

Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern und Jugendlichen Eine umfassende Nachsorge ist unabdingbar!

Jährlich erleiden etwa 70.000 Kinder und Jugendliche ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), viele davon ein leichtes SHT, meist als "Gehirnerschütterung" klassifiziert. Nach anfänglich anscheinend guter Genesung oder "Erholung" treten im weiteren Zeitverlauf mitunter gravierende Störungen der Lernfähigkeit oder des Sozialverhaltens in vielfältigen Erscheinungsformen auf.

Bei einem Teil dieser Betroffenen stellen sich langfristig ähnliche Veränderungen des Lern- und Leistungsverhaltens, der emotionalen Regulation oder des sozialen Verhaltens ein, wie man sie noch ausgeprägter bei Kindern mit einem mittleren oder schweren SHT beobachten kann. Aus der klinischen Praxis weiß man, dass gerade die Folgen eines leichten bis mittleren SHTs unterschätzt werden, es kommt erst nach einer längeren Belastungsperiode zu ersten beobachtbaren Defiziten. Die später auftretenden kognitiven Leistungseinschränkungen und emotionalen Veränderungen werden dann oftmals nicht mehr mit dem ursprünglichen Ereignis in Verbindung gebracht, sondern auf andere Faktoren zurückgeführt.

Nicht immer leicht zu erkennen

Da die Teile des komplex aufgebauten menschlichen Gehirns in Netzwerken zusammenarbeiten, gilt grundsätzlich, dass bei leichtem ebenso wie bei schwererem SHT eine große Bandbreite von Problemen auftreten kann, die den Alltag der Betroffenen unter Umständen massiv verändern. Besonders häufig betroffen sind Aufmerksamkeitsfunktionen, da ihre einzelnen Komponenten netzwerkartig über das gesamte Gehirn verteilt sind. Störungen der Aufmerksamkeit sind nicht immer auf den ersten Blick zu bemerken und einzuschätzen. So kann zum Beispiel die Daueraufmerksamkeit betroffen sein, so dass ein Kind nicht mehr in der Lage ist, einem Prozess über längere Zeit zu folgen. Es kommt zum "Blick aus dem Fenster", was eben nicht ein Anzeichen mangelnden Interesses am Geschehen ist. Das Aufmerksamkeitsvermögen ist erschöpft, der "Fensterblick" ist eine notwendige Erholungsphase. Profitieren kann das Kind dann, wenn es nicht durch Ermahnung, sondern durch eine freundliche Ansprache wieder in die Situation zurückgeholt wird. Ist die bio-psycho-soziale Belastbarkeit verringert, gibt es oft ein zeitliches Limit, in dem zum Beispiel ein Schulkind über kognitive Leistungen verfügen kann. Ist dieses Limit überschritten, entsteht Stress, möglicherweise mit psychovegetativen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwäche, Schwindel, Übelkeit, letztlich Unsicherheit und Angst. Es gilt also - gerade bei Kindern nach einem leichten SHT - über längere Zeit aufmerksam zu beobachten, ob sich Leistungseinschränkungen oder emotionale Veränderungen zeigen.

Gravierende Folgen nach mittlerem und schwererem Schädelhirntrauma

Erleiden Kinder oder Jugendliche ein mittleres oder schweres SHT, sind - neben den dann meist bestehenden motorischen Einschränkungen - die Einschränkungen der kognitiven Leistungen häufig wesentlich ausgeprägter. So kann die Lern- und Merkfähigkeit beeinträchtigt sein, eben Gelerntes, eben noch Gewusstes ist plötzlich nicht mehr verfügbar. Die Betroffenen benötigen häufige Wiederholungen lernzielrelevanter Informationen, spezielle Lerntechniken und Aufzeichnungen, um über wichtige Lernschritte auf dem Laufenden zu bleiben. Sprachliche Fähigkeiten können zum Beispiel im Sinne einer kindlichen Aphasie eingeschränkt sein, so dass im Sprachverständnis ebenso wie in der gesprochenen Sprache Beeinträchtigungen bestehen. Beeinträchtigt sein kann auch die Fähigkeit, Gespräche zu beginnen beziehungsweise diesen zu folgen.

Auch eigene Emotionen, positive und negative Gefühle können möglicherweise nicht mehr adäquat reguliert werden. Sogenannte exekutive Funktionen, die die Verhaltensregulation ermöglichen, sowie

die Fähigkeit, einen Plan zu verfolgen oder einzuschätzen, was andere von einem erwarten, können eingeschränkt sein.

