



Senterra Betriebsgesellschaft mbH

**Senioren- und Pflegezentrum
„Am Museum“**

Pflege- und Betreuungskonzept

für

**pflegebedürftige Menschen
mit neurologischen Erkrankungen,
Schädelhirntrauma und Wachkoma der Phase F**

Friedrichstraße 25 - 27
59065 Hamm

Telefon: 02381 / 9736 - 0

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|--------------|---|-------------|--|
| 1 | Präambel | 5.10 | AEDL „Für Sicherheit sorgen“ |
| 2 | Ziele der Pflege | 5.11 | AEDL „Soziale Bereiche des Lebens sichern“ |
| 3 | Zielgruppendefinition | 5.12 | AEDL „Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ |
| 4 | Pflegemodell und pflegetherapeutische Konzepte | 5.13 | AEDL „Tod und Sterben“ |
| 5 | Leitlinien für die Konzeptumsetzung | 6 | Pflegeorganisation und Pflegesystem |
| 5.1 | AEDL „Kommunizieren“ | 7 | Qualitätssicherung |
| 5.2 | AEDL „Sich bewegen“ | 7.1 | Pflegeprozess |
| 5.2.1 | Konzept der Physiotherapie | 7.2 | Expertenstandards |
| 5.3 | AEDL „Sich pflegen und kleiden“ | 7.3 | Pflegevisite |
| 5.4 | AEDL „Vitale Funktionen aufrecht erhalten“ | 7.4 | Dienstübergaben und Dienstbesprechungen |
| 5.5 | AEDL „Essen und Trinken“ | 8 | Projektmanagement und Vernetzung |
| 5.6 | AEDL „Ausscheiden“ | 9 | Umsetzung und fachliche Anforderung |
| 5.7 | AEDL „Ruhens und Schlafen“ | 9.1 | Basisqualifikation |
| 5.8 | AEDL „Sich beschäftigen“ | 9.2 | Zusatzqualifikation |
| 5.8.1 | Heilerziehungspflege als professionelle pädagogische, pflegerische sowie gesundheitsfördernde Unterstützung im Alltag | 10 | Betreuung durch den Sozialen Dienst |
| 5.8.2 | Musiktherapeutisches Konzept | 11 | Ergotherapeutische Angebote |
| 5.9 | AEDL „Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten“ | 11.1 | Behandlungsverfahren |
| | | 12 | Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern |

1 Präambel

Grundlage unserer pflegerischen Arbeit ist das Bewusstsein, dass die Menschen, die unsere Dienste in Anspruch nehmen, dies in Form einer Langzeitpflege und Betreuung oder bis zum Erreichen der nächsten Remissionsstufe tun.

Der Entwicklung einer professionellen Pflegebeziehung, die geprägt ist von der Balance zwischen menschlicher Nähe und notwendiger Distanz, kommt daher eine hohe Bedeutung zu. Der Pflegeprozess wird durch Fachkompetenz, Freundlichkeit, Information, Diskretion und Respekt förderlich beeinflusst. Die Autonomie des Einzelnen wollen wir erhalten oder Möglichkeiten zur Förderung von autonomen Verhalten geben, ohne dabei das Gemeinwohl zu vernachlässigen. Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang für uns, die Freiheit des Einzelnen zu fördern, seine sozialen Beziehungen selbst zu wählen, seine Gefühle (positive wie negative) zu äußern, den Sinn des eigenen Lebens zu definieren und das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper zu erhalten.

Die intensive Pflege von Menschen mit Behinderungen aufgrund von Schädel-Hirn-Verletzungen in der Phase F stellt hohe Ansprüche an die Qualität. Da Prognosen über die Dauer und die Entwicklung des Zustandes der Bewohner/innen kaum getroffen werden können, ist eine konstant qualifizierte und aktivierende Pflege notwendig.

Diesen Bewohner/innen soll die Möglichkeit gegeben werden, von Therapie- und Betreuungsangeboten zu profitieren, um größtmögliche Lebensqualität zu erfahren. Unsere Ziele sind die Erhaltung des Zustandes, Vermeidung von Sekundärschäden und Förderung der Fähigkeiten.

2 Ziele der Pflege

Wir haben das Ziel durch ganzheitliche Pflege unseren Bewohner/innen die Möglichkeit zu bieten, ihre Lebenssituation anzunehmen, zu bewältigen, zu verbessern und so eine neue Lebenszufriedenheit zu erreichen. Dazu ist es erforderlich, durch intensive Biografiearbeit die Betroffenen kennen zu lernen, um Interessen und Neigungen bei der Pflege und Betreuung berücksichtigen zu können.

Durch die gezielte Nutzung der eigenen Kräfte unserer Betreuten tragen wir zur Selbständigkeit bei, erhalten und fördern geistige, körperliche und soziale Fähigkeiten.

Die Pflege ist aktivierend, verfolgt einen hohen qualitativen Anspruch und erhält oder verbessert den Zustand der Bewohnerin und des Bewohners. Durch Anwendung pflegetherapeutischer Konzepte und die Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse werden Sekundärkomplikationen vermieden. Alltagsstrukturierende Maßnahmen in Form von Therapieangeboten, kognitive Angeboten, Angeboten zur Beschäftigung- und Freizeitgestaltung sind fester Bestandteil unserer Pflege.

Wir bieten Dienstleistungen, die gekennzeichnet sind durch einheitliche Qualitätsstandards und verbindliche Rahmenbedingungen.

In der palliativen Phase, der letzten Lebensphase, sind unsere Ziele ein würdevolles Sterben und Schmerzfreiheit zu ermöglichen.

3 Zielgruppendefinition

Bei der Bestimmung des Personenkreises orientieren wir uns an den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für die langfristige und dauerhafte Pflege von Menschen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen in der Phase „F“

Für die Zielgruppe liegen folgende medizinische Diagnosen zugrunde:

- Schädelhirntrauma
- Cerebrale Durchblutungsstörungen, z. B. Schlaganfall
- Hirnblutung
- Sauerstoffmangelschäden, z. B. nach Herz- Kreislaufversagen und Reanimation
- Entzündliche und toxische Hirnerkrankungen
- Hirntumore
- Hohe Querschnittssyndrome
- Chronisch degenerative Erkrankungen
- Infantile Cerebralparese

Aufgrund dieser Erkrankungen ergeben sich schwere Funktions- und Fähigkeitsstörungen, insbesondere Bewusstseinsstörungen, schlaffe oder spastische Lähmungen, so dass die Betroffenen nicht mehr selbständig leben können und pflegebedürftig sind.

Phase F bedeutet in diesem Zusammenhang, dass bei der Zielgruppe nach erfolgter Akutbehandlung (Phase A) und Rehabilitation (Phasen B bis E) über einige Monate keine wesentlichen Verbesserungen

des Zustandes erreicht wurden. Sie werden damit nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation der Behandlungs- und Rehabilitationsphase F zugeordnet, „**in der dauerhaft unterstützende, betreuende und / oder zustandserhaltende Maßnahmen erforderlich sind**“.

Dabei geht es um Menschen, bei denen von einem latenten Rehabilitationspotential ausgegangen werden kann, die durch aktivierende Pflege und rehabilitative Behandlung (Physiotherapie, Ergotherapie etc.) über einen längeren, aber begrenzten Zeitraum (2 - 5 Jahre) wieder einer Rehabilitation zugeführt werden können (siehe Phasenmodell).

Phase F der neurologischen Rehabilitation

Nach Professor Dr. Dr. Paul Walter Schönle

Lurija –Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz Ärztlicher Direktor der Kliniken Schmieder, Allensbach

Auf Grund des medizinischen Fortschritts im Bereich der Notfallmedizin, der Neurochirurgie, Neurologie und Intensivmedizin einschließlich der Intensivneurologie überleben heute viele Menschen schwere und schwerste Hirnschädigungen. Auch wenn der größte Teil von ihnen in ihre Familie und ihr soziales Umfeld neuintegriert werden kann, bilden sich bei einem Teil der Patienten die Hirnschädigungsfolgen nur über lange Zeiträume und dann oft unvollständig zurück. Ein Teil der Patienten verbleibt in parakomatoösen, komaähnlichen Zuständen (Wachkoma, apallisches Syndrom, vegetative state), Zuständen mit geringem Bewusstsein und minimalen mental/kognitiven Funktionen oder anderen schweren Residualsyndromen mit ausgeprägten Lähmungen und kognitiven Einschränkungen. Neben der medizinischen Ebene spielen sozialrechtliche, förderrechtliche (wer bezahlt die Investitionen?), trägerrechtliche (wer bezahlt die Behandlung?) und soziale (einschließlich der Familie) Faktoren eine wichtige Rolle bis hin zu ethisch-moralischen und ökonomischen Aspekten. Diese bilden neben den rein medizinischen und persönlichen, patientenbezogenen Faktoren die wesentlichen Randbedingungen für die medizinisch-rehabilitativen Möglichkeiten und die Langzeitbetreuung- und Versorgung von hirngeschädigten Patienten.

Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation

Unter Berücksichtigung dieser Randbedingungen hat sich die Versorgung von Patienten mit Hirnschädigungen in den letzten Jahren wesentlich verbessert sowohl durch die kurativmedizinischen Entwicklungen als auch ganz entscheidend durch die Etablierung der neurochirurgisch-neurologischen Frührehabilitation. Diese ist Teil eines umfassenden rehabilitationsmedizinischen Konzeptes, das den gesamten Rehabilitationsverlauf abbildet und in einzelnen Phasen definiert. Entscheidend ist, dass dieses umfassende Konzept nicht nur medizinische Aspekte berücksichtigt, sondern auch eine sozialrechtliche

Einordnung der einzelnen Phasen vornimmt und die leistungsrechtliche Zuständigkeit definiert. Durch die enge Einbindung der Kostenträger bei der Entwicklung des Konzeptes konnte eine Abstimmung über entscheidende Grundfragen z.B. über die Dauer der Rehabilitationsphasen oder die Trägerzuständigkeit erreicht werden. Allerdings wurde bei der Ausarbeitung des Phasenmodells die Phase F am wenigsten detailliert. Damit blieb die Situation der z. T. schwersthirngeschädigten Patienten weitgehend ungeklärt, die über lange Zeit, gegebenenfalls ein Leben lang, an einem Residualsyndrom leiden und einer Langzeitversorgung und -betreuung bedürfen. Im vorliegenden Beitrag wird die Position vertreten, dass die Patienten, die nicht wieder ins Berufsleben integriert werden, nicht alle der Phase F zugeordnet werden sollten, ohne eine weitere Differenzierung vorzunehmen. Da sich unter ihnen Patienten mit ganz unterschiedlichen Schweregraden, Abhängigkeiten, Bedürfnissen und Behandlungsnotwendigkeiten befinden, wird vorgeschlagen, die Definition der Patienten in den einzelnen Phasen (B,C,D) der neurologischen Rehabilitation als Basisbezug für eine Untergliederung der Phase F heranzuziehen und entsprechend zu indizieren. Damit wird auch den Kostenträgern eine Differenzierung der Behandlungskosten ermöglicht, um jedem Patienten in individueller Weise gerecht werden zu können.

