

# 1 Die Rolle der Pflege auf der Stroke Unit

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky

Die Stroke Unit ist eine komplexe Organisation mit dem Ziel der möglichst weitgehenden Wiederherstellung des Gesundheitszustands von Patienten mit Schlaganfall. Ob das gelingt, wird neben der Schwere der Erkrankung von vielen Faktoren beeinflusst. Das sind zum einen die Strukturen (z. B. beteiligte Fachabteilungen, Personalausstattung und -qualifikation) und Prozesse (z. B. Versorgungspfade und Abläufe), die eine reibungslose Versorgung gewährleisten sollen. Pflegerische Erfolgsfaktoren auf der Stroke Unit sind frühe Mobilisation und Vermeidung von Bettruhe sowie die engmaschige Überwachung der physiologischen Parameter und medizinischen Probleme (Burton, Fisher & Green 2009; Langhorne & Pollock 2002). Zum anderen hängt der Erfolg auch von den jeweils beteiligten Personen im Team und dem Patienten selber ab, denn die Beteiligten beeinflussen sich auch gegenseitig auf der zwischenmenschlichen Ebene. Die Pflegefachkraft hat hier eine wichtige Rolle im Team, um

die Kommunikation und Organisation rund um die Versorgung und die folgende Entlassung und Rehabilitation sicherzustellen. Gleichzeitig ist der Spagat zwischen patientenorientierter Pflege und intensivmedizinischen Abläufen unter Notfallbedingungen sowie das Zusammenbringen unterschiedlichster Blickwinkel zu leisten. Zum dritten hat Pflege die grundlegende Bedeutung zur Wiedererlangung guter Lebensqualität. Seit der Schlaganfallstudie von Krohwinkel in den 1990er Jahren (Krohwinkel 2008) wissen wir, was schief laufen kann, wenn Pflegenden nicht mit qualifizierter Versorgung Bedürfnisse und Probleme der Patienten berücksichtigen. In diesem Kapitel werden Ansätze betrachtet, wie die Pflegenden ihre Rolle auf der Stroke Unit inhaltlich füllen und damit zum Erfolg beitragen können – im organisatorischen Gefüge der Schlaganfallstation als auch therapeutisch im direkten Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen.

## 1.1 Arbeitsbereiche der Pflege auf der Stroke Unit

Zur Strukturierung des Arbeitsfeldes hat sich das *Managementmodell* von Monika Krohwinkel (2008) etabliert, das die Verantwortungsbereiche der Pflege systematisiert: Um den Patienten und seine Angehörigen

herum findet Pflegearbeit statt, die sich in unterschiedlichen Anteilen in den Bereichen Koordination, Arztassistentz, Organisation und pflegerische Versorgung bewegt (► **Abb. 1.1**).

## Der Patient

Im *Zentrum der Tätigkeit* steht zunächst der Patient. Dessen Befindlichkeit ist grundsätzlich bei allen Abläufen zu berücksichtigen, was die Beteiligten schon durch das Krankheitsgeschehen vor große Herausforderungen stellt. Die erfolgreiche Schlaganfalltherapie erfordert einen schnellen und reibungslosen Diagnostikprozess, ggf. mit der unmittelbaren Einleitung der Thrombolyse. Das kann Patienten zwar Sicherheit vermitteln (»hier wird mir geholfen«), sie in der Geschwindigkeit aber auch überfordern

– vor allem aufgrund der akuten krankheitsbedingten Einschränkungen. Kognitive Veränderungen wie verminderte Aufmerksamkeit und verlangsamtes Denken, physische Veränderungen wie Sprach- oder Sprechstörungen sowie psychische Einschränkungen wie Schockzustand oder Angst wirken sich negativ aus (Christmann et al. 2004). Auch wird gerade bei Menschen mit Aphasie häufig fälschlicherweise angenommen, sie könnten Gesprächen nicht folgen – was dazu führt, dass diese bei der Kommunikation übergangen werden. Weil sie sich nicht äußern können, haben sie keine Möglich-