Auswirkungen auf emotionale Verarbeitung, soziales Verhalten und Inklusion

Neben diesen primären kognitiven Auswirkungen eines SHTs können sekundäre Probleme auftreten, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen spüren, dass sie zum Beispiel den schulischen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Verunsicherungen, depressives, ängstliches oder auch aggressives Verhalten können die Folgen davon sein. Bei mittlerem bis schwerem SHT treten in aller Regel motorische Einschränkungen hinzu, die die soziale Integration deutlich erschweren können. Kinder und Jugendliche können nicht mehr wie vor dem Unfall an gewohnten sozialen Aktivitäten teilnehmen. Beziehungen zur Peergroup können empfindlich leiden, ein sozialer Rückzug und soziale Isolation können die Folgen sein.

Diagnostik und interdisziplinäre Therapien

Bei Kindern und Jugendlichen nach einem leichten SHT ist es - wie oben beschrieben - bei beobachteten Leistungs- und Verhaltensänderungen angezeigt, eine gründliche neuropsychologische Untersuchung durchzuführen, die bei Kindern und Jugendlichen nach einem mittleren bis schweren SHT obligatorisch sein sollte. Ziel einer solchen Untersuchung ist die Erstellung eines umfassenden Leistungsbildes, um Fähigkeiten zu erkennen, die der Betroffene zum Ausgleich seiner Defizite nutzen kann, und um Defizite zu identifizieren, die Lernen und Entwicklung, emotionale Regulation und soziales Verhalten negativ beeinflussen können. Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse können alltagsorientierte therapeutische Konzepte erarbeitet und mit den Eltern, den betreuenden Kinderärzten und weiteren Mitbehandlern abgestimmt werden.

Anpassung der Umwelt und Lernassistenz

Neben diesen therapeutischen Maßnahmen ist es aber auch notwendig, dass sich nicht nur die Eltern, sondern auch die Menschen im sozialen Umfeld auf die Einschränkungen des betroffenen Kindes oder Jugendlichen einstellen, damit der Betroffene auch trotz seiner teilweise vielfältigen motorischen und kognitiven Einschränkungen nach einem SHT möglichst unbelastet am sozialen Leben teilhaben kann. Es gilt unter Beachtung der individuellen Rahmenbedingungen individuelle Förderangebote zu erarbeiten und zu überlegen, welche didaktischen und pädagogischen Möglichkeiten es zum Beispiel gibt, um die Probleme im Lernen oder Verhalten aufzufangen. Eine auf die schulischen Anforderungen abgestimmte Beschreibung von Leistungs- und Verhaltensdefiziten und die Anforderungen an deren kompensatorische Begleitung findet sich auf der Homepage der schweizerischen Elternvereinigung hiki: (www.hiki.ch) "und plötzlich steht alles Kopf".

Die Rolle der Eltern

Gerade bei der schulischen oder beruflichen Integration, aber auch bei der Integration in den Kindergarten ist die Kommunikation zwischen Betreuern und Eltern von besonderer Bedeutung. Wo professionelle Case Manager heute in der Regel noch fehlen, sind es meist die Eltern, die die Ergebnisse z. B. einer neuropsychologischen Untersuchung oder erfolgten Rehabilitationsbehandlung im Alltag weitervermitteln und erläutern müssen. Zur Klärung und Stützung der eigenen neuen Situation ist jedoch auch eine intensive Begleitung und Aufklärung der betroffenen Eltern dringend erforderlich. Dies muss im stationären wie im ambulanten Bereich weiter intensiviert werden.

Notwendige Nachsorge

Immer wieder wird die Frage gestellt, wie lange unterstützende therapeutische Maßnahmen notwendig sind, wie lange es dauert, bis ein SHT ausgeheilt ist. Untersuchungen und klinische Erfahrungen sprechen dafür, dass ein SHT nicht immer mit der Zeit ausheilt. Im geschädigten Gehirn findet kein kompletter Erholungsprozess statt. Die Hirnreifung ist ein dynamischer Prozess, dessen Entwicklung erst im frühen Erwachsenenalter abgeschlossen ist. Ab dem Moment einer Hirnschädigung entwickelt sich das als Netzwerk angelegte kognitive System weiter und so können Funktionseinschränkungen später auch in assoziierten Funktionsbereichen auftauchen, ohne dass diese zum Unfallzeitpunkt „direkt“ betroffen waren. Hier spricht man von „growing into the deficit“. Ein SHT zieht also Probleme nach sich, die eine kontinuierliche Beobachtung und Begleitung über den Zeitraum von unter Umständen mehreren Jahren notwendig machen – eine Aufgabe für einen Fallmanager, der die individuellen Lern- und Förderangebote im Blick behält.

"Runde Tische" oder "Helferkonferenzen"

Gute Erfahrungen gibt es aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Nachsorge z. B. mit sogenannten „Runden Tischen“ oder „Helferkonferenzen“. Dabei beraten Eltern, Lehrkräfte, Neuropsychologen, Sonderpädagogen und Vertreter weiterer am Rehabilitations- und Nachsorgeprozess beteiligter Berufsgruppen, wie ein Förderkonzept für ein betroffenes Kind oder einen Jugendlichen aussehen könnte. Wo dies in der Praxis realisierbar ist, sind das detaillierte zwei- bis dreistündige Gespräche, die erfahrungsgemäß nachhaltig positive Effekte für die Inklusion der Betroffenen haben.

Anett Reimann

Sprecherin der BAG Nachsorge

BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen

www.bag-nachsorge.de

info@bag-nachsorge.de

Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ist ein Sammelbegriff für Kopfverletzungen, die sowohl den Schädelknochen (Schädelbruch) als auch das Gehirn betreffen können (Gehirnerschütterung, Hirnverletzung). Verletzungen von Kopf und Gehirn werden durch äußere Gewalteinwirkung durch einen Schlag, einen Stoß oder eine Schleuderbewegungen verursacht als Folge von Stürzen oder Unfällen, sei es im Haushalt, in der Freizeit, in der Schule oder beim Sport.

Schädelhirntrauma können Blutungen oder Ödeme im Gehirn verursachen, die lebensbedrohlich sein können. Die Schädelhirntraumata werden heute nach einem Punkteschema, der Glasgow-Koma-Skala (GCS-Wert) beurteilt und in drei verschiedene Schweregrade eingeteilt. Sie unterscheiden sich nach der Schwere der Verletzung sowie dem Grad der Funktionsausfälle im Hirn und helfen bei der Bewertung, wie stark ein Patient von Beeinträchtigungen des Schädelhirntraumas betroffen ist.

Bundesweit erleiden jährlich 200.000 Menschen ein Schädel-Hirn-Trauma, davon sind 70.000 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren. Schädel-Hirn-Verletzungen sind eine der häufigsten Ursachen für nicht angeborene Einschränkungen und auch einer der häufigsten Gründe für Todesfälle im Kindes- und Jugendalter. Laut einer in Deutschland durchgeführten Studie werden innerhalb eines Jahres circa 580 von 100.000 Kindern zwischen 1 bis 15 Jahren mit einem Schädel-Hirn-Trauma behandelt, über 90% davon mit einer Gehirnerschütterung. In bestimmten Altersstufen ist das Risiko eines Schädel-Hirn-Traumas besonders hoch. Die erste Häufung tritt im Lebensalter von bis zu zwei Jahren auf. Ursache sind oft Stürze, weil das Körpergewicht in dem Alter noch ungünstig verteilt ist und kleinere Kinder mit dem Kopf aufschlagen. Die zweite Häufung betrifft Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Risikofaktoren sind Freizeitaktivitäten, Risikosportarten und Mobilität.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen** (**BAG Nachsorge**) vereinigt bundesweit in der neurologischen Rehabilitation tätige Institutionen und Personen, deren Anliegen die Organisation und Koordination einer systematischen und kompetenten Nachsorge für Kinder und Jugendliche ist, die unter den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas oder anderen erworbenen Hirnschäden leiden. Ziel ist es, eine effiziente und an den Grundsätzen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ausgerichtete gezielte Nachsorge zu etablieren, die medizinische, therapeutische und pädagogische Interventionen bündelt, um betroffenen Kindern und Jugendlichen die in der ICF geforderte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weitestgehend zu ermöglichen. Hierzu gehört auch, Betroffene bei der Beantragung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen, sind doch selbst nach dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) Antragswege nicht durchgehend transparent. Die BAG Nachsorge hat dazu in Kooperation mit der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung eine Handlungshilfe zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen und weitere Informationen in einer Broschüre zusammengestellt, die unter bag-nachsorge.de/ abrufbar ist. In der BAG Nachsorge vertreten sind die Beratungsstelle Darmstadt, die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), das Sozialpädiatrische Zentrum der Charité Berlin, die Headwind GbR Neuropsychologie, die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.

