrztInnen und Kostenträger einig, welche Rehabilitationsmassnahmen nötig und sinnvoll sind. Die Frage, wie lange die Kosten eines Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik von der obligatorischen Grundversicherung der Krankenkasse zu übernehmen sind und ob allenfalls andere Leistungsträger für solche Kosten aufkommen, beschäftigt Viele. Auch wenn jeder Fall anders liegt, gibt es ein paar grundsätzliche medizinische und juristische Aspekte, die als Anhaltspunkte dienen können.
Aus medizinischer Sicht ist die Rehabilitation (nach der unumstrittenen Akutbehandlung) notwendig, wenn nach Schädigung des Gehirns durch eine Krankheit oder durch einen Unfall Funktionen ausgefallen respektive eingeschränkt sind, und wenn ein so genanntes Rehabilitationspotential besteht. Das bedeutet, dass nach wissenschaftlich begründeten Erfahrungen mit einer Verbesserung dieser Funktionen unter vernünftigem Therapieaufwand gerechnet werden kann. Grundsätzlich hat ein Versicherter Anspruch auf Rehabilitation, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Die rechtlichen Bestimmungen: Im Krankheitsfall (z.B. Hirnschlag, Tumor, Unfall ohne obligatorische Unfallversicherung) hat die obligatorische Grundversicherung nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Kosten für ärztlich durchgeführte oder angeordnete Massnahmen der medizinischen Rehabilitation zu übernehmen. Voraussetzung ist, dass die Rehabilitation in einer geeigneten und anerkannten Klinik (hier also spezialisierte Neurorehabilitationsklinik, auf der Spitalliste aufgeführt) erfolgt. Eine stationäre Rehabilitation bedarf zusätzlich der vorgängigen Kostengutsprache der Krankenkasse und einer ausdrücklichen Bewilligung des Vertrauensarztes.

Generell sind Krankheitskosten von der Krankenkasse nur zu übernehmen, sofern eine medizinische Behandlung oder Therapie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Eine Leistungspflicht für eine stationäre Behandlung setzt voraus, dass eine Krankheit vorliegt, die eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Es wird also verlangt, dass die Möglichkeiten ambulanter Behandlung ausgeschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Gemäss Bundesgericht kann dies aber auch der Fall sein, sofern wegen besonderer persönlicher Lebensumstände die Behandlung nicht anders als im Spital bzw. der Rehabilitationsklinik durchgeführt werden kann.

Weil die Bewilligung durch den Vertrauensarzt immer wieder einmal abgelehnt wird (meist ohne Begründung oder mit dem Vermerk, es sei nicht zweckmässig), empfiehlt FRAGILE Suisse für die Verordnung einer stationären Rehabilitation folgendes Vorgehen:

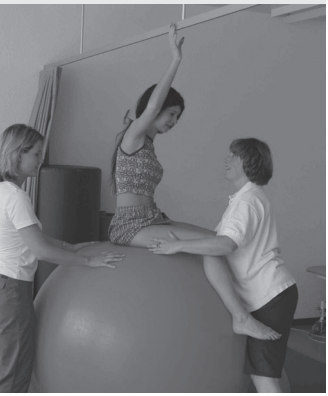
Der verordnende Arzt verschreibt in seinem Gesuch um Kostengutsprache die Rehabilitation, allenfalls auch deren Verlängerung, mit der medizinischen Begründung der stationären Notwendigkeit. Anschliessend fügt er folgendes an: «Sollten Sie unser Gesuch wider Erwarten ablehnen, ersuchen wir Sie um eine medizinische Begründung der Ablehnung in Form einer anfechtbaren Verfügung».

Generell sind Krankheitskosten von der Krankenkasse nur zu übernehmen, sofern eine medizinische Behandlung oder Therapie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

Weil die Unfallversicherung ein grosses Interesse daran hat, dass die Arbeitsfähigkeit eines Unfallopfers verbessert wird, ist sie weniger zurückhaltend bei der Finanzierung solcher Rehabilitationsaufenthalte als die Krankenkasse.

Weder das Gesetz noch die Gerichte sehen eine bestimmte Dauer für Aufenthalte in Rehabilitationskliniken vor. Vielmehr ist im Einzelfall und unter medizinischen Gesichtspunkten zu prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Aufenthalt nach drei, sechs oder mehr Wochen noch gegeben sind. Sofern die Krankenkasse die Kostengutsprache verweigert oder nach einer gewissen Zeit die Leistungen einstellen will, kann ein entsprechender Entscheid bei den Kantonalen Sozialversicherungsgerichten angefochten werden. Wird der Aufenthalt dennoch fortgesetzt, so besteht die Gefahr, dass man – bei Ablehnung der gerichtlichen Beschwerde – selber für diese Kosten aufkommen muss.

Die Voraussetzungen, die im Falle einer unfallbedingten Hirnverletzung erfüllt sein müssen, richten sich bei erwerbstätigen Personen nach den Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes (UVG). Die Kosten des Rehabilitationsaufenthaltes sind dabei vom Unfallversicherer zu übernehmen, sofern die Behandlung zweckmässig ist. Weil die Unfallversicherung ein grosses Interesse daran hat, dass die Arbeitsfähigkeit eines Unfallopfers verbessert wird, ist sie weniger zurückhaltend bei der Finanzierung solcher Rehabilitationsaufenthalte als die Krankenkasse. Schliesslich kommt hinzu, dass die Unfallversicherer die Rehabilitation in ganz bestimmten Rehabilitationskliniken durchführen, mit welchen entsprechende Tarifverträge bestehen. Dies führt dazu, dass erwerbstätigen Personen, welche unfallbedingt eine Hirnverletzung erleiden, längere Rehabilitationsaufenthalte gewährt werden.



Eine Hirnverletzung verändert das Leben eines Menschen und seiner Angehörigen von Grund auf. Gewisse Folgen, wie zum Beispiel eine Gehbehinderung, eine Halbseitenlähmung oder starkes Schielen, sind für alle Welt sichtbar.

Weitaus häufiger sind die so genannten neuropsychologischen Beeinträchtigungen, die auf den ersten Blick nicht erkennbar sind. Fast alle der rehabilitationsbedürftigen PatientInnen weisen nach Hirnverletzungen solche «unsichtbaren» Störungen auf, die ihr Funktionieren im Alltag massgebend beeinträchtigen. Sie werden nicht selten auch von medizinischen Fachpersonen, die keine Erfahrungen mit Menschen mit Hirnverletzung haben, übersehen, falsch interpretiert oder gar als Simulation abgetan.

Sie werden nicht selten auch von medizinischen Fachpersonen, die keine Erfahrungen mit Menschen mit Hirnverletzung haben, übersehen, falsch interpretiert oder gar als Simulation abgetan.

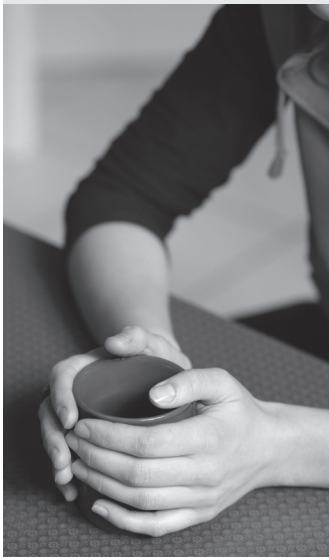
Die Folgen einer Hirnverletzung können sein:

Sichtbare:

Lähmungen (schlaffe und spastische)
Motorische Störungen (mit Verlangsamung der Bewegungen und mangelnder Beweglichkeit der Glieder)
Gleichgewichtsstörungen
Mimik (Ausdruck der Empfindungen ist nicht sichtbar, keine angepasste Mimik)

Unsichtbare:

Sprachstörungen (Aphasie): Die Betroffenen haben trotz guter Motorik (Bewegungsmöglichkeit) Schwierigkeiten, mündlich oder schriftlich die Wörter korrekt zu bilden, das richtige Wort zu finden und Sätze zu bilden. Auch bestehen oft Probleme mit dem Verstehen trotz uneingeschränktem Hör- und Sehvermögen.



Verminderte Belastbarkeit: Menschen mit Hirnverletzungen sind viel weniger belastbar als vorher. Sie bringen nicht mehr die nötige Ausdauer oder Konzentrationsfähigkeit auf, um etwa im Beruf die gleichen Leistungen zu erbringen wie früher.

Erhöhtes Schlafbedürfnis: Als Folge der verminderten Belastbarkeit brauchen die meisten Menschen mit Hirnverletzungen deut-

Einem Menschen mit Hirnverletzung fällt es oft schwer, zwei Dinge gleichzeitig zu tun, beispielsweise zu gehen und zu sprechen.

lich mehr Schlaf, von wenigen Stunden bis doppelt soviel wie vorher und müssen sich auch tagsüber regelmässig für eine Pause hinlegen oder leiden umgekehrt an massiven Schlafstörungen.

Kognitive Störungen: Eine Hirnverletzung zieht häufig Funktionsausfälle im Denken nach sich. Dazu gehören Orientierungsschwierigkeiten, örtlich wie zeitlich oder in Bezug auf Personen. Das Gedächtnis ist oft beeinträchtigt. Während lang zurückliegende Ereignisse noch eher wieder abrufbar sind, vergessen viele Betroffene das Tagesgeschehen von einer Minute auf die andere. Sie haben Mühe, sich Namen zu merken, Termine einzuhalten und neue Informationen zu speichern. Eingeschränkt sind auch das Lernvermögen, die Konzentration, die Fähigkeit, Dinge zu planen oder sich flexibel auf Neues einzustellen. Einem Menschen mit Hirnverletzung fällt es schwer, zwei Dinge gleichzeitig zu tun, beispielsweise zu gehen und zu sprechen.

Mit einer Brille lassen sich diese Störungen nicht korrigieren, da die Störungen bei der Verarbeitung der Signale im Gehirn entstehen.

Fehlerhafte Sinnesverarbeitung: Unsichtbar für die Aussenwelt bleiben auch mögliche Fehler in der Verarbeitung der Signale, die wir laufend über die Augen, Ohren, Nase, Haut etc. empfangen. So kann es zu zentralen Sehstörungen, Hörstörungen oder dem Verlust des Geruchsinns kommen. Zentrale Sehstörungen äussern sich etwa darin, dass der Betroffene nach einigen Minuten Lesen über ein verschwommenes Bild oder verstärkten Kopfdruck klagt. Mit einer Brille lassen sich diese Störungen nicht korrigieren, da die Störungen bei der Verarbeitung der Signale im Gehirn entstehen. Zentrale Hörstörungen erklären die ausgeprägte Lärmempfindlichkeit. Diese Personen sind ausserstande, unerwünschte Nebengeräusche wegzufiltern.

Verlust der Eigenwahrnehmung des Körpers und der Körperorientierung: Der Körper oder eine Körperhälfte wird als fremd und nicht zur eigenen Person gehörend wahrgenommen. Veränderungen der Körperfunktionen bewirken, dass Hitze- und Kältewellen den Körper unabhängig vom Klima der Umgebung erfassen. Auch Libidoverlust und Schmerzzustände sind möglich.

Verlust an Geschicklichkeit, ungenaue Bewegungen.

Allgemeine Verlangsamung, also zum Beispiel verlangsamte Informationsverarbeitung, Verlangsamung im Denken und Reagieren.

Verlust von Automatismen (Was kommt zuerst? Schuhe oder Strümpfe?)

Änderungen im Verhalten als direkte Folge der Hirnverletzung:

- Gefühle wie Gereiztheit, Aggressivität, Depression und allgemeine Stimmungslabilität können nicht mehr kontrolliert werden.
- Fehlender Antrieb und Willenschwäche.
- Gestörte Selbstwahrnehmung: Überschätzung, Unterschätzung, Probleme mit Kritik, Störungen werden geleugnet oder nicht wahrgenommen.
- Erschwerte Sozialkontakte, weil beispielsweise Emotionen nicht in der gewohnten Art gezeigt werden.
- Nicht nachvollziehbare Reaktionen: Weinen kann zum Beispiel ohne äusseren Anlass als körperliche Folge der Hirnverletzung auftreten – für den betroffenen Menschen unbemerkt und für die Umwelt unverständlich.
- Sexuelle Probleme.

Es ist wichtig für Angehörige, sich immer wieder klar zu machen, dass es nicht die Persönlichkeit ist, die sich verändert hat, sondern die Verarbeitung von Emotionen und Eindrücken aufgrund der Hirnverletzung und damit die Reaktionen darauf.

