

# Pflege- und Unterstützungsbedarfe von Schlaganfallbetroffenen im mittleren Lebensalter

Patrick Ristau, Monika Noparlik  
Evangelische Hochschule Darmstadt

## Ausgangslage

Der ischämische Schlaganfall stellt eine der häufigsten vaskulären Erkrankungen in Deutschland dar und ist weltweit gesehen eine der führenden Ursachen für Mortalität und Morbidität überhaupt [1, 2]. Die Inzidenz liegt bei ca. 250 pro 100.000 Einwohnern pro Jahr, entsprechend ca. 196.000 erstmalig Betroffenen [2, 3]. Ca. 66.000 Menschen pro Jahr erleiden ein Rezidiv, diese sind hierin noch nicht enthalten [2]. Das Rezidivrisiko beträgt ca. 8 – 25 % im ersten Jahr nach Erkrankungsbeginn [3].

Eine kurative ist Behandlung prinzipiell nur in den ersten Stunden nach Symptombeginn möglich. Danach und in allen übrigen Fällen müssen die Folgen und Beeinträchtigungen bestmöglich, zum Teil eigenständig, zum Teil mit Hilfe von externen Kräften, kompensiert werden. Ca. 75 % der Schlaganfallbetroffenen, welche ihren Schlaganfall überleben, leiden an den Folgen, das heißt an Beeinträchtigungen oder Behinderungen [2; Tab. 1]. Schlaganfälle treten mit zunehmendem Lebensalter häufiger auf [4]. Der Anteil der Schlaganfallbetroffenen im mittleren Lebensalter (35 – 60 Jahre) lag im Jahr 2012 bei lediglich ca. 15 – 16 % der Neuerkrankten [4].

„Das mittlere Lebensalter ist in der Regel mit einer Differenzierung und Expansion von Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen verbunden. (...) Überwiegt im (...) mittleren Lebensalter das „Hineinwählen“ in verschiedene Bereiche des Lebens (z.B. Partnerschaft, Beruf, Elternschaft), so gewinnt im hohen Alter das „Abwählen“ von Bereichen und die Pflege der verbleibenden Bereiche an Bedeutung“ [5]. Denkbar sind daher durch einen Schlaganfall ausgelöste Probleme dieser Betroffenenengruppe hinsichtlich Berufstätigkeit, Familie, Wohnsituation, Finanzen, solche, die das soziale Umfeld betreffen, etc. Aufgrund der vielfältigen Erscheinungs- und Ausprägungsformen des Krankheitsbildes gibt es bisher so gut wie keine Literatur hinsichtlich Lebenswelt und Lebenslage dieser besonderen Patientengruppe [6].

Tab. 1: Häufigkeit langfristiger Konsequenzen nach einem Schlaganfall [2].

Konsequenz	Prozentuale Häufigkeit
Pflegebedürftigkeit	24 – 53 %
Lähmung	48 %
Depression	32 %
Unfähigkeit zu laufen	22 %
Beeinträchtigte Kommunikationsfähigkeit	15 %
Kognitive Einschränkungen	15 %

## Hintergrund: Der ischämische Schlaganfall

Platzhalter in  
Internetversion

„Als ischämischer Schlaganfall wird ein akutes fokales neurologisches Defizit aufgrund einer umschriebenen Durchblutungsstörung des Gehirns bezeichnet“ [1]. Davon abzugrenzen sind hämorrhagischer Schlaganfall und Blutungen nach Schädel-Hirn-Trauma. Dem ischämischen Schlaganfall liegt ursächlich ein Sistieren der Blut- und damit einhergehend auch der Sauerstoffversorgung im Gehirn aufgrund von thromboembolischen, mikroangiopathischen oder hämodynamischen Mechanismen zugrunde. Dieser Sauerstoffmangel führt zu einem Funktionsverlust und schließlich zum irreversiblen Absterben von Hirngewebe. Aufgrund der großen Anzahl potentiell betroffener Hirnareale gibt es eine Vielzahl klinischer Erscheinungsformen und zeitlicher Verläufe. Jeder Schlaganfall ist als Notfall anzusehen [1 – 3].

Abb. 1: Ischämischer Schlaganfall im CT [7].

## Fragestellungen

- 1) Vor welche besonderen Herausforderungen werden Menschen im mittleren Lebensalter durch die Erkrankung an einem Schlaganfall gestellt und welche Copingstrategien entwickeln sie dadurch?
- 2) Welche Unterstützungswünsche äußern sie in diesem Zusammenhang?

## Methodik, Datenerhebung und Stichprobe

Über eine Selbsthilfegruppe für junge Schädel-Hirn-Verletzte und -erkrankte konnte der Kontakt zu einigen potenziellen Interviewpartnern hergestellt werden, welche einen ischämischen Schlaganfall erlitten hatten [Abb. 1]. Letztendlich konnten zwei jeweils ca. einstündige leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews durchgeführt werden. Die soziodemografischen Daten der Interviewpartner finden sich in Tab. 2.

Der verwendete Leitfaden beinhaltete die literaturbasierten Hauptkategorien „Erzählansatz“, „Risiko- bzw. Krankheitsinterpretation“, „erlebte Herausforderungen durch Eintritt der Erkrankung“ mit „persönlicher Umgang mit den Herausforderungen“ und „Ressourceninterpretation“, „Gesundheitsinterpretation/-verhalten“ sowie „Unterstützungswünsche“ und einen freien Abschluss. Die Interviews wurden anschließend transkribiert (literarische Umschrift) und einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

## Ethische Überlegungen

Ein Informed Consent ist Voraussetzung zur Teilnahme. Die Anonymität der Teilnehmenden wird jederzeit gewährleistet. Durch die Befragung entstehen keinerlei psychische oder physische Gefahren. Während der Interviews wird mit größtmöglicher Sorgfalt auf die Belange der Befragten eingegangen.

Tab. 2: Soziodemografische Daten der Interviewpartner

	Herr K., 52 Jahre	Herr B., 49 Jahre
Familienstand	geschieden	ledig
Familie	keine Kinder	keine Kinder
Beruf	Maschinenbauer	Bankkaufmann
Beschäftigungssituation	teilzeitbeschäftigt/Teilzeitrente	erwerbsunfähig/Erwerbsminderungsrente
Wohnverhältnisse	wohnt im eigenen Haus	wohnt in Eigentumswohnung
Erkrankungsbeginn	zum Zeitpunkt des Interviews vor acht Jahren	zum Zeitpunkt des Interviews vor sieben Jahren
Einschränkungen	überwiegend kognitive Einschränkungen	überwiegend körperliche Einschränkungen

## Erlebte Herausforderungen und Copingstrategien

Die Erkrankung führte bei beiden Interviewpartnern zu *physischen* und *psychischen Problematiken*. Letztere führten einen Erkrankten bis hin zu *Depressionen* und *Suizidgedanken*. In die Betroffenen gesetzte *Erwartungen konnten nicht erfüllt werden*. Das berufliche *Leistungsvermögen war stark eingeschränkt*, die Phase der *beruflichen Wiedereingliederung erlebten beide als überfordernd*. Es kam zu *kognitiven Beeinträchtigungen*. In dieser Phase litten beide teils sogar unter *negativen Auswirkungen auf die Gesundheit*, teilweise *gravierend und bis heute andauernd*. Ein Betroffener *brach seine Wiedereingliederung aufgrund von Überforderung ab*. Die *vorangegangene Berufstätigkeit konnte nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang fortgeführt* werden. Damit verbunden waren teils *finanzielle Sorgen*. *Freundes- und Bekanntenkreis haben sich verkleinert*, ein Befragter hat sich *mit seiner Familie überworfen*. In einem Fall führte die Erkrankung zur *Trennung von der Lebensabschnittsgefährtin*.

Ein Befragter hat in dieser Zeit *großen Rückhalt durch seine Familie* erfahren. Beiden Interviewpartnern wird *großes Verständnis in ihrer Selbsthilfegruppe durch andere Betroffene* entgegengebracht. Diese kann auch *verloren gegangene Sozialkontakte kompensieren*.

„**Aber letztendlich hat man da endlich einmal ein paar Menschen gefunden, (.) äh, die wissen, von was man spricht. (...) Seit dem Tag gab es jetzt ENDLICH Ansprechpartner**“ (K:394-397).

Beide Betroffene können ihrer Erkrankung durchaus *positive und sinnstiftende Aspekte* abgewinnen. Dem *eigenen Körper wird größere Beachtung* geschenkt, beide berichten über *weniger Stress*, eine *andere Prioritätensetzung* und ein *bewussteres Leben*. Über die Erkrankung *definieren sich beide Befragte neu*. Beide *leben intensiver* als vor der Erkrankung.

## Unterstützungswünsche der Betroffenen

Beide Befragten wünschen sich *tiefergehendes Verständnis für Ihre Situation* durch Familie, Freunde, Bekannte sowie durch medizinischen Fachpersonal. Beide meinen, dass sie von einem *früheren Unterstützungsangebot* im Sinne einer *Selbsthilfegruppe* oder dem *Herstellen eines Kontakts zu anderen Betroffenen* profitiert hätten. *Rehabilitationsmaßnahmen sollten auf das Individuum und seine individuellen Problemstellungen und Herausforderungen abgestimmt* werden.

„**Äh, ich meine, die ganzen Therapien, die ich jetzt hatte, die waren vielleicht gut für mein Allgemeinwohl aber nicht äh sage ich mal für die Einschränkungen, die ich wirklich habe. (.) Ähm. (.) JA, (.) machen wir nächste Woche. Und da hab ich gesagt: Ne, Jungs. Dann habe ich mich mit meinem äh Vater in Verbindung gesetzt, oder hab dann irgendwo! Ähm. Hab ich gesagt: Hör zu, Vater, ähm (.) könntest du mir mal ein Telefonbuch von Darmstadt mitbringen, wenn du kommst. Und das hat er dann gemacht. Hab ich dann mal im Telefonbuch hab ich mal nach Ergotherapiepraxen geguckt. Und habe dann eine Ergotherapiepraxis angerufen und habe dann einen Termin ausgemacht. Während ich noch in der Reha war. So, wie ich das Gespräch beendet habe, bin ich dann zum Arzt. Hab dann gesagt: Ich möcht gern die Reha abbrechen, da ich unzufrieden bin**“ (B:247-258).

Die *ambulanten Versorgungsstrukturen bezüglich Physio- und Ergotherapie* beschreiben beide Interviewpartner als mangelhaft.

## Empfehlungen für die Praxis

Viele der von unseren Interviewpartnern getätigten Aussagen sind bereits aus der einschlägigen Literatur bekannt und dort behandelt worden: Das soziale Netz, bestehend aus Familie, Freunden und Bekannten kann den Erkrankten Kraft, Mut und Unterstützung geben. Ein Fehlen entsprechender sozialer Strukturen geht mit gravierenden negativen Folgen für die Betroffenen einher. Selbsthilfegruppen können diesen Folgen entgegen wirken und in ihren Konsequenzen abschwächen. Weiterhin können Betroffene ihrer Erkrankung durchaus positive Aspekte abgewinnen. Die genannten Punkte gilt es in zukünftigen Versorgungsstrukturen und -prozessen gezielt zu fördern und zu unterstützen.

Es besteht jedoch dringender Handlungs- und Optimierungsbedarf, wenn vom Schlaganfall Betroffene über mangelndes Verständnis und fehlende Empathie von Seiten des medizinischen Personals klagen. Gerade diese Berufsgruppen können die Betroffenen in ihrer Genesung maßgeblich unterstützen. Hier sind alle Akteure des Gesundheitswesens aufgefordert, ihr eigenes Verhalten selbstkritisch zu reflektieren und anzupassen. Auch muss diese wichtige Forderung nach intensiverem Beistand schon innerhalb der verschiedenen Ausbildungsgänge aufgegriffen werden.

Ebenso müssen Schnittstellen- und Überleitungsproblematiken minimiert werden. Weiterhin kann es sich unser Gesundheits- und Sozialwesen nicht leisten, wenn die Rehabilitations- und Wiedereingliederungsphasen durch die Betroffenen als überfordernd erlebt werden und es dadurch zu einer weiteren Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustands kommt. Diese Umstände wirken den Zielen von Rehabilitation und Wiedereingliederung diametral entgegen und verursachen einen immensen, unnötigen Kosten- und Ressourcenaufwand. Hier müssen die Leistungserbringer und Gesetzgeber tätig werden: Sowohl Rehabilitation als auch Wiedereingliederung und ambulante Versorgung müssen sich an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen orientieren.

## Quellen- und Bildnachweis

- (1) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2012): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. Stuttgart: Thieme.
- (2) Fiedler, Christine/Köhmann, Martin/Kollmar, Rainer (Hrsg.) (2013): Pflegewissen Stroke Unit. Für die Fortbildung und die Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer.
- (3) Cassler-Waldsky, Anne-Kathrin/Nährwald, Jörg/Glahn, Joerg (Hrsg.) (2012): Pflege von Patienten mit Schlaganfall. Von der Stroke Unit bis zur Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.
- (4) Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2013): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (5) Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.) (2002): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologische Verlags Union (5., vollständig überarbeitete Auflage).
- (6) Krotwinkel, Monika (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexkranken. Fördernde Prozesspflege als System Bern: Hans Huber (3., durchgesehene Auflage).
- (7) „Infarct.jpg“ by Lucien Monfils. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:INFARCT.jpg> is licensed under a Creative Commons license: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.de>.



Scannen Sie diesen QR-Code, um das Poster im PDF-Format zu erhalten.