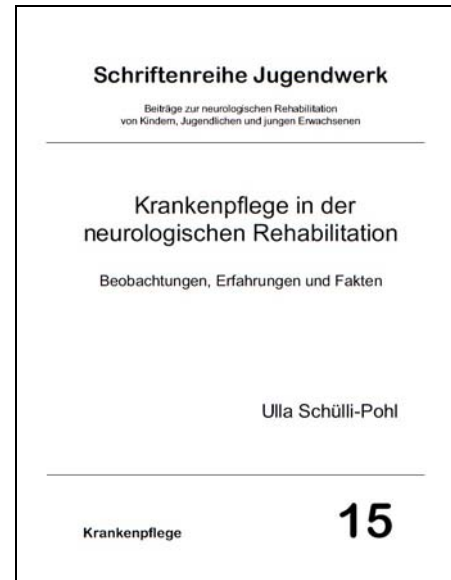


Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 15
Download
Schüllli-Pohl, Ulla :
Krankenpflege in der Neurologischen
Rehabilitation, Gailingen, 2001



Die Autorin Ulla Schüllli-Pohl ist Kinderkrankenschwester und leitet seit November 1997 als Direktori-
umsmitglied in der Geschäftsführung der Hegau-Jugendwerk GmbH den Pflegedienst.

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die neurologische
Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die
ganze Rehabilitationskette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen me-
dizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in
Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinander-
setzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachse-
nen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten zur
Verfügung und können als pdf-Datei von der Homepage des Hegau-Jugendwerks kostenfrei herunter
geladen werden.



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0
Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206
Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277
Telefax Krankenhausschule 07734 / 939 - 366
schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de
www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe: Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

Inhalt

Einleitung	3
1. Die medizinische Rehabilitation als Teilgebiet des Gesamt-Reha-Planes	4
2. Medizinische Rehabilitation und ihre Leistungen	6
3. Rehabilitationsdiagnostik	8
4. Der Rehabilitand im Rehabilitationskrankenhaus	10
5. Das Kind in der Rehabilitation	11
6. Rehabilitative Krankenpflege	16
7. Das Pflegeteam im Rehabilitationskrankenhaus	18
8. Aufgaben und Stellung des Pflegeteams in der Rehabilitation	21
8.1 Beobachtung	23
8.2 Beratung	23
8.3 Selbsthilfetraining	24
8.4 Orientierungstraining	24
8.5 Toilettentraining	25
8.6 Sozialtraining	25
8.7 Hilfestellungen bei der Bewältigung von Alltagssituationen	25
8.8 Planung und Gestaltung der Freizeitaktivitäten	26
8.9 Pflegetherapeutische bzw. Co-therapeutische Aufgaben	26
8.10 Motivation zur Therapie	27
9. Rehabilitative Krankenpflege in der Früh-Rehabilitation	27
10. Rehabilitative Krankenpflege in der Früh-Mobilisation	30
11. Das Anleiten von Angehörigen	32
12. Schlussbemerkung	37
Literatur	37

Einleitung

An der neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hegau-Jugendwerk sind die verschiedensten therapeutischen Disziplinen beteiligt. So unterschiedliche Teilbereiche wie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Berufstherapie, Arbeitstherapie bemühen sich um Fortschritte bei den Rehabilitanden. Aber auch Krankenhausschullehrer, Psychologen, Berufs- und Reha-Berater, Sporttherapeuten und natürlich Ärzte bieten Therapie-, Beratungs- oder Unterrichtsstunden an. Die Beobachtung wird immer wieder gemacht, dass die richtige Fußhaltung, die richtige Sprechatmung oder die richtige Merkstrategie in den Therapien zwar gelingen, in Alltagssituationen jedoch wie weggeblasen sind. Das Übertragen neu erlernter Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Alltag ist jedoch das Kernziel jeder rehabilitativen Arbeit.

Alltag ist für unsere Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation jedoch vor allem das Leben in den Bettenhäusern. Dies ist ihr Zuhause auf Zeit. Es liegt auf der Hand, dass die Rolle derjenigen in der Rehabilitation wichtig ist, die diese Zwischenzeiten zwischen den Therapiestunden begleiten. Die Schwestern und Pfleger des Pflegedienstes sind das notwendige Bindeglied zwischen all den therapeutischen Angeboten, die mit den Rehabilitanden Fortschritte erarbeiten wollen. Erst durch den Pflegedienst wird das breite Angebot der Maßnahmen während des Rehabilitationsaufenthaltes für den Rehabilitanden als Einheit, als Ganzes erlebbar. Diese "Adapterfunktion" des Pflegedienstes drückt sich auch in der Charakterisierung der rehabilitativen Pflege als co-therapeutische Tätigkeit aus. Rehabilitation findet 24 Stunden am Tag statt, sie ist eine begleitende, ja erzieherische Arbeit. Eine wichtige Aufgabe des Pflegedienstes ist es, die therapeutischen Inhalte der einzelnen Abteilungen in den Alltag der Rehabilitanden zu verlängern, sie auch dort zum richtigen Essen, Sitzen, Laufen, Sprechen oder Planen anzuhalten und erneut anzuleiten. Dabei dürfen sie kein eigenes Konzept entwickeln. Sie müssen genau über die Ziele und Maximen der einzelnen Therapien Bescheid wissen. Sie müssen sich auf dem Laufenden halten und natürlich sind Beobachtungen und Hinweise aus dem Alltag für alle Therapeuten wichtige Entscheidungshilfen. Der Erziehungsaspekt der Pfl egetätigkeit in der Rehabilitation wird im Jugendwerk dadurch noch unterstrichen, dass es sich bei unseren Rehabilitanden zum Großteil um Kinder und Jugendliche handelt, für die die Krankenschwester oder der Krankenpfleger am ehesten die Rolle von Vater und Mutter ersetzt. Die minderjährigen

Rehabilitanden brachen in besonderem Maße personelle Bezugspunkte, Orientierung an klaren Grenzen und Verhaltensregeln, die durch ihre Präsenz über 24 Stunden eigentlich nur die Pflege geben kann.

Die rehabilitative Pflege ist gewissermaßen der Kitt, durch den ein Gesamt-Reha-Plan erst greifbar wird. Ohne den Dialog der Pflegekräfte mit allen Abteilungen und ihre co-therapeutische und erzieherische Kompetenz würde die Integration der vielfältigen Bemühungen um jeden einzelnen Rehabilitanden kaum gelingen.

1. Die medizinische Rehabilitation als Teilgebiet des Gesamt-Reha-Planes

In der Abfolge der Rehabilitation ist nach den gesetzlichen Bestimmungen der Reha-Träger der medizinische Bereich neben schulisch / beruflichen und sozialen Maßnahmen meist der Primäre.

Zentral ist nicht nur das Bemühen um den Gesundheitszustand des Menschen, sondern auch um dessen Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit und sein persönliches Schicksal. Die Grundforderung der Reha-Träger ist die Prävention, also das Fördern von gesundheitsbewusstem Verhalten und einer krankheitsgemäßen Lebensweise.

Weiter soll Fehlverhalten geändert werden. Leistungsaufforderungen sollen mit den Leistungsmöglichkeiten in Einklang gebracht werden. Als Beispiele seien hier der Lebensablauf eines Diabetikers oder der Zustand nach einem Koronarinfarkt genannt. Präventive Maßnahmen werden auch ergriffen, wenn der Mensch von einer Behinderung bedroht ist. Beispiele hierfür sind

- Hypertonie
- Wirbelsäulen-Erkrankungen
- extreme Adipositas
- Hypercholesterie
- Alkoholabusus u.a.

Rehabilitative Maßnahmen bei Kindern sind immer dann angezeigt, wenn Folgeerscheinungen bestimmter Erkrankungen eine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können, zum Beispiel bei

- Allergien
- Stoffwechsel-Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

- Folgezustände nach Erkrankung des Nervensystems

Das Ziel ist immer die Frühbehandlung von Krankheiten, um einer Gefährdung der normalen Entwicklung entgegenzuwirken. Prof. E. Marquard - Leiter des Dysmeliezentrum der Universität Heidelberg meint, dass die Rehabilitation eines behinderten Neugeborenen mit der psychischen Hilfe für die Mutter beginnt.

An die Rehabilitation für Kinder sind besondere Anforderungen zu stellen, nämlich das Schaffen einer kindgerechten Situation. Von Bedeutung sind hier die besonderen Bemühungen von Prof. Hellbrügge (Kinderzentrum München) zum Themenbereich der sogenannten Entwicklungsrehabilitation. Entwicklungsrehabilitation meint die "Anbahnung noch nicht entwickelter Funktionsbereiche, die ohne rehabilitative Maßnahmen zu Störungen oder Schädigungen der Sinnesorgane oder des ZNS führen wurden. Anstoß hierfür waren jahrelange Beobachtungen und Studien, insbesondere das sogenannte Deprivationssyndrom. Inhalte der Entwicklungsrehabilitation sind :

- Entwicklungsdiagnostik
- Heilgymnastik
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Interaktionstherapie
- Orff'sche Musik
- Montessori Heilpädagogik
- Integration elternloser Kinder und Familien
- Integrierte Kindergarten- und Schulerziehung
- Sprachanbahnung-Therapie

Rehabilitationsmedizin ist ein Begriff der modernen medizinischen Zeitgeschichte. Es ist ein komplexes Gebiet, eine in sich geschlossene Wissenschaft, die sich nur schwer als Fachdisziplin durchsetzen konnte. Den Facharzt für Rehabilitationsmedizin gibt es in Deutschland nicht.

