

**KAMPF ZURÜCK INS LEBEN**

Patienten in der Frühreha sind komplett von der Hilfe der Pflegenden abhängig und werden am Monitor überwacht. Eines der ersten Ziele: Kontakt mit der Außenwelt aufnehmen.

A photograph of a middle-aged man with a grey beard lying in a hospital bed. He is wearing a green hospital gown and has a nasal cannula. He is looking towards the camera with a slight smile. The bed is covered with a light blue blanket. In the background, there is a Philips monitor displaying vital signs, including a heart rate of 79.8. The room is brightly lit, and there are various medical devices and wires visible.

# Nie aufgeben!

**Wachkomapatienten** scheinen in einer anderen Welt zu leben. Um sie Stück für Stück in die Wirklichkeit zurückzuholen, brauchen Pflegende viel Geduld, Empathie – und eine gute Portion Kreativität.

**F**lach atmend liegt der 19-jährige Tim Klein\* in seinem Krankenhausbett. Die Augen sind halb geöffnet, das Gesicht ist dem Fenster zugewandt. Neben ihm sitzt seine Mutter – wie jeden Mittag. Ob ihr Sohn sieht, dass draußen die Sonne scheint, kann sie nicht sagen. Tim liegt im Wachkoma.

Nach dem Abitur im letzten Jahr wollte er endlich durchstarten, als Bundesligafahrer im Radrennsport. Dann kam der Tag, der alles veränderte: Im Trainingslager in Melbourne stürzt Tim mit seiner Rennmaschine. Sein Kopf knallt auf den Asphalt. Er erleidet ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Seit Ende Januar 2011 kämpft er sich in der neurologischen Frührehabilitation in den Kliniken Schmieder Gerlingen zurück ins Leben.

Sechs Wochen hat es gedauert, bis Tim seine Mutter wieder erkannte. Er hat an dem Tag sogar ein paar Worte gesprochen. Um ihn zu erinnern, dass er schon einmal zurückgekehrt ist in die Realität, hat sie ihm einen seiner ersten Sätze auf ein Blatt Papier geschrieben: „Du kannst den Tag, an dem ich aufgewacht bin, auf den 28.2.2011 datieren, Mama.“ Der Zettel klebt an der Schrankwand in Tims Krankenzimmer. Sein Blick kann ihn nicht verfehlen.

### Wachkoma oder Coma vigile

Tim hatte Glück, dass er einen der Rehaplätze in der neurologischen Klinik bekommen hat. Auf der Warteliste stehen über hundert Patienten. In Deutschland erleiden jedes Jahr 100.000 Menschen ein so schweres Schädel-Hirn-Trauma, dass sie sich für mindestens sieben Tage in einem komatösen Zustand befinden. Etwa 40 Prozent dieser Patienten behalten eine bleibende Hirnschädigung. Experten schätzen, dass in Deutschland pro Jahr 4.000 Menschen in diesem Zustand verharren. Koma, vegetativer Zustand und Wachkoma sind schwer auseinanderzuhalten. Die korrekte Definition des Wachkomas, auch Coma vigile oder Apallisches Syndrom

genannt, ist selbst unter Wissenschaftlern umstritten. Fest steht, dass dabei das Großhirn so stark geschädigt ist, dass zunächst nur die basalen Funktionen erhalten sind. Ursache ist häufig eine Sauerstoffunterversorgung (Hypoxie), eine Hirnblutung oder ein schweres Trauma. Da der Hirnstamm intakt bleibt, atmen die Patienten und können den Stoffwechsel regulieren – die Augen sind offen. Auch wenn niemand davon berichten kann, gehen Experten davon aus, dass Wachkomapatienten kein Bewusstsein haben. Dennoch Kommunikationswege mit ihnen zu finden, ist eine zentrale Herausforderung für die Pflegenden in der Frührehabilitation.

