

**Facharbeit der berufspädagogischen Weiterbildung
zum Experten für Menschen im Wachkoma**

Pflege von Wachkomapatienten und Beatmungspatienten in qualifizierten Wohngemeinschaften

Von:

Laetitia Hackenberg-Werner

Prüfer:

Herr Dipl. Pfl. Wiss. Herbert Hockauf

Herr Marcello Ciarrettino

Gesundheits- und Pflegewissenschaftliches Institut St. Elisabeth

Inhaltsübersicht

1. Einleitung	4
2. Auswirkung von Wohngemeinschaften auf die aktivierende Behandlungspflege	6
3. Rechtlicher Rahmen	8
4. Organisationsform	11
4.1 Unterbringung	11
4.2 Hauswirtschaftliche Versorgung	11
4.3 Pflege	12
4.4 Therapien	13
4.5 Ärztliche Versorgung	14
5. Räumliche Anforderungen	15
6. Einbindung der Angehörigen	17
7. Finanzielle Auswirkungen	19
8. Ein Tag in der Wohngemeinschaft	20
9. Erfahrungsberichte / Fallbeispiele	23
Fall 1	24
Fall 2	25
Fall 3 (vor 2003)	26
Fall 4 (vor 2003)	27
Fall 5	28
Fall 6 (vor 2003)	29
Fall 7 (vor 2003)	30
Fall 8	31
Tabelle 1: Einzelwerte nach der Koma-Remissions-Skala	32
10. Resümee	33
11. Literatur	34
Anhang 1 (Abbildungen)	35
Anhang 2 (Koma-Remissions-Skala)	40
Beurteilungsmaßstab für die Koma-Remissions-Skala Stand 18.02.1993	41

1. Einleitung

Wachkomapatienten der Phase F wurden in der jüngsten Vergangenheit zu etwa 65% im Rahmen ihrer Familie und nur und zu etwa 35% in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt, davon teilweise in Fachpflegeeinrichtungen, die sich auf die Pflege von Wachkoma- und zu einem geringen Teil auch auf die Pflege von Beatmungspatienten spezialisiert haben.

Jede dieser Versorgungsformen weist für sie typische Probleme auf.

Die Pflege im häuslichen Umfeld ist für die betroffenen Familien sehr oft mit unzumutbaren Belastungen verbunden, denen die Familienangehörigen auf Dauer nicht gewachsen sind. Die Belastung führt häufig zur Isolation. Manchmal zerbrechen die Familien sogar daran. In vielen Fällen ist auch das Wohnumfeld für die Versorgung von Wachkomapatienten denkbar schlecht geeignet.

Bei der Pflege einzelner Wachkomapatienten in normalen Altenheimen mangelt es leider all zu oft an der erforderlichen Fachlichkeit der Pflegekräfte, die oft nicht einmal die lebenserhaltende Versorgung sicherstellen können abgesehen von dem erforderlichen Verständnis für die Möglichkeiten, Entwicklungsfortschritte bei den Wachkomapatienten zu erzielen.

Bei der Versorgung in Fachpflegeeinrichtungen werden diese Nachteile zwar weitgehend vermieden, obwohl uns auch hier gravierende Negativbeispiele bekannt sind. Die Pflege in diesen Einrichtungen ist für die betroffenen Familien jedoch meist mit unzumutbaren finanziellen Belastungen verbunden, wodurch diese schlimmstenfalls in die Abhängigkeit von Sozialhilfe getrieben werden. Uns sind leider einzelne Fälle bekannt, bei denen die geschilderten Belastungen dazu geführt haben, dass die Angehörigen anstrebten, ihre im Wachkomazustand befindlichen Familienmitglieder sterben zu lassen, selbst wenn sich bereits erste erfolgversprechende Entwicklungsfortschritte zeigten.

Zwischen der kleinen Organisationsform der Familie und der großen Organisationsform einer vollstationären Einrichtung mit häufig über 100 Betten, klaffte in der Vergangenheit eine breite Lücke. Versuche, diese zu schließen, wurden durch die gesetzlichen Regelungen des Heimgesetzes und der nachgeordneten Verordnungen konsequent verhindert. Häuser mit weniger als 30 Pflegeplätzen waren auf Grund der starren gesetzlichen Normierung, die zum Vorteil großer Häuser abgefasst worden ist, wirtschaftlich kaum lebensfähig. Dabei war vielen Experten durchaus klar, dass die Betreuung in familienähnlicheren kleinen Einheiten unter geeigneten Umständen für eine große Anzahl pflegebedürftiger Menschen erhebliche Vorteile bieten kann.

In den letzten Jahren hat nunmehr ein Umdenkungsprozess bei den politisch Verantwortlichen und ihren Beratern eingesetzt. Die Neufassung des Heimgesetzes im Jahre 2002 lässt in §2 den

klaren Willen des Gesetzgebers erkennen, neue Formen der Versorgung auch außerhalb der Normierung durch das Heimgesetz zu ermöglichen. In den letzten Jahren haben sich vor diesem Hintergrund zahlreiche Wohngemeinschaften pflegebedürftiger Menschen gebildet überwiegend mit sehr positiven Erfahrungen. Das Wachstum dieses Versorgungsangebotes war in den vergangenen Jahren sehr groß (KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, 2003, S 94) mit jeweils 300 bis 350 neuen Projekten pro Jahr.

