

# Das schwere Schädel-Hirntrauma im Kindes- und Jugendalter

## Dokumentation der Wahlfachübung „Bildungswesen und berufliche Rehabilitation“

Carsten Rensinghoff

### Zusammenfassung

Am Beispiel der achtstündigen Wahlfachübung Bildungswesen und berufliche Rehabilitation im Hauptstudium IV an der privaten Fachhochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld wird in diesem Beitrag ein Lehrkonzept vorgestellt, welches in dieser knappen Zeitvorgabe das umfangreiche Problemfeld des schweren schädel-hirntraumatischen Ereignisses vermittelt.

### Abstract

This contribution gives an introduction to a learning concept by presenting, as an example, an 8 hour optional subject exercise called Education System and Vocational Rehabilitation within the main study course IV at the private university of applied sciences of the statutory accident insurance (Fachhochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung) in Bad Hersfeld. Within this short period of time it imparts the comprehensive field of problems related to the incident of a severe craniocerebral trauma (Übersetzung Belinda Dolega-Pappé).

### Schlüsselwörter

Gehirnschädigung - Kind - Jugendlicher - Coping - Krankheit - Ausbildung - Schädel-Hirntrauma

### Einleitung

Zum vierten Mal befassten sich Studierende des Hauptstudiums IV der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld im Juli 2005 in der Wahlfachübung Bildungswesen und berufliche Rehabilitation mit den Folgen einer schweren Schädel-Hirnverletzung. Die Studierenden streben mit Ablauf dieses Studienjahrgangs den Abschluss zur Diplom-Verwaltungswirtin beziehungsweise zum Diplom-Verwaltungswirt bei einer gesetzlichen Unfallversicherung an. Seit Beginn dieser Wahlfachübung führt der durch einen Verkehrsunfall im Jahr 1982 selbst schwer hirnerkrankte Verfasser dieses Beitrags über einen Lehrauftrag durch diese achtstündige Lehrveranstaltung.

### Einstieg in die Lehrveranstaltung

Um den Studierenden, die zum Teil lediglich aus der Aktenlage mit dem schweren Schädel-Hirntrauma

konfrontiert sind, einen Einblick in die Problematik samt ihren medizinischen und sozialen Folgen zu geben, wurde ihnen zum Einstieg der Film „Ein Kind zum Wegwerfen“ (Mundzeck 1988) vorgeführt. In dem Film erleidet die vierzehnjährige Hauptdarstellerin als Folge eines Reitunfalls ein schweres Schädel-Hirntrauma. Neben der Darstellung des klinischen Verlaufs werden auch die Probleme im sozialen Umfeld thematisiert.

Der Filmvorführung folgte die Bearbeitung eines Arbeitsblattes zur Krankheitsverarbeitung. Die Seminarteilnehmerinnen und Seminarteilnehmer sollten sich erinnern, welche Bewältigungsstrategien sie selbst bei einer Erkrankung angewendet haben. Im Anschluss daran hatten sie begründet darzulegen, welche sich davon als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen haben.

Im Ergebnis führten die Studierenden als hilfreiche Krankheitsbewältigungsstrategien auf: Informationen über die Krankheit sammeln; den Trost: „Es gibt Personen, die viel ärmer dran sind!“; Ablenkung; reden, reden, reden; Tiere; Stärke zeigen; Ziele setzen; mit Freunden sprechen; Entspannung; Besuche; positive Gedanken; ausruhen; sich mit den Haustieren beschäftigen; jemand haben, der sich sorgt und kümmert; kuscheln; spazieren gehen; Familie; nichts tun; von der Familie pflegen lassen; Musik hören; weinen; schlafen; Natur; lesen; schlafen. Als weniger hilfreiche Bewältigungsstrategien wurden genannt: für alles Medikamente einnehmen, nölen, nur so rumgammeln und nichts tun, Ärzte, Erwartungen anderer, Selbstmitleid, Informationsmangel über die Krankheit, sich hängen lassen, sich zurückziehen, jammern, sich nur mit der Krankheit beschäftigen, negativ denken.