Rehabilitationsmedizin ist die Wissenschaft des Koordinierens vielfältiger wissenschaftlicher und anderer Teilinformationen. Ziel der Rehabilitationsmedizin ist es, eine bestmögliche Annäherung an den Idealzustand zu schaffen, indem Hilfen und Mittel angeboten werden, damit ein nach heutigen Wertvorstellungen lebenswertes

Leben möglich ist. Das schließt auch die Hilfe zur Selbsthilfe mit ein. Rehabilitationsmedizin wird nach Scholz und Jochheim (1975) folgendermaßen definiert:

Rehabilitationsmedizin ist die Integration aller Möglichkeiten der Diagnostik der kurativen Medizin und Prävention in eine gezielte ärztliche Hilfe zur Selbsthilfe für körperlich, geistig und seelisch Behinderte zum Zwecke ihrer optimalen Rehabilitation, d.h. ihrer restlichen Eingliederung bzw. Wiedereingliederung in Familie, Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Als Fazit kann die Einsicht gelten, dass die Rehabilitation als ein Prozess verstanden werden muss, als ein Ganzes in verschiedenen Phasen mit vorgegebenen Zielen.

2. Medizinische Rehabilitation und ihre Leistungen

- Rehabilitationsdiagnostik
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung
 - im Krankenhaus
 - in Spezialeinrichtung
 - in häuslicher Umgebung
 - ambulant
 - teilstationär
- Pflegerische Maßnahmen
 - im Sinne aktivierender Krankenpflege
- Arznei- und Verbandstoffe
- Hilfsmittel
 - Krankengymnastik
 - Ergotherapie
 - Bewegungstherapie
 - Sprachtherapie
 - Ausstattung mit Körperersatzteilen (Prothesen)
 - Ausstattung mit orthopädischen Hilfsmitteln (Orthesen)
 - Arbeitstherapie
 - Belastungserprobung

- Anwendungsarten der Heilmittel im Detail:
 - passive und aktive Bewegung
 - apperative und mechanische Maßnahmen
 - Massagetechniken
 - Atem- und Inhalationstherapie
 - Wärme- und Strahlenanwendung
 - Elektrotherapie
 - Bäder/Güsse/Packungen
 - gesundheitserzieherische Maßnahmen
 - sozialpädagogische / heilpädagogische Maßnahmen
 - psychologische und psychotherapeutische Hilfen
 - verschiedene alternative Heilmittel

Rehabilitation in einer Spezialklinik wie dem Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk findet u.a. statt, wenn:

- eine wohnortnahe Therapie nicht vorhanden oder nicht ausreichend ist
- besondere Leistungen notwendig sind, die weder von der Akutklinik noch niedergelassenen Ärzten geleistet werden können
- ein Milieuwechsel bzw. Veränderungen des sozialen und persönlichen Umfeldes angezeigt ist
- nach gesetzlichen Regelungen eine AHB-Maßnahme notwendig ist.

Zur Rehabilitation gehören ferner:

- Tag / Nachtkliniken
- Beratungsstellen
- therapeutische Wohngemeinschaften
- Übergangswohnheime
- Elterninitiativen
- Initiativgruppen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialpädiatrische Zentren
- Werkstätten für Behinderte (WFB)
- Rehabilitandenclubs u.a.

Vor Beginn aller Maßnahmen wird ein Gesamtplan der Rehabilitation erstellt. Dieser beinhaltet alle voraussichtlich in Frage kommenden Maßnahmen und Leistungen, die so verzahnt sind, dass eine Eingliederung zielgerichtet stattfinden kann. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht der Rehabilitand.

3. Rehabilitationsdiagnostik

Diese erste und wichtige Maßnahme wird von Arzt und Mitarbeitern des therapeutischen Bereiches durchgeführt. Zuerst muss das Leistungsniveau festgestellt werden:

- körperlicher Schaden/Selbstversorgung
- psychische Leistungsfähigkeit
- Stimmung
- Verhalten
- Selbsteinschätzung (Intellekt)
- soziales Umfeld
- Kommunikation
- sonstige Störungen

Prinzipiell gilt, dass beim Erstellen eines Reha-Konzeptes immer die Lebensumstände des Menschen rückblickend, aktuell und vorausschauend berücksichtigt werden müssen.

Nach abgeschlossener Diagnostik und Hinzuziehen externer Daten kann der Reha-Plan erstellt werden. Dieser ist flexibel und beinhaltet Teil-, Nah- und Fernziele. Er wird wenn notwendig verändert, angepasst, variiert und ergänzt.

Für einen optimalen Rehabilitationsverlauf ist die Beobachtung des Rehabilitanden und die ständige Abstimmung zwischen Ist-Zustand und den eingesetzten Mitteln. Alle Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt sein. Der Rehabilitand muss wissen, was und warum das ein oder andere mit "ihm geschieht". Er darf nicht zum therapeutischen Objekt werden. Er muss verstehen und ggf. lernen, warum die ein oder andere Heil- oder Hilfsmaßnahme angezeigt ist.

Seine Eigenverantwortung, Einsicht und Selbständigkeit muss - je nach seinen Möglichkeiten - gefordert und gefördert werden. Für das Einhalten und die Teilnahme an den Therapien ist er selbst verantwortlich. Kontrollen bleiben jedoch notwendig.

So sollte er den Weg zum Therapeuten gehen (nicht umgekehrt). Ihm muss eine alltagsnahe Situation geschaffen werden, in der er langsam eine Steigerung und Kontinuität der Gesamtbelastbarkeit erlebt; bis zur vollständigen Belastungsfähigkeit. Zur Zeit nehmen ca. 11 Millionen Menschen rehabilitative stationäre Maßnahmen in Anspruch. Davon verlassen ca. 20% die Institutionen mit Dauerschäden.

Eine Kooperation zwischen Rehabilitand, Angehörigen, Arzt, Krankenpflegepersonal und Therapeuten ist nicht immer leicht zu erreichen und häufig nicht störungsfrei. Es gibt personen-, sach-, und situationsgebundene Störfaktoren, die manchmal schwer, selten gar nicht zu beseitigen sind. Wir dürfen nicht die individuelle Einstellung oder Einsicht des Rehabilitanden, unterschiedliche Erfahrungen, Meinungen, Wertvorstellungen und Lösungsstrategien der Reha-Fachleute außer acht lassen. Nicht selten treten Akutsituationen im medizinischen, psychischen oder psycho-somatischen Bereich auf, die den Reha-Verlauf verzögern oder beeinträchtigen können. Mit einbezogen sein müssen die Erwartungen, Hoffnungen vom Rehabilitanden und seinen Angehörigen an die Leistung der Reha-Fachleute.

Grundlagen für die Erstellung eines Therapieplanes sind die

- ärztliche Befunderhebung / Leistungsniveau
- Sozial-Anamnese
- Pflege-Anamnese / Pflegekategorie
- psychologisches Eingangsgespräch / Befund / Test
- erhobener Eingangsstatus verschiedener Fachdisziplinen
- Schulvorstellung in der Krankenhausschule
- Wünsche, Neigungen des Rehabilitanden
- Hinzufügen externer Daten
 - Konsile
 - Vorbefunde
 - Informationen von Eltern und Rehabilitand

Je nach Ergebnis der Gesamtdiagnose werden bei den Therapieinhalten und der Therapieintensität Prioritäten gesetzt. Es werden Nah-, Zwischen- und Fernziele formuliert. Dabei ist die Therapiekoordination wichtig! Wie sind die einzelnen Therapien inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt? Wer kennt die individuelle Situation des Rehabilitanden am besten? Wer übernimmt die Therapiekoordination? Hier stößt man in der Praxis häufig auf Hindernisse. Der Rehabilitand einerseits möchte viel Therapien (oder auch nicht), aber auch viel freie Zeit für sich und seine außertherapeutischen Interessen. Der Therapieplan ist nicht nur ein Aneinanderreihen verschiedener therapeutischer Maßnahmen, sondern eine aufeinander abgestimmte Endsumme. Therapieinhalte und Therapieintensität müssen überprüft und der aktuellen Situation / Leistungsstand und Vorfassung des Menschen angepasst werden.

4. Der Rehabilitand im Rehabilitationskrankenhaus

Den Rehabilitanden erwartet im Rehabilitationskrankenhaus nach dem Aufenthalt in einer Akutklinik eine erhebliche veränderte Struktur. War er in der Akutklinik zu einer überwiegenden Passivität gezwungen, wird jetzt von ihm Aktivität verlangt. Ohne seine aktive Mitarbeit ist Rehabilitation nicht möglich. Unter therapeutischer Anleitung soll der Rehabilitand seine physische und psychische Leistungsfähigkeit wiedererlangen. Mit fortschreitender physischer Leistung steigt sein Selbstvertrauen, welches zu einer Verbesserung seiner psychischen Verfassung führt. Trotz allem begleiten den Rehabilitanden die verschiedensten Ängste. Angst vor dem Alleinsein ohne Angehörige; Rehabilitationskrankenhäuser sind selten in der Nähe des Wohnortes. Angst vor der Zukunft mit bleibender Behinderung. Angst vor dem Zurückziehen von ehemaligen Freunden und Bekannten auf Grund der eigenen Behinderung. Die genannten Ängste veranlassen den Rehabilitanden entweder zu übersteigertem Leistungsverhalten, um sich und der Umwelt zu beweisen, dass er schnell wieder "der Alte" ist, oder er verfällt in Resignation vor dem Aufwand den er betreiben soll um wieder "der Alte" zu sein. Diese Verhaltensweisen des Rehabilitanden erkennt das Pflegepersonal auf Grund seiner ständigen Präsenz oft eher als andere Berufsgruppen.

5. Das Kind in der Rehabilitation

Was bedeutet es, wenn ein Kind, durch welche Umstände auch immer, aus seiner bisherigen Umwelt herausgerissen wird.

Der Mensch wird in der Anthropologie als "soziokulturvolles Wesen" bezeichnet. Damit will man zum Ausdruck bringen, dass er von Geburt an auf Mitmenschen und soziale Bedingungen angewiesen ist. Der Basler Anthropologe A. Portmann bezeichnet ein Kind sogar als "normalisierte Frühgeburt". Das heißt, ein Kind muss das, was die Natur noch nicht ausreichend hervorgebracht hat, nämlich die "menschliche Lebensweise", erst im "sozialen Mutterschoß" der Familie lernen. Die Gefährdung des neugeborenen Menschen durch sein natürliches Unfertigkeitsein wird durch soziale Fürsorge und durch erzieherisch unterstütztes Lernen ausgeglichen.

