

Langzeitrehabilitation in Fachpflegeeinrichtungen der Phase F

Vortrag bei der Fachtagung „Wachkoma 2010“,

Bopfingen, 22. September 2010

Referent: Ralf Schmutz-Macholz, Geschäftsführer der Pfl egeteam Odenwald GmbH, Fachpflegeeinrichtung für Menschen mit schweren neurologischen Schädigungen, Wald-Michelbach,
Mitglied im Bundesvorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V.(www.bag-phase-f.de)
Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft Phase F Hessen (www.phase-f-hessen.de)

Adresse des Verfassers:

Pfl egeteam Odenwald GmbH, Lotzenweg 38, 69483 Wald-Michelbach,
Tel. 06207 / 9421-0, Fax –11, e-mail: macholz@pfl egeteam-odenwald.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F e.V.

Die BAG Phase F e.V. ist ein bundesweiter Zusammenschluss von derzeit 132 Pflegeeinrichtungen, die sich der Versorgung von Phase F Patienten widmen. Die AG ist in Landesgruppen organisiert, da auf Grund der föderalen Strukturen in Deutschland das jeweilige Bundesland für die Schaffung von Versorgungsstrukturen zuständig. Das heißt auch, dass die Arbeit in den jeweiligen LAG´s stattfinden soll.

Die Ziele sind in erster Linie der Austausch untereinander, um einheitliche Rahmenbedingungen und Strukturen für die Einrichtungen zu schaffen.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist derzeit die Initiierung und Begleitung einer wissenschaftlichen Langzeitentwicklungsstudie, in der über mehrere Jahre die Fortschritte und Entwicklungen der Bewohner der Phase F Einrichtungen mit Hilfe eines Fragebogens und mit neurologischen Scores abgebildet und evaluiert werden soll. Dazu später mehr im Rahmen meines Vortrages.

Da die Strukturen in Deutschland sehr inhomogen sind, hat die BAG Phase F eigene Empfehlungen erarbeitet, die es den jeweiligen LAG´s erleichtern sollen, in ihrem jeweiligen Land sich für angemessene Strukturen einsetzen zu können.

Diese Empfehlungen lehnen sich stark an die Rahmenrichtlinie der BAR an („Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F“, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003). Da diese Empfehlungen jedoch keinerlei Personalschlüssel enthalten, hat die BAG Phase F diese ergänzt, um eine angemessene therapeutische Versorgung, die auch den Charakter einer Langzeitrehabilitation hat, sicher zu stellen.

Die BAR Empfehlungen können auf der homepage der BAR abgerufen werden (www.bar-frankfurt.de, Empfehlungen)

Definition der Phase F der neurologischen Rehabilitation

„Unter Phase F der neurologischen Rehabilitation wird die Behandlungs- und Rehabilitationsphase verstanden, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und / oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind. Zu diesen Leistungen können in Abhängigkeit von Befinden und Bedarfslage der betroffenen Personen Grund- und Behandlungspflege, ständige Beaufsichtigung, medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische, psychodiagnostische und psychotherapeutische sowie heilpädagogisch-sozialtherapeutische Maßnahmen, Leistungen zur Unterstützung der schulischen, beruflichen oder sozialen Eingliederung, Beratung und schließlich betreute Wohnversorgung bis hin zum stationären Langzeitaufenthalt gehören.“

(Zitat aus „Empfehlungen zur Rehabilitation und Pflege von Menschen mit schwersten neurologischen Schädigungen“, DVfR; Heidelberg)

Aus dieser Definition lässt sich ableiten, dass die Phase F nicht nur die schwerstbetroffenen Bewohner, z.B. Wachkomapatienten, umfasst, sondern alle Betroffenen, die nach einer Hirnverletzung der dauerhaften Unterstützung bedürfen.

Die Phase F ist im Verbund mit allen anderen Phasen der neurologischen Rehabilitation zu sehen, um bei Befundverbesserung eine Rückkehr in eine der vorgeschalteten Phasen zu ermöglichen.