## »ICH MUSS DIE SPRACHE MEINES PATIENTEN LERNEN – NICHT ER MEINE.«

### Pflege in der Frührehabilitation

Wenn Patienten wie Tim Klein in die Kliniken Schmieder Stuttgart-Gerlingen kommen, sind sie nicht mehr in akuter Lebensgefahr, aber schwerstpflegebedürftig. Sie haben eine Trachealkanüle und werden überwacht. Die meisten haben einen Schlaganfall, eine Hypoxie oder ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Etwa fünf bis zehn Prozent davon befinden sich im Wachkoma. Nancy Frey arbeitet seit zwölf Jahren auf der Frühreha, der „Phase B“ in den Kliniken Schmieder. Inzwischen leitet sie die Station. „Wer hier Dienst tut, muss mit Herzblut dabei sein“, betont sie. Zum Team der 34-Jährigen gehört auch Iris Babitzka. Die Pflegenden hat schon auf der Intensivstation gearbeitet, in der Inneren und in der Chirurgie. Aber auf der Frühreha gefällt es ihr mit Abstand am besten. „Das Tolle an der Arbeit hier ist, dass ich therapeutisch pflegen kann“, sagt sie.

Wenn Iris Babitzka kurz vor sechs zum Frühdienst kommt, schaut sie erst mal, welche Patienten sie heute zu versorgen hat. Wer für wen zuständig ist, hat Stationsleiterin Nancy Frey am Tag zuvor festgelegt. „In der Regel arbeiten wir immer im selben Bereich. Durch die Bezugspflege lernen wir die Patienten am besten kennen und wissen genau, welche Rehazielen sie haben“, erklärt sie. Um den Tag planen zu können, druckt die Pflegenden sich nach der Übergabe vom Nachtdienst den Medikamenten- und den Therapieplan aus. Dann geht die 40-Jährige zu Herrn Aydin\*. Sie wünscht ihm einen

guten Morgen, in der Hoffnung, dass er den Gruß erwidert. „Er hat mich schon auf Schwäbisch und auf Türkisch begrüßt“, erklärt sie. Heute ignoriert er sie. Iris Babitzka macht den Monitor-Check. Sie prüft das Pflaster der PEG und versorgt das Tracheostoma. Bei der Körperpflege beschränkt sie sich auf den Intimbereich. Denn in einer halben Stunde wird die Ergotherapeutin mit Herrn Aydin am Waschbecken trainieren, Kopf, Brust und Rücken selbst zu waschen. Dafür muss ihn Iris Babitzka aber erst einmal in den Rollstuhl mobilisieren. Als das geschafft ist, fragt sie ihn, ob alles in Ordnung sei. Aber Herr Aydin antwortet nicht. Er schaut durch sie hindurch.



### KOMMUNIKATIONSWEGE FINDEN

Dieser Patient spricht mit Iris Babitzka, indem er auf die Buchstaben der ABC-Tafel zeigt.

### Die Sprache des Patienten lernen

Zu den ersten Zielen in der Reha gehört es, den Patienten dabei zu helfen, wieder Kontakt mit ihrer Außenwelt aufzunehmen. Das gelingt nicht nach Schema F. Wenn ein Patient nur Ä, I, Ü sagt, dann versucht Babitzka herauszufinden, was er damit meint. „Ich muss die Sprache meines Patienten lernen, nicht er meine“, erklärt die Pflegeexpertin für Menschen im Wachkoma. Wenn er merkt, dass sie versucht, ihn zu verstehen, versucht er es irgendwann vielleicht auch andersherum. Konzepte wie Basale Stimulation, Bobath oder Kinästhetik

#### CNE.INFO

#### CNE.fortbildung

Nicht nur bei Wachkomapatienten kommt es auf eine gute Beziehungsarbeit an. Wie Sie diese gestalten?

Antwort gibt die **CNE.fortbildung 3/11, LE 11 „Der Patient im Mittelpunkt – Beziehungsarbeit in der Pflege“**.

#### CNE.online

Weitere Infos zum Thema „Apallisches Syndrom“ und zur Rehabilitation online unter: [www.thieme.de/cne/magazin](http://www.thieme.de/cne/magazin)

\* Name von der Redaktion geändert

bilden die Grundlage für die therapeutische Pflege. Die Mitarbeiter passen diese für jeden Betroffenen individuell an. „Was einem Patienten gut tut oder nicht, kann er uns trotz Hirnschädigung zeigen“, betont Nancy Frey. Mag er etwa den Lavendelduft des Badeöls nicht, kann das durch starkes Schwitzen oder Spastiken deutlich werden. Ist ein Patient wieder in der Lage, zu blinzeln, nutzen die Pflegenden für die Kommunikation „Ja-Nein-Codes“: Einmal blinzeln bedeutet „Ja“, zweimal „Nein“. Die Patienten ermüden schnell und schlafen oft schon nach wenigen Minuten wieder ein. Trotzdem ist es wichtig, sie immer wieder zu animieren und ihnen einfache Fragen zu

### Pflegetherapeutische Ziele setzen

Vom anderen Ende des Gangs ist türkische Musik zu hören. Der Pflegende Sebastian Rogowsky bezieht das Bett einer türkischen Patientin und wippt dazu im Takt. Plötzlich wiegt sie sich ein bisschen mit. Zum ersten Mal seit neun Wochen bewegt die Frau Arme und Beine! „Manchmal ist es, als klettere man in einer aalglatten Felswand – und plötzlich findest du einen Vorsprung, an dem du dich festkrallen kannst“, erzählt er. Momente wie dieser motivieren Rogowsky immer wieder aufs Neue für seinen Job. In der Frühreha begleitet er die Patienten lange genug, um die Erfolge seiner Arbeit mitzerleben.

## »AN JEDE REAKTION DES WACHKOMAPATIENTEN KLAMMERN WIR UNS WIE AN EINEN VORSPRUNG IM FELS.«

stellen. Später können manche mit einer ABC-Tafel kommunizieren, indem sie auf die Buchstaben zeigen. Um Ansatzpunkte für die Kommunikation zu finden, gehen die Pflegenden häufig Wege, die nicht im Lehrbuch stehen: Iris Babitzka hat das Zimmer gewechselt und versorgt einen Patienten, der heute besonders schlechte Laune zu haben scheint. Der Mann schüttelt heftig den Kopf und wehrt sich mit Händen und Füßen. Da fängt sie unvermittelt an zu singen. „Hoch auf dem gelben Wagen“, schmettert sie. Und siehe da: Sofort entspannt sich der Patient und stimmt sogar mit ein.

Dass die Patientin sich bewegt hat, ist eine gute Neuigkeit für die Teambesprechung, die einmal in der Woche stattfindet. Hier treffen sich Pflegende, Ärzte, Sozialarbeiter, Logo-, Ergo- und Physiotherapeuten, um den Barthel-Index der Patienten zu bestimmen. Danach vereinbart das Team neue Ziele für sie, an denen dann alle wieder rund um die Uhr arbeiten. Sebastian Rogowsky klappt die nächste Akte auf: Tim Klein hat sehr schnelle Fortschritte gemacht. Schon nach acht Wochen konnte er seinen Kreislauf wieder regulieren, hat gelernt, sich zu bewegen und zu sprechen.

Nur orientiert ist er noch nicht. Selbst in Phasen der Wachheit glaubt er zu träumen. Wenn der Pflegende ihn auffordert, sich in den Arm zu kneifen, traut er seinen Empfindungen nicht. Trotzdem hat sich sein Zustand so stark verbessert, dass er bereits die Kriterien der nächsten Rehapphase erfüllt. Er ist nicht mehr bettlägerig, braucht weder Tracheostoma noch Monitoring. Im Durchschnitt bleiben die Patienten acht bis zwölf Wochen in der Frühreha. Danach gehen sie entweder nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder in die Rehapphase C. Das schafft immerhin etwas über die Hälfte aller Frührehapatienten.

### Gegen biologische Grenzen kämpfen

Die Prognose hängt bei jedem neurologischen Patienten davon ab, welche Areale des Gehirns betroffen sind und wie stark der Defekt ist. Zudem spielt die Ursache eine große Rolle. Patienten mit traumatischen Verletzungen haben etwas bessere Genesungschancen als die, die eine Hypoxie erlitten haben.

