



Lebensnotwendige Frühförderung nach Schädel-Hirn-Trauma

# Von der Intensivstation auf die Frühlingswiese

Wer früh hilft, hilft doppelt. Das zeigt der Genesungsverlauf eines Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma. Lesen Sie die interessante Geschichte über den Weg des Herrn K. von der Intensivstation zurück in seine Familie.

Von **Christine Grasberger**

1990 konstatierte der heutige ärztliche Direktor der neurologischen Klinik in Hessisch Oldendorf, Wolfgang Gobiet: „Nach schweren traumatischen Hirnfunktionsstörungen ist ein aufwendiger therapeutischer und medizinischer Einsatz notwendig, um die Möglichkeit der Besserung bzw. Ausheilung bestehender Schäden herbeizuführen. Die Maßnahmen müssen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis einsetzen, um einen echten Erfolg für den Betroffenen zu bringen (Gobiet 1990).

**Kommunikation.** Das Wichtigste und zugleich Schwierigste ist die Kommunikation mit den schwer verletzten Menschen über Berührung und Bewegung.

Wichtig ist aber nicht „was“, sondern „wie“ etwas stattfindet. Die Beschränkung der Kommunikation und Interaktion über Berührung und Bewegung auf funktionale, handlungsorientierte therapeutische und medizinische Tätigkeiten zur Lebenserhaltung reichen als Angebot für diese Menschen nicht aus.

**Intervention.** Notwendig sind gezielte und bewusste Interventionen, die den Menschen ermöglichen, die grundlegenden menschlichen Funktionen und Fähigkeiten wieder zu erlernen. Diese grundlegenden Funktionen sind die Orientierung im Körper, die differenzierte Wahrnehmung

der eigenen aktiven Bewegung, die Fähigkeit, das eigene Körpergewicht in der Schwerkraft zu kontrollieren.

**Feedback Control Theorie.** Alle aktiven eigenen Bewegungsreize, die der Mensch erzeugt, werden durch die Sinnessysteme wahrgenommen, an das Zentralnervensystem geleitet, in Bezug auf die Absicht bearbeitet. Daraus erfolgt die Rückkopplung in Bezug auf die Handlung. Der Mensch oder „das System Mensch“ steuert so durch Rückkopplung sein System, um es im Gleichgewicht und unter Kontrolle zu halten.

Das bedeutet für die alltägliche Pflege, die Angebote so zu gestalten, dass der Mensch Pflegesituationen als Lernumgebung erfährt, in der er sich selbst als fähig erleben kann.

Wie das konkret aussehen kann, möchte ich anhand der Geschichte von Herrn K. schildern.

**Der erste Kontakt.** Schwere Frakturen am Arm und Brustkorb. Zeichen eines schweren Schädel-Hirn-Traumas. Das interdisziplinäre Team weiß, was zu tun ist. Die Symptome und Befunde der Schädelverletzung verheißen nichts Gutes. Ist diese Verletzung reversibel? Kann sich Herr K. jemals davon erholen?

Der Mann ist erst 39 Jahre alt und zweifacher Familienvater. Zuerst geht es darum, Leben zu retten. Hämodynamik stabilisieren! Sauerstoffsät-



Mit Unterstützung seiner Ehefrau schöpft Herr K. neuen Lebensmut.

tigung kontrollieren! Urinausscheidung im Auge behalten! Pupillenreaktion! Neurologische Beurteilung: kein Sprachkontakt, keine Reaktion mit den Augen, keine motorische Reaktion, Reflexe nur schwer auslösbar. Alle wissen, was das bedeutet. Keiner sagt etwas.

**Intensive Pflege.** 24 Stunden nach dem Unfall. Ich pflege Herrn K. das zweite Mal. Ist das Gehirn noch funktionsfähig? Durch die Messtechnik erhalte ich Daten über Blutdruck-, Pulsfrequenz-, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Hirndruck und vieles mehr. Wie weiß ich aber, ob dieser Mensch hirntot ist?

Ich erkenne Unterschiede beim Schwitzen, in der Temperatur. Das ist wenig. Der Patient reagiert nicht. Ist das wegen seines Zustandes oder wegen der Medikamente, die ihn sedieren? Offene Fragen.

Frau K. besucht ihren Mann. Sie ist verzweifelt: „Mitten aus dem Leben gerissen“, schluchzt sie.

**Entscheidungen stehen an.** Vier Tage später. Der neurologische Status ist äußerst schlecht. Ist dieses Gehirn noch am Leben? Wenig spricht dafür. Eine Hirntoddiagnostik ist notwendig. Mit einem speziellen Verfahren wird untersucht, ob die Situation auf einen Hirntod hindeutet. Mindestens drei unabhängige Ärzte müssen entscheiden, ob das Gehirn noch funktionsfähig ist. Bei Herrn K. wird das Verfahren mehrmals wiederholt. Es kann keine eindeutige Aussage gemacht werden. Frau K. weiß um die schwere Schädigung des Gehirnes ihres Mannes.