Die Bedeutung und Auswirkungen dieser unsichtbaren Störungen sind für die Betroffenen meist viel gravierender als die der sichtbaren. Menschen mit Hirnverletzung und besonders auch ihre Angehörigen fühlen sich mit ihren zahlreichen Problemen oft allein gelassen und unverstanden. Denn die Unsichtbarkeit vieler Veränderungen und Funktionsausfälle erschwert die Akzeptanz, sie führt zu Irritation und manchmal sogar Ablehnung im Arbeitsleben und im Bekanntenkreis. Welche Auswirkungen die unsichtbaren Behinderungen auf das Familienleben haben können, wird deshalb im nächsten Kapitel noch gesondert dargestellt.

Die Bedeutung und Auswirkungen dieser unsichtbaren Störungen sind für die Betroffenen meist viel gravierender als die der sichtbaren.

Die Mobilität
Die Mobilität

Der Weg zurück in den Alltag nach einer erlittenen Hirnverletzung ist anstrengend, von Rückschlägen und Phasen der Mutlosigkeit gekennzeichnet. Dennoch sollte man sich nicht entmutigen lassen. Manchmal ist es mit entsprechender fachlicher Unterstützung erst nach Jahren möglich, einen neuen Platz im Leben zu finden, mit dem sich Betroffene und Angehörige zumindest arrangieren können. Und manchmal wird auch eine ganz neue Lebensqualität erreicht, und die Betroffenen sagen: «Mir geht es gut so wie es ist.»

In dieser frühen Phase liegt der Fokus auf der Wiedergewinnung der verlorenen Funktionen – also z.B. wieder sprechen, laufen, essen können.

6.1 Psychische Folgen und deren Bewältigung

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen dauerhaften Veränderungen, welche direkte Folgen von Verletzungen des Gehirns sind und vorübergehenden emotionalen Belastungsreaktionen, bei welchen die psychische Verarbeitung einer erlittenen Behinderung durch längerdauernde emotionale Symptome gekennzeichnet ist (sogenannte Anpassungsstörung). In diesem Kapitel werden ausschliesslich diejenigen psychischen Veränderungen besprochen, die als Reaktion auf die emotionale Belastung aufgrund einer Hirnverletzung vorübergehend entstehen.

Die ersten Monate

Eine Hirnverletzung tritt plötzlich auf und verändert das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf dramatische Weise. Die ersten Monate nach einer Hirnverletzung sind geprägt von einer intensiven interdisziplinären Rehabilitation. In dieser frühen Phase liegt der Fokus auf der Wiedergewinnung der verlorenen Funktionen – also z.B. wieder sprechen, laufen, essen können. Ziel ist es, die vorhandenen Hirnfunktionsstörungen sowie die daraus resultierenden Aktivitätseinschränkungen eines Patienten zu rehabilitieren oder, falls dies nicht möglich sein sollte, diese so weit wie möglich zu verringern. In dieser frühen Phase setzen PatientInnen und Angehörige grosse Hoffnung auf eine vollständige Genesung und Wiederherstellung der beeinträchtigten Funktionen.

Viele Betroffene und deren Angehörige erfahren durch den direkten Vergleich mit dem «Früher» zum ersten Mal, welche Bedeutung die Veränderungen für ihr Leben haben wird.

Nach dem Spital

Nach dem Austritt aus dem Spital werden die Betroffenen und deren Angehörige mit den durch die Hirnverletzung bedingten Veränderungen konfrontiert. Viele Betroffene und deren Angehörige erfahren durch den direkten Vergleich mit dem «Früher» zum ersten Mal, welche Bedeutung die Veränderungen für ihr Leben haben wird. Dieses Erkennen und die grundsätzliche Frage, wie es mit einer solchen Behinderung im Leben weiter gehen soll, löst bei den meisten Betroffenen eine Krise aus. Nichts ist mehr so, wie es einmal war. Vieles, was bisher das Leben ausgemacht hat, woraus Kraft und Befriedigung geschöpft wurde, ist zerstört. In dieser Phase tauchen häufig Fragen auf wie «Welchen Sinn hat mein Leben noch?», «Wie soll es weitergehen?» «Bin ich noch der gleiche Mensch wie vorher?».

Neuorientierung

Neben der emotionalen Verarbeitung der erlittenen Beeinträchtigung geht es daher immer auch um eine Neuorientierung in einem Leben mit einer Behinderung. Es geht darum, sich an eine veränderte Situation mit veränderten Möglichkeiten und einer bleibenden Behinderung anzupassen. Wie diese Anpassung gelingt, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie Art und Lokalisation der Hirnschädigung, wo man gerade im Leben beruflich steht, dem sozialen Umfeld etc..

Nach einem solchen Einschnitt wieder seinen Platz im Leben zu finden, ist ein langer und steiniger Weg. Es ist normal, wenn man auf ein so belastendes Lebensereignis wie eine Hirnverletzung mit starken Gefühlen wie Trauer, Verunsicherung und Ängsten reagiert – auch für die Angehörigen. Aus diesem Grund sprechen wir auch nicht von Depression, sondern von Trauergefühlen und Verunsicherung. Doch wenn sie nie bearbeitet werden, kann es zu einer Erstarrung der Gefühle kommen, aus Trauer und Verzweiflung wird dann Depression.

Da die Veränderungen gravierend sind, vergehen diese Gefühle nicht einfach so. Es braucht eine längere Phase der bewussten Auseinandersetzung. Studien haben gezeigt, dass nicht bearbeitete

Trauergefühle auf Dauer zu einer Verringerung der Lebensqualität führen und der betroffene Mensch weniger gut von den einzelnen Funktionstherapien profitieren kann.

Es geht darum, sich an eine veränderte Situation mit veränderten Möglichkeiten und einer bleibenden Behinderung anzupassen.

Psychotherapie

In dieser Phase ist aus unserer Erfahrung eine professionelle Begleitung hilfreich, um mit der veränderten Situation umgehen zu lernen. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten. Eine Psychotherapie kann, neben anderen wichtigen Hilfen wie Gesprächen mit Verwandten, FreundInnen oder Selbsthilfegruppen, eine wichtige Begleitung sein, um den Verlust der bisherigen Normalität zu verarbeiten.

Eine herkömmliche Psychotherapie reicht jedoch nicht aus, um einem Menschen mit Hirnverletzung gerecht zu werden. Eine psychische Störung, verursacht durch eine Hirnverletzung, kann nicht gleich behandelt werden wie herkömmliche psychische Störungen. Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen nach einer Hirnverletzung braucht es immer auch die Perspektive, bzw. das Fachwissen der Neuropsychologin. Leider gibt es in der Schweiz nur sehr wenige PsychotherpeutInnen, die in beiden Fachrichtungen ausgebildet sind. Dies ist im Moment ein grosser Mangel. Dieser Mangel bewirkt, dass es für viele Menschen mit Hirnverletzung schwierig ist, eine geeignete Fachperson zu finden. Fragen Sie aus diesem Grund bei FRAGILE Suisse nach Adressen von geeigneten Fachpersonen, bevor Sie sich auf eine frustrierende Suche machen.

Ziel einer Psychotherapie ist es, gemeinsam neue Lösungsansätze zu erarbeiten, vorhandene Ressourcen zu aktivieren und so die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern.

Wichtige Themen sind dabei u.a.: Trauerarbeit, Wiedergewinnung von Selbstvertrauen, Aufrechterhalten des emotionalen Gleichgewichts, Schärfen der Selbstbeobachtung, Auswirkungen der Beeinträchtigungen im Alltag verstehen lernen, Zukunftsperspektiven erarbeiten. Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut bietet auch Unterstützung, damit die Betroffenen und ihre Angehörigen im Alltag besser mit den Veränderungen umzu-

Es ist normal, wenn man auf ein so belastendes Lebensereignis wie eine Hirnverletzung mit starken Gefühlen wie Trauer, Verunsicherung und Ängsten reagiert – auch für die Angehörigen.

gehen lernen. Dabei kommt der Auseinandersetzung mit den Krankheitsfolgen und veränderten Lebensumständen eine wesentliche Bedeutung zu.

Wie läuft eine Psychotherapie in der Regel ab? In einem ersten Schritt werden gemeinsam die individuellen Schwierigkeiten (z.B. verändertes Selbstbild, Trauergefühle) und persönliche Ziele (z.B. die eigene Reizbarkeit mindern) geklärt. In therapeutischen Gesprächen und Übungen werden die individuellen Ziele systematisch bearbeitet. Je nach Bedürfnissen wird die Therapie im Einzelsetting, zusammen mit der Partnerin/dem Partner oder der Familie durchgeführt. Eine solcher Prozess nimmt Monate bis Jahre in Anspruch. Es dauert lange, diese Verunsicherungen zu bewältigen und zu einer neuen Wirklichkeit zu gelangen; dies umso mehr, weil der Mensch mit Hirnverletzung mit Fähigkeiten auskommen muss, die zum Teil eingeschränkt sind, und mit einem Selbstbild, das verletzlicher ist als das einer Person ohne Hirnverletzung. Zu Beginn der Krankheitsverarbeitung steht meistens die Auseinandersetzung mit der erlittenen Hirnverletzung, deren Folgen für den Alltag und Bedeutung für die persönliche Integrität im Vordergrund.

Eine erfolgreiche Therapie bedeutet nicht, dass Gefühle der Trauer oder der Verzweiflung ganz weg sind. Es bedeutet vielmehr, dass der Mensch mit Hirnverletzung, nach einer intensiven Phase der Trauer und Bearbeitung dieser Gefühle, in seinem neuen veränderten Leben angekommen ist. Dass er die Veränderungen in sein Leben integriert hat und einen Weg für sich gefunden hat, wie er heute damit umgehen muss (z.B. sehr sorgsam mit den eigenen Energien haushalten). Dass er wieder weiss, wo er steht und was seine Stärken sind. Dass es zu keiner Erstarrung der Gefühle kommt, sondern dass der mit sich und seinem Erleben in Kontakt ist und daraus für das Leben schöpfen kann.

Krankheitsverarbeitung – was kann sonst noch helfen?
Es gibt keine Standardbehandlung. Jeder Mensch ist individuell mit all seinen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Vorlieben. Aus diesem Grund gibt es auch nicht DEN richtigen Weg bei der Krankheitsverarbeitung. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die hilfreich sind

und je nach Phase im Leben braucht man auch nicht immer genau das Gleiche. Wichtig: Probieren Sie aus, fragen Sie andere Menschen, besonders Menschen mit Hirnverletzung, was ihnen auf ihrem Weg geholfen hat und ganz wichtig: Vertrauen Sie auf Ihre innere Stimme.

- Selbsthilfegruppen oder Angehörigengruppen bei den Regionalvereinigungen von FRAGILE Suisse. Hier gilt auch: Probieren Sie es aus und verlassen Sie sich auf Ihr Gefühl, ob Sie sich verstanden und aufgehoben fühlen.
- Bildung FRAGILE Suisse: Verschiedene Kurse zu unterschiedlichen Themen, die speziell auf die Situation von Menschen mit Hirnverletzung zugeschnitten sind.
- Und dann gibt es natürlich eine grosse Palette von Aktivitäten, die sich in den Alltag integrieren lassen: Gespräch mit Freunden, Familie, Bewegung, Malgruppen, Entspannungsgruppen, Walking oder anderes.

Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen nach einer Hirnverletzung braucht es immer auch die Perspektive, bzw. das Fachwissen der Neuropsychologin.

6.2 Sozialberatung für Betroffene und Angehörige

Vor Menschen mit einer Hirnverletzung und ihren Angehörigen liegt ein langer Weg der Rehabilitation und des Zurückfindens in den Alltag. Je nach Phase stehen unterschiedliche Probleme an. Auch Angehörige müssen nebst der Unsicherheit über den gesundheitlichen Verlauf mit vielen anderen Problemen fertig werden. Oft müssen sie den gesamten Alltag neu organisieren und dafür die unterschiedlichsten Ansprechpersonen kontaktieren. Diese und andere Fragen stehen an: Wie ist der Versicherungsschutz? Wann informiere ich den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin worüber? Welche Kriterien gelten für einen Reha-Aufenthalt? Wann ist eine Rückkehr in die Familie möglich, oder welche anderen Wohnmöglichkeiten gibt es nach dem Spital- oder Reha-Aufenthalt? Müssen bauliche Veränderungen geplant werden? Gibt es Entlastungsmöglichkeiten bei der Betreuung? Es ist immer wieder abzuklären, wer für welche Kosten aufkommt und welche Ansprüche bei Versicherungen bestehen.

Vor allem Angehörige müssen nebst der Unsicherheit über den gesundheitlichen Verlauf mit vielen anderen Problemen fertig werden.

