

Alle Sinne ansprechen

Laetitia Hackenberg-Werner

Die Neufassung des Heimgesetzes im Jahre 2002 (§1, Abs. 2) hat das Entstehen zahlreicher Wohngemeinschaften pflegebedürftiger Menschen ermöglicht. Die Erfahrungen mit dieser Lebensform sind überwiegend sehr positiv.

Das Wachstum dieses Versorgungsangebotes war mit bis zu jährlich 350 neuen Projekten in den vergangenen Jahren sehr groß. Die Projekte richteten sich zwar zunächst vorwiegend an demenziell erkrankte Menschen, können jedoch grundsätzlich nicht nur für diese ein Gewinn sein. Daher betreuen wir seit Anfang 2003 im Rahmen einer Wohngemeinschaft (WG) mit gemischter Bewohnerstruktur auch Menschen im Wachkoma (Tabelle 1).

Intensive aktivierende Pflege

Für die Remission des Wachkomazustandes sind die Intensität der Stimulation der vorhandenen Sinne und Fähigkeiten sowie die persönliche Zuwendung und gefühlsmäßige Ansprache von entscheidender Bedeutung. Diesen Kriterien kann bei der Versorgung in einer gemischten WG besonders gut Rechnung getragen werden, da hier enge Kontakte gegeben sind und die Betroffenen somit kontinuierlich und intensiv angeregt werden können. Menschen im Wachkoma sind nicht in der Lage, sich gegenseitig zu stimulieren. Deshalb sieht unser Konzept vor, überwiegend Menschen mit leichtem bis mittlerem Pflegebedarf und einem erheblichen Aktivitätspotenzial in die WG aufzunehmen und nur eine kleine Anzahl von Patienten mit apallischem Syndrom. Diese sollen dabei möglichst nicht in einem isolierten Bereich untergebracht werden, sondern verteilt zwischen den aktiven Mietern.

Besonders wichtig ist, dass die Menschen im Wachkoma tagsüber nicht in ihren Zimmern bleiben und schon gar nicht in ihren Betten, sondern im Gemeinschaftsraum mobilisiert werden, soweit es ihre Kräfte zulassen, und dort in das Gemeinschaftsleben der Gruppe eingebunden sind. Dies sollte auf keinen Fall aus Bequemlichkeit oder Zeit-



Persönliche Zuwendung und gefühlsmäßige Ansprache sind für Patienten im Wachkoma von entscheidender Bedeutung.

mangel unterbleiben, da es eine fundamentale Therapiemaßnahme zur Aktivierung der Patienten darstellt. Beispielsweise ist es durchaus vorstellbar – und wird von uns auch so gehandhabt – dass die Menschen im Wachkoma an geselligen Veranstaltungen wie dem gemeinsamen Singen oder an Feiern teilnehmen. Auch wenn sie dazu nichts aktiv beitragen können, dürfen die auf sie einwirkenden Eindrücke nicht unterschätzt werden. So nehmen diese Bewohner auch nicht nur an den Geburtstagsfeiern der anderen teil, sondern auch ihre Geburtstage werden unter Beteiligung aller Mitbewohner und der Angehörigen gebührend gefeiert. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist hierbei, dass den Betroffenen durch die Einbettung in das normale Alltagsgeschehen vertraute wiederkehrende und damit wiedererkennbare Eindrücke vermittelt werden. Ebenso entscheidend ist aber auch die Entstehung sozialer Beziehungen zu den

Mitgliedern der gesamten Hausgemeinschaft, denn der Mensch ist nicht nur durch seinen Körper und seine Sinne definiert, sondern vor allem durch seine Fähigkeiten, mit anderen Menschen in Beziehung zu treten.

Durch die akustischen und optischen Eindrücke werden auch die Sinne der Betroffenen erheblich stimuliert. Da die Aufenthaltsräume, in denen auch die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden, meistens in der Nähe der Küche liegen, wird das Geruchsempfinden der Bewohner regelmäßig auf vertraute Weise gereizt.

