

PS aktuell

Inhalt

Geburtsschäden	2
ZuRecht: Rechtliche Verantwortung von Arzt und Hebamme	5
Begutachtung: Posttraumatische Epilepsie	8
Rehabilitationsdiagnostik bei Jugendlichen	10
Schul- und Berufswegeplanung	12
Schädelhirntrauma – und dann?	13
Für Sie gelesen	15
REHACARE 2006	16
Seminartermine	16
Impressum	16

Neurologische Schäden bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maße durch Unfälle unterschiedlicher Art gefährdet. Schon der Geburtsvorgang birgt eine Reihe von Risiken. In späteren Jahren verunfallen Kinder beim Spielen oder im Straßenverkehr. Häufig werden sie schwer geschädigt und können langfristig geschädigt bleiben.

Das vorliegende Heft widmet sich den neurologischen Schäden bei Kindern und Jugendlichen. Daraus

ergeben sich oft Folgeschäden, die die kognitive und affektive Entwicklung beeinträchtigen und sich auf die spätere Berufstätigkeit auswirken können. Der Schadenregulierer benötigt eine passgenaue, auf diese Fallkonstellationen ausgerichtete Sensibilität und Kompetenz. Wir unterstützen Sie bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe mit medizinischen und juristischen Beiträgen sowie Informationen zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Geburtsschäden



Dr. med. Walter Stübecke
Arzt für Kinderheilkunde, Neonatologie, Neuropädiatrie, Spez. pädiatrische Intensivmedizin, Medizinischer Sachverständiger (cpu)
email: wstuebecke@t-online.de

Einleitung und Definition

Der Begriff Geburtsschaden wird in vielerlei Bedeutung benutzt. Sprechen Eltern eines behinderten Kindes von einem Geburtsschaden, meinen sie in der Regel zunächst, dass bei ihrem Kind eine Beeinträchtigung seit der Geburt vorliegt bzw. bekannt ist. Erst im 2. Schritt wird auch an schuldhaftes Verhalten des die Schwangerschaft betreuenden Gynäkologen, des Geburtshelfers oder des Kinderarztes gedacht.

Liegen Behinderungen oder Beeinträchtigungen vor, deren Ursachen eindeutig bekannt oder erkennbar sind, ist die Zuordnung hinsichtlich Fremdverschulden vergleichsweise einfach:

Angeborene Stoffwechselkrankheiten des Kindes, die mit geistiger Behinderung, Bewegungsstörungen etc. einhergehen, sind z.B. eindeutig nicht durch Fremdeinwirkung verursacht. Umgekehrt ist bei einer schlaffen Lähmung eines Armes des Kindes, der sog. Erb'schen Parese, mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem Geburtsschaden durch Fremdverschulden – fehlerhaft behandelte Schulterdystokie – auszugehen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass vermeintliche Schädigungen vor, unter und unmittelbar nach der Geburt als Ursachen für eine ganze Reihe von Erkrankungen genannt werden. Dieses gilt auch dann, wenn zwischen Auftreten der Erkrankung oder Manifestation der Behinderung Jahre vergangen sind.

Neurologische Erkrankungen und Behinderungen, die tatsächlich als Folge eines Geburtsschadens in Frage kommen, sind insbesondere die Zerebralparesen in Kombination mit geistiger Behinderung und Epilepsien.

Im folgenden sollen zunächst in einem allgemeinen Überblick die Einflüsse aufgezeigt werden, die auf Schwangere und Neugeborenes wirken. Sodann werden die Schädigungen

dargestellt, die für bzw. weniger für einen Behandlungsfehler sprechen. Im letzten Abschnitt wird die gutachterliche Vorgehensweise bei möglichen Behandlungsfehlern erläutert.

1. Schädigende Einflüsse während der Schwangerschaft, Geburt und in der Neugeborenenperiode

Schädigung in der Schwangerschaft

- (Ärztlich verschuldet: mangelnde Beratung, Nichtfeststellung von Behinderungen, Nichterkennung mütterlicher Krankheiten z. B. der Diabetes mellitus, die Verordnung schädigender Medikamente
- Schädigung durch Frühgeburtlichkeit
- Intrauterine Schäden, die unerkannt verlaufen: Hemiparese
- Unmittelbare Geburtsschäden (CTG, zu späte Entbindung, Verzicht auf Sektio, unmittelbare Schäden: Schulterdystokie, Plexusparese, Querschnittslähmung, Zwerchfelllähmung)
- Schädigung durch mangelhafte Versorgung (Behandlung und Überwachung) des Neugeborenen
- Nichterkennung von Erkrankungen bei Neugeborenen

Schäden bei reifen Neugeborenen

Bei reifen Kindern d.h. Kindern, die zwischen vollendeter 37. SSW und 40. SSW geboren wurden, treten andere Formen der Hirnschädigung bei Sauerstoffmangel, geburtstraumatischen Läsionen und Infektionen in den Vordergrund. Es kann traumatisch zu Hirnblutungen und Rückenmarksschäden kommen, Sauerstoffmangel kann zu einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie führen. Diese führt zu Untergang von Hirnzellen in der Hirnrinde, dem Zwischenhirn und dem Hirnstamm, es werden Narben des

Schädigungen in der Schwangerschaft:

Eine Reihe von mütterlichen Erkrankungen, die während der Schwangerschaft bestehen, können zu Schäden beim Neugeborenen führen. Insbesondere sind hier zu nennen:

- Röteln während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate: führen zu Herzfehler und Taubheit
- Ein unzureichend behandelter Diabetes mellitus der Mutter kann bei Neugeborenen zu mehreren **akuten** Störungen nach der Geburt führen: Unterzuckerung, Mangel an Calcium und Magnesium im Blut, Atemstörungen
- **Dauerhafte** Schäden durch den mütterlichen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
- Herzfehler, Nierenschäden und Rückenmarksschäden, das so genannte caudale Regressionsyndrom
- Diverse Medikamente führen, in der Schwangerschaft eingenommen, zu Fehlbildungen z.B. Valproat (Medikament gegen Anfallsleiden) zu spina bifida und Herzfehlern
- Genussmittel wie Alkohol können zu Mikrozephalie und Entwicklungsstörungen führen.

Hirnstützgewebes gebildet, das Gehirn wandelt sich zystisch um: schwere Anfallsleiden, spastische Lähmungen, Mikrozephalie und Mehrfachbehinderungen sind die Folge.

2. Behandlungsfehler

2a. In der Regel durch Behandlungsfehler verursachte Geburtsschäden

- Bei der Plexusparese des Armplexus
 - sind die Nerven nur überdehnt, bildet sich die Lähmung nach 6–8 Wochen zurück, häufig Mischbilder
 - Maßnahmen: Lagern, vorsichtige Krankengymnastik, ggf. bei bleibender Lähmung Nervenoperationen
 - bei vollständigem Ausriss resultiert ohne Operation eine bleibende Lähmung, der Arm wächst fast nicht mit und wird vom Betroffenen als Fremdkörper empfunden.
- Hohe Querschnittslähmung
Durch ein sogenanntes Hyperextensionssyndrom, das bei fehlerhafter Anwendung der Zange (Forcepsgeburt) auftreten kann, kommt es zur Zerreißung des Rückenmarks im Bereich der obe-

ren Halswirbelsäule. Äußere Verletzungen treten dabei nicht auf, so dass das nicht atmende Kind sehr bald beatmet wird und das Leben als dauerbeatmetes, vollständig gelähmtes Neugeborenes beginnt. Bei adäquater Pflege kann die geistige Entwicklung eines solchen Kindes weitgehend normal sein. Dem Verfasser sind zwei Kinder bekannt, die inzwischen 12 bzw. 14 Jahre alt sind. Durch vergleichbare Geburtsschäden können auch Zwerchfelllähmungen verursacht werden, die zu langfristiger oder dauernder Beeinträchtigung der Atmung

führen, diverse und langdauernde Krankenhausaufenthalte verursachen, Pflegebedürftigkeit und Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung bewirken.

2b. Möglicherweise durch Behandlungsfehler verursachte Geburtsschäden

Hypoxischer Hirnschaden

Insbesondere bei Hirnschäden, die auf Sauerstoffmangel vor, während oder unmittelbar nach der Geburt beruhen, ist die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungsfehlers deutlich erhöht, jedoch stellt sich bei genauer Analyse nicht selten auch ein schicksalhafter Verlauf heraus. Als Folgen beim Kind sind zu beobachten: Hirnödeme, Zerstörung der weißen Hirnsubstanz, die für die Weiterleitung von Nervenimpulsen von der Großhirnrinde zum Rückenmark verantwortlich ist (periventrikuläre Leukomalazie), Hirnblutungen mit Zerstörung von Hirnzellen.