Die Entwicklung spezifisch menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten wie z.B. aufrechter Gang, Sprechen, Denken, Fühlen, sittliches Empfinden, ist also offensichtlich kein biologischer Vorgang der gleichsam von selbst im Zentralnervensystem abläuft, sondern im wesentlichen ein Prozess, der von außen. Also von der Umwelt, durch psychologische Faktoren wie emotionale Bindung, Zuneigung, Ermutigung, d.h. durch Erziehung angeregt und gefördert werden muss. Bei einer Erziehung, die nicht auf individueller Zuwendung und Anregung beruht, wird ein Kind sowohl in seiner körperlichen als auch vor allem in seiner geistigen Entwicklung zurückbleiben. Beispiele dafür sind "hospitalisierte, verwilderte und verwahrloste" Kinder:

Die indische Mission Singh entdeckte 1920 in einer Wolfshöhle zwei verwilderte Mädchen, die tierähnliches Verhalten zeigten. Die etwa 9 Jahre alten Mädchen, die vermutlich als Säuglinge ausgesetzt wurden, konnten rasch "auf allen Vieren" laufen, aber weder aufrecht stehen noch gehen und wehrten sich durch Beißen und Kratzen. Sie aßen am liebsten rohes Fleisch. Tagsüber schliefen sie, während sie nachts herumschweiften. Ihr Sprechen beschränkte sich auf das Ausstoßen von Erregungslauten. Das eine Mädchen starb sehr bald, das andere "Kampala" genannt, lebte noch 9 Jahre im Hause des Missionars. Trotz intensiver Förderung entwickelten sich bei ihr menschliche Merkmale nur sehr kümmerlich. "Kampala"

vermochte erst nach 5 Jahren aufrecht zu gehen, ohne je laufen zu können. Im aktiven Wortschatz brachte sie es bei ihrem Tode nur auf wenige Wörter.

In diesem Zusammenhang nennt auch die Entwicklungspsychologie Beispiele: Rene Spitz untersuchte in Säuglings- und Kinderheimen Kinder, die für Kurze oder auch längere Zeit von der Mutter getrennt lebten. Er registrierte bei diesen Kindern ein starkes Absinken des gesamten Entwicklungsstandes. Je länger die Kinder solche Entbehrungen auf sich nehmen mussten, umso weniger gelang es ihnen später -selbst unter günstigen Bedingungen- den Rückstand wieder gutzumachen. Generell darf deshalb ein enger Bezug zwischen dem gesamten Erziehungsmilieu und der geistigen Entwicklung eines Kindes angenommen werden.

Diese Hinweise aus der Psychologie bzw. Pädagogik verdeutlichen, wie wichtig eine "normale Entwicklung" im Kindesalter ist und welcher Bedeutung einer Unterbrechung zukommt.

Zurückkommen möchte ich nun auf meine am Anfang gestellte Frage: Was bedeutet für ein Kind ein Krankenhausaufenthalt ? bzw. das Leben in einiger Entfernung von der bisherigen, vertrauten Umgebung ?'

Mit dem Hintergrund von jahrzehntelangen Beobachtungen an verschiedenen Kinderkliniken möchte ich behaupten, dass dies zunächst ein psychisches Trauma bedeutet. Das Kind erlebt sich selbst als eingeschränkt in seinem täglichen Dasein, bedingt durch seine Krankheit. Es kann seine Umwelt nur mit Hilfe seiner Angehörigen oder von Betreuungspersonen erfahren, bzw. muss sie sich sogar ans Bett bringen lassen. Es hat große Ängste - Was ist mit mir los ? Werde ich wieder gesund ? Es sieht, dass sich seine Eltern und Geschwister große Sorgen machen, und es versucht, diese zu trösten. Es vermisst seine Spielkameraden. Schulpflichtige Kinder beschäftigt außerdem noch, ob sie nach langer Krankheit überhaupt wieder in den alten Klassenverband zurückkommen können; oder so sehr wichtiges wie: "Kann ich jemals wieder Fußball spielen ?" "Muss ich nun immer diese Tabletten einnehmen ?"

All diese Fragen machen uns, den Betreuern, deutlich, mit wieviel Ängsten und Phantasien ein Krankenhausaufenthalt beim Kind verbunden ist.

Was erwarten Kinder von einer Rehabilitationsmaßnahme ?

Bei den meisten Kindern spielen die vorangegangenen Erfahrungen durch Aufenthalte in der Akut-Klinik eine große Rolle. Je negativer die Erfahrungen eines Kindes mit Krankheit und früheren Krankenhaus-Aufenthalten ist, desto größer ist die Verunsicherung der Kinder in der Rehabilitation.

Deshalb richten sich die Erwartungen des kranken Kindes nach seinen bisherigen Erfahrungen und aber auch ganz besonders nach seinen Bedürfnissen. Wobei das größte Bedürfnis, die Nähe zu seinen Eltern in der Regel an erster Stelle rangiert. Erst danach kommen Fragen zum Tagesablauf, nach Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten und nach anderen Kindern.

Aus all diesen genannten Bedürfnissen heraus ist die Erwartung des Kindes zu verstehen, soviel Vertrautheit mit Personen und Lebensgewohnheiten in die fremde Welt des Rehabilitationskrankenhauses mitzunehmen, wie nur eben möglich. Hoffnung auf Heilung bzw. Milderung des derzeitigen Krankheitszustandes spielen zumindest bei kleineren Kindern eine zweitrangige Rolle, umso mehr bei den "Großen". Deren Ängste und Fragen nach ihrer Krankheit müssen ernst genommen werden. Sie erwarten Hilfe bei der Aufarbeitung der meist durch die Erkrankung bedingten Entwicklungsrückstände.

Was erwarten Eltern von einem Rehabilitations-Aufenthalt ?

Vorrang vor allen anderen Erwartungen hat bei Eltern die gesundheitliche Entwicklung ihres Kindes und die damit verbundenen Maßnahmen. Sie haben auch Ängste, Ansprüche und Hoffnungen in unterschiedlicher individueller Intensität. Sie fordern fachmännischen Rat, Unterstützung und Hilfe, um die große Verantwortung im Gesundheitsprozess ihres Kindes zu teilen, ohne letztendlich diese Verantwortung abgeben zu müssen. Sie erheben Anspruch auf bestmögliche medizinisch-rehabilitative Versorgung unter Einbeziehung aller seelischen Belange; ebenso eine hohe berufliche Qualifikation aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen.

Sie erwarten auch eine pädagogische Betreuung ihrer Kinder sowohl im Zusammensein mit anderen Kindern als auch im Alltagsleben auf der Station bzw. im Krankenhaus.

Sind Erziehungsziele wichtig im Rehabilitationskrankenhaus, bzw. Welchen Stellenwert hat Erziehung in der Rehabilitation ?

Immanuel Kant hat einmal gesagt, daß der Mensch das einzige Wesen ist, das erzogen werden muss. Er ist das, was Erziehung aus ihm macht.

Oberstes Ziel pädagogischer Arbeit mit Kindern in der Rehabilitation muss Hilfe zu größtmöglicher Autonomie jedes Einzelnen sein. Die Kinder sollen lernen, ohne fremde Hilfe die Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen, d.h. sie sollen lebenspraktische Fähigkeiten entwickeln, wie z.B. persönliche Sauberkeit.

Sie sollen Lebenstüchtigkeit erwerben im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Aber nicht nur das Ziel, die im Kinde angelegten Möglichkeiten zu fördern, ist wichtig. Wichtig ist auch die soziale Eingliederung, z.B. der Umgang mit Anderen in der Schule oder in der Gesellschaft.

Das bedeutet eigene und fremde Grenzen zu erkennen, einzuschätzen und auch konstruktive Kritikfähigkeit entwickeln. Es ist ebenso erforderlich, jedem Kinde Wertvorstellungen zu vermitteln, an denen es seine Bedürfnisse und die wechselnden Forderungen seiner Umwelt bzw. der Gesellschaft messen kann und daraus resultierend seinem Handeln ein Mindestmaß an Kontinuität verleiht. Das Kind soll lernen, Werte zu unterscheiden und zwischen ihnen zu wählen.

Die Erziehung spielt also im Rehabilitationsbereich eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wie können nun wir als Rehabilitationskrankenhäuser all den genannten Anforderungen gerecht werden ?

Ein Leitsatz der UNESCO lautet, dass Kinder ein fundamentales Recht auf bestmögliche medizinische Behandlung haben. Auf der 1. Europäischen Konferenz "Kind im Krankenhaus" Mai 1988 in Leiden (Holland) wurden zehn Punkte verabschiedet, von denen ich einige herausheben möchte, weil sie ganz besonders für die Arbeit im Rehabilitationskrankenhaus wichtig sind:

- Kinder und Eltern haben das Recht, in angemessener Art ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden. Es sollen Maßnahmen ergriffen werden, um körperlichen und seelischen Stress zu mildern,
- Kinder und Eltern haben das Recht, in allen Entscheidungen, die ihre Gesundheitsfürsorge betreffen, einbezogen zu werden.
- Das Kind soll vor unnötigen medizinischen Behandlungen und Untersuchungen geschützt werden.

- Kinder sollen gemeinsam mit Kindern betreut werden, die von ihrer Entwicklung her ähnliche Bedürfnisse haben. Kinder sollen nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden.
- Es soll keine Altersbegrenzung für Besucher von Kindern im Krankenhaus geben.
- Kinder haben das Recht auf eine Umgebung, die ihrem Alter und ihrem Zustand entspricht und die ihnen umfangreiche Möglichkeiten zum Spielen, zur Erholung und Schulbildung gibt. Die Umgebung soll für Kinder geplant, möbliert und mit Personal ausgestattet sein, das den Bedürfnissen von Kindern entspricht,
- Kinder sollen von Personal betreut werden, das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien einzugehen.
- Die Kontinuität in der Pflege kranker Kinder soll durch ein Team sichergestellt sein.
- Kinder sollen mit Takt und Verständnis behandelt werden und ihre Intimsphäre soll jederzeit respektiert werden.

