

**Empfehlung
zum Aufbau einer Versorgungsstruktur,
zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur
von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem
Elften Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI
zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F)
im Freistaat Sachsen**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Aufbau einer Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen.....	4
2.1	Vorbemerkung.....	4
2.2	Planungsgrundsätze	4
2.2.1	Allgemeines	4
2.2.2	Versorgungsstruktur und -bedarf im Freistaat Sachsen.....	5
2.2.2.1	Versorgungsstruktur	5
2.2.2.2	Bedarf	5
2.3	Raumprogramm	6
2.4	Ausstattung	7
2.5	Investitionskosten.....	7
3	Qualitätskriterien für stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI zur Aufnahme von Menschen im Wachkoma (Phase F).....	7
3.1	Zustandscharakteristik der aufzunehmenden Personen, allgemeine Ziele und Anforderungen an die Pflege und Betreuung der Betroffenen	7
3.2	Pflegekonzeption.....	8
3.3	Pflege- und Funktionspersonal.....	9
3.3.1	Personelle Besetzung mit Pflege- und Funktionspersonal.....	9
3.3.2	Aufgaben des Pflege- und Funktionspersonals	9
3.3.2.1	Pflegekräfte	9
3.3.2.2	Sozialarbeiterin beziehungsweise Sozialpädagogin	10
3.3.2.3	Intern angestellte Physiotherapeuten	10
3.3.3	Qualifikation des Pflege- und Funktionspersonals	10
3.3.3.1	Pflegefachkräfte	10
3.3.3.2	Pflegehilfskräfte.....	11
3.3.3.3	Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin	11
3.3.3.4	Physiotherapeutin	11
3.3.4	Allgemeine Anforderungen an das Pflege- und Funktionspersonal	11
3.3.5	Zusätzliche Hospitationen/Fortbildungen.....	11
3.3.5.1	Hospitation der verantwortlichen Pflegefachkraft/Vertreterin	11
3.3.5.2	Fortbildung für das Pflege- und Funktionspersonal	12
3.4	Ärztliche Betreuung	12
3.4.1	Betreuung durch den Hausarzt.....	12
3.4.2	Konsiliarärztliche Betreuung durch Fachärzte	12
3.4.2.1	Facharzt für Neurologie.....	12

3.4.2.2	Weitere Fachärzte.....	13
3.4.3	Kooperation mit einer Intensivtherapieabteilung (ITA)	13
3.5	Externe Therapeuten.....	13
4	Besondere Anforderungen an die Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Wachkoma (Phase F)	14
5	Finanzstruktur in Pflegeeinrichtungen für Menschen im Wachkoma (Phase F)	14
	Anlage I der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen	16
	Anlage II der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen	17
	Anlage III der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen	22

Hinweis:

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 (MDK), die Heimaufsichten und das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie haben gemeinsam Kriterien für die Versorgungsstruktur und die Qualitätssicherung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (SGB XI), die Menschen mit apallischem Syndrom (Phase F)¹ versorgen, erarbeitet.

Ausgehend von dieser Empfehlung soll für diese Menschen im Freistaat Sachsen eine aktivierende Pflege realisiert werden, die nicht nur auf reine zustandserhaltende Maßnahmen ausgerichtet ist. Den Betroffenen sollen Chancen für die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären neurologischen Rehabilitation in den Phasen B, C und D (siehe Fußnote 1) 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 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 SGB XI zur vollstationären Pflege und der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ in der jeweils gültigen Fassung.

2 Aufbau einer 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 Betroffenen überwindet etwa die Hälfte den Zustand der Bewusstlosigkeit (hier "Wachkoma") mit Übergang in die sogenannte postapallische Phase, und es besteht dann ein Rehabilitationspotential bei allerdings starker Bewegungs- und Kommunikationsbehinderung. Der andere Teil der Betroffenen 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 Planungsgrundsätze

2.2.1 Allgemeines

Bisher gibt es im Freistaat Sachsen nur wenige spezielle vollstationäre Pflegeeinrichtungen für Menschen mit apallischem Syndrom (Phase F). Derzeit werden die pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen nach abgeschlossener akut-medizinischer und rehabilitativer Versorgung in Pflegeheimen betreut und gepflegt, die den speziellen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität für diese Pflegebedürftigen noch nicht ausreichend nachkommen kön-

¹ Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in: "Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C" vom 2. November 1999

nen. Deshalb ist zur Pflege der Menschen im Wachkoma (Phase F) eine spezielle Versorgungsstruktur aufzubauen. Auch bestehende Pflegeeinheiten zur Pflege von Menschen im Wachkoma sollen zukünftig diesen Kriterien entsprechen.

