

„Ich möchte nach Hause!“

Maike Bamberger und Claudia Pott

Die Bezugstherapie unterstützt eine 85-jährige, schwer erkrankte Patientin und ihre Angehörigen auf dem Weg zurück ins häusliche Umfeld. Die Autorinnen möchten mit dieser Falldarstellung Mut machen, die Heil- und Hilfsmittelversorgung koordiniert einzusetzen und dabei Pflegende und Bezugspersonen einzubeziehen.



Die Sehnsucht nach dem Zuhause ist groß. (Quelle: © protectnature/stock.adobe.com; Symbolbild, posed by models)

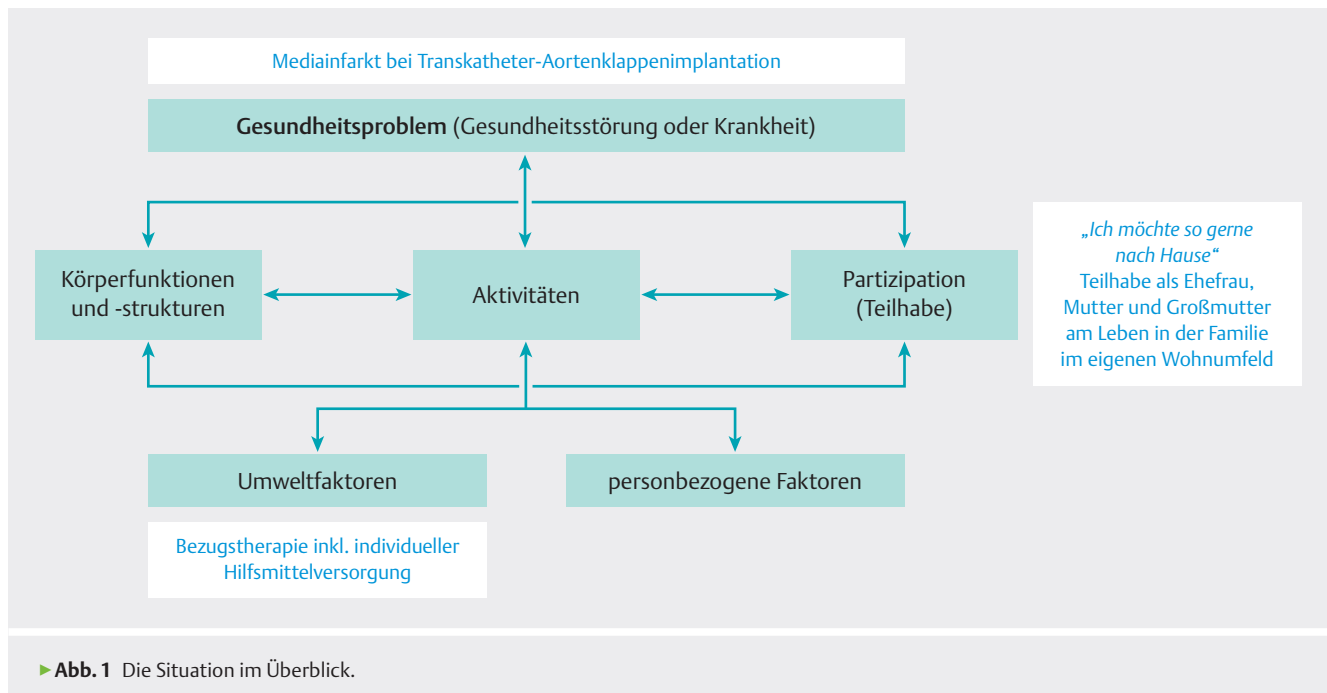
Angelika Zegelin verweist in ihrer Studie „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung“ [1] darauf, dass die Entwicklung der Bettlägerigkeit zu einem steigenden Hilfebedarf führt, Liegepathologien auftreten und mit Interesseneinengung und Zeitverlust einhergehen. Sie beschreibt, dass einige Ursachen für die Entstehung von Bettlägerigkeit in den Betroffenen selbst begründet sind, andere Faktoren an den Umweltbedingungen liegen, wie z. B. dem Pflegemangel. In dem folgenden Fallbeispiel trifft beides zu.