Phase F

Die Phase F ist die Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen erforderlich sind für Patienten mit z. T. schweren, wahrscheinlich dauerhaften oder gar fortschreitenden chronischen progredienten Funktionsstörungen des zentralen oder peripheren Nervensystems – unabhängig von der Verursachung –, die nicht mehr selbständig leben können und auf Unterstützung, Betreuung und pflegerische Hilfen angewiesen sind. Dies kann z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma, hypoxischen Hirnschädigungen, z. B. bei Herz-Kreislauf-Stillstand, entzündlichen Prozessen (z. B. Enzephalitis oder Polyradikulitis), tumorbedingten Erkrankungen des ZNS oder Hirngefäßerkrankungen (v. a. Schlaganfall, Hirnblutungen) auftreten. In der Regel liegen Funktionsstörungen unterschiedlichen Schweregrades vor, häufig mit Mehrfachbehinderungen. Neben Bewusstseinsstörungen (z. B. Wachkoma) können mental/kognitive und sensomotorische Funktionsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten vorliegen. Z. T. kann es bei den Patienten bereits zu Versteifungen von großen und kleinen Gelenken und Ossifikationen gekommen sein. Prinzipiell können die Patienten nach den Kriterien des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation in die Stufen F-b, F-c und F-d differenziert werden. Aus der Vergleichbarkeit mit den Kriterien der Phase B benötigen die Patienten auch in der Langzeitversorgung dieselben Bedingungen wie in der Phase B, abgesehen von der Intensität der rehabilitativen Maßnahmen. So benötigt ein auf Dauer beatmeter Patient dieselben medizinischen Behandlungsbedingungen wie in der Phase B. Die Fortführung der notwendigen Funktionstherapien, wie Krankengymnastik, Ergotherapie oder Kau-/Schlucktherapie bei einem Patienten z.B.

im Wachkoma ist einer medikamentösen Dauerbehandlung bei Diabetes mellitus oder bei einem chronischen Hochdruckleiden direkt vergleichbar und ist in der Regel genauso indiziert.

Patienten der Stufe F-b

Bei den Patienten der Stufe F-b liegen schwerste Hirnschädigungen als Folge von Schädelhirntrauma, zerebralen Durchblutungsstörungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere mit Z. n. Reanimation), Entzündungen, Guillain-Barré Syndrom, Tumoren oder Vergiftungen vor. Die Patienten können auch noch qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestört (near comatouse state) sein; an einem Wachkoma, low awareness (consciousness) state, akinetischem Mutismus, locked-in Syndrom oder anderen Residualsyndromen, die nicht diagnostisch benannt sind leiden. Neben Bewusstseinsstörungen können weitere schwerste Hirnfunktionsstörungen bestehen. Fast immer liegen orofaziale Funktionsstörungen des Schluckens vor; häufig weisen die Patienten Tracheostomata und PEG-Sonden auf. In der Regel können Ausscheidungsfunktionen nicht kontrolliert werden; die Patienten sind nicht fähig zur kooperativen Mitarbeit und vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig; z. T. müssen sie auch beatmet werden.

Patienten der Stufe F-c

Diese Patienten sind überwiegend bewusstseinsklar und können einfachen Aufforderungen nachkommen. Die Handlungsfähigkeit ist so weit wiederhergestellt, dass die Patienten im Alltag mit ihrer Umwelt täglich mehrfach über längere Zeit (etwa 30 Minuten Dauer) aktiv in Interaktion treten können, gegebenenfalls an Therapiemaßnahmen aktiv teilnehmen und mitarbeiten können. Es besteht bereits Kommunikationsfähigkeit (ggf. unter Verwendung von Hilfsmitteln). Die Patienten sind teilmobilisiert, sie können z.B. längere Zeit (etwa insgesamt 4 Stunden) im Rollstuhl verbringen, sind aber für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen.

Unter folgenden Bedingungen können die Patienten ausgegliedert werden, sie sollen wieder so weit steuerungs- und handlungsfähig sein, es dürfen keine konkreten Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen vorliegen (z.B. durch Weglauftendenz, aggressive Durchbrüche) und keine schweren Störungen des Sozialverhaltens. Entscheidend ist, dass die Patienten der Stufe F-c in den Aktivitäten des täglichen Lebens noch weitgehend abhängig sind und daher noch eines fortlaufenden hohen pflegerischen Aufwandes bedürfen, wobei aber, wie bei den F-b Patienten, die Fortführung der Funktionstherapien häufig notwendig sein kann.

Patienten der Stufe F-d

Diese Patienten sind durchgängig lern-, handlungs- und kooperationsfähig. Sie sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) (Alltagskompetenz) selbständig, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung (Waschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Essen und Mobilität). Spezielle Pflegeaufgaben können im Einzelfall noch erforderlich sein. Im Vordergrund stehen jedoch häufig alltags- und berufsrelevante mentale Störungen, insbesondere kognitive Defizite, die sich während der Rehabilitation nicht voll wiederherstellen ließen. Stehen Verhaltensstörungen im Vordergrund, kann auch bei diesen Patienten eine besondere Langzeitbetreuung in speziellen Einrichtungen erforderlich sein.

Phase F im Anschluss an die B/C/D – Rehabilitation

Vorausgehen sollte der Phase F immer eine ausreichend lange Behandlung und Beobachtung in den Phasen B, C, D oder E. Der Eintritt in die Phase F ist dann gegeben, wenn trotz intensiver Rehabilitation keine weiteren Verbesserungstendenzen mehr feststellbar sind. Nach den Empfehlungen für die Phasen B und C der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) beträgt die Reha-Dauer bei „ungestörtem“ Rehabilitationsverlauf 6 Monate und ist zu beenden, wenn über 2 Monate keine Funktionsverbesserungen festgestellt werden können. „Ungestört“ ist der Reha-verlauf, wenn nicht akutmedizinische Therapien, wie z.B. bei vegetativen Krisen, Herz-/Kreislauf oder Lungenprobleme im Vordergrund der Behandlung stehen.

Behandlungs- und Rehabilitationsziele

Die Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) zur Behandlung und Rehabilitation in der Phase F zielt darauf ab, den erreichten Funktionszustand und Mobilisierungsgrad zu sichern und zu erhalten, die Krankheitsfolgen bei chronisch progredienten Erkrankungen zu lindern, sekundäre Komplikationen zu vermeiden und ein aktivierbares Rehabilitationspotential rechtzeitig zu erkennen. Im Rahmen der Behandlungs-/Rehabilitationsaufgaben und -leistungen sind die pflegenden, betreuenden und unterstützenden Maßnahmen zu koordinieren, der Gesundheits- und Funktionszustand zu überwachen, gegebenenfalls sind erneute Rehabilitationsleistungen einzuleiten. Die betroffenen Menschen sind regelmäßig durch einen Arzt zu betreuen. Ihnen ist bei den alltäglichen Verrichtungen (Aufstehen, Körperhygiene, Ausscheidungsfunktionen, Ankleiden, Essen) Hilfe zu leisten. Je nach dem individuellen Bedarf sind Funktionstherapien wie Krankengymnastik, gegebenenfalls auch weitere therapeutische Interventionen, z. B. Ergotherapie, zu erbringen. Allgemeine und spezielle Krankenpflege kann entsprechend dem individuellen Bedarf notwendig sein. Bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung muss eine Beaufsichtigung gewährleistet sein.

Leistungsrechtliche Aspekte und Behandlungszeitraum

Leistungsrechtlich ist die Phase F der Pflegeversicherung, ggf. auch der Unfallversicherung und der überörtlichen Sozialhilfe zuzuordnen. Seit 01.04.2009 ermöglicht eine neue Gesetzgebung die Übernahme von Behandlungspflegekosten durch die Krankenkasse nach SGB V. Die rehabilitationsbezogenen Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger bei Arbeitsunfällen finanziert, bei privatrechtlichem Rehabilitationsanspruch von der Krankenkasse. Der Behandlungszeitraum ist in der Regel langfristig angelegt (2-5 Jahre). Bei akuten Erkrankungen erfolgt die Behandlung stationär. Bei Funktionsverbesserung kann das Rehabilitationspotential erneut in der entsprechenden Phase (B, C) überprüft und ein neuer Therapieversuch unternommen werden. Die Kostenklärung übernimmt ein gesetzlicher Betreuer oder ein Angehöriger mit Vorsorgevollmacht. Die unten aufgeführten Potentiale bilden die Grundlage für eine erneute Rehamassnahme.

Körperliche Funktionen

- Koma vigile, qualitativ schwere Bewusstseinsstörungen können vorliegen
- Herz-Kreislauffunktionen sind i. d. R. im Liegen stabil, Belastungsinstabilität ist möglich
- Atmungsfunktion kann durch Tracheostoma und starke Sekretbildung eingeschränkt sein
- Stuhl- und Urinausscheidung sind i. d. R. unkontrolliert
- Sexualverhalten ist i. d. R. verändert
- Endokrine Funktionen, Stoffwechsel sind i. d. R. stabilisiert

Motorische Leistungen / Kognition

- i. d. R. liegen Störungen der Muskelspannung vor (Spastik, Hypotonus, Paresen, Plegien)
- Ausführen zielgerichteter Bewegungen ist häufig nicht möglich
- z.B. Apraxien und Ataxien
- Gleichgewicht, Koordination sind i. d. R. gestört
- Schlucken, Kauen, Trinken und Essen sind i. d. R. gestört
- Sprechen ist i. d. R. gestört, z.B. sensorische und/oder motorische Aphasie

Sensorische - sensible Leistungen / mental-kognitive Funktionen

- Taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Lagesinn sind i. d. R. gestört
- Einschränkungen aller anderen Sinnesorgane sind möglich
- Keine oder stark eingeschränkte Fähigkeit zur kooperativen Mitarbeit
- Unter Umständen erhebliche Selbst- und / oder Fremdgefährdung

- I. d. R. beeinträchtigte und eingeschränkte Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung
- amnestische Störungen
- Die soziale Interaktion ist i. d. R. verändert

Kriterien für die Aufnahme

Unsere Angebote richten sich an alle Pflegebedürftigen des vorangehend beschriebenen Personenkreises ohne Ansehen des Alters, der Religion, Herkunft, des sozialen Standes, der politischen Gesinnung und des kulturellen Umfeldes. Wir streben eine heimatnahe Versorgung an, um primäre soziale Kontakte durch kurze Anfahrzeiten erhalten zu können.

Dauerpflege

- Pflegebedürftige Menschen des o. g. Personenkreises, bei denen angenommen werden kann, dass auf lange Sicht noch ein Potential für Zustandsverbesserung, ggf. eine erneute Rehabilitation, geweckt werden kann
- Betroffene, die nicht über das nötige Umfeld bzw. Angehörige verfügen oder wo diese überfordert sind häusliche Pflege auf längere Sicht durchzuführen
- Betroffene, bei denen im Wohnort keine adäquaten ambulanten Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind

Kurzzeitpflege

- Pflegebedürftige, die auf eine begrenzte stationäre Pflege und Behandlung angewiesen sind, um die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung zu überbrücken oder gezielt vorzubereiten
- Pflegebedürftige, bei denen nach der Akutbehandlung noch Unsicherheiten bestehen, in wieweit Potential für eine weitere Rehabilitation gegeben ist
- Pflegebedürftige, bei denen die Angehörigen auf eine befristete Entlastung in der Pflege angewiesen sind.

4 Pflegemodell und pflegetherapeutische Konzepte

Die praktische Pflege von alten und behinderten Menschen wird von unterschiedlichen wissenschaftlichen und konzeptionellen Einflüssen geprägt. Die Anwendung einer konkreten Pflegetheorie bietet eine fundierte Grundlage für das pflegerische Handeln. Sie ist der Maßstab für gezielt geplante Pflege, die kurz-, mittel- und langfristig qualifiziert durchgeführt wird.

Nancy Roper entwickelte zusammen mit Winifred W. Logan und Alison J. Tierney 1980 die erste europäische Pflegetheorie, „Elemente des Lebens“. Danach drückt der Mensch seine Lebendigkeit und seine Individualität in der Art und Weise aus, wie er 12 definierte Lebensaktivitäten ausübt. Pflegeprobleme entstehen, wenn Menschen in Lebensaktivitäten eingeschränkt sind. Als Erweiterung und Weiterentwicklung kann das Modell der ganzheitlich fördernden Prozesspflege nach Prof. Dr. Monika Krohwinkel gesehen werden. Sie ergänzte die Lebensaktivitäten „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ und „sterben“.

Da es sich hierbei um zentrale Elemente in der Pflege von alten und behinderten Menschen handelt, die es in besonderem Maße zu begleiten gilt, haben wir uns entschieden, die ganzheitlich fördernde Prozesspflege nach Monika Krohwinkel, unserem Pflegeverständnis und -handeln zugrunde zu legen.

Primär pflegerisches Interesse: „Das primär pflegerische Interesse richtet sich auf den Menschen bzw. seine Bezugspersonen und erfasst die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme in den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL).“ Krohwinkel 1998. Primär pflegerische Zielsetzung: „Die primär pflegerische Zielsetzung ist die Erhaltung, Erlangung bzw. Wiedererlangung der Fähigkeiten, die zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität erforderlich sind. Krohwinkel 1998 primär pflegerische Handlungen: „Die primär pflegerischen Handlungen sind: Mit den Personen fördernd kommunizieren, sie ermutigen, sie anleiten und beraten, sie in ihren AEDL's fördern. Krohwinkel 1998

Prinzipiell ist es uns wichtig, unsere Bewohner/innen in die gesamte Pflege und Betreuung einzubeziehen, über jede Handlung zu informieren und möglichst weitgehend zu aktivieren. In der Pflegeabteilung für die intensive neurologische Dauerpflege kommen daher ergänzend nachfolgend angeführte pflegetherapeutische Konzepte zur Anwendung:

- Kinästhetik
- Basale Stimulation
- Bobath Konzept

Mit Anwendung dieser in der Rehabilitationspflege bewährten Konzepte soll einerseits ein Bruch an der Schnittstelle Rehabilitationspflege – Dauerpflegeeinrichtung vermieden und die Zustandserhaltung möglichst auch Förderung mit gleichen Prinzipien auch fortgesetzt werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege geht aus den Leitlinien für die Konzeptumsetzung hervor.

5 Leitlinien für die Konzeptumsetzung

Wir bieten im Rahmen unserer Pflege- und Betreuungsleistungen Hilfestellungen bei der täglichen Grundversorgung bis zur vollständigen Übernahme sowie Anleitung und Beratung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens an. Dabei werden wir eigene Ressourcen der Bewohner/innen aktivieren und nutzen sowie Defizite durch unsere Tätigkeiten ausgleichen.

Übergeordnetes Ziel der Behandlungspflege ist die Reduzierung bzw. Verhinderung von Komplikationen und Sekundärschäden. Wir veranlassen und unterstützen zusammen mit den behandelnden Ärzten die Überleitung in Fachkliniken, z.B. zum Abtrainieren einer Trachealkanüle.

5.1 AEDL „Kommunizieren“

Die Pflegenden nehmen Kommunikationsbedürfnisse und veränderte Kommunikationsfähigkeiten der BewohnerInnen wahr und bieten entsprechende Unterstützung. Bestreben der Pflege ist es, anhand der uns dargebotenen Ressourcen der BewohnerInnen Kommunikationsmöglichkeiten zu finden und entsprechend zu nutzen. Wir fördern die verbale und nonverbale Kommunikation, um jeden uns anvertrauten Menschen eine Teilnahme am Alltagsgeschehen zu ermöglichen und zu verbessern.

Leistungsangebote:

- Wahrnehmungsvermögen, verbale und nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten feststellen
- Kommunikation ermöglichen und fördern, ggf. durch gezielten Hilfsmiteinsatz wie Bildtafel, Alphabettafel, Sprechkanülenaufsatz, Computer oder Verabredung eindeutiger Zeichen für die Ja / Nein -Kommunikation
- Unterstützung der Kommunikation mit Angehörigen, Freunden und Betreuern
- Förderung sozialer Kontakte z. B. durch gemeinsame Aktivitäten unter Anleitung der Pflegepersonen und Therapeuten im Gemeinschaftsraum

- Hilfestellungen bei Hör-, Seh- und taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsstörungen sowie Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit entsprechenden Hilfsmitteln
- Bewusster Umgang mit körperlichen Berührungen durch Einsetzen von Elementen der basalen Stimulation, des pflegerischen und beiläufigen Führens nach Affolter
- Einbindung von Fachtherapeuten und Fortsetzung von angebahnter Therapie

5.2 AEDL „Sich bewegen“

Körperliche Aktivität wird in allen Pflge-theorien als grundlegendes menschliches Bedürfnis definiert.

Begriffe wie:

als Mensch wirken

alles selbständig ausführen können, nicht auf fremde Hilfe angewiesen sein

Freiheit

sich fortbewegen, Distanz und Nähe selbst wählen können

Gefühle ausdrücken sich über Gestik, Mimik, Körperhaltung, Befinden mitteilen können

Ausgleich zwischen Bewegung und Ruhe herstellen können

stehen in diesem Kontext.

Einschränkungen der Bewegungs- und Fortbewegungsfähigkeiten wirken sich daher immer mindernd auf die Lebensqualität aus. Bewegung regt Atmung, Kreislauf und Stoffwechsel an, Skelett und Muskulatur werden gestärkt.

In der Pflege gilt es deshalb auch, durch geeignete pflegetherapeutische Maßnahmen Komplikationen wie Dekubitus, Kontrakturen, Pneumonie und Thrombose zu vermeiden.

Die Pflegenden nehmen die Bewegungsmöglichkeiten, -bedürfnisse und die individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen wahr und bieten entsprechende Unterstützung bei der Erhaltung und Förderung geistiger und körperlicher Mobilität.

5.2.1 Konzept der Physiotherapie

Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- und Aktivitätseinschränkungen des Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden. Sie nutzt primär manuelle Fertigkeiten des Therapeuten, gegebenenfalls ergänzt durch natürliche physikalische

sche Reize (z.B. Wärme, Kälte, Druck) und fördert die Eigenaktivität (koordinierte Muskelaktivität, sowie die bewusste Wahrnehmung) des Patienten. Die Behandlung ist an die anatomischen und physiologischen, amotivationalen und kognitiven Gegebenheiten des Patienten angepasst. Dabei zielt die Behandlung einerseits auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus (z.B. Muskelaufbau und Stoffwechselanregung), andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus (Dysfunktionen / Ressourcen) und eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper ab. Das Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit und dabei sehr häufig die Schmerz-Reduktion. Im wesentlichen unterstützt die Physiotherapie die Neurorehabilitation, das heißt nicht, dass zerstörte Nervenzellen sich regenerieren, jedoch ist das menschliche Gehirn in der Lage sich neu zu organisieren, wobei manche Hirnregionen wieder angebahnt werden können. Hierbei unterstützt die Physiotherapie die Umorganisation durch Aktivierung der von den betreffenden Hirnarealen abhängigen Muskulatur. Bei unseren Bewohnern mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnschäden (SHT, Wachkoma) bietet die Physiotherapie zunächst eine „begleitende“ Rolle, indem sie dem Bewohner mit viel Einfühlungsvermögen unterschiedliche Lagerungen, Stellungen im Raum und Bewegungen anbietet, bei denen der Bewohner seinen Körper wieder spüren, wahrnehmen und bewegen lernt. Des Weiteren gilt es Sekundärschäden wie Muskelverkürzungen und Gelenkkontraktionen zu verhindern oder zu verringern. Physiotherapeuten unterstützen den Bewohner von Anfang an, wieder größtmögliche Selbständigkeit in seinem Lebensumfeld zu erlangen.

Folgende Konzepte und Therapieformen werden bei der Behandlung von Menschen mit schwersten Hirnverletzungen und Hirnschäden angeboten:

- 1) Bobath
- 2) PNF
- 3) Manuelle Therapie
- 4) Physikalische Therapie

1) Das Bobath – Konzept

Das Bobath-Konzept ist ein rehabilitativer Ansatz in der Therapie und Pflege von Menschen mit Schädigungen des Gehirns oder des Rückenmarks. Benannt ist es nach ihren Entwicklern Berta Bobath (1907 – 1991), einer Physiotherapeutin und ihrem Ehemann, dem Neurologen Karel Bobath (1906 – 1991).

Die Grundlagen

Das Konzept beruht auf der Annahme der „Umorganisationsfähigkeit“ des Gehirns, das heißt dass gesunde Hirnregionen, die zuvor von den erkrankten Regionen ausgeführten Aufgaben neu lernen und übernehmen können. Häufig sind bei traumatischen Hirnschädigungen nicht die eigentlichen Kontrollzentren zerstört, sondern Verbindungswege unterbrochen, die durch konsequente Förderung und Sti-

mulation des Patienten von Seiten aller betreuenden Personen neu gebahnt werden können. Insbesondere nach einem Schlaganfall bei halbseitig gelähmten Menschen (Hemiplegiker) kann das Konzept gute Erfolge in der Rehabilitation erzielen. Das Hauptprinzip des Bobath - Konzeptes bezieht die mehr betroffene Körperseite immer wieder in Alltagsbewegungen ein, indem sie sensorisch stimuliert wird, um sie in ihren Bewegungen mit der weniger betroffenen Körperhälfte in Einklang zu halten.