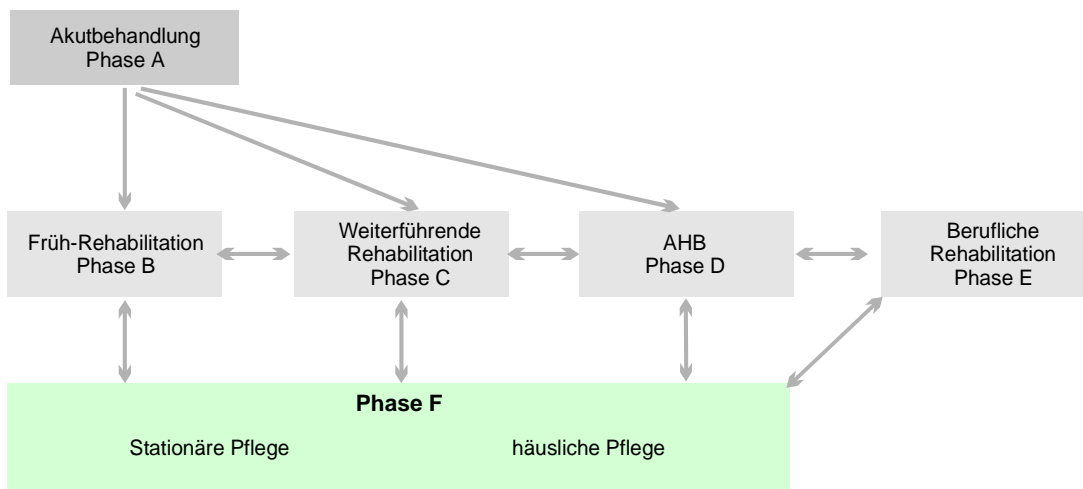


Diagramm: Versorgung schwer Schädel-Hirngeschädigter im Verbund

Zielgruppen der Phase F Einrichtungen

Die Patienten der Phase F sind, bedingt durch schwere und schwerste Schädigungen des 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 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.
-
- verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung bis zum „Wachkoma“ (apallisches 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.

Rahmenbedingungen für Phase F Einrichtungen

Die stationäre Rehabilitations-Langzeitpflege von Phase F-Patienten findet in vollstationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen statt, im Rahmen des SGB 11 und des SGB 12.

Die Empfehlungen für Rahmenbedingungen sollen zunächst strukturelle Voraussetzungen schaffen, unter denen diese spezielle Gruppe der Betroffenen adäquat gepflegt, betreut und therapiert werden kann.

Zunächst ist davon auszugehen, dass jede Einrichtung, die Phase F Patienten aufnimmt, den Qualitätsanforderungen eines guten „normalen“ Pflegeheimes entspricht.

Um den Bedürfnissen der zumeist schwerstpflegebedürftigen Phase F-Patienten gerecht zu werden, bedarf es aber einer Reihe von Verbesserungen, insbesondere in der personellen Ausstattung.

Die BAG Phase F empfiehlt folgende Personalanhaltswerte:

Pflegepersonalschlüssel	1 : 1 in der Pflegestufe 3 und 3Härtefall, 1: 1,7 in der Pflegestufe 2
Physiotherapie	1 : 8 (entsprechend ca. 5 Therapieeinheiten / Woche)
Ergotherapie	1 : 8 (entsprechend ca. 5 Therapieeinheiten / Woche)
Logopädie	1 : 12 (entsprechend ca. 3 Therapieeinheiten / Woche)

Hinzu kommen noch zusätzlich Musiktherapie und Neuropsychologie, sowie aufgrund der notwendigen intensiven Angehörigenarbeit, Sozialarbeit (Schlüssel 1 : 30).

Die ärztliche Versorgung erfolgt i.d.R. über niedergelassene Hausärzte, die für diesen speziellen Fachbereich fortgebildet sein sollten. Eine neurologische Mitbehandlung sollte gewährleistet sein. Die Ärzte sollen in das multiprofessionelle Behandlungsteam eingebunden sein. Weitere Fachärzte sollen nach Bedarf hinzuziehbar sein.

In den einzelnen Bundesländern sind diese Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich. In einigen Ländern gibt es Rahmenverträge, die annähernd die hier genannten Rahmenbedingungen umsetzen lassen. In vielen Bundesländern gibt es jedoch diese Rahmenverträge immer noch nicht, wie auch leider hier in Baden-Württemberg, so dass es keine einheitliche Versorgung von Menschen in der Phase F gibt.

In Hessen z.B., dem Bundesland aus dem ich komme, hat der LWV Hessen (als für diese Menschen zuständiger überörtlicher Träger der Sozialhilfe) zusammen mit den Verbänden der Pflegekassen und dem MDK ein Rahmenkonzept erarbeitet, welches die Anforderungen an Einrichtungen regelt, die Phase F Bewohner aufnehmen wollen. Gleichzeitig sind in diesem Rahmenkonzept auch die entsprechenden Pflegepersonalschlüssel definiert und ein zusätzlicher Personalschlüssel für die sog. Gestaltung des Tages.

Behandlungs- bzw. Rehabilitationsziele

Im Vordergrund der Behandlung und Rehabilitation in der Phase F steht zunächst die Wiedererlangung und Erhaltung grundsätzlicher, "basaler" Fähigkeiten:

- Ø Verbesserung des Bewußtseinszustandes und Herstellen einer Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- Ø weiterführende Mobilisierung
- Ø Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS und PNS
- Ø Vermeidung sekundärer Komplikationen (Kontraktur, Decubitus, etc.)
- Ø Schaffung einer Wohnumgebung, welche als Voraussetzung für den rehabilitativen Erfolg eine behütete, für den Betroffenen adäquate und seinem Befund angemessene soziale Integration innerhalb seiner stationären Wohngemeinschaft gewährleistet.
- Ø Planung und Überleitung in eine ambulante häusliche Umgebung
- Ø bei Befundverbesserung Planung und Einleitung einer erneuten früh-rehabilitativen Behandlung in einer dafür geeigneten Einrichtung der Phasen B/C.
- Ø Einbindung und Schulung der Angehörigen in Ausbildungsmaßnahmen

Die Leistungen innerhalb der Phase F beziehen sich auf die drei eng miteinander verzahnten Bereiche Wohnen und Betreuung, pflegerische Versorgung und medizinisch-therapeutische Versorgung, ohne zeitliche Begrenzung der Behandlungsdauer.

Leitlinien zur Dokumentation in der Phase F

Zusätzlich zu der in jeder Pflegeeinrichtung notwendigen Planung und Dokumentation aller Maßnahmen schlägt die BAG Phase F die nachfolgenden zusätzlichen Planungs- und Dokumentationsmaßnahmen in einer Einrichtung der Phase F vor:

Erstellung eines Behandlungsplanes

ca. 8 – 14 Tage nach Aufnahme:

Festlegung der pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Behandlungsziele und der Therapiefrequenz

Festlegung der Therapiemaßnahmen, Nennung aller relevanten Diagnosen

Regelmäßige Einschätzung der Bewohner

Mit Hilfe neurologischer Skalen, z. B. EFA (early functional abilities) und FIM (functional independence measure

bei Aufnahme und dann ¼ jährliche Ermittlung des jeweiligen Punktwertes, Erstellung durch Pflegekräfte und Therapeuten

Durchführung einer Quartalskonferenz:

¼ jährliche Darstellung der Verläufe, Überarbeitung und Fortschreibung des Behandlungsplanes und der Behandlungsziele

Teilnehmer: Pflege, Therapie, behandelnder Arzt (trägt die fachliche Verantwortung und zeichnet alle Anordnungen ab)

Langzeitentwicklungsstudie der BAG Phase F

Eine der wichtigsten Aktivitäten der BAG Phase F ist derzeit das Weiterentwickeln der seit einigen Jahren laufenden Erfassung von Verläufen. Mit Hilfe eines Fragebogens sollen in ¼ jährlichen Abständen die an der Studie teilnehmenden Einrichtungen ihre Bewohner einschätzen und durch mit Hilfe der oben erwähnten Skalen den Rehabilitationsverlauf dokumentieren. Dieses Projekt ist auf mehrere Jahre ausgelegt und soll im Rahmen einer wissenschaftlich begleiteten Studie die Entwicklungen von Phase F Bewohnern in Facheinrichtungen abbilden.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten mit dem internetbasierten Erfassungsinstrument wurde jetzt in Zusammenarbeit mit einem Softwareentwickler ein zuverlässiges Instrument geschaffen. Die BAG wird jetzt wieder verstärkt auf ihre Mitglieder zugehen um für das Projekt zu werben, denn je mehr Einrichtungen sich beteiligen, desto aussagefähiger wird die Studie.

