

## **INFORMATIONEN ZUR PFLEGE VON WACHKOMA- UND BEATMUNGSPATIENTEN**

### **Besondere Anforderungen an die Versorgungssituation**

Die Versorgung wird individuell auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen im apallischen Syndrom ausgerichtet, abhängig von seinem Platz in den Remissionsphasen. Unser Team besteht aus Pflegefachkräften, teilweise mit Fachweiterbildungen für Anästhesie und Intensivpflege, Pflegeassistenten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten sowie Logopäden.

Die Grundlage des „Förderungs- und Lebensgestaltungskonzeptes für Wachkoma- und Langzeitbewohner“ (Bienstein/Hannich 2001) ist das Bezugspflegesystem: Das Bezugspflegesystem besteht aus einem pflegetherapeutischen Team, welches sich aus einer Pflegemitarbeiterin und einer Therapeutin zusammensetzt. Gemeinsam regeln sie die Einzelheiten der pflegerischen Versorgung (Pflegeplanung) auf der Basis des AEDL-Konzeptes (nach M. Krohwinkel) unter Berücksichtigung von biographischen Informationen. Die besonderen Aufgaben des pflegetherapeutischen Bezugsteams sind die Gestaltung der persönlichen Tagesabläufe und die Lebensraumgestaltung des Bewohners unter Berücksichtigung seiner alten Gewohnheiten. Es werden die erforderlichen Orientierungshilfen angeboten in Form von Einzel- und Gruppentherapien. Je nach persönlichen Ressourcen können Frühstücksgruppe, Werkgruppe, Musiktherapien sowie Snoezelen genutzt werden. Beweglichkeitserhaltende und ressourcenaktivierende Maßnahmen erfolgen durch verschiedene Lagerungstechniken, kinästhetische und basal stimulierende Übungen sowie bewegungstherapeutische Anwendungen (Ergotherapie, Krankengymnastik und Bewegungstherapie in Anlehnung an Bobath, PNF, Feldenkrais, Affolter sowie facioorale Therapien nach Castelo Morales).

### **Wachkoma als Erlebensprozess**

In seiner ursprünglichen Bedeutung wird unter apallischem Syndrom ein Erlöschen des Selbstbewusstseins und der Kontaktfähigkeit in Folge einer schweren Schädel-Hirnverletzungen oder eines Sauerstoffmangels am Gehirn verstanden. In Anlehnung an die französische Bezeichnung „coma vigile“ wird auch von einem Wachkoma gesprochen: der Patient liegt mit offenen Augen da, fixiert nicht und ist aus eigener Kraft zu keinerlei Kontaktaufnahme mit seiner Umwelt fähig, obwohl manchmal bereits vegetative und emotionale Reaktionen auftreten.

Im entwickelten Stadium besteht zwar eine stabile Atmung, es zeigt sich ein Schlaf-Wach-Rhythmus, es besteht aber infolge einer allgemeinen Muskeltonuserhöhung (Spastik) eine weitgehende Bewegungsunfähigkeit. Wegen der überwiegend vegetativen Symptomatik wird die Erkrankung auch als „vegetativer Zustand“ bezeichnet.

„Das Wachkoma“ gibt es im Prinzip nicht, jeder Betroffene hat differenzierte, eigene Ausprägungen von Kontaktvermögen. Es existieren 7 Remissionsphasen (Rückbildungsphasen), in denen Entwicklungsstadien mit wieder erworbenen /

trainierten Fähigkeiten beschrieben werden.

Die biomedizinische Sichtweise versucht den Zustand des Betroffenen nicht primär durch seine Defizite zu beschreiben. Sie bemüht sich stattdessen um eine Betrachtung unter Einbezug von Beobachtungen und Erfahrungen der Betreuer, unter Betonung der individuellen Biographie sowie der Möglichkeit zu einem aktiven Erleben. Fehlende Reaktionsfähigkeit und Weckbarkeit werden nicht, wie im klassischen Sinne, mit Wahrnehmungs- und Empfindungsunfähigkeit gleichgesetzt. Im biomedizinischen Kontext bedeutet Wachkoma nicht mehr Ausfall des Bewusstseins mit gleichzeitigem Persönlichkeitsverlust. Die Störung wird als hochgradiger Dissoziationszustand der leib-seelisch-geistigen Integrität des Individuums verstanden, der einen Rückzug auf „elementare Stufen des autonomen Körperselbst“ (Zieger 1998) zur Folge hat (Bienstein/Hannich, 2001).