Der größte Teil der Rückbildung von neuronalen Ausfällen geschieht innerhalb von acht bis zwölf Wochen nach der Hirnschädigung. Dr. Rudolf van Schayck, Chefarzt der Kliniken Schmieder Gerlingen, erklärt: „Unser Hirn ist nicht hart verdrahtet: Gewisse Funktionen sind variabel angelegt.“

Studien haben zudem gezeigt, dass das Gehirn eine neuronale Plastizität besitzt, sich also selbst heilen kann. Menschen produzieren bis ins hohe Alter Hirnzellen – wir hören praktisch nie auf zu lernen. „Es bringt nichts, nur die Beinmuskeln zu trainieren. Der Patient muss gehen üben“, erklärt der Chefarzt. Soll ein Patient wieder vigilanter werden, stimulieren die Therapeuten intensiv den Weckreiz. Im Sinne der Basalen Stimulation legen die Pflegenden einer Dame, die jeden Morgen Zeitung gelesen hat, auch in der Frühreha die nach Drucker-schwärze riechende Zeitung auf das Bett. Pflegende und Physiotherapeuten mobilisieren Patienten im Wachkoma in den Stand oder sogar in eine Schreit-Bewegung. Zusätzlich erhalten sie vigilanzstimulierende Medikamente, wie das Psychopharmakon Amantadin.

Es gibt biologische Grenzen, die auch die Therapeuten in der neurologischen Reha nicht beliebig überspringen können (siehe Kasten). „Aber Hoffnung gibt es immer“, sagt Dr. Rudolf van Schayck.

### Kuscheln tut gut

Auch das Motto der Kliniken Schmieder „Nie aufgeben!“ fußt auf dem Prinzip Hoffnung. Iris Babitzka bestätigt: „Es tut sich



**PFLEGE IN DER FRÜHREHA**  
Die Pflegende Iris Babitzka (li.) versorgt das Tracheostoma und kontrolliert das Monitoring.

Etwa eine halbe bis zwei Stunden können die Patienten im Rollstuhl sitzen, für mehr reicht ihre Kraft nicht.

Freunde und Angehörige bringen Fotos und selbst gemalte Bilder mit und dekorieren damit die Zimmerwände – das hilft beim Erinnern an ein früheres Leben.





**SICH SELBST SPÜREN BEI DER KÖRPERPFLEGE**  
Der Pflegende Sebastian Rogowsky hilft einem Patienten, Bewegungsabläufe neu zu lernen.

immer irgendwas – und sei es nur ein Wimpernzucken oder eine Abwehrhaltung.“ Meist fallen solche kleinen Fortschritte den Bezugspflegerinnen zuerst auf. Um die Familie für diese winzigen Veränderungen zu sensibilisieren, beziehen sie die Angehörigen in die Pflege ein. „Die Familie oder Freunde lernen, den einst so vertrauten Menschen neu zu berühren und sich ihm auch in diesem fremden Zustand nahe zu fühlen“, sagt Wachkomaexpertin Babitzka.

Im Aufenthaltsraum sitzt ein 85-jähriger Patient mit seiner 90-jährigen Lebensgefährtin. Sie kommt jeden Tag, um mit ihm Rommé zu spielen. „Damit er seinen Kopf trainiert“, wie sie sagt. Iris Babitzka zieht behutsam die Tür von Zimmer 5 zu. Hier

liegt ein junger Familienvater. Seine Frau hat sich gerade neben ihn gelegt: eine halbe Stunde Zweisamkeit, die die beiden genießen dürfen. „Kuscheln tut jedem gut“, sagt sie lächelnd. Zur Sicherheit hat die Pflegerin der Ehefrau die Klingel in die Hand gedrückt und die Bettgitter hochgezogen. Haben die Patienten kleine Kinder oder Enkelkinder, dürfen die sogar auf dem Bett herumkrabbeln. Denn die Nähe tut den Angehörigen gut und dem Patienten: Der Körperkontakt senkt die Herzfrequenz, Spastiken lösen sich.

### Tränen gehören dazu

Die Angehörigenarbeit ist oft eine Gratwanderung. Viele Familien haben gleich am Anfang des Aufenthalts zu große Erwartungen und wollen genau wissen, wie lange der Patient in der Klinik bleiben muss. Nancy Frey sagt: „Ich erkläre ihnen dann, dass das

dreimal reanimiert worden war, wollte immer wieder die Bestätigung von Iris Babitzka hören, dass ihr Mann bald wieder gehen kann. Innerhalb mehrerer Spätdienste hat die Pflegerin sie dann in die Pflege einbezogen. Als die Ehefrau die schlaffen Beine ihres Mannes fühlte, erkannte sie selbst, dass er nie wieder würde gehen können.

