Frührehabilitation -
Die Entdeckung eines neuen Menschenbildes

„Die Krise der modernen Medizin ist keine finanzielle, sondern eine geistige!“
(in Hess 2001: Menschenmedizin)

Andreas Zieger

Apl. Professor am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

andreas.zieger@uni-oldenburg.de

Mitglied der Ethikkommission Medizin und Gesundheitswissenschaften
CvO Universität Oldenburg

Vorsitzender des Vereins
Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V.
c/o Paritätischer Oldenburg/Ammerland
Oldenburg

www.neuronetzwerk-weser-ems.com

Vortrag zum 25-jährigen Jubiläum der Frührehabilitation Gailingen, am 11. Oktober 2019

Vorgegebenes Thema: „Vermächtnis“ (Wille und Erbe) von/für Herrn Dr. Diesener

Seit den 80er Jahren: Verlegungen aus der Kinder-Neurochirurgie des EvKO zur Reha nach Gailingen (Frau Dr. Markus)

Seit 1987: Aufbau einer Neurochirurgischen Abteilung
mit 30 Betten und 5 Intensivbetten am NWK Sanderbusch:

- gemeinsame Tätigkeit auf der interdisziplinären Intensivstation

1994-1997: Interdisziplinäres Komaforschungsprojekt
in Kooperation von NWK Sanderbusch, CvO Universität und EvKO:
„Sensorische Stimulation und Dialogaufbau nach SHT im Koma“
(Interventionsbegleitende Messungen HRV im ABA-Design und cEEG-Einzelfallstudien)

1996: Hospitation auf der Frührehaintensivstation bei Dr. Diesener in Gailingen

1997: Start einer *eigenen* Frührehastation am EvKO

<u>Seither:</u> Austausch über viele fachliche und ethische Fragen …

„Entdeckung“?

Betrifft bereits Vorhandenes, das bislang unbekannt war und dessen Nutzen noch unbestimmt ist, z.B.:

- neuer Himmelskörpers, neue Tier- oder Pflanzenart, **ein neues Land**
- neue Tatsachen und Gesetze auf dem Gebiet der Naturwissenschaft, **neues Wissen in der Medizin** etc.

Infolge einer Entdeckung hat sich nichts geändert, außer der damit verbundene Wissenszuwachs eines Einzelnen oder der Allgemeinheit.

Kann im Unterschied zur Erfindung zufällig oder absichtlich sein.

Zu **absichtlichen Entdeckungen** gehören Beobachtungen, Experimente oder Spekulationen - und manchmal auch ein gewisser Unternehmungsgeist …

*„Erst zweifeln, dann untersuchen, dann entdecken … **Keine große Wahrheit, einmal entdeckt, ist wieder verloren gegangen ...**" (???)*

Henry Thomas Buckle (1821-1862): Geschichte der Zivilisation in England

Übersicht

I Menschenbilder in der Medizin - Paradigmawandel „Bewusstlose“

II „Neues“ Menschenbild in der Frührehabilitation

III Quo vadis Menschenbild?

IV Fazit

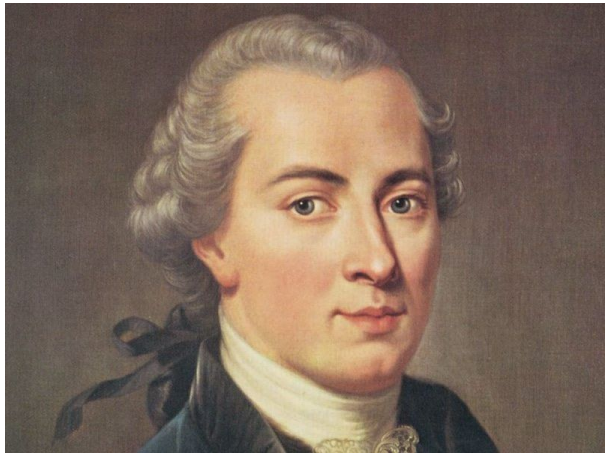
I Menschenbilder …

Hab Achtung vor dem Menschenbild,
und denke, dass, wie auch verborgen,
darin für irgendeinen Morgen
der Keim zu allem Höchsten schwillt …

(Christian Friedrich Hebbel, 1813-1863)

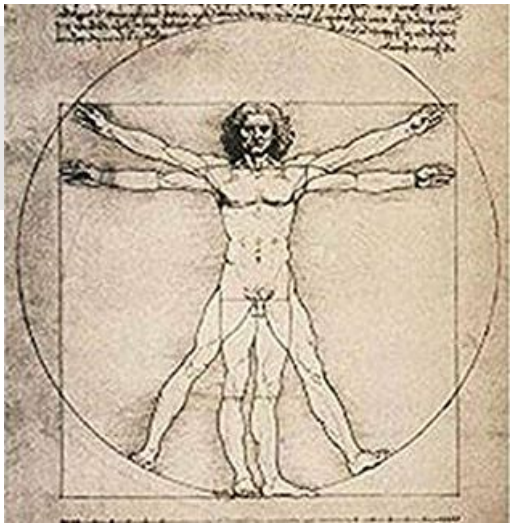
Kategorischer Imperativ (Prinzip der Ethik)

(Immanuel Kant, **18. Jhdt**.: *Kritik der praktischen Vernunft*)



- Das Recht aller betroffenen Menschen,
  nicht als bloßes Mittel
  zu einem **anderen Zweck** behandelt zu werden.
- Durch **Vernunft** ist der Mensch **autonom**.
- Durch diese Autonomie besitzt der Mensch **Würde**
  und ist ***Zweck an sich***.