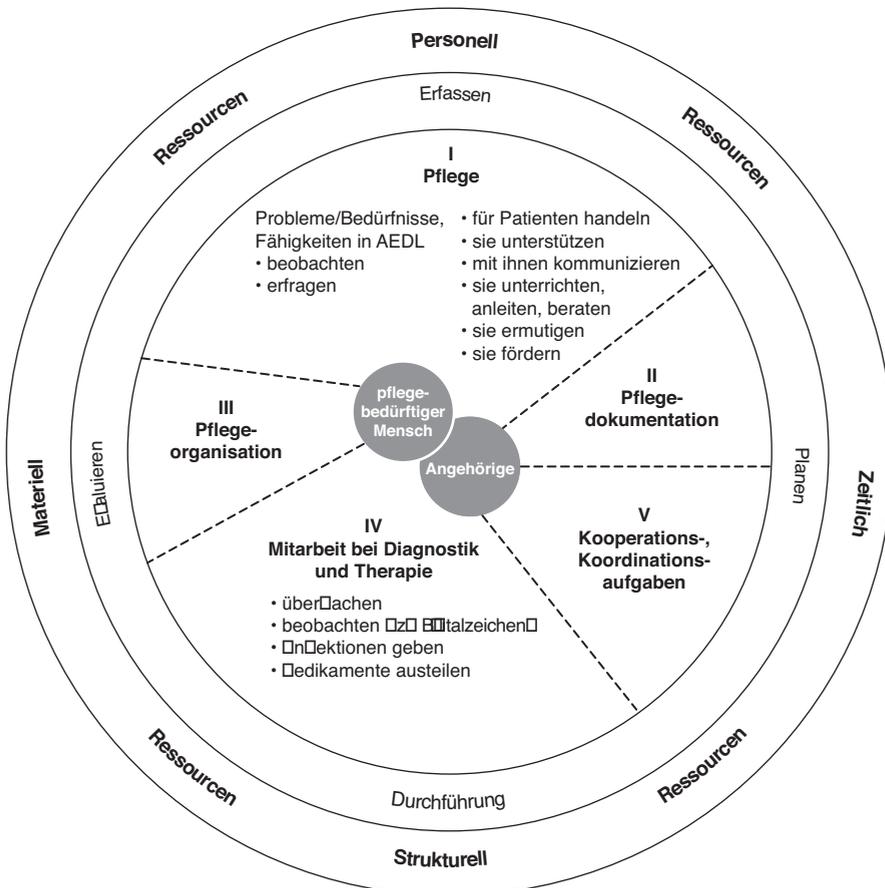


Abb. 1.1: Das Managementmodell der Pflege (nach Krohwinkel 2008)

keit, falsche Annahmen ihrer Helfer richtigzustellen oder eigene Bedürfnisse oder Wünsche zu äußern (Tacke 2006, S.74). Auch bei Patienten mit Bewusstseins- oder Wahrnehmungseinschränkungen, reduzierter Vigilanz oder dem Locked-in-Syndrom ist immer davon auszugehen, dass sie wahrnehmen, was um sie herum geschieht, wie zahlreiche Erfahrungsberichte zeigen.

## Die Angehörigen

Fast ebenso wichtig wie der Patient sind seine Angehörigen. Sie sind *Bindeglied zwischen Patient und Therapeuten*, die verantwortliche Pflegefachkraft ist für sie erster Ansprechpartner. Den behandelnden Professionen können die Angehörigen Informationen zur Anamnese über Vorerkrankungen, zu Medikamenten sowie Lebensgewohnheiten und Bedürfnissen geben, wenn der Patient dazu nicht in der Lage ist. Dem Patienten können sie durch ihre Nähe Sicherheit in der fremden Umgebung vermitteln. Da sich aber auch die Angehörigen durch das Schlaganfallereignis im Ausnahmezustand befinden und durch die intensivmedizinische Umgebung und Überwachung möglicherweise zusätzlich verunsichert werden, ist es wichtig, ihre Ängste und Unsicherheiten ebenso ernst zunehmen und sie bei allen Informationen und Entscheidungen mit einzubeziehen. Verunsicherte und unzureichend informierte Angehörige werden sonst leicht als Störfaktor (»schwierige« Angehörige) wahrgenommen. Dem kann mit einem angepassten Informationsverhalten vorgebeugt werden.

Allerdings ist auch Vorsicht mit dem allzu selbstverständlichen Umgang mit der »Ressource Angehöriger« geboten. Im ungünstigsten Fall wird auf sie erst wieder bei der Entlassung zurückgegriffen, wenn man sie für die häusliche Versorgung braucht. Der ungeplante und unkoordinierte Rückgriff auf Familienmitglieder führt leicht zu Überforderung bei diesen wie auch beim

Patienten. Das ist dann weniger Hilfe als zusätzliche Belastung für alle Beteiligten und kann erneute Krankenhauseinweisungen auslösen, was Doris Schaeffer sehr eindrücklich in einer Fallstudie zu Versorgungserfordernissen bei chronischen Erkrankungen gezeigt hat (Schaeffer 2009). Und: Nicht jeder Patient möchte Pflege von seinen Angehörigen, und nicht jedes Familienmitglied möchte in die Pflege eingebunden werden (Nagl-Cupal & Schnepf 2010). Notwendig ist es deshalb, die Angehörigen in den Aufnahmeprozess und die Pflegeanamnese mit einzubeziehen, so dass es nicht dem Zufall überlassen bleibt, ob und wie deren Ressourcen und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Auch das frühzeitig eingeleitete Entlassungsmanagement ist hilfreich, das auf der Basis des Expertenstandards des Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (zu beziehen über [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)) erfolgen sollte.