Ein solcher Sauerstoffmangel wird auch Asphyxie genannt und wird mit dem APGAR-Index und/oder Nabelschnur-pH-Wert des Blutes erfasst.

Ursachen: zu lange Geburt, Wehenanomalien, Nabelschnurkomplikationen, Schock der Mutter, vorzeitige Placentallösung. Vor allem die vorzei-

tige Placentallösung und ihre Folgen sind eher selten einem schuldhaften ärztlichen Verhalten zuzurechnen, während bei den übrigen genannten Ursachen es nicht von vornherein eindeutig ist, ob schuldhaftes Verhalten die Ursache ist.

Als Erscheinungsbild der Folgen treten auf: Lähmungen, meist Tetraparesen, bei denen die Beine häufig stärker betroffen sind als die Arme. Die Lähmungen sind häufig spastisch, können aber auch hypoton sein, so dass die Kraft vermindert ist und der Rumpf im Rücken nicht stabilisiert werden kann. Nicht selten sind auch Hirnstamm und die Hirnnerven mit betroffen. Daraus resultieren Schluck- und Kaustörungen, Sprechstörungen, Schielen sowie Weitsichtigkeit.

2c. Nur selten durch einen Behandlungsfehler verursachte Geburtsschäden

Durch bereits während der Schwangerschaft auftretende Verschlüsse von Blutgefäßen des Gehirns z.B. durch Blutgerinnungsstörungen, die bei der Schwangeren bisher nicht bekannt waren, können umschriebene Zerstörungen von Hirnsubstanz auftreten. Diese haben in der Regel eine Halbseitenlähmung (Hemiparese), in 30% auch eine Epilepsie und dann auch häufiger eine geistige Behinderung zur Folge.

3. Gutachterliche Wege und Aufgaben zur Klärung des Verdachtes eines Geburtsschadens durch Behandlungsfehler

Besteht der Verdacht auf eine durch einen Behandlungsfehler verursachte geburtstraumatische Schädigung eines Kindes, ist der Sachverhalt nur abschließend zu klären, wenn er aus den drei möglichen Perspektiven analysiert wird.

Die erste Perspektive ist eine Analyse der kindlichen Schädigung: Während bei einer geburtstraumatischen Plexusparese (schlaffe Lähmung eines Armes durch Zerreißung von Nervenfasern) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein Behandlungsfehler vorliegt, liegt z. B. bei einer spastischen Halbseitenlähmung mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Behandlungsfehler vor.

Die zweite Perspektive ist die gutachterliche Prüfung des Schwangerschaftsverlaufs, des Geburtsverlaufs und des Zustandes des Kindes nach der Geburt.

Der als Gutachter tätige Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe prüft beim Schwangerschaftsverlauf insbesondere:

- die mütterliche Anamnese mit Vorschwangerschaften und Geburten

- die durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
- die Behandlung von mütterlichen Erkrankungen während der Schwangerschaft
- Ultraschall- und Dopplerultraschallkurven
- das Cardiotokogramm des Kindes (CTG)
- die Ergebnisse von ggf. durchgeführten Mikroblutuntersuchungen.

Die Prüfung des Geburtsverlaufes umfasst:

- Art der Entbindung: Spontangeburt, geburtshilfliche Operation, Kaiserschnitt
- Dauer der Entbindung
- Komplikationen

Es folgt die Analyse des Zustandes des Kindes nach der Geburt, hierzu stehen zur Verfügung:

- der APGAR-Index
- der Nabelarterien und -venen-pH-Wert
- die Beschreibung des Zustandes des Fruchtwassers
- ggf. notwendige Versorgungsmaßnahmen

Die dritte Perspektive nimmt der kinderärztlich-neonatologische Gutachter ein. Dieser prüft die Versorgung und Behandlung des Kindes durch die hinzugezogenen Kinderärzte und Kinderkrankenschwestern, die sich ggf. über Wochen erstreckt hatte.

Folgende Parameter werden geprüft: Atmung mit ggf. notwendiger Beatmung, Herzaktion, Blutdruckwerte, Infektionszeichen und -verlauf, gegebene Medikamente, Anlage und Umgang mit zentralen Venenkathetern, ggf. Krampfanfällen.

In jedem Fall muss für die pädiatrisch-neonatologische Begutachtung die gesamte Patientenakte zur Verfügung stehen. Auch ist es sinnvoll dem Gutachter das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft und die vorliegenden Arztbriefe aus dem späteren Lebensalter zur Verfügung zu stellen. Ergibt sich z.B., dass ein Kind nach der Geburt und den Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr unauffällig war, spricht vie-

les dafür, dass ein später vorliegender Schaden eine andere Ursache z.B. eine ererbte Stoffwechselstörung hatte und nicht durch einen Geburtschaden verursacht wurde.

Literatur beim Verfasser

Bildmaterial aus dem privaten Archiv des Verfassers

Die rechtliche Verantwortung von Arzt und Hebamme bei der Klinikgeburt

Für den mit Arzthaftpflicht befassten Praktiker stellen sich beim Zusammenwirken mehrerer verantwortlicher Personen in einem Krankenhaus regelmäßig eine Vielzahl schwieriger Fragen. Das trifft insbesondere auf das Ineinandergreifen von Aufgaben der Hebamme und des Gynäkologen zu. Frau Dr. Held will in ihrem Überblick unter anderem die Verantwortungskreise beider Personen ermitteln und verständlich machen.



Dr. Claudia Held
Rechtsanwältin
Bach, Langheid &
Dallmayr
Beethovenstr. 5-13
D-50674 Köln
email: held@bld.de

In Geburtsschadenprozessen sind – neben Behandlungsfehlern und Kausalität – regelmäßig zwei Problemkreise zu klären: Zum einen stellt sich die Frage nach dem richtigen Anspruchsgegner. In Betracht kommen Krankenhausträger, Arzt und Hebamme. Zum anderen müssen die Verantwortungskreise ermittelt werden und deswegen die dem Arzt allein vorbehaltenen Aufgabenfelder von den delegationsfähigen bzw. den der Hebamme originär zugewiesenen Tätigkeitsbereichen abgegrenzt werden.

I. Haftungsgrundlagen

1. Entbindung in einer Vollenstalt

Lässt die Schwangere die Entbindung in einem Krankenhaus vornehmen, so hat sie Anspruch auf den Standard einer fachärztlich geleiteten klinischen Geburtshilfe. Grundvoraussetzung einer geburtshilflichen Fachabteilung ist die ständige Verfügbarkeit eines erfahrenen Facharztes, die Präsenz mindestens eines nachgeordneten Arztes mit geburtshilflich-gynäkologischer Erfahrung sowie die ausreichende Vorhaltung aller anderen Dienstleistungen, insbesondere durch Hebammen, Anästhesisten und einen pädiatrischen Konsiliardienst (so die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin). Die Anforderungen an den Standard orientieren sich daran, ob es sich um ein Haus der Grund- und Regelversorgung, ein Schwerpunktkran-

kenhaus oder ein Haus mit Maximalversorgung handelt.

Vertragliche Beziehungen bestehen allein zwischen der Patientin und dem Krankenhausträger. Dieser haftet für das Verschulden seiner angestellten Ärzte und Hebammen gemäß § 278 BGB. Arzt und Hebamme können von der Patientin unmittelbar nur aus Deliktsrecht in Anspruch genommen werden.

2. Entbindung in einem Belegkrankenhaus

Häufig findet die Geburt in einem Krankenhaus statt, in welchem der die Schwangere betreuende freiberufliche Arzt Belegbetten unterhält. Dem Gynäkologen wird in diesen Fällen gestattet, die Patientin im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Apparate und sonstigen Mittel medizinisch zu behandeln. Der Belegarzt ist zur Erbringung der ärztlichen Leistungen im eigenen Fachgebiet (Geburtshilfe) verpflichtet und haftet hierfür. Das Belegkrankenhaus schuldet hingegen nur die nicht ärztlichen Versorgungsleistungen und pflegerischen Dienste (sowie medizinisch/ärztliche Dienste, die außerhalb der Leistungen des Belegarztes liegen).

Aufgrund dieser verschiedenen Pflichtenkreise kann ein Fehlverhalten des Arztes dem Krankenhaus nicht gemäß § 278 BGB zugerechnet werden. Der Belegarzt wird in

Erfüllung eigener vertraglich übernommener Pflichten tätig (Einleitung, Durchführung der Geburt, Überwachung der Mutter) und gerade nicht – wie z. B. ein angestellter Arzt – in Erfüllung der Pflichten des (Beleg-)Krankenhauses. Das Belegkrankenhaus haftet demnach nur dann, wenn der Gesundheitsschaden (auch) auf einem Organisationsverschulden beruht.

Der Belegarzt ist gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 HebG verpflichtet, eine Hebamme hinzuzuziehen. Dabei kann er sich einer bei ihm angestellten oder einer freiberuflich tätigen Hebamme bedienen. Zudem hat er häufig die Möglichkeit, auf eine Anstaltshebamme des Krankenhauses zurückgreifen. Fraglich ist in diesen Konstellationen, wer (Belegarzt oder Krankenhausträger) für evtl. Fehler der Hebamme einzustehen hat.

Bei Fehlern der bei dem Belegarzt angestellten Hebamme haftet der Belegarzt aus Vertrag (§ 278 BGB) und Delikt (§ 831 BGB).

Wird die Geburt durch eine Anstaltshebamme betreut, kommt bei Fehlern eine vertragliche (§ 278 BGB) und deliktische (§ 831 BGB) Haftung des Krankenhausträgers in Betracht. Die angestellte Hebamme wechselt als Gehilfin des Belegarztes in dessen Verantwortungsbereich, wenn der Belegarzt bei Beginn des Geburtsvorgangs die Leitung der Geburt übernimmt oder vor diesem Zeitpunkt ihr gegenüber eine besondere Weisungskompetenz in Anspruch nimmt (BGH VersR 2000, 999; OLG Koblenz VersR 2001, 897). Ist Gegenstand des gegen die Hebamme gerichteten Behandlungsfehlervorwurfs beispielsweise das Nichterkennen des pathologischen CTG oder die Verabreichung von wehenfördernden Mitteln bei ohnehin bestehender problematischer Versorgungslage des Kindes, so handelt es sich um Tätigkeiten, die bei wertender Betrachtung der objektiven Pflichtenkreise in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Belegarztes fallen. Hat der Arzt die Geburt auch bereits übernommen, so ist ihm das Verschulden der Hebamme zuzurechnen.

Auch eine Beleghebamme, die in eigenen Vertragsbeziehungen zur Patientin steht, kann Erfüllungsgehilfin im Pflichtenkreis des Belegarztes sein. Für ihre Rolle als Erfüllungsgehilfin des Belegarztes kommt es maßgeblich darauf an, dass sie als eine Hilfskraft des Arztes anzusehen ist, die grundsätzlich an dessen Anordnungen gebunden ist (OLG Frankfurt/M. VersR 1991, 929; OLG Celle VersR 1993, 360). Oft findet sich eine Regelung in den Belegarztverträgen, wonach der Belegarzt allen Mitarbeitern gegenüber in ärztlichen Angelegenheiten anordnungsberechtigt ist.

II. Aufgabenabgrenzung zwischen Arzt und Hebamme

Ausgangspunkt ist die gesetzgeberische Bewertung beider Berufsgruppen als selbständige, voneinander unabhängige Heilberufe. Fraglich ist deshalb zunächst, ob sich die Hebamme im Verhältnis zum Arzt überhaupt in das Schema der horizontalen oder vertikalen Arbeitsteilung einordnen lässt.

Die horizontale Arbeitsteilung liegt immer dann vor, wenn eine „partnerschaftliche Gleichordnung“ gegeben ist. Hiervon kann üblicherweise ausgegangen werden, wenn ein ungefähr gleiches Maß an Fachkompetenz vorliegt und voneinander abgrenzbare und unabhängige Kompetenzbereiche gegeben sind. Bei der vertikalen Arbeitsteilung tritt an die Stelle der „partnerschaftlichen Gleichstufigkeit“ ein durch einen hierarchischen Personalaufbau oder durch unterschiedlichen beruflichen Status vorgegebenes Über-/Unterordnungsverhältnis, das gewisse Weisungsrechte für den jeweils Vorgesetzten und damit eine Weisungsgebundenheit des rangniedrigeren Mitarbeiters beinhaltet.

Die Einordnung der Hebamme in die dargestellten Grundsätze der Arbeitsteilung ist schwierig. Denn beim Hebammenberuf handelt es sich gegenüber dem Gynäkologen weder um einen Medizinalberuf gleicher Qualifikation, noch – wie etwa bei der Krankenschwester – um ein prinzipielles Über-/Unterord-

nungsverhältnis. Stellung und Aufgabe der Hebamme im Verhältnis zum Arzt werden deshalb nicht an der beruflichen Einordnung, sondern vielmehr an dem Verlauf der Geburt festgemacht.

Bei einem Geburtsverlauf ohne Komplikationen ist eine Hebamme in der Lage, die Entbindung selbstständig ohne Beistand eines Arztes durchzuführen. Es herrscht Gleichordnung zwischen Arzt und Hebamme und somit ein Fall der horizontalen Arbeitsteilung. § 4 HebG spricht insofern von der Erstkompetenz der Hebamme. Danach soll die Hebamme eigenverantwortlich u.a. folgende Aufgaben durchführen:

- Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft;
- Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;
- Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
- Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage einschließlich des Scheidendammchnitts;
- Untersuchung und Pflege des Neugeborenen.

Die Erstkompetenz der Hebamme endet, sobald sich Risiken oder Komplikationen abzeichnen (vgl. OLG Bremen VersR 1979, 1060; OLG Hamm VersR 1991, 228 mit Nichtannahmebeschluss des BGH v. 25. 09. 1990 – VI ZR 315/89 –; OLG Stuttgart VersR 1994, 1114). Zu diesem Zeitpunkt wird aus der horizontalen eine vertikale Arbeitsteilung.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. hat in ihren Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe (abgedr. in: Frauenarzt 2000, 532 ff.) in folgenden Fällen die Notwendigkeit gesehen, einen Facharzt herbeizurufen:

- nicht normales CTG;
- pathologische MBU (pH-Wert < 7,20)
- Blutungen unter der Geburt;
- Nabelschnurvorfal;
- Lageanomalien (Beckenendlage, Querlage, Schräglage, Schulterdystokie);
- Mehrlinge;
- drohende Frühgeburt vor der 32. SSW;
- vorzeitiger Blasensprung;
- grünes oder blutiges Fruchtwasser;
- Erstgebärende über 40 Jahre oder vorangegangene Geburt eines toten oder geschädigten Kindes;
- ernste mütterliche Erkrankungen (z.B. insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Eklampsie, Herzkrankheiten, Hypertonie, Herpesinfektion, HIV);
- Verdacht auf HELLP-Syndrom, Amnioninfektionssyndrom (Fieber der Mutter, Tachykardie des Fötus);
- Zustand nach Uterusoperation (inkl. Sectio);
- protrahierter Geburtsverlauf;
- Geburtseinleitung (Prostaglandinabgaben);
- operativer Eingriff (Vakuumextraktion, Zangengeburt, Sectio);
- Versorgung von Dammrissen 3. Grades (DR III);
- unvollständige Plazenta, Störungen oder stärkere Blutungen (> 500 ml) in der Nachgeburtsperiode.

Auch die Rechtsprechung hat sich in der Vergangenheit bereits mehrfach mit der Arbeitsteilung zwischen Arzt und Hebamme bzw. dem Problem befasst, ab wann die Hebamme verpflichtet ist, den Facharzt hinzuzuziehen. Aus den zahlreichen Entscheidungen soll beispielhaft nur auf folgende Fälle verwiesen werden:

- Auftreten einer Schulterdystokie (OLG Stuttgart VersR 1994, 1114; Hamm VersR 1997, 1401; OLG Bremen VersR 1979, 1060; 1996, 279; OLG Düsseldorf VersR 2001, 460);
- Anzeige einer Dezeleration auf den CTG-Aufzeichnungen (OLG München VersR 1991, 586);
- Gefahr der Schädigung des Nervensystems (OLG Stuttgart AHRS II 3210/102);
- Auftreten von Herztonabfällen des Kindes (OLG Stuttgart VersR 1994, 1114).