„Menschenbild“ - 21. Jhdt.



Begriff in der historischen Anthropologie

- für Vorstellungen vom Wesen des Menschen („Bild“)

Menschen- (und Weltbilder) umfassen Überzeugungen, Haltungen, Werte und auch Lehrmeinungen:

- christlich, humanistisch, ganzheitlich, pädagogisch, gender-orientiert, defizitär, mechanistisch, darwinistisch, faschistisch, ökonomistisch …

Das Menschenbild des Grundgesetzes (GG Artikel 1)

- fokussiert auf die *„unantastbare „Würde“* als Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft
- im Sinne der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit
- ohne den Eigenwert („Würde“) der Person anzutasten.

Ist die Würde des <u>kranken</u> Menschen wirklich unantastbar?

Naturwissenschaftlich-biotechnische (Schul-)Medizin

Seit ca. 1870:

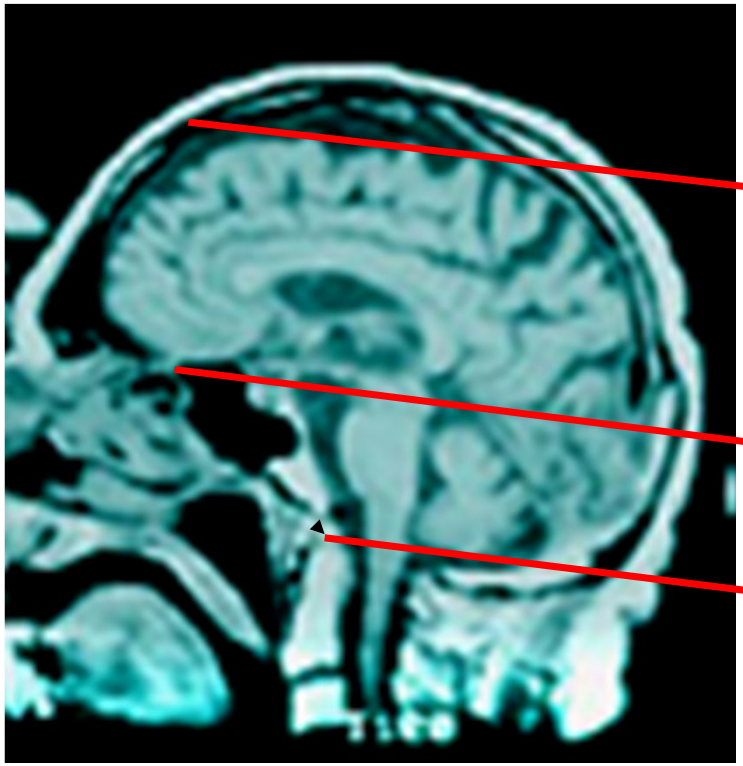
- zunehmende Industrialisierung, Mechanisierung, Arbeitsteilung
- Experimente, operative Techniken, Behandlungsmethoden i.d. Medizin

Veränderungen im tradionellen (romantischen) Menschenbild:

- Verobjektivierung: Kategorisierung, Klassifizierung von Krankheiten
- Verdinglichung: Umwandlung von Menschen in mechanische Sachen (Objekte) ohne Seele oder Subjektstatus (heute ökonomistisch: „Kunden“)
- Reduzierung auf „Körper haben“: ohne Seelisches und Subjektives
- Umwandlung von „Würde“ in „Wert“

Verlust der integrativen Fürsorgefunktion der Familie als umfassende Hilfe zur Fürsorge und sozialen (Wieder-)Eingliederung

Defektmedizinische Syndromlehre (bis heute gültig?)
grob mechanistisch, reduziert, lebensabträglich (Zieger 2006)



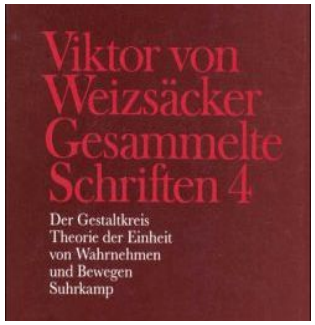
„Katzenschnitt-Neurologie“
(Schönle)

- Apallisches Syndrom „Wachkoma“
- Mittelhirn-Syndrom
- Bulbärhirn-Syndrom („Dissoziierter Hirntod“)

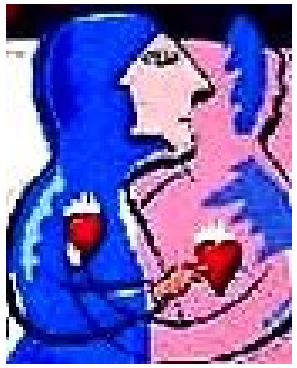
= Hirntodsyndrom

„Innere Enthauptung“ (Angstwurm)

Anthropologisch-orientierte Beziehungs-Medizin



V.v. Weizsäcker: Einheit von Wahrnehmung und Bewegung–Ganzheitlichkeit (Gestaltkreislehre 1932)
- Wer das Leben erforschen will, muss am Leben teilnehmen.
- Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin.