Um den Patienten herum sind alle Prozesse und Strukturen zu organisieren, in denen die Pflege in mehreren Bereichen tätig ist.

## Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie

In der Akutphase steht der *reibungslose Ablauf der Diagnostik* im Vordergrund, bis die genaue Diagnose feststeht, Therapieentscheidungen getroffen sind und die medizinischen Therapiemaßnahmen eingeleitet wurden. Aufgabe der Pflegekraft ist das apparative Monitoring der Vitalparameter und die klinische Überwachung des Patienten sowie die Assistenz bei der neurologischen Diagnostik und Therapie. Das kontinuierliche Monitoring gilt als eines der wesentlichen Erfolgskriterien des Stroke-Unit-Konzepts und hat zum Ziel, frühzeitig Faktoren zu erkennen, die eine weitere Schädigung der Penumbra zur Folge haben können (Ringelstein, Grond & Busse

2005). Auch das Scoring und die neurologische Befunderhebung könnten von speziell geschulten Stroke-Unit-Pflegefachkräften nach Delegation übernommen werden, allerdings bestehen bisher unterschiedliche Ansichten zwischen der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und dem MDK, der diese Leistung nur anerkennt, wenn sie durch Ärzte erbracht worden ist (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft 2009). Mit zunehmender Qualifikation von Pflegenden könnte sich das jedoch auch ändern. Ausführlich wird dieser Arbeitsbereich von Joerg Glahn zu den pathophysiologischen Grundlagen des Schlaganfalls (►Kap. 2), von Rüdiger Haupt und Matthias Kruse zur intensivmedizinischen Überwachung der Vitalparameter (►Kap. 4) und von Joerg Glahn und Helge Wuttig zur neurologischen Befunderhebung (►Kap. 3) beschrieben. Zunehmend wichtig bei der steigenden Anzahl von Lysen ist die Ermittlung des Körpergewichts zur gewichtsadaptierten Lyse-dosierung. Derzeit sind nur wenige Stroke Units bzw. deren Notaufnahmen mit Waagen ausgestattet, die es ermöglichen, auch bei schwer betroffenen liegenden, hemiplegischen und aphasischen Patienten schnell und reibungslos das genaue Gewicht zu bestimmen (Dorow & Bahls 2013; Casier-Woidasky 2014). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Unterdosierung den Rekanalisationserfolg gefährdet und Überdosierung ein höheres Risiko für intracerebrale Blutungen birgt (z.B. Hacke et al. 1995; Sahlas et al. 2013). In der Notfallsituation wird häufig das Gewicht geschätzt, Abweichungen von mehr als 30 % sind beim Schätzen allerdings keine Seltenheit (z.B. Breuer et al. 2010; Lorenz et al. 2007; Dorow & Bahls 2013). Wenn aber die korrekt gewichtsadaptiert dosierte Lyse eines der Kriterien für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit ist, ist es sinnvoll, anstelle der guten alten Sitzwaage eine geeignete Boden- oder Bettwaage in den Aufnahmeprozess zu integrieren.

## Kooperations- und Koordinationsaufgaben

Die verantwortliche Pflegefachkraft auf der Stroke Unit hat die zentrale Rolle der *Koordination aller den Patienten betreffenden Diagnose- und Therapiemaßnahmen* und stellt sicher, dass die Zeit von der Aufnahme bis zum Beginn der Thrombolyse (Door-to-needle) möglichst kurz gehalten wird. Nach erfolgter Thrombolysetherapie bzw. in dem Fall, dass keine Lyse indiziert ist, koordiniert die Pflegefachkraft optimalerweise alle Maßnahmen zwischen Therapeuten, Funktionsabteilungen und Patienten. Sie kann dafür sorgen, dass die Angehörigen rechtzeitig in die Rehabilitation eingebunden werden, arbeitet an der frühzeitigen Definition von Therapiezielen mit und koordiniert die Bereitstellung von Informationen (Köpke et al. 2005). Dazu hält sie den Kontakt mit allen beteiligten Professionen. Für die einheitliche Versorgung sind berufsgruppenübergreifend erarbeitete interdisziplinäre Versorgungspfade (clinical pathways) und Ablaufbeschreibungen (z.B. ein Lyseleitfaden) sinnvoll und hilfreich (mehr dazu bei Reinhardt & Georg 2007, S.526 ff.). Wichtig für die zentrale Rolle in der Schlaganfallkoordination ist auch das Wissen um die Tätigkeitsbereiche und Schnittstellen zu den Therapeuten, die auf einige Bereiche in den Lebensaktivitäten spezialisiert sind und mit der Pflege Hand in Hand arbeiten. Die Physiotherapie mit dem Schwerpunkt Mobilisation und Pflege (►Kap. 11) stellt Frank Andres vor und Nicole Büßelberg, Stefanie Duchac und Franziska Schumann schreiben über die zentralen logopädischen Themen Dysphagie und Aphasie (►Kap. 12 und 13). Für die zweite Auflage ist es uns gelungen, auch zum wichtigen Thema des Neglects einen Autor zu gewinnen. So wird Ralf Lehnguth die Therapeutenreihe um die Sicht der Ergotherapie (►Kap. 14) erweitern.

## Organisationsformen der Stroke Unit – Pflege

Zur Sicherstellung des Therapieerfolges ist es notwendig, die Pflege- und Ablauforganisation der Stroke Unit bzw. der neurologischen Station patientenorientiert zu gestalten, um Diskontinuitäten und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Dazu gibt es verschiedene Modelle. So kann auf neurologischen Allgemeinstationen eine bestimmte Zahl von Betten mit Monitorüberwachung zur Stroke Unit erklärt werden, denkbar ist auch die Angliederung der Stroke Unit an eine internistische oder neurologische Intensivstation (Comprehensive Stroke Unit) oder an geriatrische oder internistische Allgemeinstationen. Interdisziplinäre Einheiten wie Intermediate Care- oder Aufnahmestationen können problematisch sein, wenn das Personal keine speziellen Kenntnisse in der Pflege von Schlaganfallpatienten hat und fachübergreifend eingesetzt wird. Ist eine Station dagegen ausschließlich Schlaganfallpatienten gewidmet, führt das mit der Zeit fast von selbst zu einer zunehmenden

Ansammlung fachspezifischer Expertise (Ringelstein, Grond & Busse 2005). Deshalb verlangt die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft für die Zertifizierung zur Stroke Unit speziell fortgebildete Pflegefachkräfte für die Überwachungsbetten auf der Stroke Unit und eine dauerhafte Zuordnung; für die regionale Stroke Unit sind das 1,5 und für die überregionale Stroke Unit zwei Pflegevollstellen pro Bett (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft 2012). Die Pflegeorganisation muss diese Kontinuität in der Versorgung personell und in den Abläufen sicherstellen, keinesfalls darf sie verrichtungsorientiert wie die Funktionspflege sein. Daraus ergibt sich sinnvollerweise ein Bezugspflegesystem wie zum Beispiel Primary Nursing oder Zimmerpflege (Büssing 1997) mit wenig Personalwechslern, wie es z.B. auf Intensivstationen üblich ist. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist damit die umfassend informierte und kompetente Ansprechpartnerin für alle Beteiligten und kann so die Entwicklung des Patienten am besten begleiten und unterstützen und alle Prozesse koordinieren.

Die *strukturierte Zusammenarbeit* zwischen Ärzten, Pflegenden, den verschiedenen Therapieberufen und dem Sozialdienst *wird durch fest installierte regelmäßige Teambesprechungen oder Fallkonferenzen erleichtert*, in denen die unterschiedlichen Blickwinkel diskutiert werden. Grundlage gelingender Kooperation ist ein starker interdisziplinärer Teamgeist und gegenseitige Wertschätzung, auf deren Basis alle Beteiligten an einem Strang ziehen und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden (Burton, Fisher & Green 2009).

## Direkte Pflege

Neben den zunächst prioritären Aufgaben in der Aufnahmesituation und der Thrombolyse steht das *eigentliche Kerngeschäft der Pflege*. Unter dem heute üblichen Zeitdruck und der kurzen Aufenthaltsdauer auf der Stroke Unit geraten die direkten Pflegetätigkeiten leicht ins Hintertreffen. Die pfe-

gerischen Kernaufgaben, nämlich das *Assessment von Risiken und Ressourcen*, die *Prophylaxe von Komplikationen* und die *Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens* (ATL) haben das Ziel, dass der Patient die für ihn bestmögliche körperliche und psychische Verfassung erreicht. Nur so kann er aus der Rehabilitation einen möglichst hohen Gewinn ziehen. Wichtig

ist die frühe Mobilisation und Vermeidung von Bettruhe, die frühe Planung und Einleitung der Rehabilitation unter Einbezug anderer Beteiligten und die rechtzeitige Erfassung und Planung der Entlassungsbedürfnisse (Burton, Fisher & Green 2009). Dazu gehört die Erhebung von Einschränkungen, Behinderungen und Ressourcen des Patienten. Als Leitfaden zur Pflegebedarfsermittlung bietet sich eine priorisierte Struktur der ATL an, daran orientiert können Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten beobachtet und erfragt werden. Was sich von diesen Pflegemodellen im Pflegealltag anwenden lässt, zeigen Sabine Rehwinkel und

Anne-Kathrin Cassier-Woidasky (►Kap. 5). Eine weitere Möglichkeit ist die Strukturierung nach dem Konzept der Pflegediagnosen oder, im späteren Rehaprozess, die WHO-Klassifikation ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, zu beziehen über [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)). Sinnvollerweise wird die Struktur der Pflegedokumentation dem gewählten System angepasst, um mit möglichst wenig Dokumentationsaufwand hohe Transparenz über die geleistete Pflege zu schaffen. Den derzeitigen Diskussionsstand in Sachen Pflegediagnosen stellt Jörg Nahrwold (►Kap. 6) vor.

## 1.2 Pflege als Unterstützung auf dem Weg zurück ins Leben

In der Durchführung geht Pflege weit über die körperbezogenen Lebensaktivitäten hinaus. Den Betroffenen hilft weniger die Kompensation von Defiziten als vielmehr die Unterstützung, Beratung, Anleitung und Förderung, um den Weg in den Alltag zu finden. Konkreter wird dieses Kerngeschäft von Marit Kirkevold beschrieben, die schon in den 1990er Jahren systematisch die Rolle der Pflege bei »Hirnschlagpatienten« untersucht hat. Mit den *vier therapeutischen*

*Funktionen (erhaltende, deutende, tröstende und integrierende Funktion)* umreißt sie das Aufgabengebiet der Pflegekräfte bei der Begleitung der Schlaganfallpatienten – zwei mit dem Hauptgewicht auf der physischen Wiederherstellung und zwei mit Schwerpunkt auf dem psychischen Befinden (Kirkevold 1999). Sie sind relativ komplex und in unterschiedlicher Weise in der Akutphase bzw. in der späteren Phase der Rehabilitation von Bedeutung.

### Therapeutische Pflegefunktionen am Beispiel Bedürfnis nach Sicherheit

Die Pflegekraft ergreift Maßnahmen, um bei der Mobilisation Unfälle und Komplikationen zu verhindern (*erhaltende Funktion*). Sie hilft der Patientin durch angepasste verständliche Information, ihre körperlichen Einschränkungen und daraus resultierende Vorsichtsmaßnahmen zu verstehen, was eine notwendige Voraussetzung für die Kooperationsbereitschaft ist (*deutende Funktion*): Zum Beispiel, wenn Patienten mit Dysphagie und deren Angehörige über die Risiken einer versehentlichen Aspiration informiert werden müssen. Schließlich hilft sie in der integrierenden Funktion der Patientin, für die sichere Ausführung ihrer täglichen Aktivitäten neue Wege zu finden (z. B. in der Einübung

im Umgang mit Hilfsmitteln). Bei den durch Aphasien ausgelösten Kommunikationsproblemen ist das ähnlich. Hier sind dem Patienten und seinen Angehörigen individuell angepasst die Hintergründe der jeweiligen Aphasie und Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation zu erklären (*deutende Funktion*). Verzweifelte Patienten und Angehörige müssen getröstet und unterstützt werden (*tröstende Funktion*), und schließlich umfasst die *integrierende Funktion* die Bemühungen, der Patientin und den Angehörigen zu helfen, die Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern bzw. wiederzuerlangen (Kirkevold 1999).

### Erhaltende Funktion (akut und später; physisch)

Diese Funktion umfasst *alle Aktivitäten zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit im Bereich der ATL, zur Verhinderung von Komplikationen und zur Befriedigung persönlicher Grundbedürfnisse*. Da bereits vom Moment der Diagnosestellung an die Rehabilitation einsetzt, ist es nicht sinnvoll, überhaupt noch von »Grundpflege« zu sprechen. Das Aufrechterhalten der normalen Körperfunktionen dient dem Patienten, der in einer guten Verfassung besser die anstrengende Arbeit der Rehabilitation verkraften kann. Auch ist das Einbeziehen der verbliebenen Fähigkeiten im Rahmen rehabilitativ ausgerichteter Pflege selber Teil der Rehabilitation. Die traditionelle »Satt-und-Sauber«-Pflege hält Patienten passiv und manifestiert die Abhängigkeit, während ein rehabilitativer Ansatz, dessen Bedeutung zumindest in der Theorie inzwischen unumstritten sein dürfte, von Beginn an verbesserte Funktionen und reduzierte Sterblichkeitsraten ermöglicht (Kirkevold 1999). Noch versterben 15–20 % der Patienten mit Schlaganfall innerhalb von vier Wochen, von den Überlebenden bleibt ein Drittel dauerhaft pflegebedürftig, ein Drittel wird eingeschränkt selbstständig, bleibt aber berufsunfähig. Das heißt, dass nur etwa jeder vierte Schlaganfallpatient so gut rehabilitiert wird, dass er ohne Einschränkungen wie vor dem Ereignis leben und arbei-

ten kann (Hacke 2010, S. 169). Es ist davon auszugehen, dass diese letzte Gruppe deutlich größer sein könnte, wenn grundsätzlich sehr früh eine differenzierte, individuelle und rehabilitativ ausgerichtete Förderung einsetzen würde, die über die einzelnen Phasen der Versorgungskette konsistent weitergeführt wird.

Krankenhausaufenthalte, egal, welcher Ursache, sind daneben gerade bei alten Menschen häufig Auslöser für einen kaum noch reversiblen Weg in die Bettlägerigkeit. Haltung, Einstellung und Wissen von Pflegenden spielen in diesem Prozess eine wichtige Rolle, wie Angelika Zegelin in ihrer sehr interessanten Studie zum Prozess des Bettlägerigwerdens festgestellt hat. Patienten selber kommen nicht auf die Idee, Mobilisation einzufordern, einmal, weil sie das nicht für eine Aufgabe der Pflege und Medizin halten, zum zweiten aus Unkenntnis über die fatalen Folgen des Liegens und zum dritten auch aus Anpassung an die Krankenhausstrukturen (Zegelin 2005). Pflegenden haben hier eine entscheidende Rolle darin, diesem Prozess des Bettlägerigwerdens entgegenzuwirken. Weil jedoch die Lebensaktivitäten alltäglich erscheinen, Resultate wie die Abwesenheit von Komplikationen häufig nicht sichtbar sind und diese Arbeit dazu noch in Konkurrenz zur medizinischen Assistenz steht, erfährt diese Funktion von den Pflegenden selber wie auch von den Angehörigen anderer Berufsgruppen häufig wenig Wertschätzung und wird am ehesten als verzichtbar betrachtet. Gerade hier jedoch

hat professionelle Pflege die größte Bedeutung für die physische Wiederherstellung von Patienten nach Schlaganfall. Pflegekonzepte dazu sind etwa Bobath, Basale Stimulation oder Kinästhetik, für die spezielle, sehr praxisorientierte Fortbildungen angeboten werden und die von jeder Pflegekraft beherrscht werden sollten, die mit Schlaganfallpatienten arbeitet. Einblicke in diese Pflegekonzepte geben die Kapitel von Peter Nydahl, BIKA® e.V. Gabi Jacobs und Burkhard Bornemeier in diesem Buch (►Kap. 8, 7 und 9). Das Thema Pflege und Kontinenz, das in einem der jüngsten Pflegeforschungsgebiete bearbeitet wird, wird von Simone Hartmann-Eisele und Elke Müller (►Kap. 10) vorgestellt. Hinsichtlich der Frage, wie Pflege ihre therapeutische Funktion darüber hinaus optimieren kann, besteht allerdings noch viel Forschungsbedarf.

## Deutende Pflegefunktion (akut; psychisch)

Pflegende treffen auf Patienten und deren Familienmitglieder in einer existenziellen Krisensituation. Der Patient, »aus heiterem Himmel vom Schlag getroffen«, findet sich plötzlich in einer völlig veränderten Lebenssituation wieder, in der seine gewohnten körperlichen Funktionen ihren Dienst versagen. Auch ohne vitale Bedrohung reißt es seine Lebensplanung aus der gewohnten Bahn. Er erlebt einen Kontrollverlust über seine Mobilität und/oder Kommunikationsfähigkeit, kann grundlegende Dinge wie Essen und Trinken nicht mehr gefahrlos ausführen, nicht einmal mehr selbstständig die Toilette benutzen – er ist von einem Moment auf den anderen nicht mehr Herr der Lage. Dazu wird er Gegenstand komplexer medizinischer und pflegerischer Interventionen in einer unbekanntem Umgebung durch ihm unbekannt Personen. Diese für ihn existenziell bedrohliche und extrem belastende Situation muss er gemeinsam mit

seinen engsten Angehörigen verarbeiten und benötigt dafür die Unterstützung der professionellen Pflegenden.