Beim Zusammenwirken zwischen Arzt und Hebamme darf sich die Hebamme grundsätzlich auf die Richtigkeit der ärztlichen Anordnung verlassen. Bei erkennbar unsachgemäßen Anweisungen muss sie entsprechende Vorhalte machen; doch liegt die Letztentscheidung beim Arzt (OLG Frankfurt/M. Der Gynäkologe 1992, 44). Das OLG Frankfurt/M. (Urt. v. 06. 04. 1990 – 24 U 18/89) hat in diesem Zusammenhang Folgendes festgehalten: „Auch einer Hebamme muss klar sein, dass eine frühzeitige Blasensprengung und die Verabreichung wehenfördernder Mittel ohne die Möglichkeit der Kontrolle mittels eines CTG-Geräts gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt. Erteilt ihr ein Arzt entsprechende telefonische Anordnungen, dann muss sie ihm einen Vorhalt machen und ihn darauf hinweisen, dass ihr ein CTG-Gerät nicht zur Verfügung steht. [...] Die Hebamme darf auch nicht kritiklos auf telefonische Anweisungen des Arztes einer Patientin in der Geburtsphase Medikamente gehäuft verabreichen, wenn der Arzt die Patientin noch nicht gesehen hat.“

III. Fazit

Ist die rechtliche Inanspruchnahme von Krankenträger, Arzt und/oder Hebamme aufgrund bestehender Haftungsgrundlagen denkbar, ist im Rahmen der weiteren Prüfung oft festzustellen, dass die entscheidenden Fehler auf einem unzureichenden Zusammenwirken (mangelnde Koordination, Kompetenz, Delegation) zwischen Arzt und Hebamme beruhen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die Hebamme im Verhältnis zum Arzt nicht pauschal in das Schema der horizontalen oder vertikalen Arbeitsteilung einordnen lässt. Die Verantwortlichkeit für einzelne Aufgaben ist vielmehr allein vom Geburtsverlauf abhängig. Treten Komplikationen auf, muss die Hebamme den Arzt rufen, dem allein die weitere Behandlung vorbehalten ist. Diese Abgrenzung dient dem Interesse von Mutter und Kind, wirft aber in der Praxis immer wieder die Frage auf, wann eine „Komplikation“ vorliegt oder wahrscheinlich ist und wer darüber zu befinden hat. Von Vorteil ist dann, wenn Einzelheiten der Zusammenarbeit weitestgehend anhand der konkreten organisatorischen, sachlichen und personellen Situation durch Vertrag, Organisationsstatut, Dienstanweisungen etc. geregelt sind.

Posttraumatische Epilepsie: Fallbeispiel eines verunfallten Kindes

Vorgestellt wird ein 11-jähriger Junge, der während des Spielens am Nachmittag plötzlich bewusstlos wird. 2 Jahre vorher hatte er bei Rollerscaten einen Unfall mit Schädelverletzung erlitten. Haben beide Vorfälle miteinander zu tun? Welche Aspekte hat ein Gutachter in solchen Fällen zu beachten? Der folgende Beitrag geht hierauf ausführlich ein.



PD Dr. H. Grehl,
Neurologische Klinik,
Ev. u. Johanniter
Klinikum Niederrhein,
Duisburg
Medizinischer Sach-
verständiger (cpu)
email:
holger.grehl@ejk.de

Fallbeschreibung

Symptomatik

Ein 11-jähriger Junge wird in der Notaufnahme vorgestellt, nachdem er am Nachmittag beim Spielen plötzlich bewusstlos geworden war. Die Eltern hatten bei dem am Boden liegenden Kind für mehrere Minuten Zuckungen der Arme und Beine beobachtet. Auf Ansprache habe es nicht reagiert, sein Gesicht sei blaß-bläulich gefärbt gewesen. Nach kurzer Zeit sei es wieder langsam zu sich gekommen, habe sich aber nur verzögert reorientiert. In den Tagen vor dem Unfall habe ein grippaler Infekt mit leichtem Fieber bestanden.

Auf gezieltes Befragen geben die Eltern an, dass dies das erste Ereignis dieser Art sei. Zuvor sei ihr Sohn nie

plötzlich bewusstlos geworden, hätte in den letzten Jahren auch nachts nie eingenässt. Die Geburt sei problemlos verlaufen, ebenso die frühkindliche Entwicklung der Motorik und Sprache. Fieberkrämpfe seien nicht aufgetreten. Zwei ältere Geschwister hätten ebenfalls nie Ohnmachten oder epileptische Anfälle gezeigt, auch in den Familien der Eltern seien keine solchen Ereignisse bekannt.

Besondere Vorerkrankungen, die über die üblichen Infekte und Kinderkrankheiten hinausgingen, seien nicht aufgetreten. Allerdings habe der Sohn vor etwa 2 Jahren einen Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Die jetzt aufgetretene Bewusstlosigkeit, so behaupten die Eltern, stehe mit diesem Unfall in Zusammenhang.

Unfallereignis

Im Alter von 8 Jahren, im Oktober 2001 war das Kind beim Skaterfahren von einem überholenden PKW gestreift worden, zur rechten Seite gestürzt und mit dem Kopf auf den Bordstein aufgeschlagen. Das Kind blieb an der Unfallstelle regungslos liegen und blutete stark aus einer Kopfwunde. Der Notarzt fand ein bewusstloses Kind mit stark blutender Kopfplatzwunde rechts parietal vor. Die Pupillen waren seitengleich, Atmung und Kreislauf stabil. Zum Schutz vor Aspiration wurde noch am Unfallort eine Intubation vorgenommen, danach erfolgte der Transport in eine neurochirurgische Klinik.

Erstbehandlung

In den nach dem Unfall durchgeführten Röntgenuntersuchungen wurde keine Schädelfraktur nachgewiesen. Im Computertomogramm (CT) des Schädels fand sich eine kleine subarachnoidale Blutaufflagerung rechts und eine etwa 2 cm messende Einblutung ins Hirngewebe des Schläfenlappens links. In der Umgebung der Blutung zeigte sich eine leichte Hirngewebsschwellung, die seitliche Hirnkammer links war diskret zur Mitte hin verschoben. Die Kopfplatzwunde wurde genäht, mehrere kleinere Prellungen an Rumpf und Extremitäten wurden gereinigt und verbunden. Die weitere Überwachung erfolgte auf der Intensivstation.

Diagnosen der erstbehandelnden Klinik:

- Contusio cerebri (Schädel-Hirn-Trauma Grad 2 [SHT 2°]) mit
- traumatischer Subarachnoidalblutung rechts und
- Contusionsherd links temporal
- Rissquetschwunde parietal rechts
- Multiple kleinere Schürfwunden an Rumpf und Extremitäten

Im Verlauf der nächsten Tage hatte die Hirnschwellung links zugenommen und zu einer zunehmenden Verlagerung der linken Hirnkammer und des Hirngewebes geführt, jedoch keine Einklemmung von Hirngewebe, so dass eine operative Entlastung vermieden werden konnte. Unter regelmäßiger Kontrolle und Fortführung der Intensivtherapie bildete sich die Schwellung zurück, so dass nach 2 Wochen das Kind auf eine Normalstation verlegt werden konnte. Nach der neurologischen Rehabilitation waren keine Einbußen der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nachweisbar, die weitere Schullaufbahn war nach kurzer Eingewöhnungsphase unauffällig. Auch im Alltagsleben hatten sich keine Einschränkungen nach dem Unfall ergeben.

Abklärung nach Neuaufnahme ins Krankenhaus

Nach der aktuellen stationären Aufnahme ist das Kind wach, örtlich und zur Person orientiert und kooperiert gut. In der neurologischen Untersuchung finden sich keine Auffälligkeiten, am seitlichen Zungenrand links ist eine blutunterlaufene Stelle sichtbar, das Kind hatte eingenässt. Die routinemäßig erhobenen Blutwerte sind altersentsprechend normal.

Die Kernspintomographie (MRT) des Kopfes zeigt in den Spezialschnitten noch Reste von Blutbauprodukten (Hämoglobin) im linken Schläfenlappen. Darüber hinaus finden sich keine Auffälligkeiten, abgesehen von einer Schwellung der Schleimhäute in den Nasennebenhöhlen beidseits.

Das Elektroenzephalogramm (EEG) zeigt einen Verlangsamungsherd links temporal.

Die wegen des vorangegangenen Infektes durchgeführte Lumbalpunktion ergibt normale Befunde.

Begutachtungs-Aspekte

Gutachterlich stellt sich die Frage, ob das Ereignis mit dem vorangegangenen Unfall in Zusammenhang steht, wie von den Eltern des Kindes geltend gemacht wird. Für die Suche nach der Ursache ist immer zunächst die genaue Diagnose der Störung hilfreich.

Eine Bewusstlosigkeit ist immer Ausdruck einer Hirnfunktionsstörung. Mögliche Ursachen einer solchen Funktionsstörung sind aber viel-

fältig: So kann eine Störung im Zucker- oder Salzhaushalt zu Bewusstlosigkeit führen. Nicht selten wird das Vorliegen einer Zuckerkrankheit oder eines Wassermangels erst durch Auftreten einer Bewusstseinsstörung erkannt. Ein Zusammenhang mit einem vorangegangenen Schädeltrauma ist hier jedoch nicht zu sehen.

Eine Bewusstlosigkeit durch eine Minderversorgung des Gehirns mit Blut kommt meistens durch Störungen der Herzfunktion oder Blutdruckregelung zustande. Bereits aus der Schilderung des Ereignisses können aber wesentliche Hinweise entnommen werden: so sind durch eine Herzrhythmusstörung eintretende Ohnmachten in der Regel plötzlich einsetzend; die Betroffenen stürzen zu Boden und sind nach dem Aufwachen aber sofort wieder vollständig wach und kooperativ. Müdigkeitsphasen oder Verwirrheitszustände in der Folge der Bewusstlosigkeit sprechen dagegen eher für einen epileptischen Anfall. Auch Herzrhythmusstörungen können also nicht durch den zurückliegenden Unfall bedingt sein.

Typische Beispiele für eine Blutdruckregulationsstörung als Ursache für eine Bewusstlosigkeit sind Ohnmachten nach längerem Stehen (Popkonzerte etc.) oder nach Schmerz- bzw. Schreckreaktionen (blutende Wunden, Spritzen etc.). Solche Regulationsstörungen sind allerdings nie Spätfolge eines Schädeltraumas.

Nicht selten werden nach Eintritt einer Bewusstlosigkeit einige Zuckungen an Armen und Beinen des Betroffenen bemerkt. Dauern diese nur kurz, fehlen Zungenbiss, kommt

es zu Einnässen und einer verzögerten Aufwachphase, kann eine „konvulsive Synkope“ vorliegen: die Zuckungen sind nicht Ausdruck eines epileptischen Anfalls, der die Bewusstlosigkeit bedingt, sondern Folge des vorübergehenden Sauerstoffmangels des Gehirns infolge der Herzrhythmus- oder Blutdruckstörung. Gutachterlich sind konvulsive Synkopen so zu behandeln wie die der Ohnmacht zugrunde liegende Störung. Entscheidend ist die Abgrenzung von primären epileptischen Anfällen!

Häufige Ursache für Bewusstlosigkeiten sind epileptische Anfälle. Definitionsgemäß werden epileptische Anfälle, die mit Bewusstlosigkeit und Sturz einhergehen, als „große Anfälle“ (Grand-mal Anfälle) bezeichnet. Die unregelmäßige gleichzeitige Entladung großer Hirnzellengruppen, die einem solchen Anfall zugrunde liegt, kann durch einen lokalisierten Hirnschaden ausgelöst werden (fokale Epilepsien) oder auch durch eine anlagebedingte Neigung zu epileptischen Anfällen (idiopathische Epilepsien).

Für eine idiopathische Epilepsie sprechen eine familiäre Belastung mit (idiopathischen) Epilepsien und besonders vorangegangene epileptische Phänomene in der Kindheit. Idiopathische Epilepsien sind anlagebedingte Erkrankungen, die nicht durch Schädel-Hirn-Verletzungen ausgelöst werden. Ein Unfallzusammenhang ist also hier zu verneinen.

Die Diagnose einer symptomatischen Epilepsie setzt die Benennung der zugrunde liegenden Hirnschädigung voraus. Bei der Anamneseerhebung müssen mögliche Geburtskomplikationen oder andere Hirnschädigungen immer gezielt erfragt werden. Auf Prodromalsymptome muß ebenfalls geachtet werden. Prodromi können sich als „Aura“ manifestieren und machen sich dann oft als von der Magenregion aufsteigendes Wärme- oder Übelkeitsgefühl bemerkbar. Des Weiteren können sie aber auch als fokaler Anfall imponieren mit motorischen Entäußerungen (Zuckungen) oder sensiblen Missempfindungen einzel-

ner Körperteile, seltener auch mit Verwirrheitszuständen oder komplexen visuellen oder akustischen Phänomenen. Solche Prodromi belegen einen fokalen Beginn der epileptischen Entladungen im Gehirn und machen damit eine symptomatische Epilepsie wahrscheinlich. Für die sichere Diagnosestellung muss dann aber der fokale Hirnschaden belegt werden, so dass hier bildgebende Untersuchungen (CCT, MRT) erfolgen müssen. Häufige Ursachen sind traumatische Hirnläsionen oder durchblutungsbedingte Defekte (Schlaganfälle), die sowohl im Akutstadium (Frühanfälle), als auch Jahre nach dem Ereignis (Spätepilepsie) zu Anfällen führen können. Ist trotz Zusatzuntersuchungen keine Ursache fassbar, muss laut Klassifikation die Diagnose „kryptogene Epilepsie“ lauten. Hier ist der seltene Fall, dass „kryptogen“ (wahrscheinlich symptomatische Epilepsie ohne Nachweis der ursächlichen Hirnschädigung) im Gegensatz zu „idio-

pathisch“ (nachgewiesen anlagebedingte Epilepsie, s. o.) steht.

Gutachterliche Wertung

Im vorliegenden Fall legen die Schilderung der Bewusstlosigkeit, länger dauernde Zuckungen, Blaufärbung des Gesichts sowie der Zungenbiss und das Einnässen die Diagnose eines epileptischen Anfalls nahe. Orientierende Zusatzuntersuchungen ergeben keine Hinweise für eine Herz-Kreislauf- oder Elektrolyt-Störung. In der Anamnese ergeben sich keine Hinweise für frühere epileptische Phänomene (als Zeichen einer idiopathischen Epilepsie), auch gibt es keine anderen (blutsverwandten) Familienmitglieder mit Epilepsie.

Das EEG zeigt eine veränderte hirnelektrische Aktivität über dem linken Schläfenlappen. Diese Veränderung beweist keinen epileptischen Anfall, belegt aber, dass am Ort der unfall-

bedingten Hirnschädigung nicht nur eine strukturelle Störung (Nachweis im Kernspin), sondern auch eine funktionelle, elektrische Störung besteht. Im Zusammenhang mit dem epileptischen Anfall wird hier gutachterlich die erforderliche Sicherheit zur Diagnose einer symptomatischen (posttraumatischen) Epilepsie erreicht. Der kausale Zusammenhang zwischen Ereignis und zurückliegendem Unfall war zu bejahen.

Zu beachten ist, dass solche Spätanfälle nach Hirntrauma auch mehrere Jahre nach einem Unfall auftreten können, ohne dass „Brückensymptome“ vorhanden sind. Die Prognose solcher Spätanfälle ist zudem ungünstiger als diejenige von Frühanfällen, was die Entwicklung eines Anfallsleidens betrifft. Die quantitative gutachterliche Wertung der Epilepsie-bedingten Beeinträchtigung hängt darüber hinaus wesentlich von der weiteren Anfallsfrequenz ab.

Rehabilitationsdiagnostik bei Jugendlichen

Schäden bei Kindern und Jugendlichen wachsen sich aus: stimmt das so? Nach schweren Unfällen bleiben oft Hirnschäden, die eine Reintegration der Patienten verzögern oder verhindern. Der folgende Beitrag zeigt auf, dass durch eine neue Rehabilitationsdiagnostik eine exakte Diagnose erstellt und weitere therapeutische Maßnahmen frühzeitig empfohlen werden kann. Für den Kostenträger ergibt sich dadurch ein z.T. erhebliches Einsparungspotential.



Priv. Doz. Dr. M. Spranger
Ltd. Arzt Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst
Rotdornallee 64
28717 Bremen
email: beims@friedehorst.de

Rehabilitationsdiagnostik – wann und warum?

Während bei gravierenden Verletzungen in der Regel eine Anschlussrehabilitation durchgeführt wird, besteht insbesondere bei hirngeschädigten jugendlichen Patienten mit kognitiven oder sprachlichen Unfallfolgen häufig Unklarheit über den Rehabilitationsbedarf. Mäßiggradige Einschränkungen von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Handlungsplanung oder leichte Sprachverständnisstörungen fallen im klinischen Alltag nicht auf und werden vor dem Hintergrund der meist spektakulären Eingriffe und Erfolge der Unfall- und Intensivmedizin nach schweren Schädelhirntraumen übersehen. Der gleichzeitig bestehende und nachvollziehbare Wunsch des Patienten nach baldmöglichster Rückkehr nach Hause führt häufig dazu, dass eine

notwendige Rehabilitationsbehandlung nicht in Anspruch genommen wird.