Medizin als eine Weise des Umgangs mit Menschen:
- **Hirnverletzte und „Kriegszitterer“ = soziales Problem**

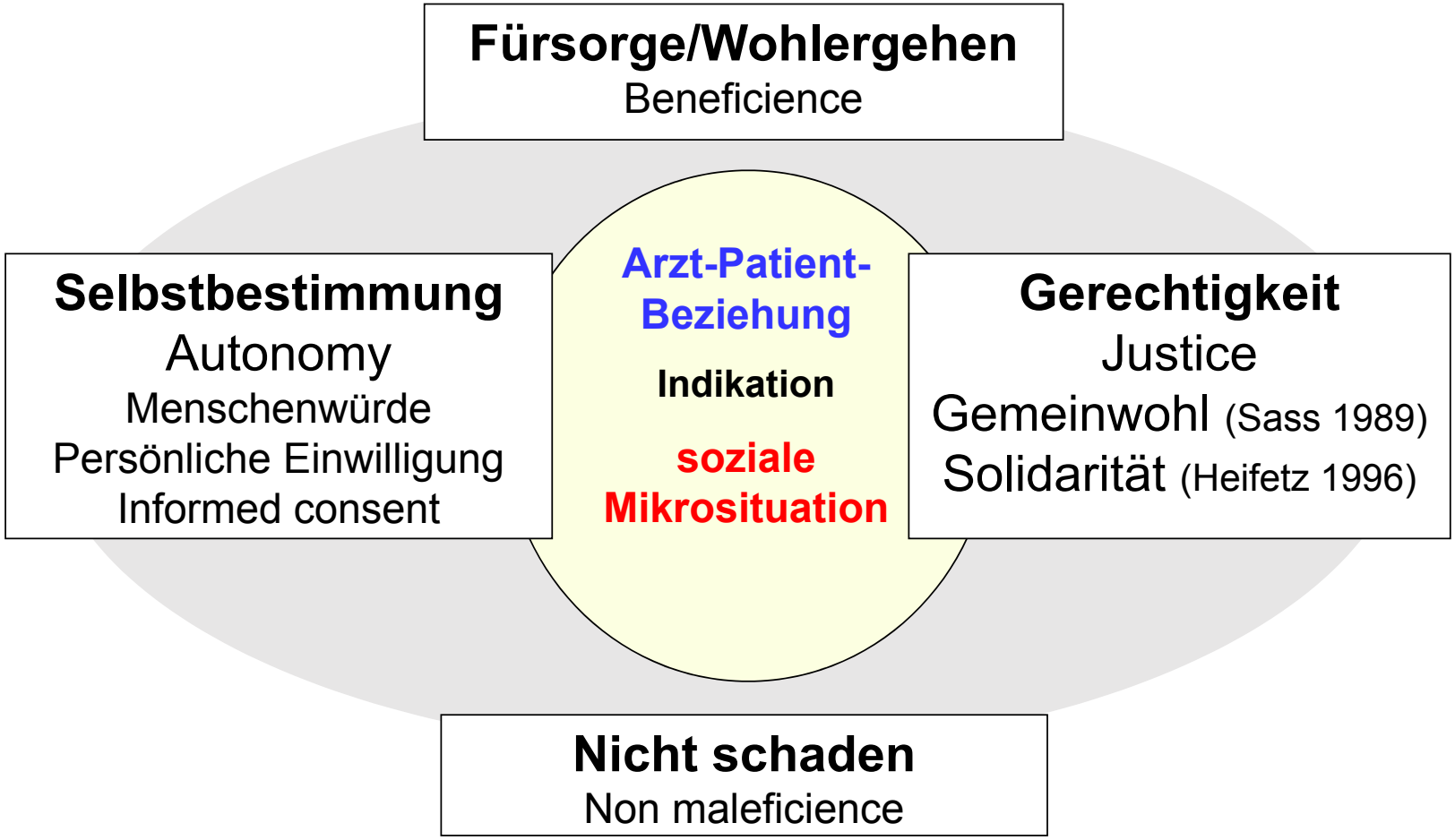
Zwei anthropologische Grundannahmen (Dörner 2015):
Selbst (als Subjekt) und Anderer (als Objekt wie zgl. Mitmensch)

Mit-Menschlichkeit: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber)
Mensch als „verkörpertes Subjekt“, Gehirn als „Beziehungsorgan“ (Fuchs)
Mensch-Umwelt-Einheit: „Beziehungsmedizin“ (Th.v.Uexküll)

Vorläufer einer„ (bio)somato-psycho-sozialen“ Medizin (Engel 1975; ICF 2001!)

Medizin-ethische Grundsätze …

Beauchamp & Childress 1977



Folgen einer **schweren** Hirnschädigung/neurologischen Beeinträchtigung („Behinderung“)

Nicht nur

- schwere **komplexe Aktivitätsbeeinträchtigung**: Bewusstsein, Kognition, Emotion, Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung, Arbeitsfähigkeit)

sondern stets auch

- **Persönliche Kränkung**: Schuld- und Schamgefühle, Vorwürfe, Selbstentwertung, Angst, Depression, Rückzug, Isolation
- **Existenzieller Bedrohungs- und Umwälzungsprozess:** auch für Angehörige und Familie
- **Einschränkungen der Teilhabe** an Familie, Schule, Freundeskreis, Verein

soziale Benachteiligung

- Abwertung, Stigmatisierung, Entwürdigung, Abstieg in Sozialhilfe, Armut …

Was auf ein „neues“ Menschenbild hinweisen könnte …

Würde Anerkennung und Respekt, unabhängig vom „Marktwert“

Autonomie Selbstbestimmung: kognitiv und auch essentiell (Körpersemantik)

Wohlbefinden Selbständigkeit, Teilhabe, Lebensqualität …

Partizipation Beteiligung an Entscheidungen, Mitwirkung …

Empathie für Andere, Schwache, Kranke, Beeinträchtigte

Verletzlichkeit Leiden als Teil des Daseins, Sterblichkeit, Endlichkeit, **auf andere angewiesen**

Sinnhaftigkeit Existentielle Warum(?)-Fragen, Spiritualität, Transzendenz

Solidarität mit der Daseinsvorsorge eines <u>jeden</u> Menschen

<u>mit Bezug auf:</u>

- „Ausläufer“ der Ideale der Französischen Revolution; christlich-humanistisches Menschenverständnis
- Allgemeine Menschenrechte (UN 1948)
- Behindertenrechtskonvention (UN 2006, ratifiziert von D 2008)
- Patientenrechtegesetz (2013)
- Bundesteilhabgesetz (BTHG 2016)

Paradigmawandel im Menschenbild: „Bewusstlose“

Im Dritten Reich …

Mensch als Körper aus Organen (Objekt)

Chirurgie und Militärmedizin, kriegsverwendungsfähig? arbeitstauglich?

