

TAGUNGEN & KONGRESSE



55. Jahrestagung der DGKN in Münster

Vorbeugen gegen die Schlaganfall-Epidemie

Welche Rolle spielt das Vorhofflimmern in der Schlaganfallprävention? Wie kann man es besser diagnostizieren und behandeln? Und welche neuen Therapieverfahren stehen Tinnitus-Patienten künftig möglicherweise zur Verfügung? Diesen und vielen weiteren Themenschwerpunkten widmeten sich die Teilnehmer der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) vom 16. – 19. März in Münster.

Neurokardiologie – »the president's favourite« – spielte eine wichtige Rolle bei der 55. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) in Münster. Denn Vorhofflimmern verursacht nicht nur ein Viertel aller Schlaganfälle, es ist auch für besonders schwere Hirninfarkte verantwortlich und darüber hinaus ein unabhängiger Risikofaktor für eine Demenzerkrankung. Wird es jedoch rechtzeitig diagnostiziert, lässt sich Vorhofflimmern hocheffektiv behandeln. Ein Detektionssystem der Firma Medtronic wird zur Zeit in der Track-AF-Studie erprobt, berichtete Tagungspräsident *Prof. Dr. Bernd Ringelstein*. Dabei wird ein Diagnose-Chip unter die Haut implantiert, der drei Jahre lang die Herzfunktion überwachen soll. Über einen Detektor, den der Patient jeden Tag drei Minuten

lang an den eingepflanzten Chip hält, werden die Daten über das Internet an einen Server weitergeleitet, wo die Auswertung der Informationen stattfindet. Die Kosten für den Chip liegen bei 2.000 Euro.

Neue Gerinnungshemmer markieren Wendepunkt in Schlaganfallvorsorge

Ringelstein verwies auch auf die großen Fortschritte auf dem Gebiet der Antikoagulanzen. So stehen mit den neuen Gerinnungshemmern Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban demnächst Substanzen zur Verfügung, die gegenüber dem etablierten Marcumar wesentliche Vorteile bieten – allem voran ein geringeres Blutungsrisiko und daher auch keine Notwendigkeit der Kontrolle der Gerinnungsparameter im Labor. Die Ergebnisse der wegweisenden Studien – RELY, ROCKET-AF und AVERROES – wurden im Rahmen der Ta-

gung diskutiert. »Diese Studien markieren einen Wendepunkt in der Schlaganfallprävention«, so Ringelstein. Ringelstein verwies auf die epidemiologische Bedeutung des Vorhofflimmerns: Mit Blick auf die prognostizierte Alterung der Bevölkerung werde sich die Zahl der Patienten mit Vorhofflimmern in den nächsten Jahren mindestens verdoppeln und daher eine enorme soziale Belastung durch Schlaganfälle und Demenzen mit sich bringen. Schon heute beträgt die jährliche kumulative Kostenbelastung innerhalb der EU durch die Behandlung des Vorhofflimmerns etwa 13,5 Milliarden Euro, die des Schlaganfalls und seiner Folgen 38 Milliarden Euro. Die interdisziplinäre Entwicklung von Strategien für eine frühe Diagnose und adäquate Therapie des Vorhofflimmerns ist daher nach Ringelstein entscheidend.

Tinnitus: die »dunkle Seite« der kortikalen Plastizität?

Nach den Ausführungen von *Professor Dr. Christo Pantev*, Direktor des Instituts für Biomagnetismus und Biosignalanalyse der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, geht man heute davon aus, dass es sich beim Tinnitus um eine peripher getriggerte zentrale Störung handelt. Tinnitus sei damit wahrscheinlich Folge einer maladaptiven neuroplastischen Reorganisation. Subjektiv nimmt der Tinnituspatient einen Phantomklang wahr, welchem auf neurophysiologischem Niveau ein zentraler, hauptsächlich kortikaler Reorganisationsprozess unterliegt. In der Magnetenzephalographie zeigt sich eine Erhöhung der Spontanaktivität bei verringerter Synchronisierung und Selektivität. Hauptursache der Initialisierung, Entwicklung und Manifestation von Tinnitus ist nach Pantev der Verlust an lateraler Inhibition in auditorischen kortikalen Strukturen.

