

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	11
---------------	----

I. DIE NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION: KONZEPTIONELLE UND SPEZIFISCHE GRUNDLAGEN

I - 1:

Einleitung: Die neurologische Frührehabilitation – Konzeptionelle und spezifische Grundlagen

<i>B. Lipp, W. Schlaegel</i>	17
------------------------------------	----

I - 2:

Das Gründungskonzept Burgau

<i>P. Meißner</i>	22
-------------------------	----

1. Grundgedanken	26
2. Teamarbeit	27
3. Grundlagen der Therapie	29
4. Durchgängigkeit	32
5. Weiterbildung	32
6. Integration der Angehörigen	35
7. Qualitätssicherung	37

I - 3:

Frührehabilitation aus medizinischer Sicht: Hauptstörungen, Komplikationen und therapeutische Möglichkeiten

<i>B. Lipp</i>	40
----------------------	----

I - 4:

Das interdisziplinäre Behandlungsteam aus Sicht der Pflege

<i>M. Streubelt</i>	60
---------------------------	----

I - 5:

Das interdisziplinäre Behandlungsteam aus Sicht der Therapie

<i>K. Nielsen</i>	68
Zur Erfassung der Problematik des einzelnen Patienten	68
Zur Therapie	68
Zum Tagesablauf	71
Zur Verantwortung	73
Zur Mitarbeit der Angehörigen	75
Zur Einarbeitung und Schulung des Personals	75

I - 6:

Gespürte Interaktion im Alltag

<i>F. Affolter, W. Bischofberger</i>	77
Einführung	77
Ein kurzes Wort zum Begriff "Wahrnehmung".	77
1. Wenn es an gespürter Information mangelt,	77
1.1 ... dann führt dies zu einem Versagen im Alltag	78
1.2. ... dann weiß ich nicht, wo die Umwelt ist und wo ich bin	79
1.3. ... dann kann ich Bewegung/Aktion als Ursache nicht zielgerichtet planen und die Wirkung nicht erfassen	80
1.4. Visuelle Information allein genügt nicht, um zu erkennen, wo die Umwelt und wo der Körper sich befinden, sowie über Ursache/ Wirkung Bescheid zu erhalten.	82
1.5. Wie kann ich dem Patienten zu besserer gespürter Information verhelfen – visuelle/auditive kommt später "von selber dazu"	83
1.5.1. Umwelt	84
1.5.2 Die Person als Akteur	85
1.5.3. Das Alltagsgeschehnis	86
2. Wenn die Organisation zerfällt	89
2.1. Berühren der Umwelt – was geschieht mit meiner Wahr- nehmung? – Wechseln können von einem Sinnesbereich auf einen anderen	90
2.2. Wechsel von Informationsquellen innerhalb des taktilen Sinnessystems	91

3. Folgerungen	94
----------------------	----

I - 7:

Spastik und Kontrakturen

<i>P. Davies</i>	99
1. Warum entstehen Kontrakturen?	103
2. Was können wir tun, um Kontrakturen zu vermeiden?	104
3. Was können wir tun, um schon vorhandene Kontrakturen zu überwinden?	109
Schlußgedanke	114

I - 8:

Befundaufnahme und Behandlung der neuralen Gegenspannung

<i>G. Rolf</i>	117
----------------------	-----

II.

REHABILITATION DES FACIO-ORALEN TRAKTES

II- 1:

Einleitung: Rehabilitation des facio-oralen Traktes

<i>W. Schlaegel</i>	125
---------------------------	-----

II - 2:

Diagnostik und Therapie neurogener Schluckstörungen

<i>M. Prosiegel</i>	128
1. Definition	128
2. Diagnostik	129
3. Therapie	129
Funktionelle Schlucktherapie	129

II - 3:

Enterale Ernährung bei Patienten mit zentral bedingten Schluckstörungen

<i>W. Schlaegel</i>	131
---------------------------	-----

II - 4:

Von der Ernährungssonde zum Essen am Tisch – Aspekte der Problematik, Richtlinien für die Behandlung

<i>Kay Coombes</i>	137
Einleitung	137
Die soziale Bedeutung von gemeinsamen Mahlzeiten	138
Problemstellung	138
Typische Symptome bei Patienten mit facio-oralen Problemen	139
Die Therapie des facio-oralen Traktes (FOTT)	141
Präorale Phase	143
Orale Phase	143
Pharyngeale Phase	143
Ösophageale Phase	143

II - 5:

Bedeutung und Aspekte der Mundhygiene

<i>S. Seitz</i>	152
1. Wohlbefinden und Sicherheit	152
2. Wachheit und Bewußtheit	153
3. Mund als Sinnesorgan	156
4. Mundschleimhaut, Zunge und Zähne, Essen und Sprache	157

II - 6:

Essen und Trinken als geführtes Alltagsgeschehnis

<i>C. Gratz</i>	165
Was bedeutet das aber? Wie fühlt es sich an?	167

III.

ALLTAG UND REHABILITATION

III - 1:

Einleitung: Alltag und Rehabilitation

<i>W. Schlaegel</i>	171
---------------------------	-----

III - 2:**Pflegerisches Führen bei der Lagerung**

<i>M. Bihlmayr</i>	174
--------------------------	-----

III - 3:**Stehen mit dem bewußtlosen Patienten**

<i>P. Davies</i>	179
------------------------	-----

Warum ist Stehen so wichtig für hirnverletzte Patienten?	180
--	-----

Wie können bewußtlose Patienten zum Stehen gebracht werden?	183
---	-----

Warum ist ein Kipptisch nicht zu empfehlen?	187
---	-----

III - 4:**Geführte Interaktion in der Selbsthilfe**

<i>J. Carroll</i>	189
-------------------------	-----

III - 5:**Recreationstherapie – Therapeutisches Handeln in der „Freizeit“**

<i>W. Hoffmann</i>	193
--------------------------	-----

Zielsetzungen	193
---------------------	-----

Konkrete Aufgabenbereiche	194
---------------------------------	-----

Einzeltherapien	194
-----------------------	-----

Gruppentherapien	194
------------------------	-----

Innen- und Außenaktivitäten	195
-----------------------------------	-----

Zahlenbeispiele	195
-----------------------	-----

IV.**REHABILITATION VON KOMMUNIKATION UND SPRACHE****IV - 1:****Einleitung: Rehabilitation von Kommunikation und Sprache**

<i>W. Schlaegel</i>	199
---------------------------	-----

IV - 2:**Dialogaufbau in der Frühphase mit komatösen Schädel-Hirn-Verletzten**

<i>A. Zieger</i>	202
------------------------	-----

1. Grundlagen und Voraussetzungen des Dialogaufbaus	202
<i>Dialogisches Prinzip</i>	203
<i>Menschenbild und Entwicklung</i>	203
<i>Koma als aktive Zurücknahme und Kompetenz unter pathologischen Lebensbedingungen (Trauma)</i>	206
<i>Traditioneller Komabegriff und eigene Ängste</i>	208
<i>Sinn von Pathologie und Biosemantik des Komas</i>	209
2. Überlegungen und Befunde zu einem neuen Komaverständnis als	
Basis des Dialogaufbaus	212
<i>Neuropsychologische Befunde</i>	213
<i>Positive anregende Wirkung von Musik im EEG</i>	216
<i>Endogene Rhythmik und Zeitgeber im Koma</i>	217
<i>Modulationseinflüsse und Lernen im Koma</i>	218
<i>Integratives Gehirn-Geist-Modell</i>	219
3. Zum Dialogaufbau	220
<i>Klinische Beispiele</i>	220
<i>Welche Struktur hat der Dialog?</i>	225
<i>Wie gestalten wir das Dialogfeld?</i>	227
1. <i>Anknüpfen an frühe Wahrnehmungsformen</i>	227
2. <i>Anknüpfen an modalitätsspezifische Sinnesfelder</i>	228
<i>Woher wissen wir, daß wir mit unserer Kommunikation im richtigen Bereich liegen?</i>	231
<i>Praktisches Beispiel zur geschmacklichen Anregung</i>	232
<i>Ästhetische Haltung</i>	233
<i>Zusammenfassung der Merkmale und des Dialogaufbaus</i>	233