Klientin mit Mediainfarkt – Pusher-Symptomatik und schwere Adipositas erschweren den Rehabilitationsverlauf Die 85-jährige Patientin erleidet am 03.09.2020 während einer Transkatheter-Aortenklappenimplantation einen Mediainfarkt (► **Abb. 1**). Symptome sind eine armbetonte hochgradige Hemiparese auf der linken Seite, ein Pusher-Syndrom und eine Dysphagie. Nach der Akutversorgung befindet sie sich vom 10.09.–15.10.2020 in einer neurologischen Frührehabilitation. Am 15.10.2020 erfolgt die Unterbringung im Pflegeheim zur Kurzzeitpflege.

Problemstellung: bedroht von dauerhafter Bettlägerigkeit! Die Immobilität zu überwinden wird die größte Herausforderung Die größte Herausforderung ist es, die Immobilität zu überwinden: Die schwere Adipositas, die Hemiparese und die Pusher-Symptomatik führen zu massiven Problemen der Lageänderungen, beginnend im Bett bis zur Mobilisierung an die Bettkante bzw. den Transfer in den Rollstuhl.

Wie es vor dem Schlaganfall war – Teilhabe und Aktivitäten Die Patientin wohnt in ländlicher Gegend und direkter Nachbarschaft zu einem ihrer Söhne in einem großzügigen, barrierefreien Haus; mehrere Familienangehörige leben in unmittelbarer Nähe. Das Zusammenleben mit ihrem Ehemann und der Familie war durch zahlreiche gemeinsame Aktivitäten geprägt wie gemeinsame Mahlzeiten, Rätseln mit dem Ehemann nach dem Frühstück, Besuche der Familienangehörigen. In ihrem „Lieblingsessel“ zu sitzen war Erholung für die Patientin.

Welche Körperfunktionen, Körperstrukturen und Aktivitätseinschränkungen sind jetzt von Bedeutung? Die physische und kognitive Belastbarkeit ist stark ver-



► **Abb. 1** Die Situation im Überblick.

mindert. Es liegen eine ausgeprägte Pusher-Symptomatik, Anosognosie und Stuhl- und Harninkontinenz vor. Die Patientin ist zur Person orientiert, Gespräche sind möglich. Zur selbstständigen Lageveränderung im Bett bedarf sie der Unterstützung von 2 Personen, freies Sitzen ist nicht möglich, der Transfer in einen Rollstuhl ebenfalls nicht. Als Komorbiditäten sind die Koronare Herzerkrankung, eine Hypertonie, ein Diabetes mellitus und eine Adipositas Grad III (bei einem Body-Mass-Index von 41) zu nennen. Die Patientin hat einen erheblichen Kraftverlust und eine Verringerung der physischen Belastbarkeit durch das vermehrte Liegen in der Kurzzeitpflege.

Wie es in der Kurzzeitpflege ist – Aktivitäten Die Patientin verbringt Tag und Nacht liegend im Bett, sie wird gelagert und gewaschen. Bekleidet ist sie mit einem Nachthemd, der Unterkörper ist zumeist unbekleidet, sie bedient selbstständig die Klingel und den Fernseher. Die Patientin trinkt und isst selbstständig, verschluckt sich aber häufig. Aufgrund der Coronamaßnahmen erhält sie wenig Besuch, sie nimmt 4 × pro Woche an der Bezugstherapie teil.

Umweltfaktoren Die Patientin sagt: „Ich bin glücklich verheiratet – seit fast 60 Jahren.“ Sie hat eine große und engagierte Familie, ihr Ehemann ist 81 Jahre alt und durch die Situation emotional sehr belastet. Beide leben in einer barrierefreien Wohnung in einem eigenen Haus. Bei Entlassung nach Hause wird Pflegestufe 4 festgestellt.

Personenbezogene Faktoren Die Patientin ist eine humorvolle Persönlichkeit, sie hat es genossen, dass sie viele Familienmitglieder bei sich zu Besuch hatte. In der Bewegungsfähigkeit war sie schon vor dem Schlaganfall

durch die Herzerkrankung und die starke Adipositas eingeschränkt.