Muss die bisherige Aufgabenverteilung innerhalb der Familie verändert werden, kann auch dies zu zusätzlichen Fragen und Unsicher-

heiten führen. War die Ehefrau zum Beispiel für die Organisation des Haushaltes und die Kinderbetreuung zuständig und der Ehemann für das Familieneinkommen, so hat eine Neuverteilung erhebliche Folgen für das Selbstverständnis, die persönlichen und beruflichen Perspektiven aller Beteiligten.

Viele Ängste und Unsicherheiten müssen ausgehalten und ausgestanden werden. Allein die Verantwortung für die Familie zu haben und allen Ansprüchen gerecht zu werden, kann über kurz oder lang in eine chronische Stresssituation führen.

In dieser Situation ist es wichtig, dass auch Angehörige fachkundige Ansprechpersonen haben. Im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen geht man noch oft davon aus, dass der Hausarzt der hauptsächliche Ansprechpartner ist, was angesichts der Komplexität der Situation oft nicht ausreicht. Eine erste Anlaufstelle ist daher die Helpline 0800 256 256 von FRAGILE Suisse, eine Gratis-Telefonnummer für Betroffene und Angehörige. Dort können Anrufende ihre Situation besprechen und gemeinsam mit der Beraterin nach Lösungen suchen. Bei der Helpline kann man alle Themen ansprechen, je nach Anliegen werden die Anrufenden aber anschliessend an andere Fachstellen oder an die Regionalvereinigungen von FRAGILE Suisse verwiesen.

Eine erste Anlaufstelle ist die Helpline von FRAGILE Suisse. Fachpersonen beraten, helfen weiter, informieren. Gratis und anonym. Die telefonische Beratung ist für betroffene Personen, für Angehörige und für Fachleute.
0800 256 256

Die meisten Spitäler und Rehakliniken verfügen über einen Sozialdienst und teilweise auch über psychologische Beratungsangebote. Diese Fachpersonen können die nötige Unterstützung anbieten und mit den Betroffenen gemeinsam nach geeigneten Lösungen suchen.

In jedem Kanton gibt es Beratungsstellen von Pro Infirmis oder Pro Senectute. Pro Infirmis bietet Beratung an für Menschen mit einer Behinderung und deren Angehörige bis zum Pensionsalter. Pro Senectute deckt die Beratung ab für Menschen über 65. Bei einer Hirnverletzung aufgrund eines Tumors kann auch die Krebsliga kontaktiert werden. Sozialdienste der Gemeinden bieten ganz verschiedene Dienstleistungen an und sind oft sehr bestrebt, Angehörige in ihrer veränderten Situation zu unterstützen.

Es ist sinnvoll, sehr früh mit einer geeigneten Beratungsstelle Kontakt aufzunehmen.

6.3 Wohnen

Nach der stationären Rehabilitation steht die Frage an, wo der Mensch mit Hirnverletzung in Zukunft wohnen wird, und wer ihn allenfalls betreut.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass eine Hirnverletzung individuell ganz verschiedene Beeinträchtigungen mit sich bringt. Jede Hirnverletzung ist anders, und das Einordnen der Beeinträchtigungen und Fähigkeiten wird dadurch erschwert, dass viele Menschen mit Hirnverletzung auf bestimmten Gebieten grosse Einbussen erlitten haben, ohne dass das zu vollständiger Hilflosigkeit führt. Andererseits können auch Jahre nach der Hirnverletzung noch Fortschritte erzielt werden; bei FRAGILE Suisse sind zahlreiche solche Situationen bekannt. Es ist daher oft schwierig, für einen Menschen mit Hirnverletzung mittel- oder langfristig eine geeignete Wohnform zu finden.

Dieses so sehr unterschiedliche Krankheitsbild führt auch dazu, dass es sehr schwierig sein kann, für einen Menschen mit Hirnverletzung langfristig oder zumindest mittelfristig eine geeignete Wohnform zu finden.

Verstreut in der ganzen Schweiz gibt es mittlerweile Einrichtungen speziell für Menschen mit Hirnverletzung. Das Problem besteht darin, dass nicht alle Einrichtungen in allen Regionen der Schweiz gleichermassen vorhanden sind. Wer eine spezifische Einrichtung in seiner Region sucht, sollte sich an die FRAGILE-Helpline 0800 256 256 wenden, an eine Pro Infirmis-Beratungsstelle in der Nähe oder auch an die zuständige kantonale Gesundheitsbehörde. Die folgenden Wohnmöglichkeiten sind deshalb als Typenbeschreibung zu verstehen, es stehen nicht immer überall Einrichtungen jeden Typs zur Verfügung, und die Finanzierung kann Probleme verursachen.

Zu Hause
Es ist ideal, wenn die betroffene Person wieder zu Hause wohnen kann. Anpassungen der Einrichtung oder notwendige Umbau-Massnahmen sollten rechtzeitig und gemeinsam mit Fachpersonen

Kann ein Angehöriger oder eine Angehörige die Pflege übernehmen, so sollten sie gut überlegen, ob der Aufwand auf Dauer zu verkraften ist, und welche Institutionen hier allenfalls Unterstützung bieten.

abgeklärt werden. Kann ein Angehöriger oder eine Angehörige die Pflege und Betreuung übernehmen, so sollte er oder sie gut überlegen, wie der Aufwand auf Dauer zu verkraften ist, und welche Institutionen Unterstützung anbieten. Spitex-Leistungen sind in fast allen Regionen der Schweiz erhältlich, manchmal steht auch eine Tagesklinik zur Verfügung, in der der Betroffene tage- oder stundenweise betreut wird, um die Angehörigen zu entlasten. Auch private Hausbetreuungsdienste bieten in vielen Regionen Unterstützung an.

Seit 2012 gibt es die Möglichkeit, bei der IV den Assistenzbeitrag zu beantragen. Damit können sich Betroffene selbst Unterstützung organisieren.

FRAGILE Suisse bietet das Begleitete Wohnen an. Eine Dienstleistung, bei der ausgebildete Fachpersonen Betroffene und Angehörige stundenweise dabei unterstützen, sich die Fähigkeiten (wieder) anzueignen und ein Umfeld aufzubauen, mit denen selbstständiges Wohnen in den eigenen vier Wänden möglich bleibt oder wieder wird.

In einer Institution

Ist ein Wohnen zu Hause auch mit externer Unterstützung nicht möglich, muss eine entsprechende betreute Wohnmöglichkeit gesucht werden. Neben den spezialisierten Wohnformen gibt es auch Einrichtungen für Langzeitrehabilitation oder zeitlich begrenzte Ferien-Aufenthalte. In solchen Zentren werden die Fähigkeiten für ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden sowie erste Schritte zurück in den Beruf systematisch trainiert.

Es ist möglich, dass sich in einer ungeeigneten Wohnsituation bestimmte Auswirkungen der Hirnverletzung wie zum Beispiel aggressives Verhalten verstärken.

Es gibt verschiedene kleinere Wohnheime, in denen Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen leben. Sie sind so eingerichtet, dass sie den BewohnerInnen eine grösstmögliche Selbstständigkeit und Individualität ermöglichen, aber gleichzeitig auch Pflege, Therapien und behindertengerechte Einrichtungen anbieten. Die Helpline 0800 256 256 kann Ihnen weiterhelfen.
Noch schwieriger ist es für Menschen, einen Platz zu finden, deren medizinische Rehabilitation für den Moment abgeschlossen ist, die

jedoch vollständig betreuungsbedürftig sind. In spezialisierten Wohnheimen können sie auf Dauer leben und erhalten spezifische Pflege und Förderung.

Die oft genug einzig verfügbare Möglichkeit ist ein Pflegeheim oder Altersheim. In diesen Einrichtungen ist es aber sehr schwierig, Menschen mit Hirnverletzung die spezialisierte Pflege, Förderung und Therapie zukommen zu lassen, die sie benötigen, um weitere Fortschritte zu erzielen. Andererseits können sie von ihren Angehörigen häufiger besucht werden. Vor allem jüngere Menschen mit Hirnverletzung können sehr darunter leiden, wenn sie mit Menschen mit schwerer Demenz, anderen Beeinträchtigungen oder sehr alten Menschen zusammen leben müssen. Es ist möglich, dass sich in einer ungeeigneten Wohnsituation bestimmte Auswirkungen der Hirnverletzung wie zum Beispiel aggressives Verhalten verstärken. Unter Umständen lohnt sich deshalb eine Unterbringung, die weiter entfernt ist vom früheren Wohnort, wenn woanders keine geeignete Einrichtung für Menschen mit Hirnverletzung gefunden werden kann.

In jedem Fall sind die Kosten und deren Finanzierung vorab zu klären. Während heute für sozialpädagogisch orientierte Wohnheime die Kantone Beiträge leisten, sind es in Pflegeheimen die Krankenkassen, die einen Teil der medizinischen Kosten decken. Die Taxen, die durch die Betroffenen selbst zu bezahlen sind, müssen aus dem Einkommen, Vermögen, allenfalls Ergänzungsleistungen oder sogar aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert werden.

Für die meisten sehr pflegebedürftigen Menschen mit Hirnverletzung bleibt deswegen oft nur ein Platz in einem Pflegeheim, weil die wenigsten Angehörigen auf Dauer in der Lage sind, die intensive Pflege zu Hause zu leisten.

6.4 Selbsthilfegruppen

Der erste Schritt zur Gründung der damaligen Schweizerischen Vereinigung für hirnverletzte Menschen, die heutige FRAGILE Suisse, war die Bildung von Selbsthilfegruppen. Das hat seine Gründe. Wer mit einer Hirnverletzung leben muss, gerät leicht in die Gefahr, sich von seiner Umgebung zu isolieren. So vieles hat sich verändert, der Mensch mit Hirnverletzung scheint nicht mehr

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist für viele Betroffene und Angehörige ein wichtiger Schritt, sich mit der Hirnverletzung auseinander zu setzen und sich mit anderen auszutauschen.

der gleiche zu sein wie vorher. Frühere Bekannte und FreundInnen reagieren verunsichert bis verständnislos, die Betroffenen und ihre Angehörigen ziehen sich zurück. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist für viele Betroffene und Angehörige ein wichtiger Schritt, sich mit der Hirnverletzung auseinander zu setzen und sich mit anderen auszutauschen. Es ist oft der erste Schritt in ein neues Leben.

Bei FRAGILE Suisse werden die Selbsthilfegruppen von den Regionalvereinigungen organisiert. Sie unterscheiden sich deshalb alle ein wenig. So gibt es Gruppen nur für Betroffene, nur für Angehörige oder gemischte. Zum Beispiel treffen sich Betroffene und Angehörige zur selben Zeit am selben Ort, aber in getrennten Räumen. In manchen Gruppen wird nur miteinander geredet, andere unternehmen auch gemeinsam Ausflüge oder andere Aktivitäten. Die Betroffenenorganisation Aphasie Suisse bietet Selbsthilfegruppen an, die speziell sprachliche Beeinträchtigungen berücksichtigen.

Gemeinsam sind aber allen Gruppen die folgenden Grundsätze:

- Selbsthilfe bedeutet, dass alle in der Gruppe gleichberechtigt sind, und dass man nicht einfach eine Dienstleistung entgegen nimmt, sondern alle in der Gruppe nehmen und geben sollten. Die Idee dahinter ist, dass Betroffene und Angehörige Experten in eigener Sache sind, die von den Erfahrungen der anderen genauso profitieren wie sie selber ihre Erfahrungen für die anderen nutzbringend weitergeben können.
- Alle Selbsthilfegruppen beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Jeder kommt und geht so oft wie er oder sie will und beschliesst seine oder ihre eigene Teilnahme nach eigenem Belieben. Eine regelmässige Teilnahme ist zwar wünschenswert, damit sich ein gewisses Vertrauen aufbauen kann, wird aber nicht verlangt. Oftmals zwingen gesundheitliche Gründe, Therapien, Reha-Aufenthalte oder schwierige Situationen zu Hause die TeilnehmerInnen, eine Weile auszusetzen.
- Ebenso wird niemand gezwungen, das Wort zu ergreifen. Wichtig ist die Regel, dass nichts nach aussen getragen wird, was in der Gruppe besprochen wird.

Alle Gruppen bei FRAGILE Suisse werden von ModeratorInnen begleitet. Wie ihr Name sagt, leiten sie die Gruppe weniger, als dass sie dafür sorgen, dass bestimmte Regeln eingehalten werden wie: Ausreden lassen, evtl. beim Thema bleiben, wenn eines festgelegt wurde, oder sie achten darauf, dass auch die Schüchternen zu Wort kommen und nicht nur die VielrednerInnen. In manchen Regionalvereinigungen treffen sich die ModeratorInnen regelmässig und bilden sich weiter, wenn sie nicht schon aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung besonders gut vorbereitet sind auf diese Aufgabe. Auch die Gruppen sind unterschiedlich, je nachdem wo sie stattfinden und wie sie zusammengesetzt sind. Es gibt Gruppen, die sehr vom Engagement der Moderatorin oder des Moderators geprägt sind und solche, die starke Eigeninitative zeigen. Doch alle haben ein Ziel, nämlich Menschen mit Hirnverletzung und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, mit der schwierigen neuen Lebenssituation besser zurecht zu kommen. Eine Moderatorin formuliert es so: «Ich möchte deswegen alle ermutigen, diesen Schritt zu wagen. Es gibt kein Risiko, man kann nur gewinnen.»

Auf der Website von FRAGILE Suisse (www.fragile.ch) und im Magazin von FRAGILE Suisse kann man sich aktuell darüber informieren, welche Gruppen es wo gibt, und bei wem man sich melden kann.

Doch alle haben ein Ziel, nämlich Menschen mit Hirnverletzung und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, mit der schwierigen neuen Lebenssituation besser zurecht zu kommen.

6.5 Zurück in den Beruf

Für Menschen mit Hirnverletzung stellt sich im Lauf der Rehabilitation die Frage, ob und in welcher Form sie nach ihrer «Rückkehr ins Leben» wieder arbeiten. Die Wiedereingliederung Betroffener in die Arbeitswelt fällt selten leicht. Einzelne schaffen den Sprung zurück zwar relativ problem- und folgenlos, aber für die meisten ist es ein steiniger Weg. Bei vielen ist ein Wiedereinstieg nicht mehr möglich. Das Ganze ist ein Prozess, der sehr komplex ist und daher viel länger dauert als beispielsweise die berufliche Rehabilitation nach einer schweren Körperverletzung.
Am Anfang versuchen viele Betroffene, unter grösster Anstrengung die frühere Arbeitsleistung zu erbringen. Sie wollen beweisen, dass

Das Ganze ist ein Prozess, der sehr komplex ist und daher viel länger dauert als beispielsweise die berufliche Rehabilitation nach einer schweren Körperverletzung.

sie noch alles können wie vorher und geraten dabei nicht selten an den Rand der Erschöpfung. Manchmal braucht es mehrere Jahre, bis die bleibenden Behinderungen klar sind und der Mensch mit Hirnverletzung erfassen kann, dass es einfach nicht mehr ist wie vorher.

Einflüsse der Hirnverletzung auf das Arbeitsvermögen

Die Auswirkungen neuropsychologischer Störungen auf das Arbeitsvermögen sind sehr unterschiedlich. Die Einflüsse hängen nur zum Teil vom Schweregrad der Hirnverletzung ab. Meist sind es nicht die offensichtlichen, sondern die unsichtbaren Behinderungen, die zum Versagen am Arbeitsplatz führen. Ausserdem hängt das Arbeitsvermögen auch von den spezifischen Leistungsanforderungen eines Berufes ab. Je nach Tätigkeit können bereits geringfügige Leistungseinbussen zur Folge haben, dass der bisherige Beruf nie mehr ausgeübt werden kann. So ist zum Beispiel für einen Fahrlehrer mit leichten Aufmerksamkeitsstörungen die weitere Berufsausübung bereits unmöglich. Eine Radioreporterin mit Wortfindungsstörungen kann ihren Beruf «an der Front» nicht mehr ausüben, und ein Bankdirektor mit Gedächtnisstörungen hat keine Chance mehr, in seiner Position zu bestehen.

Folgende möglichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz nennt der Neuropsychologe Peter Bucher:

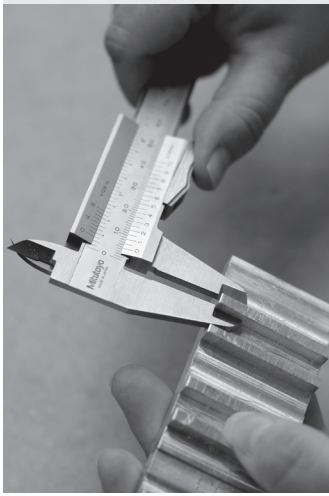
- Arbeitseinstellung: Aufmerksamkeitsstörungen oder Probleme beim Setzen der Prioritäten können den Eindruck mangelnder Arbeitsmoral hervorrufen.
- Ausdauer: Verminderte Belastbarkeit bei geistiger Anstrengung verringert die Ausdauer.
- Arbeitstempo, Effizienz: Durch die generell reduzierte Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung ist das Arbeitstempo verlangsamt. Wahrnehmungsstörungen, die durch zeitlichen Mehraufwand zum Teil kompensierbar sind, führen ebenfalls zu verlangsamten Arbeitsabläufen. Umständliches Problemlösungsverhalten ist zeitraubend. Diese geistigen Leistungseinbussen können zu deutlicher Arbeitsineffizienz führen oder, wenn der/die Betroffene im Team arbeiten soll, einen Einsatz gar verunmöglichen.
- Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit: Wenn jemand vergesslich ist, wird

Zuverlässigkeit unmöglich. Schlechtes Zeitgefühl erschwert die Pünktlichkeit.

- Kommunikationsfähigkeit: Wortkargheit oder fehlende Kommunikationsinitiative als Folge sprachlicher Ausdrucksstörungen und/oder Verständnisschwierigkeiten erschweren den zwischenmenschlichen Kontakt. Immer wiederkehrende Äusserungen infolge Gedächtnisstörungen oder mangelnder Flexibilität machen ein Gespräch mühsam und behindern den Informationsaustausch.
- Sozialverhalten: Störungen der Verhaltenssteuerung wie Distanzlosigkeit oder aggressive Tendenzen können die Teamfähigkeit gefährden.
- Selbstständigkeit: Antriebsarmut kann den Eindruck von Interesselosigkeit erwecken. Schwierigkeiten im eigenständigen Problemlösen verhindern selbstständiges Arbeiten, wenn neue Situationen auftauchen.
- Ordentlichkeit: Eine vernachlässigte Körperpflege und Bekleidung, zu der Wahrnehmungs- und Planungsstörungen manchmal führen, hinterlassen am Arbeitsplatz einen ungünstigen Eindruck.

Generell: Stimmt die Selbsteinschätzung des Menschen mit Hirnverletzung nicht mit der des beruflichen Umfeldes überein, kann das in Frustration für alle Beteiligten münden.

Meist sind es nicht die offensichtlichen, sondern die unsichtbaren Behinderungen, die zum Versagen am Arbeitsplatz führen.



Je nach Art und Ausmass der Hirnverletzung kann eine betroffene Person teilweise reintegriert werden, indem der Arbeitsablauf umgestaltet wird. Etwa, in dem die qualitativen Anforderungen reduziert werden – keine Teamverantwortung mehr, sondern nur noch administrative Aufgaben; keine stundenlange Hochpräzisionsarbeit, sondern leichte Routinearbeit. Liegt das Problem nicht so sehr in der qualitativen Arbeitsleistung, sondern in einer verminderten zeitlichen Belastbarkeit, kann ein zeitlich dosierter Teileinsatz die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ermöglichen.

Berufliche Abklärung, Vorbereitung, Arbeitstraining

Rehabilitationskliniken und spezialisierte Abklärungszentren führen spezielle Abklärungs- und Arbeitstrainingsprogramme für Patientinnen und Patienten mit einer Hirnverletzung durch. Dabei werden die Betroffenen sorgfältig auf den beruflichen Wiedereinstieg vorbereitet. Es werden fachliches Wissen und Können trainiert, die Belastbarkeit gesteigert, Lern- und Arbeitstechniken vermittelt,

Je nach Art und Ausmass der Hirnverletzung kann eine betroffene Person teilweise reintegriert werden, indem der Arbeitsablauf umgestaltet wird.

Arbeits- und Ausbildungsstellen gesucht und Anschlusslösungen vorbereitet.

Die besondere Schwierigkeit bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit Hirnverletzung besteht darin, dass sie keinen Massstab mehr haben, ausser denjenigen von früher. Man muss sich deshalb Schritt für Schritt herantasten, wie die verbliebenen Fähigkeiten sind und wo sich eventuell berufliche Nischen finden lassen. Ein heikler Prozess, der Geduld und Zeit erfordert. Wichtig ist, dass man die Betroffenen früh mit beruflichen Übungen abholt, möglichst noch in der medizinischen Phase und nicht erst nach Monaten, wenn Einschränkungen chronisch zu werden drohen. Bei einer Frühintervention beginnt man mit einer Belastung von einer bis anderthalb Stunden täglich, worauf man die Belastung kontinuierlich erweitert. Ein solch niederschwelliger Einstieg entspricht dem Gedanken einer ganzheitlichen Rehabilitation, doch leider gibt es dafür noch wenig Angebote.

Bei der beruflichen Wiedereingliederung ist es wichtig, dass man sich auf realistische Ziele einigt. Es hat keinen Sinn, Lösungen zu suchen, die den Menschen mit Hirnverletzung im Alltag überfordern. Bei einer schweren oder mittelschweren Hirnverletzung muss das Ziel möglicherweise eher lauten, eine gute Lebensqualität zu erreichen, statt um jeden Preis wieder eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen. Bei manchen Menschen mit Hirnverletzung stehen schliesslich ganz andere Zielsetzungen im Vordergrund – Lebensqualität, eine Tagesstruktur, das Funktionieren einer Familie.

Die besondere Schwierigkeit bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit Hirnverletzung besteht darin, dass sie keinen Massstab mehr haben, ausser denjenigen von früher.

Dem steht allerdings die gesellschaftliche Werteskala gegenüber, auf der berufliche Leistung und Karriere ganz oben rangieren. Viele Menschen definieren sich heute einzig über ihren Beruf. Sie beziehen aus der Arbeit nicht nur ein Salär und finanzieren damit einen entsprechenden Lebensstil, sondern leiten auch ihr Selbstbewusstsein, ihre Identität daraus ab. In diesem Spannungsfeld gilt es, eine gangbare Lösung zu finden.

Ressourcen fördern

Unfallversicherer und die eidg. Invalidenversicherung beschäftigen zu diesem Zweck interne oder externe Coaches, um Menschen langfristig dabei zu unterstützen, im Arbeitsleben wieder Fuss zu fassen. Ein solcher Coach oder Case Manager kommt zum Einsatz, wenn Invalidität bei komplizierten Sachverhalten droht. Er erarbeitet Eingliederungsprogramme und koordiniert die Aktivitäten verschiedener Kostenträger sowie aller an der Rehabilitation Beteiligten. Dabei soll von den Ressourcen eines Menschen ausgegangen werden, nicht von seinen Defiziten. Für diese vorhandenen Ressourcen wird dann gemeinsam eine Nische auf dem Arbeitsmarkt gesucht, was natürlich ein sehr individuelles Vorgehen erfordert.

Bei der beruflichen Wiedereingliederung ist es wichtig, dass man sich auf realistische Ziele einigt.

Bei allen aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Leistung eingeschränkten Erwerbstätigen ist grundsätzlich die Invalidenversicherung für die berufliche Wiedereingliederung zuständig. Sie hat die Aufgabe, die Betroffenen im Wiedereingliederungsprozess zu unterstützen und zu beraten, als Coach und Koordinator. Es ist sehr wichtig, dass man sich umgehend bei der IV anmeldet, wenn eine bleibende Einschränkung in der bisherigen Berufstätigkeit befürchtet werden muss. Für berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV gibt es – im Gegensatz etwa zu IV-Renten – keine Wartefristen!

Die Invalidenversicherung hat die Aufgabe, die Betroffenen im Wiedereingliederungsprozess zu unterstützen und zu beraten, als Coach und Koordinator.

Eine schwere Hirnverletzung bringt nicht nur Kummer und Schmerz mit sich, sondern auch ganz erhebliche finanzielle Folgen. Es ist daher von grosser Wichtigkeit, sich so bald wie möglich darum zu kümmern, wer die Behandlungskosten und allfällige weitere Kosten trägt.

7.1 Öffentlich rechtliche Versicherungen

Im Falle einer Hirnverletzung und der damit oftmals verbundenen Invalidität bestehen nachfolgende Leistungen von staatlichen Sozialversicherungen:

Invalidenversicherung:
Die Invalidenversicherung spricht bei Unfall oder Krankheit Leistungen zu. Versichert sind alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, welche während mindestens drei Jahren AHV-Beiträge bezahlt haben. Bei EU-Bürgern werden Beitragszeiten des EU-Auslandes ebenfalls angerechnet. Die IV offeriert primär berufliche Eingliederung mit Integrationsmassnahmen und Umschulung. Sofern eine berufliche Eingliederung nicht bewerkstelligt werden kann, spricht sie eine Invalidenrente zu. Die Höhe der Invalidenrente ist abhängig von den bisher eintrichteten AHV-Beiträgen. Voraussetzung für Rentenleistungen ist in der Regel eine während eines Jahres andauernde Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 Prozent. Die IV kann zudem eine monatliche Hilflosenentschädigung zusprechen. Diese wird abgestuft in leichte, mittlere und schwere Hilflosigkeit.

Sobald sich abzeichnet, dass die Gesundheit bleibend beeinträchtigt ist, sollte eine IV-Anmeldung vorgenommen werden.

Ergänzungsleistungen:
Ergänzungsleistungen werden als Zusatz zu den Rentenleistungen der IV oder AHV gesprochen, um ein minimales, von den konkreten Ausgaben abhängiges Grundeinkommen zu garantieren. Vorausgesetzt ist der Erhalt einer IV- oder AHV-Rente oder einer Hilflosenentschädigung der IV und dass die gesetzlich vorgege-

Klären Sie deshalb mit dem Sozialdienst oder Ihrem Rechtsanwalt ab, ob Sie auf entsprechende Versicherungleistungen zurückgreifen können.

benen Einkommens- und Vermögenslimiten nicht überschritten werden. Zusätzlich besteht der Anspruch auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Je nach Kanton sind Zusatzleistungen möglich.

Unfallversicherung:
Die Unfallversicherung ist für alle unselbstständig Erwerbenden in der Schweiz obligatorisch. Die Unfallversicherung bietet nach Arbeits- und Nichtbetriebsunfall sowie Berufskrankheit Lohnersatzleistungen in der Form von Taggeld und bei bleibender Erwerbsunfähigkeit eine Invalidenrente. Versichert sind maximal 80 Prozent des vor dem Unfall erzielten Brutto-Einkommens wobei ein maximal versichertes Einkommen von CHF 148 200.– (Stand 2022) gilt. Bei Teilarbeitsunfähigkeit wird proportional gekürzt. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung – wiederum abgestuft in leicht, mittel, schwer. Zudem wird bei bleibenden körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen eine genugtuungsähnliche Einmal-Entschädigung, die sogenannte Integritätsentschädigung ausgerichtet.

Bei unfallbedingter Gesundheitsschädigung gibt es Koordinationsregeln für die Leistungen von IV und Unfallversicherung.

Pensionskasse:
Unselbstständig Erwerbende, die jährlich mehr als CHF 21 510.– (Stand 2022) Bruttoeinkommen erzielen, müssen für ihre Altersvorsorge Sparbeiträge an die Pensionskassen entrichten. Nebst Altersleistungen ist hier auch das Risiko Invalidität versichert. Massgeblich für die Invalidenrente aus BVG ist der Rentenentscheid der Invalidenversicherung, wobei – je nach Reglement – im überobligatorischen Bereich auch schon Invalidenrenten ab einer Beeinträchtigung von über 25 Prozent zugesprochen werden können. Zum Verhältnis der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und den Invalidenleistungen aus der Pensionskasse gibt es Koordinationsbestimmungen.

Krankenkasse:
Der Abschluss einer Krankenkasse ist für jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch. Die Krankenkasse kommt für die krankheits- und unfallbedingten Heilungskosten auf. Bei Unfällen und Berufskrankheiten, die von der obligatorischen Unfallversicherung gedeckt sind, werden die Heilungskosten von der Unfallversicherung getragen.

Eine Krankentaggeldversicherung zahlt im Idealfall während 720 Tagen Taggeldleistungen im Umfang von 80 Prozent des Vorjahresverdienstes.

7.2 Haftpflichtversicherung des Schadenverursachers

Die Haftpflichtversicherung ist privatrechtlich geregelt, in gewissen Bereichen aber obligatorisch, z.B. für Motorfahrzeuge. In anderen Bereichen ist sie freiwillig, z.B. der Abschluss einer Privathaftpflichtversicherung.

Wurde ein Schaden schuldhaft oder aufgrund einer Betriebsgefahr (z.B. durch ein Motorfahrzeug) verursacht, besteht eine Haftung für den über den von den Sozialversicherungen hinausgehenden Schaden. Ein Geschädigter soll durch den Unfall keinen vermögensrechtlichen Schaden erleiden, was bedeutet, dass derjenige Anteil, der nicht ohnehin von den Sozialversicherungen gedeckt wird, vom Haftpflichtigen, respektive dessen Haftpflichtversicherung zu übernehmen ist. Nebst Schadenausgleich richtet die Haftpflichtversicherung bei schwereren Verletzungen auch ein Schmerzensgeld in Form einer Genugtuung aus.
Der Schadenverursacher haftet auch, wenn er nicht versichert ist. Es stellt sich allerdings die Frage, ob er finanziell in der Lage ist, für den Schaden aufzukommen, wenn keine Haftpflichtversicherung besteht.

Die Rechtsschutzversicherung deckt die gesamten Rechtsverfolgungskosten ab, also eigene Anwaltskosten, allfällige Gerichtskosten und Prozessentschädigungen an die Gegenseite.

Opferhilfe:
Wird jemand Opfer einer Straftat, kann er Opferhilfe beanspruchen, wenn der Täter/die Täterin bzw. deren Versicherung keine oder keine genügende Leistung erbringt. Die Opferhilfestellen bieten auch rechtliche Beratung an.

7.3 Private Versicherungsleistungen

Die Schweiz ist ein Land mit einer sehr hohen Versicherungsdichte. Viele Risiken sind doppelt oder gar dreifach versichert, ohne dass die versicherten Personen das wissen. Privatversicherungen werden oftmals in Versicherungspaketen abgeschlossen, deren Inhalt für den Versicherungsnehmer nicht immer transparent ist. Klären Sie deshalb mit dem Sozialdienst oder Ihrer Rechtsanwältin, Ihrem Rechtsanwalt ab, ob Sie auf entsprechende Versicherungsleistungen zurückgreifen können. Neben den staatlichen Leistungen können im Invaliditätsfall Leistungen der nachfolgenden privaten Versicherungen zum Tragen kommen:

Erwerbsausfallversicherung:
Es kann eine Erwerbsausfallversicherung bestehen. Diese ist individuell ausgestaltet und erbringt vertraglich vereinbarte Leistungen während der Erwerbsunfähigkeit.

Krankentaggeld:
Im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses besteht ein gesetzlicher Lohnfortzahlungsanspruch bei Krankheit (obligatorisch sind je nach Dauer des Arbeitsverhältnisses mindestens 3 Wochen bis zu 6 Monaten). Oftmals schliesst ein Arbeitgeber eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung für seine Angestellten ab, um das Krankheitsrisiko seiner Angestellten auf eine Versicherungsgesellschaft zu überwälzen. Die Krankentaggeldversicherung zahlt im Regelfall bei voller Arbeitsunfähigkeit während 730 Tagen 80 Prozent des Bruttolohnes. Bei tieferer Arbeitsunfähigkeit zahlt sie ein entsprechend reduziertes Taggeld. Auch hier bestehen Koordinationsregeln zu anderen Versicherungsleistungen.

Deswegen ist eine erste rechtliche Beratung bereits unmittelbar nach dem Unfall ratsam.

UVG Zusatzversicherung:
UVG-Zusatzversicherung: Die Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung deckt auf privater Basis weitere, über das Unfallversicherungsgesetz hinaus gehende Leistungen ab. Oftmals wird durch die UVGZ-Versicherung das Taggeld auf 100 Prozent des Vorjahreslohnes erhöht (statt der gesetzlichen 80 Prozent), oder der gemäss Unfallversicherungsgesetz maximale versicherte Verdienst auf über CHF 148 200.– erhöht.

Krankenkassenzusatzversicherung:
Mit den Krankenkassen werden oft Zusatzversicherungen abgeschlossen, die insbesondere bei Unfällen erhebliche Invaliditätskapitalien ausrichten. In seltenen Fällen ist auch Invalidität aus Krankheit versichert. Bei bleibenden Gesundheitsbeeinträchtigungen lohnt es sich jedenfalls, die Krankenkassenpolice auf allfällige Zusatzversicherungen zu überprüfen.

Autoinsassenversicherung:
Wenn eine Autoinsassenversicherung für das Fahrzeug abgeschlossen ist und jemand im Innern des Fahrzeuges verletzt wird, besteht ein Leistungsanspruch. Die Versicherungsleistungen definieren sich nach Massgabe der jeweiligen Police. Gängig sind Taggelder, Heilungskosten und Invaliditätskapitalien.

Rechtsschutzversicherung:
Die Rechtsschutzversicherung deckt die Rechtsverfolgungskosten ab, also eigene Anwaltskosten, allfällige Gerichtskosten und Prozessentschädigungen an die Gegenseite. Rechtsschutzversicherungen kommen aber auch für Gutachterkosten auf. Sie können einzeln abgeschlossen werden, sind aber oftmals auch Gegenstand von Zusatzversicherungen, insbesondere bei Krankenkassen. Eine Rechtsschutzdeckung kann aber auch über andere Personen bestehen, z.B. beim Wohnen im gemeinsamen Haushalt. Oft besteht auch auf dem bei einem Unfall beteiligten Fahrzeug eine Rechtsschutzversicherung. Rechtsverfolgungskosten können sehr hoch sein.

Wichtig ist ebenfalls, dass Sie klarstellen, dass Ihr Anwalt nicht nebenbei noch die Versicherungsgesellschaft vertritt, gegen welche Sie Ansprüche stellen.

7.4 Die richtige und rechtzeitige Anwaltswahl

Bei einer Hirnverletzung oder anderen körperlichen Schäden kommen eine Vielzahl von Versicherungen als Leistungsansprecher in Frage. Daraus ergeben sich komplexe Koordinationsfragen. Zudem laufen ab Unfall oder Ereigniseintritt Verjährungsfristen, die teilweise sehr kurz bemessen sind. Bei schwerwiegenden Körperschäden ist daher eine rechtliche Beratung innerhalb des ersten halben Jahres nach Unfall ratsam. Wichtig ist, dass die Betroffenen zu spezialisierten Anwältinnen und Anwälten gelangen. FRAGILE Suisse und die Rechtsberatungsstelle für Unfallopfer und Patienten (UP) stehen sowohl für Auskünfte als auch für die Anwaltswahl zur Verfügung. Der Einbezug einer Anwältin, eines Anwaltes ist unbedingt geboten, wenn es um Begutachtungen und Vergleichsabschlüsse geht, aber auch bei laufenden gerichtlichen Verfahren.

Wer bezahlt das Anwaltshonorar? Folgende Kostenträger kommen für das Anwaltshonorar in Frage:

Rechtsschutzversicherung: Die Rechtsschutzversicherung deckt Anwalts- und Gerichtskosten meist bis zu einer vertraglichen Limite. Ebenfalls im Versicherungsschutz enthalten sind in der Regel die Kosten von nötigen privaten medizinischen Gutachten. Da die jährliche Prämie tief ist, ist eine Rechtsschutzversicherung jedermann zu empfehlen. Die Rechtsschutzversicherung zahlt jedoch nur, wenn sie vor dem Unfall abgeschlossen wurde. Ebenfalls gilt zu beachten, dass Rechtsschutzversicherungen nur Grundtarife für Anwälte abdecken. Sie sollten mit Ihrem Anwalt klären, ob die Grundtarife der Rechtsschutzversicherung und das vereinbarte Anwaltshonorar übereinstimmen.

Schädiger (Schadenverusacher): Grundsätzlich ist der Schädiger (bzw. seine Haftpflichtversicherung) verpflichtet, die Anwaltskosten zu bezahlen, wenn er die Schuld am Unfall trägt. Bei einer teilweisen Mitschuld am Unfall werden die Anwaltskosten nur im Rahmen der Haftungsquote übernommen.

Wie hoch ist das Anwaltshonorar? Die Höhe des Anwaltshonorars richtet sich nach der jeweiligen kantonalen Tarifordnung. Massgebend für die Höhe des Anwalthonorars ist gegebenenfalls auch der sogenannte Streitwert, d.h. der Betrag, der im Schadenfall gefordert wird. Sie sollten sich zu Beginn der Beratung durch Ihren Anwalt informieren, zu welchem Ansatz er pro Stunde arbeitet. Möglich ist auch eine Honorarvereinbarung abzuschliessen.
Die Haftpflichtversicherung übernimmt auch die Anwaltskosten des/der Geschädigten.