Die Pflegefachkraft ist unmittelbar mit Fragen, Unsicherheiten und Ängsten des Patienten und seinen Angehörigen hinsichtlich der Zukunft konfrontiert. *Unterstützung kann sie leisten, indem sie realistische Informationen über die Erkrankung gibt und damit den Betroffenen beim Verstehen seiner neuen Situation unterstützt.* In den Begegnungen mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen informiert sie an deren Möglichkeiten angepasst über Behandlung, Verlauf und Rehabilitation der Erkrankung und zeigt Fortschritte und Perspektiven auf, womit Motivation und Hoffnung auf Verbesserung der Lage geweckt werden kann. Damit bekommen der Patient und seine Familie durch die Pflegenden eine wesentliche Hilfe zum Verarbeiten ihrer neuen Lebenslage. Das wirkt sich positiv auf die Patientenzufriedenheit aus, baut Ängste ab und reduziert möglicherweise auch das Risiko von Depressionen (Smith et al. 2008).

Darüber hinaus gibt es *durch gute Informationen zahlreiche weitere positive physische und psychische Wirkungen:* Verbesserung der Lebensqualität und des Schlafs, Kreislaufstabilisierung, bessere Krankheitsbewältigung und Selbstpflege, mehr Selbstbestimmung und schnellere Genesung, Partizipation in Entscheidungsprozessen und frühere Entlassung sowie die Stabilisierung familiärer Ressourcen und Unterstützungssysteme (vgl. Quellen bei Christmann et al. 2004).

Ganz praktisch können Pflegende für die Angehörigen tätig werden, indem sie *Angehörigenhandbücher* und *Informationsblätter* erarbeiten und diese im Wartebereich auslegen. Eine große Auswahl verschiedener Informationsmaterialien rund um den Schlaganfall gibt es bei der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe in Gütersloh ([20](http://www.1</a></p></div><div data-bbox=)

schlaganfall-hilfe.de), die allerdings immer zusammen mit individuellen Informationen über die eigene Stroke Unit für den eigenen Bedarf zusammengestellt werden sollten. So bekommen die Angehörigen während der Wartezeiten in den ersten Stunden schon allgemeine Informationen rund um die Erkrankung in Diagnostik, Therapie und Pflege, und die Stroke Unit kann sich mit ihren Teammitgliedern und den An-

sprechpartnern vorstellen. Das hilft, Ängste abzubauen und dient auch als »vertrauensbildende Maßnahme«, indem schon ein erstes »Kennenlernen« des Teams ermöglicht wird. Nach Möglichkeit sollten bei der Entwicklung solcher Materialien Laien bzw. (ehemalige) Patienten/Angehörige mit einbezogen werden, um das Material verständlicher zu gestalten (Christmann et al. 2004).

### Welche Informationen brauchen Patienten und Angehörige?

- Krankheitsbild, Ursachen, Auswirkungen und Prognose
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Poststationäre Therapie und Verhalten (z. B. prophylaktische Maßnahmen)
- Genesungsverlauf (Dauer und Zustand bei Entlassung) und Möglichkeiten der Mitwirkung bei der Genesung
- Krankheitsbewältigung und Sekundärprävention
- Dienst- und Hilfeleistungen nach der Entlassung (Rehakliniken, Hilfsmittel, Leistungsträger, Beratungsdienste) und Patientenrechte (Christmann et al. 2004)

Gut gestaltetes Informationsmaterial kann die Pflegekräfte auch bei der weiteren Beratung der Patienten und Angehörigen unterstützen. Im weiteren Verlauf sind Pflegenden in der Regel die ersten Ansprechpartner für Fragen und Probleme aller Art, die den individuellen Fall betreffen und neben den praktischen Alltagsdingen auch weit in die ganz persönlichen und intimen Lebensbereiche der Betroffenen reichen können. Im Umgang mit Betroffenen und Angehörigen hilft eine patientenorientierte und wertschätzende Haltung, die auch trivial erscheinende Patienten Sorgen ernstnimmt und von oberflächlichen Banalisierung abieht.

Pflegende können *Kontakte zu den örtlichen Selbsthilfegruppen nach Schlaganfall* herstellen und sollten selber über Möglichkeiten und Perspektiven nach der Rehabilitation informiert sein, um Patienten realistische Vorstellungen über den Rehabilitationsprozess und die damit verbundene Arbeit, die mitunter Jahre dauern kann,

geben zu können. Die eigene Auseinandersetzung von Pflegenden mit Betroffenen, die schon vor längerer Zeit einen Schlaganfall erlitten und diesen überwunden haben, bietet wertvolle Erfahrungen. Diese können an Patienten weitergegeben werden. Auch sensibilisiert der direkte Kontakt zu Betroffenen außerhalb der Kliniksituation die Pflegenden weitaus mehr als jede Lektüre von Fachliteratur für das individuelle Erleben von Schlaganfallpatienten. So werden eigene Handlungsrouninen hinterfragt und überdacht sowie ein vertieftes Verständnis für die Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Perspektiven der Akutpatienten gewonnen. Einen Einblick in diese Perspektiven gibt das Kapitel 17 von Ursula Immenschuh in diesem Buch, empfehlenswert sind auch die Erfahrungsberichte, die Betroffene über ihr Erleben aus dem Koma oder eines Schlaganfalls niedergeschrieben haben (z. B. Clahsen 2003; Peinert & Esan 2002; Rafael 2007).

## Tröstende Pflegefunktion (akut und später; psychisch)

Diese Funktion ist mehr *auf die emotionale Unterstützung ausgerichtet*. In der Akutphase geht es vor allem darum, eine Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen aufzubauen, die für alle weiteren Aktivitäten eine tragfähige Basis darstellt. Im weiteren Krankheitsverlauf ist es Aufgabe in der tröstenden Funktion, einen normalen Trauerprozess zuzulassen, Hoffnung zu fördern und in dem Ausmaß, in dem sich der Patient über die Folgen des Schlaganfalls für sein Leben bewusst wird, auch Depressionen zu verhindern (Kirkevold 1999). Inwieweit eine Depression emotionale Reaktion auf die Veränderungen durch das Krankheitsgeschehen oder Folge pathophysiologischer Prozesse aufgrund der durchblutungsstörungenbedingten Läsionen oder möglicherweise auch ein Risikofaktor für den Schlaganfall ist (O'Donnell 2010) und damit schon im Vorfeld bestanden hat, ist nicht ganz klar. Mit hoher Wahrscheinlichkeit aber hat eine Depression negativen Einfluss auf den Prozess und die Ergebnisse der Rehabilitation (Hafsteinsdóttir & Grypdonck 1997).

Indem die Angehörigen mit ins Boot genommen werden, die noch näher am Patienten dran sind und dessen Schwächen und Stärken kennen, können psychisch labile Patienten gestützt werden. Allerdings müssen die Angehörigen oft mit »therapiert« werden, weil sie mit der Situation überfordert sind. Die betreuende Pflegefachkraft sollte erkennen können, welche Art von Zuwendung Patient und Angehöriger gerade benötigt, um die Krankheitsbewältigung möglichst gut leisten zu können. Zudem erfordert diese »Dreiecksbeziehung« auch die Kompetenz, die Art der Beziehung zwischen Patient und Angehörigem einschätzen zu können, da man davon ausgehen kann, dass auch diese erheblichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen und die Bewältigung haben kann. Aus der

Forschung über Angehörige auf Intensivstationen ist bekannt, dass es für Angehörige wie auch für Patienten von existenzieller Bedeutung sein kann, dem kranken Familienmitglied möglichst oft nahe sein zu können (Nagl-Cupal 2011). Wird das verhindert, z. B. durch restriktive Besuchsregelungen, für die es selten medizinische Gründe gibt, kann das sogar den Genesungsprozess behindern (Nagl-Cupal & Schnepf 2010).

Pflege von Schlaganfallpatienten ist also zu einem wesentlichen Teil Zuwendungs- oder Beziehungsarbeit. Sie ist Teil der Pflege, als solche zu dokumentieren und mit ihrem Nutzen für alle sichtbar zu kommunizieren, damit sie auch in die Vergütungsrichtlinien Eingang findet und nicht mehr als zusätzlich zu leistender »Liebesdienst« betrachtet wird.

## Integrierende Funktion (später; physisch/sozial)

Diese Funktion der *sozialen Reintegration* beginnt am ersten Tag mit der Erhaltung der verbliebenen Fähigkeiten. Im späteren Verlauf der Rehabilitation wird sie zunehmend wichtiger, wenn es im physischen Bereich darum geht, praktische Selbstpflegefähigkeiten, die der Patient wieder erlangt bzw. neu erlernt hat, aus der Übungssituation hinaus in die tägliche Pflege einzubeziehen. Perspektivisch sind hier auch Rehabilitationsziele im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung zu nennen. Auch die soziale Integration und die Unterstützung bei der Planung des zukünftigen Lebens ist Teil der integrierenden Funktion. Ohne eine solche Begleitung sind Menschen nach Schlaganfall noch nach Jahren isoliert und an die Wohnung gebunden (Kirkevold 1999). Auch wenn sie die meisten körperlichen Funktionen wiedererlangt haben, nehmen Schlaganfallpatienten ihre sozialen Aktivitäten oft nicht mehr wieder auf, so dass sich ihr soziales Leben nur noch auf einen kleinen Kreis ihrer