Zusammenfassung

Durch die Erfahrungen der Mitgliedseinrichtungen der BAG Phase F kann man feststellen, dass sich der Zustand der früher oft als „aussichtslos“ oder gar „austherapiert“ abgestempelten Patienten oft verbessert, bis hin zu einer möglichen Weiterversorgung im häuslichen Umfeld, oder einer Wiederaufnahme in einer

Einrichtung der Phase B oder C zur weiteren intensiven Rehabilitation. Auch das schwerst geschädigte Gehirn ist bei entsprechender Behandlung langfristig in der Lage, Fähigkeiten neu zu erlernen.

Voraussetzung, oder auch notwendige Basis für eine mittel- und langfristige Zustandsverbesserung, bzw. zumindest eine Zustandserhaltung, muss eine hochqualifizierte, präventiv und prophylaktisch arbeitende Pflege sein, die sich auch als Pflegetherapie versteht und die Aspekte der basalen Stimulation und anderer Therapien ständig in die Arbeit mit einbezieht. Dies setzt natürlich voraus, dass der Anteil an examinierten Pflegekräften höher als der durch die Heimpersonalverordnung festgelegte Anteil von 50 % sein sollte, und dass die Pflegekräfte bereit und in der Lage sind, sich durch ständige Fortbildung in ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz für diese spezielle Patientengruppe fortzubilden. Insbesondere ist eine innere Haltung erforderlich, auf diese, meist nicht zur verbalen Kommunikation fähigen und meist auch absolut hilflosen Menschen einfühlsam einzugehen und sie zu begleiten. Aber ebenso ist auch die Fähigkeit der professionellen Abgrenzung wichtig, um das teilweise zu beobachtende „burn-out“ der Pflegekräfte zu vermeiden.

Nur wenn die hochwertige Pflege sichergestellt ist, können die Aktivitäten der Therapeuten und Ärzte zu einer Verbesserung des Zustandes des Bewohners führen.

Psychosoziale Betreuung, die über den verbesserten Pflegepersonalschlüssel gewährleistet werden kann, ist ebenso von großer Wichtigkeit, um die Integration und Teilhabe am sozialen Miteinander im Heim sicherzustellen.

Weitere Voraussetzungen für eine angemessene Langzeitversorgung sind natürlich auch eine an die speziellen Erfordernisse angepasste räumliche und sächliche Ausstattung der Einrichtung mit den notwendigen Hilfsmitteln.

Ebenso sollten Phase F-Patienten nicht „eingestreut“ innerhalb des Hauses sein, sondern in eigenständigen Einheiten von ca. 10 – 15 Bewohnern versorgt werden. So kann eine den Bedürfnissen angepasste Tages- und Betreuungsstruktur geschaffen werden.

Es geht in allen Bereichen darum, für eine höchstmögliche Lebensqualität trotz schwerster Behinderung zu sorgen. Im Vordergrund der räumlichen Ausstattung steht das Wohnen, d.h. eine Umgebung, in der der Bewohner „ankommen“ und sich zuhause fühlen kann. Entsprechende gemütliche Aufenthaltsbereiche, in denen Gruppentherapieangebote gemacht werden können und in denen sich die Bewohner auch mit ihren Angehörigen und Besuchern aufhalten können, sind von großer Bedeutung.

Wenn eine Einrichtung über die hier dargestellten Rahmenbedingungen und Möglichkeiten einer qualifizierten Facheinrichtung für Phase F-Patienten verfügt, kann sie den Betroffenen ein menschenwürdiges Weiterleben und eine, zwar meist nur langsam fortschreitende, aber dennoch feststellbare sinnvolle Rehabilitation ermöglichen.