Bewusstlose als „seelenlose Hüllen“, „Ballastexistenzen“

- Menschenversuche
- Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens: „Euthanasie“

um ca. 1970

Mensch als Körper aus Organen (Objekt)

Akutmedizin, Reparaturversuch, Selbstheilung?

„Hirntraumatiker“, „Apalliker“

- „Defektzustand“
- häufig: liegen- und sterben-lassen („vita reducta“)
- evtl. Pflege, „rehaunfähig“

seit ca. 1980

Mensch als behandelbares Wesen

Stationäre Diagnostik und (Intensiv-)Behandlung

Schwerst-Hirngeschädigter

- Therapieversuche
- Anregung, Stimulation
- Mobilisierung, Orthetik
- stationäre Langzeitpflege
- Wiedereingliederung?

seit ca. 1996 („Hoch-Zeit“)

Mensch aktiv, selbständig, auf andere angewiesen, verletzlich

Akut-,Intensivtherapie, **Früh-rehabilitation**

Schwerst-Hirngeschädigter

- **Anspruch Daseinsvorsorge,** auch Palliation
- stat. und amb. Langzeitpflege
- Interdisziplinarität
- Wiedereingliederung/Integration!

II „Neues“ Menschenbild in der Frührehabilitation

„Frührehabilitation ist integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende interdisziplinäre Therapie mit wechselnden Schwerpunkten“

(Kuratorium ZNS 1991; Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation 1993)

Therapie

- griech. *therapeia:* Dienst, Pflege, Heilung
- Ein wichtiger Teil der Therapie ist die Arzt-Patient-Beziehung und die Therapeut-Patient-Kommunikation

Interdisziplinäre Teamarbeit, Mehrfachperspektiven, Kooperation, Fachkompetenz, Vertrauen, Empathie, Beziehungsaufbau …

Das „neue“ Menschenbild in der Frühreha

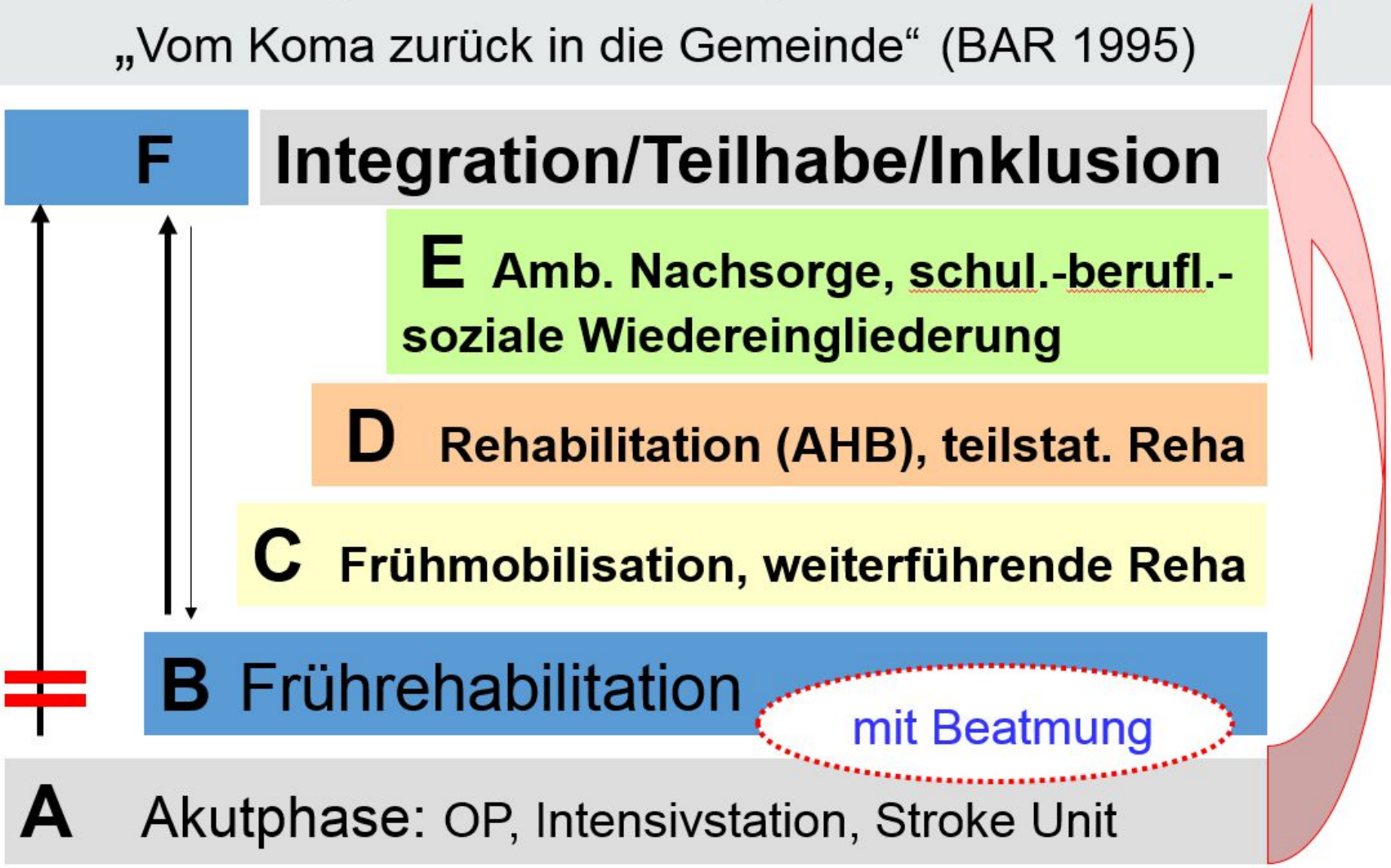
ist nicht zuerst eine **Entdeckung** der **Frührehabilitation** selber, wenn auch

- durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in den 90er Jahren bessere Rahmenbedingungen und Hilfen bereit gestellt wurden,
- im Verlauf der Frührehabilitation (als Therapie- und Entwicklungsprozess)
- mehr oder weniger, bewusst oder intuitiv
- **praktische Entscheidungen für oder gegen bestimmte Menschenbilder im Umgang getroffen werden,**

sondern vor allem Resultat der jeweiligen sozio-ökönomischen und sozio-kulturellen Verhältnissen: vorherrschendes Menschenbild, Einstellungen und gesellschaftliche Werthaltungen: „Zeitgeist“!

Neurologisches Rehaphasen-Modell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde“ (BAR 1995)



Frühreha-Leitbild (Philosophie und Menschenbild) in Oldenburg seit 1997 („Neuropädagogischer Ansatz“)

- Ganzheitliches Menschenbild (somato(bio)-psycho-sozial)
- Mensch im Mittelpunkt
- Integrierter Behandlungsansatz mit durchgängigen Versorgungsstrukturen
- Inter- und multidisziplinäre Teamarbeit mit Orientierung auf das Individuum, mit Teamsupervision
- Beziehungsethische Grundhaltung: Würde, Wertschätzung, Autonomie (Selbständigkeit/Selbstbestimmung)
- Umfassende Anamnese (Biografie) und Diagnostik ...

- Individueller Reha- und Förderplan: *„Von der medizinischen Prognose zur Entwicklung einer sozialen Teilhabeperspektive!“*
- Umfassende Behandlung und Förderung nach fachspezifischen, frührehabilitativen Prinzipien:
  - Ermöglichung von vitalen Überlebenschancen
  - Vermeidung von Schwerst-Pflegeabhängigkeit
  - Vorbereitung auf die nachfolgende Versorgungshase vor Entlassung (z.B. „Fall“-Konferenzen, Entlassmanagement, Hinweise auf Teilhabe …)
- Einbezug von Angehörigen, Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Wirksamkeitsnachweis (Qualitätssicherung und Evaluation)
- Kooperation mit internen und externen Abteilungen und Einrichtungen/Fachleuten
- Ständige Fort- und Weiterbildung für alle Teammitglieder

Problem der Nachhaltigkeit bei fehlender amb. Nachsorge!?

seit ca. 2001

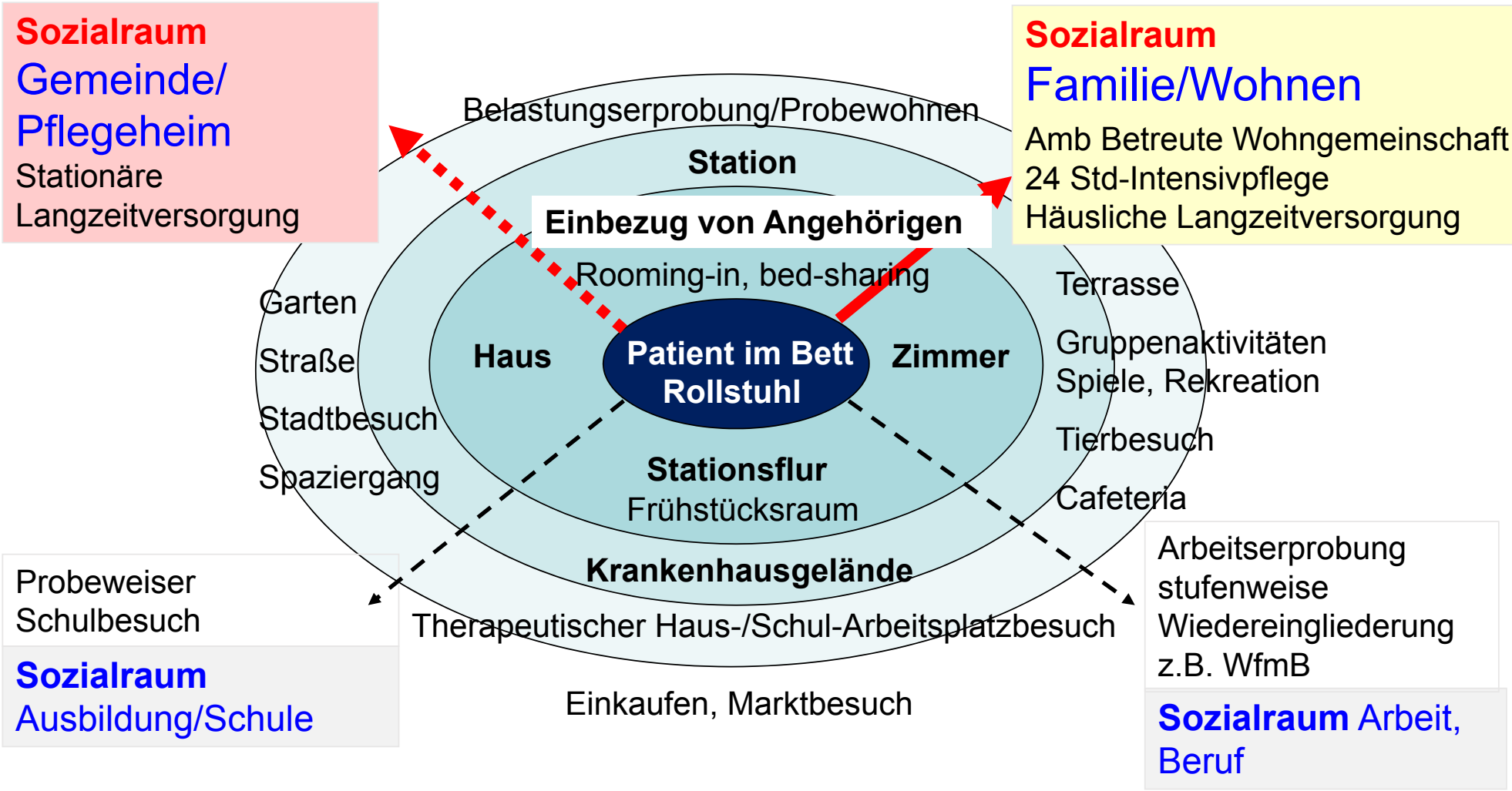
Mensch „bio-psycho-sozial“ (ICF), bedürftiger Patient