2.2.2 Versorgungsstruktur und -bedarf im Freistaat Sachsen

2.2.2.1 Versorgungsstruktur

Für die Versorgung sollen überregionale Pflegeleit- und Betreuungszentren und regionale Pflege- und Betreuungszentren im Freistaat aufgebaut werden. 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** werden 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, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – 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 und anderes mehr,
- Organisation eines speziellen Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems,
- Literaturlauswertung und Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- Verbreitung und Erläuterung neuer Methoden und Betreuungsprinzipien,
- speziellen Schulung von Angehörigen.

Die **regionalen Pflege- und Betreuungszentren** sollen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung als spezielle Pflegeeinheit errichtet werden. Hierbei soll die Größe der Pflegeeinheit aus pflegerisch-fachlichen Gesichtspunkten und betriebswirtschaftlichen Gründen 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

Für den Freistaat Sachsen ergibt sich jährlich ein rechnerischer Bedarf von circa 112 Plätzen. Die Verweildauer der Betroffenen in den Einrichtungen beträgt etwa ein bis zwei Jahre. Nach bisherigen Befragungen im Regierungsbezirk Dresden sind gegenwärtig 86 Plätze in Pflegeheimen mit Menschen im Wachkoma belegt. Ausgehend von dieser Zahl kann im Freistaat Sachsen ein Bedarf von etwa 220 Plätzen abgeleitet werden.

Es sollen bis zu vier **Pflegeleit- und Betreuungszentren** mit je 20 Plätzen, verteilt auf die Regierungsbezirke Leipzig, Dresden und Chemnitz, geschaffen werden.

Die **Pflege- und Betreuungszentren** sollen gleichmäßig im Freistaat verteilt sein. Die vergleichsweise kleine Zahl von 10 bis 15 Plätzen dient dem Grundsatz der Gemeinde- beziehungsweise Familiennähe, der gerade für diese Betroffenen und ihre Angehörigen von besonderer Bedeutung ist. Am Ort des Pflege- und Betreuungszentrums muss eine ausreichende medizinische Infrastruktur verfügbar sein.

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 bis 60 Quadratmeter
Zweibettzimmer	27 bis 29 Quadratmeter
Einbettzimmer	18 bis 20 Quadratmeter

Es wird ein angemessener Anteil an Doppelzimmern zur Zahl der Einzelzimmer empfohlen, da

- jede Betreuungsleistung und jeder Besuch von Angehörigen mit indirekten Anregungen für den anderen Bewohner verbunden ist und
- Angehörige beider Bewohner sich wechselseitig unterstützen können.

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 rollstuhlgerecht gestaltet werden.

Das Pflegebad und die Bewohnerzimmer sollen jeweils mit dem Duschwagen beziehungsweise 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 ist.

2.4 Ausstattung

Eine Pflegeeinrichtung zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) hat über die übliche Ausstattung hinaus mindestens die medizinisch-technische Ausstattung entsprechend der Anlage I vorzuhalten.

Die Gesamtausstattung eines **Pflegeleit- und Betreuungszentrums** wird in der Musterausstattungsliste (siehe Anlage II) beispielhaft dargestellt.

2.5 Investitionskosten

Gegenüber den Kosten für einen Pflegeheimplatz ist bei vollstationären Pflegeplätzen zur Pflege und Versorgung von Menschen im Wachkoma (Phase F) mit Mehrkosten zu rechnen. Diese resultieren im Wesentlichen aus

- dem höheren Flächenbedarf für die Zimmer und Sanitärräume (größerer Anteil an Verkehrsfläche erforderlich durch Nutzung von Spezialbetten, andockbaren mechanischen Hilfsmitteln und anderem),
- dem Mehrbedarf von Funktionsräumen und
- der aufwändigeren technischen und medizintechnischen Ausrüstung.