Das Kinderhaus im Hegau-Jugendwerk

Im Kinderhaus leben 44 stationär aufgenommene Kinder, vom Vorschulalter bis zur Pubertät. In vier familienähnlich strukturierten Gruppen wohnen jeweils 11 Kinder, welche individuell und umfassend medizinisch-pflegerisch, schulisch und psychosozial betreut werden. Ein konstanter Mitarbeiterstab fungiert immer in der gleichen Gruppe bzw. bei denselben Kindern. Diese Kollegen sind für die spezifische Betreuung im Tages- und Nachtablauf verantwortlich.

Im stationären Bereich des Kinderhauses sind 19 Mitarbeiter des Pflegedienstes und sechs Sozialpädagogen tätig,

Die Konzeption des Kinderhauses wurde sowohl baulich, als auch von der inhaltlichen Arbeit her nach aktuellen Gesichtspunkten der Gruppendynamik und Individualpädagogik erstellt.

6. Rehabilitative Krankenpflege

Mit der Etablierung und steten Entwicklung der Rehabilitationsmedizin in unserer Gesellschaft wurden auch die Aufgaben des Pflegedienstes in der Rehabilitation ständig verändert und mit neuen Inhalten gefüllt.

Bezeichnend für den Aufgabenbereich einer Pflegekraft in der Rehabilitation ist ihre anerkannte und bedeutende Mitarbeit in einem multiprofessionellen Therapeutenteam, welches sich zum Ziel gesetzt hat, den individuellen Rehabilitationsprozess der anvertrauten Rehabilitanden so zu gestalten, dass sich die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Erkrankung bzw. Behinderung auf ein Minimum beschränken.

Neben den üblichen, aus der Akutklinik bekannten pflegerisch - medizinischen und administrativen Tätigkeiten liegen die Aufgabenschwerpunkte des Pflegedienstes im Rehabilitationsbereich unter anderem

- in der Hilfe zur Selbsthilfe (z.B. ATL's),
- im Umsetzen von therapeutischen Elementen in den Alltag (Therapiepflege),
- in der aktivierenden und motivierenden Betreuung,
- in der psychosozialen bzw. pädagogischen Begleitung und
- in der Kooperation mit Angehörigen bei pflegerelevanten Tätigkeiten und deren Anleitung.

Nicht nur die eine therapeutische Stunde bzw. der Therapieplan fördert die Kinder in ihrer Gesamtentwicklung, sondern auch ganz besonders das therapeutische Milieu der anderen "23 Stunden" im Zusammenleben über Wochen und Monate auf der Gruppe.

Diese veränderten Inhalte der "reaktivierenden - therapeutischen" Krankenpflege verlangen von den Pflegenden ein hohes Maß an Wissen und Flexibilität, welches durch gezielte Einarbeitung in den einzelnen Rehabilitationskliniken, aber auch durch laufende Fortbildungen jeder einzelnen Pflegekraft, ständig erweitert wird.

Die Krankenpflege in der ambulanten oder stationären Rehabilitation gestaltet sich in Form aktivierender Maßnahmen im Sinne der ganzheitlichen Betreuung und An-

leitung am Rehabilitanden. Ziel dieser im eigentlichen Sinne pädagogischen Tätigkeit ist die Wiederherstellung körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Fähigkeiten.

Aktivierende Maßnahme sollen dem Rehabilitanden dazu verhelfen, frühstmöglich eine Verbesserung seiner verlorengegangenen Fähigkeiten zu erreichen und Folgeschäden zu vermeiden. Veränderungen und Fortschritte können durch spezielle Maßnahmen und unmittelbaren und konstanten Kontakt zum behinderten Menschen erreicht werden. Dieser intensive Kontakt entsteht am ehesten während eines oft monatelangen Rehabilitationsverlauf zwischen Krankenpflegepersonal und Rehabilitanden.

In der Rehabilitationsklinik gibt es für die Krankenpflege ebenso eigenständige Gebiete, für die sie speziell ausgebildet und allein kompetent ist. Einen großen Raum nimmt aber die therapeutische Krankenpflege ein, oft auch als "co-therapeutische" Aufgaben benannt. In der Krankenpflegeausbildung ist das Fach "Rehabilitation" Unterrichtsfach. Spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden dann aber meist in der Praxis erworben. Hierfür sind erfahrene und geschulte Mitarbeiter zuständig. Eine spezielle Einarbeitung und Fortbildung muß gewährleistet sein. Eine Fachausbildung zur Fachkrankenschwester/-pfleger für Rehabilitation wird angestrebt.

Die Aufgabenstellung erfordert eine enge Verzahnung mit anderen, in der Rehabilitation tätigen Fachgruppen, die zum Erreichen des Therapiezieles für den Rehabilitanden einen individuellen Therapieplan aufstellen, der sich an den noch vorhandenen Fähigkeiten und der Belastbarkeit des Rehabilitanden orientiert. Die Mitarbeiter im Pflegedienst müssen daher großes Interesse an der Kooperation mit anderen Berufsgruppen haben, sozial kompetent sein und den Menschen Rehabilitanden in den Mittelpunkt stellen. Jeder Mitarbeiter muß vom anderen wissen, was er tut, wie er etwas tut und mit welcher Zielsetzung. Dazu dienen Team- und Fallbesprechung.

Der Aufgabenbereich einer Krankenpflegeperson in der Rehabilitation kann wie folgt umschrieben werden:

- Beobachtung von Verhalten und Fähigkeiten des Rehabilitanden außerhalb der Therapien
- Ermitteln des Selbstständigkeitsprofils im Alltag
- Beobachtung im Rahmen der üblichen Grund- und Behandlungspflege

- Aktivierende Pflege und Anleitung zur Unabhängigkeit im Alltag (Körperpflege, Ausscheidungen, Ernährung, Bekleidung u. a.)
- Verhinderung von Sekundärschäden
- Durchführung der speziellen Pflegemaßnahmen
- Förderung der Kommunikation und soziale Integration
- Umsetzen/Verfolgen von therapeutischen Ansätzen im Alltag = Therapiepflge
- Psychosoziale Betreuung im Alltag
- Koordination des Tagesablaufes
- Gesundheitserziehung
- Orientierungstraining
- Einsatz von Hilfsmitteln
- Vermitteln fachspezifischer Gesichtspunkte an Mitarbeiter anderer Fachbereiche
- Interne Fortbildung anderer Fachbereiche
- Mitarbeit an Behandlungsplänen und Behandlungszielen
- Anleitung von Praktikanten, Zivildienstleistenden und unausgebildeten Hilfskräften
- Anleitung von Angehörigen
- Eigene Fortbildung einschließlich Supervision
- Mitplanen und Gestalten von Freizeitaktivitäten

7. Das Pflegeteam im Rehabilitationskrankenhaus

Rehabilitative Krankenpflege ist immer unter dem Begriff "Hilfe zur Selbsthilfe" zu sehen. Das heißt: Die gesamte Tätigkeit des Pflegepersonals zielt darauf ab, den Rehabilitanden, soweit es für ihn möglich ist, zu verselbständigen. Dies stellt an das Pflegepersonal im Rehabilitationskrankenhaus andere Anforderungen als in der Akutklinik. Ist in Akutkliniken der somatische Bereich der Pflege überwiegend, liegt er in der rehabilitativen Krankenpflege eher im psychischen und pädagogischen Bereich und in der Anleitung den Alltag selbständig zu meistern. Während des Aufenthalts in der Akutklinik war der Rehabilitand zu überwiegender Passivität verurteilt. Das Pflegepersonal versorgte den Rehabilitanden in den meisten persönlichen Verrichtungen, ganz abgesehen von der Grundpflege und Behandlungspflege.

Im Rehabilitationskrankenhaus begegnet dem Pflegepersonal ein in physischer Hinsicht anderer Rehabilitand. Er macht oft einen relativ gesunden Eindruck. Er liegt nicht mehr nur im Bett. Er verlässt beispielsweise die Station, und damit die Obhut des Pflegepersonals, um seine Therapien zu besuchen, Einkäufe außerhalb des Krankenhauses zu tätigen und ähnliches. Grundpflege benötigt der Rehabilitand so gut wie nicht und wenn, dann in anderer Form. Behandlungspflege findet in sehr geringem Umfang statt. Im Vordergrund stehen Betreuung, Begleitung und Unterstützung sowie organisatorische und administrative Tätigkeiten.

Im Rehabilitationskrankenhaus stehen - orientiert am Krankheitsbild des Rehabilitanden - andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Berufstherapeuten, Psychologen, Ärzte und Andere im Vordergrund. Diese Berufsgruppen stehen teilweise so im Vordergrund, dass die Rolle des Pflegedienstes von Vielen nicht mehr deutlich genug zu erkennen ist.

Die Erwartungen des Rehabilitanden und seiner Eltern an das Pflegeteam sind vielfältig:

- es soll Sorge tragen, dass mit ihm etwas geschieht
- es soll für Zuwendung sorgen
- es soll Zeit für ihn haben, wann immer er es wünscht
- es soll mit ihm spielen und sich mit ihm beschäftigen
- es soll immer gegenwärtig sein.