Wie finde ich einen spezialisierten Rechtsanwalt? Es ist wichtig, dass Sie Ihren Anwalt sorgfältig auswählen. Es ist nicht unhöflich, wenn Sie den Anwalt, welchen Sie mandatieren möchten, zu seiner Praxiserfahrung im Haftpflicht- und Versicherungsrecht Fragen stellen. Ein entsprechender Fachanwaltstitel weist auf eine Spezialisierung hin.
Wichtig ist ebenfalls, dass Sie klarstellen, dass Ihr Anwalt nicht nebenbei noch die Versicherungsgesellschaft vertritt, gegen welche Sie Ansprüche stellen. Dies dürfte er gemäss der Standesordnung der Rechtsanwälte gar nicht, kommt aber in der Praxis leider vor. Interessenkonflikte sind insbesondere dann ausgeschlossen, wenn der Anwalt und sein Anwaltsbüro prinzipiell keine Versicherungen vertreten. Bei FRAGILE Suisse hilft man Ihnen mit entsprechenden Adressen weiter.

Diverse Untersuchungen in Familien mit einem betroffenen Mitglied haben gezeigt, dass die Veränderungen in der Haltung und im Verhalten des Betroffenen die Angehörigen am meisten belasten.

Ein Hirnschlag oder ein Unfall mit schweren Kopfverletzungen hat derart dramatische Folgen für die betroffenen Menschen, dass es der Umgebung fast selbstverständlich erscheint, dass der Mensch mit Hirnverletzung die gesamte Zuwendung und Kraft der Familie benötigt. Darüber wird oft vergessen, am meisten von den betreuenden Angehörigen selber, dass auch diese nicht unbegrenzt belastbar sind.

Tatsache ist, dass eine Hirnverletzung mehrere «Opfer» fordert: Neben dem Menschen mit Hirnverletzung selbst ist die Familie genauso betroffen. Auch die Partner, Eltern, Kinder oder Geschwister erleiden ein Trauma, und je nach Konstellation kommen einzelne Familienmitglieder als Folge des Geschehens zu kurz. Im Allgemeinen wird die schwierige Situation zu Beginn der Rehabilitation von Angehörigen unterschätzt. FRAGILE Suisse hat deshalb einen Film (DVD) inklusive Begleitbuch herausgegeben, die sich ganz besonders der Situation der Angehörigen widmen: Von Irene Dietschi «Fragiles Leben. Leben mit einer Hirnverletzung.» Das Buch zum Film «Gratwandern», Orell Füssli 2006 (2022 vergriffen). Wir beschränken uns daher in dieser Broschüre auf ein paar Hinweise in Bezug auf das komplexe Thema «Angehörige von Menschen mit Hirnverletzung».

Typische Probleme

Angehörige reagieren sehr verschieden auf die Belastungen einer Hirnverletzung, aber die genannten Schwierigkeiten sind oft die gleichen, zum Beispiel:

- Probleme mit dem veränderten Verhalten des Menschen mit Hirnverletzung: Es ist schwierig für Angehörige, wenn das betroffene Familienmitglied – früher vielleicht ein ausgeglichener, warmherziger und reifer Mensch – auf einmal zu aggressiven Ausbrüchen neigt, kindliche Verhaltensmuster an den Tag legt oder extreme Eifersuchtsanfälle hat. Manche Betroffene äussern auch, sie hätten für ihre Liebsten keine Gefühle mehr, sie empfänden sich innerhalb der Familie als «Fremdkörper, der nur stört». Solche Aussagen gehen den Angehörigen unter die Haut und damit umzugehen gelingt nur schwer oder gar nicht.

- Probleme mit der eingeschränkten Denkfähigkeit des Menschen mit Hirnverletzung: Betroffene verlieren im Gespräch den Faden, sie vergessen Dinge von einem Moment auf den anderen, können keinen Gedanken von A bis Z zu Ende bringen – mit solche Einschränkungen im Alltag zu leben ist schwierig, wenn man vorher einen vifen Denker gewohnt war. Auch das kann innerhalb der Familie zu grossen Konflikten führen.
- Schuldgefühle der Angehörigen: Viele Familienmitglieder meinen zu versagen, wenn das Verhalten des Menschen mit Hirnverletzung sie überfordert. In solchen Fällen sollten sich die Angehörigen klar machen, dass ihre Sicht der Dinge genauso eine Berechtigung hat wie diejenige der Betroffenen. Es ist natürlich, dass sich die beiden Sichtweisen in einer solchen Situation nicht immer decken.

Die schwersten Lasten auf der Angehörigen-Seite haben meistens die Partnerinnen von Männern mit Hirnverletzung zu tragen.

Diverse Untersuchungen in Familien mit einem betroffenen Mitglied haben gezeigt, dass die Veränderungen in der Haltung und im Verhalten des Betroffenen die Angehörigen am meisten belasten. Mit körperlichen Behinderungen umzugehen bereitet den wenigsten Mühe – hingegen sind emotionale Veränderungen, von Aussenstehenden oft als Persönlichkeitsveränderungen wahrgenommen, ein grosses Problem. Viele Angehörige reagieren mit Depression, Wut und Trauer darauf. Andere verdrängen oder negieren gar, dass nichts mehr ist, wie es vorher war. Wieder andere werden selber krank und müssen sich wegen psychosomatischer Beschwerden behandeln lassen. Das Familienleben und andere Sozialkontakte geraten dadurch unter Druck. Manche Langzeituntersuchungen deuten darauf hin, dass solche Schwierigkeiten über Jahre und Jahrzehnte andauern können, und dass ihr Ausmass nicht ab-, sondern manchmal sogar zunimmt. Es mag ein Stück weit helfen, wenn man sich klar macht, dass in Wirklichkeit nicht der Mensch in seinem Kern oder seine Persönlichkeit sich verändert hat, sondern seine eigene Wahrnehmung und die Art, wie er sich mitteilen kann, durch die Hirnverletzung verschoben ist.

Wichtig ist deshalb die ganzheitliche Betreuung von Kind und Familie, als Voraussetzung für die Betroffenen, einen neuen Weg im Leben zu finden.

PartnerInnen

Die schwersten Lasten auf der Angehörigen-Seite haben meistens die Partnerinnen von Männern mit Hirnverletzung zu tragen. Das Leiden der Ehefrauen zeigt sich nicht nur immer wieder in der neuropsychologischen Praxis, sondern ist auch in der Forschung mehrfach nachgewiesen worden. Das liegt daran, dass Frauen viel häufiger dazu neigen, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen und die Rolle der Pflegenden und Stützenden zu übernehmen. Die nachfolgend aufgezählten Belastungen und Probleme gelten aber im Grossen und Ganzen auch für Ehemänner oder Partner von Frauen mit Hirnverletzung.

- Die enorme Belastung entsteht einerseits durch die Vielzahl zusätzlicher Aufgaben, die sie übernehmen müssen, anderseits durch das veränderte Verhalten des Ehepartners, das vielen zu schaffen macht. Diese Überbelastung führt bei manchen zu Burnout und Depressionen.
- Ehepartner von Menschen mit Hirnverletzung brauchen in den allermeisten Fällen Hilfe – ein Coaching, eine Begleitung, manchmal Therapie. Sie brauchen diese Hilfe genauso dringend wie die Menschen mit Hirnverletzung selber.
- Manche Frauen sehen in der Beziehung zu ihrem Mann mit Hirnverletzung keine Zukunft mehr und möchten sich scheiden lassen. Doch die wenigsten vollziehen diesen Schritt tatsächlich. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 10 bis 15 Prozent der Frauen diesen Weg gehen. Zu gross sind der gesellschaftliche Druck und der eigene Anspruch, einen kranken Partner nicht im Stich lassen zu dürfen.
- Einigen Paaren gelingt es, nach der Hirnverletzung eine neue Qualität des Zusammenseins zu erreichen. Für sie ist die Krise eine Chance.

Kinder mit einem Familienmitglied mit Hirnverletzung

Kinder, deren Eltern oder Geschwister eine Hirnverletzung erlitten haben, sind ebenfalls stark betroffen. Sie sind oft nicht imstande, die Probleme des Vaters, der Mutter zu verstehen und einzuordnen. Das elterliche Verhalten verunsichert und verwirrt sie. Ältere Kinder müssen oft früh Verantwortung übernehmen, was zu Auflehnung

und ausserhäuslichen Problemen führen kann. Die Geschwister von Kindern mit Hirnverletzung fühlen sich häufig zurückgesetzt und vernachlässigt. Einige Untersuchungen zeigen, dass Geschwister von Kindern mit Hirnverletzung oftmals sozial auffällig werden. Manche beginnen zu stehlen, neigen zu Vandalenakten und haben generell Mühe, Autorität zu akzeptieren.

Eltern mit einem Kind mit Hirnverletzung brauchen zwischendurch Entlastung, denn die Überforderung kann zu psychischen Zusammenbrüchen und Paarkonflikten bis hin zur Scheidung führen.

Kinder und Jugendliche mit einer Hirnverletzung

Gross ist das Leiden von Eltern von Kindern mit Hirnverletzung. Für die meisten Menschen gehört die schwere Verletzung, die unheilbare Erkrankung oder gar der Tod des eigenen Kindes zum schlimmsten, was sie sich in ihrem Leben vorstellen können. Gefühle der Trauer, Wut und enttäuschter Liebe müssen bewältigt werden, auch die Frage nach dem Sinn des Lebens stellt sich oft für alle Involvierten neu. Wichtig ist deshalb die ganzheitliche Betreuung von Kind und Familie, als Voraussetzung für die Betroffenen, einen neuen Weg im Leben zu finden. Dabei stehen zwei Fragen im Vordergrund: Wie entwickelt sich unser Kind? Und welche Chancen hat es später? Ähnlich wie bei einem erwachsenen Menschen mit Hirnverletzung ist jeder Fall anders.

- In der Rehabilitation bilden das Kind mit Hirnverletzung und seine Familie eine Einheit. Die Eltern spielen im Erholungsprozess eine wichtige Rolle, ihre Gefühle, Meinungen, Fragen und ihre Intuition sind ebenso gefragt, wie das Wissen und die Erfahrungen des Fachpersonals.
- Die Folgen, die eine Hirnverletzung für ein Kind haben kann, sind sehr unterschiedlich. Zu den häufigsten Folgen, die auch das schulische Lernen beeinträchtigen können, gehören: Einschränkungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Sprache und Einschränkungen der Exekutivfunktionen wie Probleme lösen, Handlungen planen, Abläufe strukturieren usw.
- Eltern mit einem Kind mit Hirnverletzung brauchen zwischendurch Entlastung, denn die Überforderung kann zu psychischen Zusammenbrüchen und Paarkonflikten bis hin zur Scheidung führen. Soziale Institutionen wie etwa der Verein Hiki (Hilfe für hirnverletzte Kinder, siehe Adresse im Anhang) bieten familienentlastende und stützende Dienstleistungen an, dank denen Eltern neue Energie tanken können.

Wird ein junger Mensch durch eine Hirnverletzung aus seiner Entwicklung und seinem Erwachsenwerden herausgerissen, ändert sich die Eltern-Kind-Beziehung grundlegend: Der Jugendliche wird wieder zum Kind, der auf die Hilfe seiner Eltern angewiesen ist. Damit der junge Mensch später erneut den Schritt hinaus ins Erwachsenenleben wagen kann, braucht es den Willen von Kind und Eltern. In vielen Fällen ist es sinnvoll, dies mit professioneller Begleitung zu tun, denn es handelt sich um einen meist für beide Seiten schmerzlichen, aber langfristig notwendigen Prozess.

Was Familienmitglieder für sich tun können

Es gibt kein «Rezept», das die Sorgen von Angehörigen auf einen Schlag lösen könnte. Jede Familie trägt ihre eigene Geschichte mit sich, und Menschen gehen mit vergleichbaren Problemen sehr verschieden um. Aber zweifellos bestehen Möglichkeiten, um Angehörigen zu helfen, und Wege, wie sie sich zum Teil selber helfen können. Dazu gehören folgende:

- Information: Informations- und Wissensvermittlung ist ein zentraler Bestandteil, damit Familienmitglieder die Hirnverletzung des geliebten Menschen verarbeiten können. Dazu gehören Erklärungen für das Verhalten oder den Zustand des Menschen mit Hirnverletzung in bestimmten Phasen, aber auch Tipps, was der oder die Angehörige beisteuern kann. In vielen Fällen kann bereits der behandelnde Arzt oder die Ärztin weiterhelfen. Auch ein Kurs oder eine Informationsveranstaltung der Bildung FRAGILE Suisse können dazu beitragen.
- Selbsthilfegruppe: Nicht alle Angehörige profitieren vom Austausch in einer Angehörigengruppe, ein Teil aber schon. Probieren Sie es aus!
- Beratung: Lassen Sie sich beraten! Manchmal sind es ganz einfache Alltagstricks, die die Situation zu Hause entspannen können, doch die Familienmitglieder sind zu sehr in ihre eigene Geschichte verstrickt, um solche Auswege selber zu sehen. Es braucht einen neutralen Blick von aussen. Beispiele, wie Angehörige sich selber helfen können: eine Weiterbildung, berufliches Engagement, die Inanspruchnahme einer familienergänzenden Betreuung, wenn der Mensch mit Hirnverletzung die familiären Ressourcen zu sehr

auslaugt, Rollentausch von Mann und Frau im Haushalt. Dies gilt auch bei finanziellen Problemen. Die zusätzlichen Kosten nach einem Unfall oder bei einer Krankheit, Erwerbsausfälle, Therapien, Renten, die tiefer ausfallen als der frühere Lohn, Aufgabe einer Tätigkeit weil der Pflegebedarf zu hoch ist, Kosten für die externe Betreuung der Kinder, behinderungsbedingte Einrichtungen, usw. können zu einem finanziellen Engpass führen. Erkundigen Sie sich so früh als möglich nach den Rechtsansprüchen für die Person mit Hirnverletzung, aber auch für die Familie. Das schweizerische Sozialversicherungssystem ist nicht ein Bring-, sondern ein Holsystem, d.h. man muss sich nach den Möglichkeiten erkundigen, die Ansprüche anmelden. Die Helpline 0800 256 256 und Pro Infirmis Beratungsstellen unterstützen Sie dabei.

- Psychotherapie: Manche Angehörige leiden während Jahren unter dem Trauma, das die Hirnverletzung eines Familienmitglieds bei ihnen ausgelöst hat. Ihnen ist mit praktischen Tipps nicht geholfen – sie brauchen professionelle Therapie.
- Komplementär- und Paramedizin: Die in Kapitel 4 erwähnten Methoden können auch Angehörige dabei unterstützen, in schwierigen Situationen zu neuen Kräften zu kommen. Auch hier gilt: Die Wirksamkeit ist meistens nicht bewiesen und man muss selber ausprobieren, was einem hilft.

Für Angehörige empfehlen wir das Begleitheft «Hirnverletzung – eine Familienangelegenheit».
Sie können es bestellen bei FRAGILE Suisse, Tel. 044 360 30 60 oder per E-Mail: info@fragile.ch

Verbände und Organisationen

FRAGILE Suisse
Badenerstrasse 696
8048 Zürich
Tel. 044 360 30 60, Fax 044 360 30 66
info@fragile.ch, www.fragile.ch

Aphasie Suisse
(Schweizerische Fachgesellschaft und Betroffenenorganisation)
Spitalstrasse 4
6004 Luzern
Tel. 041 240 05 83
info@aphasie.org, www.aphasie.org

Hiki (Beratung und Entlastung für Eltern von hirnverletzten Kindern), Hilfe für hirnverletzte Kinder
Mühlebachstrasse 43
8008 Zürich
Tel. 044 252 54 54
info@hiki.ch, www.hiki.ch

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern
Tel. 031 370 08 30
info@inclusion-handicap.ch, www.inclusion-handicap.ch

Kantonale Spitex-Organisation
www.spitex.ch

Procap (Rechtsberatung, Kurse, Selbsthilfe)
Verband von und für Menschen mit Handicap
Frohburgstrasse 4
4601 Olten
Tel. 062 206 88 88
info@procap.ch, www.procap.ch

Pro Infirmis Schweiz
(Sozialberatung in der ganzen Schweiz)
Feldeggstrasse 71, Postfach
8032 Zürich
Tel. 058 775 20 00
contact@proinfirmis.ch, www.proinfirmis.ch

Pro Senectute Schweiz
(verschiedenste Dienstleistungen für Menschen im AHV-Alter)
Geschäfts- und Fachstelle
Lavaterstrasse 60, Postfach
8027 Zürich
Tel. 044 283 89 89
info@pro-senectute.ch, www. pro-senectute.ch

Schweizerische Herzstiftung
(Prävention)
Schwarztorstrasse 18, Postfach
3000 Bern 14
Tel. 031 388 80 80
info@swissheart.ch, www.swissheart.ch

Zentrum für berufliche Abklärung ZBA
Kantonsspital
Haus 12
6000 Luzern 16
Tel. 041 205 25 70
zba@zba.ch, zba@hin.ch, www.zba.ch

Hilfsmittel

Active Communication AG
Sumpfstrasse 28
6312 Steinhausen
Tel. 041 747 03 03, Fax 041 747 03 04
office@activecommunication.ch,
www.paraplegie.ch/activecommunication/de/

SAHB / Exma VISION
Kompetenzzentrum Hilfsmittel für Behinderte und Betagte
Dünnernstrasse 32
4702 Oensingen
Tel. 062 388 20 20, Fax 062 388 20 40
exma@sahb.ch, www.sahb.ch

Wohnen, Rehabilitation, Tagesstruktur

Es gibt einige ambulante und stationäre Zentren in der Schweiz, welche Langzeitrehabilitation anbieten. Zunehmend werden in verschiedenen Regionen von unterschiedlichen Trägerschaften Wohn- und Beschäftigungsplätze für Menschen mit einer Hirnverletzung bereitgestellt. Die Helpline 0800 256 256 oder Pro Infirmis-Stellen geben Ihnen gerne Auskunft.

Kurzporträt FRAGILE Suisse

FRAGILE Suisse ist die schweizerische gemeinnützige Vereinigung, die sich gemeinsam mit Betroffenen für die Anliegen von Menschen mit einer Hirnverletzung und ihren Angehörigen einsetzt. FRAGILE Suisse besteht aus einer Dachorganisation mit Sitz in Zürich und elf Regionalvereinigungen in allen Teilen der Schweiz.

Folgende Angebote der Dachorganisation und der Regionalvereinigungen können Ihnen weiterhelfen:

Über die Helpline 0800 256 256 erhalten Sie kostenlose Beratung.

Beim Begleiteten Wohnen wird die betroffene Person von einer Fachperson während einer begrenzten Zeit im Alltag unterstützt.

Die Bildung FRAGILE Suisse bietet ein vielseitiges Bildungsprogramm mit Kursen für Betroffene und Angehörige, sowie Weiterbildungskursen für Fachpersonen.

Auf unserer Webseite www.fragile.ch finden Sie viele nützliche Informationen zu aktuellen Themen.

Die Regionalvereinigungen bieten verschiedene Dienstleistungen für Betroffene und Angehörige wie Selbsthilfegruppen, Treffpunkte, Freizeitaktivitäten und persönliche Beratung an. Die Adressen der Regionalvereinigungen sind auf der folgenden Seite aufgeführt.

Ausführliche Informationen zu den Dienstleistungen erhalten Sie bei:

FRAGILE Suisse
Badenerstrasse 696
8048 Zürich

Tel. 044 360 30 60
Fax 044 360 30 66
info@fragile.ch
www.fragile.ch

Werden Sie Mitglied der Regionalvereinigung in Ihrer Nähe und nutzen Sie deren Angebot.

FRAGILE Aargau/Solothurn Ost
Fröhlichstrasse 7
5200 Brugg
Tel. 056 442 02 60
aargau@fragile.ch

FRAGILE Basel
Bachlettenstrasse 12
4054 Basel
Tel. 061 271 15 70
basel@fragile.ch

FRAGILE Bern Espace Mittelland
Mattenhofstrasse 5
3007 Bern
Tel. 031 376 21 02
bern@fragile.ch

FRAGILE Genève
Av. Louis-Bertrand 7-9
1213 Petit-Lancy
Tél. 078 878 83 41
geneve@fragile.ch

FRAGILE Jura
Route de Soulce 36
2853 Courfaivre
Tél. 032 427 37 00
jura@fragile.ch

FRAGILE Ostschweiz
Kirchstrasse 34
Postfach 233
9430 St. Margrethen
Tel. 071 740 13 00
ostschweiz@fragile.ch

FRAGILE Ticino
Via Giovanni 18
6710 Biasca
ticino@fragile.ch

FRAGILE Valais
Rue de Lausanne 25
1950 Sion
Tél. 077 417 04 63
valais@fragile.ch

FRAGILE Vaud
Rue du Bugnon 18
1005 Lausanne
Tél. 021 329 02 08
vaud@fragile.ch

FRAGILE Zentralschweiz
Pilatusstrasse 30
6003 Luzern
Tel. 041 260 78 61
zentralschweiz@fragile.ch

FRAGILE Zürich
Alderstrasse 40
8008 Zürich
Tel. 044 262 61 13
zuerich@fragile.ch

Ageusie:	Verlust des Geschmacksinns
Agnosie:	Erkennungsstörung bei intakten Sinnesorganen resp. intakter Sinneswahrnehmung mit verschiedenen Formen. Z.B. sieht der Betroffene bei der optischen Agnosie zwar den Gegenstand, erkennt ihn aber nicht. Im Fall der so genannten taktilen Agnosie spürt der Betroffene den getasteten Gegenstand, er kann aber nicht sagen, um welchen Gegenstand es sich dabei handelt. Diese Störung kann auch das Hören, das Riechen und den Geschmack betreffen.
Agraphie:	Das teilweise oder vollständige Unvermögen zu schreiben, obwohl die Beweglichkeit der Hände und Finger erhalten ist. Der Betroffene «weiss nicht mehr, wie es geht».
Alexie:	Das teilweise oder vollständige Unvermögen zu lesen. Dabei kann es sich um Buchstaben, Symbole, Musiknoten oder andere Zeichen handeln.
Amnesie:	Zeitlich begrenzte, teilweise bis totale Erinnerungslücke. Für einen gewissen Zeitabschnitt kann sich der Betroffene an nichts mehr erinnern. Siehe auch retrograde Amnesie und anterograde Amnesie.
Amnesie, anterograde:	Eine Gedächtnislücke für einen bestimmten Zeitabschnitt nach dem Unfall.
Amnesie, retrograde:	Eine Gedächtnislücke für einen bestimmten Zeitabschnitt vor dem Unfall.
Anarthrie:	Der Verlust des Sprechvermögens infolge Nervenschädigung. Die Lippen- und Zungenbewegungen sind überhaupt nicht mehr oder nicht koordiniert möglich. Das Sprachverständnis und die Wortbildungsfähigkeit («innere Sprache») sind intakt.
Anosmie:	Teilweiser oder vollständiger Verlust des Geruchsinns als häufige Folge schwerer Hirnverletzungen, denn der Riechnerv und das sogenannte Riechhirn liegen an empfindlicher Stelle unter dem Stirnlappen.
Anoxie:	Sauerstoffmangel, beispielsweise infolge einer Kreislaufstörung, der bei längerer Dauer zu einer Schädigung von Zellen führen kann. Die Nervenzellen des Gehirns sind in dieser Hinsicht besonders empfindlich und bleibende Schäden können bereits nach Minuten auftreten.
Antikonvulsiva:	Medikamente, welche helfen, einem epileptischen Anfall vorzubeugen. Sie werden auch Anti-Epileptika genannt.
Apallisches Syndrom:	(vegetativer Zustand, Coma vigile, «Wachkoma») Das apallische Syndrom ist im Wesentlichen auf den Ausfall der Hirnrinde durch verschiedene Ursachen wie z.B. Anoxie (s.o.), Schädelhirntrauma oder Hirninfarkte zurück zu führen. Der Patient kann «wach» wirken (offene Augen), ist jedoch nicht bei Bewusstsein, d.h. bewusste oder willkürliche Reaktionen oder Reizverarbeitung fehlen vollständig.