Für die Planung von Pflegeplätzen in **Pflegeleit- und Betreuungszentren** sowie in **Pflege- und Betreuungszentren** ist das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie zuständig, soweit diese Plätze gefördert werden. Für die Förderung gelten die in der Anlage III genannten Eckwerte.

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 Menschen im Wachkoma 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 zum Beispiel Schädel-Hirn-Traumen, zerebrale Sauerstoffmangelschäden oder Durchblutungsstörungen des Gehirns beziehungsweise Hirnblutungen (Schlaganfall) zugrunde.

Aus einem meist vorangehenden Koma (tiefe Bewusstlosigkeit) können individuell verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung resultieren. Das apallische Syndrom (Wachkoma) stellt eine der möglichen Erscheinungsformen schwerster Funktionsstörungen des Großhirns (Cerebrum) dar. Der Name ist ursprünglich abgeleitet worden vom Nichtfunktionieren des Hirnmantels (Pallium) 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 beeinträchtiger oder fehlender Kommunikationsfähigkeit, schwer gestörter Bewegungsfähigkeit durch schlaife sowie spastische Lähmungen, Ausfällen der Sensorik, schweren Störungen der vegetativen Funktionen bei meist bestehender Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme sowie Inkontinenz. Die Betroffenen 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 Gelenkkontrakturen, insbesondere durch die erhebliche muskuläre Spastik (Verkrampfung), und von Dekubitalgeschwüren als Druck- beziehungsweise Lagerungsschäden.

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen 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 und unter dem Einfluss intensiver Rehabilitationsmaßnahmen in den Phasen B/C allmählich zurückbilden, bei negativer Prognose jedoch auch irreversibel fortbestehen.

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

- 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 zum Beispiel in die eigene Häuslichkeit, wenn sich unter Pflege und medizinischer Betreuung eine positive Rehabilitationsprognose ergibt.

Eine Pflegeabteilung für Menschen mit apallischem Syndrom muss für ihre Bewohner folgende Leistungen erbringen beziehungsweise 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, und anderes,
- Einsatz von Heilmitteln nach vertragsärztlicher Verordnung (zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie),
- psychosoziale Leistungen für den Pflegebedürftigen und
- soziale Betreuung der Angehörigen (unter anderem Beratung, Anleitung und Begleitung).

3.2 Pflegekonzeption

Grundlage bildet die vom Landespflegeausschuss am 6. Juni 2000 beschlossene "Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung in stationären/teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe".

Darüber hinaus sind in der Pflegekonzeption einer Pflegeabteilung für Menschen mit apallischem Syndrom 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 Bewohner zwischen den Mitgliedern des hauseigenen Pflegeteams, den betreuenden Hausärzten und möglichst auch Fachärzten sowie den auf Verordnung tätigen niedergelassenen Therapeuten ermöglichen. 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 Betroffenen in regelmäßigen Abständen fortzuführen. Dies dient im Besonderen dem Verständnis der in der Einrichtung geleisteten fachübergreifenden Arbeit sowie der Weitergabe von pflege- und therapie relevanten Informationen. Zu diesem Zweck finden zum Beispiel 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 Menschen im Wachkoma im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation gemäß Punkt 3.3.3 bereitzustellen.

Der Anteil der Fachkräfte im Pflegeteam soll zwei Drittel betragen.

3.3.2 Aufgaben des Pflege- und Funktionspersonals

3.3.2.1 Pflegekräfte

Die besonderen Bedürfnisse der aufzunehmenden Personen 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 Konzepten nach Bobath und Affolter, aus Konzepten der Facio-Oralen-Trakt-Therapie (FOTT) und der Basalen Stimulation bei aktivierender Pflege sowohl zur Beeinflussung der zentralen, meist spastischen Lähmungen als auch der bestehenden Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen einfließen lassen. Besondere Aufgaben sind mit der Förderung der gestörten Kommunikation beziehungsweise deren Anbahnung verbunden. Große Bedeutung kommt prophylaktischen Maßnahmen zur Minderung oder Beseitigung von Folgeschäden und Komplikationen zu, unter anderem 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 Pflegebedürftigen zu (zum Beispiel Kommunikation, Anleitung zu pflegerischen Hilfsarbeiten).