Die Therapeuten und der Arzt machen ihn gesund, der Pflegedienst ist für ihn da. Daraus ergeben sich für den Pflegedienst so verschiedene Rollen wie:

- ⇒ Erzieher
- ⇒ Aufpasser
- ⇒ Vermittler
- ⇒ Ansprechpartner
- ⇒ Beobachter
- ⇒ Mit-Entscheider
- ⇒ Freizeitpartner
- ⇒ Motivator
- ⇒ Verstärker
- ⇒ Gesprächspartner
- ⇒ ausfahrendes Organ der Behandlungspflege

⇒ Team-Mitglied

⇒ Co-Therapeut

Die verschiedenen Rollen des Pflegedienstes werden auch an einem exemplarisch skizzierten Tageslauf deutlich:

07.00 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Übergabe durch die Nachtwache
07.10 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Frühstück vorbereiten• den Rehabilitanden beim Waschen bzw. Duschen helfen• Hilfe beim Anziehen• Rundgang durch die Zimmer• "Langschläfer" zum Aufstehen ermuntern. Auf Ordnung in den Zimmern achten• Medikamentenausgabe
07.30 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Hilfestellung beim Frühstück• Rehabilitanden an Therapien erinnern oder hinbegleiten• Behandlungen durchführen• Rehabilitanden ohne Therapien beschäftigen administrative und organisatorische Aufgaben erledigen (Termine vereinbaren, Absprachen, Kardex-Eintragungen etc.)• Rehabilitandenwäsche versorgen
12.00 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Mittagessen (analog Frühstück)
14.15 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Übergabe an Spätdienst mit Ärzten, Psychologen und Pädagogen
	<ul style="list-style-type: none">• danach - analog Frühdienst
17.00 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Abendessen (analog Frühstück und Mittagessen)
18.00 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Freizeitgestaltung mit Rehabilitanden unter besonderer Berücksichtigung der stärker Behinderten• Behandlungen durchführen• zu Bett bringen der unselbständigen Rehabilitanden
21.45 Uhr	<ul style="list-style-type: none">• Übergabe an die Nachtwache

Für den Rehabilitanden wie für das Pflegepersonal bedeutet die Rehabilitation eine völlig andere Situation als der Aufenthalt, bzw. die Arbeit im Akutkrankenhaus. Während im Krankenhaus in erster Linie der akute körperliche Anteil der Gesund-

heitsstörung im Vordergrund steht, muss in der Rehaklinik die Gesundheitsstörung im psycho-sozialen Kontext, d.h. vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebensumstände interpretiert und behandelt werden.

Rehakliniken sind nur selten in Heimatnähe. Das bedeutet für den Rehabilitanden neben der oft schwierigen Umstellung von der passiven Rolle "Rehabilitand" in eine aktive Rolle, auch eine längere Trennung von der gewohnten Umgebung, von Familie und Freundeskreis. Für das Krankenpflegepersonal bedeutet die Arbeit in der Rehabilitation, dass die ursprüngliche pflegerische Aufgabe mehr oder weniger in den Hintergrund tritt. Die Kommunikation mit den Kranken / Behinderten erhält eine zentrale Bedeutung.

Die WHO definiert: "Rehabilitation ist die Gesamtheit der Aktivitäten, die nötig sind, um dem Behinderten bestmögliche körperliche, geistige und soziale Bedingungen zu sichern, die es ihm erlauben, mit seinen eigenen Mitteln einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft einzunehmen." Rehabilitative Krankenpflege ist aktivierende Krankenpflege mit dem Hauptziel der Verselbstständigung des Rehabilitanden in den elementaren Lebensbedingungen. In alltagsähnlichen Situationen soll der Rehabilitand auch mit pflegerischer Hilfe seine psychische, physische und soziale Stabilität wieder erreichen.

8. Aufgaben und Stellung des Pflorgeteams in der Rehabilitation

Die Krankenschwester / der Krankenpfleger übernehmen eine für den Rehabilitanden wichtige Stellung in der Institution Rehaklinik, da sie für ihn sehr enge und jederzeit verfügbare Vertrauenspersonen sind.

Obwohl in der Rehabilitation andere Berufsgruppen (Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Berufstherapeuten, Ärzte etc.) im Vordergrund stehen, kommt dem Pflegedienst doch eine sehr tragende Rolle zu.

Die hohen Anforderungen, die Rehabilitanden, Angehörige sowie andere Berufsgruppen an den Pflegedienst haben, setzen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Flexibilität, Diplomatie sowie Menschenkenntnis voraus. Es wird sehr viel von der eigenen Persönlichkeit des Pflegenden abverlangt. Wie kann eine Pflegekraft, die nicht bereit ist, sich selbst in den Stationsalltag einzubringen, die ihre Persönlichkeitsziele nicht kennt und ihr Menschenbild nicht für sich definiert hat, erwarten,

dass sie für die Rehabilitanden Vorbildcharakter hat oder das Vertrauen und die Achtung der Rehabilitanden und der anderen Teammitglieder erreicht?

Um eine für den Rehabilitanden wirklich erfolgreiche Rehabilitation zu erzielen, ist die Kooperation und Auseinandersetzung mit den anderen Berufsgruppen unbedingt erforderlich. Dies ist sicher nicht immer ganz einfach. Da jede Berufsgruppe den Rehabilitanden aus ihrem eigenen fachspezifischen Blickwinkel sieht und beurteilt, kann es dadurch zu Interessenkonflikten kommen. Zur Erreichung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes ist der Erfahrungsaustausch mit allen Berufsgruppen unabdingbar. Schließlich ist die Umsetzung des in der Therapie Gelernten in den Alltag des Rehabilitanden eine der pflegerischen Aufgaben in der Rehabilitation.

Zudem trägt die Krankenschwester / der Krankenpfleger durch diesen Erfahrungsaustausch und die Interaktion mit anderen Berufsgruppen wesentlich zu einem guten Klima innerhalb des therapeutischen Teams bei.

Es ergeben sich in der Rehabilitation folgende Aufgaben für den Pflegedienst:

Beobachtung

- Krankenbeobachtung
- Verhaltensbeobachtung

Training

- Selbsthilfetraining
- Orientierungstraining
- Toilettentraining
- Sozialtraining

Hilfestellung

- bei der täglichen Bewältigung von Alltagssituationen
- bei täglichen Verrichtungen
- beim Planen und Gestalten der Freizeit
- bei der Krisenbewältigung

Motivation

Beratung

Erziehung; auch Gesundheitserziehung

Der Pflegedienst übernimmt zusätzlich oftmals die Rolle des Freundes oder ist eine Art Elternersatz.

8.1 Beobachtung

Durch die ständige Anwesenheit des Pflegepersonals - über 24 Stunden - erlebt dieses den Rehabilitanden in seinem gesamten Tagesablauf. Sie erleben seine Freude, aber auch seine Trauer, seine Reaktionen in sich wiederholenden Situationen wie auch in außergewöhnlichen Situationen. Körperliche Veränderungen spielen ebenso wie in der Akutklinik auch in der Rehabilitation eine maßgebliche Rolle: Trübt der Rehabilitand, der eine Liquorabflussdrainage hat, ein? Ist die Schädeldecke über der Knochenlücke verstärkt eingesunken? Hat der Rehabilitand Schluckstörungen, Sensibilitätsstörungen?, etc. Ebenso wichtig ist es, die Reaktionen und das Verhalten der Rehabilitanden zu sehen. Nicht nur die physische sondern auch die psychische Verfassung des Rehabilitanden haben Einfluss auf dessen Leistungsfähigkeit. Hat der Rehabilitand zum Beispiel Differenzen mit einem Mit Rehabilitanden, welche ihn psychisch belasten, ist dies auf der Station sehr schnell spürbar. Diese Beobachtung ist für die anderen Therapeuten wichtig, da sie sich auf Leistung und Mitarbeit des Rehabilitanden auswirken kann. Ist der Rehabilitand traurig oder aggressiv, besteht ein großer Unterschied darin, ob er sich z.B. in der Therapie Überfordert fühlt, ob er starkes Heimweh hat oder ob er sich nur mit einem Mit Rehabilitanden gestritten hat. Geht es dem Rehabilitanden sehr gut, könnte es sein, dass er am Wochenenden überraschend Besuch hatte oder aber er hat bei sich einen weiteren Fortschritt beobachten können. Alle Ursachen evtl. psychischer Veränderungen spielen bei der Planung des weiteren Therapieablaufes eine große Rolle und müssen deshalb richtig eingeordnet und an andere Berufsgruppen weitergegeben werden.

8.2 Beratung

Das Pflegepersonal wird durch seine ständige Präsenz auch vermehrt zur Bezugs- und Vertrauensperson für alle Probleme des Rehabilitanden. Hier kann er immer Fragen stellen, wann immer sie auftauchen, rund um die Uhr. Bei solchen Gesprächen, in denen sich der Rehabilitand einen Rat holen möchte, sind Diagnose und soziales Umfeld zu berücksichtigen. Wichtig ist auch zu wissen, ob sich der Rehabilitand mit der gleichen Frage auch an andere gewandt hat und welchen Rat er bekommen hat. Die Gefahr zu unterschiedlicher Problemlösungen wird um so größer, je weniger man sich im Team informiert.

8.3 Selbsthilfetraining

Dem Rehabilitanden sollen bei einer rehabilitativen Krankenpflege Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie er trotz seiner Behinderung die täglichen Verrichtungen selber machen kann. Selbsthilfetraining geschieht in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie: Dem Rehabilitanden sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie er trotz seiner Behinderung die täglichen Verrichtungen alleine bewältigen kann. Das fängt morgens beim Waschen an und zieht sich über den gesamten Tagesablauf hinweg. Wie kann z.B. ein Rehabilitand mit einer Hemisymptomatik Zahnpasta auf die Bürste streichen? Wie kann er seine Schuhe binden oder seinen gesunden Arm waschen? Die Aufgabe des Pflegedienstes ist es nicht dem Rehabilitanden die Probleme zu erleichtern indem die Pflege alle schwierigen Tätigkeiten übernimmt. Vielmehr ist die Demonstration und die Anleitung die Hilfe, die der Pflegedienst dem Rehabilitanden zukommen lässt. Das kostet zwar sehr viel Zeit und Energie auf beiden Seiten, auch lassen sich Frust und Misserfolg nicht immer vermeiden. Das Selbstvertrauen des Rehabilitanden wird aber durch eigene Leistung wesentlich nachhaltiger gestärkt als durch eine bloße Versorgungshaltung des Pflegepersonals. In diesem Zusammenhang werden auch Ratschläge in Bezug auf den Umgang mit Hilfsmitteln (Einhänderbrettchen, Tellerrand, rutschfeste Unterlage usw.) und die Beschaffung geeigneter Kleidungsstücke (Schuhe mit Klettverschluss, Hosen mit Gummizug, weite Sweatshirts) gegeben.