### **Menschen mit beatmungspflichtigen Erkrankungen**

Die Zahl der beatmeten Patienten auf den Intensivstationen hat in den letzten Jahren wieder zugenommen. Gleichzeitig haben sich auch aufgrund der technischen Entwicklung die Indikationsstellung zur Beatmungstherapie und die Therapiemöglichkeiten verändert. Neben der klassischen kontrollierten Beatmung werden heute verstärkt atemunterstützende Therapieformen eingesetzt.

Durch die Methode der Tracheotomie und der Entwicklung von bedienbaren Heimbeatmungsgeräten kann zunehmend eine Versorgung in Nachsorgeeinrichtungen wie der Pfliegeresidenz erfolgen.

Die Überwachung und Pflege des beatmeten Bewohners verlangt von unserem Pflegepersonal Kenntnisse der physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhänge der Beatmungstherapie. Darüber hinaus ist es in der Lage, den Bewohner fachgerecht zu überwachen, zu pflegen und Komplikationen rasch zu erkennen. Zur kontinuierlichen Überwachung des Beatmeten ergänzen sich die apparative und klinische Beobachtung. Ebenso wird die Funktion von Beatmungsgeräten und anderer medizinisch-technischer Geräte überwacht, um eine ausreichende Sicherheit für den Bewohner zu gewährleisten. Bei der Pflege stehen Maßnahmen zur Prophylaxe von pulmonalen Störungen im Mittelpunkt. Hierzu zählen vor allem die Maßnahmen zum Freihalten der Atemwege. Gerade bewusstseinsklare und orientierte Bewohner unterliegen einer hohen psychischen Belastung. Insbesondere die fehlende bzw. eingeschränkte Fähigkeit zur verbalen Kommunikation bedeutet einen besonderen Einschnitt. Um auch hier den Bedürfnissen gerecht zu werden, wird für jeden Bewohner ein individuelles Betreuungskonzept entwickelt.

In der Pfliegeresidenz können Menschen mit einem therapie-stabilen Status aufgenommen werden. Sie sind an Heimbeatmungsgeräte trainiert und können an diesen geführt werden. Zumeist ist nur eine geringfügig unterstützende Sauerstofftherapie notwendig. Eine Kontrolle der ausreichenden Oxygenisierung ist mittels Pulsoxymetrie hinreichend beurteilbar.

## **Weiterführendes**

Weitere Informationen über Krankheitsbilder, Versorgungssituationen und Literaturhinweise finden Sie im Internet unter folgenden Links.

### **[www.schaedel-hirnpatienten.de](http://www.schaedel-hirnpatienten.de)**

Homepage des Bundesverbandes für Schädel-Hirnverletzte, Patienten im Wachkoma, „Apallisches Durchgangssyndrom“ und Angehörige

### **[www.not-online.de](http://www.not-online.de)**

Homepage der Fachzeitschrift NOT durch Hirnverletzung, Schlaganfall oder sonstige erworbene Hirnschäden

### **[www.wachkoma.net](http://www.wachkoma.net)**

### **[www.wachkoma-online.de.vu](http://www.wachkoma-online.de.vu)**

### **[www.wachkoma.de.vu](http://www.wachkoma.de.vu)**

### **[www.wachkoma-hilden.de](http://www.wachkoma-hilden.de)** (Selbsthilfegruppe)

### **[www.hegen-und-pflegen.de](http://www.hegen-und-pflegen.de)** (Wachkomaforum)

### **[www.Menschen42.de](http://www.Menschen42.de)** (Wachkomaforum)

### **[www.wachkoma24.de](http://www.wachkoma24.de)**

### **[www.AnInt.de](http://www.AnInt.de)** (Intensivpflegeportal)

### **[www.wachkoma.at](http://www.wachkoma.at)** (österreichische Wachkomagesellschaft)

### **[www.8ung.at/wachkoma](http://www.8ung.at/wachkoma)** (Homepage einer betroffenen Angehörigen in Österreich)

### **[www.vitalaire.de](http://www.vitalaire.de)** (Firmenhomepage Beatmungsgeräte und Zubehör)

### **[www.airproductsmedical.com](http://www.airproductsmedical.com)** (Firmenhomepage Beatmungsgeräte und Zubehör)

### **[www.shv-forum.de](http://www.shv-forum.de)** (Portal von Herrn Bodo Lindemann mit seiner Angehörigenorganisation – Forum für Schädel-Hirn-Verletzte für Betroffene und Angehörige)

## **Literaturhinweis:**

Bienstein/Hannich: Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien.

Universität Witten/Herdecke 2001