Einschränkungen des Stirnhirns

Dennoch sind es gerade die kognitiven Einschränkungen, nicht die motorischen, die eine erfolgreiche schulische oder berufliche Reintegration verhindern. Nach Schädelhirntraumen finden sich aufgrund des Unfallmechanismus häufig Verletzungen der vorderen Hirnabschnitte. Hier befinden sich übergeordnete Steuerungsfunktionen für die Handlungsplanung und -kontrolle. Schädigungen des Stirnhirns haben damit Auswirkungen auf alle anderen Bereiche des Denkens, Handelns und Verhaltens. Ein intaktes Stirnhirn ist also für ein gutes „Funktionieren“ in gesellschaftlichen Bezü-

gen notwendig. Sind diese gestört, scheitert oft eine schulische oder berufliche Integration, ohne dass Gründe hierfür offensichtlich sind. Als Ursachen werden dann unkooperative Arbeitsweise, „mobbing“, reduzierte Arbeitsleistung, verminderte Belastbarkeit oder Verhaltensauffälligkeiten genannt. Nur das Wissen um den Zusammenhang dieser Verhaltensauffälligkeiten mit der stattgehabten Hirnverletzung und ein rechtzeitiges therapeutisches Eingreifen verhindert eine Chronifizierung psychischer Krankheitsfolgen mit einer dauerhaften Behandlungsbedürftigkeit.

Standardisierte Verhaltensbeobachtung notwendig

Erschwerend ist, dass diese „exekutiven“ Funktionsstörungen durch einfache neuropsychologische Testverfahren nicht gut untersuchbar sind. Nur eine zusätzliche standardisierte Verhaltensbeobachtung in einem möglichst realitätsnahen Umfeld durch geschulte multidisziplinäre Beobachter ermöglicht eine exakte Diagnose und ein spezifisches Training.

Indikationen für eine Rehabilitationsdiagnostik

- Abklärung des medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Anschluss an eine akutmedizinische Behandlung
- Erfolgreiche oder gefährdete schulische oder berufliche Reintegration nach einer neurologischen Erkrankung
- Ablehnung einer stationären Rehabilitationsbehandlung durch den Patienten bei objektiv bestehendem Bedarf
- Überprüfung des Therapiebedarfs und Erarbeiten einer beruflichen Perspektive bei bestehender Behinderung
- Gutachten

Im Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst, einer Phase II Einrichtung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, wurde daher ein diagnostisches Modul entwickelt, mit welchem innerhalb von kurzer Zeit ein umfassender Überblick über die Störungen von Struktur, Funktion, Aktivitäten, Partizipationen und Kontextfaktoren gewonnen werden kann.

In einem standardisierten Untersuchungsablauf wird geklärt, auf welchen Gebieten rehabilitationspflichtige Störungen vorliegen.

Dauer und Art der Diagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik dauert insgesamt zwei Wochen und erfolgt multidisziplinär durch in der neurologischen Rehabilitation erfahrene Ärzte und die verschiedenen Therapeuten. Jeder Patient wird von Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden untersucht. Hinzu kommt standardmäßig eine mehrstündige neuropsychologische Diagnostik sowie die notwendige praxisnahe Erprobung in den sechs verschiedenen Berufsfeldern der Berufstherapie oder in der Schule. Hier stehen insgesamt 11 Lehrer aller Schulrichtungen zu Verfügung.

BEDIOR

Bei Bedarf kann in einer anschließenden weiteren 2-wöchigen Maßnahme eine vertiefte Analyse der beruflichen Möglichkeiten erfolgen. Diese „Berufliche Diagnostik und Orientierung“ (BEDIOR) ist eine kooperative integrierte Diagnostik in einer Phase II- und Phase III-Einrichtung. Dies ist in Friedehorst möglich, da es hier ein Neurologisches Rehabilitationszentrum der Phase II und ein Berufsförderungswerk gibt. Am Ende dieser Maßnahme steht eine gemeinsame Reha-Konferenz, an der auch die Kostenträger und der Rehabilitand beteiligt sind. Hier wird auf der Basis der erhobenen Befunde ein Rehabilitationsplan vorgeschlagen und mit Kostenträger und Rehabilitand abgestimmt.

Die Patienten und ggf. Eltern werden im Rehazentrum untergebracht, ein teilstationärer Aufenthalt ist ebenfalls möglich. Die Rehabilitationsdiagnostik eignet sich nicht für schwer pflegebedürftige oder nicht kooperative Patienten. Sie kann nicht eine sozialmedizinische oder Zusammenhangs-Begutachtung ersetzen.

Als Ergebnis erfolgt umgehend ein Befundbericht und die daraus resultierende Empfehlung zur notwendigen Rehabilitationsleistung an den Auftraggeber.

Die Vergütung erfolgt entsprechend des gültigen Tagespflegesatzes.

Empfehlungen für Folgemaßnahmen

Die bisherigen Maßnahmen führten zu sehr unterschiedlichen Empfehlungen, die den individuellen Fähigkeiten und Neigungen der Rehabilitanden entsprechen. Diese reichen vom Vorschlag einer Berentung über Maßnahmen in Phase II oder Phase III-Einrichtungen bis hin zu betrieblichen Einarbeitungsmaßnahmen oder direkter Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt mit genau definierten Unterstützungen. Die Maßnahmen erfolgten in der Hälfte der Fälle im Auftrag der Rentenversicherung, daneben waren Unfallversicherungen und Arbeitsagenturen Kostenträger. Die Akzeptanz der Maßnahme bei Rehabilitanden und Kostenträgern erscheint aufgrund der umfassenden und zeitlich begrenzten diagnostischen Beurteilung gut.

Schul- und Berufswegeplanung

– Wesentliches Element zur Integration von schädelhirnverletzten Kindern und Jugendlichen

Die Anzahl der Kinderunfälle im Straßenverkehr nimmt entgegen der Gesamtstatistik der im Straßenverkehr verletzten Personen regelmäßig weiter zu. Leider ist auch die Schwere der Verletzung bei den betroffenen Kindern häufig erheblich. Gerade die Kopfverletzung mit nachfolgenden neurologischen Schädigungen haben häufig erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen. Auch vor diesem Hintergrund wirbt das Kuratorium ZNS in einer großen Werbekampagne für die Nutzung von Fahrradhelmen.



Gabriele Opitz
Der Gen Re
Rehabilitations-Dienst
Theodor-Heuss-
Ring 11
50668 Köln
email:
gopitz@genre.com

Sorgen der Eltern

Bei einem schweren Unfall ihres Kindes sind die Eltern in ihrer Rolle als Beschützer und für das Kind Sorge massiv getroffen. Für sie stellen sich viele Fragen. Gerade nach der Akutversorgung steht die schulische und berufliche Entwicklung des Kindes schnell wieder im Vordergrund. In entsprechenden Fachkliniken und Rehasentren werden bereits entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote aufgezeigt.

Grundsätzlich wünschen sich alle Beteiligten einen möglichst positiven Verlauf, dieser lässt sich angesichts der Schwere der Funktionsstörungen oft nicht realisieren. Vielen Eltern erscheint daher die Situation aussichtslos: die Ärzte haben ihnen eröffnet, dass vieles nicht mehr so sein wird wie vor dem Unfall.

Situationsanalyse

Vor diesem Hintergrund ergeben sich viele Unsicherheiten zur Planung der Zukunft des Kindes.

Um diese adäquat vornehmen zu können, ist die genaue Klärung der persönlichen und familiären Situation notwendig. Darüber hinaus sind folgende Fragen zu klären:

- die medizinische Situation und gesicherte Prognose
- Einschätzung des Leistungsvermögens und der zu erwartenden Potentiale
- der bisherige Schul-, Berufs- und Lebensweg
- Einschätzung der eigenen Stärken/ Wünsche des Kindes und der Eltern
- Identifizierung von Entwicklungszielen und -potenzialen
- persönliche, wirtschaftliche, familiäre und zeitliche Rahmenbedingungen

- Weiterbildungs- und Fördermöglichkeiten

Zukunftsplanung

Mit der Klärung dieser Fragen kann eine ressourcen- und lösungsorientierte Beratung begonnen werden, die mit erfahrenen Beratern nach individuellen Lösungswegen sucht. Wichtig ist, dass ein persönlicher Kontakt zu den Kindern und Eltern aufgebaut wird, so dass im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit eine mögliche schulische und berufliche Entwicklung strukturiert und geplant werden kann.

Flankierende Maßnahmen

Nach Erstellen der Struktur sind dann die notwendigen und flankierenden Maßnahmen zu erarbeiten und zu organisieren. Bezüglich der Kostenübernahme sollte der Kontakt zu den Sozialversicherungsträgern und den Hilfeorganisation hergestellt werden.

Insbesondere im Bereich der Neuropsychologie haben sich Trainingsmethoden entwickelt, die eine erhebliche Unterstützung darstellen können. Im weiteren bietet die fortschreitende Technisierung ständig neue Entwicklungsmöglichkeiten. Geeignete Fachkräfte können so Schul- und Ausbildungsschritte begleiten und unterstützen (Schulassistenten etc.).

Trotz aller Unterstützung wird es jedoch nicht immer gelingen, einen qualifizierten Schulabschluss zu erreichen. Trotz aller guten Planung und Begleitung ist dies ggf. auch ein objektiv nicht erreichbares Ziel. In diesen Fällen ist es um so wichtiger, frühzeitig die Verknüpfung von schulischer und beruflicher Planung zu realisieren. In jedem Fall sollte

vermieden werden, dass eine Ausbildung an den tatsächlichen Verhältnissen vorbeigeht. Von immenser Wichtigkeit ist es gerade für einen eingeschränkten junge Menschen, auch die Strukturen im Arbeitsleben kennen zu lernen und zu lernen, in welcher Form er ein Unternehmen von seinen Fähigkeiten überzeugen kann.

Integrationsunternehmen

Zwischenzeitlich haben sich entsprechende Integrationsunternehmen etabliert, die ihr Angebot an junge Menschen richten, die aufgrund Ihrer Behinderung mehr Unterstützung benötigen als andere, Hilfe, die auch über die Arbeit hinausgehen kann. Unterstützt werden junge Menschen, die erkannt haben, dass die Anerkennung ihrer Behinderung im Sinne einer Schwerbehinderung nicht ein Stigma, sondern die Chance auf eine Zukunftsperspektive sein kann. Für diese Gruppe der jungen Menschen sieht der Gesetzgeber Hilfen vor, soweit eine Anerkennung als Schwerbehinderter vorliegt. Insofern sollte die Schul- und Berufsw-

geplanung solche Angebote aktiv in ihre Beratung einbeziehen, um so einen nahtlosen Übergang vom Schul- ins Berufsleben zu ermöglichen und ggf. auch mit einfachen Tätigkeiten eine soziale und gesellschaftliche Anbindung zu erreichen.

Beratungsdienst

Die Erfahrungen der Berater der Gen Re Rehabilitationsdienst GmbH zeigen, dass viele Perspektivbildungen an familiären Problemen scheitern. Um dies zu vermeiden, werden grundsätzlich die Lebenspartner bzw. die Kernfamilien in die Überlegungen zur beruflichen Weiterentwicklung mit einbezogen, und der familiären Diskussion wird Zeit und Raum gegeben. Alle Beteiligten werden so zu einem Denk- und Meinungsbildungsprozess angeregt, der die RehabilitandInnen letztlich in eine passgenaue neue berufliche Zukunft begleitet.

Zusammenfassung

Durch eine Beratung und Begleitung des Betroffenen und seiner Fa-

milie, wie sie durch die Berater der Gen Re Rehabilitationsdienst GmbH erfolgt, kann eine Rehabilitation gelingen. Gerade unter Einbindung von lösungs- und ressourcenorientierten Ansätzen besteht die Möglichkeit zu einer

- Schulwegplanung
- Berufsorientierung und Berufserprobung
- Bewerbungsaktivitäten
- Vermittlung von fachtheoretischen und fachpraktischen Qualifikationen
- Berufsausbildung
- Ausbildungsbegleitung
- Integrations- und Beschäftigungshilfe

und damit zu einer echten Chance, wenn möglich sogar auf dem 1. Arbeitsmarkt.

Wichtig in der Beratung sind uns die Handlungsansätze „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Fordern und Fördern“, ebenso fließen die neuesten Erkenntnisse der Schul- und Berufspädagogik in die Maßnahmen-durchführung ein.

Schädelhirntrauma – und dann?

Statt Pflegeheim ein Weg in ein möglichst selbständiges Leben

Der Verfasser stellt in seinem Bericht seine eigenen beschwerlichen Erfahrungen nach dem schweren Unfall seines Sohnes dar und zeigt seine – erfolgreichen – Bemühungen auf, wie auch mit alternativen therapeutischen Methoden geholfen werden kann.

Anschrift des Autors

RA Eduard Herwartz
Rechtsanwälte Buschbell & Partner
Markt 4
52349 Düren

Der Unfall

Der 28. September 1998: ein Tag, der das Leben unserer gesamten Familie veränderte.

Nachmittags wurde ich darüber informiert, dass unser ältester Sohn einen Verkehrsunfall erlitten habe und mit dem Hubschrauber ins Klinikum eingeliefert worden sei. „Klinikum“ konnte nur ein Unfall mit gravierenden Verletzungen bedeuten. Die Diagnose lautete dann auch „schweres Schädelhirntrauma“.

Ein Schädelhirntrauma ist in der Regel mit erheblichen neurologischen Defiziten verbunden. Nur: wie viele Defizite es sind und welches Ausmaß sie haben, lässt sich oft erst viel später feststellen. Fraglich ist auch häufig, ob das Unfallopfer den kritischen Zustand überhaupt überlebt.

Erste klinische Behandlung

Aber unser Sohn überlebte. Noch während der Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation des Klini-

kums erfolgte die Mobilisierung, d.h., er wurde in den Rollstuhl gesetzt. Er war ansprechbar, konnte aber aufgrund einer Aphasie selbst nicht sprechen. Es schlossen sich dann mehrere Aufenthalte in Reha-Kliniken an. Mühsam war der Weg, bis unser Sohn selbst Nahrung schlucken konnte. Viel mehr erfolgte nicht. Von Ärzten und Therapeuten wurde schon von einer „Werkstatt für Behinderte“ gesprochen und von einem entsprechenden „Wohnheim“.

Entgegen unseren Vorstellungen wurde dann auch ein „Sprachcomputer“ angeschafft, obwohl wir immer erklärten, dass Therapien sinnvoller wären. Uns Eltern wurde schon nachgesagt, wir würden den Zustand unseres Sohnes unrealistisch einschätzen und den Umstand der Schädigungen nicht akzeptieren. Dies wollen wir auch nicht. Zum Glück. Denn wenn wir den ersten Empfehlungen Glauben geschenkt hätten, wäre unser Sohn in einer Werkstatt für Behinderte und in einem möglicherweise daran angeschlossenen Wohnheim „gelandet“.

Alternativmethoden und Therapieerfolge

Neben den schulmäßigen Therapien ließen wir Eltern daher nichts unversucht: Wir nahmen Alternativmethoden wie Akupunktur und Biofeedback-Therapien in Eigeninitiative in Anspruch. Auch dadurch besserte sich der Zustand in kleinen Schritten. Motorik und Sprache wurden besser: Nachdem unser Sohn anfangs nur einzelne Worte sprechen konnte, verbesserte sich seine Ausdrucksweise dahingehend, dass er heute zumindest einfache Sätze sprechen kann. Dies ist sicherlich auf eine besondere Therapie im logopädischen Zentrum Lindlar zurückzuführen. Gerade die dort durchgeführten Therapien in Zusammenhang mit einer speziellen Akupunkturbehandlung im Naturheilzentrum in Bottrop haben zu dem Erfolg geführt, wie er sich heute darstellt.

Es wurde eine deutliche Verbesserung der Sprache und der Motorik erreicht. Anfangs noch auf den Rollstuhl angewiesen, kann er jetzt mittels Stock selbständig und ohne fremde Hilfe gehen. Dank intensiver Therapien bis heute ist immer noch eine positive Entwicklung festzustellen.

Zukunftsprognose

Zur Zeit wird überlegt, ob er, nachdem er sich im Rahmen der Therapie zunächst in einer Wohngemeinschaft befand und von dort in der Anlage ein eigenes Apartment bezog, nun außerhalb der Therapieeinrichtung in eine eigene Wohnung umziehen soll. Dies wäre ein weiterer Schritt in die beabsichtigte Selbständigkeit, die wir von Anfang an für unseren Sohn erhofft hatten.

Wenn wir heute ab und zu die Ärzte besuchen, die unseren Sohn in der Akutphase behandelt haben, sind auch sie von seiner positiven Entwicklung überrascht.

Unserer Ansicht nach ist die positive Entwicklung nur darauf zurückzuführen, dass wir immer darauf gedrängt haben, dass entsprechende Therapiemaßnahmen durchgeführt würden.

Da es sich um einen Arbeitsunfall handelte, wurden wir entsprechend von der zuständigen Berufsgenossenschaft unterstützt. Ergänzend waren jedoch insbesondere die Beratungsangebote und die Therapieempfehlungen, die uns der durch den Haftpflichtversicherer eingebundene Rehabilitationsdienst gab, hilfreich.

Auch die selbst in die Wege geleiteten Alternativmethoden, die vielfach „belächelt“ wurden und deren Kostenübernahme häufig nicht anerkannt wird, haben nach unserer Ansicht zusätzlich zu den schulmedizinischen Methoden zu dem jetzigen Erfolg geführt.

Für Sie gelesen

„Neurologische Begutachtung“ von Wolfgang Hausotter,
2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. 2006



Prof. Dr. Schneider,
Chefarzt der
Neurologischen Klinik,
Klinikum Aschaffenburg,
Medizinischer
Sachverständiger
(cpu)

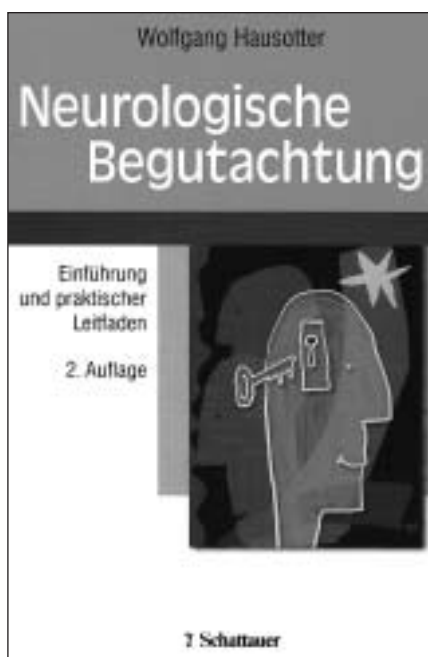
Man darf Wolfgang Hausotter mit Fug und Recht einen alten Hasen der neurologischen Begutachtung nennen, und dies mit aller Sympathie, die bei diesem etwas flapsigen Begriff mitschwingt. Er ist auf dem Gebiet der Begutachtung seit Jahrzehnten tätig und hat bereits in der ersten Auflage seines Buches (damals mehr eine Broschüre) die Grundlagen der Begutachtung kurz und präzise zusammengefasst. In der zweiten Auflage ist die Broschüre erwachsen und zu einem Buch geworden, dabei immer noch angenehm kurz und bündig.

Alle wesentlichen Fragen der neurologischen Begutachtung sind darin abgehandelt von der Definition der Rechtsbegriffe über den formalen Gang der Erstellung eines Gutachtens bis hin zu einzelnen, in Gutachtensituationen häufig vorkommenden Krankheiten. Häufig erkennt man den Rekurs auf einen anderen Themenkomplex: Die Begutachtung somatoformer Störungen. W. Hausotter hat in einem anderen Buch dieses Thema ausgiebig behandelt (W. Hausotter: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2004).

sche zu passen und den Arbeitsfluss auf Reisen zu gewährleisten. Das Werk ist kompakt und vollständig. Es ist nicht dafür gedacht, ein großes und schwieriges Haftpflichtgutachten zu begleiten. In solchen speziellen Fällen ist ohnehin das Arbeiten mit Primärliteratur erforderlich. Dies gilt aber auch für die umfangreichen, extensiv angelegten Werke der Gutachtenliteratur.

Fazit

Bildhaft gesprochen handelt es sich bei Hausotters neurologischer Begutachtung um einen Edelbrand aus der Destille eines überaus erfahrenen Kenners der neurologisch-gutachterlichen Materie. Das Buch ist eine vorzügliche Quelle auch für Schadenregulierer in Fragen neurologischer Erkrankungen und Begutachtung. Es darf in keinem Bücherschrank eines gutachterlich tätigen Neurologen fehlen und sei insbesondere den Anfängern in der Gutachtenszene empfohlen. Es macht ihnen den Einstieg leicht und ist geeignet, Freude an der Sache zu wecken.

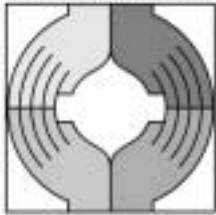


Welche Vorzüge, ggf. welche Schwächen hat dieses Buch? Der Hauptvorteil ist die sich durch alle Kapitel ziehende Prägnanz. Für Gutachter bedeutet dies: Über 90% aller Gutachtaufträge könnten mit der „Neurologischen Begutachtung“ abgearbeitet werden. Dabei ist der Anwender gut beraten, sich an die Diktion des Werkes zu halten. Er wird kaum in der Lage sein, prägnanter zu formulieren. Schon aufgrund seiner handlichen Größe war die erste Auflage ständiger Begleiter des Rezensenten auf Bahnfahrten und Kongressreisen, ohne das Reisegepäck damit merklich zu belasten.

Die neue Auflage ist immer noch griffig genug, um in eine Arbeitsta-

REHACARE 2006

REHACARE[®]
INTERNATIONAL



17. Internationale
Fachmesse
und Kongress

Rehabilitation
Pflege
Prävention
Integration

Düsseldorf, 18. – 21. Okt. 2006

Auch im Jahr 2006 wird sich der Reha-Dienst der Gen Re wieder gemeinsam mit dem Planungsbüro Peters auf der Messe präsentieren.

Als Reha-Dienst beschäftigen wir uns im Schwerpunkt mit der Beratung und Unterstützung von Personen, die durch Unfälle oder schwere Erkrankungen erheblich betroffen sind. Beauftragt werden wir in der Regel durch die eintrittspflichtigen Haftpflichtversicherer, die privaten Unfallversicherer oder die privaten Krankenversicherer.

An unserem Stand haben Sie die Möglichkeit, sich mit unseren Beratern auszutauschen. Sie erhalten Informationen zu den verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation und

den Beratungsangeboten durch den Reha-Dienst. Insbesondere werden spezielle Fachberater anwesend sein, die Ihnen zu Fragen rund um die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln, um Arbeitsvermittlung und behindertengerechtes Bauen Auskunft geben können. Hier können Sie sich von unseren Erfahrungswerten und Ideen im Bereich der Rehabilitation von Kindern überzeugen.

Im vergangenen Jahr haben wir neben den Gesprächen an unserem Stand durch eine Vortragsreihe unsere Dienstleistungen vorgestellt. Dies möchten wir in diesem Jahr fortsetzen.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie auch an unserem Stand begrüßen könnten.

Seminartermine

10. – 11. Mai 2006	Kölner Symposium Personenschaden	Köln
9. Juni 2006	Kongress „Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung“	Köln
19. September 2006	Vom Bagatellschaden zum Großschaden	Köln

Nähere Informationen erhalten Sie bei Dr. Marianne Kutzner (0221/9738-678) oder bei Gerhard Riedel (0221/9738-1670).
Anmeldungen nehmen wir auch gerne formlos per e-mail (kutzner@genre.com) bzw. (griedel@genre.com) entgegen.



Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Köln
Tel. 0221 9738-0
Fax 0221 9738-824
www.genre.com

© Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
2006

Redaktion

Dr. Marianne Kutzner (verantwortlich),
Jutta Eich, Norbert Neumann, Andreas Vorster
Tel. 0221 9738-678
Fax 0221 9738-494
kutzner@genre.com

PSaktuell ist eine halbjährlich erscheinende
Publikation der Gen Re Business School.

Druck

Druckhaus Locher GmbH, Köln

Auflage: 1500

Die veröffentlichten Beiträge genießen urheberrechtlichen Schutz, solche mit Angaben des Verfassers stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Alle hier enthaltenen Informationen sind mit großer Sorgfalt recherchiert und nach bestem Gewissen zusammengestellt. Dennoch wird für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernommen. Insbesondere stellen diese Informationen keine Rechtsberatung dar und können diese nicht ersetzen.