Aphasie:	Jede nicht durch eine Störung der Sprachlautbildung (Artikulation) bedingte Sprachstörung (d.h. als Störung der erworbenen Sprache); eine so genannte Hirnwerkzeugstörung, beruhend auf einer Herdschädigung in der dominanten (in der Regel linken) Grosshirnhemisphäre (v.a. der Präzentral-, Schläfen-, Inselregion). Es gelingt den Betroffenen nicht mehr oder nur mangelhaft, Sprache zu produzieren, z.B. eine Frage zu stellen oder eine Antwort zu geben, etwas zu erklären und/oder die Äusserungen des anderen richtig zu verstehen (Sprachverständnisstörungen). Auch Lesen und Schreiben können Mühe bereiten.
Apraxie:	Teilweises oder vollständiges Unvermögen, erlernte zweckmässige Bewegungen oder Handlungen auszuführen, obwohl die Glieder nicht gelähmt sind. Das Gehirn hat die Fähigkeit verloren, die Bewegungsabläufe zu steuern.
Ataxie:	Bewegungen können nicht koordiniert ausgeführt werden. Der Betroffene ist z.B. nicht in der Lage, gezielt und schnell nach etwas zu greifen. Das Gehirn hat die Fähigkeit verloren, die verschiedenen Muskelgruppen, die an der Bewegung beteiligt sind, koordiniert zu aktivieren.
Cerebellum:	Kleinhirn. Ungefähr mandarinengrosser Hirnanteil, der in unmittelbarer Nähe des aus dem Gehirn austretenden Rückenmarks liegt und für die Koordination der Bewegungen zuständig ist.
Commotio:	(cerebri) Gehirnerschütterung. Die betroffene Person leidet unter Kopfschmerzen und Übelkeit, evtl. Erbrechen. Eine bleibende Hirnschädigung besteht bei einer Commoti cerebri in der Regel nicht.
Computertomographie:	Ein spezielles Röntgenverfahren, welches dem Arzt die Betrachtung von «Schnittbildern» durch den menschlichen Körper erlaubt.
Contre-Coup-Verletzung:	Wenn der Kopf einer Person heftig in eine bestimmte Richtung bewegt wird (z.B. nach vorn), bewegt sich gleichzeitig das Gehirn in die entgegengesetzte Richtung. Dabei kann eine Hirnverletzung durch Quetschung am knöchernen Schädel entstehen. So kann es sein, dass beispielsweise bei einem Aufprall zusätzlich zu der Verletzung an der Stelle des Aufpralls auch eine Verletzung auf der Gegenseite entsteht.
Contusio cerebri:	Hirngewebsquetschung. Dabei gehen mehr oder weniger grosse Hirnareale zugrunde; bleibende Hirnschädigungen mit Funktionsausfällen, die auch unsichtbar sein können, sind zu erwarten.
Diplopie:	Doppeltsehen
Dura mater:	Die äusserste und dickste der drei Hirnhäute, die das Gehirn umgeben. Die Dura mater liegt direkt auf dem Schädelknochen.

Dysarthrie:	Sprechstörung. Beeinträchtigung der sprachlichen Artikulation durch die erschwerten Bewegungsabläufe der Zungen- und Lippenmuskulatur. Atmung, Stimme und Lautbildung können in unterschiedlichem Mass betroffen sein, während der Sprachausdruck und das Sprachverständnis nicht betroffen sind. Dabei ist die Sprechweise z.B. verwaschen, undeutlich, verlangsamt und zum Teil unverständlich. Die vollständige Beeinträchtigung nennt man Anarthrie.
Dysphonie:	Stimmstörung. Die Stimme kann z.B. heiser, verhaucht, gepresst sein oder gänzlich fehlen.
Elektroencephalographie:	(EEG) Die Hirnströme werden mittels auf die Haut aufgeklebter Elektroden abgeleitet. Die völlig schmerzlose Methode ermöglicht das Ableiten von elektrischen Potentialen vom Gehirn. Mittels dieser diagnostischen Methode können z.B. Epilepsien erkannt und behandelt werden.
Epiduralhämatom:	Eine Blutung im extraduralen Raum. Sie kann das Gehirn schwer schädigen, wenn sie einen zu grossen Druck ausübt.
Epilepsie:	Damit werden hirnelektrische Krampfanfälle bezeichnet, welche nicht selten nach einer Hirnverletzung auftreten. Es gibt viele verschiedene Anfallsformen. Sie äussern sich z.B. als kurze Absenzen («Abwesenheit» während Minuten) oder als Stürze oder rhythmische Verkrampfungen gefolgt von Bewusstlosigkeit. Mit regelmässig eingenommenen Medikamenten (Antikonvulsiva) lassen sich solche Anfälle mehrheitlich vermeiden.
Extradural:	Ausserhalb der Dura mater. Gemeint ist der Raum zwischen der äussersten Hirnhaut und dem knöchernen Schädel.
Frontallappen:	Der vordere, stirnwärts gelegene Hirnanteil beider Hemisphären kontrolliert vor allem das Verhalten und die Bewegungen der gegenseitigen Körperhälfte. Frontallappenschädigungen können zu Halbseitenlähmung der Gegenseite aber auch zu Charakterveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten führen, die etwa durch eine mehr oder weniger starke Enthemmung gekennzeichnet sind.
Frustrationstoleranz:	Die Fähigkeit mit unangenehmen Dingen des Alltags fertig zu werden. Je höher die Frustrationstoleranz, desto eher kann die betreffende Person ihren Ärger in unangenehmen Situationen kontrollieren und desto weniger schnell verliert sie die Selbstbeherrschung.
Hämatom:	Bluterguss. Eine verletzungsbedingte Blutansammlung im Körperinnern.
Hämorraghie:	Innere Blutung
Hemianopsie:	Vorwiegend die ausgeprägteren Schädigungen eines Scheitellappens oder Hirnhauptlappens (Verletzung der Sehbahnen) können dazu führen, dass eine Person für jedes Auge nur je im halben

	Blickfeld (meist jeweils der gleichen Seite) etwas sieht, obwohl das Auge selber nicht erblindet ist. Diese Personen sind z.B. im Strassenverkehr gefährdet.
Hemineglekt (oder Neglekt):	Ein linksseitig gelähmter Mensch mit Schädigung der rechten Hirnhälfte entwickelt oft einen Hemineglekt nach links. Man versteht darunter eine verminderte Aufmerksamkeit für die linke Raumhälfte. Mit bestimmten Massnahmen wird versucht, dem Hemineglekt entgegenzuwirken (z.B. indem die Besucher eines linksseitig gelähmten Patienten an der linken Bettseite stehen).
Hemiparese:	Halbseitige Schwäche. Der Betroffene bewegt infolge einer Hirnschädigung die eine Körperhälfte weniger kraftvoll und langsamer als die andere.
Hemiplegie:	Halbseitige, vollständige Körperlähmung. Die betroffene Person kann z.B. den rechten Arm und das rechte Bein nicht mehr bewegen.
Hemisphären:	Die zwei Hälften des Grosshirns mit mannigfaltigen Funktionen (Gedächtnisspeicher, Aufnahme und Verarbeitung von sämtlichen Sinneswahrnehmungen, Steuerung von Bewegungen usw.).
Hirnläsion:	Verletzung. Zerstörung von Hirngewebe mit Störung der Hirnfunktionen.
Hirnrinde:	Die graue, zellreiche Partie des Gehirns. Sie ist ca. 1 cm dick und umgibt das ganze Gehirn oberflächlich. Damit diese Gehirnoberfläche vergrössert wird und darin mehr Zellen Platz haben, ist sie gefurcht und gefältelt.
Hirnstamm:	Jener Hirnanteil, der die beiden Hirnhälften mit dem Rückenmark verbindet. Er enthält unter anderem die Kontrollzentren für Herzschlag, Blutdruck und die Atmung.
Hirnverletzung: geschlossene	Bei dieser Verletzungsart bleiben die Schädelknochen intakt. Das Gehirn prallt von innen an den Schädel und wird dadurch geschädigt oder es tritt Blut zwischen Gehirn und Schädel und übt so auf das Gehirn Druck aus.
Hirnverletzung: offene	Bei dieser Verletzung dringen ein Fremdkörper oder Teile von Schädelknochen von aussen ins Gehirn.
Hydrocephalus:	Eine Stauung der Ventrikelflüssigkeit und eine dadurch bedingte Drucksteigerung in den Ventrikeln des Gehirns. Ein zu grosser Hirninnendruck schädigt die Hirnzellen.
Koma:	Eine länger dauernde Bewusstlosigkeit. Die komatöse Person ist nicht ansprechbar und zeigt keine gezielten Reaktionen auf Aufforderungen.
Infarkt:	(des Gehirns) Ein Areal von abgestorbenen Hirnzellen infolge ungenügender Durchblutung dieser Zone.

Intrakranieller Druck:	Der Innendruck im Schädel.
Magensonde:	Ein durch die Nase oder direkt durch die Bauchhaut geführter dünner Schlauch, der im Magen mündet. Er dient der Versorgung mit Flüssigkeit und flüssiger Nahrung bei Patienten, die nicht selber sicher schlucken können z.B. bei komatösen Patienten.
Magnetzresonanz-Tomographie:	(MRI) Bildverfahren ohne Strahlenbelastung, bei welchem durch magnetisches Anregen von Körpergewebe und äusserliches Ableiten der Reaktionen Schichtbilder von Organen, z.B. des Gehirns erstellt werden (ähnlich der Computer-Tomographie).
Neglekt:	vgl. Hemineglekt
Neurochirurgie:	Spezialgebiet der Chirurgie, das operative Eingriffe am Nervensystem umfasst.
Neurologie:	Wissenschaft von Aufbau und Funktion des Nervensystems. Neurologen behandeln Nervenkrankheiten.
Neuron:	Eine Nervenzelle im Gehirn oder im Rückenmark. Sie hat viele Ausläufer, welche weitere Neuronen kontaktieren (Schaltstellen).
Ödem:	Eine Flüssigkeitsansammlung im Körper. Die Flüssigkeit wird aus den Blutgefässen gefiltert und bleibt vermehrt im Gewebe. Dies kann z.B. in der Folge einer Verletzung geschehen.
Okzipitallappen:	Jener Anteil der beiden Hemisphären, der im Hinterkopf liegt und vor allem für die Aufnahme und Verarbeitung der optischen Signale zuständig ist.
Paraplegie:	Eine Lähmung entweder beider Beine oder beider Arme.
Parietallappen:	Auch Scheitellappen genannt. Er ist verantwortlich für die Aufnahme und die Verarbeitung einfacher und komplexer Sinnesreize.
Perseveration:	Damit bezeichnet man das Phänomen, dass eine Person hartnäckig bei einem Gedanken verharrt, immer wieder die gleichen Wörter oder Sätze sagt. Eine Person wird z.B. aufgefordert, Kreise zu zeichnen. Danach bittet man sie, Dreiecke zu zeichnen, sie wird aber immer noch Kreise zeichnen.
Rehabilitation:	Ziel der Rehabilitationsbemühungen ist die Wiederherstellung der Mobilität und der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen sowie die Wiedererlangung bestmöglicher Selbstständigkeit in geistiger, psychischer und sozialer Hinsicht.
Spastizität:	Eine abnorme Erhöhung der Muskelspannung, welche die Bewegungsfähigkeit sehr stark einschränkt. Die Glieder können durch die ständige starke Anspannung der Muskeln verkrümmt, starr und unbeweglich erscheinen.
Subarachnoidal:	Raum zwischen äusserer und innerer Hirnhaut.

Subarachnoidalblutung:	Hirnschlag, bei dem sich Blut zwischen äussere und innere Hirnhaut ergiesst. Meist durch Platzen von sackförmigen Ausweitungen der Arterienwände (Aneusysmen) bedingt.
Subdural:	Bezieht sich auf den Raum zwischen äusserster Hirnhaut (Dura mater) und Gehirn.
Subduralhämatom:	Eine innere Blutung, die zwischen Dura und Gehirn liegt. Eine dadurch bedingte zu grosse Druckeinwirkung im Schädel zerstört Hirngewebe.
Temporallappen:	Auch Schläfenlappen genannt. Es handelt sich um jene Hirnanteile der beiden Hemisphären, welche sich seitlich unten im Schädel befinden. Sie spielen bei Gedächtnisprozessen eine wichtige Rolle.
Tetraplegie:	Eine Lähmung beider Beine und beider Arme.
Tracheotomie:	Ein operativ durchgeführter Einschnitt in die Luftröhre des Patienten. Dient der Beatmung oder dem Schutz der Atemwege bei schwerer Schluckstörung.
Ventrikel:	Innenkammern des Gehirns, welche von der Ventrikelflüssigkeit aufgefüllt werden.
Ventrikelflüssigkeit:	Hirnflüssigkeit, welche aus Blutgefässen des Gehirns gefiltert wird und in den Ventrikeln zirkuliert. Wenn die Abflusskanäle blockiert werden, entsteht im Schädelinnern ein Überdruck, und das Gehirn kann geschädigt werden.
Zentralnervensystem:	Gehirn und Rückenmark zusammen.

FRAGILE Suisse
www.fragile.ch
info@fragile.ch
IBAN CH 77 0900 0000 8001 0132 0

Zürich
Badenerstrasse 696
8048 Zürich
Tel. 044 360 30 60

Lausanne
Rue du Bugnon 18
1005 Lausanne
Tel. 021 329 02 73