



VERBAND DER BAYER. BEZIRKE

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Az.: 541/7-3-3

Postfach 22 15 22

80505 München

**Bayerisches Rahmenkonzept Phase F
zur häuslichen, teilstationären
Kurzeit- und vollstationären Pflege und
Behandlung von Menschen
mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen**

**Beschluss des Hauptausschusses
vom 22. Oktober 2004**

Bayerisches Rahmenkonzept Phase F

zur häuslichen, teilstationären
Kurzzeit- und vollstationären Pflege
und
Behandlung von Menschen
mit schweren erworbenen
cerebralen
Schädigungen

Inhaltsverzeichnis:

1.	Vorbemerkungen	S.	3
2.	Zielgruppe und Beschreibung der Phase F	S.	4
2.1.	Zielgruppe	S.	4
2.2.	Patienten-Charakteristika	S.	4
2.3.	Pflege- und Behandlungsziele	S.	5
3.	Vernetztes Hilfesystem	S.	6
3.1.	Postrehabilitative Übergangsphase	S.	7
3.1.1.	Kriterien zur Verlegung in eine Schwerpunkteinrichtung	S.	7
3.1.2.	Pflege- und Behandlungszeitraum in Schwerpunkteinrichtungen	S.	7
3.2.	Die Langzeitphase	S.	8
3.3.	Der Casemanager als Verbindungsglied zwischen und Begleiter in den einzelnen Phasen	S.	9
4.	Aufgaben und Leistungen der Phase F-Einrichtungen	S.	10
4.1.	Pflege	S.	11
4.2.	Ärztliche Versorgung	S.	11
4.3.	Therapiebereich	S.	12
4.3.1.	Physiotherapie	S.	12
4.3.2.	Ergotherapie	S.	13
4.3.3.	Logopädie	S.	13
4.3.4.	Sonstige Therapie	S.	13
4.3.5.	Sozialdienst, Einbindung der Angehörigen/Bezugspersonen	S.	13
5.	Leistungsrechtliche Zuordnung und Leistungsnachweis	S.	14
5.1.	Schwerpunkteinrichtungen	S.	14
5.2.	Pflege- und Behandlungsplan, Dokumentation	S.	15
5.2.1.	Pflegeplan	S.	15
5.2.2.	Behandlungsplan	S.	15
5.2.3.	Dokumentation	S.	15
5.3.	Allgemeine Pflegeeinrichtungen (voll-, teilstationär und Kurzzeitpflege)	S.	16
6.	Strukturelle Anforderungen an Schwerpunkteinrichtungen	S.	17
6.1.	Vollstationär/Kurzzeitpflege	S.	17
6.2.	Tagespflege (teilstationär)	S.	17
6.3.	Räumliche Voraussetzungen	S.	17
6.4.	Ausstattung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien	S.	18
6.5.	Zusätzliche Anforderungen in Verbindung mit speziellen Problemen	S.	18
7.	Qualitätssicherung	S.	19
8.	Übergangsregelung	S.	19
9.	Quellen	S.	19

1. Vorbemerkungen

Immer mehr Menschen überleben Unfälle oder schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen des zentralen Nervensystems. Der Grund dafür liegt in den Fortschritten der Notfall-, Intensiv- und Rehabilitationsmedizin.

Bei einem Teil der Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen bleiben trotz adäquater Behandlung auf Dauer erhebliche Krankheitsfolgen bestehen (z.B. apallisches Syndrom). Bei diesen Menschen, die nicht mehr unabhängig leben können, sind neben der im Vordergrund stehenden Pflege auch intensive therapeutische und medizinische Maßnahmen notwendig.

Um eine bedarfsgerechte Pflege und Behandlung in der Phase F zu gewährleisten, sind einheitliche Definitionen der Patientengruppen sowie der Behandlungsziele und -inhalte und eine Koordinierung der Leistungen zur Pflege und Behandlung erforderlich.

Hinzu kommt, dass die Teilhabe der Betroffenen am sozialen Leben auch dann sichergestellt werden muss, wenn schwere und schwerste Folgen neurologischer Erkrankungen die „Brücken“ zur Umwelt einengen oder zeitweise ganz unterbrechen.

Aus diesen Gründen muss sich ein Netzwerk von Leistungsanbietern mit für die Personengruppe und deren Angehörige adäquaten Betreuungsarrangements entwickeln. Dieses Netzwerk soll unabhängig von Art und Ort der Weiterbetreuung qualifizierte, fördernde oder stabilisierende Hilfen gewährleisten.

Hierbei gilt es zu differenzieren zwischen Angeboten,

- die gezielt eine zu erwartende Restitutionsdynamik unterstützen und/oder das Rückfallrisiko bei noch instabilen Rehabilitationsfortschritten minimieren sollen (i.d.R. postrehabilitativ / Zeitraum bis zu zwei Jahre) und der
- Langzeitpflege und -behandlung unter Berücksichtigung der spezifischen Erfordernisse des betroffenen hirngeschädigten Menschen

Die qualifizierte Versorgung in diesem dualen Betreuungskonzept basiert auf der Sicherstellung von hohem Fachwissen und Methodenkompetenz in sog. Schwerpunkteinrichtungen, sowie der fortlaufenden Vermittlung von speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten an die für die Langzeitpflege und -behandlung zuständigen Bezugspersonen zu Hause oder in allgemeinen Pflegeeinrichtungen. Eine besondere qualitätssichernde Rolle soll hierbei praxiserfahrenen Casemanagern in beratender und anleitender Hinsicht zukommen.

Ziel des dualen Betreuungskonzeptes ist es,

- a) schwerbetroffenen Menschen auch postrehabilitativ die Chance auf Weiterentwicklung zu geben
- b) qualifizierte häusliche Betreuung zu ermöglichen und adäquate Entlastungsangebote für betreuende Angehörigen sicherzustellen
- c) bezahlbare Betreuungsalternativen zu bisherigen Versorgungsmodellen zu entwickeln und
- d) durch gezieltes Casemanagement vorhandene Ressourcen zu bündeln.

Die festgelegten Rahmenbedingungen sollen diesen besonders schwer betroffenen Menschen ein Leben in Würde mit einer Chance auf Besserung ermöglichen.

Eine regionale Versorgung ist hierbei anzustreben.

In das Bayerische Rahmenkonzept fließen die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit ärztlichen Sachverständigen erarbeiteten und mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, der gesetzlichen Rentenversicherungsträger sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und unter Beteiligung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten Empfehlungen, in wesentlichen Grundzügen ein.

2. Zielgruppe und Beschreibung der Phase F

Die Phase F ist geprägt von langfristigen pflegerischen sowie medizinischen, die Selbsthilfepotenziale unterstützenden, betreuenden und/oder stabilisierenden Maßnahmen sowie von zusätzlichen therapeutischen Leistungen.

In dieser Phase werden diejenigen Menschen betreut, bei denen in den neurologischen Behandlungs-/Rehabilitationsphasen B und C kein wesentlicher Zugewinn erreicht werden konnte.