### Zur Theorie der Krankheitsverarbeitung

Hintergrund der intensiven Beschäftigung mit den Krankheitsverarbeitungsstrategien ist, dass das vorwiegend in einem jungen Lebensalter erworbene und folgenreiche schwere Schädel-Hirntrauma von den Betroffenen gerade nicht in der Weise kognitiv verarbeitet werden kann – und das hat der genannte Filmbeitrag in hervorragender Weise gezeigt –, wie dies bei anderen schweren chronischen Erkrankungen in der Regel geschieht, da bei einer Hirnverletzung das verarbeitende Organ selbst betroffen ist (Hofmann-Stocker 1990, S.76). Die Kinder und Jugendlichen müssen als Folge eines schweren hirntraumatischen Ereignisses unter Umständen „früher als bedeutsam betrachtete Lebensziele in Frage stellen“, unter Umständen ihren „Lebensplan radikal umstellen“ (Friess 1992, S.23).

Die Einführung in die Theorie der Krankheitsverarbeitung erfolgte über die Lektüre und Bearbeitung eines Arbeitspapiers. Nach *Muthny* (1994, S. 17) bezeichnet der Terminus Krankheitsverarbeitung „die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern.“ Aus dieser Definition wird deutlich, dass Krankheitsverarbeitung die Ebenen des Fühlens, Denkens und Handelns umfasst. Das Ziel ist die günstige Beeinflussung der durch die Erkrankung hervorgerufenen Belastungen und deren Folgen. Krankheitsverarbeitung darf nicht nur auf ein Individuum bezogen werden, sondern muss die systemische Perspektive umfassen. Die Studentinnen und Studenten sollten in diesem Arbeitsschritt zu zwei Fallbeispielen die jeweils erkennbaren Krankheitsverarbeitungsprozesse in ihrer eigenen Sprache beschreiben und anschließend bewerten.

*Fallbeispiel 1:* Frau E., eine 44-jährige Brustkrebspatientin, hatte die Entdeckung eines Knotens in der Brust zunächst ignoriert und nach eigenen Aussagen auch zum Teil über Monate völlig „vergessen“ können. Als der Knoten schließlich größer wurde und Schmerzen verursachte, nahm sie eine Reihe „alternativer“ Behandlungen in Anspruch und schloss sich dann einer Sekte an. Sie sprach ansonsten mit niemandem über ihre Krankheit und die Therapieversuche. Nach einem über zwei Jahre gehenden Verlauf wurde sie von ihren Angehörigen schließlich in hochgradig kachektischem Zustand in die Klinik gebracht, in der die Behandelnden ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung mit zahlreichen Knochenmetastasen feststellten. Sie verweigerte das Angebot einer Chemotherapie und starb fünf Wochen später.

*Fallbeispiel 2:* Herr F., ein 34-jähriger Ingenieur, der seit elf Jahren unter chronischem Nierenversagen litt und dialysiert wurde, arbeitete seit einem Jahr nur noch halbtags, um mehr Zeit für die Familie und seine Hobbys zu haben. Nach einer erfolgreichen Transplantation wollte er sich einen Jugendtraum verwirklichen und für ein Jahr nach Amerika gehen. Die Transplantation schlug fehl, Herr F. kehrte enttäuscht in die Dialyse zurück. Ein Jahr später organisierte er jedoch mit enormen Energieaufwand eine USA-Reise zusammen mit seiner Familie. Mit Stolz und sichtlicher Zufriedenheit berichtete er davon: Die Erfüllung seines Jugendtraumes wurde in diesen Schilderungen zum beispielhaften Sieg über die Erkrankung und die mit ihr verbundenen Einschränkungen.

Es bildeten sich zwei Arbeitsgruppen mit jeweils fünf Teilnehmenden, die zu folgendem Ergebnis kamen: ad Fallbeispiel I:

- ▲ Phase 1: Angst vor der Diagnose, Folge: Verdrängung;
  - ▲ Phase 2: kein Vertrauen in die Schulmedizin, Folge: alternative Behandlung;
  - ▲ Phase 3: Leichtgläubigkeit, Folge: Sekte;
  - ▲ Phase 4: langjährige Täuschung der Familie und der Freunde
  - ▲ Phase 5: Bestätigung der Angst durch die Diagnose;
  - ▲ Phase 6: mutloser Abschluss mit dem Leben.
- In der Bewertung des ersten Fallbeispiels sprach die Arbeitsgruppe von einem verantwortungslosen Handeln dem eigenen Körper gegenüber.

ad Fallbeispiel II:

- ▲ Phase 1: Krankheit akzeptiert;
  - ▲ Phase 2: Schaffung erfreulicher Situationen;
  - ▲ Phase 3: Hoffnung, nicht aufgeben.
- Die Arbeitsgruppe bewertete die positive und optimistische Krankheitseinstellung als positiv.

### Planungsaufgaben

Um sich in die Situation bei der Bearbeitung von Planungsaufgaben, beispielsweise während einer neuropsychologischen Therapieeinheit, hineinversetzen zu können, wurden den Studierenden zwei Beispiele für Planungsaufgaben aus dem Bereich der elementaren Aussagenlogik zur Bearbeitung angeboten. Sie sollten jeweils mit komplexen Vorgaben von Gesprächsterminen, Treffen und zu erledigenden Aufgaben, einen Tagesplan für einen Rechtsanwalt oder einen Wochenplan für einen seine Heimatstadt München besuchenden Amerikaner erstellen (*Heubrock; Petermann* 2000, S. 387, 393).

### Das Locked-In-Syndrom

Eine weitere Information mit Selbstversuch wurde zum Locked-In-Syndrom durchgeführt, das mit dem Ausfall sämtlicher motorischer Funktionen einher geht. Die Betroffenen werden aus ärztlicher Sicht oftmals hinsichtlich einer Genesung als hoffnungslos eingestuft und in der Folge aufgegeben. „Ich brauche nicht lange nachzudenken, um zu wissen, wo ich bin, und um mich zu erinnern, daß mein Leben am Freitag, den 8. Dezember 1995 aus den Fugen geraten ist. Bis dahin hatte ich nie etwas vom Hirnstamm gehört. An jenem Tag habe ich mit voller Wucht dieses Hauptteil unseres Bordcomputers entdeckt, die wesentliche Verbindung zwischen dem Gehirn und den Nervenenden, als ein Herz-Kreislauf-Zusammenbruch den besagten Stamm abschaltete. Früher wurde das ‚Hirnschlag‘ genannt, und man

starb ganz einfach daran. Der Fortschritt der Reanimationstechnik hat die Strafe verfeinert. Man übersteht es, aber in einem Zustand, den die angelsächsische Medizin so treffend *locked-in-syndrome* getauft hat: Von Kopf bis Fuß gelähmt, ist der Patient mit intaktem Geist in sich selbst eingesperrt, und das Schlagen des linken Augenlids ist sein einziges Kommunikationsmittel“ (*Bauby* 1997, S. 6 f.). Der 1952 geborene *Jean-Dominique Bauby* diktierte „Schmetterling und Taucherglocke“ in 15 Monaten mit dem Lidschlag seines linken Augenlids.

Zur Veranschaulichung wurde der Dokumentarfilm „Die verborgene Welt des Karl-Heinz Pantke“ gezeigt (*Franke* 2004). Der viel beschäftigte promovierte Kurzzeitphysiker *Pantke* erlitt mit Mitte 40 das *Locked-In-Syndrom*. Mittlerweile leitet er in Berlin die Selbsthilfegruppe LIS. In einem Selbstversuch hatten die Studierenden nach der Filmdarbietung eine Übung zur Kommunikationsfähigkeit im Zustand des *Locked-In-Syndroms* durchzuführen, die gemäß der Kommunikationsform des *Monsieur Noirtier de Villefort*, einer Romanfigur aus „Der Graf von Monte Christo“ erfolgen sollte. Dieser „kommuniziert über einen Buchstabencode und ein Wörterbuch. Hierzu werden alle Buchstaben des Alphabetes nacheinander aufgesagt. Beim gewünschten Buchstaben schlägt Monsieur Noirtier de Villefort das Augenlid nach oben. Auf diese Weise wird der Anfang des Wortes bestimmt. Das Ende des Wortes wird mit dem Wörterbuch gesucht. Mit dem Finger wird über die Worte gestrichen. Ist das Wort erreicht, so schlägt Monsieur Noirtier de Villefort wieder das Augenlid nach oben“ (*Pantke* 2000, S. 6-8). Für die derart zu gestaltende Kommunikation wurden den Studierenden zwei Textbeispiele dargeboten:

▲ „Die Sexualität ist ein menschlicher Bereich, der unsere Lebensgestaltung, unsere Persönlichkeit und unser Verhalten maßgeblich prägt. Dennoch wird dieser für jeden Menschen bedeutsame Lebensbereich in unserer Gesellschaft in Bezug auf Behinderung und Krankheit und in der professionellen Pflege als der Profession, die sich gerade mit den Kranken und Behinderten beschäftigt, sehr vernachlässigt, um nicht zu sagen tabuisiert“ (*Krämer; Schnabel* 2005, S. 18-20).

▲ „Wer plötzlich auf den Rollstuhl angewiesen ist erfährt in den eigenen vier Wänden, wie viele Stolperfallen das Leben im gewohnten Umfeld unmöglich machen oder erschweren. Damit behinderte oder ältere Menschen weiterhin selbstständig leben können, ist ein behindertengerechter Umbau oder ein Neubau notwendig“ (*NOT* 2005, S. 38 f.).

Gemeinsam stellten alle Teilnehmenden nach diesem Selbstversuch fest, dass im Gespräch mit der nicht sprechenden Person viel Geduld und Einfühlungsvermögen unabdingbar sind.

### Der Verlauf eines schweren Schädel-Hirntraumas

Um dem Vorurteil aus diversen Krankenhausserien, dass man nach einem Schädel-Hirntrauma aus der Bewusstlosigkeit sofort wieder aufwacht, vorzubeugen, war es notwendig, den phasenhaften Verlauf eines schweren Schädel-Hirntraumas bei Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen. *Lange-Cosack* (1973) hat auf Grund ihrer Beobachtungen bei 240 Kindern und Jugendlichen nach einem Schädel-Hirntrauma eine eindimensionale Einteilung der Hirnverletzung in sechs Gruppen vorgenommen, die sich bis heute bewährt hat: In Gruppe I liegen, bis auf cerebrale Irritationen, keine Bewusstseinsstörungen vor. In Gruppe II ist eine Bewusstseinsstrübung zu konstatieren. Gruppe III geht mit einer Bewusstlosigkeit bis zu einer Stunde einher. Gruppe IV setzt eine Bewusstlosigkeit von mehr als einer Stunde bis 24 Stunden voraus. In Gruppe V liegt eine Bewusstlosigkeit von mehr als 24 Stunden bis zu einer Woche vor. Eine Bewusstlosigkeit der Gruppe VI von über einer Woche also, geht in der Regel mit Folgeschäden einher. Diese sind vielfach im neuropsychologischen Bereich nachweisbar.

Die phasenhafte Einteilung des schweren Schädel-Hirntraumas bei Kindern und Jugendlichen orientiert sich an *Gerstenbrand* (1967): In der *Akutphase* kommt es vor allem darauf an, lebenswichtige Funktionen wiederherzustellen beziehungsweise zu erhalten. Beim *apallischen Syndrom* handelt es sich um eine besonders schwere hirntraumatische Verlaufsform. Es liegt ein Zustand der Bewusstlosigkeit vor, welcher auch als Wachkoma (von *Coma vigilé*) bezeichnet wird. „Der Patient liegt wach da mit offenen Augen. Der Blick starrt geradeaus und gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her. Auch der Versuch, die Aufmerksamkeit hinzulenken, gelingt nicht oder nur spurweise; Ansprechen, Anfassen, Vorhalten von Gegenständen erweckt keinen sinnvollen Widerhall“ (*Kretschmer* 1940; zitiert nach *Adler* 1975, S. 12). Im *apallischen Syndrom* sind Massenbewegungen erkennbar. Pflegerischer Behandlung oder Schmerzreizen folgend sind Streck- beziehungsweise Beugemechanismen erkennbar. Auf optische und akustische Reize erfolgen keine erkennbaren Reaktionen (*Piorreck* 1986).

In der *Phase der basalen Psychomotorik* erfolgt auf Schmerzreize eine motorische Unruhe, zum Beispiel

durch Wegdrehen. „Psychomotorische Unruhe ist begleitet durch unspezifische Angstreaktionen, die auch ohne Reize von außen auftreten, teilweise mit vegetativen Entgleisungen wie Schwitzen und Tachykardien“ (Piorreck 1991, S. 133). Erkennbar ist ein Innehalten auf akustische Reizdarbietung, zum Beispiel durch Kopfdrehung zum Reiz hin, die mit einer beginnenden Beruhigung einhergeht. Am Ende ist eine Entspannung des oder der Traumatisierten auf Streicheln oder beruhigende akustische Reize zu erkennen.

Sobald die Betroffenen nach Gegenständen greifen, sie in den Mund nehmen oder wegwerfen, durchlaufen sie die *Phase des Nachgreifens*. Nach und nach sind sie in der Lage, die Gegenstände optisch zu verfolgen. Der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus, welcher bis zu dieser Zeit vorgelegen hat, wird auf die Tageszeit verlegt. Die Betroffenen lassen eine zunehmende Entspannung erkennen. Gegen Ende dieser Phase ist ein Lächeln erkennbar. Die Beschäftigung mit Gegenständen, welche jedoch noch nicht zweckbezogen eingesetzt werden, charakterisiert den Übergang in die nächste Phase. Positiv ist das beginnende Situationsverständnis.

Grundlos aggressiv werden schwer Schädel-Hirnverletzte in der *Klüver-Bucy-Phase*. Die Betroffenen beißen, schlagen oder ziehen an den Haaren oder Kleidern. Umgekehrt beginnen sie zu streicheln oder zu umarmen. Motorische Schablonen, etwa das Handkussgeben, sind beobachtbar. Eine regelrechte Esssucht ist erkennbar. Enthemmte sexuelle Handlungen können bei jugendlichen Menschen mit einer Hirnverletzung auftreten. Das beginnende Sprachverständnis ist positiv zu bewerten, jedoch ist der Sprachgebrauch noch nicht möglich. Ja-Nein-Signale können vermittelt werden. Der sinnbezogene Einsatz von Gegenständen ist vorhanden und einfache Handlungen können durchgeführt werden. Das Ende dieser Phase ist gekennzeichnet durch das Sprechen einzelner, oftmals auch sinnbezogener Wörter.

Der Sprechbeginn ist in der *Korsakow-Phase* zu verorten. Eine, wenn auch abnehmende Desorientierung zur Person, örtlich und zeitlich, ist zu Phasenbeginn vorhanden. Die Betroffenen beginnen nun, über das Geschehene und ihre Behinderung nachzudenken. Unsicherheiten bei der Behinderungsverarbeitung werden vielfach durch verbale Schablonen verdeckt, wie „locker vom Hocker“ oder ähnliches. Vorhanden ist ein Ablenken von der Behinderung und den therapeutischen Behandlungsmaßnahmen bis hin zur Leistungsverweigerung. Neuropsychologische Symptome, wie *Wieck* (1956, zitiert nach *Ad-*

*ler* 1975, S. 15) sie mit dem Terminus „Durchgangssyndrom“ charakterisiert hat, sind feststellbar. Hierbei handelt es sich um „Antriebsminderung, Verlangsamung, Schwerbesinnlichkeit, Merkfähigkeits- und Konzentrationserschweris und affektive Auffälligkeiten“ (*ebd.*). Es liegt nun keine Bewusstseinstäubung mehr vor. Depressivität lassen die Betroffenen am Ende dieser Phase erkennen. Die Suizidgefahr ist jetzt sehr groß, wobei es spontan zu suizidalen Handlungen kommt.

Die Orientierung zur Person, örtlich und zeitlich, ist im *Integrationsstadium* vorhanden. Die Fähigkeit zur Planung ist feststellbar. In schwierigen Situationen entwickeln die Betroffenen ohne optische und akustische Hilfe Lösungsmöglichkeiten. Eine positive Einstellung zur Behinderung ist vorzufinden, die eine aktive Mitarbeit der Betroffenen bedingt. In unterschiedlicher Ausprägung bestehen weiterhin typische Restsymptome. Im so genannten *Defektstadium* ist keine Spontanremission mehr zu beobachten. Typischerweise treten in dieser Phase Sekundärveränderungen in Form von muskulären Verkürzungen, später dann muskulären Kontrakturen bis schlimmstenfalls knöchernen Veränderungen auf.

### Zur Situation des Dozenten

Da es sich bei dem Dozenten der Wahlfachübung und Verfasser dieses Beitrags bezüglich des Schädel-Hirntraumas um einen Experten in eigener Sache handelt, wollten die Studierenden noch einiges zu dessen Unfallhergang und zum Rehabilitationsverlauf wissen.<sup>2</sup> Zusammenfassend wird dieser Bericht hier wiedergegeben.

Nach relativ unbeschwert verlaufener Kindheit ereignete sich im Februar 1982 in Witten, als der Verfasser Schüler eines Gymnasiums war, das schwere Schädel-Hirntrauma im Alter von 12 Jahren als Folge eines Straßenverkehrsunfalls. „Es wurde eine schwere Hirnkontusion rechts paramedian im fronto-temporo-basalen Marklager mit diffusem Hirnödem im CT, Oberschenkelfrakturen beidseits sowie eine komplette Unterschenkelfraktur links diagnostiziert“ (*Rensinghoff* 1999, S. 150).

Der stationären vierwöchigen Behandlung in der neurochirurgischen Intensivabteilung und acht Wochen in der unfallchirurgischen Abteilung, folgte eine neunmonatige stationäre Weiterbehandlung im neurologischen Rehabilitationskrankenhaus für Kinder und Jugendliche in Gailingen. Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte die weitere Beschulung, von der Klasse acht bis zum Erhalt der Fachoberschulreife mit der Zugangsberech-

tigung für die Gymnasiale Oberstufe in der Schule für Körperbehinderte in Bochum. Ein missglückter Integrationsversuch in die Jahrgangsstufe elf des bereits vor dem Unfall besuchten Gymnasiums machte zur Jahrgangsstufe elf/zwei hin einen Wechsel in die Gymnasiale Oberstufe der Schule für Körperbehinderte in Köln erforderlich. Dies bedingte eine Internatsunterbringung während der Schultage im Dietrich-Bonhoeffer-Haus in Hürth.

Nach Bestehen der Abiturprüfung im Mai 1989 folgte das Studium des Lehramtes für Sonderpädagogik an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Die Studienschwerpunkte wurden auf die Sondererziehung und Rehabilitation der Körper- und Lernbehinderten sowie das Unterrichtsfach Evangelische Religionslehre gelegt. 1994 bestand der Verfasser die Erste Staatsprüfung für das Lehramt für Sonderpädagogik.

Die zweite Ausbildungsphase begann im Studienseminar für Sonderpädagogik in Dortmund, wobei die schulpraktische Ausbildung in der Dortmunder Schule für Körperbehinderte stattfand. Hier war der Verfasser psychosozialen Stress ausgesetzt, weil zu Beginn der zweiten Ausbildungsphase durch die Ausbilderinnen und Ausbilder paternalistische Gewalt (vgl. Jantzen 2001) an der Tagesordnung war. So wurde er beispielsweise mit der Aussage konfrontiert, dass er als Behinderter doch am besten gar nicht hätte Körperbehindertenpädagogik studieren dürfen, da er seinen Kollegen und Kolleginnen nur zur Last falle. Diese müssten schließlich für ihn die schwerstbehinderten Schülerinnen und Schüler heben und tragen und sich an seiner Stelle den Rücken kaputt machen. Auch wäre durch die eigene Betroffenheit ein professionelles Handeln bei Körperbehinderten nicht möglich. Diese traumatisierenden Erfahrungen mündeten nach fünfjähriger missglückter zweiter Ausbildungsphase in der Entlassung aus dem Vorbereitungsdienst und in dem Erhalt einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit von 260,10 Euro, die das Sozialhilfeniveau großzügig unterschritt.

Gegenwärtig ist der Verfasser wissenschaftlicher Mitarbeiter im Rahmen einer Qualifizierungsmaßnahme im Arbeitsbereich für Sozial- und Sonderpädagogik des Instituts für Erziehungswissenschaft an der Philipps-Universität Marburg.

## Abschluss und Seminarkritik

Einen runden Abschluss fand die Wahlfachübung in der Darbietung eines zweiteiligen Films zur Frührehabilitation und Frühmobilisation sowie der medi-

zinisch-beruflichen Rehabilitation im neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Bremen (Hartwig-Held u.a. 2002, 2002a).

Am Ende der Wahlfachübung hatten die Studierenden den Auftrag, die abgelaufene Veranstaltung mittels einer vierstufigen Skala<sup>3</sup> zu beurteilen. Dafür stand ihnen ein Punktrichter zur Verfügung. In der Seminarkritik äußerten sich die Studierenden positiv, lediglich der Seminarort wurde von zwei Studierenden als bedingt empfehlenswert beurteilt. Das hatte wohl etwas mit dem schulischen Charakter des Veranstaltungsgebäudes und -raumes zu tun, denn die Schulzeit lag für einige Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer noch nicht so lange zurück und ist vielleicht mit unangenehmen Erinnerungen verbunden.

## Anmerkungen

1 Der Begriff basal wurde in Abgrenzung zur medizinischen Terminologie gewählt, die hier von einer primitiven Psychomotorik spricht, was es letztlich nicht ist.

2 Die Lektüre autobiographischer oder biographischer Geschichten kann den mündlichen Erfahrungsbericht eines Betroffenen nicht ersetzen (vgl. Sommer; Kuonath 2001).

3 1: sehr empfehlenswert, 2: empfehlenswert, 3: bedingt empfehlenswert, 4: nicht empfehlenswert

## Literatur

Adler, J.: Pädagogische Hilfen für Kinder mit einem Hirntrauma. Berlin 1975

Bauby, J.-D.: Schmetterling und Taucherglocke. Wien 1997

Franke, G.: Die verborgene Welt des Karl-Heinz Pantke. Bayerischer Rundfunk 2004

Friess, O.: Untersuchungen zum Zukunftskonzept bei Schulkinder und jungen Erwachsenen mit Körperbehinderungen. Dissertation Erfurt/Mühlhausen 1992

Gerstenbrand, F.: Das traumatische apallische Syndrom. Wien 1967

Hartwig-Held, Anna u.a.: Neurologische Rehabilitation junger Menschen: Frührehabilitation und Frühmobilisation (Phase B + C). Pana Media Productions. Bremen 2002

Hartwig-Held, Anna u.a.: Neurologische Rehabilitation junger Menschen. Weiterführende Rehabilitation (Phase D). Medizinisch-berufliche Rehabilitation. Pana Media Productions. Bremen 2002a

Heubrock; Petermann: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuro-psychologie. Göttingen 2000

Hofmann-Stocker, Elisabeth: Psychische Verarbeitung und Psychotherapie in der Rehabilitation hirnverletzter Jugendlicher. In: Zeitschrift für Neuropsychologie 2/1990, S. 75-94

Jantzen, W.: Unterdrückung in Samthandschuhen. Über paternalistische Gewaltausübung (in) der Behindertenpädagogik. In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokant. Luzern 2001, S. 57-68

Krämer, U.; Schnabel, Marina: Sexualität – Lebenselement und dennoch Tabu. In: NOT 1/2005, S. 18-20

Lange-Cosack, Herta: Das Hirntrauma im Kindes- und Jugendalter. Berlin 1973

Mundzeck, Heike: Ein Kind zum Wegwerfen? Filmproduktion

der multimedia Gesellschaft für audiovisuelle Information mbH. Norddeutscher Rundfunk 1988

**Muthny, F.A.:** Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. In: Schüssler, G.; Leibing, E. (Hrsg.): Coping. Verlaufs- und Therapiestunden chronischer Krankheit. Göttingen 1994, S.17-34

**NOT 1/2005,** S. 38 f.

**Pantke, K.-H.:** Monsieur Noirtier de Villefort. In: Pantke; Knoop: Metamorphose. Das Locked-in Syndrom in der Literatur. Band 1, Berlin 2000, S.6-8

**Piorreck, Sirgune:** Schwere Schädelhirntraumen bei Kindern. Verlauf und Therapie nach schwerem Schädel-Hirntrauma bei Kindern. In: Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschland e. V. (Hrsg.): Info Blatt vom 14.1.1986, S. 5-20

**Piorreck, Sirgune:** Verlauf nach schwerem Schädelhirntrauma. Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen. In: praxis ergotherapie 4/1991, S. 132-138

**Rensinghoff, C.:** Selbstbestimmtes Leben nach schwerer Schädelhirnverletzung im Alter von 12 Jahren. In: Wild, K.R.H. von; Hömberg, V.; Ritz, Annegret (Hrsg.): Das schädelhirnverletzte Kind. Motorische Rehabilitation, Qualitätsmanagement. München 1999, S. 150 f.

**Sommer, B.; Kuonath, C.:** Biographie und Behinderung. Krankheit, Rehabilitation und Lebensgeschichte eines Jugendlichen in Selbstzeugnissen. Ein autobiographisch orientierter Forschungsansatz. Engelsbach bei Frankfurt am Main 2001

## Rundschau

### ► Allgemeines

**50 000 Vereine mehr als vor vier Jahren.** Derzeit existieren rund 594 277 eingetragene Vereine in Deutschland. Das geht aus der aktuellen „Vereinsstatistik 2005“ hervor, die aus Daten der Vereinsregister in Deutschland gespeist wird und mit Zahlen aus den Jahren 2001 und 2003 vergleichbar ist. Danach gibt es fast 50 000 Vereine mehr als im Jahr 2001. Auf 1 000 Bürgerinnen und Bürger kommen rund sieben Vereine. Die Erhebung wurde in diesem Jahr erstmals im Auftrag des Bundesverbands deutscher Vereine und Verbände e.V. (bdvv) durchgeführt. Weitere Informationen unter [www.bdvv.de](http://www.bdvv.de) *Quelle: Paritätischer Rundbrief 11.2005*

**Willkommen in Berlin.** Infopaket für Zuwanderer. Hrsg. Der Beauftragte des Senats für Integration und Migration. Selbstverlag. Berlin 2005, Loseblattsammlung, EUR 2,- + Versandkosten \*DZI-D-7242\*

Das Willkommenspaket für Zuwanderer und Zuwanderinnen gibt Hilfestellung und listet Angebote auf, die für neue ausländische Mitbürger und Mitbürgerinnen wichtig sind. Diese reichen von Erstinformationen über Anmeldung, Wohnungssuche, Arbeitsmöglichkeiten bis zu Bildungsangeboten, Gesundheitsvorsorge oder Hilfen für Familien. Dieses Material soll Orientierung im politischen und sozialen Leben in Berlin zur Teilhabe an den Entscheidungen in der Stadt geben. Das Gesamtpaket wird in Deutsch und in sieben weiteren Sprachen vorgehalten: Arabisch, Englisch, Französisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch und Türkisch. Es wird von der Ausländerbehörde oder vom Bürgeramt überreicht und kann auch beim Beauftragten für Integration und Migration des Senats von Berlin, Potsdamer Str. 65, 10785 Berlin abgeholt werden. Die Unterlagen sind auch kostenlos auf der Internetseite abzurufen: <http://www.Berlin.de/sengsv/auslb/publikationen/willkommen.html>

**Friedwart Bruckhaus-Förderpreis 2005/2006.** Die Hanns Martin Schleyer-Stiftung schreibt für wissenschaftliche und journalistische Arbeiten den Friedwart Bruckhaus-Förderpreis zum Thema „Wiederentdeckung des Gemeinwohls? – Die Verantwortung des Einzelnen in einem freiheitlichen Gemeinwesen“ aus. Angesprochen sind junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die zum Wettbewerbsthema bemerkenswerte Forschungen geleistet haben, sowie junge Journalistinnen und Journalisten, deren Presse-, Hörfunk- oder Fernsehbeiträge sich durch allgemein verständliche Darstellungen wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen ausgezeichnet haben. Vorgesehen sind drei Preise zu je 5 000 Euro. Die Bewerberinnen und Bewerber sollten bis zum 30. April 2006 das 32. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ein-sendeschluss ist der 30. April 2006. Weitere Informationen unter [www.schleyer-stiftung.de](http://www.schleyer-stiftung.de) *Quelle: Mitteilung der Schleyer-Stiftung*