Konsequent versuchen Pantev und Kollegen in einem DFG-geförderten Forschungsprojekt, die angenommenen maladaptiven Reorganisationsprozesse therapeutisch zumindest teilweise umzukehren. In einer vielbeachteten Studie durften Patienten mit unilateralem, tonalen Tinnitus (Frequenz unter 8 kHz) aus ihrer Musik-Kollektion etwa 1–20 CDs mit »Lieblingsmusik« auswählen, aus welcher dann das Frequenzband, das der Tinnitusfrequenz entsprach, digital herausgefiltert wurde. Dieses Verfahren führte nach Anwendung für ein bis zwei Stunden pro Tag über einen Zeitraum von 12 Monaten zu einer Reduktion der Tinnitus-Lautheit und -Lästigkeit um ca. 25%, die sich in der

Magnetenzephalographie auch als Aktivierungsabnahme im primären auditorischen Kortex darstellte (BA 41, 42) [1].

Auch die Transkranielle Gleichstromstimulation wird zur Tinnitusbehandlung eingesetzt. Die Wirkung einer fünftägigen Stimulation hält nach Pantev für ca. zwei Wochen an.

Schluckstörungen nach Schlaganfall: innovative Diagnostik und Therapie

Einen für die Neurorehabilitation wichtigen Themenkomplex stellen Schluckstörungen nach Schlaganfall dar. *Prof. Dr. Rainer Dziewas*, Leiter der Neurologischen Intensivstation am Universitätsklinikum Münster, berichtete über die Aktivitäten der dortigen Arbeitsgruppe »Neurogene Dysphagie«. Dazu gehören Untersuchungen der kortikalen Organisation des Schluckaktes bei Gesunden und verschiedenen Patientengruppen mittels Magnetenzephalographie (MEG) sowie Untersuchungen zur elektrischen Pharynxstimulation.

Eine aktuelle, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte randomisierte klinische Studie untersucht, ob mithilfe der Direct-Current-Stimulation (tDCS) in definierten Intervallen eine effektive und schonende Behandlung der Schluckstörung nach Schlaganfall möglich ist. Parallel werden die kortikale schluckassozierte Aktivierung mithilfe der MEG sowie die fiberoptisch darstellbare klinische Schluckfähigkeit untersucht. Hierbei sollen vor allem Effekte der Stimulation auf die kortikale Aktivierung nachgewiesen und mit den Ergebnissen der endoskopischen Evaluation korreliert werden.

Weitere neurorehabilitative Themen

Viele Vorträge und Poster beschäftigten sich mit der transkraniellen Magnet- und Gleichstromstimulation (TMS, tDCS). So führte eine Arbeitsgruppe aus der Universität Köln eine Literaturrecherche zur Frage durch, ob basierend auf dem Modell der interhemisphärischen Rivalität eine positive Wirkung der TMS und tDCS nicht nur auf motorische Einschränkungen, sondern auch auf höhere kognitive Defizite wie Neglect nachgewiesen können [2, P244, S. 49]. *Grefkes et al.* untersuchten die Bedeutung der »Überaktivität« in PET und fMRT in motorischen Arealen beider Hemisphären nach Schlaganfall in einer quantitativen koordinatenbasierten Metaanalyse, die 32 Studien umfasste. Sie fanden, dass erhöhte Aktivität im kontraläsionellen primär motorischen und prämotorischen Kortex (M1 und PMC) unabhängig vom Behinderungsgrad ein robustes Phänomen nach Schlaganfall ist. Aktivierungen ipsiläsioneller motorischer Regionen sind dagegen ein Indikator der Funktionserholung [2, P 247, S. 50]. Eine Studie an gesunden Probanden untersuchte die Wirkung eines mentalen Trainings, das nicht auf Bewegungsvorstellung, sondern auf der Basis der seriellen Prädiktions-Aufgabe beruht, und fand eine Verbesserung motorischer Funktionen durch dieses Motor-Imagination freie kognitive Training [2, V160, S. 43]. | BB |

1. Okamoto H, Stracke H, Stoll W, Pantev C. PNAS 2010; 107 (3): 1207-1210.
2. Klin Neuro 2011; 42: 37-90.

Quelle: Pressekonferenz, Vorträge und Poster im Rahmen der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN), 16.–19. März, Münster

Dr. Christian Grefkes erhält »Niels-A.-Lassen-Preis« der DGKN 2011

Der Kölner Neurologe Dr. Christian Grefkes wurde mit dem »Niels-A.-Lassen-Preis« der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) für seine Untersuchungen zu schlaganfallverursachten Störungen motorischer Netzwerke im menschlichen Gehirn ausgezeichnet. Der 34-Jährige ist Leiter einer Nachwuchsgruppe am Max-Planck-Institut für neurologische Forschung zum Thema Neuromodulation und Neurorehabilitation. Mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographien (fMRT) und mathematischer Modelle zur Kommunikation von Hirnregionen konnten Grefkes und sein Team nachweisen, dass motorische Ausfälle nach einem Schlaganfall mit einem gestörten Informationsaustausch motorischer Zentren auch fernab der eigentlichen

Läsion assoziiert sind. Das heißt, auch nicht vom Schlaganfall direkt betroffene Hirnregionen werden in ihrer Funktion beeinträchtigt, weil sie mit den betroffenen Regionen vernetzt sind. Darüber hinaus konnten sie zeigen, dass sich solche krankhaft veränderten Netzwerke durch nicht invasive Methoden der Hirnstimulation korrigieren lassen, was zu einer Verbesserung motorischer Defizite nach einem Schlaganfall führt.

Dr. Christian Grefkes studierte Medizin in Düsseldorf, Sydney und London. Im Jahr 2005 promovierte er am Düsseldorfer Institut für Hirnforschung. Nach Abschluss des Studiums begann Grefkes seine ärztliche Weiterbildung an der Neurologischen Klinik der RWTH Aachen und führte seine Forschungsarbeiten am Institut für Neurowissenschaften und Medizin

des Forschungszentrums Jülich fort. 2007 wechselte der Forscher an die Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik Köln (Leitung: Prof. Dr. Gereon Fink) und übernahm im gleichen Jahr eine wissenschaftliche Nachwuchsgruppe am Kölner Max-Planck-Institut für neurologische Forschung. Seine Forschungsaktivitäten umfassen Fragestellungen zur neuronalen Plastizität und Reorganisation nach einem Schlaganfall unter Einsatz von Verfahren der funktionellen Bildgebung, der nicht invasiven Neuromodulation sowie Modellen zur Konnektivität kortikaler Areale. Für den Forschungspreis der DGKN gilt eine Altersgrenze von 35 Jahren. Benannt ist der Preis nach dem dänischen Mediziner Niels Alexander Lassen. er gilt als »Pionier« im Bereich der bildgebenden Verfahren.

7. Deutscher Parkinson-Kongress in Kiel: Umdenken in der Parkinson-Therapie

»Am Tremor ist noch keiner gestorben«

Im Umgang mit Morbus Parkinson deutet sich ein Paradigmenwechsel an: Standen bislang die motorischen Kardinalsymptome im Mittelpunkt der Behandlung, so rücken zunehmend die in der Vergangenheit weniger beachteten nicht motorischen Symptome der Erkrankung wie Depressionen, Blasenstörungen oder Schlafstörungen in den therapeutischen Fokus. Darauf wiesen Experten im Rahmen des 7. Deutschen Parkinson-Kongresses in Kiel hin. Diskutiert wurde anlässlich der Tagung vom 10.–12. März auch, welchen Nutzen eine frühe Therapie mit Antiparkinsonmitteln hat und welche neuen Studienergebnisse die Parkinson-Forschung in der letzten Zeit bereichert haben.

Nach der Alzheimer-Demenz ist Morbus Parkinson die häufigste neurodegenerative Erkrankung. Schätzungsweise 250.000 Menschen sind allein in Deutschland von ihr betroffen. Zu den Kardinalsymptomen der Krankheit zählt die Bradykinese, die durch mindestens eine weitere motorische Störung wie Rigor, Tremor oder posturale Instabilität ergänzt werden muss. Auf diese Symptome konzentrierten sich bislang auch Behandlungsansätze wie Medikamente und die Tiefe Hirnstimulation (THS). Professor Günther Deuschl, Kiel, zufolge zeichnet sich in den letzten Jahren jedoch zunehmend ein Paradigmenwechsel ab: Auch nicht motorische Parkinson-Symptome fänden nun therapeutische Beachtung. Im Rahmen des diesjährigen Parkinson-Kongresses lud er zu einer Diskussion über die Gewichtung der verschiedenen Symptome der Erkrankung ein.