Pilotprojekt Schlaganfall-Bezugstherapie

Die Patientin nimmt am Pilotprojekt Schlaganfall-Bezugstherapie (BZT) teil. Bei der Entlassung aus der neurologischen Rehabilitation wurde die Bezugstherapeutin Maïke Bamberger kontaktiert, um die Therapie beim Zeitpunkt der Verlegung in die Kurzzeitpflegereinrichtung zu beginnen.

Durchführung von Assessments und Strategiegespräch mit dem Hausarzt Die Bezugstherapeutin führt das Canadian Occupational Performance Measure [2] durch und arbeitet mit der Patientin an der Schlaganfall-Ring-Box [3]. Die Anosognosie erschwert die Erhebung. Frühzeitig macht sie einen Hausbesuch, um sich ein Bild von dem Wohnumfeld machen zu können und die Wünsche und Sorgen der Angehörigen zu erfragen.

Immobilität durch Parese, Pusher-Symptomatik und Adipositas „Können wir die häusliche Pflege zu Hause realisieren?“ Die Angehörigen machen sich große Sorgen, dass die Patientin aufgrund der Immobilität nicht mehr das Pflegeheim verlassen kann und möglicherweise darin versterben wird. Sie vereinbaren, gemeinsam daran mitzuwirken, die häusliche Pflege trotz der herausfordernden Situation zu gewährleisten. Die Bezugs- und Ergotherapeutin kontaktiert den Hausarzt und beide erarbeiten gemeinsam einen berufsgruppenübergreifenden Ziel- und Strategieplan. Dieser umfasst den gesamten Verlauf von der Therapie im Pflegeheim bis zur therapeutischen und pflegeri-

schen Begleitung bei und nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld mit folgenden Punkten:

- Zusammenstellen und Koordination des Behandlungsteams auf Basis gemeinsamer Zielvereinbarungen
- Hausbesuch und Beratung der Familie
- Hilfsmittel- und Wohnraumberatung
- Angehörige und häusliche Pflegekraft werden im Handling geschult.

Leitlinienbasierte Interventionen

Dazu zählen:

- Rehabilitation so schnell wie möglich in der eigenen Wohnumgebung beginnen, intensives Üben mehrmals täglich, Einbeziehen der Lebenspartner und Angehörigen [4]
- visuelles Feedbacktraining bei Pusher-Syndrom [5]
- Behandlung Pusher-Syndrom in vertikaler Position unter Anpassung an das Angsterleben [6]
- Beratung und Schulung der Angehörigen mit gemeinsamer Ziel- und Zeitplanung sowie Hilfsmittelberatung und Begleitung des Versorgungsprozesses [5]
- Vernetzung der Leistungserbringer und eine auf Teilhabe ausgerichtete, gemeinsame Zieldefinition [7]

Hilfsmittelversorgung Die Bezugstherapeutin veranlasste die Versorgung mit folgenden Hilfsmitteln:

- Pflege-Mobilisierungsbett mit Sitz- und Aufstehfunktion. Dieses Spezialbett ermöglicht es der Patientin, täglich aufgesetzt zu werden und aufrecht sitzend am Alltag der Familie teilzunehmen.
- Umlagerungshilfe (Maxi Fit 4 Direction Set): Sie macht das Lagern der adipösen Patientin durch nur eine Pflegekraft möglich. Der Vorteil dieses Systems ist, dass die Lagerungshilfe im Bett verbleiben kann und das Drehen der Patientin entfällt, um Lagerungshilfen unter den Körper zu bringen.
- ekamove: automatisches Seitlagerungssystem mit Antidekubitus- und Pflegematratze. Aufgrund der vollständigen Immobilität und des erhöhten Körpergewichts besteht eine stark erhöhte Dekubitusgefahr. Dieses System gewährleistet auch in der Nacht das regelmäßige Umlagern.
- Pflegerollstuhl mit Sitzkantelung und verstellbarer Rückenlehne. Die Mobilisation der Klientin in den Sitz ist für den Erhalt und die Verbesserung ihrer körperlichen Funktionen notwendig. Der Pflegerollstuhl ermöglicht das Verlängern der Sitzdauer und damit die Teilhabe am Familienleben.
- 2 Centre Lagerungsschlangen mit Nässeschutz-Inlett, High-Tech-Faserfüllung und Bakterienchutz. Die Patientin muss zur Dekubitusprophylaxe regelmäßig gelagert werden. Es werden Lagerungsschlangen benötigt, um die Patientin im Bett zu positionieren und Rumpf, linkes Bein und linken Arm zu unterstützen. Aufgrund der Inkontinenz ist ein Nässeschutz notwendig.

