

# **Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen**

**01. Dezember 2010**

**Empfehlung zur Versorgung von Menschen im Wachkoma  
(Phase F) in vollstationären Einrichtungen nach dem SGB XI  
im Freistaat Sachsen**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen
  - 2.1 Vorbemerkungen
  - 2.2. Grundsätze
    - 2.2.1 Allgemeines
    - 2.2.2. Versorgungsstruktur und -bedarf im Freistaat Sachsen
      - 2.2.2.1 Versorgungsstruktur
        - 2.2.2.2. Bedarf
  - 2.3 Raumprogramm
  - 2.4. Ausstattung
3. Qualitätskriterien für stationäre Pflegeeinrichtungen (SGB XI) zur Aufnahme von Menschen im Wachkoma (Phase F)
  - 3.1 Zustandscharakteristik der aufzunehmenden Personen, allgemeine Ziele und Anforderungen an die Pflege und Betreuung der Betroffenen
    - 3.2. Pflegekonzeption
    - 3.3. Pflege- und Funktionspersonal
      - 3.3.1. Personelle Besetzung mit Pflege- und Funktionspersonal
        - 3.3.2. Aufgaben des Pflege- und Funktionspersonals
          - 3.3.2.1. Pflegekräfte
            - 3.3.2.2. Sozialarbeiterin bzw. Sozialpädagogin <sup>1</sup>
            - 3.3.2.3. Intern angestellte Physiotherapeutin
          - 3.3.3. Qualifikation des Pflege- und Funktionspersonals
            - 3.3.3.1. Pflegefachkräfte
            - 3.3.3.2. Pflegehilfskräfte
              - 3.3.3.3. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin
              - 3.3.3.4. Therapeutin
          - 3.3.4. Allgemeine Anforderungen an das Pflege- und Funktionspersonal
          - 3.3.5. Zusätzliche Hospitationen/Fortbildungen
            - 3.3.5.1. Hospitation der verantwortlichen Pflegefachkraft/Stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft
            - 3.3.5.2. Fortbildung für das Pflege- und Funktionspersonal
      - 3.4. Ärztliche Betreuung
        - 3.4.1. Betreuung durch den Hausarzt
        - 3.4.2. Konsiliarärztliche Betreuung durch Fachärzte
          - 3.4.2.1. Facharzt für Neurologie
          - 3.4.2.2. Weitere Fachärzte
        - 3.4.3. Kooperation mit einer Intensivtherapieabteilung (ITA)
    - 3.5. Externe Therapeuten
  4. Besondere Anforderungen an die Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma (Phase F)
  5. Finanzstruktur in Pflegeeinrichtungen für Menschen im Wachkoma (Phase F)
 

Anlage - Zusätzliche medizinisch-technische Ausstattung (Punkt 2.4)

<sup>1</sup> Grundsätzlich wird für Pflege- und Betreuungspersonal bei Berufsbezeichnungen immer nur die weibliche Form genannt.

## 1. Einleitung

Die Leistungsträger, die Leistungserbringer, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Heimaufsichten und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz haben gemeinsam Kriterien für die Versorgungsstruktur und die Qualitätssicherung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (SGB XI), die Menschen mit apallischem Syndrom (Phase F2) - im Weiteren Wachkomapatienten genannt - versorgen, erarbeitet.

**Ausgehend von dieser Empfehlung soll für die Wachkomapatienten im Freistaat Sachsen eine aktivierende Pflege realisiert werden, die nicht nur auf reine zustandserhaltende Maßnahmen ausgerichtet ist.** Den Wachkomapatienten sollen Chancen für die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären neurologischen Rehabilitation in den Phasen B, C und D<sup>2</sup> im Falle der Zustandsbesserung erhalten bleiben.

Die Zulassung zur pflegerischen Versorgung erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des SGB XI sowie der Regelungen des Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Pflege und den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach §§ 113 ff. SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der jeweils gültigen Fassung.

## 2. Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen

### 2.1. Vorbemerkung

Jährlich erleiden in Deutschland etwa 20 bis 25 Personen aller Altersgruppen pro einer Million Einwohner Unfälle oder Erkrankungen, die mit einem länger als einen Monat andauernden Syndrom der Bewusstlosigkeit einhergehen. Von diesen Wachkomapatienten überwindet etwa die Hälfte den Zustand der Bewusstlosigkeit (hier „Wachkoma“) mit Übergang in die so genannte postapallische Phase, und es besteht dann ein Rehabilitationspotential bei allerdings starker Bewegungs- und Kommunikationsbehinderung. Der andere Teil der Wachkomapatienten kann sehr lange oder bis zum Lebensende im apallischen Zustand verbleiben. Mit zunehmender Dauer verringern sich die Rehabilitationsmöglichkeiten. Die zustandserhaltende Pflege und Betreuung in der Phase F wird dann zur wichtigsten Aufgabe.

### 2.2 Grundsätze

#### 2.2.1 Allgemeines

Vor In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes gab es im Freistaat Sachsen keine speziellen Versorgungsstrukturen für Menschen mit apallischem Syndrom (Phase F).

<sup>2</sup> Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in: „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in Phasen b und C“ vom 02. November 1999

Die pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen wurden nach abgeschlossener akut-medizinischer und rehabilitativer Versorgung in Pflegeheimen betreut und gepflegt, die den speziellen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität für die Wachkomapatienten noch nicht ausreichend nachkommen konnten. Deshalb wurde zur Pflege der Wachkomapatienten eine spezielle Versorgungsstruktur im Rahmen des Artikels 52 PflegeVG aufgebaut. Auch bestehende Pflegeeinheiten zur Pflege von Wachkomapatienten sollen zukünftig diesen Kriterien entsprechen.

## **2.2.2. Versorgungsstruktur und -bedarf im Freistaat Sachsen**

### **2.2.2.1. Versorgungsstruktur**

Für die Versorgung werden überregionale Pflegeleit- und Betreuungszentren und regionale Pflege- und Betreuungszentren im Freistaat Sachsen vorgehalten. Durch die enge Zusammenarbeit der Pflegeleit- und Betreuungszentren mit den Pflege- und Betreuungszentren soll ein hohes, dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechendes und vergleichbares Betreuungsniveau gesichert werden.

Die Pflegeleit- und Betreuungszentren sind zweckmäßig als Pflegeeinrichtungen mit 20 Plätzen an einer Neurologischen Rehabilitationsklinik oder an einem geeigneten Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung (Intensivtherapie, Innere Medizin, Neurologie, Physiotherapie, Urologie, HNO) räumlich angegliedert. Sie sollen neben ihrer regionalen Betreuungsaufgabe Orte des Austausches zu wissenschaftlichen und psychosozialen Fragen sein. Dazu nutzen sie die technische und personelle Infrastruktur der vorhandenen medizinischen Einrichtungen, insbesondere zur

- fachlichen Beratung der regionalen Pflege- und Betreuungszentren, wie Hospitationen, zeitlich begrenzter Personalaustausch, Falldiskussionen, gemeinsame Ergebnisauswertung und Erstellung von Rehabilitationsprognosen u. a. m.,
- Organisation eines speziellen Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems,
- Literatúrauswertung und Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- Verbreitung und Erläuterung neuer Methoden und Betreuungsprinzipien,
- speziellen Schulung von Angehörigen.

Die regionalen Pflege- und Betreuungszentren sind in einer vollstationären Pflegeeinrichtung als spezielle Pflegeeinheit integriert. Die Größe der Pflegeeinheit sollte aus pflegerisch-fachlichen Gesichtspunkten in der Regel auf 10 bis 15 Pflegeplätze beschränkt sein.

Die punktuelle oder gelegentliche Versorgung einzelner Wachkomapatienten wird grundsätzlich abgelehnt.

Die Pflege- und Betreuungszentren wirken eng mit den überregionalen Pflegeleit- und Betreuungszentren zusammen.

#### **2.2.2.2. Bedarf**

Aufgrund der gegenwärtigen Erfahrungen beim Aufbau der Versorgungsstruktur ist eine Erweiterung der Kapazitäten im Freistaat Sachsen nicht notwendig.

#### **2.3. Raumprogramm**

Das Raumprogramm ergibt sich aus dem Grundkonzept der Einrichtung. Dabei sind zusätzliche Anforderungen bezüglich der Nettogrundfläche (NGF), der bautechnischen und der beweglichen Ausstattung sowie der Hilfsmittel zu beachten.

Für ein Pflegeleit- und Betreuungszentrum werden folgende Richtwerte für die NGF pro Platz und die Größe der Zimmer angegeben:

NGF/Platz: 55 - 60 qm

Zweibettzimmer: 27 - 29 qm

Einbettzimmer: 18 - 20 qm

Ein Pflege- und Betreuungszentrum soll sowohl funktionell als auch hinsichtlich der NGF vergleichbar aufgebaut sein.

Es können jedoch Reduzierungen in den Nebenfunktionsräumen erfolgen, wenn nachgewiesen wird, dass eine anteilige Nutzung dieser Räume im Pflegeheim möglich ist. Ebenso sind Räume für fachliche Fortbildungsangebote, die für ein Pflegeleit- und Betreuungszentrum erforderlich sind, für Pflege- und Betreuungszentren nicht vorzuhalten. Entsprechend ändern sich die Baukosten. Hierzu müssen Entscheidungen im Einzelfall getroffen werden. Bei Sanierungen sind begründete Abweichungen möglich, jedoch darf dabei die Betreuungsqualität nicht beeinträchtigt werden.

Darüber hinaus sollen die Außenanlagen dieser Einrichtungen rollstuhlrecht gestaltet werden.

Das Pflegebad und die Bewohnerzimmer sollen jeweils mit dem Duschwagen bzw. Liege/Bett befahrbar sein.

Der Raum für Physio- und Ergotherapie muss so groß sein, dass das Arbeiten an einer Vojta-Liege sowie das Befahren mit dem Rollstuhl möglich sind.

## **2.4. Ausstattung**

Eine Pflegeeinrichtung zur Pflege von Wachkomapatienten hat über die übliche Ausstattung hinaus mindestens die medizinisch-technische Ausstattung entsprechend der Anlage vorzuhalten.

## **3. Qualitätskriterien für stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI zur Aufnahme von Menschen im Wachkoma (Phase F)**

### **3.1. Zustandscharakteristik der aufzunehmenden Personen, allgemeine Ziele und Anforderungen an die Pflege und Betreuung der Betroffenen**

Die Empfehlungen zur Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtungen für Wachkomapatienten sind an den Bedürfnissen von Menschen auszurichten, bei denen infolge akuter Hirnschädigung anhaltend schwere Bewusstseinsstörungen bestehen. Diesen liegen in der Mehrzahl der Fälle neurologische Akutereignisse wie z. B. Schädel-Hirn-Traumen, zerebrale Sauerstoffmangelschäden oder Durchblutungsstörungen des Gehirns bzw. Hirnblutungen zugrunde.

Aus einem meist vorangehenden Koma können individuell verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung resultieren. Das apallische Syndrom stellt eine der möglichen Erscheinungsformen schwerster Funktionsstörungen des Großhirns dar. Der Name ist ursprünglich abgeleitet worden vom Nichtfunktionieren des Hirnmantels bei erhaltener Funktion vegetativer Zentren im Stammhirn, die das Überleben des Betroffenen ermöglicht. Das apallische Syndrom geht mit einer Bewusstseinsstörung bei erhaltener Wachheit und stark beeinträchtigter bis aufgehobener Wahrnehmungsfähigkeit einher.

Verbunden mit der Bewusstseinsstörung ist ein komplexes Schädigungsbild mit schwer beeinträchtigter oder fehlender Kommunikationsfähigkeit, schwer gestörter Bewegungsfähigkeit durch schlaffe sowie spastische Lähmungen, Ausfällen der Sensorik, schweren Störungen der vegetativen Funktionen bei meist bestehender Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme sowie Inkontinenz. Die Wachkomapatienten sind bedroht von Fehlregulationen der Herz-, Kreislauf- und der Atemfunktionen, zum Teil besteht die Notwendigkeit der apparativen Beatmung über ein Tracheostoma. Neben einer erheblichen Infektneigung besteht die Gefahr von Folgeschäden wie Kontrakturen, insbesondere durch die erhebliche muskuläre Spastik, und von Dekubitalgeschwüren als Druck- bzw. Lagerungsschäden.

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Wachkomapatienten nach der Akutphase frühestmöglich eine qualitativ und quantitativ angemessene Rehabilitationsleistung in einer Klinik mit Zulassung zur Phase B und C der neurologischen Rehabilitation erhalten haben.

Das apallische Syndrom kann sich spontan oder unter dem Einfluss intensiver Rehabilitationsmaßnahmen in den Phasen B/C allmählich zurückbilden, aber auch für unbestimmte Zeit fortbestehen.

Bei stagnierendem Rehabilitationserfolg und nach Übertritt in die Phase der zustandserhaltenden Dauerpflege (Phase F) stellen sich folgende Ziele für die Betreuung der Wachkomapatienten:

- Zustandserhaltung und -verbesserung durch Pflege und medizinische Behandlung,
- Gewährleistung würdiger Lebensbedingungen,
- Förderung des Funktionszustandes, des Mobilisierungsgrades und der Kommunikationsfähigkeit durch Anwendung geeigneter Heil- und Hilfsmittel,
- Wiederaufnahme der stationären Rehabilitation mit dem Ziel der Rückführung z. B. in die eigene Häuslichkeit, wenn sich durch pflegerische und medizinische Betreuung eine positive Rehabilitationsprognose ergibt.

Eine Pflegeabteilung für Menschen mit apallischem Syndrom muss für ihre Wachkomapatienten folgende Leistungen erbringen bzw. erbringen lassen:

- Leistungen der vollstationären Pflege (aktivierende Grund- und Behandlungspflege, soziale Betreuung),
- ärztliche Betreuung und Überwachung des Gesundheits- und Funktionszustandes, Intervention bei Infektion, Stoffwechsellentgleisung, Atmungs- und Kreislaufversagen u. a.,
- Einsatz von Heilmitteln nach vertragsärztlicher Verordnung (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie),
- psychosoziale Leistungen für den Pflegebedürftigen und
- soziale Betreuung der Angehörigen (u. a. Beratung, Anleitung und Begleitung).

### **3.2 Pflegekonzeption**

Grundlage bildet die vom Landespflegeausschuss am 06. Juni 2000 beschlossene „Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung in stationären/teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe“.

Darüber hinaus sind in der Pflegekonzeption einer Pflegeabteilung für Wachkomapatienten die besonderen Anforderungen an die Versorgung darzustellen. Dazu gehören auch erweiterte Teambesprechungen in angemessenem Intervall und Umfang, die eine Abstimmung und gegenseitige Information über den aktuellen Behandlungs- und Pflegezustand der Wachkomapatienten zwischen den Mitgliedern des hauseigenen Pflgeteams und den auf Verordnung tätigen niedergelassenen Therapeuten ermöglichen. Den behandelnden Ärzten ist die Teilnahme frei zu stellen, mindestens jedoch sind sie über gemeinsam erarbeitete Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse in Kenntnis zu setzen. Diese Vorgabe beruht auf der Überzeugung von der Notwendigkeit, bei Rückgang der Bewusstseinsstörung die Rehabilitationsprognose fachkundig mit dem Ziel einer Wiederaufnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen zu prüfen. Weiterhin sind Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu verankern.

Die Arbeit mit den Angehörigen als wichtige Ansprechpartner des Pflegepersonals und der Therapeuten ist von Beginn an zu berücksichtigen. Schon vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung sind ausführliche Informationsgespräche mit den Angehörigen zu führen. Die Angehörigengespräche sind nach der Aufnahme der Wachkomapatienten in regelmäßigen Abständen fortzuführen. Dies dient im Besonderen dem Verständnis der in der Einrichtung geleisteten fachübergreifenden Arbeit sowie der Weitergabe von pflege- und therapierelevanten Informationen. Zu diesem Zweck finden z. B. Einzel- und Gruppengespräche sowie Fachvorträge statt.

### **3.3. Pflege- und Funktionspersonal**

#### **3.3.1 Personelle Besetzung mit Pflege- und Funktionspersonal**

Die Einrichtung hat zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse der Wachkomapatienten im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation gemäß Punkt 3.3.3 bereitzustellen.

Der Anteil der Fachkräfte im Pflgeteam soll zwei Drittel betragen.

#### **3.3.2 Aufgaben des Pflege- und Funktionalpersonals**

##### **3.3.2.1 Pflegekräfte**

Die besonderen Bedürfnisse der aufzunehmenden Wachkomapatienten erfordern im Rahmen einer umfassenden, intensiven und aktivierenden Grund- und Behandlungspflege die Integration spezieller pflegetherapeutischer Maßnahmen. Nach gezielter Fortbildung müssen die Pflegekräfte Maßnahmen aus den für neurologische Patienten entwickelten Konzepten bei aktivierender Pflege sowohl zur Beeinflussung der zentralen, meist spastischen Lähmungen als auch der bestehenden Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen einfließen lassen. Eine besondere Qualität in der Pflege entsteht durch die Befähigung der Mitarbeiter, erlernte Konzepte bedürfnisorientiert auf die aktuelle Situation der Bewohner anzupassen.



Besondere Aufgaben sind mit der Förderung der gestörten Kommunikation bzw. deren Anbahnung verbunden. Große Bedeutung kommt prophylaktischen Maßnahmen zur Minderung oder Beseitigung von Folgeschäden und Komplikationen zu, u. a. durch Lagerungstherapie, Stehtraining oder Mobilisation in den Rollstuhl. Das spezielle Vorgehen im Zusammenhang mit Sondenernährung, Dauerbeatmung und Tracheostomapflege oder bei Versorgung der gestörten Ausscheidungsfunktion ist in den Pflegestandards zu verankern. Dazu gehören auch Festlegungen zum Hygieneregime in Anbetracht der erhöhten Anfälligkeit gegenüber Infektionen insbesondere im Bereich der Atem- und Harnwege.

Den Pflegekräften fällt eine wichtige Rolle in der Arbeit mit den Angehörigen der Wachkomapatienten zu (z. B. Kommunikation, Anleitung zum Umgang mit den Wachkomapatienten). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Befähigung aller Mitarbeiter zu Gesprächsführung, Beratung und Krisenintervention, um die Angehörigen in allen häufig sehr komplexen Situationen begleiten zu können.

### **3.3.2.2 Sozialarbeiterin bzw. Sozialpädagogin**

Die primäre Aufgabe ist die Kontaktaufnahme mit den Wachkomapatienten bzw. mit ihren Angehörigen.

Aufgaben sind dabei insbesondere:

- Klärung und Unterstützung bei Hilfebedarf (z. B. soziale Kontakte, Finanz- und Wohnsituation),
- Beratung für Angehörige (z. B. Entlastungs- und Hilfemöglichkeiten),
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Unterstützung der Wachkomapatienten und ihrer Familien bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Ausflüge, jahreszeitliche Feste etc.),
- psychosoziale Gespräche i. S. von Krisenintervention,
- einrichtungsbezogene Aufgaben (z. B. Teilnahme an Teambesprechungen, Entlastung anderer Berufsgruppen hinsichtlich Gesprächsführung mit Wachkomapatienten und Angehörigen) und
- einrichtungsübergreifende Aufgaben (z. B. Koordination an der Schnittstelle von Einrichtung und regionalem Umfeld, Management von Betreuungsnetzen, Hinweise auf Selbsthilfegruppen).

### **3.3.2.3 Intern angestellte Therapeuten**

Aufgrund der besonderen Anforderungen bei der pflegerischen Versorgung von Wachkomapatienten soll eine Therapeutin intern angestellt werden. Durch sie sind Maßnahmen zur Förderung der Beweglichkeit und Mobilität, zur Unterstützung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, zum Ausbau von Kommunikation und der physiologischen Nahrungsaufnahme oder vergleichbare Leistungen im Rahmen der Pflege zu erbringen.

Eine wesentliche Aufgabe besteht in der Vermittlung von spezifischen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen aus den in der Einrichtung angewendeten Konzepten an das Pflegeteam und an die Angehörigen.

Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen auf therapeutische Maßnahmen im Sinne von Heilmitteln im Rahmen der Krankenversicherung gemäß den §§ 11 und 32 SGB V bleiben durch die Anstellung von internen Therapeuten unberührt.

### **3.3.3. Qualifikation des Pflege- und Funktionspersonals**

#### **3.3.3.1 Pflegefachkräfte**

Pflegefachkräfte sind

- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Berufserfahrung.  
Bevorzugt werden Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpfleger für Intensivmedizin und Anästhesie, Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie/Neurologie
- Altenpflegerinnen mit Berufserfahrung.

#### **3.3.3.2 Pflegehilfskräfte**

Pflegehilfskräfte sind

- Krankenpflegehelferinnen,
- Altenpflegehelferinnen,
- Pflegehelferinnen ohne Ausbildung mit dokumentierter Einarbeitung nach einrichtungsinternem Konzept.

#### **3.3.3.3 Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin**

- Sozialarbeiterin mit staatlicher Anerkennung
- Sozialpädagogin mit staatlicher Anerkennung

### **3.3.3.4. Therapeutin**

Physio- und/oder Ergotherapeutin mit Berufserfahrung, möglichst mit Erfahrungen und Kenntnissen, die eine qualitätsgerechte Behandlung von Menschen mit schwersten Hirnschädigungen einschließlich apallischem Syndrom ermöglichen. Das bedeutet, dass Erfahrungen durch Tätigkeiten oder Hospitationen in neurologischen Rehabilitationskliniken mit Zulassung zur Behandlung in den Phasen B/C vorliegen sollen

### **3.3.4 Allgemeine Anforderungen an das Pflege- und Funktionspersonal**

Das Pflege- und Funktionspersonal muss über eine fachliche und persönliche Eignung im Umgang mit Wachkomapatienten verfügen. Die fachliche Eignung ist u. a. durch Hospitationen und spezielle Weiterbildungen zu erwerben, um eine Handlungssicherheit auch bei Komplikationen zu gewährleisten. Die persönliche Eignung setzt Zuverlässigkeit, Belastbarkeit und die Fähigkeit voraus, auf die Probleme der Wachkomapatienten und ihrer Angehörigen einzugehen.

### **3.3.5 Zusätzliche Hospitationen/Fortbildungen**

#### **3.3.5.1 Hospitation der verantwortlichen Pflegefachkraft/Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

Von der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft wird eine Hospitation in einer der im Freistaat Sachsen anerkannten Phase-F-Einrichtungen oder in einer neurologischen Rehabilitationsklinik, die für die Betreuung von Patienten mit schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C zugelassen ist, gefordert.

Die Hospitationsdauer beträgt:

- 4 Wochen (160 Stunden) vor Übernahme der Funktion (Anpassung der Hospitationszeit bei Nachweis relevanter Vorkenntnisse) und
- 1 Woche (40 Stunden) zur Wiederholung aller drei Jahre.

Hospitationsinhalt: z. B. Information über Pflegestandards, Hygieneregime, pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Dauerbeatmung und künstlicher Ernährung, Erlernen spezieller Maßnahmen aus den relevanten Konzepten, pflegerelevante Aspekte der Teamarbeit, Dienstplangestaltung unter diesen speziellen Bedingungen

### **3.3.5.2 Fortbildung für das Pflege- und Funktionspersonal**

Zur weiteren Qualifikation des Pflege- und Funktionspersonals sind nachfolgende Fortbildungen notwendig:

- neue Mitarbeiterinnen erhalten Unterweisung in Pflegeleitbild, Pflegekonzeption, hauseigene Pflegestandards und Hygieneregime der Einrichtung,
- Erlernen von spezifischen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen - wie Maßnahmen aus den in der Einrichtung angewendeten Konzepten durch interne Unterweisung durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, gegebenenfalls Logopäden aus neurologischen Rehabilitationskliniken oder durch niedergelassene Therapeuten,
- Einrichtungsinterne Schulungen mindestens viermal jährlich, u. a. durch Fachvorträge von Fachärzten aus spezialisierten neurologischen Rehabilitationskliniken mit Zulassung für Phase B und C, durch Fachärzte für Neurologie, HNO u. a. sowie durch qualifizierte Pflegefachkräfte,
- eine fachliche Beratung ist durch Kooperationsbeziehungen mit einer spezialisierten neurologischen Rehabilitationsklinik und einer Intensivtherapiestation im nächstgelegenen Krankenhaus zu allgemeinen Fragen und zum Einzelfall anzustreben.

## **3.4. Ärztliche Betreuung**

### **3.4.1. Betreuung durch den Hausarzt**

z. B. Facharzt für Allgemeinmedizin Turnus: bei Bedarf

Spezielle Aufgaben:

- bedarfsgerechte Verordnung von Heilmitteln wie Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie,
- Verordnung von psychotherapeutischer Betreuung bei Bedarf,
- Kontrolle eventueller Anzeichen für ein Rehabilitationspotential mit dem Ziel der Einleitung einer stationären neurologischen Rehabilitation und
- Kooperation mit anderen Fachärzten, insbesondere mit dem Facharzt für Neurologie und den Fachärzten aus neurologischen Rehabilitationskliniken.

### **3.4.2 Konsiliarärztliche Betreuung durch Fachärzte**

#### **3.4.2.1 Facharzt für Neurologie**

- Ermächtigter/Niedergelassener Facharzt für Neurologie mit Erfahrung in der Betreuung schwer Hirngeschädigter

Turnus:

Die Pflegeeinrichtung wirkt in Kooperation mit dem Hausarzt darauf hin, dass bei Bedarf (Zustandsänderung), mindestens aber in halbjährlichem Abstand, eine Konsultation durch den Facharzt für Neurologie veranlasst und das Ergebnis in der Pflegedokumentation festgehalten wird.

Ziel:

- Kontrolle eventueller Anzeichen für ein Rehabilitationspotential
- Abstimmung mit der kooperierenden neurologischen Rehabilitationsklinik
- Wiederholung paraklinischer Untersuchungen wie EEG, evozierte Potentiale in Verantwortung des Facharztes für Neurologie bei klinischen Veränderungen
- Facharzt für Neurologie einer regional kooperierenden neurologischen Rehabilitationsklinik mit Betreuung von schwer Hirngeschädigten in den Phasen B/C

Ziel:

- Mitwirkung bei Beratung zur Therapie und Pflege
- Erhebung eines neurologischen Assessments zur Feststellung des Rehabilitationspotentials

#### **3.4.2.2 Weitere Fachärzte**

Fachärzte für Urologie, Dermatologie, HNO, Anästhesie/Intensivtherapie, Innere Medizin/Pulmologie, Chirurgie, Gynäkologie, Zahnheilkunde und anderen

Turnus: bei Bedarf

### **3.4.3 Kooperation mit einer Intensivtherapieabteilung (ITA)**

Kooperation mit der ITA des nächstgelegenen Krankenhauses zur bedarfsweisen Realisierung der vorübergehenden Aufnahme von Heimbewohnern im Falle eintretender oder zunehmender Ateminsuffizienz oder bei schwerwiegenden Komplikationen im Rahmen der Dauerbeatmung (z. B. Pneumonie).

### **3.5. Externe Therapeuten**

Der Einsatz externer Therapeuten (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Diplompsychologe) in der Pflegeabteilung erfolgt auf Veranlassung des betreuenden niedergelassenen Haus- und Facharztes in Form einer individuell und bedarfsgerecht ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung gemäß SGB V.

Die Erbringung dieser Heilmittel ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

## **4. Besondere Anforderungen an die Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma (Phase F)**

Bei der Versorgung dieser Klientel geht es neben den zustandserhaltenden Maßnahmen insbesondere auch um die Wiedergewinnung der prätraumatisch gegebenen Entwicklungsmöglichkeiten und die Ausschöpfung des jeweils individuellen altersbezogenen Entwicklungspotentials.

Diesen Erfordernissen ist in der Pflegekonzeption Rechnung zu tragen.

Bei der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma (Phase F) sind die Vorschriften der Betriebserlaubnis für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gemäß §§ 45 ff. SGB VIII und die dazu erlassenen landesrechtlichen Regelungen zu beachten. Um die Angehörigennähe zu gewährleisten, wird in diesem speziellen Fall die gemeinsame Betreuung von Kindern und Erwachsenen in einer Einrichtung zugelassen.

Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche im Wachkoma betreuen, sollen möglichst mindestens drei Kinder oder Jugendliche aufnehmen, da insbesondere Kontakte zu Gleichaltrigen neben wirtschaftlichen Aspekten wichtig sind.

Der Einbeziehung und Arbeit mit den Eltern und Angehörigen kommt besondere Bedeutung zu. Ihre häufige Anwesenheit und Beteiligung an der Pflege und Betreuung ist dringend erforderlich. Vor allem der vertraute Umgang mit dem Kind/Jugendlichen und die basale Stimulation durch Angehörige können die tägliche Arbeit der Fachkräfte unterstützen, ergänzen und bereichern.

Die Ausstattung der Zimmer muss altersgerecht angepasst sein. Die Atmosphäre soll wohnlich und freundlich sein, dem Entwicklungsstand entsprechende Spiel- und Freiluftangebote sollen vorgehalten werden.

Die Personalausstattung unterscheidet sich von der Versorgung Erwachsener dadurch, dass hier als Pflegefachkräfte vor allem Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen eingesetzt werden. Die unter Punkt 3.3. genannten Anforderungen gelten entsprechend.

Die hausärztliche Betreuung durch einen Kinderarzt ist sicherzustellen. Bei der notwendigen Beteiligung von Ärzten anderer Fachrichtungen ist darauf zu achten, dass eine entsprechende Erfahrung in der Behandlung von Kindern vorhanden ist.

Die Einrichtung ist verpflichtet, die Realisierung der individuellen gesetzlichen Ansprüche auf Frühförderung (SGB IX) und Bildung (§ 1 Abs. 1 SchulG) zu ermöglichen.

## **5. Finanzstruktur in Pflegeeinrichtungen für Menschen im Wachkoma (Phase F)**

- 5.1. Pflegesätze (§ 84 Abs. 1 SGB XI) Leistungen zur Grundpflege, sozialen Betreuung, medizinischen Behandlungspflege (Maßnahmen im Zusammenhang mit den Aktivitäten des täglichen Lebens, d. h. Leistungen i. S. SGB XI, Leistungen zur Förderung des Funktionszustandes und des Mobilisierungsgrades, der Zustandserhaltung sowie psychosoziale Betreuung).
- 5.2. Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI)
- 5.3. Investitionskosten (§ 82 Abs. 2 bis 5 SGB XI)
- 5.4. Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)
- 5.5. Leistungen der Krankenversicherung gemäß SGB V (zusätzlich hat der Bewohner einen Individualanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung (SGB V) wie ärztliche Behandlung durch zugelassene Fachärzte entsprechend Punkt 3.4.; Bereitstellung und Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln bei Bedarf nach vertragsärztlicher Verordnung, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- 5.6. Eingliederungshilfe (individueller Anspruch gemäß SGB IX und SGB XII)

**Anlage der Empfehlung zur Versorgung von Menschen im Wachkoma (Phase F) in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI im Freistaat Sachsen** (vom 01. Dezember 2010)

Zusätzliche medizinisch-technische Ausstattung (Punkt 2.4.)

- Sauerstoffeinheiten, pro Pflegeplatz ein Gerät (bei Neubauten steckbar)
- Absaugeinheiten, pro Pflegeplatz ein Gerät (bei Neubauten steckbar)
- 2 St. Sekretsauger, transportabel
- 1 St. Notfallkoffer, Standardausrüstung
- 3 St. Patientenmonitore oder Pulsoximeter
- Antidekubitus-Systeme im Bedarfsfall
- 1 St. Ernährungspumpe
- 1 St. geeignetes Liftersystem
- 1 St. Personenliegewaage, eventuell in Kombination mit dem Liftersystem
- 1 St. Multifunktionsrollstuhl
- Duschwagen, pro 10 Pflegeplätze ein Duschwagen
- 1 St. Vojta-Liege
- 1 St. Stehbrett
- Inhalationsgeräte (Ultraschallvernebler), für zwei Pflegeplätze ein Gerät
- diverse Lagerungshilfen