Problemfelder der Zukunft

Seit nun einigen Jahren sind die Phasen der neurologischen Rehabilitation und deren Inhalte von BAR und DVfR definiert und es wurde ein fast flächendeckendes Netz an Einrichtungen der Phasen B und F in Deutschland geschaffen.

Leider ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass die Dauer der Behandlung insbesondere in der Phase B kontinuierlich kürzer wird. Es ist weiterhin festzustellen, dass immer öfter vor allem schwerstbetroffene Patienten direkt aus der Akutklinik unter Umgehung der Phase B in eine Phase F-Einrichtung verlegt werden.

Immer öfter wird so vielen Patienten die Möglichkeit der Rehabilitation genommen, selbst wenn diese über ein entsprechendes Potential verfügen. Obwohl bekannt ist, dass diese Patientengruppe sehr viel Zeit benötigt, um wieder zurück ins Leben zu finden, wird ihnen diese Zeit nicht mehr gegeben und dadurch verändert sich die Situation durch den Kostendruck im Gesundheitswesen zunehmend zu Lasten der Betroffenen.

Auch ist zu beobachten, dass immer öfter teilrehabilitierte Patienten, die wieder wach und ansprechbar sind, nicht in die Phase C zur weiterführenden Rehabilitation verlegt werden, sondern auch direkt in die Phase F oder eben nach Hause verlegt werden. Dies stellt die Phase F-Einrichtungen vor neue große Herausforderungen, die sie konzeptionell eigentlich gar nicht leisten können, da bei diesen Patienten eigentlich noch Rehabilitation nötig ist. Und das Recht auf Rehabilitation ist schließlich auch im SGB 9 festgeschrieben. Es wird nur noch nicht angewendet. Man fragt sich hier schon, warum ein komplett neues Sozialgesetzbuch geschrieben wird, dessen Anwendung aber niemand überwacht oder einfordert.

Ein weiteres zu beobachtendes Problem ist geradezu paradox: mittlerweile gibt es in vielen Ländern ausreichend viele Plätze für Phase F Patienten, aber die Einrichtungen sind nicht ausgelastet, weil die Entscheidung, welches Heim ausgewählt wird, oft über den Preis geschieht. Und da ein Fachpflegeheim in der Regel eben teurer ist, wird oft das „normale“ Pflegeheim gewählt, in dem der Betroffene dann oft nicht angemessen untergebracht ist und in der Regel nicht weiter gefördert werden kann.

Die Lösung dieser Problematik hat der Gesetzgeber eigentlich schon vor drei Jahren vorgegeben. Seit 2008 haben auch Bewohner, die „einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege“ haben, einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 132 SGB V auch in stationären Einrichtungen. Das bedeutet, dass sich die Krankenkasse an den Kosten beteiligen muss und dadurch die Preise für den Betroffenen sinken und dadurch auch die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung steigen würde.

Leider wird dieser Rechtsanspruch bisher in Deutschland fast nirgends umgesetzt. Nur in Niedersachsen und Hessen wurden bisher Vereinbarungen getroffen, in denen sich die Krankenkasse an den Kosten beteiligt und dadurch der Eigenanteil des Versicherten signifikant sinkt.

Ein weiteres Problem sieht die BAG zunehmend in der Thematik der Budgetierung der Haus- und Fachärzte. Es gibt immer mehr Facheinrichtungen, die Probleme

haben, Ärzte zu finden, die die Einrichtung betreuen wollen oder die notwendigen Heilmittelrezepte für die Therapien auszustellen.

Hier sollten die Politik und insbesondere auch die Kostenträger intensiv darüber nachdenken, ob eine solche Entwicklung moralisch und ethisch vertretbar ist.

Es macht doch keinen Sinn, Menschen mit hohem Aufwand an Intensivmedizin ins Leben zurück zu holen, um das Leben zu kämpfen, um ihnen dann die notwendige Pflege und vor allem Therapie zu verwehren.

Wir sind ein reiches Land, und ich denke, wir sollten diesen schwerstbetroffenen Menschen, von denen es ja Gott sei Dank nicht so sehr viele gibt, alle Möglichkeiten geben, damit sie sich weiter entwickeln können und ein menschenwürdiges Leben führen können, trotz schwerster Behinderung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit