



Einen Monat nach seiner Entlassung wurde Bernd G. 76 Jahre alt

Pflegeziel Patientenautonomie: Bernd G. machte in der ambulant betreuten Wohngruppe für Intensivpatienten schnell große Fortschritte

Das Team, das ihn während seines Aufenthalts in der Wohngemeinschaft betreut hatte, besuchte ihn zum Geburtstag zu Hause und gratulierte ihm



## Zurück ins Leben

**Ambulante Intensivpflege.** Wenn Intensivpatienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, ist der Versorgungsbedarf nicht zwangsläufig abgeschlossen. Im Gegenteil: Es findet immer mehr eine enorme Aufgabenverschiebung vom stationären in den häuslichen Bereich statt. Der ambulanten Intensivpflege kommt vor allem eine koordinierende Funktion zu, wie folgendes Praxisbeispiel zeigt.

Von Guido Faßbender

**M** yasthenia gravis (MG) ist eine neurologische Autoimmunerkrankung. Antikörper führen zu einer postsynaptischen Störung der Reizübertragung vom peripheren Nerven auf die muskuläre Endplatte. Es besteht pathophysiologisch ein relativer Mangel an Acetylcholin, was sich klinisch als belastungsabhängige Schwäche der quergestreiften Muskulatur manifestiert. Prinzipiell können alle Muskelgruppen betroffen sein, wobei bei der Lokalisation auch Veränderungen und Mischformen möglich sind.

## Entgleisung jederzeit möglich

Die meisten Betroffenen sind medikamentös gut eingestellt, so dass es nicht zu signifikanten Beeinträchtigungen der Lebensaktivitäten kommt. Eine stabile MG kann jedoch jederzeit entgleisen und als myasthene Krise lebensbedrohliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Für die Intensivpflege ist das komplexe Krankheitsbild in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung. Zum einen gilt es, eine akute Exazerbation zu vermeiden beziehungsweise frühzeitig zu erkennen. Auf der anderen Seite übernimmt die Intensivpflege durch den engen Patientenkontakt eine wesentliche Funktion bei der Symptombeobachtung und der Identifikation von eventuellen Medikamenten-Nebenwirkungen. Zur besseren Veranschaulichung ein Fallbeispiel aus der Praxis unseres Pflegedienstes aus dem niederrheinischen Schwalmatal: Bernd G. weiß seit März 2007, dass er an MG erkrankt ist. Die Diagnose war das Ergebnis umfangreicher neurologischer Untersuchungen. Die Behandlung der Erkrankung beschränkte sich auf eine Behandlung mit einem Cholinesterasehemmer und Prednisolon in geringer Dosierung. Bei hochsommerlichen Temperaturen und dem Betreten von klimatisierten Räumen stellte sich regelmäßig eine Muskelschwäche am Kopf-Hals-Bereich ein, so dass der Kopf nach vorne kippte. Der 75-Jährige war, davon abgesehen, in seinen Lebensaktivitäten nicht eingeschränkt.

Das änderte sich schlagartig am Morgen des 31. Juli 2012. Bernd G. verspürte plötzlich auftretende heftige retrosternale Schmerzen, die in beide Arme ausstrahlten. Die Angehörigen informierten daraufhin die Rettungsleitstelle. RTW transportierten Bernd G. mit einem akuten

Koronarsyndrom in die nahegelegene Uniklinik.

Die Koronarangiografie ergab einen OP-pflichtigen Befund: langstreckige Stenosierung der Koronararterien. Der Patient wurde notfallmäßig herzchirurgisch versorgt. In der postoperativen Phase konnte sich Bernd G. nicht mehr bewegen und nicht mehr selbst atmen. Zur Durchführung der lebensrettenden Herz-OP kann auf diverse Triggersubstanzen der MG nicht verzichtet werden. Dazu gehören Muskelrelaxanzien, bestimmte Analgetika und Antibiotika sowie die systemische Inflammation nach extrakorporaler Zirkulation.

## In ambulante Intensiv-Wohngruppe verlegt

Da sich der Zustand trotz adäquater Behandlung nicht verbesserte, wurde Bernd G. tracheotomiert und beatmet. Zur Weiterbehandlung wurde er in eine Abteilung für beatmete Patienten eines regionalen Krankenhauses verlegt. Da sich seinerzeit keine absehbare therapeutische Besserung einstellte, wurde Herr G. Anfang September 2012 in unsere ambulante Intensivpflege-Wohngruppe verlegt.

Die Wohngemeinschaft bietet sechs Mietern in Einzelzimmern die Möglichkeit, rund um die Uhr intensivpflegerisch betreut zu werden. Die Fachkraftquote beträgt 100 Prozent. In der Regel versorgt eine Pflegefachkraft zwei bis drei Patienten im Bezugspflegesystem.

Bernd G. wies bei Aufnahme folgende pflegerelevante Diagnosen auf:

- myasthene Krise (Tetraparese, Rumpfparesse, Dysphagie, Dysarthrie, kurze Spontanatmungsphasen),
- exazerbierte COPD mit sauerstoffpflichtiger Hypoxämie bei jahrzehntelangem Nikotinabusus,
- druckkontrollierte Beatmung zur CO<sub>2</sub>-Elimination,

- chronisches Schmerzsyndrom bei Polyneuropathie,
- reaktive Depression,
- Z. n. ACVB-OP.

Schon vor der Übernahme erfolgte eine ausgiebige Anamnese und Biografiearbeit, sodass eine erste handlungsleitende Pflegeplanung bereits mit dem Einzug des Patienten zur Verfügung stand. Entsprechend der ärztlichen Verordnung wurden Hilfsmittel, wie Respirator, Pulsoxymetrie, O<sub>2</sub>-Konzentrator, Absauggeräte, Ambubeutel, Tracheostomazubehör, und Produkte zur enteralen Ernährung bereitgestellt.

Die Nebenwirkungen der cholinergen Therapie manifestierten sich bei Bernd G. schon kurz nach der Aufnahme: bis zu 70 endotracheale Absaugvorgänge in 24 Stunden, Hypersalivation, parastomale Sekretbildung. Eine quasi permanente Diarrhoe bei bestehender Stuhlinkontinenz sorgte für erhebliche Schäden der Haut. Verschiedene Berufsgruppen – Hausarzt, Neurologe, HNO-Arzt, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sanitätsfachhändler – waren fortan an der Behandlung und Rehabilitation des Patienten beteiligt, wobei unserem Intensivpflegedienst eine koordinierende Funktion zukam.

## Patient machte Fortschritte

Die Angehörigen von Beginn an eng miteinzubeziehen und als gleichwertigen Partner zu etablieren, war ein wesentliches Anliegen der Pflegepersonen. Von besonderer Bedeutung war zudem der geplante Umgang mit den muskulären Ressourcen des Patienten. Tagesabläufe wurden entsprechend der unterschiedlichen Therapien, persönlichen Interessen, dem Besuch von Angehörigen und Freunden sowie der allgemeinen Pflege geplant und koordiniert. Ähnlich erfolgte die Verlängerung der Spontanatmungsphasen.

Da die MG keine zentrale Beeinträchtigung darstellt, kann der Patient gezielt Auskunft zum Unterstützungsbedarf der Atemmuskulatur geben. In der Anfangszeit wurden nachts konsequent APCV-beatmet, um notwendige Energie für den Folgetag bereitzustellen.

Die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erfolgte zu dieser Zeit ausschließlich enteral über eine PEG. Aufgrund einer kombinierten Harn- und Stuhlinkontinenz wurde der Urin über einen Dauerkatheter abgeleitet, da auf eine 24-stündige Flüssigkeitsbilanzierung nicht verzichtet werden konnte. Die Stuhlinkontinenz war mit entsprechendem Inkontinenzmaterial kompensiert.

Im Dezember 2012 war die Beatmung nicht mehr notwendig, wengleich die Oxygenierungsstörung weiterhin bestand. Bernd G. konnte den Kopf selbst halten und die Extremitäten kurzzeitig wieder bewegen. Bis zum Frühjahr 2013 machte er große Fortschritte. Am Konzept wurde nichts mehr verändert.

Ende Januar 2013 wechselten wir in Kooperation mit der Logopädin auf orale Kost. Es folgten keine Anzeichen einer Aspiration bei regelrechtem Schluckakt. Bernd G. stimmte einer Videoskopie des Schluckaktes nicht zu, da er sich sicher war, nicht zu aspirieren. Den vollständigen Kostaufbau führten wir also ohne weitere Diagnostik durch – mit Erfolg. Die PEG wurde noch zur Flüssigkeitssubstitution verwendet und später verschlossen.

## Rückkehr in die Familie

In Absprache mit den ärztlichen Teammitgliedern konnte die Trachealkanüle Anfang März 2013 entfernt werden. Bernd G. blieb noch eine Woche unter spezieller Krankenbeobachtung in der Wohngemeinschaft, bevor er am 6. März, exakt sieben Monate

nach Aufnahme in unsere ambulante Wohngruppe, zu seiner Familie zurückkehren konnte.

Einen Tag später, am 7. Mai, wurde Bernd G. 76 Jahre alt. Kurze Zeit später besuchte er uns in der Wohngruppe. Stolz erzählte er uns, dass er im Treppenhaus schon zwei Stockwerke selbst gehen und wieder am öffentlichen Leben teilhaben kann.

Das Praxisbeispiel zeigte: Die sektorenübergreifende Versorgung von Bernd G. unter Steuerung unseres Pflegedienstes hat exemplarisch aufgezeigt, wie wichtig eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit ist und dass mit vereinten Kräften viel Positives erreicht werden kann. Meines Erachtens liegt eines der Hauptziele ambulanter Intensivpflege in der systematischen Hinführung zu Autonomie und Wiedererlangung der Selbstbestimmtheit des Patienten.

Ambulante Intensivpflege hat mit der Einführung der DRGs einen zu erwartenden Zulauf erhalten, da Pflegebedarfe aufgrund demografischer Entwicklungen aus der Klinik in den ambulanten Sektor verlagert werden. Die Kostenübernahme von tracheotomierten und beatmeten Patienten ist seit langem eine Leistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen und folgt der gesundheitspolitischen Leitidee, ambulant vor stationär zu stellen.

Guido Faßbender,  
Geschäftsführender Gesellschafter,  
Diplom-Pflegewirt, Fachkrankenpfleger  
für Anästhesie und Intensivmedizin  
Peltzer Intensivpflege GmbH  
Hauptstraße 53  
41366 Schwalmtal  
guido.fassbender@peltzer-intensivpflege.de



# Mobilizer® Medior

unsere Produkte zum Ausprobieren:

**auf dem 24. Symposium  
Intensivmedizin & Intensivpflege**  
vom 19. - 21. Februar in Bremen  
Halle 4/Stand N4



[www.rehamedi.de](http://www.rehamedi.de)