2.1. Zielgruppe

Die Empfehlungen beziehen sich auf Erwachsene, welche an erworbenen, akuten cerebralen Schädigungen leiden z. B. infolge von:

- Cerebralen Gefäßkrankheiten
- Hypoxie
- Schädel-Hirn-Trauma
- (Meningo) Enzephalitis
- Neoplasie

2.2. Patienten-Charakteristika

Die Patienten der Phase F sind, bedingt durch schwere und schwerste Schädigungen des zentralen **Nervensystems**,

- beeinträchtigt in ihrer Unabhängigkeit, **das heißt, es besteht Abhängigkeit** von einer speziellen Betreuung/Pflege oder Intensivbetreuung, und
- beeinträchtigt in ihrer sozialen Integration.

Die Beeinträchtigung (Einschränkung der Partizipation) wird hervorgerufen durch eine schwere Einschränkung oder einen Verlust von Fähigkeiten, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. Dazu zählen in erster Linie

- schwer beeinträchtigte oder fehlende Selbstversorgungsfähigkeit,
- schwer gestörte oder fehlende Mobilität,
- schwer beeinträchtigte oder fehlende Kommunikationsfähigkeit,

- schwere Störungen im Verhalten,
- ggf. Abhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln wie Ernährungssonden und/oder Beatmungsgeräten.

Diese Fähigkeitsstörungen können durch folgende Schädigungen (Funktionsstörungen, Strukturschäden) bedingt sein:

- verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung bis zum „Wachkoma“ (apallisches oder postapallisches Syndrom),
- schwere intellektuell-kognitive und psychische Störungen,
- stark beeinträchtigte bis aufgehobene Wahrnehmung,
- ausgeprägte schlaffe oder spastische Lähmungen,
- Ausfälle der Sensorik,
- beeinträchtigte oder aufgehobene Sprach- oder Sprechfunktion,
- schwere Störungen der vegetativen Funktionen (Herz-Kreislauf-, Atemfunktion),
- schwere Störungen der Schluckfunktion,
- Inkontinenz.

Im Allgemeinen finden sich Kombinationen dieser Schädigungen.

Es drohen Folgekrankheiten und Folgeschäden wie Infektionen, Kontrakturen, Schäden durch die Muskelpastik oder Dekubitalulcera.

2.3. Pflege- und Behandlungsziele

In der Phase F soll der bisher in der vorausgegangenen Phase der neurologischen Behandlung / Rehabilitation erreichte Funktionszustand gebessert oder mindestens erhalten werden.

Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Fähigkeiten insbesondere in den Bereichen

- Verhalten (z. B. durch Förderung der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins, des Erinnerungsvermögens und der Emotionen),
- Selbstversorgung und Fortbewegung (z. B. durch Förderung der aktiven und passiven Beweglichkeit, der Sensorik, Regulierung des Muskeltonus, Förderung der Koordination, Verbesserung oder Vermeidung von Kontrakturen),
- Förderung der Kommunikation (z. B. durch Förderung der Sprachfunktion und des Sprechens),
- Beseitigung oder Minderung der Abhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z. B. von Ernährungssonden oder Beatmungsgeräten).

Die Beseitigung oder Vermeidung sekundärer Krankheiten oder Komplikationen (z. B. Dekubitalulcera, Infektionen, Kontrakturen) ist generelles Pflegeziel.

Auf dieser Basis sind die übergeordneten Ziele die Wiederherstellung einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit sowie die Verbesserung oder Erhaltung der sozialen Integration, z. B. Rückführung in die häusliche Umgebung, wenn entsprechende personelle und räumliche Voraussetzungen vorhanden sind.

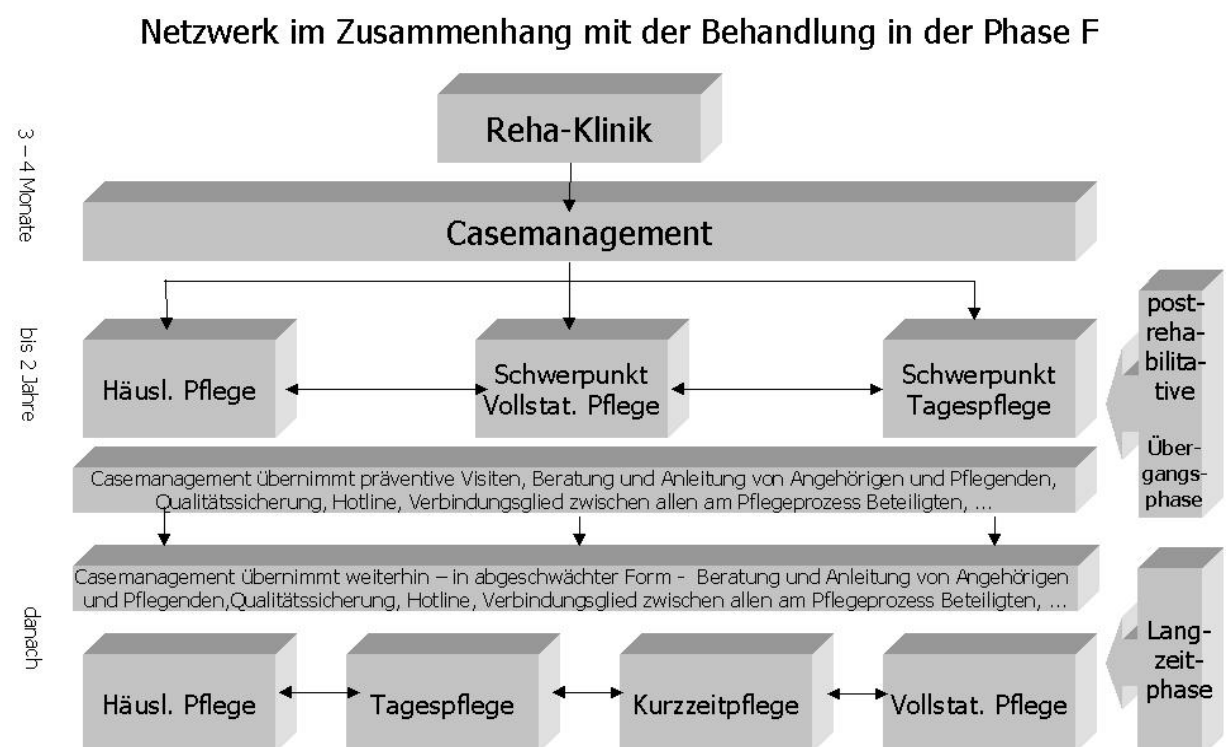
Weiterhin wird das Erreichen der Behandlungs- und Rehabilitationsfähigkeit der Phase B, C und D als Voraussetzung für eine intensiviertere Förderung angestrebt.

3. Vernetztes Hilfesystem

Gemeinsames Ziel für alle Betroffenen muss die Verbesserung der Teilhabe am sozialen Leben sein. Hierzu zählt auch, Pflegebedürftigkeit zu mindern, im günstigsten Fall zu beseitigen oder die erreichten Fähigkeiten zu erhalten. Zu beachten ist grundsätzlich, dass bei hirngeschädigten Menschen eine Verbesserung des Zustands auch noch nach längeren Zeiträumen eintreten kann. Eine unterstützende und fördernde Familienstruktur schafft hierfür gute Voraussetzungen.

Die verschiedenen, durchgängigen und vernetzten Versorgungs- und Betreuungssysteme sind gezielt auf die erreichten Rehabilitationsfortschritte, individuelle Verbesserungspotentiale, gegebene Risikofaktoren sowie die individuelle Lebenssituation der Betroffenen ausgerichtet. Die Art und Intensität der Unterstützung unterscheidet sich nach den spezifischen Erfordernissen in der oft noch instabilen **Übergangsphase** (vgl. Ziffer 3.1.) und der **Langzeitphase** (vgl. Ziffer 3.2.). Unterschiede ergeben sich weiterhin aus der gewählten Versorgungsform, also einer häuslichen, teilstationären oder vollstationären Betreuung. Den Grundsatz „ambulant und teilstationär vor vollstationär“ gilt es auch hier zu wahren.

Aktivierende Pflege und Behandlung sind wesentliche Merkmale des gesamten Hilfesystems. Ein mit den Pflege- und Behandlungsspezifika sowie den Versorgungsangeboten umfassend vertrauter **Casemanager** (vgl. Ziffer 3.3.) fungiert als Bindeglied zwischen den Versorgungssystemen, aber auch und insbesondere in beratender, anleitender und somit qualitätssichernder Funktion.



3.1. Postrehabilitative Übergangsphase (Schwerpunkteinrichtung)

Der größte Anteil der in der Phase F betroffenen Menschen wird auch unmittelbar post-rehabilitativ im **häuslichen Umfeld** gepflegt und betreut. Demzufolge tragen pflegende Angehörige die Hauptlast innerhalb des gesamten Versorgungssystems. Die für den Betroffenen so gegebene Partizipation am sozialen Leben gilt es primär durch geeignete unterstützende und entlastende Maßnahmen für pflegende Angehörige bestmöglich zu fördern und zu erhalten. Hier kommt dem Casemanager eine wichtige, auf begleitende und individuelle Beratung und Anleitung ausgerichtete Rolle zu.

In der postrehabilitativen Übergangsphase kann bei einer unter den Bedingungen einer häuslichen Betreuung nicht ausreichend gewährleisteten Pflege und Behandlung eine **zeitlich bis zu zwei Jahren begrenzte Unterbringung** in einer **voll- oder teilstationären Schwerpunkteinrichtung** erforderlich sein.

Die Pflege und Behandlung erfolgt hier durch speziell auf den Gebieten anerkannter Therapiekonzepte und in der fachspezifischen Behandlungspflege umfassend qualifizierter Pfleger und Fachtherapeuten. Die differenzierten Leistungsmerkmale der einzelnen Berufsgruppen - auch in Verbindung mit der haus- und fachärztlichen Betreuung - werden unter Ziffer 4 erläutert.

Zielsetzung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen ist die Stabilisierung von Rehabilitationsfortschritten und die Förderung der Selbstständigkeit im Sinne einer Unterstützung positiver Behandlungsverläufe sowie die Minderung des Pflege- und Behandlungsaufwands auch bei Vorliegen besonderer Risikofaktoren (wie in Ziffer 3.1.1. beschrieben). Weiterhin soll eine Rückkehr in das häusliche Umfeld oder eine Verbesserung der Pflegestufe, sowie ggf. die Rückführung in eine Rehabilitationseinrichtung (Phasen B, C oder D) im Kontext der Zielsetzung möglich sein.

3.1.1. Kriterien zur Aufnahme in eine Schwerpunkteinrichtung

Für die postrehabilitative Aufnahme in eine Schwerpunkteinrichtung sprechen die Situationen, in denen der erreichte Rehabilitationsfortschritt nur mit kompetenter Unterstützung zu stabilisieren und/oder zu verbessern ist.

Wichtige Ziele sind dabei:

- **Förderung der Selbstständigkeit und eines damit verbundenen selbstbestimmten Lebens**
- **Minderung der Pflege- und Behandlungsintensität, um eine Weiterbetreuung zu Hause, mit teilstationärer Unterstützung, in Fördereinrichtungen oder in der allgemeinen stationären Pflege zu ermöglichen**

Die Entscheidung trifft der zuständige Rehabilitationsarzt in Zusammenarbeit mit dem Casemanager. (Checkliste mit Kriterien, siehe Anlage I)

3.1.2. Pflege- und Behandlungszeitraum in Schwerpunkteinrichtungen

Die Pflege in der Phase F und die medizinisch-therapeutische Versorgung erfolgt grundsätzlich langfristig. Die intensivierete Betreuung in der postrehabilitativen Phase zu Hause sowie in den Schwerpunkteinrichtungen ist unter Berücksichtigung der in Ziffer

3.1.1. definierten Ziele aber zeitlich auf die Dauer von bis zu 2 Jahren begrenzt. Entscheidungen über die Beendigung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen werden in den quartalsmäßigen Fallkonferenzen getroffen. Die Entscheidungen basieren auf der Beantwortung von folgenden Fragen:

- Sind weitere Fortschritte in absehbarer Zeit zu erwarten?
- Ist aufgrund der erreichten Fortschritte eine Weiterbetreuung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung angezeigt?
- Hat sich die bei Übernahme des Bewohners von der Rehabilitationsklinik in die Schwerpunkteinrichtung bestehende Situation durch intensive pflegerische (und therapeutische) Maßnahmen stabilisiert?
- Kann der in der Rehabilitationsklinik erzielte Zustand jetzt mit deutlich weniger Unterstützung gehalten werden, so dass eine Weiterversorgung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung durchgeführt werden kann?

Grundlagen der Entscheidungsfindung sind eine lückenlos geführte Dokumentation der Pflege und Behandlung, (wie in Ziffer 5.2. beschrieben) sowie die monatliche Verlaufsdocumentation anhand des Functional Independence Measure (FIM) und die quartalsmäßige Einstufung basierend auf Early Functional Abilities (EFA).

(Die Pflegekräfte sind in der Handhabung der Assessments zu unterweisen).

Regelmäßige Teilnehmer der Fallkonferenz sind:

- die verantwortliche Bezugspflegeperson oder deren Vertretung
- der Casemanager
- Vertreter der Kostenträger
- (evtl. MDK-Arzt)

Fakultative Teilnehmer sind:

- behandelnder Arzt/ Konsiliararzt
- Pflegedienstleitung/Stationsleitung

3.2. Die Langzeitphase (Allgemeine Pflegeeinrichtungen)

Bei schwer hirngeschädigten Menschen muss vielfach nach Abschluss der postrehabilitativen Übergangsphase eine langfristige, oft aufwändige Pflege und Behandlung gesichert werden. Hier gilt es immer dann einem Versorgungsbruch vorzubeugen, wenn der Phasenwechsel mit Verlegung aus einer Schwerpunkteinrichtung nach Hause oder in eine andere Pflegeeinrichtung verbunden ist.

Analog zur postrehabilitativen Übergangsphase obliegen hier der Schwerpunkteinrichtung entlassvorbereitende Anleitungsaufgaben, speziell der Angehörigen bei einer Weiterbetreuung zu Hause.