8.4 Orientierungstraining

Viele Rehabilitanden mit Hirnschädigung haben Schwierigkeiten in der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Auch hier gibt es zahlreiche Möglichkeiten die Orientierung zu trainieren und wieder zu erlernen. Der Weg zu den Therapien wird eine Zeitlang immer in Begleitung des Pflegedienstes unternommen. Anfänglich übernimmt der Pflegedienst die Führung, zieht sich aber nach und nach zurück und lässt den Rehabilitanden sich seinen Weg unter Kontrolle allein suchen bis er ihn eines Tages sicher ohne Fremdhilfe findet. Hilfsmittel, wie Bildertafeln oder bunte Punkte an Türen dienen dem Finden bestimmter Räume. Symbole auf der Therapiekarte, sowie Tagespläne erleichtern den Umgang mit der Therapiekarte. Ein Kalenderbuch in dem alle wichtigen Ereignisse des Tages notiert werden, hilft bei Merkfähigkeitsstörungen und bei zeitlicher Orientierungslosigkeit.

8.5 Toilettentraining

Inkontinenz ist ein großes Problem, das den Rehabilitanden sehr belastet und einschränkt. Windeln oder Dauerkatheter sind eine schlechte und sicher keine dauerhafte Lösung. Sinnvoller ist es den Rehabilitanden regelmäßig zu bestimmten Zeiten (112 Stunde nach der Flüssigkeitszufuhr oder alle 2 Stunden) zur Toilette zu schicken oder zu begleiten. Wenn der Rehabilitand sich an diesen Rhythmus gewohnt hat, findet er seinen Weg zur Toilette bald selbst und erlangt so die eigenständige Kontrolle über seine Ausscheidungen zurück.

8.6 Sozialtraining

Durch einfühlsame Gespräche, Geduld und Zuwendung gewinnt der Rehabilitand zusehends an Selbstvertrauen. Er verliert die Scheu im sozialen Kontakt und lernt Fehlverhalten im Umgang mit anderen zu erkennen und zu steuern.

8.7 Hilfestellungen bei der Bewältigung von Alltagssituationen

Hiervon betroffen sind die verschiedensten Bereiche des tauglichen Lebens wie einen Brief verschicken, einen Telefonanruf tätigen, der Umgang mit Geld, das Benützen von Verkehrsmitteln, Ausfüllen von Formularen, Fahrplan lesen Schuhe putzen oder sich etwas für den persönlichen Bedarf zu kaufen. An einem Beispiel möchte ich aufzeigen, dass die Planung eines doch relativ einfachen Handlungsablaufes gut strukturiert werden muss, um nicht zu einem Fiasko für den Rehabilitanden zu werden. Beispiel Einkaufsbummel: Es muss mit dem Rehabilitanden vorab geklärt werden was und wo eingekauft werden soll. Wie viel Geld steht dem Rehabilitanden zur Verfügung und kann er sich mit seinen finanziellen Mitteln seinen Wunsch (oder Bedarf) überhaupt erfüllen? Sollte ein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden, muss der Fahrplan gelesen und die beste Verbindung herausgesucht werden. Anschließend bleibt noch zu klären wann der Rehabilitand Zeit hat und ob eine evtl. benötigte Begleitung dann auch mit ihm gehen kann. Viele Hilfestellungen sind nur in Form verbaler Erläuterungen nötig, häufig ist aber auch schrittweises Einüben der Situation nötig.

8.8 Planung und Gestaltung der Freizeitaktivitäten

Außerhalb der Therapiezeiten, also v.a. am Wochenende und abends, wissen viele Rehabilitanden nicht was sie mit ihrer Zeit anfangen sollen. Entweder sie haben, bedingt durch eine lange Krankheitsphase verlernt, ihre Freizeit sinnvoll und spaßbringend zu gestalten, oder sie haben es noch nie in ihrem Leben gekonnt. Anregungen und Hilfestellungen hierzu zu geben, fällt auch mit in den Bereich des Pflegedienstes. Rehabilitanden, die schon sehr selbständig sind, werden auf die Angebote der Klinik hingewiesen und motiviert diese wahrzunehmen (Freizeittherapie, Angebote des sozialpädagogischen Dienstes, Ausflüge, Gruppenaktivitäten auf der Station). Rehabilitanden, die nicht in der Lage sind diese Möglichkeiten wahrzunehmen, werden in einer kleinen Gruppe oder alleine z.B. beim Spiel oder einem Spaziergang betreut. Viele Freizeitaktivitäten haben gleichzeitig noch einen therapeutischen Nebeneffekt. So wird im Spiel das Sozialverhalten, die Ausdauer, Konzentration und Merkfähigkeit gefördert. Bei einem Spaziergang bietet sich ein Training der Orientierung und der Wahrnehmung an.

8.9 Pflge-therapeutische bzw. Co-therapeutische Aufgaben

Diese Aufgaben übernimmt der Pflegedienst schwerpunktmäßig parallel zu allen anderen Tätigkeiten des Tagesablaufes. Dabei müssen aber einige Grundsätze beachtet werden. Pflegekräfte sind keine Ersatztherapeuten, d.h. sie entwickeln keine eigenen Therapiekonzepte. Vielmehr setzen sie mit dem Rehabilitanden in Absprache mit den Therapeuten das Gelernte im Alltag um, sie wirken also therapieunterstützend. Voraussetzung dafür ist, dass dem Rehabilitanden immer wieder bewusst gemacht werden muss, dass die Therapiestunden alleine nicht ausreichend sind, um eine Verbesserung der Störung zu erlangen. Die pflge-therapeutische Arbeit verlangt vom Pflegedienst ein sicheres und breitgefächertes Wissen bzgl. der Ziele, Schritte und Gefahrenmomente dieses Trainings. Zudem ist ein laufende Rückmeldung an die Therapeuten dringend nötig.

Dem Rehabilitanden muss im Tagesablauf immer wieder bewußt gemacht werden, dass nicht allein die Therapiestunde in der Krankengymnastik, Logopädie oder Er-

gotherapie zu einer Verbesserung der motorischen oder psychischen Störung führen, sondern das Einsetzen des Erlernten in allen nur möglichen Bereichen und Situationen.

8.10 Motivation zur Therapie

Viele Rehabilitanden sind über einen sehr langen Zeitraum in einer Rehabilitationseinrichtung, oft direkt im Anschluss an einen längeren Klinikaufenthalt. Verständlicherweise stellt sich eine gewisse Therapiemüdigkeit ein. Andere Rehabilitanden sehen ihre Defizite und Störungen nicht oder schätzen sie falsch ein. Wieder andere haben ihr persönliches Ziel erreicht und betrachten daher für sich eine weitere Reha-Maßnahme als unnötig. Hier gilt es immer wieder im Gespräch mit dem Rehabilitanden dessen Situation zu klären und die Notwendigkeit der Therapie in Bezug auf seine Probleme und Defizite zu erläutern.

9. Rehabilitative Krankenpflege in der Früh-Rehabilitation

Die Krankenpflege in einer Abteilung für Früh-Rehabilitation ist weder mit der Pflege im Allgemeinkrankenhaus noch mit der Arbeit in allgemein-rehabilitativen Abteilungen vergleichbar. Die pflegerischen Aufgaben in der Früh-Rehabilitation orientieren sich einerseits an denen der neurologischen und neurochirurgischen Intensivpflege und andererseits an der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Früh-Rehabilitation nimmt die Pflege von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen besonders umfassenden Raum ein. Wie in der allgemeinen Rehabilitation sind auch hier Alters- und Entwicklungsstand besonders zu berücksichtigen. Die Rehabilitanden hatten schwerste Schädel-Hirn-Traumen, schwere Hirnschädigungen nach cerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Hirntumoren, Vergiftungen, Entzündungen, Sauerstoffmangel oder andere neurologische Erkrankungen. Neben der allgemeinen und der speziellen Pflege (Behinderungspflege) sind intensive und fortlaufende Beobachtungen der Rehabilitanden erforderlich, wie z.B. der Vitalzeichen, des Bewußtseins, der Motorik, der Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen, der Haut und Schleimhaut. Von wesentlicher Bedeutung in der Früh-Rehabilitation ist auch das Registrieren und Dokumentieren verhaltensneurologischer Auffälligkeiten des Rehabilitanden wie Reaktionen auf Reize und spontane Aktivitäten, um möglichst frühzeitig Fortschritte oder Veränderungen

beim Rehabilitanden zu erkennen, die eine Änderung der pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen erfordern. Erforderlich sind intensivmedizinische und intensivpflegerische Maßnahmen und Überwachungen wie Monitoring-Überwachung, Beatmungsüberwachung, Absaugen von Trachealsekret, parenterale Ernährung, Ein- und Ausfuhrbilanzen u.a.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind sehr zeitintensiv, da bei allen diesen Rehabilitanden Pflegemaßnahmen sorgfältig geplant und gezielt eingesetzt werden müssen, um Negativreaktionen zu vermeiden und die Pflegeziele zu erreichen. Besondere Bedeutung gewinnt hier die Bezugspflege, die sehr konsequent durchgeführt wird. Fehlende Gleichmäßigkeit und Regelmäßigkeit sowie fehlende Individualität im Umgang mit diesen schwer orientierungslosen Rehabilitanden führen zu einer noch größeren Irritation und dazu, dass sich der Rehabilitand noch mehr von der Außenwelt abkapselt oder starke vegetative Reaktionen zeigt (Tachykardie, Hyperventilation, Spastiken, etc.). Ziel der Pflege in der Früh-Rehabilitation sollte aber sein, den Rehabilitanden wieder aus seiner Isolation herauszuführen. Bei Pflegemaßnahmen ist begleitendes, langsames und ruhiges Sprechen notwendig. Die Pflegeperson sollte bei ihrer Tätigkeit möglichst ständigen Blickkontakt mit dem Rehabilitanden haben. Die Handlungen am Rehabilitanden müssen einheitlich sein und dürfen nicht von zu vielen Personen durchgeführt werden. Niemals dürfen mehrere Personen gleichzeitig am Rehabilitanden irgendwelche Handlungen durchführen, wie es z.B. auf Intensivstationen doch häufig üblich ist. Alles Handeln muss mit den verschiedenen betreuenden, pflegenden und behandelnden Personen (Pflege, Therapeuten und Eltern) abgestimmt werden und sollte möglichst gleichsinnig geschehen. Bei sehr vielen Pflegemaßnahmen muss auf eine störungsfreie Atmosphäre geachtet werden (Absprachen). Zum Beispiel müssen vor Beginn der Nahrungsaufnahme und auch währenddessen die Vitalwerte beobachtet und bei Eßversuchen Kopf- und Kieferbewegungen unter Kontrolle gehalten werden. Eine Stimulation von Kau- und Schluckmuskulatur zur Nahrungsaufnahme (facioorale Stimulation) ist bei fast allen Rehabilitanden erforderlich, hier finden viele Pflege- und Therapiemaßnahmen in enger Absprache oder gemeinsam mit dem Logopäden statt.