PILOTPROJEKT SCHLAGANFALL-BEZUGSTHERAPIE

Ende 2018 begann die Entwicklung der neuen Versorgungsform durch die Organisation Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein (SRSH), die in 4 Kompetenznetzen (Rendsburg, Pinneberg, Lübeck, Plön/Ostholstein) Patientinnen und Patienten sowie Angehörige kostenlos telefonisch und aufsuchend berät. Im Rahmen dieser Schlaganfall-Kompetenznetze und unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Kiel konzipierte der SRSH die komplexe Intervention BZT als personenzentrierte, teilhabeadressierende, koordinierte Heil- und Hilfsmittelversorgung. Die BZT umfasst eine Kommunikationsplattform, standardisierte Abläufe unter Nutzung eines sich in Entwicklung befindlichen webbasierten Dokumentationssystems und eine extrabudgetäre Vergütung nach Zeitaufwand. Wesentlicher Bestandteil ist eine Schulung mit 56 Unterrichtseinheiten (je 45 min). Die für die komplexe Intervention geschulten Therapeutinnen und Therapeuten übernehmen die Verantwortung für das Festlegen der Teilhabeziele, den Einsatz von Assessments, die Integration evidenzbasierter Interventionen, das Erstellen des interprofessionellen Therapieplans unter Berücksichtigung hemmender und fördernder Kontextfaktoren und die Evaluation der Zielerreichung.

- fahrbarer Patientenlifter mit gepolstertem XL-Liftertuch. Der Transfer in den Rollstuhl oder auf den Duschoilettenstuhl ist ausschließlich mit dem Lifter möglich.
- Duschoilettenstuhl für schwergewichtige Patienten mit Sitzkantelung, der das Duschen in ihrer ebenerdigen Dusche mit Unterstützung einer Pflegekraft ermöglicht

Etappenziel 1: Bettlägerigkeit in der Kurzzeitpflege vermeiden

Die Patientin kann seit 4 Wochen nicht in den Rollstuhl mobilisiert werden, es droht ein Dekubitus am Gesäß, die Belastbarkeit ist stark reduziert. Folgende Maßnahmen koordiniert die Bezugstherapeutin:

- fördernde Tagesstruktur mit Gewohnheitsstrukturen schaffen, um die zeitliche Orientierung zu verbessern, z. B. selbstständiges Zähneputzen nach dem Frühstück, abends die Nachrichten anschauen
- Aktivitäten im Liegen ermöglichen wie Fernsehen, Zeitschriftenlesen, Klingelbedienen, Trinken etc.
- Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie tauschen sich über die jeweiligen Ziele der anderen Berufsgruppen aus und arbeiten so oft wie möglich zu gleichen oder aufeinanderfolgenden Zeiten.
- Logopädin: Kostenaufbau, Schulung Pflegekräfte, Angehörige
- Ergotherapie und Physiotherapie: tägliche gemeinsame Mobilisierung an die Bettkante und Verbesserung der Mobilität im Liegen, das heißt, sich im Bett bewegen, z. B. rutschen
- Die Bezugstherapeutin lässt spezielle Lagerungsmittel verordnen, die das Bewegen der Patientin trotz der

schweren Pusher-Symptomatik und der massiven Adipositas ermöglichen.

Etappenziel 2: Pflegesituation zu Hause vorbereiten

Eine 24-Stunden-Pflegekraft mit Unterstützung der Familie schafft es, die Pflege der Patientin zu bewältigen. Hilfsmittel sollen ermöglichen, dass eine Pflegeperson die Pflege durchführen kann. Die Angehörigen erlernen das Handling mit der Patientin. Die Patientin lernt, sich im Bett mit Unterstützung einer Person zu bewegen. Zur Vorbereitung der Entlassung nach Hause werden Pflegekraft und Angehörige geschult, den Transfer in den Rollstuhl mit Hilfsmitteln umzusetzen. Es erfolgt die Versorgung mit einem Pflegerollstuhl, die Sitzzeiten werden kontinuierlich verlängert.

Etappenziel 3: nach Hause kommen

Der Bezugstherapeutin gehen folgende Gedanken durch den Kopf: Das Ankommen zu Hause wird schwer werden, die Angehörigen benötigen viel Unterstützung in dem neuen Alltag (Lagerung, Mobilisation, Ernährung, Tagesablauf, Pflegeabläufe, Umgang mit den Hilfsmitteln). Wer wird der Ansprechpartner für Probleme sein, an welchen Aktivitäten des Familienalltags kann die Patientin zeitnah teilnehmen? Die ersten Wochen werden für alle nicht einfach, und die Unterstützung durch die Bezugstherapie ist in dieser Phase wichtig. Folgende Zielvereinbarungen werden gemeinsam festgelegt:

- Angehörige und Pflegekraft lernen das Handling der Patientin beim Bewegen im Bett und bei verschiedenen Pflegeabläufen mit Unterstützung der Hilfsmittel.
- Die Familie entwickelt eine geeignete Tagesstruktur, die Anregung und Pausen beinhaltet.
- Die Angehörigen und die Pflegekraft kennen die Besonderheiten der Ernährung von Dysphagie-Patientinnen und -Patienten.
- Die Patientin wird täglich in den Rollstuhl mobilisiert.
- Angehörige und die Pflegekraft lernen, die Patientin mithilfe des Lifters zu transferieren.

Die Verlegung nach Hause! „Ich bin so glücklich, wieder zu Hause zu sein!“ Ende November erfolgt die Verlegung nach Hause. Endlich! (für die Patientin) – schon! (angesichts der Erkrankungsschwere und der kurzen Therapie-dauer). Die Bezugstherapeutin plant die hochfrequente Begleitung in den ersten Wochen zu Hause und legt mit den Angehörigen das letzte Etappenziel fest.

Etappenziel 4: dauerhafte Anpassung zu Hause

Zu den weiteren Zielen im Hinblick auf die Aktivitäten und Teilhabe gehört es, die Mobilität im Rollstuhl außerhalb der Wohnung zu erreichen, damit die Patientin ihren Mann

bei seinen Spaziergängen begleiten kann, den Familienalltag zu ermöglichen, z. B. das Weihnachtsfest vorbereiten und feiern, Aktivitäten wieder aufzunehmen, wie z. B. Kniffeln und Rätseln.

Evaluation 14 Tage nach der häuslichen Entlassung wird ein erstes Evaluationsgespräch mit der Patientin und den Angehörigen geführt.

Das Ziel ist erreicht! Weihnachten feiert die Patientin, zwar unter den Einschränkungen der Coronapandemie, aber dennoch glücklich. Sie ist zu Hause, so wie sie es sich so sehnsüchtig gewünscht hatte: „Jetzt bin ich endlich zu Hause!“

Autorinnen



Maika Bamberger

Ergotherapeutin, Studium der Ergotherapie, Bezugstherapeutin, Hilfsmittel- und Wohnraumberaterin. Seit über 25 Jahren als Ergotherapeutin mit dem Fachschwerpunkt Neurologie tätig.



Claudia Pott

Physiotherapeutin, Gesundheitswissenschaftlerin (B. A.), Mitherausgeberin der Zeitschrift physioscience, Physiotherapeutin im Hausbesuch und Therapeutischen Klettern, Mitinitiatorin und Dozentin Bezugstherapie.

Korrespondenzadresse

Claudia Pott
NeurophysioReha, Neuried
Wettersteinstraße 8
82061 Neuried
Deutschland
E-Mail: Claudia.pott.cp@gmail.com

Literatur

Die Literaturangaben finden Sie online unter www.thieme-connect.de/products > „neuroreha“.

Bibliografie

neuroreha 2021; 13: 95–98
DOI 10.1055/a-1402-5906
ISSN 1611-6496
© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany