



## Pflegeheim für Menschen im Wachkoma – Phase F

Unser Pflegeheim betreut seit dem Jahr 2001 als erste Einrichtung im Freistaat Sachsen 20 Bewohner im Wachkoma (auch mit Beatmung) sowie Menschen mit ähnlich umfassendem Pflegebedarf.

Das Heim befindet sich auf dem Gelände des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig in ruhiger Lage. Der große, zum Klinikum gehörende Park schließt unmittelbar an das Heim an und bietet sowohl Möglichkeiten zu ausgedehnten Spaziergängen als auch zur schnellen Rückkehr.

Die optimale Verkehrsanbindung des Klinikums an den öffentlichen Nahverkehr ermöglicht dank behindertengerechter Niederflurwagen auf der Strecke der Straßenbahnlinie 16 das Erreichen der Innenstadt und des Messegeländes innerhalb weniger Minuten.

Wir bieten den Betroffenen einen Ort, an dem sie entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse und unter Berücksichtigung ihres Lebenshintergrundes Therapie, Pflege und soziale Betreuung erhalten.

Unsere Aufgabe und unser Ziel ist es, dem Betroffenen eine dem Wachkoma entsprechende angenehme Lebenssituation zu verschaffen, den Zustand zumindest zu erhalten und Sekundärerkrankungen zu vermeiden, Kommunikationskanäle zu entdecken sowie vorhandene (Reha-) Potenziale zu fördern.

Wir gehen bei unserer Arbeit davon aus, dass jeder unserer Bewohner das Potenzial dazu hat, seinen Zustand zu verbessern, und wir tun alles, was uns möglich ist, um ihnen dabei zu helfen.

Betroffene, die von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt und betreut werden, können im Rahmen der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in unserer Einrichtung untergebracht werden. Absprachen und Koordination erfolgen über den Sozialdienst des Heimes, der auch die zur Kostenübernahme erforderlichen Schritte gemeinsam mit den Angehörigen einleitet.

## Was ist Wachkoma?

Der Begriff „Wachkoma“ bezeichnet das Erscheinungsbild einer schweren Hirnschädigung. Die Patienten haben sich nach dem Akutereignis so weit erholt, dass sie über einen stabilen Kreislauf verfügen, einen Schlaf-/Wachrhythmus zeigen und Ernährung und Stoffwechsel geregelt verlaufen. Die Atmung erfolgt in vielen Fällen spontan, zum Teil über noch liegende Trachealkanülen. In Einzelfällen ist eine maschinelle Beatmung in unterschiedlicher Intensität erforderlich. Die Betroffenen leiden unter einer meist vollständigen Lähmung der Gliedmaßen, welche in der Mehrzahl mit spastischen Bewegungsmustern verbunden ist. Die Ernährung erfolgt über eine über die Bauchdecke angelegte Magensonde. Eine Kommunikation auf den üblichen Wegen ist nicht möglich, vielfach ist bereits die Kontaktaufnahme gestört.

Das Wachkoma ist somit eine Bewusstseinsstörung, bei der die Wahrnehmungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist. Eine vollständige Wahrnehmungslosigkeit darf jedoch nach wissenschaftlichen Kriterien nicht angenommen werden. Was, wie viel, auf welche Weise und wann ein Mensch im Wachkoma wahrnimmt, kann nur schwer beurteilt werden.

Wachkoma wird durch schwere Gehirnschädigungen ausgelöst. Die häufigste Ursache für schwere Gehirnschädigungen sind das Schädel-Hirntrauma, hervorgerufen durch Unfälle, sowie der hypoxische Hirnschaden, der eine Folge von Sauerstoffmangel nach Reanimation sein kann. Ein Herzinfarkt, ein schwerer Schlaganfall, eine Hirnblutung, Unterzuckerung sowie entzündliche Erkrankungen des zentralen Ner-

vensystems können gleichermaßen schwere Schädigungen des Gehirns verursachen.

Ein „Aufwachen“ aus dem Wachkoma ist nicht ausgeschlossen. Durch Therapie, rechtzeitige und gut qualifizierte Frührehabilitation sowie individuelle Zuwendung und aktivierende Pflege können viele Betroffene Fortschritte erzielen. Es gibt jedoch keine sichere Prognose, wie lange der Zustand dauert oder ob er jemals überwunden werden kann.

---

## Frührehabilitation und dann?

Nach der Akutbehandlung im Krankenhaus ist zur weiteren Stabilisierung und zur umfassenden Rehabilitation eine sogenannte Frührehabilitation zu empfehlen. Die Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt über das Krankenhaus in Abstimmung mit dem Kostenträger (Krankenkasse). Der Kostenträger wählt eine geeignete Klinik in Wohnortnähe aus.

In der Rehabilitation entscheidet sich, wie es möglicherweise weitergehen kann: häusliche Pflege oder Pflege in einer geeigneten Einrichtung. Der Umzug des Betroffenen in die Phase F sollte erst erfolgen, wenn trotz intensiver Rehabilitation keine Besserungstendenzen feststellbar sind.

Für weiterführende Beratung und Unterstützung bezüglich der Rehabilitationsnachsorge wenden Sie sich bitte an den Sozialdienst in den Rehabilitationskliniken oder nehmen Sie mit unserem Sozialdienst Kontakt auf.

## Unser Team – Experten für Pflege und Therapie

Die Betreuung und Begleitung unserer Bewohner erfolgt durch speziell fortgebildete und hochmotivierte Pflegekräfte und Therapeuten. Um der Pflege von Menschen im Wachkoma gerecht zu werden, arbeiten wir mit einem Personalschlüssel von 1:1.

Unser multiprofessionelles Team setzt sich aus 31 Mitarbeitern folgender Berufsgruppen zusammen:

- Heim- und Pflegedienstleitung
- stellv. Heim- und Pflegedienstleitung
- Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
- AltenpflegerInnen
- PhysiotherapeutIn
- PflegehelferInnen
- SozialarbeiterIn
- Betreuungskräfte (§43b)
- HauswirtschaftlerIn
- Auszubildende Altenpflege
- MitarbeiterIn im FSJ

Eine überdurchschnittlich hohe Fachkraftquote im Arbeitsfeld der Pflege sichert die spezialisierte Pflege auf höchstem Niveau ab. Ein für die hohen Anforderungen des Fachgebietes entwickeltes Konzept ermöglicht die schnelle und umfassende Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Zusätzlich sind externe Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden fest in unser Team integriert. Um ein hohes Maß an Fachlichkeit sicherzustellen ist eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte notwendig.

Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet dabei die Basis für den gemeinsamen Erfolg unserer Arbeit. Regelmäßige Fallbesprechungen sichern durch den Austausch gewonnener Erkenntnisse die situ-

ationsgerechte Versorgung der Bewohner unseres Hauses. Die ärztliche Versorgung erfolgt über das Hausarztprinzip. Jeder Bewohner hat hierbei freie Arztwahl.

Bei der Vermittlung von Hausärzten und Fachärzten aller benötigten Fachgebiete werden die Betreuer durch die Mitarbeiter des Heimes unterstützt.

Die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern des Pflegeheimes und den von den Betreuern ausgewählten Leistungserbringern der Apotheken und Sanitätshäuser ermöglicht die Versorgung der Bewohner mit optimal auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmten Hilfsmitteln.

## Pflegeleitbild

**Unser Ziel ist das Wohlbefinden unserer Heimbewohner, erreicht durch ganzheitliche aktivierend-rehabilitative Pflege.**

Ganzheitlichkeit verstehen wir im Sinne vielseitig-interaktiver Pflege und Betreuung als Bereitschaft zum ständigen Perspektivenwechsel, zur wachsamen sensiblen Wahrnehmung und angemessenen Reaktionen um auf den uns zur Verfügung stehenden Wegen die Interaktionen des Bewohners zu erkennen, zu unterstützen und zu fördern.

Voraussetzung ist uns hierzu die Anerkennung und Wahrung der Würde des Einzelnen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Religion, Erkrankung und sozialer Herkunft.

Pflege realisieren wir als fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel mit all ihren Bestandteilen in Form von Bezugspflege in enger Zusammenarbeit mit allen an der Betreuung Beteiligten.

Aktivierend-rehabilitative Pflege beinhaltet neben pflegerischer Qualität auf höchstem Niveau die individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen angepasste Umsetzung aktueller therapeutischer Konzepte in der täglichen Arbeit.

„Fördern durch Fordern“ ist einer der Grundsätze unserer Arbeit, vorhandene und sich entwickelnde Ressourcen des Betroffenen werden in die geplante Pflege einbezogen. Eng an den Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen und seiner Familie orientiert stehen im Einzelfall palliative Aspekte und die Umsetzung einer Patienten- oder Betreuerverfügung im Vordergrund.

**In der Pflege der uns anvertrauten Menschen orientieren wir uns an ihren Wünschen und Bedürfnissen.**

Zur Erreichung dieses Zieles arbeiten wir eng mit den Angehörigen zusammen um über Biografiearbeit und Einbeziehung früherer Gewohnheiten individuell mit dem Bewohner umgehen zu können. Hierzu nutzen wir neben den personellen Ressourcen des Pflegeteams die Unterstützung durch die Betreuungskraft, deren Angebote zur sozialen Betreuung unser Leistungsspektrum ergänzen. Die Strukturierung des Tagesablaufes nach den Wünschen des Bewohners ist ebenso Bestandteil der Orientierung in der Pflege wie die Unterstützung der Angehörigen bei der Gestaltung der veränderten Lebenswelt. Das Aufspüren und Nutzen bewohnereigener Kommunikationswege spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

**Die Professionalität unserer Arbeit schafft eine Atmosphäre, in der sich unsere Bewohner, deren Angehörige sicher und geborgen fühlen und in der unsere Mitarbeiter in ihrer Entwicklung unterstützt werden**

Im Rahmen der ständigen unmittelbaren Zusammenarbeit mit den Therapeuten unserer Bewohner sind die Voraussetzungen für die Einbeziehung vorhandener und die Schaffung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ständig gegeben.

Die Erweiterung der fachlichen und sozialen Kompetenzen unserer Mitarbeiter wird auf der Basis interner und externer Fort- und Weiterbildung bedarfsgesteuert gesichert. Teamentwicklung und Motivation sind uns ebenso wichtig wie die fachbezogene Weiterbildung.

Wirtschaftliches und ressourcenorientiertes Arbeiten schafft die Voraussetzungen für die Erhaltung des Niveaus unserer Einrichtung.

## Soziale Betreuung

Wachkoma ist eine der schwersten Schädigungen des Zentralnervensystems. Der Betroffene, der vorher weitestgehend gesund und selbstständig war, ist nun schwerstpflegebedürftig und völlig auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Aus dieser Situation heraus entstehen jedoch nicht nur für ihn, sondern auch und besonders für seine Familie und Freunde neue, ungewohnte und schwierige Lebensumstände, die es zu meistern gilt.

Die Arbeit mit den Angehörigen ist zugleich auch Arbeit für die Betroffenen, da die nächsten Angehörigen deren Fürsprecher sind und deren wichtigsten Bezugspunkt zur Umwelt darstellen. Den Angehörigen wird damit viel abverlangt: sie sollen lernen, mit der Situation umzugehen sowie viel Kraft und Motivation für die Versorgung der Betroffenen haben.

Ziel der Arbeit mit den Angehörigen ist es, sie in der Unterstützung des Betroffenen zu stärken, sie während des gesamten Aufenthaltes zu begleiten und ihre Probleme bei der Bewältigung aufzufangen.

### Unsere Angebote:

- Organisation und Unterstützung im Rahmen von Ein- und Auszug
- Unterstützung in sozialen Angelegenheiten und im Kontakt mit Kostenträgern
- Beratungsgespräche zu individuellen Fragen und Problemen
- Planung der Alltagsgestaltung für die Bewohner
- Organisation und Durchführung von jahreszeitlichen Festen, Feiern und Ausflügen
- regelmäßige Angehörigenabende
- jährliche Zufriedenheitsbefragungen

*Zooausflug*





## Zusätzliche Betreuungsleistungen § 43b SGB XI

Auf Grund schwerer Hirnschädigungen und daraus resultierender Defizite im Rahmen der Alltagskompetenz ist bei allen Bewohnern von erhöhtem Bedarf an Unterstützung in der selbstständigen Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung auszugehen (zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI). Die Finanzierung dieses Leistungsbestandteils erfolgt ebenfalls über die Pflegekasse und ermöglicht so den Einsatz zusätzlicher MitarbeiterInnen.

Die für die Bewohner nach ihren individuellen Ressourcen und Potenzialen möglichen Angebote werden in Absprache mit den Angehörigen, dem Team und den Therapeuten in einem Wochenplan zusammengefasst und runden das pflegerische und therapeutische Profil der Einrichtung ab.

### **Einzelangebote:**

- Erinnerungen
- Hörangebote
- Taktile Stimulation
- Spaziergänge
- Besuche von Konzerten oder Sportveranstaltungen

### **Gruppenangebote:**

- Kochgruppe
- Lesezeit
- Filmnachmittage
- Ausflüge
- Begleitung der Visite der Clownin

## Qualitätsmanagement

Unser Ziel ist es, die Qualität unserer Arbeit ständig auf die wechselnden Situationen und Bedürfnisse abzustimmen. Hierzu bedarf es eines internen Systems der Überwachung und Entwicklung, welches wir nachfolgend kurz vorstellen:

### **Pflegestandards**

Um bei der hohen Spezialisierung der Einrichtung sicherstellen zu können, dass die vom Krankenhaus- oder Pflegeheimalltag abweichenden zahlreichen Anforderungen optimal erfüllt werden, wurden eine Reihe von Pflegestandards selbst erstellt. Dabei wurden sowohl Expertenstandards als auch weiteres Expertenwissen genutzt. In regelmäßigen Intervallen werden diese Standards evaluiert und veränderten Voraussetzungen angepasst.

### **Pflegevisiten**

In festgelegten Abständen finden regelmäßig Pflegevisiten als interne Audits statt. Im Rahmen dieser Überprüfungen gleichen Leitung und Qualitätsbeauftragte die bedarfsgerechte Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses für die einzelnen Bewohner ab. Der Betreuer des jeweiligen Bewohners wird dazu eingeladen und hat so die Möglichkeit seine individuellen Wünsche und Erwartungen einzubringen.

### **Risikomanagement**

Leider kann trotz aller Sorgfalt nicht ausgeschlossen werden, dass im Einzelfall Fehler in der Arbeit vorkommen. Um deren Wiederholung zukünftig vermeiden und kritische Situationen bereits präventiv lösen zu können, werden Fehler oder Beinahe-Fehler in einem internen Verfahren erfasst und gemeinsam mit dem Qualitätszirkel und dem Team untersucht und ausgewertet.

### **Beschwerdemanagement**

Angehörige, Betreuer, Besucher und alle weiteren Prozessbeteiligten sind ausdrücklich eingeladen uns Feedback zu unserer Arbeit zu geben. Neben wohltuendem Lob und Anerkennung sind es vor allem kritische Anmerkungen zu unserer Arbeit, um deren Rückmeldung wir frühzeitig bitten. Jede Beschwerde wird zeitnah bearbeitet und mit den Mitarbeitern ausgewertet, um schnell wieder eine gemeinsame Arbeitsbasis finden zu können.

### **Einarbeitung, Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Neue Mitarbeiter werden im Rahmen eines mehrwöchigen Einarbeitungskonzeptes in ihrem Einstieg in das komplexe Arbeitsfeld begleitet. Sie erhalten durch Anleitung und Hospitationen in den verschiedenen Bereichen die Möglichkeit eng mit dem multiprofessionellen Team zusammen zu arbeiten. Diese Angebote erhalten im Rahmen der Berufsausbildung einen ebenso hohen Stellenwert. In der Verantwortung mehrerer Praxisanleiter werden theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt und deren Praxistransfer gesichert.

### **Qualitätsprüfungen durch den MDK**

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft den gesetzlichen Vorgaben entsprechend einmal jährlich die Einhaltung der geltenden Vorschriften und die Sicherung der Pflegequalität. Die seit Jahren stabilen Prüfergebnisse beweisen die Wirksamkeit des internen Systems der Qualitätssicherung.

## Besonderheiten in der Pflege und Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Menschen

Auf den nachfolgenden Seiten stellen wir Ihnen einige Aspekte der Arbeit mit den uns anvertrauten Menschen vor. Dabei sollen sowohl die besonderen Bedürfnisse durch die Erkrankung als auch die individuellen Ansprüche und Erwartungen in Einklang gebracht werden.

### Wahrnehmungsstörungen

#### Ursachen, Gründe und Erscheinungsbild:

- Störungen der Reizwahrnehmung und –überleitung in allen Bereichen durch die Hirnschädigung
- Sehstörungen bzw. Blindheit
- Hörstörungen
- Schluckstörungen durch Ausfall bzw. Minderung der Reizwahrnehmung im Rachenbereich, teilweise Ausfall oder Minderung von Reflexen (Husten- und Schluckreflex)
- Störungen des Geschmacks- und Geruchssinnes durch veränderte Atmung (Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Geschmacksrichtungen oder vollständiger Ausfall möglich)
- Störungen der Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen
- Störungen der Wahrnehmung der eigenen Körperposition

#### Risiko:

- keine selbständige Kompensation der geminderten Wahrnehmung möglich
- dadurch individuell verschiedene Komplikationen möglich
- gestörte Körperwahrnehmung kann vorhandene Spastik verstärken oder die Entstehung auslösen

#### Ziel:

- Unterstützung bei der Wiedererlangung von Fähigkeiten der Wahrnehmung
- Vermeidung von Komplikationen

#### Maßnahmen:

- gezielte Unterstützung in den Einzelbereichen
- Anpassung vorhandener oder neuer Sehhilfen
- Angebote zur Geschmacksstimulation
- gezielte wahrnehmungsfördernde Lagerung mit vielen körperbegrenzenden Angeboten
- Einsatz unterschiedlichster Lagerungsmaterialien für viel Spürinformation
- Anlegen eines Bauchtuches zur Unterstützung der Selbstwahrnehmung im Bereich Brust und Bauch
- Verzicht auf Weichlagerung bzw Lagerung auf einer Antidekubitusmatratze (Ausnahmefälle werden kritisch im Team besprochen)
- gezielte Angebote der Basalen Stimulation

## Die Versorgung mit einer Trachealkanüle

### Ursachen bzw. Gründe:

- längere Beatmung in der Akutphase der Erkrankung notwendig gewesen
- durch die Hirnschädigung auftretender bzw. anhaltender Ausfall der bei Gesunden vorhandenen Reflexe (Husten- und Schluckreflex)
- durch die Liegedauer des Beatmungsschlauches bzw. der Trachealkanüle Bildung von Wucherungen der Schleimhaut in der Luftröhre

### Risiko:

- erhöhtes Risiko an einer Lungenentzündung oder einer Entzündung der oberen Atemwege zu erkranken
- Komplikationen und langwierige Verschlechterungen des Allgemeinzustandes sind möglich
- durch die Schädigung und die Ernährung über die Magensonde erhöhte Gefahr des Rückflusses von Mageninhalt in die oberen Atemwege

### Ziel

- Neubesiedelung des Bereiches der oberen Atemwege mit Krankheitserregern vermeiden
- für eine freie ungehinderte Atmung sorgen (Atemnotzustände vermeiden)
- in Zusammenarbeit mit der Logopädie und dem behandelnden HNO-Arzt Maßnahmen des Kanülentrainings fortsetzen und ausbauen

### Maßnahmen:

- Pneumonieprophylaxe (Vermeidung einer Entzündung der Lunge bzw. der oberen Atemwege) ⇒ verschiedene Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der geplanten Pflege durchgeführt werden (Lagerung des Bewohners, atemstimulierende Einreibungen, Vibrationstherapie, Inhalationen mit Medikamenten bzw. Verneblung von Sterilwasser zu Verflüssigung des Sekrets)
- Oberkörperhochlagerung bei Lagerung im Bett
- geplante regelmäßige bzw. situationsabhängig kurzfristige Überwachung der Kreislaufwerte (Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung im Blut und Körpertemperatur)
- einmal täglich Verbandwechsel an der Einführungsstelle der Trachealkanüle
- einmal pro Schicht (3x/tgl., auch nachts) Kontrolle des Druckes in dem Ballon, der um die Kanüle herum die Luftröhre in Richtung Lunge abdichtet
- einmal pro Schicht Reinigung der Innenkanüle (bei Dauerkanülen)
- Sicherstellung und Organisation des regelmäßigen Wechsels der Trachealkanüle (je nach Hersteller und Kanülentyp zwischen wöchentlich und 1x/monatlich notwendig)
- Absaugen des sich in der Luftröhre ansammelnden Sekrets, wenn dieses nicht selbständig abgehustet werden kann
- Austausch des Filteraufsatzes („Nase“) auf der Trachealkanüle je nach Notwendigkeit
- regelmäßige endoskopische Kontrollen zur Schluckdiagnostik in der HNO-Ambulanz des Krankenhauses auf dem Gelände



## Beatmung

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- schädigungsbedingte Störung des Atemantriebs im Gehirn
- lange Beatmungsdauer während der Intensivtherapie- und Rehabilitationsphase
- keine oder nicht ausreichende selbständige Atmung möglich

### Risiko:

- erhöhtes Risiko an einer Lungenentzündung oder an einer Entzündung der oberen Atemwege zu erkranken
- Komplikationen und langwierige Verschlechterungen des Allgemeinzustandes sind möglich
- durch die Schädigung und die Ernährung über die Magensonde erhöhte Gefahr des Rückflusses von Mageninhalt in die oberen Atemwege
- Gefahr der Unterversorgung mit Sauerstoff bei technischen Problemen

### Ziel:

- störungsfreie und dem individuellen Bedarf entsprechende Sauerstoffversorgung
- Sicherstellung der Mobilität des Betroffenen durch bedarfsentsprechenden Einsatz notwendiger technischer Hilfen
- Neubesiedelung des Bereiches der oberen Atemwege mit Krankheitserregern vermeiden
- für eine freie ungehinderte Atmung sorgen (Atemnotzustände vermeiden)
- in Zusammenarbeit mit der Logopädie und den behandelnden Fachärzten Maßnahmen der Entwöhnung fortsetzen und ausbauen

### Maßnahmen:

- alle Maßnahmen aus dem Punkt „Versorgung mit einer Trachealkanüle“
- engmaschige (den ärztlichen Anordnungen entsprechende) Kontrollen der Kreislaufwerte und ggf. Anpassung der Beatmungsparameter
- Sicherstellung der ausreichenden Bevorratung mit dem erforderlichen Zubehör
- Funktionskontrollen des Gerätes entsprechend der Einweisung und der Vorgaben
- Einhaltung der vorgeschriebenen Wechselintervalle für die verwendeten Einmalartikel

## Umgang mit Immobilität

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- Schädigung u.a. des Bewegungszentrums im Gehirn durch das Akutereignis
- dadurch bedingt schlaffe oder spastische (= mit hoher, zum Teil extremer Anspannung verbundene) Lähmung des gesamten Körpers
- verursacht Unfähigkeit, aus eigener Kraft die Körperposition zu verändern oder zu wechseln
- kann seitengleich auftreten oder auf einer Seite mehr betont sein
- kann arm- oder beinbetont auftreten oder an Armen und Beinen gleichzeitig
- Grad der Muskelanspannung (= Tonus) ist im Langzeitverlauf unterschiedlich ausgeprägt und außerdem abhängig vom aktuellen Befinden
- Kopfkontrolle (= Fähigkeit, den Kopf allein oben halten zu können) kann, muss aber nicht eingeschränkt sein
- Rumpfkontrolle (= Fähigkeit, den Rumpf in aufrechter Position halten zu können) kann, muss aber nicht gestört sein

### Risiko

- erhöhtes Dekubitusrisiko (s. Extrakapitel)
- erhöhte Sturzgefährdung, da keinerlei Eigensicherung möglich ist
- Gefahr der Vereinsamung, da kein selbständiges Verlassen des Bettes, Zimmers oder des Heimes möglich sind
- erhöhtes Kontrakturrisiko (s. Extrakapitel)
- Gefahr der Verstärkung der vorhandenen Wahrnehmungsstörung durch fehlende Orientierung an Körpergrenzen
- Gefahr der Ausbildung oder Verschlechterung einer vorhandenen Osteoporose mit daraus resultierender Gefahr von Knochenbrüchen (Knochen halten dem Belastungsdruck, der durch die hohe Muskelanspannung erzeugt wird, nicht mehr stand)

### Ziel:

- Immobilitätsbedingte Risiken reduzieren bzw. vermeiden
- Folgekomplikationen reduzieren bzw. vermeiden

### Maßnahmen:

- regelmäßige Lagewechsel im Bett, in der Regel durch zwei Pflegekräfte ausgeführt
- situations- und bedürfnisgerechte Verknüpfung der verschiedenen bekannten Konzepte wird angestrebt
- Seitenlagen in 30° und 90°, Bauchlage und 135° Bauchlage, Rückenlage (nur ausnahmsweise, da durch das regelmäßige Sitzen die Steißregion sonst druckgefährdet wäre) sind in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen des Betroffenen möglich
- Toleranz der verschiedenen Lagerungsalternativen wird beobachtet und dokumentiert
- in jedem Falle soll der Oberkörper hoch gelagert werden (ca. 20°), damit der Bewohner nicht erbricht; entweder durch Hochstellen des Kopfendes vom Bett oder Einstellung der Bettneigung

## Mobilisation

### Mobilisation in den Rollstuhl:

- jeder Betroffene 1x/tgl. (wenn nicht der aktuelle medizinische Zustand dagegen spricht), abweichende individuelle Regelungen sind möglich
- Mobilisation häufig am Ende einer Therapieeinheit, um Therapie nachklängen zu lassen bzw. den Bewohner für eine nachfolgende weitere Therapie optimal zu platzieren
- an therapiefreien Tagen erfolgt die Mobilisation durch das Pflegepersonal
- Mobilisation mit dem Deckenlifter (evtl. Abweichung im Rahmen der Therapie möglich)
- Bewohner bekommt vom Heim ein Lifternetz zur Verfügung gestellt
- wenn der Besuch von Angehörigen angekündigt wird, bemühen sich die Mitarbeiter, den Betroffenen zu dieser Zeit zu mobilisieren, damit Spaziergänge oder Ausflüge möglich sind
- der Bewohner darf im Rollstuhl sitzend keinesfalls ohne Aufsicht gelassen werden (z.B. allein im Zimmer)



### Mobilisation an das Motomed / auf das Stehbrett:

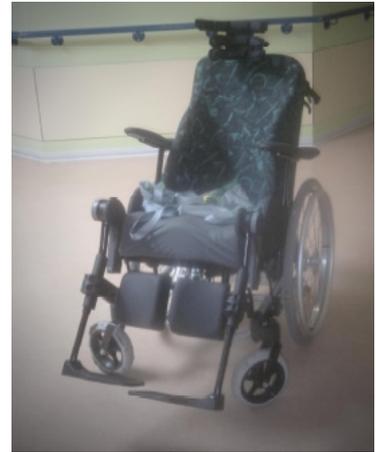
- therapeutische Hilfsmittel, die nach Anleitung auch in der Pflege ergänzend zur oder anstatt der Mobilisierung in den Rollstuhl genutzt werden können.



## Umgang mit Spastik und Kontrakturrisiko

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- dauerhafte Bewegungseinschränkung von Gelenken durch Verkürzung von Sehnen und Muskeln bzw. durch knöcherne Versteifung von Gelenken
- ausgelöst durch ständige hohe Muskelanspannung (Streckspastik ⇒ führt zu Beugedefizit, Beugespastik ⇒ führt zu Streckdefizit) bei fehlender Eigenbewegung



### Risiko

- Verlust des Bewegungsspielraumes, der im Gelenk für Funktionalität notwendig ist
- daher Schmerzen bei Bewegungen möglich (Lagewechsel, Körperpflege, Kleidungswechsel etc.)
- erhöhtes Risiko für Intertrigo (= „Wundwerden“ in Hautfalten), da z.B. Handflächen und Ellenbeugen durch die ständige Beugung immer feucht sind
- Sitz im Rollstuhl häufig nur mit speziellen Zurichtungen möglich
- Stehen u.U. nicht mehr möglich
- Aufwändige Schienenbehandlung nötig
- leider bei manchen Betroffenen trotz intensiver Prophylaxe und frühzeitiger Schienenbehandlung nicht immer zu verhindern, sondern nur zu verlangsamen

### Ziel:

- Verlangsamen oder Aufhalten des Prozesses
- Erhalt der Beweglichkeit

### Maßnahmen:

- Prophylaxemaßnahmen
- Lagewechsel
- Mobilisation
- hochfrequente Physio- und Ergotherapie
- Schienenbehandlung nach Anordnung
- regelmäßiges Stehen (wenn möglich), ggf. mit speziellen Schienen
- optimale Anpassung des Rollstuhles, ggf. mit individueller Sitzschale
- enge Zusammenarbeit mit Neurologen und Neurochirurgen zur optimalen medikamentösen Behandlung mit implantierten Pumpen oder Gabe von Botox zur Behandlung der Spastik



## Positionswechsel im Bett

In unserer Einrichtung wird hauptsächlich das Lagerungskonzept LiN - Lagerung in Neutralstellung® angewendet. Es wurde vor allem für schwer betroffene Patienten entwickelt und hier bereits ab 2005 eingeführt.

Die Lagerung in Neutralstellung ist eine therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage, die individuell angewendet werden kann. Die Körperabschnitt-

te eines Bewohners werden idealerweise senkrecht und waagrecht zueinander positioniert und mit Kissen und Decken stabilisiert. Der Einfluss der Schwerkraft wird dadurch weitgehend minimiert, was Gelenke schützt und Muskeltonus normalisieren hilft. So kann der Bewohner einerseits gut entspannen, andererseits erleichtert LiN® seine Eigenbewegungen. Durch die breite Auflagefläche und Gewichtsverteilung bietet LiN® eine hervorragende Dekubitusprophylaxe.

Alle herkömmlichen Positionen können in Richtung „neutral“ modifiziert werden, so dass auch Lieblingspositionen der Bewohner einbezogen werden können.

Unser gesamtes Pflorgeteam ist mit Einführungs- und Grundkursen in das LiN® - Konzept eingewiesen, eine Physiotherapeutin ist als Grundkurs-Trainerin ausgebildet. Regelmäßig finden auch praktische Übungen statt.

## Dekubitusrisiko und Wundversorgung

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- Dekubitus ⇒ das „Wundliegen“ als extremste Form der Hautreaktion auf bereits geringe Druckbelastung oder Schwerkraft
- kann zum völligen Absterben von Haut, Unterhautgewebe, Knochen und Muskeln führen

### Risiko

- nachträgliche Entzündung der Wunde bzw. des Dekubitus durch bereits vorhandene oder Umgebungskeime der Haut
- schlechtere Wundheilung auch nach Operationen o.ä. durch die vorgenannten Gründe möglich
- Einschränkungen der Mobilität (z.B. Sitzen oder bestimmte Lagerungen)

### Ziel:

- Vermeidung eines Dekubitus bzw. dessen Verschlechterung
- Abheilung vorhandener Wunden oder eines Dekubitus

### Maßnahmen:

- Vermeidung der Entstehung eines Dekubitus durch konsequent druckentlastende Lagerung der betroffenen Körperpartien
- regelmäßige Kontrolle des Gefährdungsgrades
- ggf. Anpassung und Ergänzung von Pflegemaßnahmen
- optimale Wundbehandlung durch Anwendung neuester Erkenntnisse gemäß der ärztlichen Anordnungen
- Sicherstellung der optimalen Ernährung in Zusammenarbeit mit der Ernährungsmedizinerin

## Umgang mit Einschränkungen bei der Ernährung

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- meist bleiben durch die schwere Hirnschädigung ausgeprägte Schluckstörungen bestehen
- auch wenn das Schlucken und das Husten (als Schutz vor dem „Verschlucken“) wieder besser werden, können Flüssigkeiten meist weiterhin schlecht geschluckt werden
- Aufnahme lebenswichtiger Nährstoffe aus der Sondennahrung kann durch Stoffwechselveränderungen gestört sein
- Reizungen der Magenschleimhaut durch die liegende Sonde
- Aufstoßen, Erbrechen und/oder Durchfall können während der Einstellungs- und Umstellungsphasen auftreten

### Risiko

- Mangelernährung (Fehlen bestimmter Nahrungsbestandteile wie Eiweiß, Vitamine, Elektrolyte, Spurenelemente)
- Unterernährung (Körper nimmt insgesamt zu wenig Kalorien auf)
- Austrocknung
- Entzündungen der oberen Atemwege durch aufgestoßene und eingeatmete Nahrung oder Flüssigkeiten
- Entzündungen der Magenschleimhaut mit Übelkeit, Erbrechen
- Entzündungen der Schleimhaut in der Speiseröhre
- Einwachsen der Sonde oder der Halteplatte in die Schleimhaut

### Ziel:

- ausgewogene, auf den individuellen Bedarf abgestimmte Ernährung
- Vermeidung von Komplikationen (Entzündungen)

### Maßnahmen:

- bedarfsgerechte Sondenernährung nach Absprache mit der Ernährungsmedizinerin
- Pflege der Sonde und der Umgebungshaut
- regelmäßiges Spülen der Sonde, wenn die Nahrungsgabe unterbrochen oder beendet wird
- Einhaltung der angeordneten Flussraten der Sondennahrung
- Verabreichen oraler Kost erst nach Freigabe durch den HNO-Arzt und die Logopädin (besonders wichtig bei Trachealkanülenträgern, hier extreme Gefahr von Komplikationen)
- Verabreichen der oralen Kost nur in der vereinbarten Konsistenz (Absprache mit Logopädie)
- Vermeiden stark gewürzter Speisen (löst Hustenreiz aus!)
- Vermeiden bestimmter Nahrungsmittel, die sich nicht ausreichend pürieren lassen (Reis, Fisch, Vollkornbrot etc. ⇒ bitte genaue Rücksprache mit Logopädin)
- Getränke ebenfalls erst nach Rücksprache verabreichen



## Umgang mit Schmerzen

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- können durch hohe Muskelanspannung ausgelöst werden
- gestörte Schmerztoleranz oder –wahrnehmung durch die Hirnschädigung möglich
- durch Einschränkungen der Beweglichkeit (Kontrakturen) bei Lagewechseln möglich
- können nur nonverbal (Mimik, Brummen, Knurren, Tränen) ausgedrückt werden

### Risiko

- Ausbildung von chronischen Schmerzen
- verzögerte Linderung vorhandener Schmerzen bei fehlender Kommunikationsmöglichkeit

### Ziel:

- Schmerzfreiheit

### Maßnahmen:

- regelmäßige gewissenhafte Beobachtung bei allen Maßnahmen und bei jedem Kontakt
- Beschreibung der Schmerzäußerungen
- sofortiger Einsatz nicht-medikamentöser schmerzlindernder Maßnahmen (entlastende Lagerung, Wickel etc.)
- Absprache mit dem behandelnden Arzt, AO schmerzlindernder oder schmerzvermeidender Medikamente
- frühzeitiger Einsatz schmerzlindernder Bedarfsmedikamente
- gezielte Verabreichung der Medikation vor bestimmten Therapieeinheiten zur Prophylaxe
- Dokumentation der Wirksamkeit

## Umgang mit Inkontinenz

### Ursachen bzw. Gründe und Erscheinungsbild:

- Unfähigkeit, Darm- und/oder Blasenentleerung willentlich zu steuern
- Folge der Hirnschädigung
- durch Hirnschädigung bedingt können zusätzlich nervenbedingte Entleerungsstörungen auftreten
- Betroffene häufig mit Dauerkathetern versorgt
- Urin ist häufig durch die Sondenernährung sehr sedimenthaltig

### Risiko

- Hautreizungen durch Kontakt mit Ausscheidungen
- häufiges Auftreten von Harnwegsinfekten (auch bei Betroffenen ohne Katheter)
- zentrale Störungen durch Harnverhalt möglich (Schweißausbrüche, Blutdruck- und Pulsanstieg etc.)
- häufiges Auftreten von Verstopfung und damit verbundenen Beschwerden durch Darmlähmung
- Ausbildung von Harnsteinen als Spätfolge der Sondenernährung

### Ziel:

- Unterstützung wiedererlangter Fähigkeiten
- Vermeidung von Komplikationen und Beschwerden

### Maßnahmen:

- ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- strenge Einhaltung der Hygienevorschriften bei der Versorgung von Betroffenen mit Kathetern
- kritische Prüfung der Notwendigkeit der Katheterversorgung in Absprache mit dem behandelnden Arzt
- gründliche Intimpflege und Hautschutz
- regelmäßiger Wechsel der verordneten Inkontinenzmaterialien
- regelmäßige Verabreichung verordneter Medikamente und Kontrolle der Wirksamkeit
- Verabreichung individuell notwendiger Nahrungsergänzungstoffe in Absprache mit der Ernährungsmedizinerin
- nach individueller Absprache Toilettentraining, sobald der Betroffene selbst Harn- oder Stuhldrang verspürt und diesen äußern kann