IV - 3:

Wo sind die Worte? – Wie kommen wir zu unseren sprachlichen Begriffen?

(Erwerb semantischer "Pläne")

1. <i>Stockman</i>	244
Einführung	244
1. Die Notwendigkeit semantischer Pläne	245
2. Das Sprachproblem hirngeschädigter Patienten	246
3. Prinzipien und Therapie	248
3.1. <i>In der Therapie sollen die Worte mit einem Geschehnis aus dem Alltag des Patienten verbunden werden</i>	249

3.1.1. Alltägliche Geschehnisse sind vertraut	250
3.1.2. Alltägliche Geschehnisse sind kulturell und sozial bedeutungsvoll	251
3.1.3. Alltägliche Geschehnisse sind dynamisch	252
3.2. In der Therapie soll es den Patienten ermöglicht werden, sich über das Spüren an den Geschehnissen zu beteiligen	253
3.3. In der Therapie soll die sprachliche Bezeichnung nach dem vom Patienten gespürten Geschehnis erfolgen	255
3.4. In der Therapie soll das Verstehen und nicht das Sprechen im Vordergrund stehen	255
4. Zusammenfassung und Schlußbemerkungen	256

IV - 4:

Das Schweigen der Patienten

<i>S. Mohr, H. Pahl, D. Paul, M. Schuhmacher</i>	260
1. Einführung	260
2. Erklärungsmodelle	262
3. Problematik der konkreten sprachtherapeutischen Arbeit	268
4. Ausblick	269
5. Anhang <i>Patientenbeschreibung</i>	269

V.

5 JAHRE FRÜHREHABILITATION AM THERAPIEZENTRUM BURGAU – ERFAHRUNGEN, ERGEBNISSE UND PERSPEKTIVEN

V - 1:

Einleitung: 5 Jahre Frührehabilitation am Therapiezentrum Burgau – Erfahrungen, Ergebnisse und Perspektiven

<i>W. Schlaegel</i>	275
---------------------------	-----

V - 2:

Von der Frührehabilitation zur weiterführenden Rehabilitation – erweiterte Alltagsgeschehnisse in der neuropsychologischen Milieuthapie

<i>V. Peschke</i>	283
1. Die Organisation des therapeutischen Milieus	283

2. Frührehabilitation und weiterführende Rehabilitation – Alltagsgeschehnisse auf unterschiedlichem Niveau	285
3. Das Burgauer milieutheraeutische Modell in der weiterführenden Rehabilitation nach schweren erworbenen Hirnschädigungen	299
4. Die Struktur des milieutheraeutischen Feldes	303
<i>Die Milieugruppe</i>	303
<i>Die Teil-Selbstversorgung</i>	304
<i>Die Milieugruppenbesprechungen</i>	306
<i>Einzeltherapien</i>	310
<i>Gruppentherapien und nicht-alltägliche Geschehnisse</i>	310
5. Zusammenfassung und Ausblick	314

V - 3:

Ergebnisse und Erfahrungen aus 5 Jahren

Frührehabilitation

<i>W. Schlaegel</i>	317
1. Rancho Los Amigos Scale	319
2. SSP (Sensorisches Stimulations-Profil)	320
3. FIM (Functional Independence Measure)	320
Ergebnisse	326
Beginn der Frührehabilitation und Behandlungserfolg	333
Zusammenfassung	336

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	341
--	-----

Autorenverzeichnis	349
---------------------------------	-----