Wenn es nicht vorwärtsgeht oder sogar einen Schritt zurück, ist das für alle Beteiligten frustrierend. Am schlimmsten sind solche Erfahrungen für Patienten, die sich ihrer Situation bewusst sind: Viele weinen dann. „Je nach Tagesform weine ich auch mal mit“, sagt Iris Babitzka. Sebastian Rogowsky erinnert sich an einen Patienten, den er beim Zähneputzen anleitete. Der Mann bemühte sich angestrengt, aber die Zahnbürste rutschte ihm immer wieder aus der Hand. Dreimal hintereinander. Er fing an, bitterlich zu weinen. Seine Frau wies ihn streng zurecht, er solle sich zusammenreißen. „Aber unsere Patienten dürfen weinen!“, betont Rogowsky. „Dann ist es wichtig, für sie da zu sein und die Situation gemeinsam mit ihnen auszuhalten – manchmal ohne viele Worte.“ Durch Tiefpunkte durchzuhelfen, gehöre ebenso zu seiner Arbeit, wie auf Erfolge aufmerksam zu machen.

In den Kliniken Schmieder können die Patienten alle Rehaschritte bis Phase D durchlaufen. So erleben Iris Babitzka und ihre Kollegen manches Happy End. Die Pflegerin berichtet von einem Patienten, der im Wachkoma lag, als er zu ihnen gebracht wurde. „Vor Kurzem kam er, um sich bei uns zu bedanken. Er schnappte mich, und wir tanzten hier im Gang Walzer.“ **Alena Kunter**

## „JE NACH TAGESFORM KANN ES PASSIEREN, DASS ICH AUCH MAL MITWEINE.“

hier nicht wie bei einem Beinbruch ist: Sechs Wochen Gips, und dann ist alles wieder gut.“ Freunde und Verwandte müssen sich auf einen Prozess einstellen, der Wochen oder Monate dauern kann – das ist für viele schwer zu begreifen. Die Ehefrau eines Patienten, der innerhalb von drei Monaten

### CNE.HINTERGRUND

## Wenn Warten keinen Sinn mehr hat

*Das Motto der Kliniken Schmieder heißt „Nie aufgeben!“. Dennoch gibt es Fälle, in denen das therapeutische Team gemeinsam mit den Angehörigen entscheiden muss, ob ein Patient weiter am Leben gehalten wird. Chefarzt Dr. Rudolf von Schayck erklärt im Interview, nach welchen Kriterien in solchen Grenzfällen zu verfahren ist.*

**■ Herr Dr. von Schayck, wann gibt es keine realistische Chance mehr, dass ein Patient aus dem Wachkomazustand erwacht?**

Wenn sich bei intensiver multiprofessioneller Therapie kein Fortschritt zeigt – und das in einer definierten Zeitspanne. War die Ursache eine Hypoxie, wartet man drei bis

vier Monate. War es ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, etwa ein Jahr. Das ist die medizinische Sicht – und eher eine statistische Aussage. Unter 10.000 Patienten gibt es natürlich Einzelfälle, bei denen es dann doch anders ist.

**■ Der Amerikaner Terry Wallis ist nach 19 Jahren aus dem Koma erwacht...**

Genau. Nur suggerieren die Medien häufig, diese Menschen seien aus einem Dornröschenschlaf erwacht und dann genauso wie vorher. Dabei haben sie schwere Behinderungen. Das darf man nicht vergessen.

**■ Wer festhalten möchte, ob er das will oder nicht, kann eine Patientenverfü-**

**gung verfassen. Wie viele Patienten, die in die Frühreha kommen, haben eine?**

In den letzten drei Jahren ist die Zahl angestiegen. Früher hatte fast niemand eine Verfügung, jetzt ist es etwa ein Fünftel aller Patienten. Das ist immer noch wenig. Häufiger liegt eine Vorsorgevollmacht vor.

**■ Haben Sie eine Patientenverfügung?**

Nein, aber das steht auf meiner Agenda ganz oben!

**■ Was würde darin stehen?**

Ich habe mit meiner Familie schon häufig über das Thema gesprochen. Sie wissen, wie sie im Sinne meiner Lebensphilosophie entscheiden sollten.