Der Casemanager sorgt in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und dem örtlichen Sozialdienst für die notwendige Hilfsmittelausstattung sowie Wohnraumanpassung und knüpft bei Bedarf Kontakte zu geeigneten unterstützenden professionellen Diensten. Zu Beginn der Langzeitbetreuung trägt er weiterhin zu einer stabilen Pflege und Behandlung bei, in-

dem er den individuellen Erfordernissen des Betroffenen und seiner Betreuungspersonen entsprechende Beratung und Anleitung vor Ort anbietet und auch leistet.

Im Unterschied zur postrehabilitativen Übergangsphase sind Anleitung und Beratung im Rahmen von Besuchen durch den Casemanager aber primär auf den Beginn der Langzeitphase beschränkt. Im Anschluss daran bleibt jedoch für spezielle Fragen und Probleme der Hotline-Service in Form des Pflegeberatungstelefonats bestehen. In kritischen Situationen wird auch dann der Casemanager vor Ort Unterstützung leisten. Dieser Service kann und soll ebenfalls genutzt werden, wenn aufgrund von Fortschritten eine Wiederaufnahme in eine Rehabilitations- oder ggf. Schwerpunkteinrichtung geklärt werden soll.

3.3. Der Casemanager als Verbindungsglied zwischen und Begleiter in den einzelnen Phasen

In einem vernetzten Hilfesystem sind Verbindungsglieder unabdingbar. Diese Funktion übernimmt, wie bereits beschrieben, der Casemanager. Er begleitet den Betroffenen ab der Rehabilitationsphase durch alle weiteren Phasen und bietet für alle am Pflegeprozess Beteiligten Hilfestellungen an.

Die grundlegende Anleitung von pflegenden Angehörigen sowie Fortbildungs- und Hospitationsangebote für weiterversorgende professionelle Dienste gehören unbeschadet dessen zu den entlassvorbereitenden Aufgaben der Rehabilitations- und Schwerpunkteinrichtungen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass in der „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ im späteren Umfeld zahlreiche, im Vorfeld oft nicht bekannte oder nicht lösbare Probleme auftreten. Hier setzt das Casemanagement, gezielt in alle Richtungen agierend, an.

Der Casemanager fungiert als Überleitungskordinator aus der Rehabilitationsklinik oder der Schwerpunkteinrichtung, ggf. auch bei Wiedereinweisung. Außerdem ist er fallbezogener Berater und Praxisanleiter für Angehörige oder professionelle Dienstleister, insbesondere bei einer primären Weiterversorgung im häuslichen Bereich oder in allgemeinen Pflegeeinrichtungen.

Er begründet erbrachte Interventionen und dokumentiert diese nebst der Beratungs- und Anleitungsleistungen. Darüber hinaus erhebt der Casemanager relevante Verlaufsentwicklungsdaten anhand eines standardisierten Assessments.

Aufgaben des Casemanagers sind schwerpunktmäßig:

- **Qualitätssicherung in Überleitungssituationen** (Rehabilitationsklinik, Schwerpunkteinrichtung) durch frühzeitige Vorortberatung hinsichtlich der geeigneten Weiterversorgung und Informationssicherung zur Gewährleistung von Pflege- und Behandlungskontinuität. Hierzu gehören auch direkte Hilfen im Rahmen der Erprobung von häuslicher Pflege z. B. bei Wochenendbeurlaubung.
- Durchführen von ein- bis zweitägiger **Überleitungspflege**, z. B. bei Vorliegen besonderer Risikofaktoren wie Tracheostoma, Beatmung oder MRSA-Infektion. (Überleitung in Verbindung mit Enthospitalisierung oder anderen Situationen, in denen eine Bezugsperson erforderlich ist, obliegen der jeweiligen abgebenden Einrichtung.)
- **Bei häuslicher Betreuung in der postrehabilitativen Übergangsphase** zielgerichtete Sicherung der pflegerisch-therapeutischen Handlungskompetenz und

damit verbundene Förderung von Aktivierungspotential durch eine den Erfordernissen entsprechende Beratung und Anleitung vor Ort.

Für den Zeitraum von zwei Jahren ist die Anzahl der Visiten nach bestimmten Kriterien wie dem Schweregrad der Behinderung und besonderen Risikofaktoren festgelegt; die Frequenz ist den individuellen Bedürfnissen anzupassen.

- **Mitglied der Fallkonferenz:** Beteiligung an der Entscheidungsfindung in Verbindung mit Zielsetzung, Maßnahmenplanung sowie Dauer und **Beendigung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen.**
- **Unterstützung in der Langzeitphase zu Hause und in allgemeinen Pflegeeinrichtungen** durch individuelle Anleitung der weiterbetreuenden Bezugspersonen. Hierzu gehört auch die Beratung bei der Erstellung eines Pflege- und Behandlungsplans. Die Leistungen sind planmäßig auf die unmittelbare Startphase und einen präventiven Folgebesuch begrenzt.
- **Qualitätssichernde Verlaufsdokumentation** (standardisiertes Assessment) im Rahmen von Pflegevisiten und damit verbundene, gezielte Beratung bzgl. der weiteren Betreuung, ggf. Koordination der Rückführung in die Rehabilitationsklinik oder eine Schwerpunkteinrichtung.
- **Hotline-Service** für Rat suchende Angehörige und professionelle Dienstleister und bedarfsweise Sofortintervention.

Die Anforderungen an den Casemanager setzen hohe Fach- und Sozialkompetenz voraus, die von Pflegefachkräften durch spezielle Fort- oder Weiterbildung und Praxiserfahrung in der neurologischen Rehabilitationsklinik oder in einer Schwerpunkteinrichtung erworben werden kann.

Casemanagement erfolgt durch überregionale Beratungsstellen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden im Rahmen der offenen Behindertenarbeit. In der Aufbauphase wird eine Fachkraft für 800.000 bis 1.000.000 Einwohner benötigt. Hierbei bietet sich zunächst eine modellhafte Erprobung mit je einer Stelle in Nord- und Südbayern auf der Grundlage der geltenden Förderrichtlinien entsprechend dem vordringlichen Bedarf an.

4. Aufgaben und Leistungen der Phase F-Einrichtungen (*Schwerpunkteinrichtungen und allgemeine Pflegeeinrichtungen*)

Zu den Aufgaben und Leistungen der Phase F-Einrichtungen zählen:

- vollkompensatorische oder aktivierende Grundpflege, basierend auf geeigneten therapeutischen Konzepten
- medizinische Behandlungspflege,
- soziale Betreuung,
- Beratung der Angehörigen sowie ggf. Anleitung der Angehörigen zur Eingliederung des Patienten in die häusliche Umgebung,
- Unterkunft und Verpflegung,
- Sicherstellung der ärztlichen Leistungen,
- Sicherstellung der weiteren ärztlich verordneten Leistungen (z. B. Heil- und Hilfsmittel).

4.1. Pflege

Die pflegerische Versorgung von Menschen in der Phase F orientiert sich an deren individuellen Erfordernissen in Verbindung mit Verlaufsentwicklung und Dauer der Pflegebedürftigkeit. In Abhängigkeit davon kommt schwerpunktmäßig ein aktivierendes, die Selbstpflege förderndes oder ein teil- bis vollkompensatorisches Pflegesystem zur Anwendung.

Der prinzipielle Ansatz von stimulierender, Ressourcen weckender Pflege ermöglicht dabei auch bei stark Bewusstseinsgetriebenen und Menschen im Wachkoma das Aufspüren eventueller positiver Entwicklungen. Die tägliche Mobilisation außerhalb des Bettes und tonusregulierende Lagerungen gehören in Verbindung mit der individuellen Belastbarkeit des Patienten ebenso wie angemessene Ernährung, Mund- und Körperhygiene zu den Basisleistungen professioneller Pflege in der Phase F. Bei diesen und anderen pflegerischen Aktivitäten kommen die Arbeitsweisen nach anerkannten Therapiekonzepten zum Tragen. So wird z. B. bei schwer wahrnehmungsgestörten Menschen eindeutige, gezielte und taktile Information in alle unmittelbaren Pflegehandlungen integriert.

Therapeutisch-aktivierende Pflege hat die Ausrichtung, von Fachtherapeuten angebaute Funktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Verhaltensweisen in Verbindung mit pflegerischen Alltagsaktivitäten zu beobachten, zu fördern und/oder zu erhalten. In diesem Kontext sind insbes. in Schwerpunkteinrichtungen über die Problem-, Ressourcen-, Maßnahmen- und Zielabstimmung im Pflege- und Behandlungsplan hinaus immer wieder „Partner-Therapien“ und Workshops notwendig.

Eine besondere Bedeutung kommt der medizinischen Behandlungspflege in Verbindung mit Tracheostomaversorgung und Trachealkanülenmanagement, der Handhabung von Nahrungspumpen, Sondenkostbolusgabe, PEG - Pflege und der Arzneimittelverabreichung per Sonde, der exakten Überwachung von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie den Ausscheidungen, der Anfallsbeobachtung und adäquater Pflegeintervention wie auch dem Management bei Zwischenfällen (akute, bedrohliche Veränderungen) zu.

Darüber hinausgehende spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten sind bei Vorliegen besonderer hygienischer Erfordernisse, z. B. bei MRSA-Besiedlung und bei Dauerbeatmeten notwendig.

Speziell in Schwerpunkteinrichtungen zeichnet sich qualifizierte Pflege außerdem durch tagesstrukturierende, sinngebende und motivierende Beschäftigungs- und Freizeitangebote aus. Die Einbindung und begleitende Anleitung von Angehörigen in diese und andere Alltagsaktivitäten gehört ebenso zu den Aufgaben der professionell Pflegenden wie teilnehmende und informierende Gespräche

Insgesamt ist die aufwändige und qualifizierte Pflege in der Phase F gekennzeichnet durch einen größeren Pflegebedarf. In Schwerpunkteinrichtungen ist ein höherer Anteil an Pflegefachkräften als in nicht spezialisierten Pflegeheimen notwendig.

4.2. Ärztliche Versorgung

Bei der Versorgung von Phase F-Bewohnern in Schwerpunkteinrichtungen durch Vertragsärzte muss das im Behandlungsplan beschriebene durchgängig koordinierte Behandlungskonzept auch aus ärztlicher Sicht die Grundlage für eine langfristig angelegte Behandlung darstellen.

Der behandelnde Arzt führt die notwendigen Visiten durch. Bei Bedarf verordnet er Medikamente, Heil- und Hilfsmittel und überprüft die weitere Notwendigkeit der verordneten Leistungen.

Eine Teilnahme des behandelnden Arztes an den Quartalskonferenzen ist sinnvoll. Anhand des fortgeschriebenen Behandlungsplanes fasst er die wesentlichen Inhalte in einem Behandlungsbericht zusammen.

Bei der Angliederung an eine neurologische Klinik oder eine neurologische Rehabilitationsklinik stellt die Behandlung durch deren Ärzte einen Vorteil dar und sollte synergetisch genutzt werden. Ansonsten ist in Schwerpunkteinrichtungen die konsiliarärztliche Betreuung durch einen Facharzt für Neurologie oder Rehabilitationsmedizin, ggf. durch Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik oder -abteilung sicher zu stellen.

4.3. Therapiebereich

Heilmittel und/oder andere Therapien sind angezeigt, wenn nur mit diesen und ausgehend von einer langfristig positiven Behandlungsprognose bzw. einer ohne diese Therapie negativen Behandlungsprognose eine Verminderung des Schweregrades der unter Ziffer 2.2. genannten Schädigungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu erreichen ist. Z. B. bedürfen isolierte Schädigungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen wie schlaffe oder spastische Lähmungen der Physiotherapie, Störungen der Sprach- oder Sprechfunktion der Stimm-Sprech-Sprachtherapie, Schluckstörungen und Anbahnung des Schluckaktes erfordern die Behandlung durch Logopäden oder Ergotherapeuten.

Da in der Regel komplexe Fähigkeitsstörungen im Vordergrund stehen, ist ein komplexer Therapieansatz mit mehreren Heilmitteln evtl. unter Einbeziehung von Hilfsmitteln im Regelfall notwendig.

In der Phase F ist die Behandlung durch Therapeuten, welche in der Behandlung dieser Betroffenen erfahren sind und eine spezielle Fortbildung (z. B. in der Schlucktherapie) absolviert haben, grundsätzlich erforderlich. Ziele, Inhalte sowie Frequenz der Therapien sind individuell im Rahmen des Behandlungsplanes abzustimmen. Eckpfeiler der Therapie sind Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Bei entsprechender Indikation können auch sonstige Therapien erforderlich werden. Team- und Fallkonferenzen sind in der Leistungsplanung gesondert zu berücksichtigen.

Die Behandlungsdauer einer Einzeltherapie (insbesondere Physio-, Ergotherapie und Logopädie) liegt - einschließlich Dokumentationszeiten - in der Regel bei 30 – 60 Minuten.

4.3.1. Physiotherapie

In der Phase F nimmt die Physiotherapie eine Schlüsselposition ein. Wesentliche Ziele sind eine Verbesserung der Sensomotorik, Regulierung des Muskeltonus, der Koordination und Kontrakturbehandlung (Schädigungs-/Funktionsstörungsebene), der Mobilität (Ebene der Fähigkeitsstörungen). Hierzu gehören die Erreichung oder Verbesserung der Fähigkeit zum Sitzen, Stehen, Benutzen eines Rollstuhles, Wechsel der Körperstellung, Gehen. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten neurophysiologischen Grundsätzen.

Die Therapiefrequenz ergibt sich aus den Zielen und Inhalten des Behandlungsplanes. Zu empfehlen sind bei entsprechender Behandlungsbedürftigkeit regelmäßige, mehrfach wöchentliche Therapieeinheiten.

Bei einer großen Zahl von Patienten ist der Einsatz der manuellen Lymphdrainage erforderlich. Als weitere Maßnahmen kommen Teilmassagen oder Thermoerapie in Frage.