Nicht motorische Symptome haben Auswirkungen auf Mortalität

Motorische Defizite seien nach wie vor entscheidend für die Progression der Behinderung, fand Professor Claudia Trenkwalder. Sie beeinträchtigten insbesondere jüngere Patienten stark und wirkten sich negativ auf Beruf und Freizeit der Patienten aus.

Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden, hielt dagegen: Seines Erachtens verdienten die nicht motorischen Symptome größere Beachtung als ihnen derzeit zuteil wird. Vielen seiner Patienten setzten z. B. Obstipation oder nächtliche Blasenstörungen – gerade in OFF-Phasen – schwer zu. Auch autonome und psychiatrische Störungen, die bei Diagnose und Therapie bis heute noch im Hintergrund stehen, sollten stärker berücksichtigt werden, forderte Jost. Sie seien ebenso häufig wie der

Tremor und hätten gravierenden Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen. »Am Tremor ist noch keiner gestorben«, erklärte der Neurologe. Nicht motorische Symptome wie Depressionen oder kardiovaskuläre Störungen dagegen hätten mitunter großen Einfluss auf die Mortalität.



Therapiestart – früher oder später?

Auch die Frage, ob eine medikamentöse Therapie bereits bei Diagnosestellung oder erst bei starken Beschwerden indiziert sei, stand in Kiel zur Debatte. Drei große Studien zu dieser Fragestellung wurden vorgestellt. Deren Ergebnisse belegen: Patienten, die sofort nach Diagnosestellung behandelt werden, weisen eine längere Überlebenszeit und einen geringeren Grad an Behinderungen auf. Dies solle endlich auch Niederschlag in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie finden, forderte Deuschl. Bislang wurde die Frühtherapie häufig deshalb vermieden, weil man fürchtete, L-Dopa könne dopaminerge Neu-

rone zerstören und die Produktion von Hydroxylradikalen in der Substantia nigra steigern. Studien hätten aber gezeigt, dass L-Dopa in niedriger Dosis Mittelhirnzellen schützen könne und nicht toxisch wirke, hielt Deuschl dagegen. Mit Dopaminagonisten wie z. B. Ropinirol ließe sich zudem das oftmals befürchtete Auftreten früher Dyskinesien reduzieren. Für einen möglichst frühen Therapiebeginn sprechen außerdem Studiendaten zu Rasagilin: Der MAO-B-Hemmer konnte als einziges der Antiparkinsonmedikamente beizeitigem Behandlungsbeginn erste Anhaltspunkte für eine Krankheitsmodifikation liefern.

Neue Daten zur Tiefen Hirnstimulation 2012 erwartet

Diskutiert wurden im Rahmen des Kongresses in Kiel auch nicht medikamentöse Interventionen wie z. B. die Tiefe Hirnstimulation (THS). Wie die Referenten berichteten, ist die seit Jahren laufende Studie EARLY-STIM abgeschlossen und wird gegenwärtig ausgewertet. Die Studie untersuchte die Fragestellung, ob auch weniger stark betroffene oder jüngere Patienten von der THS profitieren können. Erste Ergebnisse werden für das Jahr 2012 erwartet.

Bei einem Drittel der Patienten entscheiden die Gene

Eine weitere aktuelle Untersuchung, deren Ergebnisse in Kiel vorgestellt wurden, hat fünf neue Gene entdeckt, die an der Entstehung von Parkinson beteiligt sind. Bislang kannte man sechs dieser Erbfaktoren. Das internationale Forscherkonsortium, an dem maßgeblich deutsche Wissenschaftler beteiligt waren, geht nun davon aus, dass bei rund einem Drittel aller Patienten die genetische Disposition eine entscheidende Rolle für die Krankheitsentstehung spielt. Dabei verursache in der Regel nicht ein einziges Gen die Störung, sondern eine Kombination aus mehreren Erbfaktoren, erklärten die Experten.

Die Abstracts zum 7. Deutschen Parkinson-Kongress sind in der neuen Zeitschrift »Basal Ganglia« (Editor-in-Chief: Wolfgang H. Jost) veröffentlicht, die bei Elsevier erscheint (Basal Ganglia 2011; 1: 13–45).

| Julia Schmidt |

Quelle: Pressekonferenz zum 7. Deutschen Parkinson-Kongress vom 10. bis 12. März in Kiel

Welche Medikamente könnten in den nächsten zwei Jahren zur Verfügung stehen?