Die Bildung kleiner Versorgungseinheiten in Form von Wohngemeinschaften beschränkte sich zwar zunächst vorwiegend auf demenziell erkrankte Menschen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004 b, S 44) . Die Vorteile dieser Versorgungsart sind jedoch nicht nur auf diese Personengruppe beschränkt. Von Dr. med. W. Blumental wird in [7] auf S. 93 diese Versorgungsform als Möglichkeit auch für Wachkomapatienten bereits erwähnt. Dort heißt es: *„Der Anteil der in Familien oder gelegentlich in anderen Gemeinschaften wie betreuten Wohngemeinschaften lebenden neurologisch schwerstbehinderten Menschen ist....“* (BUNDESVERBAND SCHÄDELHIRNVERLETZTE IN NOT e.V., 1997, BLUMENTAL, Dr. med., S 93) und *„Die Mehrzahl der Menschen mit Bedarf an Rehabilitation der Phase F lebt nicht in Einrichtungen und wird überwiegend nicht von Fachleuten betreut; nur wenige Behinderungsformen und –grade schließen eine ambulante (oder teilstationäre) Phase F aus. Die Konzeption der Phase F sollte daher von den Erfordernissen und Lösungen ambulanter Verfahren ausgehen.“* (BUNDESVERBAND SCHÄDEL-HIRNVERLETZTE IN NOT e.V., 1997, BLUMENTAL, Dr. med., S 92, These 6)

Wir haben daher ab Anfang 2003 die Versorgung von Wachkomapatienten im Rahmen einer Wohngemeinschaft mit gemischter Mitgliederstruktur erprobt.

2. Auswirkung von Wohngemeinschaften auf die aktivierende Behandlungspflege

Für die Wiederherstellung von Wachkomapatienten im Rahmen ihres noch verbliebenen Potentials ist die Intensität der Stimulation der vorhandenen Sinne und Fähigkeiten einerseits und die persönliche Zuwendung und gefühlsmäßige Ansprache andererseits von entscheidender Bedeutung.

In mehreren Tagungen der Arbeitsgruppe Qualität der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F, an der wir beteiligt waren, wurden aus diesem Grunde Doppelzimmer bei der räumlichen Ausstattung von Fachpflegeeinrichtungen einvernehmlich bevorzugt. Dieses wurde damit begründet, dass die Häufigkeit bzw. die Dauer der Kontakte mit anderen Personen in Doppelzimmern größer als in Einzelzimmern ist.

Diese Forderung, die für Fachpflegeeinrichtungen mit homogener Wachkomabewohnerschaft erhoben wurde, ist anscheinend für jede Pflegeeinrichtung zu bejahen auch für die hier vorgestellte Form der Versorgung in relativ kleinen Wohngemeinschaften. Sie tritt hier jedoch in ihrer Bedeutung zurück, weil es entsprechend unseren eigenen Erfahrungen mit dieser Versorgungsstruktur zu einer erheblich höheren Dichte der Kontakte und einer höheren Intensität und Dauer von äußeren Anregungen kommt.

Es ist nicht vorgesehen, die Wohneinheiten innerhalb der Wohngemeinschaft ausschließlich oder überwiegend mit Wachkomapatienten zu belegen. Wachkomapatienten sind offensichtlich nicht in der Lage, sich gegenseitig zu stimulieren. Vorgesehen ist daher eine überwiegende Belegung mit leichten bis mittleren Pflegefällen mit einem erheblichen Aktivitätspotential, in die eine gewisse Anzahl von Wachkomapatienten eingestreut ist. Die Wachkomapatienten sollen dabei möglichst nicht in einer isolierten Region des Quartiers der Wohngemeinschaft untergebracht werden, sondern möglichst verteilt zwischen den noch aktiven Mietern.

Wichtig ist, dass die Wachkomapatienten tagsüber nicht auf ihren Zimmern belassen werden und schon gar nicht in ihren Betten, sondern sie werden in dem Gemeinschaftsraum der Wohngemeinschaft soweit es ihre Kräfte zulassen mobilisiert. Sie sollen dort im maximal möglichen Ausmaß am Gemeinschaftsleben der Gruppe teilnehmen (Abb. 1).

Es ist z.B. durchaus vorstellbar und wurde von uns auch immer so gehandhabt, dass die Wachkomapatienten an gemeinsamen Veranstaltungen wie z.B. gemeinsames Singen oder Feiern teilnehmen. Auch wenn sie aktiv nichts dazu beitragen können, sollte man die auf sie einwirkenden Eindrücke nicht unterschätzen. Sie nehmen z.B. nicht nur an den Geburtstagsfeiern des mobilen Teils der Bewohnerschaft teil sondern ihre Geburtstage werden unter aktiver

Beteiligung der anderen Bewohner und der Angehörigen gebührend gefeiert (Abb. 1).