**Es regt sich etwas.** Der siebte Tag. Eine Kollegin berichtet, dass sie das Gefühl hat, dass Herr K. auf die Bewegungsanleitung reagiert. Jemand fragt skeptisch: „Bei diesen Werten?“ Ich beginne mit der Arbeit. Kommt eine Reaktion oder ist es bloß Wunschdenken? Ein Kollege hilft mir, Herrn K. auf die Seite zu drehen. Ich beginne ganz langsam – warte auf eine Reaktion – wieder – da ist etwas. Ich traue meinen Beobachtungen nicht so recht ...

**Wachkoma (Apallisches Syndrom).** 10 Tage sind vergangen. Die Pflegenden und Therapeuten gehen davon aus, dass dieser Mann wieder erwacht. Die Diagnose deutet in die andere Richtung. Der Patient macht vereinzelt Kau- und Schmatzbewegungen, er kann aber nicht schlucken. Die Bulbusbewegungen sind ungezielt, der Muskeltonus ist schlaff. Diagnose Apallisches Syndrom, auch Wachkoma genannt.

Die ärztliche Therapie läuft weiter wie gehabt: Infektbekämpfung, enterale Ernährung über die Sonde, einige Medikamente gegen Thrombose und Magengeschwüre. Was können wir noch für Herrn K. tun?

**Wahrnehmung als Menschenrecht.** Herr K. liegt nun bereits 14 Tage auf unserer Station. Wir diskutieren die Situation immer wieder

im Team. Wahrnehmung ist ein Menschenrecht – diese Idee wird von allen getragen. Ein Mensch kann sich nur wahrnehmen, wenn er sich selbst aktiv bewegt. Also suchen wir nach der eigenen aktiven Bewegung.

Frau K. möchte mehr in die Pflege integriert werden. Das ist eine große Chance. Wir zeigen ihr, wie sie mit ihrem Mann Kontakt aufnehmen kann. Wir erklären ihr das kinästhetische Sinnessystem, die Bewegungselemente Zeit, Raum und Anstrengung. Frau K. ist nicht mehr so hilflos. Sie sucht mit uns, weil es ihr wichtig ist, aktiv etwas für ihren Mann tun zu können.

**Die Zeit vergeht.** Fast ein Monat ist vorüber. Die Knochenbrüche von Herrn K. sind gut verheilt. Wir setzen ihn das erste Mal an den Bettrand. Seine Frau sitzt neben ihm. Er kann zwar seinen Kopf nicht selbst halten, aber er beginnt, seine Atmung zu manipulieren, als wollte er uns etwas sagen. Eine Hypothese? Herr K. beginnt seinen linken Arm selbst aktiv zu bewegen. Nach einigen Tagen schlägt er mit dem Arm immer wieder an die Bettseite. Reflexe? Das ganze Team schöpft Hoffnung. Wir kommen mit Herrn K. so oft wie möglich in Bewegung. Das Bett ist zu klein. Jemand organisiert Turnmatten. Wir setzen unsere gemeinsame Bewegung mit Herrn K. auf dem Boden fort – und das auf der Intensivstation! Auch wenn einige nicht verstehen, wonach wir konkret suchen – zumindest wird unser Enthusiasmus bewundert.

**Frühlingswiese.** Nach 14 Monaten kommt Herr K. endgültig nach Hause zu seiner Frau und den Kindern. Verbale Kommunikation fällt ihm manchmal noch schwer; auch der hohe Muskeltonus seiner rechten Körperhälfte bereitet ihm beim Stehen und Gehen noch Schwierigkeiten. Der Rollstuhl als Fortbewegungsmittel ist noch unentbehrlich, aber er kann einige Schritte gehen. Es wird zunehmend besser.

Ein Jahr später lernt Herr K. in Rahmen eines Kinaesthetics-Kurses für pflegende Angehörige zusammen mit seiner Frau das Ein- und Aussteigen ins Auto. Gemeinsam lernt die Familie und wird dadurch mobiler. K. lernt schwimmen und verbessert sein Gehen – Lebensqualität und Autonomie nehmen stetig zu.



Die Autorin:  
Christine Grasberger arbeitete bis im Frühjahr 2006 auf der Intensivstation des AKH in Linz. Seit zwei Jahren ist sie als freiberufliche Kinaesthetics-Trainerin tätig. Seit Mitte 2007 ist sie zusätzlich Geschäftsführerin und erste Vorsitzende von Kinaesthetics Österreich.

#### Literatur

Gobiet, W.: Referat am 2. Deutschen Intensivpflegekongress 1990, Osnabrück.

Gobiet, W.: Frührehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma. Leitfaden zur ergebnisorientierten aktiven Therapie. B. Springer Verlag, 1999.

Die Kinaesthetics-Trainer gehen bereits auf der Intensivstation mit Herrn K. auf den Boden.