Die mobilen Bewohner sind bei entsprechender Anleitung auch gerne bereit, bei Spaziergängen in die Umgebung des Hauses gesundheitlich stabile Mitbewohner im Wachkoma in deren Rollstuhl mitzunehmen. Wirtschaftliche Zwänge führen dazu, dass derartige Spaziergänge unter Begleitung des Pflegepersonals oft nicht möglich sind.

Organisationsform

Um nicht unter das Heimgesetz zu fallen, ist es gemäß §1 Abs. 2 des Heimgesetzes Voraussetzung, dass Vermietung und Pflege unabhängig voneinander sind. Die Inanspruchnahme eines bestimmten Pflegedienstes darf nicht mit der Vermietung verbunden werden.

Da es sich bei Wohngemeinschaften um eine privatrechtliche Wohnform handelt, finden die Vorschriften der Heimindustrialbauverordnung keine Anwendung. Es empfiehlt sich jedoch, die Anforderungen an die Größe der Räume, die für vollstationäre Einrichtungen entwickelt

Gründung eines hierfür verantwortlichen Vereins.

Pflege

Die Sicherstellung der Grund- und Behandlungspflege erfolgt über einen oder mehrere ambulante Pflegedienste. Der Pflegedienst wird von den Leistungsempfängern frei gewählt. Das Mietverhältnis darf nicht mit der Bindung an einen bestimmten Pflegedienst verknüpft sein. Es ist jedoch vorteilhaft, wenn sich die Gemeinschaft auf die Beauftragung eines einzigen Pflegedienstes einigt. Dieser kann bei Unzufriedenheit auch wieder gemeinsam gewechselt werden.

raum lassen als dies in Heimen der Fall ist. Es ist jedoch ratsam, Fachkräfte mit fundierten Kenntnissen des Bobath-Konzeptes, in der Basalen Stimulation® und in der Versorgung von Patienten mit Magensonde oder Tracheostoma einzusetzen. Der Anteil an Fachkräften muss dabei so hoch sein, dass eine ausreichende Überwachung der Tagschichten durch sie gewährleistet ist und der Nachtdienst völlig durch examinierte Kräfte abgedeckt ist. Der gesamte Bedarf der WG-Mitglieder an Grund- und Behandlungspflege sollte so groß sein, dass sich daraus eine Doppelbesetzung beider Tagschichten ableiten lässt.

Tab. 1: Versorgungskonzept

| | |
|------------------------------|---|
| Gruppengröße: | acht bis zwölf Mitglieder in einer Wohngemeinschaft |
| Anteil an Wachkomapatienten: | maximal drei |
| pflegerische Versorgung: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Grundversorgung gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) durch einen ambulanten Pflegedienst ◆ Behandlungspflege aufgrund ärztlicher Verordnung durch den ambulanten Pflegedienst |
| Hauswirtschaft: | teilweise durch Angehörige, teilweise durch einen zweiten Dienstleistungsbetrieb |
| therapeutische Versorgung: | aufgrund ärztlicher Verordnungen durch Praxen für Physiotherapie, Ergotherapie und eine Logopädin |
| ärztliche Versorgung: | durch einen Anästhesisten und mehrere Allgemeinmediziner |
| Vermietung: | durch einen vom Pflegedienst und dem hauswirtschaftlichen Dienst unabhängigen Inhaber des Wohnhauses; Unterbringung fast ausschließlich in Einzelzimmern |
| wichtig: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ tägliche Mobilisierung der Wachkomapatienten im Rollstuhl in den Gemeinschaftsräumen ◆ Einbindung der Wachkomapatienten in das Gemeinschaftsleben ◆ Einbindung der Angehörigen in den Prozess der Aktivierung |

wurden, auch in einer WG zu beachten. Wichtig ist, dass wesentliche Belange des Zusammenlebens in der Gemeinschaft durch eine Satzung geregelt werden, die neue Mieter mit ihrer Unterschrift anerkennen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung gehört gemäß SGB XI zu den Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes. Es empfiehlt sich aber für eine möglichst weitgehende Entflechtung der unterschiedlichen Aufgaben, die hauswirtschaftliche Versorgung nicht von diesem durchführen zu lassen, um sich von Einrichtungen mit Heimcharakter stärker abzugrenzen.

Denkbar ist zum einen, dass die hauswirtschaftliche Versorgung von einer unabhängigen Firma durchgeführt wird, zum anderen, dass die erforderlichen Kräfte direkt von den Angehörigen eingestellt werden, möglicherweise unter

Anders als in einem Heim sind die Anforderungen an die Auswahl und Qualifikation des Pflegepersonals nicht durch das Heimgesetz geregelt, sondern durch die Vorgaben des Versorgungsvertrages. Dementsprechend ist es möglich, für die Behandlungspflege auch Krankenpflegehelfer/innen und für einfache Maßnahmen der ambulanten Krankenpflege auch Schwesternhelferinnen einzusetzen. Fachkräften vorbehalten ist nur die Versorgung von beatmeten Patienten und von solchen mit Infusionen. Die Verantwortung für den Einsatz geeigneter Pflegekräfte liegt ansonsten bei der Pflegedienstleitung und dem behandelnden Arzt. Es werden jedoch ausreichende Erfahrung und Kenntnis für die Durchführung der zu erbringenden Leistungen gefordert.

Dies gilt im Prinzip auch für die ambulante Versorgung von Patienten im Wachkoma, wobei die hierbei zu befolgenden Vorgaben einen größeren Spiel-

Therapien und ärztliche Versorgung

Die therapeutische Versorgung erfolgt aufgrund ärztlicher Verordnungen durch Mitarbeiter von Praxen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

Die vom ambulanten Pflegedienst eingesetzten Kräfte müssen sich bei ihrer Arbeit ebenfalls als ein wesentliches Glied der therapeutischen Versorgung verstehen, ergänzt durch die wertvolle Mitarbeit der Angehörigen. Jede Pflegemaßnahme kann therapeutischem Nutzen sein. Wichtig sind dabei die menschliche Zuwendung und die ständige Ansprache und Stimulation.

Die ärztliche Versorgung erfolgt am besten durch zwei Ärzte, einen Allgemeinmediziner und einen Anästhesiologen. Diese Kombination hat sich in der von uns betreuten WG gut bewährt. Bei Bedarf werden weitere Fachärzte hinzugezogen. Einmal in der Woche findet eine ärztliche Visite statt, die von einer Pflegekraft begleitet wird.

Räumliche Anforderungen

Für die Unterkunft einer Wohngemeinschaft sind nur allgemein geltende Gesetze anzuwenden, weder Anforderungen der Heimmindestbauverordnung noch die teils darüber hinausgehenden Vorgaben überregionaler Sozialhilfeträger sind relevant. Besondere Anforderungen ergeben sich unter sachlichen Gesichtspunkten und der besonderen Berücksichtigung der Erfordernisse der Versorgung von Patienten im Wachkoma, wobei die Vorstellungen der Angehörigen möglichst zu berücksichtigen sind.

Wegen der erforderlichen Geräte sowie der täglichen Mobilisation muss die Fläche einzelner Wohneinheiten für Bewohner im Wachkoma etwas größer bemessen sein als für die anderen Bewohner. Nach unseren Erfahrungen ist bei Einzelzimmern eine Raumgröße von circa 16 bis 20 qm und bei Doppelzimmern von 22 bis 26 qm ausreichend.

In unserer WG werden im Allgemeinen Einzelzimmer bevorzugt. Von der Arbeitsgruppe Qualität in der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F wird für Patienten im Wachkoma zwar Doppelzimmern der Vorzug gegeben, weil diese häufigere Kontakte zum Pflegepersonal erwarten lassen, jedoch fällt dieses Argument in unserer WG weniger ins Gewicht, da die tägliche Mobilisierung außerhalb des persönlichen Wohnraums wesentlicher Bestandteil des Konzeptes ist. Ein anderer wichtiger Gesichtspunkt, der für Einzelzimmer spricht, ist die Möglichkeit, dass Angehörige im persönlichen Wohnraum der Patienten übernachten können. Die meisten mobilen Mitglieder der WG leben ohnehin lieber in Einzelzimmern.

Die Zimmer sollen hell und möglichst mit niedrigen Fensterbrüstungen ausgestattet sein, um nicht den Blick nach draußen zu behindern. Die Ausstattung der Unterkunft mit Nasszellen ist nur von sekundärer Bedeutung, sie muss jedoch über ein ausreichend großes Bad mit einer für Wachkomapatienten nutzbaren Badewanne verfügen. Ein großer Balkon, eine Terrasse oder ein zugänglicher Garten ist nicht nur für die mobilen Bewohner, sondern auch für die Patienten im Wachkoma eine große Bereicherung und stimuliert deren Sinne zusätzlich. Die Transportwege müssen zwingend die problemlose Mobilisation im Gemeinschaftsraum, im Garten oder in der näheren Umgebung zulassen. Im Gemeinschaftsraum sollten in Hinblick auf die Anzahl aufzunehmender Rollstühle mindestens 3 qm je Bewohner zur Verfügung stehen.

Einbindung der Angehörigen

Dieser Punkt des Konzeptes ist von zentraler Bedeutung. Den Angehörigen der Patienten im Wachkoma kommt bei deren angestrebter Zustandsverbesserung eine entscheidende Rolle zu. Aufgrund wirtschaftlicher Zwänge wird es nur selten möglich sein, dass Pflegekräfte mehrere Stunden bei einem einzigen Patienten verbringen, bei nahen Verwandten stellt dies jedoch keine Ausnahme dar. Auch die gefühlsmäßige Bindung zwischen den

Zur Autorin *Laetitia Hackenberg-Werner ist Krankenschwester und Hebamme mit Weiterbildung zur Pflegedienstleitung. Im vorigen Jahr hat sie zusätzlich eine Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Menschen im Wachkoma absolviert. Nach langjähriger Berufserfahrung in der ambulanten und stationären Pflege führt und begleitet sie seit zwei Jahren in selbstständiger Tätigkeit eine Wohngemeinschaft, in der Menschen im Wachkoma zusammen mit anderen Pflegebedürftigen leben und betreut werden.*



Familienangehörigen ist nicht zu ersetzen.

Eines der Ziele unseres Konzeptes besteht darin, die Rückkehr der Patienten in den Kreis ihrer Familie zu ermöglichen. Das soll einerseits dadurch erreicht werden, dass ihr Zustand so weit stabilisiert bzw. verbessert wird, dass die Rückkehr in die Familie kein Risiko für sie darstellt. Das Absaugen des Tracheostomas lässt sich in den meisten Fällen nach und nach reduzieren, oft kann das Tracheostoma auch ganz entfernt werden. Falls der Patient nach Hause zurückkehren kann, bietet der Pflegedienst den Angehörigen ein Training an, um sie auf ihre zukünftigen pflegerischen Aufgaben vorzubereiten. Auch nach der Rückkehr wird eine Begleitung oder teilweise Entlastung der

Familien durch den bereits in der Wohngemeinschaft eingesetzten Pflegedienst angeboten. Eine zeitweilige Rückkehr in die Gemeinschaft im Falle von Krankheit oder Urlaub der Angehörigen gehört ebenfalls zu unserem Konzept.

In einigen Fällen ist aber eine Rückkehr des Patienten in den Kreis der Familie nicht möglich, entweder weil sein Zustand es nicht zulässt oder weil die familiären Strukturen nicht da-

REHAB 2005
13. Internationale Fachmesse für
Rehabilitation, Pflege und Integration

Messe
Karlsruhe

28. — 30. April 2005

Die Fachmesse für mehr Lebensqualität

Inter Service BORGSMANN® GMBH
Hohe Str. 39 • D-44139 Dortmund
Tel.: 0231/12 80 10 • Fax: 0231/12 80 09
info@rehab-fair.com • www.rehab-messe.de

für geeignet sind. In diesen Fällen werden die Patienten auf Dauer in der Wohngemeinschaft leben. Aber auch dann soll aus den genannten Gründen den Angehörigen eine Unterbringung im Haus oder im Wohnraum ihres Familienmitglieds angeboten werden. Den Angehörigen wird angeboten, einmal im Monat an einem Treffen teilzunehmen, um den Erfahrungs- und Informationsaustausch zu fördern. Bei diesen Treffen sind auch Vertreter der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Therapie anwesend.

Auswirkung auf die Koma-Remission

Unser Konzept wird seit etwa 24 Monaten erprobt. Zuvor wurden zentrale Elemente davon bereits in einer vollstationären Einrichtung vergleichbarer Größe unter dem Motto „Kein Heim, sondern ein Zuhause“ verwirklicht. Patienten, die früher dort versorgt worden waren, sind in die nachfolgende Auswertung der Ergebnisse einbezogen worden.

Bei der quantitativen Bewertung der Fähigkeiten wurde nicht auf den oft verwendeten Barthel-Index zurückgegriffen, weil dieser in der anfänglichen Remissionsphase keine hinreichend große Differenziertheit bietet. Stattdessen

Zusammenfassung

Die Stimulation von Menschen im Wachkoma durch die Umgebung und das sie umgebende aktive Leben hat positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Diese Kriterien können in besonderem Maße in einer Wohngemeinschaft mit gemischter Bewohnerstruktur berücksichtigt werden. Dies bestätigte sich in einer seit zwei Jahren bestehenden Wohngemeinschaft, in der Menschen im Wachkoma sowie andere Pflegebedürftige gemeinsam leben und betreut werden. Bei den Betroffenen zeigten sich Verbesserungen unterschiedlichen Ausmaßes, sowohl in den geistigen Leistungen als auch im allgemeinen Gesundheitszustand. Von besonderer Bedeutung sind hierfür die tägliche Mobilisation im Rollstuhl, die Integration in das Gemeinschaftsleben, vor allem aber auch die Anwesenheit und Mitarbeit der Angehörigen.

Schlüsselwörter:

Wachkoma, Wohngemeinschaft, Mobilisation, Stimulation

wurde der Zustand der Patienten anhand der Koma-Remissions-Skala (Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Neurologische-Neurochirurgische Frührehabilitation in der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren Phase II, Heft 8) bewertet, die eine feinere Darstellung von Zustandsveränderungen bei beginnender Remission erlaubt.

Bei allen untersuchten Patienten konnte eine deutliche Stabilisierung des Gesundheitszustandes festgestellt werden, ebenso eine Verbesserung der bewerteten Fähigkeiten. Diese variierte zwar sehr von Patient zu Patient, aber bei zweien waren bereits Anzeichen für eine Wiedererlangung der Sprechfähigkeit zu registrieren. Die zu Beginn und gegen Ende des Aufenthaltes in der Gemeinschaft ermittelten Werte für die einzelnen funktionellen Kriterien sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass unser Versorgungskonzept einen Vergleich mit den klassischen Versorgungsmodellen nicht zu scheuen braucht und es wert ist, unter wissenschaftlicher Begleitung weiter erprobt und untersucht zu werden. ♦

Laetitia Hackenberg-Werner,
Selgenbusch 14, 52382 Niederzier,
E-Mail: hackenberg-werner@t-online.de

Tab. 2: Einzelwerte der Patienten auf der Koma-Remissions-Skala*

| | Fall 1 | | Fall 2 | | Fall 3 | | Fall 4 | | Fall 5 | | Fall 6 | | Fall 7 | |
|----------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | Beginn | Ende | Beginn | Ende | Beginn | Ende | Beginn | Ende | Beginn | Ende | Beginn | Ende | Beginn | Ende |
| Aufnahme nach Ereignis (Monate) | 3 | | 5 | | 3 | | 12 | | 7 | | 3 | | 4 | |
| Aufenthaltsdauer (Monate) | 8 | | 14 | | 22 | | 28 | | 4 | | 14 | | 12 | |
| Erweckbarkeit/ Aufmerksamkeit | 2 | 3 | 0 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| motorische Antwort | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 5 | 0 | 2 | 2 | 6 | 1 | 4 | 0 | 6 |
| Reaktion auf akustischen Reiz | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| Reaktion auf visuellen Reiz | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| Reaktion auf taktilen Reiz | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| sprechmotorische Antwort | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| Summe | 5 | 14 | 3 | 16 | 6 | 22 | 5 | 10 | 3 | 19 | 4 | 17 | 3 | 22 |

* je höher die Werte, desto ausgeprägter die Antwort