Betrachtet man die im Rahmen des Parkinson-Kongresses vorgestellten aktuellen Studiendaten, so lässt sich die Frage nach neuen Medikamenten ernüchternd schnell beantworten. Eine Zulassung scheint in der nächsten Zeit wohl nur der bereits bekannte MAO-B-Hemmer und Glutamat-Wiederaufnahmehemmer Safinamide zu erhalten. Weitere vielversprechende Pharmaka werden den Sprung auf den Markt vermutlich erst später schaffen. Die folgende Zusammenstellung gibt einen kurzen Überblick über die in Kiel vorgestellten potentiellen »neuen Kandidaten«.

Apomorphin: Für den Dopaminagonisten, der auch bei erektiler Dysfunktion zugelassen ist, ist bereits seit längerem die Einführung eines Inhalers in dieser Indikation geplant, der Nebenwirkungen der bedarfsweisen sublingualen Einnahme (Übelkeit und Blutdruckabfall) reduzieren soll. Ein solcher Inhaler könnte auch für Parkinson-Patienten interessant sein. Bislang scheiterte die Einführung allerdings an den Kosten für eine erfolgreiche Vermarktung.

BIA-9-1067: Bei dieser Substanz handelt es sich um einen COMT-Hemmer, der im Vergleich zum gängigen first-line COMT-Hemmer Entacapon nur einmal täglich eingenommen werden muss. In Deutschland testet eine gerade angelaufene neue Studie den Wirkstoff.

Cogane: PYM50028 ist eine Substanz, die aus der traditionellen chinesischen Medizin stammt. Im Tiermodell konnte dieser Wirkstoff die Spiegel von Wachstumsfaktoren um bis zu 500 % steigern. Mit Spannung werden daher erste Daten der CONFIDENT-PD-Studie erwartet, die in Deutschland jedoch noch nicht angelaufen ist. Ziel der Untersuchung wird es sein, bei neu diagnostizierten, therapie-naiven Parkinson-Patienten eine Krankheitsmodifikation nachzuweisen. Erstmals wird damit ein Medikament untersucht, das nicht symptomatisch wirkt, sondern über eine Erhöhung trophischer Faktoren im Gehirn dopaminerge Neurone schützen soll.

Exenatide: Der Proteinaggregationshemmer, der die Fehlfaltung von Alpha-Synuclein in den Neuronen verhindern soll, ist in der Parkinson-Therapie Vertreter eines ganz neuen Wirkansatzes. Im Tierversuch konnte die Substanz, die in Deutschland unter dem Handelsnamen Byetta® für die Behandlung des Diabetes mellitus zugelassen ist, dopaminerge Neurone gegen Toxine schützen und eine neurorestaurative Wirkung unter Beweis stellen. Eine 2010 angelaufene Studie soll nun untersuchen, in wie weit der Wirkstoff die Krankheitsprogression tatsächlich verzögern oder aufhalten kann.

Fipamezole: Der Alpha-2-Rezeptor-Agonist soll die Wirkzeit von L-Dopa verlängern und auf diese Weise OFFs verkürzen und Dyskinesien reduzieren. Studien zufolge zeigten sich darüber hinaus auch positive Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit.

Ordopidine: Der Wirkstoff ACR325 soll dazu beitragen, das Neurohormonsystem im Gehirn zu stabilisieren. Neben einer Besserung der parkinsonassoziierten Symptome ließen sich so laut Hersteller auch Dyskinesien lindern. Eine erste Phase-II-Studie läuft im ersten Halbjahr 2011 an.

Pardoprinox: Bei dieser Substanz handelt es sich um einen Dopaminagonisten, der gleichzeitig über Serotonin-agonistische und Noradrenalin-antagonistische Eigenschaften verfügt. Dadurch könnte er neben den motorischen Symptomen auch nicht motorische Krankheitszeichen lindern. In Studien konnte das Präparat bereits seine Wirkung auf die Motorik von Parkinson-Patienten demonstrieren. Eine aktuelle Phase-III-Studie soll nun auch den Einfluss von Pardoprinox auf Psychosen und Dyskinesien untersuchen und antidepressive und anxiolytische Effekte nachweisen.