Ein wichtiger Gesichtspunkt ist hierbei, dass durch die Einbettung in das normale Alltagsgeschehen den Wachkomapatienten vertraute wiederkehrende und damit wiedererkennbare Eindrücke vermittelt werden. „*Neben der Kontinuität im Sinne Gestaltung der Umwelt ist die Schaffung von Regelmäßigkeit bedeutsam.*“ (UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE, 2000, S 31). Wichtig ist aber auch die Entstehung sozialer Beziehungen zu den Mitgliedern der gesamten Hausgemeinschaft. Dieses erscheint uns in Hausgemeinschaften eher möglich zu sein als in großen Heimen.

Auf diese Weise kann man mit einer sehr großen Kontaktdichte rechnen, nicht nur zu den Pflegekräften, sondern auch zu den Mitbewohnern und dem hauswirtschaftlichen Personal. Nach unseren Erfahrungen kommt ihnen auf diese Weise auch ein vergleichsweise hohes Maß an menschlicher Zuwendung zu Teil. Diese Zuwendung ist für ihre Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Der Mensch ist nicht nur durch seinen Körper und seine Sinne definiert, sondern vor allem durch seine Fähigkeiten, mit anderen Menschen in eine Beziehung zu treten. „*Unter speziellen Bedürfnissen, die in der besonderen Situation des Betroffenen liegen, verstehe ich den Wunsch nach Kommunikation [...]*“ (UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE, 2000, S 24).

Es liegt auf der Hand, dass auf diese Weise auch die Stimulation der Sinne der Betroffenen durch akustische wie auch optische Eindrücke ganz erheblich ist. Auch der Reiz des Geruchsempfindens wird in einer Wohngemeinschaft auf natürliche Weise angeboten, liegen die Aufenthaltsräume, die auch der Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten dienen, doch meistens in unmittelbarer Nähe zur Küche.

Die voll mobile Bewohner werden bei entsprechender Anleitung sicher auch gerne bereit sein, den einen oder anderen Wachkomapatienten in ihrem Rollstuhl auf Spaziergängen in die Umgebung des Hauses mitzunehmen, falls der gesundheitliche Zustand dieses erlaubt. Die wirtschaftlichen Zwänge, denen sich die Pflegeeinrichtungen auf Dauer nicht entziehen können, führen dazu, dass die Begleitung derartiger Spaziergänge durch Pflegepersonal in der Regel die Ausnahme bleibt.

3. Rechtlicher Rahmen

In die Neufassung des Heimgesetzes von 2002 ist der Wille des Gesetzgebers eingeflossen, neben den etablierten klassischen Alten- und Pflegeheimen auch neuen Formen des Wohnens und der Versorgung pflegebedürftiger Menschen den Weg zu bereiten. Im Heimgesetz heißt es:

"Die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, begründet allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienst oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen."

(HEIMGESETZ, §1, Abs. 2, 2002)

Es ist offensichtlich, dass durch diese Festlegungen, die in den vorangehenden Fassungen des Heimgesetzes nicht enthalten sind, alternative Unterbringungs- und Betreuungsformen ermöglicht werden sollen und zwar bewusst außerhalb des Heimgesetzes und den zugehörigen Verordnungen mit ihren negativen Folgen für kleine Versorgungseinheiten. Unsere eigenen Wirtschaftlichkeitsberechnungen zeigen, dass unter den Vorgaben des Heimgesetzes und der zugehörigen Verordnungen kleine Häuser mit weniger als 20 bis 30 Plätzen keine ausreichende Wirtschaftlichkeit aufweisen, obwohl diese in vielen Fällen die bessere Alternative darstellen.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang beispielhaft der in der Heimmindestbauverordnung geforderte Raum zur besonderen Verwendung, das sogenannte "Sterbezimmer". Dieses fällt bei großen Einrichtungen mit beispielsweise 80 Plätzen nicht stark ins Gewicht. Bei kleinen Häusern führt es aber zu einer wesentlichen Kostensteigerung, wenn von den wenigen Pflegeplätzen auch noch einer frei bleiben muss. Noch gravierender auf die Wirtschaftlichkeit kleiner Häuser wirken sich vielfach die detaillierten Vorgaben der Heimaufsicht auf die Personalstärke aus.

Unter dem Deckmantel des Schutzcharakters des Heimgesetzes wurde zuvor das grundgesetzlich garantierte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ausgehebelt. Den Betroffenen, die ihr Leben vielleicht lieber in kleinen familienähnlicheren Wohngemeinschaften verbracht hätten, wurde dieser Wunsch durch den Zwang, diese Gemeinschaften den Regelungen des Heimgesetzes zu unterwerfen, verwehrt.

Auch von den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern ging in der Vergangenheit starker Widerstand aus. „Die Krankenkassen haben ein starkes Interesse, Wohngemeinschaften für

Pflegebedürftige zu verhindern. Den Versicherten, die dort leben, steht meist als einzige Alternative nur die Unterbringung in einem Pflegeheim offen, und dort müssen die Krankenkassen keine Kosten für behandlungspflegerische Leistungen bezahlen.“ und „Die örtlichen Sozialhilfeträger sehen die Wohngemeinschaften nicht gerne, weil für die Heimunterbringung – zumindest in NRW – der Landschaftsverband Rheinland für die Finanzierung zuständig ist, und dies entlastet den eigenen „Topf“ der Kommune.“ (KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, 2004 a, S 52).