Schwerst neurologisch beeinträchtigter Patient

Menschenmögliche und -**rechtliche** Seinsweise

- Aktivierende Pflege, **Anspruch auf Frührehabilitation** (§ 27 und 39 SGB V i.V.m. § 1 und 4 SGB IX)
- Schwerstpflege Phase F (seit 2004 BAR-Empfehlungen)
- Hilfen für Angehörige
- Hilfsmittelversorgung
- **Ziel: Integration/Teilhabe, ggf. Palliation**
- **Individuelle Nachsorge Phase E? Nachhaltigkeit?**

Sozialraumbezug und Teilhabe von Anfang an! (Zieger 2011/2014)



„Fall“-Konferenz

Fünf Hauptfragen für das Team:

1. Woher kommt dieser Patient
   und was ist mit ihm geschehen?
2. Was kann dieser Patient?
   Was kann er nicht (mehr)?
3. Was braucht und möchte dieser Patient?
4. Was können wir für ihn tun?
5. Wie könnte dieser Patient später unter/mit uns leben?

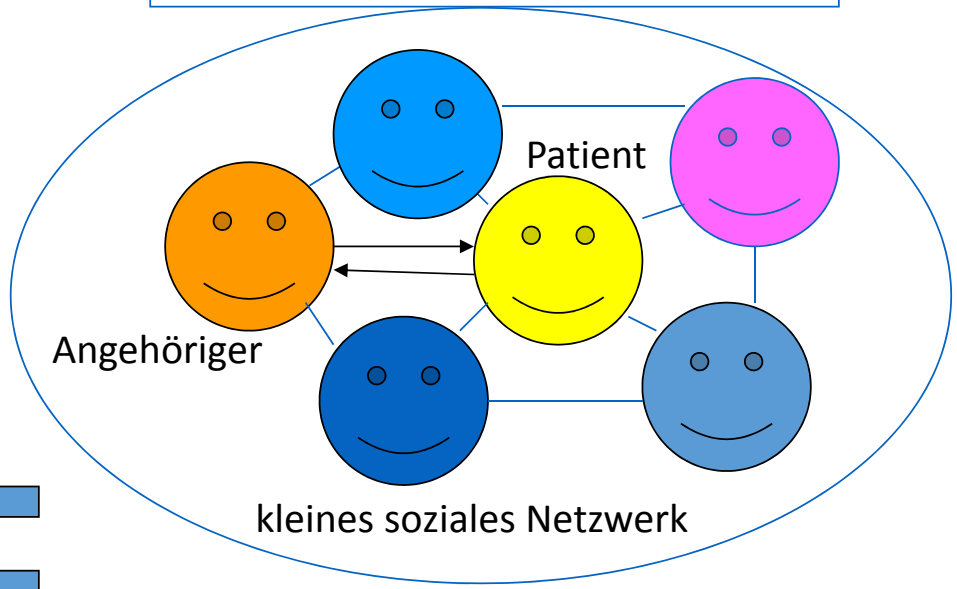
Förder- und Rehabilitationsplan

Teamkonferenz:
Aufbau eines
„geistigen Bildes“, **Ziele**

Problem- und
Syndromanalyse

Wahrnehmungen
Beobachtungen
Untersuchungs-
befunde

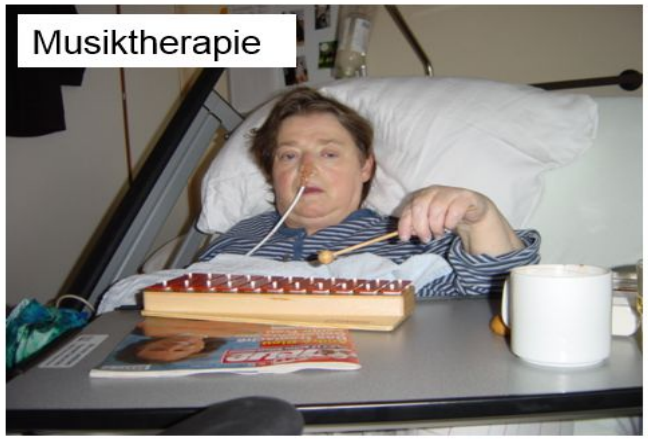
Operationalisierung und
Umsetzung in die Praxis



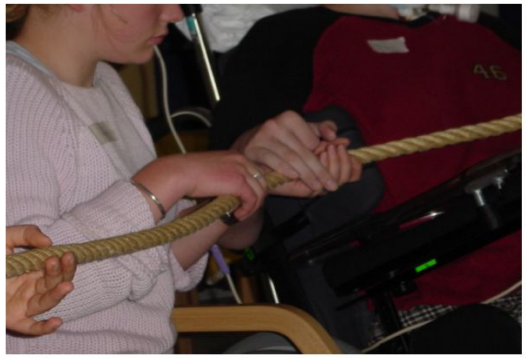
Beobachtungen, Erfahrungen

Rückmeldungen

Künstlerische Therapien, Gruppenangebote …

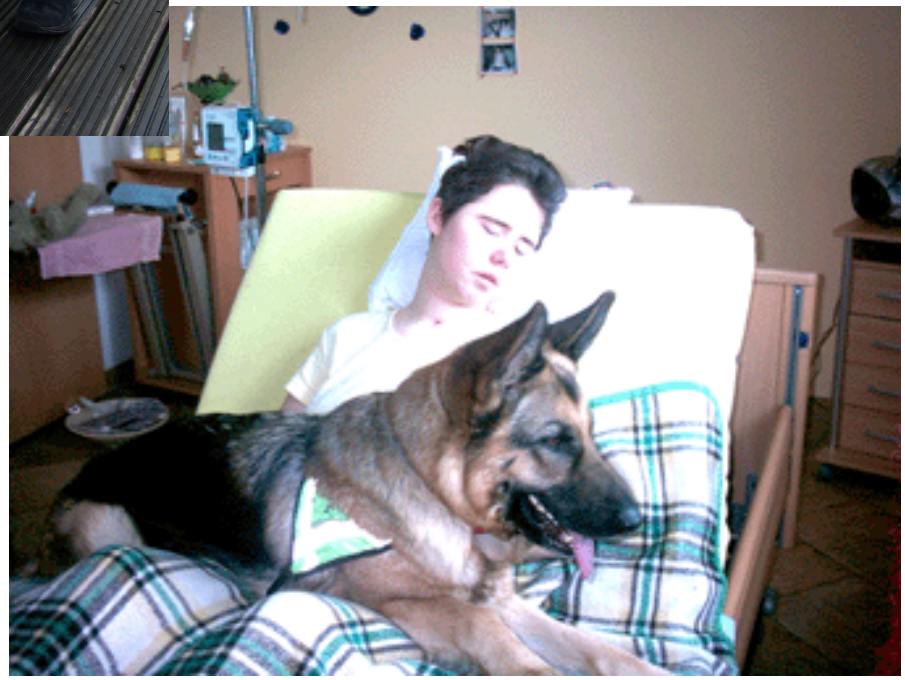


Künstlerische Therapien



Tierbesuch und Tiergestützte Therapie

(seit 2006)



Freiluft- und Gartenangebote auf der Dachterrasse im Akutkrankenhaus …

Patientenwunsch erfüllt – „den Moment genießen“

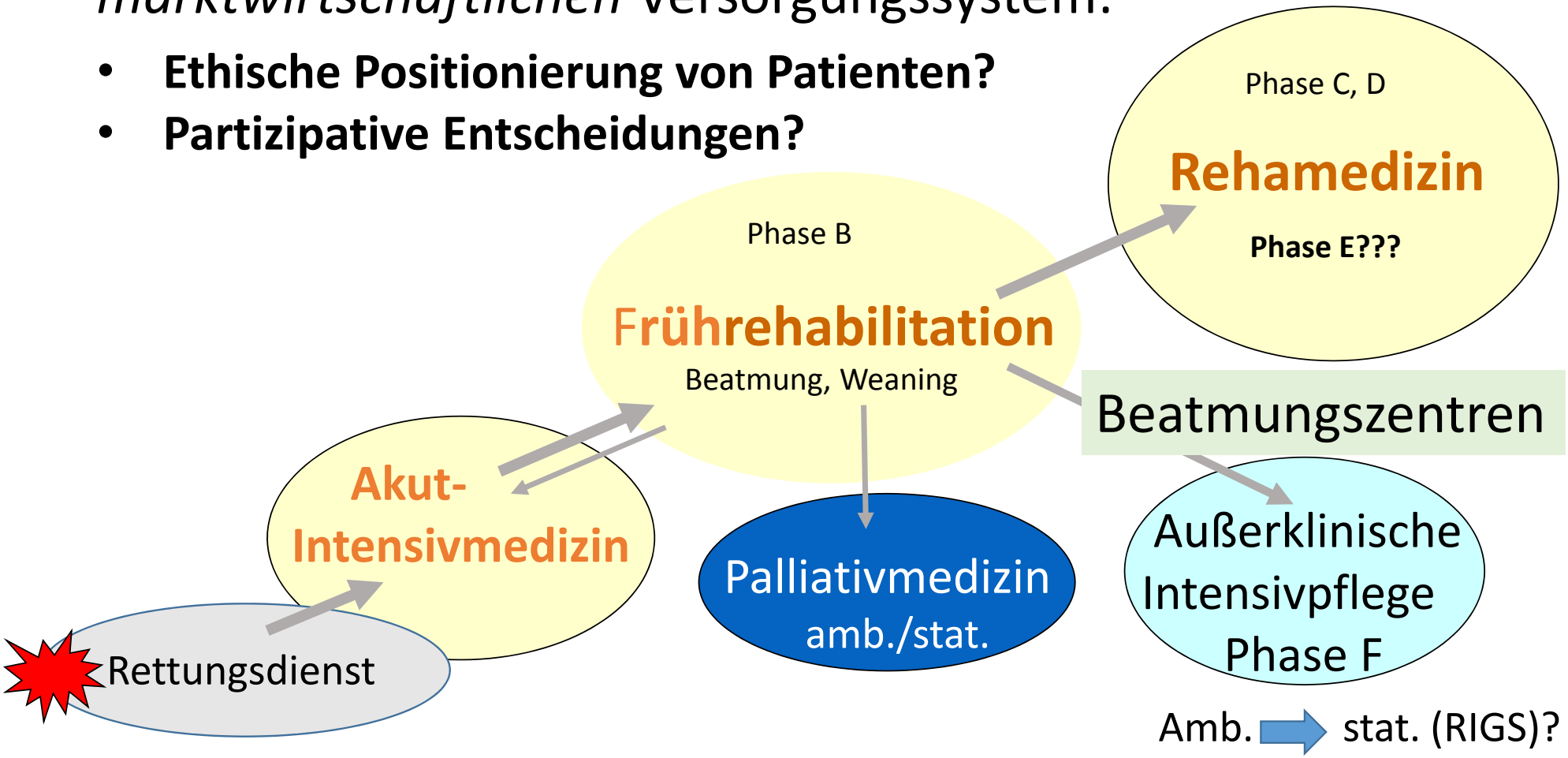
Beatmungspatient der Neurologischen Frühreha fährt ans Meer ….

NZW vom 25. Nov. 2014

Meerblick: Patient Rudolf Denkamp in Dangast mit Tochter Nicole Münchhoff und Lebensgefährtin Petra Heins.
Bild: Karsten Krogmann 1 / 2

Frührehabilitation **zunehmend** als „Schnittstelle“ und „Verschiebebahnhof“ in einem differenzierten und komplexen *marktwirtschaftlichen* Versorgungssystem:

- **Ethische Positionierung von Patienten?**
- **Partizipative Entscheidungen?**



seit ca. 2010 zunehmend:

Mensch als „Kunde“ von Dienstleistungen/Bringer von Erlösen (FPG)

Schwerst neurologisch beeinträchtigt; „Schwerstbehinderter“
„Sonstige Krankheiten des Gehirns: Hypoxie G93.1, Apallisches Syndrom G93.80 …“

Medizinische Herausforderung

- **Frührehabilitation mit Beatmung**
- **Außerklinische Intensivpflege!** (unter Umgehung von Frühreha)
- **Palliation häufiger angewandt**
- **Nachsorge, Phase E, Teilhabe/Inkusion?**
- **Würde, Selbstbestimmung als Mensch und Mitbürger*in?**

III Quo vadis Menschenbild?

Leitbild der Medizin/Therapie/Frührehabilitation sollte ein ganzheitliches, humanistisches und teilhabeorientiertes Menschenbild sein, welches der Würde und dem Willen der Betroffenen gerecht wird.

Stattdessen: Trend zur Durchökonomisierung, Verbetriebswirtschaftlichung und Kommerzialisierung mit **folgenschweren Fehlanreizen**:

- Einführung von Fallpauschalen: Homogenisierung unberechenbarer Patientengruppen (z.B. Wachkoma)
- Generierung von Erlösgewinnen durch Einsatz von Beatmungsmedizin
- Ausweitung der außerklinischen Intensivpflege: Umgehung notwendiger Frührehamaßnahmen; **es gilt aber auch: ambulant vor stationär!**
- **Pflegenotstand** in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Intensivstationen
- **Beratungsnotstand:** überforderte Ärzte, Sozialdienste …

Ethischer Imperativ (Maio 2014)

Der **soziale** (***Versorgungs-***)**Auftrag** der Medizin gebietet es, der **Medizin Vorrang vor der Ökonomie** zu geben:

- Die **Vertrauensbasis** der Arzt-Patient-Beziehung darf nicht zur wunscherfüllenden Dienstleistung verkommen.
- Der **bedingungslose Dienst** am **not-leidenden Menschen**, der *verletzlich* und *auf andere angewiesen* ist, muss **im Vordergrund** stehen, damit das ***Solidarsystem*** nicht außer Kraft gesetzt wird!

IV Fazit

Menschenbilder stellen zu allen Zeiten **Leitbilder** für das Denken und Handeln im Umgang mit Menschen dar.

Ein ganzheitliches, humanistisches, soziales und partizipatives Menschenbild sollte Richtschnur der Medizin/Frührehabilitation *als Teil der Daseinsvorsorge* sein.

Seit einigen Jahren:

- Außerkraftsetzung des sozialen Versorgungsauftrages und Überwucherung des Solidarsystems durch „Gesundheitswirtschaft“ Ökonomisierung und renditegetriebene Kommerzialisierung.
- Anwendung und Umsetzung eines ganzheitlich-integrativen Menschenbildes bedroht.
- **Beziehungsethische Grundhaltung und menschenrechtliche, fachliche, sozialrechtliche Orientierung unverzichtbar!**