Richtiges Lagern, Umlagern und der Einsatz von Hilfsmitteln erfordert häufig 2 bis 3 Personen. Physiologische Lagerung bzw. Bewegungsanbahnung, Vermeidung von Sekundärschäden (Dekubitus, Pneumonie) sind hier wichtige Pflegeziele. Um diese zu erreichen, muss sehr sorgfältig und gezielt vorgegangen werden, wobei diese Maßnahmen auch in der Nacht durchgeführt werden. Die Rehabilitanden

sind fast alle urin- und stuhlinkontinent. Das erfordert häufige Körperpflege, Lagerungs- und Bekleidungswechsel sowie individuelle Hautpflege. Sobald es der Zustand des Rehabilitanden erlaubt, werden pflegerische Tätigkeiten und basale Stimulation außerhalb des Bettes durchgeführt und Freizeitkleidung angezogen.

Therapeutische Inhalte werden sehr vorsichtig unter genauer Beobachtung des Rehabilitanden in die Pflege mit eingeflochten. Pfllegetätigkeiten werden nicht rein als solche durchgeführt, sondern bekommen alle einen zusätzliche Sinn: So soll bei der Körperpflege nicht nur die Hygiene des Rehabilitanden angestrebt werden, sondern es soll durch sehr bewusste Berührungen des Rehabilitanden dem Kranken das Körperempfinden neu vermittelt werden. Der Rehabilitand muss Regelmäßigkeit, Gleichheit und Individualität durch die Bezugsperson wahrnehmen können. Art und Einsatz der Hand bzw. des Hilfsmittels (weich, hart, hell, dunkel usw.) sind von großer Bedeutung. Unterschiedliche Stimuli begleiten und verstärken das pflegerische Tun.

Bei der Lagerung sind nicht nur Dekubitus- und Kontrakturprophylaxe des Pflegeziel, es erfolgt zudem bei jedem Lagewechsel eine bewusst eingesetzte Stimulation des Gleichgewichtsorganes. Ein zusätzlicher Effekt des Lagewechsels besteht darin, dass pathologische Haltungsmuster ausgeglichen werden.

Ein weiterer Gesichtspunkt in der Früh-Rehabilitation ist die Kommunikation. Verbale Kommunikation muss sehr detailliert sein. Jeder Handlungsschritt wird genau beschrieben und für den Rehabilitanden verständlich gemacht, indem er den Sinn und Zusammenhang aller Tätigkeiten erklärt bekommt. Eine wesentlich größere Bedeutung wird allerdings der nonverbalen Kommunikation zugeschrieben. Durch die Körpersprache und die Gestaltung des Umfeldes des Rehabilitanden kann dem Rehabilitanden viel über ihn, sein Umfeld und die ihn betreuenden Personen vermittelt werden. Natürlich kommuniziert auch jeder Rehabilitand und sei es nur über vegetative Zeichen wie Atmung oder Puls.

Es werden in der Früh-Rehabilitation "alternative" Therapieansätze in die Pflege einbezogen:

- Stimulation nach dem Ansatz der "basalen Stimulation" (Bienstein/Fröhlich).
- Intensiver Körperkontakt (mit dem Rehabilitanden auf den Fußboden liegen, in den Rehabilitanden hineinsingen, etc.).
- Wiederentdecken des Umfeldes, der Natur (z.B. Sonne, Regen, Vogelgezwitscher ...).

Wichtig bei der Pflege in der Früh-Rehabilitation ist immer, dass sich die Handlungen der Pflegepersonen und Therapeuten nach den Reaktionen der Rehabilitanden richten. Das bedeutet für die Arbeit, dass angenehme Stimuli bewusst eingesetzt werden und Unangenehmes möglichst vollständig vermieden werden sollte.

Die Aufgaben der Krankenpflege sind in der Früh-Rehabilitation stark herausgelöst aus den klassischen Pflegemethoden und -anhalten. Die Pflegeperson arbeitet u.a. therapieunterstützend und -begleitend und in vielen Fällen mit den Therapeuten gemeinsam. Die Absprachen mit Therapeuten, Team- und Fallbesprechungen, Visiten, Absprache mit Eltern sind zur Sicherheit des Rehabilitanden und für die Kontinuität rehabilitativer Inhalte wichtig. Das Bezugspersonen-System "Primary Nursing" ist u.a. deshalb von unumgänglicher Notwendigkeit.

In der Abteilung Früh-Rehabilitation arbeiten wir zur Zeit im Schichtdienst und der Fünftagewoche. Auf der Abteilung sind Kranken- und Kinderkrankenschwestern / Pfleger und Personen mit Intensiv-Zusatzqualifikation tätig. Die Abteilung verfügt über 12 Planstellen.

10. Rehabilitative Krankenpflege in der Früh-Mobilisation

In der Abteilung Früh-Mobilisation sollen Rehabilitanden aufgenommen werden, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung einer umfangreichen medizinischen Rehabilitation bedürfen, erhebliche pflegerische Zuwendung brauchen und in ihrer Selbständigkeit stark eingeschränkt sind. Gegenüber der Früh-Rehabilitation ergeben sich als Abgrenzungskriterien, dass die Rehabilitanden nicht mehr intensivmedizinisch behandlungspflichtig und bei wachem Bewußtsein sind, teilmobilisiert (Rollstuhl) und über basale Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und Kommunikation verfügen.

Stationär und teilstationär aufgenommen werden sowohl Kinder (ab etwa 3 Jahren) als auch Jugendliche und junge Erwachsene (bis etwa 23 Jahren). Die Aufnahme erfolgt sowohl als Verlegung von der Abteilung Früh-Rehabilitation des Jugendwerkes als auch direkt aus Akutkrankenhäusern, von Früh-Rehabilitationsstationen

anderer Krankenhäuser oder - bei länger zurückliegendem Trauma - auch aus anderen Einrichtungen oder von zu Hause.

Die große Mehrzahl der in der Früh-Mobilisation zu rehabilitierenden Rehabilitanden hat schwerste Schädel-Hirn-Traumen erlitten - mit Bewußtlosigkeit und/oder apallischem Syndrom. Häufig haben die bei uns zu behandelnden Rehabilitanden neben dem Schädel-Hirn-Trauma noch zusätzliche Verletzungen erlitten, z.B. Knochenbrüche, periphere Nervenverletzungen, Verletzungen innerer Organe, deren Folgen die Rehabilitation zusätzlich komplizieren. Eine weitere Gruppe von Rehabilitanden sind solche nach Hirnblutungen, Tumoren, entzündlichen Veränderungen des Gehirns, Vergiftungen u.a.

Entsprechend schwer und viele körperliche und geistige Funktionen betreffend sind die Behinderungen und Einschränkungen der Rehabilitanden (z.B. häufig Tetraparesen, schwere Sprechstörungen, erhebliche Schluckstörungen, schwere Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kooperationsfähigkeit und im Sozialverhalten). Auch findet sich ein hoher Anteil von Rehabilitanden, die ein hypoxische Hirnschädigung durchgemacht haben, mit bekanntermaßen schwierigerem und langwierigerem Rehabilitationsverlauf.

Zusätzlich ergibt sich, dass besonders Rehabilitanden im Kindesalter aufgrund ihrer altersgemäß noch mehr oder minder eingeschränkten Selbständigkeit, mangelnden Einsichtsfähigkeit und Hilfsbedürftigkeit ein besonders hohes Maß an Zuwendung und Geduld brauchen.

Die pflegerische Betreuung gestaltet sich nach dem Modell der Bezugs- und Zirrmerpflege. Neben den vorher genannten Schwerpunkten pflegerischer Arbeit sind Selbsthilfetraining, den Rehabilitationsprozess begleitende Krankenbeobachtung, Medikamentenverabreichung und spezielle Pflegemaßnahmen wie:

- Trachealtoilette
- Assistenz beim Legen einer PEG-Sonde und der Pflege
- Verabreichung von Sondennahrung
- Kontinenztraining
- Ess- und Schlucktraining
- Orientierungs- und Sozialtraining
- Mitplanen und -gestalten von Gruppen- und Einzelaktivitäten sowie
- allgemein-erzieherische Maßnahmen von Bedeutung.

Auf der Abteilung Früh-Mobilisation wird insbesondere eine gute Kooperation mit den Eltern erwartet und die Fähigkeit, diese gegebenenfalls zu beraten und pflegerisch rehabilitativ anzuleiten.

Die Krankenpflegeperson ist eingebunden in das medizinisch-therapeutische Team und sie setzt auch entsprechend therapeutische Elemente mit den Rehabilitanden in den Alltag um (Therapiepflege).

Auf dieser Abteilung arbeiten wir zur Zeit im Schichtdienst und der 5-Tage-Woche gemeinsam mit Erziehern, Sozial- und Heilpädagogen. Im Pflegedienst sind zur Zeit Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern/-pfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger, Familien- und Kinderpflegerinnen tätig. Die Abteilung verfügt über 28 Planbetten.

11. Das Anleiten von Angehörigen

In der Regel sind die Angehörigen bei der Aufnahme mit dabei. Während des Aufnahmegesprächs haben sie die Möglichkeit, über den Lebens- und Krankheitsverlauf ihres Kindes zu berichten und die Erwartungen zu äußern, die sie an den Aufenthalt im Jugendwerk haben. Ihre Wünsche bzw. Vorstellungen sind von ihrer Betroffenheit abhängig. So ist ein "frischer Unfall" oft mit Weinen verbunden oder es wird geschimpft, was in der vorherigen Klinik falsch gelaufen ist oder sie setzen in den Aufenthalt hier die letzte Chance, weil schon so viel versucht wurde.

Einige Eltern fahren gleich nach Hause zurück, andere bleiben für einige Tage da, um den Ablauf und die Unterkunft ihres Kindes kennenzulernen, wieder andere bleiben während des gesamten Aufenthaltes ihres Kindes in Gailingen. Dies sind in der Regel die Mütter, die von ihrer Familie freigestellt worden sind, sie gewissermaßen die Beauftragte der Familie. Sie wohnen im Ort. Je nach Betreuungsbedarf wird bei der Aufnahme eine Zeitregelung vereinbart (8.00 bis 20.00 Uhr, 10.00 - 20.00 Uhr oder aber erst nachmittags evtl. nach Therapieende).

Dadurch entstehen unterschiedliche Probleme. Einerseits ist es sehr wichtig, dass die Eltern bzw. Mütter ihren Kindern und auch dem Pflorgeteam zur Verfügung stehen, andererseits kommt es jedoch leicht zu einer "überbehütenden Haltung" von Seiten der Eltern. Prinzipiell kennen die Eltern ihre Kinder von Geburt an, vor allem

also ihre Gewohnheiten. Sie haben eine sehr starke emotionale Bindung an ihr Kind. Sie wissen, was für es gut oder schlecht ist.

Bei uns sind zwischen 30% und 60% der Eltern anwesend. Es ergibt sich, dass die Eltern sich oft direkt auf Station aufhalten. Sie sind also nicht nur in den Rehabilitationszimmern, sondern vor allem auch in den Gemeinschaftsräumen. In diesen Räumen findet sehr vieles statt. Es wird dort gegessen, gespielt oder ferngesehen. Es sind die Aufenthaltsräume für alle Rehabilitanden.

Von der Grundeinstellung und Offenheit der Eltern hängt es meist ab, ob die Zusammenarbeit konstruktiv gestaltet werden kann. Anhand von 2 unterschiedlichen Beispielen soll die Angehörigenarbeit aufgezeigt werden:

Fall 1

Vorgeschichte:

Ein 8-jähriger Junge nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, Aphasie, Apraxie, anfangs im Rollstuhl und mit schweren Schluckstörungen.

Der Junge wurde von der Früh-Rehabilitation zu uns verlegt. Er wurde überwiegend von der Großmutter betreut, die selbst Krankenschwester in leitender Funktion war. Sie hatte alles - ihr gesamtes Privatleben - aufgegeben und sich die Pflege und Betreuung ihres Enkels zu ihrer Lebensaufgabe gemacht.

Es wurde mit ihr eine Zeitregelung (10.00 Uhr bis 20.00 Uhr) vereinbart. Diese ignorierte sie vollkommen. Sie kam und ging, wie sie es wollte. Sie pflegte und betreute ihren Enkel noch ihren Vorstellungen. Sie gab ihren Zielen oberste Priorität und vergaß dabei die Bedürfnisse ihres Enkels (z.B. die Zeit des Toilettengangs: sie ging strikt nach der Uhr und holte ihren Enkel, um ihn auf die Toilette zu setzen, egal was er gerade tat). Funktionelle Therapie bzw. Training war für sie immer wichtiger als soziales Training (z.B. spielen mit anderen Kindern). Durch die schwere Aphasie konnte der Junge nur mit dem Daumen über einen Ja-Nein-Code kommunizieren. Die Großmutter legte ihm einfach die Worte in den Mund und wartete gar nicht erst ab, was er mitteilen wollte.

Unsere Probleme waren:

- die zeitlichen Absprachen wurden ignoriert
- die fachlichen Kompetenzen wurden uns dadurch abgesprochen, dass sie sich für die Pflege zuständig hielt
- in Gesprächen mit ihr nahm sie stets eine aggressive Grundhaltung ein und versuchte, ihr Vorgehen zu verteidigen.

Unsere Lösungsversuche waren:

- Die Großmutter wurde aus allen Essenssituationen herausgehalten
- Das Kind wurde in eine kleine Gruppe eingebunden. Es ging z.B. zum Kegeln mit anderen Kindern und ohne Großmutter.
- Die Großmutter durfte nicht mit zu den Therapien gehen.
- Es wurden laufend Gespräche mit der Großmutter geführt.

Trotz der Schwierigkeiten muß man einräumen, dass die Großmutter durch ihr konsequentes Drängen auf funktionales Training für die Fortschritte ihres Enkels (alleine Gehen, ohne Windeln auskommen und selbständiges Essen) mit verantwortlich war.

Fall 2

Vorgeschichte

Ein 18-jähriger Rehabilitand, schweres Schädel-Hirn-Trauma, zu diesem Zeitpunkt im apallischen Syndrom, PEG, inkontinent, vollkommen pflegeabhängig.

Der Rehabilitand wurde von der Mutter betreut, die selber Kinderkrankenschwester war und auch mit Behinderten arbeitete. Sie war von ihrem Arbeitgeber freigestellt worden. Sie war verheiratet und hatte noch einen jüngeren Sohn.

Der Rehabilitand wurde vor dem Aufenthalt im Jugendwerk schon einige Monate zu Hause von seiner Mutter gepflegt (mit ambulanter therapeutischer Betreuung).

Es wurde auch eine Zeitregelung bei der Aufnahme (10.00 Uhr bis 20.00 Uhr) vereinbart. Die Mutter hält sich an diese Vereinbarung. Sie kam nur zu den Schwimmterminen früher, was mit ihr so vereinbart wurde. Da ihr Sohn bei uns zu Essen angefangen hat, überließ sie ihn uns zu den Hauptmahlzeiten, damit wir ihm das

Essen geben konnten. Die Zwischenmahlzeiten gab sie ihm selbst. Dazu wurde sie von den Logopäden angeleitet. Während ihrer täglichen Anwesenheit übernahm sie die gesamte Pflege ihres Sohnes.

Ihr Problem

Sie konnte sich nicht lösen und ihr Kind alleine lassen. Sie schaffte es nicht, ihr Kind ohne familiäre Betreuung lassen, um etwas für sich selbst und ihre Familie zu tun.

Unser Problem

Da sie keine Forderungen stellte und immer still vorhanden war, nahmen wir alles, was sie tat, als selbstverständlich an.

Lösungen:

- Gespräche anbieten
- Pflege abnehmen
- Vertrauen auf bauen
- Sie und ihr Kind mehr in die Gruppe integrieren, d.h. gemeinsames Spielen oder gemeinsame Unternehmungen (z.B. kleinere Ausflüge in die Umgebung)
- Sich mit dem Kind - ohne Mutter - gezielt beschäftigen (z.B. Vorlesen)

Das Kind anfang bei uns oft, stark zu schwitzen und hektische Flecken zu bekommen. Teilweise aß es auch nichts. Bei der Mutter trat dies aber nicht auf. Sie konnte auch über die Augen mit ihm kommunizieren und da der Junge auch dadurch kleine Fortschritte machte, wäre ein Aufenthalt ohne die Mutter in dieser Zeit nicht denkbar.

Weitere allgemeine Problem im Umgang mit den Eltern unserer Rehabilitanden ergeben sich u.a. aus dem jungen Durchschnittsalter unseres Pflorgeteams. Der Altersunterschied ist groß, die Eltern könnten die eigener Eltern sein. Auch ist das Unfallgeschehen noch sehr nahe und es ist noch keine Unfallverarbeitung von seiten der Angehörigen geschehen. Ein Unfall ist ein sehr emotional belegtes Ereignis. Es wäre eine professionelle Ausbildung sinnvoll, um damit besser umgehen zu können. Die Pflege ist damit oft überfordert. Sie ist jeden Tag 24 Stunden präsent und somit "ausgeliefert" und dadurch auch "ausgelaugt".

12. Schlussbemerkung

Die Aufgaben des Pflegepersonals im Rehabilitationskrankenhaus weichen erheblich von denen einer Akutklinik ab. Die Pflege bettlägeriger Rehabilitanden tritt in den Hintergrund, im Vordergrund stehen Begleitung, Betreuung und Unterstützung. Dies ist im eigentlichen Sinne auch eine pädagogische oder erzieherische Arbeit, da die Rehabilitanden auf ein selbständiges Leben unter veränderten Vorzeichen vorbereitet werden müssen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, ist eine ständige interne und externe Fortbildung notwendig.

Die Pflege in der Rehabilitation ist eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit. Da sie sich sehr von der Arbeit im Allgemeinkrankenhaus unterscheidet, haben viele Pflegekräfte, die in die Rehabilitation wechseln, anfangs große Umstellungsschwierigkeiten. Für viele Krankenschwestern und Krankenpfleger erweist sich die rehabilitative Krankenpflege aber als eine sehr erfüllende Alternative zur üblichen Pfllegetätigkeit.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft - Hilfe für Behinderte Band X, Kommunikation zwischen Partnern

Münster, W.

Die Rolle der psychischen Krankenpflege im gemeindepsychiatrisch orientierten Krankenhaus Deutsche Krankenpflege Zeitschrift 10/85

Wenz, H.

Das Bild der Krankenpflege in der Öffentlichkeit Die Schwester/Der Pfleger 7/88

Weber, L,

Stellenwert des Pflegepersonals in der Rehabilitationsklinik; aus der Sicht des Rehabilitanden Die Schwester/Der Pfleger 5/87

Steeger, G.

Rehabilitation durch Krankenpflege Die Schwester/Der Pfleger

Plaschke, R.

Die Rolle des Pflegedienstes in der medizinischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen nach schwerem Schädelhirntrauma, Hegau-Jugendwerk