Inhalt und Ziel des Bobath-Konzeptes

Das Bobath-Konzept ist das weltweit in allen pflegerischen Bereichen erfolgreich angewandte Pflege- und Therapiekonzept zur Rehabilitation von Menschen mit Erkrankungen des ZNS, die mit Bewegungsstörungen, Lähmungserscheinungen und Spastik einhergehen. Die Kernprobleme bei der Arbeit nach dem Bobath-Konzept sind die zentral bedingte teilweise oder vollständige Lähmung (Parese bzw. Plegie) eines Körperabschnittes, die Haltungs-, Gleichgewichts- und Bewegungsstörungen, unkontrolliert erniedrigte Muskelspannung (Hypotonus, schlaaffe Lähmung) bzw. unkontrolliert erhöhte Muskelspannung (Hypertonus, Spastik) sowie die Störungen der Körper selbstwahrnehmung (Propriozeption). Das Bobath-Konzept strebt einen Lernprozess des Patienten an, um mit ihm die Kontrolle über die Muskelspannung (Muskeltonus) und Bewegungsfunktionen wieder zu erarbeiten. Die Arbeitsprinzipien des Bobath-Konzeptes sind Regulation des Muskeltonus und Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe. Alle Lernangebote an den Patienten werden nach diesen beiden Prinzipien gestaltet und auch vom Erfolg her beurteilt. Die "Methoden" des Bobath-Konzeptes sind Lernangebote, die dem Patienten nach einem individuellen pflegerischen Befund von Problemen, Ressourcen und Pflegezielen wiederholt und gezielt entgegengebracht werden. Lernangebote der Pflege-therapie sind insbesondere die Lagerung (Vermeidung bzw. Hemmung der Spastik), das Handling (Bewegungsanbahnung) und das Selbsthilfettraining (Anbahnung der Selbstpflegefähigkeit). Ein schematisiertes Arbeiten mit stets gleichförmigen "Übungen" ist nicht im Sinne des Bobath-Konzeptes. Die therapeutische Pflege von hirngeschädigten Menschen nach dem Bobath-Konzept muss so früh wie möglich beginnen, damit negative Entwicklungen, wie Ausbildung von Spastik und Erlernen unphysiologischer bzw. unnötiger, kompensatorischer Bewegungsabläufe verhindert bzw. kontrolliert werden können. Hemiplegiepatienten, die im Akutkrankenhaus nach Bobath gepflegt wurden, haben bessere Erfolgsaussichten in der weiteren Rehabilitation. Das Bobath-Konzept bereichert die Pflege, weil es eine vom Arzt unabhängige, selbstbestimmte therapeutische Pflege ermöglicht. Zugleich ermöglicht es eine echte, ineinander greifende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Ein positiver Effekt ist auch die sehr rückenschonende Arbeitsweise beim Handling nach Bobath.

2) Propriozeptive - neuromuskuläre - Fazilitation (PNF)

Die Methode

Bei der PNF-Methode wird u. a. versucht, gestörte Bewegungsabläufe zu normalisieren. Dazu werden die Druck- und Dehnungsrezeptoren in Muskeln (Propriozeptoren), aber auch Sehnen, Gelenkkapseln und Bindegewebe z.B. durch Druck, Dehnung, Entspannung oder auch Streckung stimuliert. Diese Abläufe werden in bestimmten festgelegten Reihenfolgen durchgeführt. Dadurch kommt es in den Muskeln zu einer vermehrten Reaktion, also z.B. einer vermehrten Muskelkontraktion oder -entspannung. Sie gehört zu den "Basis-Methoden" der Physiotherapie und zeichnet sich durch komplexe Bewegungsmuster aus, welche grundsätzlich in diagonalen Mustern (sogenannte Pattern) verlaufen. Wichtig bei der PNF ist die Summation von Reizen, sei es exterozeptiv (taktil, visuell, akustisch) oder propriozeptiv (über Muskel-, Gelenk- und Sehnenrezeptoren), um ein möglichst umfassendes Ergebnis zu erreichen.

Behandlungsziele

Muskelspannung normalisieren (z.B. Plastizität herabsetzen oder schwache bzw. gelähmte Muskeln aktivieren) = habilitieren

Fördern der motorischen Kontrolle

Fördern der Mobilität

Fördern der dynamischen Stabilität, Ausdauer, Kraft

Fördern der Geschicklichkeit, Koordination

3) Die Manuelle Therapie

Die Manuelle Therapie befasst sich mit speziellen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die der Erkennung und Behandlung von reversiblen Funktionsstörungen am Bewegungsapparat dienen. Es handelt sich hierbei um spezielle Handgrifftechniken die im Rahmen des Befundes dazu dienen, eine Bewegungsstörung im Bereich der Extremitätengelenke oder der Wirbelsäule zu lokalisieren und zu analysieren. Dieser Befund dient als Grundlage zu den therapeutischen Handgriffen, die vom Physiotherapeuten als Mobilisation durchgeführt werden. Die Handgriffe werden sowohl zur Schmerzlinderung als auch zur Mobilisation von Bewegungseinschränkungen eingesetzt, wenn diese durch eine reversible Funktionsstörung des Gelenks oder der diesem Gelenk zugehörigen Muskulatur hervorgerufen werden. Die Auswahl der jeweiligen Mobilisationstechniken, die der Physiotherapeut einsetzt, wird bestimmt durch den Befund, die eingeschränkte Bewegungsrichtung und die Form des Gelenks.

Bei der Traktion werden die Gelenkpartner durch manuellen Zug voneinander entfernt, was zu einer Druckminderung, Entlastung und auch zur Schmerzlinderung führt. Eine gleichzeitige Dehnung der Gelenkkapsel und der Bänder verbessert die Beweglichkeit.

Beim translatorischen Gleiten werden die Gelenkanteile parallel gegeneinander bewegt, um das verlorene Gelenkspiel und damit die Beweglichkeit wieder herzustellen. Daneben dient die Weichteilbehandlung mit verschiedenen Entspannungs- und Dehntechniken dazu, die Muskulatur so zu verlängern, dass sie sich dem neu gewonnenem Gelenkspiel anpasst. Alle Techniken finden sowohl bei Funktionsstörungen an den Extremitätengelenken (Gliedermaßengelenken), als auch an den Gelenken der Wirbelsäule ihre Anwendung. Mit der Manuellen Therapie steht dem Physiotherapeuten eine gezielte, gelenkschonende, und meist schmerzfreie Behandlungstechnik zur Verfügung, die bei Funktionsstörungen der Gelenke neben der krankengymnastischen Behandlung angewendet wird.

4) Physikalische Therapie

Hydrotherapie

In der Hydrotherapie findet Wasser in verschiedensten Anwendungen seinen Platz. Da wären zunächst einmal Wannenbäder mit medizinischen Zusätzen, z.B. Heublume, Fichtennadel. Aber in der Wanne kann auch behandelt werden. Hierzu bieten sich Bürstenbäder und Unterwassermassagen an.

Die Unterwassermassage

ist eine Therapie bei der der Patient in einer speziellen Wanne liegend, mittels eines Druckschlauches oder von Hand "massiert" wird. Diese Massageform bietet sich besonders bei kontaktempfindlicher Haut und starker Körperbehaarung an. Neben den Wannenbädern sind in der Hydrotherapie noch Teilbäder, zur Behandlung von Armen und Beinen zu finden. Hier gibt es Fußwechslbäder, welche allgemein abwehrstärkend und kreislauf- und durchblutungsfördernd sind. Auch bei den Teilbädern ist es möglich mit Zusätzen zu arbeiten. Ebenso verhält es sich mit Sitzbädern. Diese werden in einer Pflegebadewanne durchgeführt.

Aber nicht nur gebadet wird in der Hydrotherapie, sondern auch außerhalb der Wannen findet Wasser seine Anwendung. Da wären zum einen Güsse, welche meist klein anfangen (Guss bis zum Knie) und als Ganzkörperguss enden. Bei den Güssen sind Wechselgüsse, bei denen die Temperatur gewechselt wird, und kalte Güsse zu unterscheiden. Nach wechselwarmen / kalten Güssen oder Blitzen und Bädern sollte sich der Patient möglichst durch Bewegung - aktiv – wiedererwärmen. Selten wird ein heißer Guss angewendet, er ist aber bestens bei Schmerzen im Lenden und Kreuzbereich geeignet und dient zur Beruhigung und somit zur Schmerzlinderung.

Massagen

Massagen dienen primär zur Regulation des Muskulaturzustandes, zur Verbesserung der Durchblutung, zum beseitigen von Verklebungen im Gewebe. Aber auch die Aspekte der Steigerung des Wohlbefindens, und die ganzheitliche Entspannung des Körpers und der Seele seien hier erwähnt. In der klassischen Massage wird mittels Streichen, Kneten, Verschieben, Abheben und Klopfen Einfluss auf den Körper genommen. Hierdurch gelingt es die Durchblutungs- und Ernährungslage im behandelten Gebiet zu verändern. Gleichzeitig kommt es, je nach Griffart, zu einer psychischen Reaktion. Meist werden Streichungen und sanfte Knetungen als beruhigend empfunden, Verschiebungen und Abhebungen als lösend aber auch "angenehm-schmerzhaft" und Klopfen als anregend. Wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Massage ist eine gewisse Vertrauensbasis zwischen "Patient" und Therapeut. Wenn sich der Patient nicht wohl fühlt, ist er angespannt und kann sich während der Behandlung nicht entspannen, wodurch sich die Muskulatur und das Gewebe verändern in der Hinsicht, dass sich alles noch mehr verspannt. Massagen finden auch ihre Anwendung bei Schmerzen, Gelenkerkrankungen, Chronischen- und Systemerkrankungen, psychosomatischen Erkrankungen und nach Operationen. Ebenso können Massagen zur Muskelkräftigung und bei Sensibilitätsstörungen eingesetzt werden.

Wärmeanwendung

Die Heiße Rolle bietet die Möglichkeit der gezielten Wärmeapplikation und gleichzeitigen Massageeffekten. Die Heiße Rolle ist eine Rolle aus 2 oder mehr Handtüchern welche trichterförmig aufgerollt werden und dann mit heißem / kochendem Wasser durchtränkt wird. Der Therapeut beginnt mit kurzen und kräftigen Drücken die Rolle an den Körper zu bringen wobei es durch die Wärme und den Druck der Anwendung zu einer deutlichen Mehrdurchblutung an den bearbeiteten Körperstellen kommt. Durch die gut wählbare Intensität der Anwendung ist eine sehr geringe Kreislaufbelastung und dennoch eine hohe Wirksamkeit erreichbar.

Leistungsangebote:

- Grad der Beweglichkeit und Mobilität sowie Wohlbefinden in bestimmten Liege- und Sitzpositionen feststellen
- Beobachtung der Körperhaltung im Liegen, Sitzen und Stehen
- durch regelmäßiges Bewegen im Bett, häufigen Positionswechsel und ausreichender Unterstützung von Körperabschnitten zur Regulierung des Haltetonus, bei weitgehendem Verzicht auf Superweichlagerungs- und Wechseldruckmatratzen, zur Förderung der taktilen Sinne und Erhaltung der Eigenbeweglichkeit
- Hilfestellung und Anleitung beim Transfer und beim Aufstehen
- Lagerung in sitzender Position außerhalb des Bettes und Standing
- Hilfestellung bei der Fortbewegung im Rollstuhl oder mit anderen Hilfsmitteln
- Erarbeitung und Durchführung individueller Sturzprophylaxen
- Tägliche Mobilisierung in Verbindung mit anderen Lebensaktivitäten

5.3 AEDL „Sich pflegen und kleiden“

Jeder Mensch hat eigene Vorstellungen, seine eigene persönliche Note, wie er sich pflegen und kleiden, nach außen erscheinen möchte. Zugleich ist die äußere Erscheinung immer wieder Gegenstand der Bewertung und abhängig von der gesellschaftlichen Rolle. Im Auftreten nach außen drückt sich auch das Bedürfnis nach gesellschaftlicher Anerkennung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus. Für die Pflege bedeutet dies grundsätzlichen Respekt vor den persönlichen Vorstellungen und den Pflegebedürftigen zu haben und ihren Wünschen nachzukommen. Zugleich geht es um die Anregung zur eigenen Pflege und Wertschätzung – nicht nur aus hygienischen Beweggründen. Im Rahmen der therapeutisch - aktivierenden Pflegemaßnahmen werden die Bewohner/innen, wenn möglich, stets aus dem Bett mobilisiert und am Waschbecken gewaschen oder alternativ geduscht bzw. gebadet.

Leistungsangebote:

- Das An- bzw. Auskleiden umfasst einfache Handreichungen und Hilfestellungen, wie auch das vollständige Bekleiden. Pflegerisches und beiläufiges Führen kommen dabei ebenso, wie Handlungsprinzipien aus dem Bobath-Konzept, insbesondere bei allen Bewegungsübergängen zum Tragen. Teilziele der Aktivierung bei Hirngeschädigten liegen vor allem in der Erarbeitung und Förderung von Problemlösungsstrategien bei einzelnen Handlungsschritten, also dem Bewusstmachen des Tuns als Basis für eigenständigen Einstieg, Ausführung und Beendigung ei-

ner Sequenz. Entsprechend dem Bobath-Konzept gilt es Sitzpositionen zu finden, die die Eigenaktivitäten größtmöglich unterstützen. Das An- und Ablegen von Hilfsmitteln z. B. Bandagen, Prothesen, Stützkorsett, Stützstrümpfe, Antithrombosestrümpfe kann ebenfalls dazu gehören.

- Regelmäßiges baden zur Regulierung des Muskeltonus oder zur Vorbereitung der nächtlichen Ruhe
- Beratung beim Einsatz und Hilfe beim Gebrauch von Anziehhilfen und Spezialbekleidung z. B. für Rollstuhlfahrer, Klettverschlüsse
- Hilfe beim Anziehen von sicherem ggf. orthopädischem Schuhwerk
- Gewährleistung eines regelmäßigen, witterungsgerechten und situationsangemessenen Wäsche- und Kleidungswechsels
- Die Körperpflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten und pflegerisch-medizinischen Notwendigkeiten durch Anleitung, Unterstützung und Durchführung. Die genaue Beurteilung der Position und des Ortes zur Körperpflege dienen der individuellen Aktivierung des Bewohners. Die pflege-therapeutischen Methoden leiten sich, wie beim An- und Auskleiden, aus dem Bobath Konzept und der Basalen Stimulation ab. Beruhigende, belebende, Bobath - orientierte Ganz- und Teilwaschungen sowie Einreibungen werden angewendet.
- Beobachtung der Körperoberfläche (Haut, Haare, Nägel), Erkennung von Veränderungen, Einleitung notwendiger Maßnahmen und Beratung über Einsatz von geeigneten Pflegemitteln ggf. in Absprache mit dem Arzt
- Regelmäßige Hand-, Nagel- und Fußpflege
- Spezielle Maßnahmen zur Soor- und Parotitisprophylaxe sowie unterstützende zahnprophylaktische Kontrollen durch regelmäßige Visiten des Zahnarztes
- Facio - orale Stimulation bei der Zahnpflege und Mundhygiene
- Intertrigo - Prophylaxe
- Organisation von Frisörbesuchen und medizinischer Fußpflege

5.4 AEDL „Vitale Funktionen aufrechterhalten“

Störungen von vitalen Funktionen (Puls, Blutdruck, Atmung, Körpertemperatur) stehen in unmittelbarem Zusammenhang zueinander und können eine existentielle Bedrohung darstellen.

Die Pflegenden erkennen die spezifischen Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung vitaler Funktionen des Lebens und bieten eine angepasste Unterstützung bei der Förderung der Atem- und Kreislauffätig-

keit sowie der Wärmeregulation nach ärztlicher Anordnung. Sie erkennen lebensbedrohliche Situationen und leiten angemessene Interventionen ein.

Leistungsangebote:

- Beobachtung der Vitalfunktionen (Herz, Kreislauf, Atmung, Reflexe) insbesondere zentrale Dysregulationen und Durchführung von Puls-, Blutdruck-, Temperatur- und Blutzuckermessungen sowie Pulsoxymetrie
- Beobachtung und Einschätzung der Bewusstseinslage
- Erkennen von Notfallsituationen und entsprechendes Handeln
- Wahrnehmung physischer Einflussfaktoren in Bezug auf Atemstörungen sowie Einleitung und Durchführung notwendiger Maßnahmen z. B. atemerleichternde Lagerung, Atem stimulierende Einreibung, Gabe von verordneten Medikamenten, Inhalation, absaugen, Sauerstoffabgabe nach ärztlicher Anordnung, Atemübungen
- Durchführung kreislaufunterstützender Maßnahmen, z. B. ausreichendes Flüssigkeitsangebot, entsprechende Lagerungen und Mobilisation
- Einleitung und Durchführung fiebersenkender Maßnahmen in Absprache mit dem Arzt
- angemessene Reaktionsweisen bei cerebralen Krampfanfällen gemäß ärztlicher Verordnung

5.5 AEDL „Essen und Trinken“

Essen und Trinken „hält Leib und Seele zusammen“, dient der Aufrechterhaltung des Lebens. Über die bloße Funktion hinaus stellt Essen Genuss dar und wird mit Lust und Lebensqualität verbunden. Essen und Trinken gehören zur Tagesstruktur, fördern die Integration und den sozialen Kontakt.

Die Pflegepersonen stellen die Ernährungsbedürfnisse und Eigenfähigkeiten der zu Betreuenden fest und bieten entsprechende Unterstützung bei der Sicherstellung einer angemessenen Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung. Die Vorlieben und Abneigungen sowie Unverträglichkeiten, Allergien und kulturelle Besonderheiten der Bewohner/innen werden bei der Speiseplanerstellung berücksichtigt.

Leistungsangebote:

- Sicherstellung eines geregelten Nahrungsangebotes entsprechend der Situation und der Bedürfnisse der zu Betreuenden

- Ernährungs- und Flüssigkeitssubstitution erfolgt ggf. nach medizinischer Indikation und ärztlicher Anordnung mittels PEG oder Magensonde. Nahrungsart, Menge und Kalorienzahl werden ebenfalls ärztlich verordnet und grundsätzlich mittels Ernährungspumpe und entsprechenden Systemen zugeführt
- Unterstützung und Beratung durch ggf. Essenseingabe, mundgerechtes Vorbereiten der Speisen, pflegerisches oder beiläufiges Führen, Bereitstellung von Hilfsmitteln
- Aktivierung durch gemeinschaftliches Essen im Gruppenraum
- Organisation, Bereitstellung ggf. Andickung und Eingabe von Getränken
- Exsikkoseprophylaxe durch motivieren zur Flüssigkeitsaufnahme, Führen von Ein- und Ausfuhrprotokollen und Gewichtskontrolle
- Bei Problemen im Bereich Ernährung handeln wir gemäß dem gültigen Expertenstandard „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“
- Das Ernährungsmanagement wird von einem/er Ernährungsbeauftragtem/n gesteuert und überwacht
- Anhand besonderer Vorlieben des Bewohners werden Geschmacks- und Temperaturstimulationen eingesetzt, um Zungenmobilität zu fördern und den Schluckvorgang anzubahnen
- Therapeutische Unterstützung des Kauakts und stimulierende Maßnahmen zur Förderung des Schluckaktes sowie Lagerung in essgerechter Sitzposition
- Überwachung und Sicherstellung einer Infusionstherapie zum Ausgleich des Wasser-Elektrolythaushaltes (nach ärztlicher Anordnung)

5.6 AEDL „Ausscheiden“

Das Ausscheiden ist eine lebensnotwendige Funktion, welche in unserem Kulturkreis tabuisiert ist und anonym erfolgt. Die meisten Menschen empfinden Einschränkungen in diesem Bereich als höchst unangenehm und peinlich. Notwendige Hilfestellungen laufen daher immer wieder Gefahr, die Intimsphäre zu verletzen.

Die Pflegenden erkennen die individuellen Ausscheidungsgewohnheiten der zu Betreuenden und bieten entsprechende Unterstützungen zur Sicherstellung des Wohlbefindens.

In Abhängigkeit der Ausprägung des Krankheitsbildes findet der Expertenstandard „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ Anwendung.

Leistungsangebote:

- Berücksichtigung der Intimsphäre beim Ausscheiden
- Beobachtung, Bewertung und Dokumentation der Ausscheidungen
- Durchführung gezielter Maßnahmen wie Obstipationsprophylaxe, Abführmaßnahmen, Stomapflege
- Einsatz und Entsorgung von individuellen Inkontinenzhilfen, sorgfältige Inkontinenzpflege
- Neurologische Erkrankungen können folgende Blasenentleerungsstörungen hervorrufen: spastische Blase, schlaffe Blase, Harnverhalt, Überlaufblase

Probleme diesbezüglich werden erkannt und adäquat reagiert

- Angebot von Hilfsmitteln z. B. Toilettenstuhl
- Planung und Durchführung von Kontinenztraining
- Umgang mit urinaleitenden Hilfsmitteln, z. B. Blasenverweilkatheter, Kondomurinal, suprapubischer Katheter nach ärztlicher Anordnung
- Unterstützung in Krisensituationen beim Auftreten von Durchfällen oder Erbrechen. In Absprache mit dem Arzt, Einleitung weiterführender Maßnahmen, z. B. Ursachenabklärung, Flüssigkeitssubstitution, Einleitung spezieller Hygienemaßnahmen

5.7 AEDL „Ruhe und Schlafen“

Ruhe und Schlafen sind lebensnotwendige Funktionen, die der Regeneration des Körpers und der Verarbeitung seelischer und geistiger Eindrücke dienen. Schlafentzug führt zu schweren körperlichen und seelischen Schäden.

Die Pflegepersonen erkennen die individuellen Schlaf- und Erholungsbedürfnisse der zu Betreuenden und bieten eine hinreichende Unterstützung bei der Sicherstellung, der Erhaltung bzw. Förderung eines den individuellen Bedingungen angepassten Schlaf-Wach-Rhythmus.

Leistungsangebote:

- Beobachtung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie der Schlafqualität
- Sicherstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Aktivitäten und Ruhepausen im Tagesverlauf
- Abklärung der Ursachen von Schlafstörungen

- Maßnahmen, die zu einer Schlafförderung beitragen, z. B. Aromatherapie, rhythmische Einreibungen, beruhigende Ganzwäsche, Kuscheltier, Wunschmusik, Schlaftee oder andere schlaffördernde Arzneimittel in Absprache mit dem behandelnden Arzt
- zielfördernde Lagerungen unter Verwendung geeigneter Lagerungshilfsmittel

5.8 AEDL „Sich beschäftigen“

Beschäftigung und Aktivität sind grundlegende menschliche Bedürfnisse. Körper, Geist und Seele können sich entfalten und betätigen, innere Spannungen werden abgebaut. Form und Inhalt der Beschäftigung ergeben sich aus der persönlichen Geschichte des Menschen, seiner Vorlieben und Interessen.

Grundsätzlich ist es die Entscheidung jedes Einzelnen, ob und in welchem Ausmaß er sich beschäftigen will. Pflegebedürftige sind allerdings oft abhängig davon, dass von außen Anregungen und Aktivierung zur Beschäftigung an sie herangetragen werden.

Die Pflegenden ermitteln die persönlichen Beschäftigungswünsche der zu Betreuenden und bieten entsprechende Unterstützung bei der Einhaltung bzw. Aktivierung der Bewohnerressourcen.

Biografische Aspekte werden einbezogen. Einbindung aller im therapeutischen Team befindlichen Berufsgruppen sowie der Angehörigen, Freunde und ehrenamtliche Helfer zur Reaktivierung der Bewohner/innen sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie.

Ab 01.03.2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch eine zusätzliche Betreuung nach §87b SGB XI zu beantragen. Die Einrichtung hält das entsprechende Betreuungspersonal vor.

5.8.1 Heilerziehungspflege als professionelle pädagogische, pflegerische sowie gesundheitsfördernde Unterstützung im Alltag

Heilerziehungspfleger /-innen sind Fachkräfte, die pädagogische und pflegerische Kompetenzen aufweisen. In der derzeitigen vorläufigen „Offene Liste der Fachkräfte in Betreuungseinrichtungen nach dem WTG“, sind sie im Bereich Pflege noch nicht als Pflegefachkräfte anerkannt. Sie leisten ganzheitliche Beratung, Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung. Dabei arbeiten sie sowohl

klienten-, organisations- und fach bezogen. Die Aufgaben des Heilerziehungspflegers orientieren sich am gesetzlichen Auftrag des SGB VIII, SGB IX und SGB XII, wonach Menschen mit Behinderung Anspruch auf Unterstützung zur selbst bestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben. Insbesondere im Bezug der Eingliederungshilfe sind Heilerziehungspfleger /-innen Fachkräfte für soziale, pädagogische und pflegerische Unterstützung. Der Heilerziehungspfleger an sich versteht sich als systemisch-ganzheitliche Lebensbegleitung. Sie orientieren sich an der Biographie, sowie an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen mit Behinderung.

Die Pflege ist ein bedeutender und integraler Bestandteil der Heilerziehungspflege. Heilerziehungspfleger ermitteln den Pflegebedarf ausgehend von den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung. Pflege, Förderung und Therapie orientieren sich stets an den emotionalen und somatischen Bedürfnissen eines Menschen. Dieses Verständnis umfasst sowohl eigenständiges und eigenverantwortliches Handeln, sowie koordinierendes, kooperierendes Arbeiten. Die heilerziehungspflegerischen Handlungsfelder umfassen die gesamte Lebenswelt des Menschen. Konkret bedeutet dies, dass Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Heilerziehungspfleger ganzheitliche Begleitung und Unterstützung im Alltag sind wie:

1) Begleiten / Assistieren

2) Beraten / Anleiten

3) Unterstützen / Fördern

4) Pflegen / Gesundheit fördern

- bei der Teilhabe am kulturellen Leben (z. B. Museumsbesuch)
- in Lebensgemeinschaften
- bei der Freizeitgestaltung
- im lebenspraktischen Bereich
- bei der Organisation des Alltags
- bei der Pflege nach Krohwinkel
- Prävention und Prophylaxen sicherstellen
- Planung, Umsetzung und Bewertung pädagogisch- pflegerischer Prozesse

5.8.2 Musiktherapeutisches Konzept

Musiktherapie spricht den Menschen ganzheitlich auf den drei Ebenen Körper, Seele und Geist an. Ziele sind Selbstsicherheit, Körperbewusstsein und Kontaktfähigkeit zu erlangen. Musik hat zudem eine starke Wirkung auf das Unterbewusstsein, wirkt entspannend und ermöglicht den Zugang zu emotionalen Prozessen. Die Musik als therapeutisches Medium erzeugt die Interaktion zwischen Klient und Therapeut. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und intrapersonelle Prozesse in Gang. Hier können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit des Individuums zu reaktivieren. Musik eignet sich in besonderer Weise, um Ressourcen zu aktivieren und bedeutsame Erlebniszusammenhänge herzustellen.

Methoden der Musiktherapie

Musiktherapie kann in zwei Gruppen unterschieden werden: in die rezeptive und die aktive Musiktherapie. Die rezeptive Musiktherapie wirkt therapeutisch durch das Hören bestimmter, bereits fertiger oder improvisierter Musikstücke und dient hauptsächlich dem Wohlergehen und dem Identitätsgefühl (Spiegeln der Stimmung). Kernstück der aktiven Musiktherapie ist die musiktherapeutische Improvisation, in der Klienten nach bestimmten Vorgaben oder frei improvisieren, was hauptsächlich der Kontaktfähigkeit und der Orientierung dient.

In der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen im Wachkoma sind je nach Zielsetzung beide Formen von Musiktherapie möglich. Grundsätzlich steht jedoch die aktive Musiktherapie, im Sinne einer Improvisation von Therapeut und Klient im Vordergrund, wobei der Musiktherapeut die beobachtbaren Reaktionen des Klienten, wie etwa Atmung, Lidschlag, Lautierungen oder Bewegung einzelner Gliedmaßen in seine Improvisation aufnimmt. Für die Musiktherapeutische Arbeit bedeutet dies, dass die Reaktionen des Klienten objektiviert werden müssen. Hierzu werden Videoaufnahmen der Sitzungen angefertigt, um diese anschließend möglichst objektiv auszuwerten.

Ziele der Musiktherapie

Die Ziele der Musiktherapie in der Arbeit mit Menschen im Wachkoma und neurologischen Erkrankungen sind die Förderung von:

- emotionaler und sozialer Kontaktfähigkeit
- Identitätsgefühl
- Personenwahrnehmung
- Selbstwahrnehmung und Ausdruck
- Körperempfinden (sich spüren) und Gefühle (sich zeigen)
- Wohlbefinden erzeugen
- Ressourcen fördern und erhalten

Die leiborientierte Musiktherapie

Diese Art der Musiktherapie hat ihre Wurzeln in der Gestalttherapie und humanistischen Psychologie und achtet folgende Grundsätze:

- die Ganzheitlichkeit des Menschen (die Verknüpfung von Körper, Seele und Geist)
- verändert Leibmuster (Muster schmelzen, Perspektivenwechsel)
- achtet Klientenkompetenz (Erleben des Klienten wird respektiert)
- ist Beziehung (humanitärer Ansatz)
- achtet Tönen und Hören als primäre Leibbewegungen (musizieren ist mehr, als Musik machen)
- ist in der Diagnostik prozessual und interaktiv (keine feststehende Anamnese, veränderbare Diagnostik)
- verfolgt mehr Absichten als Ziele (Erleben im Hier und Jetzt)

Der Fokus der leiborientierten Musiktherapie liegt immer auf der Gegenwart und dem Selbsterleben. Es geht um die Selbstwahrnehmung und den Kontakt mit sich selbst, dem Medium und dem Therapeuten als Begleiter, welcher sich spiegelnd, empathisch und als Gegenüber zeigt. Das Angebot ist aktivierend und ermuntert dazu, sich expressiv zu öffnen. Die Musik arbeitet dabei wie kein anderes Medium mit Stimmungen und Atmosphären. Durch diese werden Zusammenhänge zwischen Körper, Seele und Geist hör- und fühlbar. Der Vorteil von leiborientierter Musiktherapie besteht darin, dass der Klient keinerlei Vorkenntnisse über Musik und Instrumente braucht, da es immer um den individuellen Ausdruck von Gefühlen geht.

Konkret für die Arbeit mit Menschen im Wachkoma und neurologischen Erkrankungen bedeutet dies, dass der Therapeut in einen geschützten Rahmen zunächst vorsichtig Kontakt aufnimmt und Vertrauen aufbaut. Beziehungsarbeit ist die Grundvoraussetzung für Therapie. Der Therapeut achtet auf seine leiblichen Resonanzen und versucht die Stimmung des Klienten aufzugreifen und musikalisch zu spiegeln. Menschen im Wachkoma und mit neurologischen Erkrankungen haben ein verändertes Körperbewusstsein und brauchen Orientierung und Halt. Auf dieser Grundlage kann jede erkennbare Regung des Betroffenen in eine Improvisation aufgenommen und durch das Widerspiegeln dem Menschen im Wachkoma eine bewusste Wahrnehmung seines Selbst, seiner Regung und folgend die Steuerung dieser Regung ermöglicht werden. Er erhält in der Improvisation die Möglichkeit zur Wahrnehmung eines Anderen, zum Erleben einer Begleitung.

Die meisten Menschen im Wachkoma haben als sicher beobachtbare Regung ihre Atmung. Die Atmung verrät viel über unseren momentanen Zustand, da der Atem ein Körperklang ist. Der Atem kann zum Ausgangspunkt für die (gemeinsame) Improvisation werden und durch zusätzliche unterstützende Berührung zu einer Bewusstmachung des eigenen Körpers und Lebens sein.

Leistungsangebote:

- Akustische Stimulation durch Musik (persönliche Vorlieben) ggf. mittels Kopfhörer, vorlesen aus Büchern oder Zeitschriften, Angehörige und Freunde erzählen aus dem alltäglichen Leben, Klangmobile unter Berücksichtigung individueller Geräuschempfindlichkeit
- Akustische und visuelle Stimulation durch Medien wie Fernsehen, Videos, aber auch Teilnahme an Gruppenaktivitäten im Wohngruppenraum oder im Haus.

5.9 AEDL „Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten“

Das Geschlecht und die durch Sozialisation vermittelte Rolle und gesellschaftliche Norm als Mann/Frau sind ein wesentlicher Teil der eigenen Identität. Sie wird je nach Biografie und der individuellen bzw. generationsspezifischen Bewertung unterschiedlich gestaltet. Wenn die Wahrnehmung dieser Rolle abhängig von der Unterstützung durch andere ist, kann dies eine Bedrohung der eigenen Identität bedeuten. Daher respektieren die Pflegenden die BewohnerInnen als Menschen mit sexuellen Bedürfnissen und wahren die persönliche Geschlechtsrolle und die Intimsphäre in ihrer täglichen Arbeit.

Leistungsangebote:

- Wahrnehmung und Beachtung der Gefühle bei Nähe und Distanz (professionelle Distanz-Eindeutigkeit der Berührungen)
- Rücksichtnahme auf kulturelle, erziehungs- und krankheitsbedingte Verhaltensweisen, z. B. Schamgefühle, Geschlechtlichkeit bei der Pflege, Enthemmung
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und ggf. neuen Rollendefinition

5.10 AEDL „Für Sicherheit sorgen“

Das Gefühl von Sicherheit ist ein elementares Bedürfnis für jeden Menschen. Dieses gilt umso mehr, je größer die Abhängigkeit von der Hilfe anderer ist. Zugleich ist das Gefühl von Sicherheit eine Voraussetzung, um das eigene Leben selbst gestalten und bestimmen zu können. Die Pflegenden erkennen die persönlichen Sicherheitsbedürfnisse der zu Betreuenden und unterstützen die Einhaltung und Förderung einer sicheren Lebensführung.

Leistungsangebote:

- Gewährleistung einer 24-Stunden-Betreuung mit Notrufsystem
- Beobachtung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung und daraus resultierende Maßnahmen
- Sicherstellung der Funktionsfähigkeit technischer und pflegetherapeutischer Hilfsmittel
- Gewährleistung der Umsetzung von Brandschutzverordnung, Unfallverhütungsvorschriften
- Regelmäßige medizinische Vorsorgeuntersuchungen organisieren
- Sicheres Notfallmanagement und Funktionsfähigkeit der Notfallausrüstung

5.11 AEDL „Soziale Bereiche des Lebens sichern“

Aufgrund der Biografie entscheidet der Mensch die Gestaltung des sozialen Umfeldes und seine Sozialkontakte. Die Pflegenden nehmen die individuellen Bedürfnisse der zu Betreuenden nach Erhebung der Biografie und nach Kontaktbedürfnis wahr. Sie respektieren die Würde jedes Einzelnen. Sie unterstützen die Erhaltung bzw. Förderung von Kontakten und Beziehungen, die für eine Integration in ein neues Umfeld notwendig und förderlich sind. Zu diesem Lebensbereich zählen auch Außenkontakte, die durch eine Einbindung in das Gemeinwesen realisierbar sind.

Leistungsangebote:

- Respektierung der zu betreuenden Person als einen autonomen Menschen mit Vergangenheit
- Akzeptanz und Berücksichtigung religiöser, kultureller und lebensanschaulicher Gewohnheiten
- Kontaktpflege zu Freunden, Angehörigen und eventuell ehrenamtlichen Betreuern
- Bereitstellen von Medien zur Kommunikation
- Krisenintervention
- seelsorgerische Begleitung ermöglichen
- Angehörigenarbeit
- Gemeinwesenarbeit
- Anwendung des Integrationskonzeptes

5.12 AEDL „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“

Gute wie schlechte Erfahrungen, Freude und Leid gehören unmittelbar zum Leben und prägen den Menschen. Jeder Mensch hat dabei im Laufe seines Lebens eigene Bewältigungsformen entwickelt. Pflegende können und sollen diese Erfahrung weder verhindern noch bewerten. Sie können allerdings bei der Bewältigung dieser Erfahrungen Unterstützung leisten. Die Pflegenden beachten existenzielle Erfahrungen, um Angst auslösende, negative Erlebnisse zu vermeiden. Sie erkennen die Bedeutung der positiven Erfahrungen wie Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Freude, Vertrauen, Sicherheit und Wohlbefinden. Sie unterstützen und begleiten die Bewohnerin/den Bewohner sowohl bei der Bewältigung positiver, als auch negativer Erfahrungen.

Leistungsangebote:

- Gesprächsbereitschaft
- Erhebung biografischer Daten
- Vermittlung einer positiven Grundhaltung durch die Pflegenden
- Empathisches Verhalten ohne Wertung
- Berücksichtigung der daraus resultierenden Bedürfnisse und Wünsche
- Vermittlung therapeutischer Angebote

5.13 AEDL „Tod und Sterben“

Die Endlichkeit des Lebens, der Umgang mit Sterben und Tod soll zwischen Bewohner und Pflegenden thematisiert werden. In Würde sterben, eines natürlichen Todes zu sterben, Selbstbestimmung über Notfallmaßnahmen zu treffen oder lebensverlängernde Maßnahmen ist ein Grundrecht des Menschen, dem wir in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert zuordnen. In der Sterbephase setzen wir uns für die palliativmedizinische Versorgung ein. Die Sterbekultur ist im Qualitätsmanagement beschrieben und geregelt. Dazu gehört selbstverständlich die Einbindung und Begleitung nahe stehender Personen.

Leistungsangebote:

- Sterbebegleitung
- Unterstützung einer palliativmedizinischen Versorgung
- Vermittlung seelsorgerischer Begleitung
- Sicherstellung eines würdigen Sterbens in vertrauter Umgebung
- Umsetzung des Sterbekonzeptes

6 Pflegeorganisation und Pflegesystem

Die Pflegeorganisation regelt die Rahmenbedingungen unter denen Pflege stattfindet und ist somit Grundlage für die Durchführung der Pflege. Die Organisation ist demnach struktureller Ausdruck von Pflegeverständnis und Haltung. Die Bezugspflege ist langfristig ein von uns gewünschtes und befürwortetes Ziel. Die Rahmenbedingungen ermöglichen die Bezugspflege nur im Rahmen der Bereichspflege.

Wir arbeiten auf unserem Wohnbereich nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel, das individuelle, aktivierende Pflege gezielt fördert.

In der Bereichspflege sind die Verantwortlichkeiten der Pflegemitarbeiter für die jeweiligen Bewohner/innen festgelegt und geregelt. Die Bezugspflegeperson ist mitverantwortlich für die Erhebung der Pflegeanamnesen und Biografien, Erstellung und Evaluation der Pflegepläne sowie den Kontakt zu Angehörigen und Freunden ihrer BezugsbewohnerInnen. Die Kontinuität ist durch eine Stellvertretungsregelung gewährleistet. Auszubildende und Praktikanten in Pflegeberufen sind in der Bereichspflege eingebunden und einer Pflegefachkraft fest zugeordnet.

7 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung erfolgt intern und extern. In den Qualitätszirkeln werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis umgesetzt. Das Qualitätsmanagement wird fortlaufend evaluiert und neuen Anforderungen angepasst. Jeder Bereich verfügt über ein Qualitätshandbuch in dem Strukturen, Prozesse und Ergebnisqualität beschrieben und Arbeitshilfen für die Mitarbeiter enthalten sind. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind selbstverständlich und werden in einem prospektiven Fortbildungsplan vorgegeben. Die Kooperation mit externen Partnern ist gewährleistet, Netzwerke sind vorhanden.

7.1 Pflegeprozess

Die Pflegedokumentation spiegelt den gesamten pflegerischen Prozess. Die Pflegeplanung ist das Steuerungsinstrument dieses Prozesses. Pflegequalität ist kein Zufall sondern das Ergebnis von Planung und Evaluation. Die Auswertung der Risikoerhebung bestimmen die Prophylaxen. Die Pflegeplanung ist Ressourcen und nicht defizitorientiert. Pflegedokumentation und Pflegeplanung ermöglichen die geforderte Transparenz von pflegerischem Handeln. Sie dienen damit der schichtübergreifenden Informationssicherung zur Veränderungen im Befinden und Pflegeverlauf der BewohnerInnen, der erbrachten Pflegeleistungen und dokumentiert die Wirkung von pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen.

7.2 Expertenstandards

Expertenstandards sind das Ergebnis neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und handlungsleitend für die Pflege und prophylaktischen Maßnahmen zur Sicherung der Pflegequalität. Die Umsetzung der Expertenstandards ist in der Vergütungsvereinbarung mit den Vertragspartnern geregelt und wird vom MDK überprüft.

7.3 Pflegevisite

Die Pflegevisite ist ein Instrument der internen Qualitätssicherung. Die Durchführung, Planung und Häufigkeit obliegt der Verantwortung von PDL und Wohnbereichsleitung. Sie ist verbindlich vorgegeben, muss nachweisbar sein und dient den Mitarbeitern als Reflexion ihrer Arbeit.

7.4 Dienstübergaben und Dienstbesprechungen

Dienstübergaben dienen primär der bewohnerbezogenen Informationsweitergabe und der Organisation des Pflegeablaufs. Übergaben finden zu jedem Dienstwechsel statt. Sie werden anhand der Pflegedokumentation sachbezogen durchgeführt. Die Kommunikation ist in der Besprechungsmatrix geregelt. Dienstbesprechungen finden regelmäßig statt. Ergänzend werden Fallbesprechungen nach Anlass durchgeführt.

8 Projektmanagement und Vernetzung

Wir sind Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft NRW Phase F (LAG) und Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F (BAG). Ferner sind wir Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Teilnehmer im interdisziplinären Arbeitskreis Phase F. Wir sind Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung unter der Schirmherrschaft der ZNS- Hannelore Kohl-Stiftung. Wir sind Mitglied im Bundesverband Schädel- Hirn- Patienten in Not e.V. und Initiatoren der regionalen Beratungsstelle des Selbsthilfeverbandes für betroffene Angehörige für Menschen mit erworbener Hirnschädigung für Hamm und Umgebung. Die Teilnahme an diesen Arbeitsgemeinschaften und Gremien dienen der Umsetzung der Qualitätskriterien für die Pflege der Menschen im Wachkoma und erworbenen schweren Hirnschädigungen. Wir sind vernetzt durch die Teilnahme im Selbsthilfenetzwerk NRW des paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Unser Konzept basiert auf den Erfahrungen, Anforderungen und Qualitätskriterien des vom BMGS und dem Kuratorium Deutsche Altenhilfe initiierten Modellprojekts „Pflegeeinrichtungen für Menschen im Wachkoma“. Handlungsleitend für uns sind die vom TÜV med und bpa überprüften und von der BAG entwickelten Checklisten zum Qualitätsnachweis für stationäre Fachpflegeeinrichtungen der Phase F. Die Sicherung der Qualität ist gewährleistet durch die Teilnahme an allen vorgenannten Arbeitsgemeinschaften und Gremien.

Eine Kooperation mit einem Rehabilitationszentrum ist umgesetzt. Die Kollegen beraten und begleiten unseren Wohnbereich und veranstalten Fortbildungen und Workshops.

9 Umsetzung und fachliche Anforderungen

Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Therapeuten ermöglicht eine zusätzliche Förderung der Bewohner und trägt zur Qualifizierung der Pflegenden bei. Dieser besondere Aufgabenschwerpunkt in der Pflege erfordert eine spezielle Qualifikation der Pflegenden. Es ist notwendig, dass alle in dieser Pflegeeinheit Beschäftigten über eine Basisqualifikation mit grundlegendem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der speziellen Pflege und der pflegetherapeutischen Arbeit ausgestattet sind. Darüber hinaus ist eine Zusatzqualifikation angestrebt, die auf der Basisqualifikation aufbaut. Es handelt sich hierbei um eine vertiefende Qualifikation auf dem Gebiet eines oder mehrerer pflegetherapeutischer Konzepte.

9.1 Basisqualifikation

Die Basisqualifikation aller Pflegenden (Pflegefachkräfte und Pflegeassistenten) umfasst:

- 1 Basale Stimulation
orale, auditive, olfaktorische, vibratorische, visuelle und somatische Angebote

- 2 Menschenbild und die zugrunde liegende Philosophie

- 3 Methodenvielfalt in der Theorie

- 4 Pflegetherapie nach Bobath
 - Lagerungen (Seitenlage 90°, 135° Bauchlage, Sitzposition im Rollstuhl)
 - Transfermöglichkeiten
 - Umgang mit verändertem Muskeltonus
 - Unterstützung bei der Körperpflege

- 5 Soziale Integration
 - theoretisches Grundlagenwissen
 - Gesprächsführung

- 6 Erweiterte Behandlungspflege:
- Tracheostomapflege und Trachealkanülenmanagement
 - Verabreichen von Sondenkost
 - Refluxmanagement
 - PEG-Versorgung
 - Wundmanagement

Die Wissensvermittlung und Unterweisungen können in Form von theoretischer und praktischer Fortbildung, intern oder extern erfolgen.

9.2 Zusatzqualifikation

Zu jedem in der Pflegepraxis eingesetzten therapeutischen Konzept werden alle Pflegenden zusätzlich weiter qualifiziert sofern es nicht Inhalt der Berufsausbildung war. Es ist angestrebt, dass innerhalb von zwei Jahren alle Pflegepersonen über nachfolgende Qualifikationen verfügen:

Basale Stimulation

Grundkurs (3 Tage), ggf. Aufbaukurs

Bobath Konzept

Grundkurs (7 – 10 Tage), wünschenswert Aufbaukurs (3 – 5 Tage)

Personenzentrierte Gesprächsführung

Grundkurs (3 – 5 Tage), wünschenswert Aufbaukurs (3 – 5 Tage)

10 Betreuung durch den Sozialen Dienst

Die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes sind ausgebildete Ergotherapeuten und arbeiten multifunktional. Im Bereich der zusätzlichen Betreuung nach §87b SGB XI bieten wir gezielte individuelle Beschäftigungs- und Freizeitangebote in Form von Einzel- und Gruppenbetreuung auf der Basis des biographischen Hintergrundes an. Allgemein gehören Angebote zur Aktivierung und Freizeitgestaltung dazu, die wöchentlich bekannt gegeben werden. Ebenso sind sie Ansprechpartner für Angehörige. Die Befundung und Therapieplanung sowie die individuelle AEDL Förderung gehört auch zum Arbeitsbereich der internen Ergotherapeuten. Ferner obliegt der Fachkraft die Koordination der externen und internen Therapieangebote mit der Pflege und den Freizeit- und Beschäftigungsangeboten.

11 Ergotherapeutische Angebote

Die externe Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt die Bewohner, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt sind, selbstbewusster und selbstständiger zu leben. Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe bei physischen, kognitiven, psychischen und sozialen Defiziten.

11.1 Behandlungsverfahren der Ergotherapie

- AEDL Training ist zumeist eine durch Ergotherapeuten und Pflegepersonal realisierte Therapieform zum Wiedererwerb oder Erhalt der Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag. Durch gezieltes Training kann die Eigenständigkeit des Bewohners z.B. in Körperpflege, Nahrungszubereitung, Fortbewegung im Straßenverkehr, Ausüben von Hobbies sowie der Umgang mit Geld deutlich verbessert, erhalten oder sogar wieder erreicht werden. Das Training zur Selbsthilfe wird erforderlich, wenn der Bewohner durch seine körperlichen, geistigen oder seelischen Umstände nicht in der Lage ist, bestimmte Verrichtungen zu vollbringen. Da eine Verrichtung dieser alltäglichen Aufgaben für den größten Teil der Bewohner vor ihrem Unfall/ ihrer Erkrankung selbstständig war, ist es nachvollziehbar, dass aus der neuen Lebenssituation eine komplexe Angstproblematik entstehen kann. Die daraus resultierende Unsicherheit wird in das Gesamtbild der ergotherapeutischen Behandlung miteinbezogen.

Motorisch – funktionelle Behandlung

- Eine ergotherapeutische motorisch - funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapieerkrankungsbedingter Störungen der motorischen Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Therapeutische Wirkungen

- Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster
- Aufbau physiologischer Muskelfunktionen und Muskelkoordination
- Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
- Desensibilisierung, Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen
- Schmerzlinderung
- Verbesserung der gestörten Gelenkbeweglichkeit

- Vorbeugung gegen Fehlstellungen / Fehlhaltung, Kontrakturenprophylaxe

Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung
- Verbesserung und Erhalt der Beweglichkeit, Mobilität und Fortbewegung
- Verbesserung und Erhalt der Geschicklichkeit
- Verbesserung und Erhalt der handlungsorientierten Koordination und Kraft
- Kompensation verloren gegangener Funktionen
- Erlernen von Ersatzfunktionen
- Umgang im Gebrauch mit Alltagshilfen
- Verbesserung der Ausdauer und Belastungsfähigkeit

Sensomotorisch - perzeptive Behandlung

Eine ergotherapeutische sensomotorisch perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der sensomotorischen und perzeptiven Funktionen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie ist ein komplexes Behandlungsverfahren mit mehreren Therapiezielen.

Therapeutische Wirkungen

- Entwicklung und Verbesserung der basalen Sinneswahrnehmung
- Entwicklung und Verbesserung visueller und auditiver Wahrnehmung
- Koordination und Umsetzung von Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- Entwicklung und Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas
- Entwicklung und Verbesserung der Sensomotorik, der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung
- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster, Bahnen normaler Bewegungen und Koordination von Bewegungsabläufen
- Entwicklung und Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
- Entwicklung und Verbesserung der Mund- und Essmotorik

Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung
- Verbesserung und Erhalt der Beweglichkeit, Mobilität und Fortbewegung Verbesserung und Erhalt der Geschicklichkeit
- Entwicklung und Verbesserung der graphomotorischen Funktionen
- Entwicklung und Verbesserung sozio- emotionaler Kompetenzen
- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Verbesserung der kognitiven Funktionen / Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten
- Erlangung von Handlungs- und Alltagskompetenzen, Fähigkeiten des täglichen Lebens, auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel
- Kompensation nicht entwickelter oder verloren gegangener Funktionen und Erlernen von Ersatzfunktionen
- Verbesserung von Ausdauer und Belastungsfähigkeit
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten
- Umgang im Gebrauch mit Alltagshilfen

Psychisch-funktionelle Behandlung

Eine ergotherapeutische psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Therapeutische Wirkungen

- Psychische Stabilisierung und Aktivierung
- Verbesserung von Antrieb, Motivation und Vitalität
- Stärkung sozio-emotionaler Kompetenz, Kontakt-, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit
- Verbesserung der kognitiven Funktionen, der Konzentration und der Serialleistung
- Verbesserung von auf psychischem und medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen
- Verbesserung der Körperwahrnehmung, Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Wahrnehmungsverarbeitung

- Verbesserung der Konfliktfähigkeit, Angstbewältigung und Frustrationstoleranz

Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung
- Verbesserung und Erhalt des situationsgerechten Verhaltens
- Verbesserung und Erhalt in der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz
- Wiedergewinnung des Realitätsbezuges und der realistischen Selbsteinschätzung
- Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Fähigkeiten wie Autonomie und Bindungsfähigkeit
- Verbesserung und Erhalt der kognitiven Fähigkeiten
- Stärkung der Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit
- Stärkung der Kreativität im Sinne von Problemlösungsverhalten und Entwicklung von Anpassungsstrategien
- Verbesserung und Erhalt der Belastungsfähigkeit und Ausdauer
- Verbesserung der eigenaktiven Tagesstrukturierung
- Entwicklung, Verbesserung und Erhalt der Selbständigkeit und der dafür notwendigen lebenspraktischen Fähigkeiten und der Grundarbeitsfähigkeiten
- Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung

Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlung

Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining / eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.

Therapeutische Wirkungen

- Wiederherstellung und Verbesserung der kognitiven Funktionen wie:
- Selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Vigilanz
- Konzentration
- Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis und Merkspanne
- Orientierung zu Raum, Zeit, Ort und Person
- Reaktionstempo, -zeit und Geschwindigkeit

- Sprachlogisches und numerisches Verständnis
- Visuelle und auditive Wahrnehmung, Wahrnehmungsgeschwindigkeit

Therapeutische Ziele

- Verbesserung und Erhalt der Selbstversorgung
- Verbesserung und Erhalt der Alltagsbewältigung
- Entwicklung und Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Entwicklung und Verbesserung der Realitätsbezogenheit
- Entwicklung und Verbesserung von Problemlösungsstrategien
- Entwicklung und Verbesserung von Handlungsplanung
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten

Basale Stimulation

- Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen sowie Angebote zur Herausbildung einer individuellen non verbalen Mitteilungsform (Kommunikation) bei den Bewohnern, deren Eigenaktivität auf Grund ihrer mangelnden Bewegungsfähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation erheblich beeinträchtigt ist. Mit einfachsten Möglichkeiten wird dabei versucht, den Kontakt zu diesen Bewohnern aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung / Umwelt zu ermöglichen und Lebensqualität zu erleben.

Sensorische Integration

- Sensorische Integration ist die sinnvolle Ordnung, Aufgliederung und Verarbeitung von Sinneserregungen im zentralen Nervensystem (ZNS), um den Bewohnern eine adäquate Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu ermöglichen. Sinneswahrnehmungen erreichen in jedem Augenblick unser ZNS. Von allen Sinnesorganen fließen uns Informationen zu, ebenso über Berührungen, Bewegungen, Schwerkraft und Körperstellung. Das Ziel der Therapie ist eine Wahrnehmung und Verarbeitung der Eigen- und Tiefenwahrnehmung, des Gleichgewichtes und der Berührung sowie eine Verknüpfung mit den anderen Sinnen als Basis für ökonomisches Lernen. Gezielte Reizangebote helfen dem Bewohner, aktiv zu handeln und zu erforschen, um somit seine neurologische Organisation zu gestalten.

- Die Sensibilisierung des Personals für die unterschiedlichen Dimensionen, die sich in den vor-
genannten Prinzipien vereinen wird gefördert

12 Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

Unabdingbar ist der ständige Austausch mit allen externen Bereichen wie z.B. Ärzten, Therapeuten, Sanitätshäusern, Homecare, Wund- und Ernährungsmanagement, um eine optimale Förderung / Versorgung der Bewohner zu gewährleisten. Kooperationspartner sind verpflichtet, ihre Beobachtungen und Auswertungen in der Dokumentation auf eigenen Formularen zu dokumentieren. Auf Anfrage nehmen sie an Fallbesprechungen teil.

Die Mitarbeit in interdisziplinären Arbeitskreisen „Phase F“ und Teilnahme an Netzwerken, wie unter Punkt 8 beschrieben, sichert die Qualität und kommt den Betroffenen zugute.