4.3.2. Ergotherapie

Die Schwerpunkte für die Ergotherapie liegen im motorisch-funktionellen Bereich (alltagsorientierte Anbahnung von Bewegungen, Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, der Koordination, Muskeltonusregulation) sowie im sensomotorischen Bereich (Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas sowie der Sensorik). Bei bestimmten Fällen ist in der Ergotherapie ein Hirnleistungstraining oder eine neurophysiologisch orientierte Behandlung (Verbesserung kognitiver Funktionen) angezeigt. In späteren Übergangsstadien dient die Therapie der Vorbereitung auf eine ambulante Weiterversorgung (Selbsthilfeanteile). Auch die Therapie von Schluckstörungen (Störungen der Nahrungsaufnahme) kann durch speziell geschulte Ergotherapeuten erfolgen.

Ziel der Ergotherapie ist die Verbesserung in den einzelnen Bereichen der Selbstversorgung, der körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit und im Verhalten in alltäglichen Situationen.

Die Therapiefrequenz ergibt sich aus den Zielen und Inhalten des Behandlungsplanes. Zu empfehlen sind bei entsprechender Behandlungsbedürftigkeit regelmäßige, **mehrfach** wöchentliche Therapieeinheiten.

4.3.3. Logopädie

Die Logopädie umfasst die Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie sowie die facio-orale Therapie einschließlich der Förderung des Schluckaktes. Ziel ist eine Verbesserung der oralen Nahrungsaufnahme, der Sprache, des Sprechens und der Kommunikationsfähigkeiten. Indikationsbezogen kann eine regelmäßige Logopädie erforderlich sein.

Die Therapiefrequenz ergibt sich aus den Zielen und Inhalten des Behandlungsplanes.

4.3.4. Sonstige Therapie

Bei Befundverbesserung ist ein zunehmender Anteil an alltagsorientiertem Hirnleistungstraining unter Einbeziehung neuropsychologischer Fachkompetenz angezeigt.

Die Aufarbeitung der vom Betroffenen traumatisch erlebten Situation – auch unter enger Einbeziehung der Angehörigen – stellt eine zusätzliche wesentliche Aufgabe weiterer therapeutischer Angebote dar.

Die Therapiefrequenz der sonstigen Therapien ergibt sich aus den Zielen und Inhalten des Behandlungsplanes.

4.3.5. Sozialdienst, Einbindung der Angehörigen/Bezugspersonen

Die Aufgabe des Sozialdienstes ergibt sich aus der langfristigen Begleitung der Phase F-Patienten und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen („kleines soziales Netzwerk“). Unter anderem sollte im Rahmen dieses Arbeitsfeldes umfassend über bestehende Hilfsmöglichkeiten einschließlich der möglichen Kontaktaufnahme mit Betroffenenverbänden und -gruppen informiert werden.

Zu den Aufgaben der Phase F-Einrichtung erhört außerdem u.a. die Vorbereitung der Angehörigen/Bezugspersonen auf eine weitere ambulant-häusliche Versorgung des Betroffenen.

Dazu sollte auch eine praxisorientierte Schulung angeboten werden.

5. Leistungsrechtliche Zuordnung und Leistungsnachweis

Die Phase F ist leistungsrechtlich bezogen auf die Leistungen der Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und der Sozialhilfe zugeordnet. Die darüber hinausgehenden ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (z. B. Heil- und Hilfsmittel) werden vom jeweiligen zuständigen Leistungsträger (insbesondere gesetzliche Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger) finanziert. Dessen Zuständigkeit und der Umfang seiner Leistungspflicht richtet sich im Einzelfall nach den für ihn geltenden Vorschriften.

5.1. Schwerpunkteinrichtungen

In den Schwerpunkteinrichtungen erfolgt die pflegerische Versorgung i.d.R. auf der Grundlage des SGB XI. Insofern gelten die dortigen Vorschriften sowie die auf der Grundlage vor allem von § 75 und § 80 SGB XI getroffenen Regelungen und Vereinbarungen zur pflegerischen Versorgung sowie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.

Ergänzend können Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) und der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff SGB XII) in Betracht kommen.

Die entscheidende Grundlage für die Versorgung in/durch Schwerpunkteinrichtungen bildet die spezielle qualifizierte Pflege mit Unterstützung von kompetenten, therapeutischen Dienstleistern. Zum „therapeutischen Team“ gehören alle an der Pflege und Behandlung beteiligten Fachkräfte, inklusive der behandelnden und konsiliarisch tätigen Ärzte.

Eine Schwerpunkteinrichtung verfügt über einen 75 %-igen Fachkräfteanteil und stellt die Entwicklung von Pflegeexperten sicher. Diese sind in relevanten therapeutischen Handlungskonzepten wie Affolter-, Basale Stimulation, Bobath-, Kinästhetik und Facio-orale-Therapie sowie in der medizinischen Behandlungspflege in Theorie und Praxis qualifiziert. Des Weiteren zeichnen sich Pflegeexperten durch eine hohe Kompetenz in der Pflegeplanung und deren Evaluation, in der Integration von medizinischen und fachtherapeutischen Teammitgliedern und Fähigkeiten in der Praxissupervision aus.

Der Pflegeexpertenanteil (speziell weitergebildete Pflegefachkräfte)¹ in einer Schwerpunkteinrichtung soll innerhalb von 3 Jahren mindestens 25 % betragen. In der Eröffnungsphase sind kurzfristig Basisqualifikation in Form von Grundkursen in den relevanten therapeutischen Konzepten und in der speziellen Pflege, verteilt auf verschiedene Pflegefachkräfte vorzuweisen. Darüber hinaus sind generell alle Pflegenden so anzuleiten, dass sie die individuellen therapeutisch-aktivierenden Maßnahmen bei ihren Bezugspatienten sicher ausführen können.

¹ zertifizierte Fort- und Weiterbildung

5.2. Pflege- und Behandlungsplan, Dokumentation

Die Pflege- und Behandlungspläne sollen die Anordnung und Wirksamkeit von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, den Leistungsnachweis, den Pflege- und Therapieverlauf incl. eventueller Planungsänderungen und Komplikationen sowie das Befinden der Patienten widerspiegeln.

5.2.1. Pflegeplan

Im Pflegeplan werden auf der Grundlage der Pflegeanamnese und gründlicher Biografiearbeit vorhandene Probleme im Zusammenhang mit der Pflege und bestehende Ressourcen benannt und entsprechende Zielsetzungen vereinbart. Unter Berücksichtigung der Festlegungen im Behandlungsplan und der formulierten pflegerischen Zielsetzungen werden die notwendigen pflegerischen Maßnahmen mit allen an der Pflege beteiligten Personen geplant und schriftlich festgehalten. Dabei ist zu beachten, dass die Maßnahmenplanung Angaben zu Häufigkeit, Zeitpunkt, Zeitraum, erforderlichen Hilfsmitteln und personeller Zuständigkeit macht. Die festgeschriebenen Maßnahmen sind für alle an der Pflege beteiligten Personen verbindlich.

Der Pflegeplan ist Bestandteil der Pflegedokumentation.

Im Kontext von Methoden- und Zielabstimmung ist es von Vorteil, therapeutische Teammitglieder in die Planentwicklung und die Ergebnisevaluation einzubinden.

5.2.2. Behandlungsplan

Im Behandlungsplan spiegelt sich die gemeinsame Umsetzung eines umfassenden Behandlungskonzeptes aller Beteiligten wider. Der Behandlungsplan berücksichtigt:

- Diagnose(n) einschließlich der wesentlichen Nebendiagnosen und Feststellung der Folgezustände
- drohende oder schon eingetretene Komplikationen
- klinische Befunde und Befunde über/bzgl. Schädigungen, Funktions-/Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
- bestehende Potentiale und Ressourcen
- Behandlungsziele (im Hinblick auf Schädigungen/Funktions-/Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)

Der Behandlungsplan enthält:

- namentliche Benennung der die Behandlung durchführenden Therapeuten
- Art der Behandlung, wöchentliche Frequenz, Dauer der Behandlung, Einzel- oder Gruppenbehandlung
- ärztliche Maßnahmen (z. B. Diagnostik, Medikation, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln)
- Datum der Erstellung des Behandlungsplanes und Datum der ersten geplanten Überprüfung des Behandlungsplanes (mindestens im Rahmen einer Qualitätskonferenz)

5.2.3. Dokumentation

Für jeden Bewohner in Schwerpunkteinrichtungen ist ein Dokumentationssystem anzulegen, aus der alle Diagnosen, Befunde, Komplikationen und durchgeführten/geplanten Behandlungen (pflegerische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen) sowie Behand-

lungsformen und der Verlauf entnommen werden können. Die Dokumentation muss insbesondere umfassen:

- die Pflegedokumentation einschließlich Pflegeplan
(Die Pflegedokumentation enthält neben dem Pflegeplan die Pflegeanamnese und den Pflegebericht sowie Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen. Auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI setzt jede Pflegeeinrichtung ein geeignetes Pflegedokumentationssystem ein, so dass u. a. der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses daraus jederzeit ablesbar ist.)
- den individuellen Behandlungsplan
- die durchgeführten Behandlungen (ggf. besondere Behandlungstechniken und -methoden) mit Angabe des Behandlungsdatums, der jeweiligen Behandlungsdauer, der Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung
- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische und übrige Befunde und deren Interpretation zu Beginn und im Verlauf der Behandlung
- die definierten Behandlungsziele zu Beginn und im Verlauf sowie Bewertung des Behandlungserfolges durch Zwischenuntersuchungen
- die Angabe zu Visiten und Teambesprechungen sowie Hinzuziehung anderer Fachkräfte

Die unterschiedlichen Befunde in den verschiedenen Ebenen der Schädigungen/Funktions- und Fähigkeitsstörungen sind zu dokumentieren (Verlaufsdokumentation). Hierzu ist monatlich eine Selbstständigkeitseinschätzung in den Bereichen:

- Verhalten
- Selbstversorgung und Selbstorganisation
- Fortbewegung und
- Kommunikation

anhand des FIM (Function Independence Measure) zu erheben.

Die vom behandelnden Arzt verordneten Therapien sollten sich mindestens nach angestrebter sowie erreichter Zielsetzung, Art (Therapiekonzept), Frequenz und Dauer in der Dokumentation widerspiegeln.

5.3. Allgemeine Pflegeeinrichtungen (voll-, teilstationär und Kurzzeitpflege)

Für die Langzeitpflege in allgemeinen Pflegeeinrichtungen gelten grundsätzlich auch die in Ziffer 5.2. beschriebenen Planungs- und Dokumentationspflichten. Allerdings sind Art und Umfang der geplanten Leistungen zumindest überwiegend langfristig ausgelegt. Bei nicht vorliegenden aktuellen Veränderungen kann deshalb die Frequenz von Pflegeplanungs-evaluation und –adaption auf mindestens halbjährliche Abstände reduziert werden. Der mündliche Informationsaustausch mit Ärzten und Therapeuten ist unabhängig davon im Rahmen von Visiten sicherzustellen.

Die den Erfordernissen der Zielgruppe entsprechende Qualifizierung der pflegerischen und anderen professionellen Bezugspersonen wird unter Casemanagement (Ziffer 3.3.) beschrieben.

6. Strukturelle Anforderungen an Schwerpunkteinrichtungen

6.1. Vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege

Aufgrund der spezialisierten, auf Zeit ausgelegten Versorgung (bis zu 2 Jahre), ist eine regionale Anbindung dieser Einrichtungen nicht erforderlich. Größere Einrichtungen sind grundsätzlich besser in der Lage auf wechselnde Patientenstrukturen zu reagieren und gezielte Gruppentherapien mit z. B. kognitiven, alltagsstrukturierenden und sinngebenden Beschäftigungsangeboten zu gewährleisten.

Ein größeres Mitarbeiterteam ist erfahrungsgemäß weiterhin sowohl bei erhöhten Personalausfällen als auch in der Sicherung der erforderlichen Fachkompetenz stabil.

Vollstationäre Schwerpunkteinrichtungen sollten deshalb mindestens **20 Plätze** vorhalten.

Der **Platzbedarf** für Schwerpunkteinrichtungen wird derzeit auf **1 Platz pro 40.000 Einwohner** geschätzt.

Schwerpunkteinrichtungen sind generell als organisatorische Einheit mit fest zugewiesenem therapeutischen Team (Dienstplan) zu führen.

6.2. Tagespflege (teilstationär)

Teilstationäre Schwerpunkteinrichtungen sind schon im Hinblick auf die erforderlichen Transporte regional anzusiedeln. Sie können in Abhängigkeit von regionalen Erfordernissen als organisatorisch getrennte Fördergruppe (konkrete Personalzuweisung) in eine allgemeine Tagespflegeeinrichtung integriert oder als isolierte Einheit - auch in Angliederung an eine vollstationäre Einrichtung - betrieben werden. Auch hier sollte aus den in Ziffer 6.1. angeführten Gründen, eine Mindestanzahl von 12 Plätzen nicht unter- und eine maximale Anzahl von 25 Plätzen nicht wesentlich überschritten werden.

Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs aus der Tagespflege – Schwerpunkteinrichtung in die allgemeine Tagespflege ist ein kombiniertes Angebot der Einrichtung von Vorteil.

6.3. Räumliche Voraussetzungen

Der Flächenbedarf für eine Schwerpunkteinrichtung ist höher anzusetzen als bei einem nicht spezialisierten Pflegeheim bzw. einer Tagespflege. Die Gründe liegen im überdurchschnittlichen Behinderungsgrad der Bewohner/ Tagesgäste, in höherer Pflege- und Hilfsmittelbedürftigkeit (Sonderrollstühle) und dem höheren Raumbedarf für spezielle Aktivitäten. (vgl. Anlage II)

Die einem Team (einer Wohngruppe) zugeordnete ideale Zahl liegt bei 8 – 12 Bewohnern/Tagesgästen. Um den Charakter einer Wohngruppe zu erhalten, sind – vergleichbar mit dem häuslichen Umfeld – sowohl Wohnräume als auch private Rückzugsbereiche erforderlich. Konzeptionell hat sich ein großer, offener Wohnbereich mit Möglichkeiten zur Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten und zu sonstigen gemeinsamen Aktivitäten bewährt. Für die Bewohner in stationären Einrichtungen sollten sowohl Einzel- als auch Doppelzimmer vorgehalten werden, welche jeweils über eine eigene behindertengerechte Nass-

zelle sowie über Abstellflächen für Rollstühle verfügen. Die Verkehrsflächen sollten, um den Charakter einer Krankenhausstation zu vermeiden, abwechslungsreich gestaltet sein; dies kann z. B. durch Sitzgruppen oder Lichthöfe erreicht werden.

Für die Therapie sollten interdisziplinär nutzbare Räume in Anbindung, jedoch nicht im Zentrum der Wohnebene vorgesehen sein. Diensträume der Pflegekräfte sowie Nebenräume sollten zwar über kurze Wege erreichbar sein, jedoch möglichst im Gesamteindruck nicht dominieren, um die Wohnlichkeit zu erhalten. Therapie- und Untersuchungsräume, Dienst- und Nebenräume können von mehreren Wohngruppen gemeinsam genutzt werden. Dies gilt auch für die notwendige Ausstattung zur Überwachung und Notfallbehandlung, wobei der erhöhte Anteil an tracheotomierten Bewohnern zu berücksichtigen ist.

Tagespflege - Schwerpunkteinrichtungen benötigen nebst der Pflegearbeits- und Lagerräume bedarfsgerecht ausgestattete Wohn- und Ruheräume, Therapieraum und Therapieküche sowie ein behindergerechtes Bad, Dusch- bzw. Waschräume und WC. Um einen möglichst der Alltagsnormalität entsprechenden Tagesablauf gewährleisten zu können, sollten ausreichend „Nassarbeitsplätze“ verfügbar sein. Die Anforderungen an Wohnlichkeit entsprechen denjenigen der vollstationären Versorgung.

Wünschenswert sind für vollstationäre Einrichtungen Gästezimmer für Angehörige in der Einrichtung oder in unmittelbarer Nähe.

6.4. Ausstattung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien

Eine Schwerpunkteinrichtung benötigt zur Erfüllung ihres speziellen Versorgungsauftrags eine Grundausstattung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien. Der Hilfebedarf für eine vollstationäre Einrichtung mit 20 Plätzen geht aus Anlage III hervor. Bei davon abweichenden Platzzahlen dient die Ausstattung gemäß Anlage III als Richtwert. Die Verbrauchsmaterialien ergeben sich aus Anlage IV. Für teilstationäre Schwerpunkteinrichtungen wird die Ausstattung mit Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien in Verbindung mit der Konzeption und Leistungsangeboten festgestellt. Die Ausstattung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

6.5. Zusätzliche Anforderungen in Verbindung mit speziellen Problemen

Die Versorgung von Bewohnern mit speziellen Problemen erfordert eine besondere räumliche und apparative Ausstattung. Hierzu gehört die Notwendigkeit einer intermittierenden oder kontinuierlichen assistierten maschinellen Beatmung oder die Behandlung von Bewohnern mit Problemkeimen (multiresistente Keime).

Für Beatmungspflichtige sind ausreichende Flächen im Zimmer des Bewohners vorzuhalten, um den Anforderungen an die durchgehende medizinische Behandlung gerecht zu werden (Überwachung, Beatmungspflege). Zusätzliche Nebenräume sind für zu lagerndes und zu entsorgendes Material vorzusehen. Die apparative Ausstattung umfasst u. a. Geräte zur kontinuierlichen Überwachung der Sauerstoffsättigung, ggf. weiterer Vitalparameter (Monitoring) sowie das Beatmungsgerät einschließlich eines Reservegerätes mit den entsprechenden Anschlussvorrichtungen und eine Absaugeinheit. Vor allem für diese Bewohner sind die geltenden Hygienevorschriften strikt zu beachten.

7. Qualitätssicherung

Für die Schwerpunkteinrichtung der Phase F besteht die Verpflichtung, ein internes Qualitätsmanagement ein- und durchzuführen (vgl. §§ 80, 80a, 112 – 114 SGB XI).

Im Bereich der Strukturqualität sind die in diesen Empfehlungen gestellten Anforderungen an die Schwerpunkteinrichtung zu erfüllen. Als Teil der Prozessqualität ist die Einhaltung der Pflege- und Behandlungspläne anhand einer patientenorientierten Pflegeplanung und das standardisierte Assessment (FIM) (siehe Ziffer 5.2.) zu gewährleisten. Im Rahmen der Ergebnisqualität ist zu überprüfen und zu dokumentieren, ob und in welchem Ausmaß die in den individuellen Pflege- und Behandlungsplänen festgelegten Ziele erreicht wurden.

8. Übergangsregelung

Derzeit gibt es vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bayern, die auf der Basis des bisherigen Rahmenkonzeptes für die aktivierende Dauerpflege bei erworbener Hirnschädigung einen Versorgungsvertrag für diesen Bereich erhalten haben und auch die Bewohner versorgen. Diesen Einrichtungen wird – im Hinblick auf die Bedarfsplanung – ein Vorrecht eingeräumt.

Hierzu muss diesen die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Strukturen und die Versorgungsform den neuen Anforderungen an eine Schwerpunkteinrichtung anzupassen. Innerhalb einer Frist von 6 Wochen hat dann die Einrichtung zu erklären, ob sie eine entsprechende Anpassung vornehmen wird. Zu diesem Zweck werden die entsprechenden Einrichtungen nach dem Inkrafttreten dieses Rahmenkonzeptes von den Pflegekassenverbänden in Bayern angeschrieben.

Die Anpassung hat – soweit sich die Einrichtung hierzu bereiterklärt hat – unverzüglich zu erfolgen. Hierzu hat sie ein Konzept, aus dem der Zeitplan der Umsetzung hervorgeht, vorzulegen.

Soweit die Einrichtung sich nicht bereiterklärt, entsprechende Anpassungen vorzunehmen, ist der bestehende Versorgungsvertrag für die aktivierende Dauerpflege durch die Pflegekassenverbände in Bayern im Einvernehmen mit dem zuständigen Bezirk zu kündigen sowie ein Versorgungsvertrag für den Bereich der allgemeinen vollstationären Pflege anzubieten.

9. Quellen

1. „Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation“, Die Rehabilitation 34 (1995) 119-127
2. „1. Bundesfachtagung Phase F: Wachkoma und danach, die Langzeitrehabilitation schwer und schwerst schädel-hirngeschädigter Menschen“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9-11, 600594 Frankfurt a. M., Tagungsbericht, Ausgabe 8/2000

3. „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt a. M. Ausgabe 1999.
4. Nicht veröffentlichter Zwischenbericht aus dem Modellprojekt „Casemanagement und Nachsorge“, Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit.
Bericht: M. Streubelt / Therapiezentrum Burgau-9/2002
5. Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F vom 28. Januar 2003, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Stand: 28. Januar 2003
6. Mitarbeit:
Armin Nentwig, Schädel-Hirnpatienten in Not e.V., Amberg
Monika Streubelt, Krankenhausberatung, Burgau

München, den 22. Oktober 2004