Pitolisant (BF 2.649): Wie eine Phase-II-Studie zeigte, kann die Substanz die exzessive Tagesmüdigkeit bei Parkinson-Patienten lindern. Sie wirkt über das bei Parkinson noch intakte Histaminsystem. Eine Phase-III-Studie soll nun nachweisen, ob die erhöhte Ausschüttung von Histamin tatsächlich zu stärkerer Vigilanz führt.

Praladenant: Der selektive Alpha-2-Rezeptor-Antagonist konnte im Rahmen einer Phase-II-Studie OFF-Zeiten um bis zu 2 Stunden verkürzen. Zwei laufende Phase-III-Studien sollen die Substanz nun an einer größeren Patientenpopulation testen.

XP21279: Der L-Dopa-Vorläufer wurde in einer Studie in Kombination mit Carbidopa mit der bekannten Wirkstoffkombination Levodopa/Carbidopa verglichen. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die neue Substanz zu stabileren Wirkspiegeln mit weniger Wirkungsflektuationen führt als das Standardpräparat. Eine Phase-II-Studie zu XP21279 ist 2010 angelaufen.

Update Neuro-Reha 2011 Schwerpunkt „Frührehabilitation«

Kliniken Schmieder Allensbach
Samstag, 9. Juli 2011, 9.00 – 16.30 Uhr

Themen und Referenten:

Entwicklung der Frührehabilitation in Baden-Württemberg
Rolf Schüllli, Spitalrat des Universitätsspitals Zürich

Functional imaging in vegetative state
Priv.-Doz. Dr. Athena Demertzi, Coma Science Group,
Universität Lüttich

Schweres Schädelhirntrauma in der Frührehabilitation
Dr. Michael Kaps, Kliniken Schmieder Allensbach

Fallvorstellung Frührehabilitation I
Mitarbeiter der Klinik

Ereigniskorrelierte Potentiale in der Frührehabilitation
Dr. Inga Steppacher, Universität Konstanz

Computer-Brain-Interfaces in der Rehabilitation
Prof. Dr. Gabriel Curio, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Fallvorstellung Frührehabilitation II.
Mitarbeiter der Klinik

Funktionelle Therapie in der Früh-Rehabilitation
Dr. Karin Diserens, Universitätsklinik Lausanne

Leichtes und mittelschweres Schädelhirntrauma –
Die Rolle der diffusen axonalen Hirnschädigung
Dr. Gerhard Rothacher, Kliniken Schmieder Gailingen

Sport und Nachsorge bei Multipler Sklerose
Priv.-Doz. Dr. Mathias Mäurer, Caritas Krankenhaus,
Bad Mergentheim

Prognose-Parameter und Reorganisation nach Schlaganfall
Prof. Dr. Joachim Liepert, Kliniken Schmieder Allensbach

Motorische Rehabilitation mittels Bewegungsbeobachten und
Bewegungsvorstellungen
Prof. Dr. Christian Dettmers, Kliniken Schmieder Konstanz

Psychopathologie somatoformer Störungen
Dr. Roger Schmidt, Kliniken Schmieder Konstanz/Gailingen

Kontakt | Anmeldung:

Sekretariat der Ärztlichen Leitung

Frau Birgit Dymarz

Zum Tafelholz 8

78476 Allensbach

Tel.: 07533-808-1236, Fax: 07533-808-1441

E-Mail: b.dymarz@kliniken-schmieder.de

5. Nachsorgekongress der »AG Teilhabe« in Berlin

Ohne Beine wäre es leichter...

Noch immer kämpfen rund 800.000 Schädelhirnverletzte in Deutschland gegen die Niederungen des »Versorgungsdschungels« an. Zu diesem Schluss kamen die Teilnehmer des 5. Nachsorgekongresses der »AG Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration« am 10. und 11. März in Berlin. Besonders problematisch gestaltet sich nach wie vor der Aspekt der Akzeptanz und Teilhabe schädelhirnverletzter Menschen am gemeinschaftlichen, schulischen und beruflichen Leben.

Wenn Stefan Lenger könnte, würde er lieber ein Bein hergeben als weiterhin auf einen gesunden Kopf verzichten zu müssen – »denn diese Behinderung würde wenigstens jeder sehen«. Der junge Mann erlitt als 18-Jähriger bei einem Autounfall ein Schädelhirntrauma. In der Folge erholte er sich physisch gut, behielt allerdings starke Gedächtnisstörungen zurück. Diese behindern ihn nach wie vor in seinem Alltag – sichtbar sind sie aber eben nicht. Lengers Schicksal ist beispielhaft für die

Im Versorgungssystem gebe es zudem Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträger. Benötigt würden mehr ambulante Angebote in Wohnortnähe, so Vöcking. Da neben den Betroffenen selbst oft auch die Angehörigen unter den Folgen der Schädelhirnverletzung leiden, sei auch hier Unterstützung erforderlich. Es gehe aber nicht darum, »mehr Geld ins System zu pumpen«, erklärte er. Vielmehr müssten die vorhandenen finanziellen Ressourcen besser genutzt werden.



»Nehmt mir lieber mein Bein ab und gebt mir dafür meinen Kopf zurück«: der Betroffene Stefan Lenger über das Problem seiner nicht sichtbaren Behinderung



Dr. Johannes Vöcking, Vorstand der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, plädierte für eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen

verhau. Dies klingt auf den ersten Blick paradox, hat aber einen Grund: Das gewohnte Umfeld mit seinen Anforderungen helfe den Betroffenen, ihren Alltag wieder meistern zu lernen, so Unverhau.

Auch Arbeitgeber sind gefragt

Menschen mit Schädelhirnverletzung seien nicht »leistungsgemindert«, sondern »anders«, betonte die Neuropsychologin. Dies müsse auch bei der beruflichen Integration beachtet werden, die wohl eine der größten Hürden auf dem Weg zur gesellschaftlichen Teilhabe darstellt. Dabei sind gerade junge Betroffene wie Stefan Lenger durchaus in der Lage, anspruchsvolle Tätigkeiten zu verrichten, auf einfache Hilfsarbeiten muss man sie nicht beschränken. Lenger beispielsweise schloss erfolgreich eine Ausbildung zum Veranstaltungstechniker ab. In diesem Beruf könnte er auch arbeiten – wenn er stärker begleitet würde, um Leistungsschwankungen durch die Spätfolgen seiner Schädelhirnverletzung abzufangen.



Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und Schirmherr des diesjährigen Kongresses

Probleme, vor denen viele Schädelhirnverletzte in Deutschland stehen. Nach der mühevollen Phase der Rehabilitation bleiben häufig neurologische Defizite wie kognitive Störungen oder eine verminderte Konzentrations- und Belastungsfähigkeit zurück. Da sich diese Symptome für Außenstehende aber nicht auf den ersten Blick zeigen, werden Betroffene vielfach nicht ernst genommen.

Wenig Wissen, unklare Zuständigkeiten, fehlende ambulante Einrichtungen

In Ausbildung, Beruf und bei Behörden herrsche immer noch Unwissenheit über das gesamte Ausmaß von Schädelhirnverletzungen, beklagte Dr. Johannes Vöcking, Vorstand der ZNS – Hannelore Kohl Stif-

Maßnahmen müssen Betroffene im Alltag erreichen

Das Beispiel der Sozialgesetze zeigt, wie an sich gute Regelungen in der Praxis an mangelhafter Umsetzung scheitern und an den Bedürfnissen schädelhirnverletzter Menschen vorbeiziehen können. So funktioniert die stationäre medizinische Versorgung und Rehabilitation oft noch recht gut. Viele der Maßnahmen reichen jedoch nicht bis in den Alltag hinein und gefährden die Teilhabe Betroffener an Schule, Beruf und Gemeinschaft.

Während sonst der Grundsatz »je kränker, desto mehr stationäre Hilfe« gelte, sei es für Schädelhirnverletzte besonders wichtig, früh nach Hause entlassen zu werden, erklärte die Neuropsychologin Sabine Un-

Viele Arbeitgeber scheuen nach wie vor das Risiko, einen Menschen mit Schädelhirnverletzung zu beschäftigen. Sinnvoll sei daher auch eine stärkere Unterstützung der Unternehmen durch konkrete Hilfsmaßnahmen, befand man einhellig. Schädelhirnverletzte sollten schließlich nicht zum Sozialfall werden, sondern eine faire Chance erhalten, ihre Fähigkeiten einzubringen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, so der Tenor.

| Julia Schmidt |

Quelle: 5. Nachsorgekongress der »AG Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration« und der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung vom 10. bis 11. März in Berlin