3.3.2.2 Sozialarbeiterin beziehungsweise Sozialpädagogin

Die primäre Aufgabe ist die Kontaktaufnahme mit den Betroffenen beziehungsweise mit ihren Angehörigen.

Aufgaben sind dabei insbesondere:

- Klärung und Unterstützung bei Hilfebedarf (zum Beispiel soziale Kontakte, Finanz- und Wohnsituation),
- Beratung für Angehörige (zum Beispiel Entlastungs- und Hilfemöglichkeiten),
- psychosoziale Gespräche im Sinne von Krisenintervention,
- einrichtungsbezogene Aufgaben (zum Beispiel Teilnahme an Teambesprechungen, Entlastung anderer Berufsgruppen hinsichtlich Gesprächsführung mit Betroffenen und Angehörigen) und
- einrichtungsübergreifende Aufgaben (zum Beispiel Koordination an der Schnittstelle von Einrichtung und regionalem Umfeld, Management von Betreuungsnetzen, Hinweise auf Selbsthilfegruppen).

3.3.2.3 Intern angestellte Physiotherapeuten

Auf Grund der besonderen Anforderungen bei der pflegerischen Versorgung von Menschen im Wachkoma soll eine Physiotherapeutin intern, das heißt innerhalb des Pflorgeteams, angestellt werden. Durch sie sind aktive und passive Bewegungsübungen sowie fachliche Unterstützung bei der regelmäßigen Umlagerung zur Mobilisation des Pflegebedürftigen und gleichfalls zur Vermeidung von Pneumonie, Dekubitus, Thrombosen und Kontrakturen innerhalb der Pflege zu erbringen.

Eine wesentliche Aufgabe besteht in der Vermittlung von spezifischen pflegetherapeutischen Maßnahmen wie zum Beispiel aus den Konzepten nach Bobath, FOT, Basale Stimulation an das Pflorgeteam und gegebenenfalls an die Angehörigen.

Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen auf therapeutische Maßnahmen im Sinne von Heilmitteln im Rahmen der Krankenversicherung gemäß den §§ 11 und 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bleiben durch die Anstellung von internen Physiotherapeuten unberührt.

3.3.3 Qualifikation des Pflege- und Funktionspersonals

3.3.3.1 Pflegefachkräfte

Pflegefachkräfte sind

- Krankenschwestern/Krankenpfleger sowie Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger mit staatlicher Anerkennung und praktischer Berufserfahrung gemäß § 71 Absatz 3 SGB XI und Erfahrung in der Intensivpflege einschließlich Dauerbeatmung. Bevorzugt werden Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpfleger für Intensivmedizin und Anästhesie, Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie/Neurologie
- Altenpflegerinnen mit staatlicher Anerkennung und praktischer Berufserfahrung gemäß § 71 Absatz 3 SGB XI.

3.3.3.2 Pflegehilfskräfte

Pflegehilfskräfte sind

- Krankenpflegehelferinnen
- Altenpflegehelferinnen

3.3.3.3 Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin

- Sozialarbeiterin mit staatlicher Anerkennung
- Sozialpädagogin mit staatlicher Anerkennung

3.3.3.4 Physiotherapeutin

Physiotherapeutin mit staatlicher Anerkennung und mindestens zweijähriger Berufserfahrung und mit speziellen Erfahrungen und Kenntnissen in der Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, 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 müssen.

3.3.4 Allgemeine Anforderungen an das Pflege- und Funktionspersonal

Das Pflege- und Funktionspersonal muss über eine fachliche und persönliche Eignung im Umgang mit schwerst hirngeschädigten Menschen verfügen. Die fachliche Eignung ist unter anderem 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 derart schwer geschädigter Menschen und ihrer Angehörigen einzugehen.

3.3.5 Zusätzliche Hospitationen/Fortbildungen

3.3.5.1 Hospitation der verantwortlichen Pflegefachkraft/Vertreterin

Von der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertreterin wird eine Hospitation 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:

- sechs Wochen (240 Stunden) vor Übernahme der Funktion (Anpassung der Hospitationszeit bei Nachweis relevanter Vorkenntnisse) und
- zwei Wochen (80 Stunden) zur Wiederholung aller drei Jahre.

Hospitationsinhalt: zum Beispiel Information über Pflegestandards, Hygieneregime, pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Dauerbeatmung und künstlicher Ernährung, Erlernen spezieller Maßnahmen aus den Konzepten von Bobath, Affolter, aus der FOTT und der Basalen Stimulation, pflegerelevante Aspekte der Teamarbeit, Dienstplangestaltung unter diesen speziellen Bedingungen

Weitere Hospitationen sind in den **Pflegeleit- und Betreuungszentren** für apallisches Syndrom möglich.

3.3.5.2 Fortbildung für das Pflege- und Funktionspersonal

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

- neue Mitarbeiter erhalten Unterweisung in Pflegeleitbild, Pflegekonzeption, hauseigene Pflegestandards und Hygieneregime der Einrichtung.
- Erlernen von spezifischen pflegetherapeutischen Maßnahmen wie Maßnahmen aus den Konzepten nach Bobath, FOTT, Basale Stimulation durch interne Unterweisung durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, gegebenenfalls Logopäden aus benachbarten neurologischen Rehabilitationskliniken oder durch niedergelassene Therapeuten,
- Einrichtungsinterne Schulungen mindestens viermal jährlich durch Fachvorträge von Fachärzten aus spezialisierten neurologischen Rehabilitationskliniken mit Zulassung für Phase B und C, durch Fachärzte für Neurologie, HNO und andere 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 zu sichern.

3.4 Ärztliche Betreuung

3.4.1 Betreuung durch den Hausarzt

zum Beispiel Facharzt für Allgemeinmedizin

Turnus: bei Bedarf

Spezielle Aufgaben:

- Unterstützung der zustandserhaltenden Pflege,
- 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 Elektroenzephalografie (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

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 (zum Beispiel 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. Kinder- und Jugendhilferecht (KJHG) 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 mindestens drei Personen 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 entsprechend der Anlage II 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 Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger mit staatlicher Anerkennung 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 (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) und Bildung (§ 1 Absatz 1 Schulgesetz – SchulG) zu ermöglichen.

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

5.1 Pflegesätze (§ 84 Absatz 1 SGB XI)

Leistungen zur Grundpflege, sozialen Betreuung, medizinischen Behandlungspflege (Maßnahmen im Zusammenhang mit den Aktivitäten des täglichen Lebens, das heißt Leistungen im Sinne SGB XI, Leistungen zur Förderung des Funktionszustandes und des Mobilisierungsgrades, der Zustandserhaltung sowie psycho-soziale Betreuung).

5.2 Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI)

5.3 Investitionskosten
(§ 82 Absätze 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, zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)

5.6 Eingliederungshilfe
(gemäß SGB IX und Bundessozialhilfegesetz – BSHG)

Anlage I der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen

(vom 4. Dezember 2001)

Zusätzliche medizinisch-technische Ausstattung (Punkt 2.4.)

- Sauerstoffeinheiten, pro Pflegeplatz ein Gerät (bei Neubauten steckbar)
- Absaugeinheiten, pro Pflegeplatz ein Gerät (bei Neubauten steckbar)
- zwei Stück Sekretsauger, transportabel
- ein Stück Notfallkoffer, Standardausrüstung
- zwei Stück Patientenmonitore
- ein Stück Pulsoximeter/Nicht invasive Blutdruckmessung (NIBP)
- Antidekubitus-System für ein Drittel der Pflegeplätze
- ein Stück Ernährungspumpe
- ein Stück geeignetes Liftersystem
- ein Stück Personenliegewaage, eventuell in Kombination mit dem Liftersystem
- zwei Stück Pflegeliegeerollstühle, elektrisch/hydraulisch
- Duschwagen, pro zehn Pflegeplätze ein Duschwagen
- ein Stück Vojta-Liege
- ein Stück Stehbrett
- Inhalationsgeräte (Ultraschallvernebler), für zwei Pflegeplätze ein Gerät
- diverse Lagerungshilfen

Ist ein darüber hinausgehender Bedarf bei den Pflegebedürftigen vorhanden, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, entsprechende zusätzliche Hilfsmittel vorzuhalten.

Anlage II der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen

(vom 4. Dezember 2001)

Musterausstattungsliste für ein **Pflegeleit- und Betreuungszentrum** mit 20 Plätzen (Punkt 2.4)

Artikel	Menge	bauseitig	gefördert	nicht gefördert
Eingangs- und Aufenthaltsbereich				
Rezeption	1	ja		
Sitzgruppe	1		ja	
Grünpflanzen	1		ja	
Bild	1		ja	
2 Bettzimmer	8			
Schrank viertürig	8		ja	
Pflegebett	16		ja	
Matratzenschoner	16		ja	
Matratzen	16		ja	
Nachttisch	16		ja	
Tisch 80 mal 80	8		ja	
Stühle einfach	8		ja	
Armlehnstühle	8		ja	
Sideboard	8		ja	
Deckenlampe	8		ja	
Kissen 80 mal 80	16		ja	
Decke 135 mal 200	16		ja	
Matratzenschonbezug	48		ja	
Spannbettbezug	48		ja	
Kissenbezug	48		ja	
Bettbezug	48		ja	
Vorhänge Zimmer	8		ja	
Vorhangstangen Zimmer	8	ja		
Bild	8		ja	
1 Bettzimmer	4			
Schrank zweitürig	4		ja	
Pflegebett	4		ja	
Matratzenschoner	4		ja	
Matratzen	4		ja	
Nachttisch	4		ja	
Tisch 80 mal 80	4		ja	
Stühle einfach	4		ja	
Armlehnstühle	4		ja	
Sideboard	4		ja	
Deckenlampe	4		ja	
Kissen 80 mal 80	4		ja	

Artikel	Menge	bauseitig	gefördert	nicht gefördert
Decke 135 mal 200	4		ja	
Matratzenschonbezug	12		ja	
Spannbettbezug	12		ja	
Kissenbezug	12		ja	
Bettbezug	12		ja	
Vorhänge Zimmer	4		ja	
Vorhangstangen Zimmer	4	ja		
Bild	4		ja	
Stationsbad				
Pflegewanne	1	ja		
Duschwagen	2		ja	
Badelifter	1		ja	
Duschrollstuhl	4		ja	
Entspannungswanne mit Zubehör	1	ja		
Wäscheschrank	1		ja	
Badetücher	100		ja	
Waschlappen	100		ja	
Handtücher	100		ja	
Teeküche				
Küchenzeile	1	ja		
Mülleimer	1		ja	
Mikrowellenherd gewerblich	1		ja	
Kleinteile und Geschirr	1		ja	
Geräteraum rein				
Regal	3		ja	
Geräteraum unrein				
Regal	3		ja	
Gerätewagen	1		ja	
Schmutzwäsche – Sammelwagen	1		ja	
Wäschelager und Hilfsmittel				
Wandschränke	1		ja	
Transportwagen	1		ja	
Regal	2		ja	
Pflegearbeitsraum unrein				
Einbau Fäkalienspüle	1	ja		
Wandregale aus Edelstahl	1		ja	
Technikraum				
Keine Ausstattung	0	ja		
Arztzimmer²				
Schreibtisch	1		ja	
Schreibtischlampe	1		ja	
Drehstuhl	1		ja	

² bei Bedarf oder Notwendigkeit im Einzelfall

Artikel	Menge	bauseitig	gefördert	nicht gefördert
Schrank	1		ja	
Stühle	4		ja	
Vorhangschienen	1	ja		
Bild	1		ja	
Medikamentenschrank	1		ja	
Untersuchungsliege	1		ja	
Untersuchungslampe	1		ja	
Untersuchungshocker	1		ja	
Besprechungszimmer				
Tisch	1		ja	
Stühle	8		ja	
Schrank	1		ja	
Bild	1		ja	
Vorhangschienen	1	ja		
Polylux	1		ja	
Schreibtafel	1		ja	
Leinwand	1		ja	
Ergotherapie	1		ja	
Pflegestützpunkt				
Schreibtischanlage	1		ja	
Tischlampe	1		ja	
Drehstuhl	1		ja	
PC Anlage komplett	1		ja	
Software	1		ja	
Medikamentenschränke	1		ja	
Kühlschrank	1		ja	
Lagerschrank	1		ja	
Küchenzeile	1	ja		
Heißluftsterilisator	1		ja	
Verbandswagen	1		ja	
Blutzuckermessgerät	1		ja	
Medikamente	1			ja
Grundausstattung Pflegemittel	1			ja
Dokumentationssystem	1			ja
Dokumentationswagen	1		ja	
Abfallbehälter	1		ja	
Tisch	1		ja	
Stühle	4		ja	
Wanduhr	1		ja	
Personalaufenthaltsraum				
Tisch	1		ja	
Stühle	6		ja	
Sideboard	1		ja	
Abfallbehälter	1		ja	
Wanduhr	1		ja	

Artikel	Menge	bauseitig	gefördert	nicht gefördert
Bild	1		ja	
Therapiewohnung				
Schrank zweitürig	1		ja	
Schlafsofa	1		ja	
Sessel	2		ja	
Tisch	1		ja	
Steh- oder Tischlampe	1		ja	
Sideboard	1		ja	
Fernsehgerät	1		ja	
Radio	1		ja	
Vorhangschienen	1	ja		
Bild	1		ja	
Miniküche	1		ja	
Personal-Umkleiden				
Personalschränke	20		ja	
Umkleidebank	2		ja	
Schließfachanlage	2		ja	
Schmutzraum				
Entsorgungswagen	2		ja	
Wandregal	1		ja	
Hausmeisterwerkstatt/Technik				
Einrichtung komplett	1		ja	
Notstromaggregat	1	ja		
Allgemeine Dekoration				
Vorhänge und so weiter	1		ja	
Verschiedenes	1		ja	
Büro Sozialarbeiter				
Schreibtisch	1		ja	
Drehstuhl	1		ja	
Tischlampe	1		ja	
Schrank	1		ja	
Tisch	1		ja	
Stühle	4		ja	
Bild	1		ja	
Zusatzausstattung				
Stehbrett	1		ja	
Vojta-Liege	1		ja	
Mobilisationsrollstuhl	2		ja	
Edelstahlseilepaare für Trägerelemente	20	ja		
Trägerelemente	4		ja	
Haltevorrichtungen für Projektoren	20	ja		
Projektor	4		ja	
Hilfsmittel				
Sauerstoff- und Druckluftversorgung zentral	1	ja		
Sauerstoffeinheiten steckbar	20		ja	

Artikel	Menge	bauseitig	gefördert	nicht gefördert
Absaugeinheiten DL steckbar	20		ja	
Hebegerät mit Zubehör	1		ja	
Sekretsauger fahrbar	2		ja	
Notfallwagen inklusiv Zubehör	1		ja	
Patientenmonitor	2		ja	
Pulsoximeter/NIBP	1		ja	
Antidekubitussysteme	6		ja	
Stationäres Liftersystem	1	ja		
Personenwaage zum Lifter	1		ja	
Ernährungspumpe mit Zubehör	1		ja	
Inhalationsgeräte	10		ja	
Lagerungsmaterial	1		ja	

Anlage III der Empfehlung zum Aufbau einer Versorgungsstruktur, zu Qualitätskriterien und zur Finanzstruktur von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F) im Freistaat Sachsen

(vom 4. Dezember 2001)

Eckwerte für die Förderung (Punkt 2.5)

Die Größe einer solchen Einheit liegt zwischen 10 und 20 Plätzen.

Es ist insgesamt von einem Flächenbedarf von 55 bis 60 Quadratmeter NGF/Platz auszugehen. Davon sind für ein Zweibettzimmer 27 bis 29 Quadratmeter und für ein Einzelzimmer 18 bis 20 Quadratmeter vorzusehen. Es soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Ein- und Zweibettzimmern vorgesehen werden.

Bei der Kostenplanung ist mit folgenden Werten zu rechnen:

- Baukosten (KG 3 bis 7 ohne Ausstattung) betragen bei Neubauten und 60 Quadratmeter NGF/Platz bis zu 81.800 Euro/Platz, in begründeten Ausnahmefällen ist eine Überschreitung bis zu fünf von Hundert möglich. Bei Umbauten in bestehenden Gebäuden reduziert sich dieser Werte auf 75 von Hundert.
- Ausstattungskosten betragen für eine Einrichtung mit zehn Plätzen maximal 17.300 Euro/Platz. Bei jedem weiteren Platz reduziert sich dieser Wert um 250 Euro/Platz.