Durch den 2002 neu eingefügten Absatz 2 in §1 des Heimgesetzes (HEIMGESETZ, 2002), soll jedoch den neuen Versorgungsformen der Weg rechtlich geebnet werden. Diese sollen nicht mehr unter die Vorgaben des Heimgesetzes fallen, wenn sie die oben zitierte Entflechtung von Unterbringung und Versorgung beachteten. Bei einer von der Unterbringung unabhängigen pflegerischen Versorgung haben die Bewohner die Möglichkeit, bei Unzufriedenheit jederzeit den in Anspruch genommenen Pflegedienst wechseln zu können ohne ihre vertraute Wohnung aufgeben zu müssen. Dieser Umstand begründet die fehlende Notwendigkeit, strikter heimrechtlicher Vorschriften.

Leider hat sich in der Praxis gezeigt, dass die guten Absichten des Gesetzgebers in der Praxis häufig auf Probleme stoßen, weil der im §2 verwendete Begriff des "Heimcharakters" von den Gremien, die bislang die für die Kontrolle der Heime gemäß Heimgesetz zuständig waren, unter einer engen Auslegung dazu missbraucht werden, die Etablierung neuer Formen der Versorgung außerhalb des Heimgesetzes möglichst zu verhindern. Es fällt offensichtlich schwer jahrelange Zuständigkeiten aus der Hand zu geben. *„Bei betreuten Wohngemeinschaften wird immer wieder die eigene Häuslichkeit in Frage gestellt, mit den entsprechenden Problemen der Finanzierung behandlungspflegerischer Leistungen durch die Krankenkassen oder der drohenden Einstufung als Heim.“ (KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, 2003, S 25).*

Z. B. wurde das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit der Gemeinschaftsmitglieder als Kriterium dafür herangezogen, ob der "Heimcharakter" gegeben ist oder nicht. Dieses führt geradezu zu einer Perversion des eigentlichen Zweckes des Heimgesetzes, den Schutz pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten. Man stelle sich nur einmal vor, eine Gruppe von Menschen mit leichter bis mittelschwerer Pflegebedürftigkeit gründet unter Beachtung derartiger Vorgaben eine durch die öffentliche Verwaltung geduldete Wohngemeinschaft. Irgend wann wird die Pflegebedürftigkeit dieser Menschen aber zunehmen, d.h. die Gemeinschaft wird irgendwann nicht mehr die an sie gestellten Anforderungen erfüllen. Sollen dann die stärker pflegebedürftig gewordenen Mitglieder aus der Gemeinschaft, die ihr Zuhause oft auch ihre Familie ist, abgeschoben werden, um die fatale Einstufung der Gemeinschaft als Heim zu vermeiden? Dieses wäre unmenschlich und stünde im direkten Gegensatz zum eigentlichen Zweck des Heimgesetzes.

Dabei ist die Absicht des Gesetzgebers jedoch eindeutig. In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion heißt es in Punkt 25: „*Die Gründung einer Wohngemeinschaft unterliegt i.d.R. nicht dem Heimgesetz.*“ (PARLAMENTSDRUCKSACHE 15/3565).

Dennoch muss der Gesetzgeber hier dringend für mehr Klarheit sorgen und den Begriff des "Heimcharakters", welcher der öffentlichen Verwaltung nicht gewollte restriktive Interpretationsmöglichkeiten einräumt, durch eindeutigeren Festlegungen ersetzen, die dem Willen der Betroffenen einen größeren Spielraum lässt. Ansonsten muss damit gerechnet werden, dass der Wille des Gesetzgebers unterlaufen wird und hoffnungsvolle Ansätze einer alternativen und in vielen Fällen besseren Versorgung auf der Strecke bleiben.

Wenn die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Wohngemeinschaften nicht mehr unter die Regelungen des Heimgesetzes und damit unter die Kontrolle durch die Heimaufsicht fällt, so bedeutet dieses nicht, dass es hierdurch zu einem Abbau der Qualität kommt. Auch ambulante Pflegedienste unterliegen in zunehmendem Umfang einer Kontrolle. Diese wird jedoch nicht von der öffentlichen Verwaltung wahrgenommen, sondern von den Kranken- und Pflegekassen, die hierin durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unterstützt werden. Man kann davon ausgehen, dass die Kontrolle in fachlich kompetenterer Weise durchgeführt wird, weil in den genannten Gremien gut ausgebildete Fachleute in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen.

Nicht zu vernachlässigen ist auch die ständige Qualitätskontrolle durch die Angehörigen und die Hausärzte der pflegebedürftigen Patienten. Die Kontrolle durch die Angehörigen oder Ärzte erfolgt kontinuierlich und in viel geringeren Abständen als durch die Heimaufsicht oder den Medizinischen Dienst. Beide haben ein erhebliches Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung und heutzutage auch weitreichende Möglichkeiten durch Information der Kranken- bzw. Pflegekassen Einfluss zu nehmen, falls ihnen bedeutsame Qualitätsmängel auffallen.

Neben der rein heimrechtlichen Fragestellung ist bei der Versorgung in Wohngemeinschaften auch die Sozialgesetzgebung mit ihren finanziellen Auswirkungen von entscheidender Bedeutung. Die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt in Wohngemeinschaften durch ambulante Pflegedienste, für die im SGB V und SGB XI andere Festlegungen gelten als für vollstationäre Pflegeheime. Hierauf wird weiter unten noch näher eingegangen.

4. Organisationsform

4.1 Unterbringung

Um nicht unter das Heimgesetz zu fallen ist, es gemäß §2 Heimgesetz unabdingbare Voraussetzung, dass Vermietung und Pflege unabhängig voneinander erbracht werden. Die Inanspruchnahme eines bestimmten Pflegedienstes darf mit der Wohnraumvermietung nicht verbunden werden. Wohl aber dürfen sich die Mitglieder einer Wohngemeinschaft untereinander einigen und gemeinsam einen bestimmten Pflegedienst mit der Durchführung der pflegerischen Versorgung beauftragen. Dieser kann bei Unzufriedenheit gemeinsam auch wieder gewechselt werden.

Da es sich bei Wohngemeinschaften um eine privatrechtliche Wohnform handelt, die nicht dem Heimgesetz unterliegt, finden auch die Vorschriften der Heimmindestbauverordnung keine Anwendung. Es empfiehlt sich jedoch, die Anforderungen an die Beschaffenheit der Räume, die für vollstationäre Einrichtungen entwickelt wurden, auch in Wohngemeinschaften zu beachten.

Wichtig ist, dass die wesentlichen Belange des Zusammenlebens in der Gemeinschaft durch eine vertraglich festzulegende Satzung geregelt werden, der neue Mitglieder durch rechtsverbindliche Unterschrift beitreten.

Die Organisation der Mitglieder der Wohngemeinschaft und der Angehörigen in einem Verein, der in seinen Statuten diese Satzung eingebunden hat, stellt eine erwägenswerte Alternative dar. Der Verein und damit die Angehörigen könnten als Pächter der Immobilie die Seite der Wohnraumvermietung abdecken wodurch der fatalen Einstufung als Heim, die das Konzept zum Scheitern verurteilen würde, entgegengewirkt würde.

4.2 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung gehört gemäß SGB XI zu den Aufgaben ambulanter Pflegedienste. Diese können sich dieser Aufgabe entsprechend den Festlegungen in ihren Versorgungsverträgen auch nicht verweigern. Es empfiehlt sich jedoch für eine möglichst weitgehende Entflechtung der unterschiedlichen Aufgaben in einer Wohngemeinschaft, die Durchführung der hauswirtschaftlichen Versorgung weder vom Vermieter noch vom ambulanten Pflegedienst sondern von dritter Seite durchführen zu lassen, um sich von Einrichtungen mit "Heimcharakter" stärker abzusetzen. Dieses wirkt der fatalen Einstufung der Wohngemeinschaft als Heim entgegen.

Denkbar ist, die hauswirtschaftliche Versorgung entweder von einer unabhängigen Firma durchführen zu lassen. Denkbar ist aber auch, dass die erforderlichen Kräfte direkt von den

Angehörigen eingestellt werden möglicherweise unter Gründung eines hierfür verantwortlichen Vereins.

4.3 Pflege

Die Sicherstellung der Grund- und Behandlungspflege der Mitglieder der Wohngemeinschaft erfolgt über einen oder mehrere ambulante Pflegedienste. Bei der Auswahl des Pflegedienstes sind die Leistungsempfänger frei, einen Dienst ihrer Wahl hinzuzuziehen. Mit dem Vertrag für die Unterbringung darf keine Bindung an einen bestimmten Pflegedienst verknüpft werden. Dabei ist es jedoch von erheblichem Vorteil, wenn sich die Mitglieder der Gemeinschaft auf die Beauftragung eines einzigen Pflegedienstes einigen.

Anders als in einer vollstationären Einrichtung sind die Anforderungen an die Auswahl und Qualifikation des Pflegepersonals nicht über ein Gesetz oder eine Verordnung geregelt, sondern durch die Vorgaben des Versorgungsvertrages. Gemäß dem Text des uns vorliegenden Versorgungsvertrages für häusliche Krankenpflege ist es möglich für Behandlungspflegemaßnahmen nicht nur Krankenschwestern, sondern auch Krankenpflegehelfer/innen und für einfachere Maßnahmen der ambulanten Krankenpflege auch Schwesternhelferinnen einzusetzen. Fachkräften vorbehalten ist lediglich die Versorgung von Beatmungspatienten und von Infusionen. Die Verantwortung für den Einsatz geeigneter Pflegekräfte liegt ansonsten bei der Pflegedienstleitung. Dieses wird in dem Versorgungsvertrag ausdrücklich betont. Es wird jedoch ausreichende Erfahrung und Kenntnis für die Durchführung der zu erbringenden Leistungen gefordert.

Dieses gilt im Prinzip auch für die Versorgung von Wachkomapatienten. Wir haben diese Frage auch einer Sachbearbeiterin der Bundesknappschaft, der Krankenkasse einer der von uns versorgten Wachkomapatientinnen, vorgelegt, die zur Sicherheit noch einmal Rücksprache mit dem Sozialmedizinischen Dienst nahm. Die mit dem Versorgungsvertrag übereinstimmende Antwort war, dass es bei ambulanter Versorgung bei Wachkomapatienten Fachkraftgebot nicht gibt. Dieses wurde ausdrücklich verneint. Ergänzend zu den Formulierungen im Versorgungsvertrag wurde jedoch die Verantwortung des Hausarztes für den Einsatz geeigneten Personals betont.

Die zwingend einzuhaltenden Vorgaben lassen bei der ambulanten Versorgung von Wachkomapatienten in Wohngemeinschaften somit einen größeren Spielraum als dies in vollstationären Heimen der Fall ist. Es ist jedoch trotzdem dringend zu empfehlen, Fachkräfte mit fundierten Kenntnissen auf den Gebieten der Bobathlagerung, der Basalen Stimulation, der PEG-Versorgung und der Tracheostomaversorgung einzusetzen. Der Fachkraftanteil sollte dabei so hoch sein, dass eine ausreichende Überwachung jeder Tagschichten durch Fachkräfte

gewährleistet ist und die Nachtschicht entweder ganz durch Fachkräfte abgedeckt ist oder zumindest durch Fachkräfte im Hintergrunddienst, die im Bedarfsfall in ca. 10 Minuten vor Ort sein können. Die in den Tagschichten eingesetzten Fachkräfte müssen dabei nicht kontinuierlich vor Ort sein. Sie können zeitweilig externe Patienten in der näheren Umgebung versorgen, müssen jedoch im Bedarfsfall jederzeit erreichbar und schnell vor Ort sein.

Grundsätzlich ist auch die Versorgung von Beatmungspatienten im Rahmen von Wohngemeinschaften möglich (Abb. 4). In diesem Fall ist jedoch der Einsatz von Fachkräften zwingend vorgeschrieben.

Der kumulierte Pflegeaufwand der Mitglieder der Wohngemeinschaft sollte so groß sein, dass sich aus dem Gesamtaufwand von Grund- und Behandlungspflege eine Doppelbesetzung der beiden Tagschichten herleiten lässt.

Ein erfreulicher Nebeneffekt des Wohngemeinschaftsprinzips ist die Vermeidung des sogenannten Burn-out-Syndroms bei den Pflegekräften, das vor allem bei ausschließlicher Wachkomapflege verstärkt zu beobachten ist. *„Eine der erstaunlichsten Beobachtungen in den Wohngemeinschaften ist der geringe Krankenstand der dort tätigen Pflegekräfte. Im Vergleich zum stationären Pflegebereich, aber auch zur „normalen“ ambulanten Pflege ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in den Wohngemeinschaften sehr hoch.“* (PAWLETKO, 2002, S 45). Nach unseren eigenen Beobachtungen ist dieses auch mit einer vergleichsweise geringen Fluktuation der Mitarbeiter und damit einer hohen Konstanz der pflegerischen Versorgung verbunden.

4.4 Therapien

Die therapeutische Versorgung erfolgt wie auch in vollstationären Einrichtungen auf Grund von ärztlichen Verordnungen durch Mitarbeiter von therapeutischen Praxen der Umgebung. Für die Versorgung von Wachkomapatienten ist eine Zusammenarbeit mit

- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten und
- Logopäden

erforderlich. Musiktherapie wird von den Krankenkassen im allgemeinen leider nicht übernommen. Im Idealfall werden wöchentlich 5 Physiotherapienwendungen und 5 Ergotherapieanwendungen verordnet und genehmigt.

Die vom ambulanten Pflegedienst eingesetzten Kräfte müssen sich bei ihrer pflegerischen Arbeit ebenfalls als ein wesentliches Glied in der therapeutischen Versorgung verstehen, ergänzt durch die wertvolle Mitarbeit der Angehörigen, wo diese möglich ist.

Jede Pflegemaßnahme kann bei geeigneter Ausführung von therapeutischem Nutzen sein. Wichtig ist dabei die menschliche Zuwendung und die ständige Ansprache und Stimulation.

Eine der fundamentalsten Therapiemaßnahmen ist, die Wachkomapatienten jeden Tag über mehrere Stunden bis hin zu ganzen Tagen im Rollstuhl zu mobilisieren und dabei im Rahmen ihrer Möglichkeiten am Gemeinschaftsleben teilnehmen zu lassen. Dieses sollte auf keinen Fall aus Bequemlichkeit oder Zeitmangel unterbleiben.

4.5 Ärztliche Versorgung

Die ärztlich Versorgung erfolgt am besten durch zwei Ärzte, einen Allgemeinmediziner und einen Anästhesiologen. Diese Kombination hat sich in der von uns versorgten Wohngemeinschaft gut bewährt. Die Ärzte werden durch weitere Fachärzte ergänzt, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden.

Es findet eine regelmäßige ärztliche Visite einmal in jeder Woche statt, an der jeweils ein Fachkraft des Pflegedienstes teilnimmt.

Ein Problem stellt mitunter die Weigerung einiger Fachärzte dar, Hausbesuche durchzuführen. In diesem Falle erfolgt die fachärztliche Versorgung besser in einem der nahegelegenen Krankenhäuser. Für die Versorgung in akuten Notfällen ist es erforderlich, dass ein Krankenhaus schnell erreicht werden kann.

5. Räumliche Anforderungen

An die Unterkunft einer Wohngemeinschaft sind weder die für kleine Häuser manchmal unsinnigen Anforderungen der Heimmindestbauverordnung noch die teils darüber hinaus gehenden Vorgaben der überregionalen Sozialhilfeträger anzuwenden. Es handelt sich um eine privatrechtliche Wohnform, auf die zunächst nur die allgemein geltenden Gesetze anzuwenden sind. Besondere Anforderungen ergeben sich aus rein sachlichen Gesichtspunkten unter der besonderen Berücksichtigung der Erfordernisse der Wachkomaversorgung, bei denen die Vorstellungen der Angehörigen so weit dies möglich ist berücksichtigt werden sollten. Sehr weitgehende Forderungen reichen von 20 qm bis 28 qm für Einzelzimmer bzw. 28 qm bis 35 qm für Doppelzimmer (SCHÄDELHIRNPATIENTEN IN NOT E:V., 1997, S 22) Derartig hohe Forderungen scheinen unter Abwägung der Kostenauswirkungen und der praktischen Realisierbarkeit aber wohl doch etwas übertrieben.

Auf Grund der zahlreichen Gerätschaften wie Nahrungsmittelpumpe, Absauggerät, Ultraschallinhalator, Sauerstoffgerät sowie auf Grund der Anforderungen, die sich aus der täglichen Mobilisation außerhalb des persönlichen Wohnraums ergeben, muss die Größe der einzelnen Wohneinheiten zwar etwas größer bemessen sein als für Bewohner, die sich nicht im Wachkomazustand befinden. Auf Grund unserer eigenen Erfahrungen ist bei Einzelzimmern eine Raumgröße von ca. 16 qm bis 20 qm und bei Doppelzimmern von 22 qm bis 26 qm ausreichend. Da für die Aufnahme von Wohngemeinschaften oft bestehende Gebäude verwendet werden dürften, wird man bei den räumlichen Anforderungen teils auch Kompromisse eingehen müssen, bei denen der geplanten Belegung der Zimmer jedoch immer Rechnung zu tragen ist.

Doppelzimmern ist bei der Unterbringung von Wachkomabewohnern gemäß den Anforderungen der Arbeitsgruppe Qualität in der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F der Vorzug zu geben. Der Grund liegt in der erwarteten höheren Frequenz der Kontakte zum Pflegepersonal. Diese Anforderung fällt in Wohngemeinschaften jedoch weniger ins Gewicht, weil die tägliche Mobilisierung außerhalb des persönlichen Wohnraums wesentlicher Bestandteil dieses Konzeptes ist. Ein anderer wichtiger Gesichtspunkt dieses Konzeptes ist die anzustrebende Unterkunftsmöglichkeit von Angehörigen im persönlichen Wohnraum der Wachkomapatienten. Dieses führt zu einer Bevorzugung von Einzelzimmern. Die mobilen Mitglieder der gemischten Wohngemeinschaften sollten ohnehin überwiegend in Einzelzimmern wohnen.

Die Zimmer sollten hell und möglichst mit niedrigen Fensterbrüstungen ausgestattet sein, um nicht den Blick nach draußen zu behindern.

Die vom überörtlichen Sozialhilfeträger oft geforderte Ausstattung mit Nasszellen, ist bei Wachkomapatienten meist nur von geringem Nutzwert und würde bei den meisten ansonsten gut

geeigneten Unterkunftsmöglichkeiten nur schwer zu verwirklichen sein. Diese Forderung ist daher in unserem Konzept nicht vorgesehen.

Die Transportwege müssen zwingend die problemlose Mobilisation im Gemeinschaftsraum, im Garten oder in der näheren Umgebung zulassen. Falls dieses nicht der Fall ist, ist das betreffende Gebäude nicht für den vorgesehenen Zweck geeignet.

Ein ausreichend großer Balkon, eine Terrasse oder ein zugänglicher Garten ist nicht nur für die mobilen Bewohner sondern auch für die Wachkomapatienten eine erhebliche Bereicherung und führt zu zusätzlichen Stimulationen der Sinne.

Erfahrungsgemäß werden Wachkomapatienten vorwiegend im Bett gepflegt und gewaschen. Die Unterkunft der Wohngemeinschaft muss jedoch über ein ausreichend großes Bad verfügen mit einer für Wachkomapatienten geeigneten Badewanne. Falls die Benutzung eines Lifters nicht möglich ist, sind geeignete Hebeeinrichtungen fest zu installieren.

Der Gemeinschaftsraum muss in Hinblick auf die große Anzahl aufzunehmender Rollstühle ausreichend bemessen sein. Eine Raumgröße von mindestens 3 qm je Mitglied der Wohngemeinschaft einschließlich der mobilen Mitglieder ist zu empfehlen.

Eine Schwesternrufanlage wird es in Wohngemeinschaften im allgemeinen nicht geben. Diese ist wegen der geringen Größe des Quartiers auch nicht erforderlich. Im Hinblick auf die Versorgung von Wachkomapatienten ist jedoch darauf zu achten, dass die Zimmer entweder durchgängig mit Telefonen ausgestattet sind oder die Pflegekräfte mit mobilen Telefonen.

6. Einbindung der Angehörigen

Dieser Punkt des Konzeptes ist von zentraler Bedeutung. Die Rolle von Angehörigen ist bei der angestrebten Zustandsverbesserung der Wachkomapatienten von sehr großer Bedeutung. Auf Grund der wirtschaftlichen Zwänge, denen ein Pflegedienst unterliegt, wird es nur in besonderen Situationen vorkommen, dass Pflegekräfte mehrere Stunden bei einem einzigen Wachkomapatienten verbringen. Bei engagierten Angehörigen stellt dieses jedoch keine Ausnahme dar. Nach unseren Beobachtungen verbringen diese oft mehrere Stunden bei den Patienten, um sich mit ihnen zu beschäftigen. Auch die gefühlsmäßige Bindung zwischen den Familienangehörigen ist nicht zu ersetzen. Die Pflegekräfte werden bei der richtigen Einstellung den Wachkomapatienten zwar im Idealfall neben der reinen Versorgung auch mit viel menschlicher Zuwendung begegnen, sie werden dabei durch die Mitbewohner womöglich auch unterstützt. Die Zuwendung wird jedoch nur selten so intensiv sein, wie sie bei Familienangehörigen intakter Familien zumindest sein kann, auch wenn es gelegentlich Beispiele gibt, wo dieses leider nicht der Fall ist.

„Unter Lebensgestaltung verstehe ich die Einbeziehung des Patienten ins Familienleben.“
(UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE, 2000, S 30).

Eines der Ziele des hier vorgestellten Konzeptes ist daher, eine mögliche Rückkehr von Wachkomapatienten in den Kreis ihrer Familie zu fördern. Dieses soll einerseits dadurch erreicht werden, dass der Zustand des Patienten soweit stabilisiert bzw. verbessert wird, dass dieses ohne Risiko für ihn möglich ist. Die Notwendigkeit das Tracheostoma abzusaugen, lässt sich in den meisten Fällen nach und nach reduzieren. Möglicherweise lässt sich das Tracheostoma auch ganz entfernen. Falls der Zustand des Patienten und die Struktur der Familie eine Rückkehr in die Familie erlauben und dieses von den Angehörigen gewollt ist, bietet der Pflegedienst den Angehörigen, die zukünftig die Pflege des Wachkomapatienten übernehmen sollen, ein entsprechendes Training an, um sie auf ihre zukünftige Aufgabe vorzubereiten. Für dieses Training ist eine Unterbringung in der Nähe des Wachkomapatienten wenn möglich im Wohnraum desselben erforderlich. Im Rahmen dieses Trainingsprogramms übernehmen die Familienangehörigen unter Anleitung und Kontrolle nach und nach die Aufgaben, die sonst von Pflegekräften ausgeführt werden.

Auch nach der Rückkehr wird eine Begleitung oder teilweise Entlastung der Familien durch den bereits in der Wohngemeinschaft eingesetzten Pflegedienst angeboten, falls die Entfernung dieses zulässt. Auch eine zeitweilige Rückkehr der Wachkomapatienten in die Wohngemeinschaft im Falle von Krankheit oder Urlaub gehört mit zu diesem Konzept.

In vielen Fällen wird aber eine Rückkehr des Patienten in den Kreis der Familie nicht möglich sein, entweder weil sein Zustand dieses nicht zulässt oder weil die Familie keine geeignete

Struktur aufweist (wenn z.B. nur bereits betagte Eltern vorhanden sind). In diesen Fällen werden die Wachkomapatienten auf Dauer in der Wohngemeinschaft leben. Aber auch in diesen Fällen soll den Angehörigen eine Unterbringung im Haus oder im Wohnraum der Patienten aus den oben genannten Gründen angeboten werden. Die Zimmer, die dieses von Größe und Zuschnitt her erlauben, sollten daher mit einer Schlafcouch ausgestattet sein.

Eine Mitarbeit der Angehörigen bei der Pflege sollte nicht verwehrt werden. Es ist lediglich darauf zu achten, dass diese fachgerecht erfolgt, dass z. B. die erforderlichen Hygienemaßnahmen eingehalten werden.

Um den Erfahrungs- und Informationsaustausch zu fördern, sollte den Angehörigen einmal im Monat die Teilnahme an einem gemeinsamen Treffen angeboten werden, an dem auch Vertreter der Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Therapie teilnehmen, wobei bei besonderen Anlässen auch eine gelegentliche Teilnahme eines Arztes oder des Vermieters ermöglicht werden sollte.

7. Finanzielle Auswirkungen

Die Auswirkungen der hier beschriebenen Versorgungsform auf die Struktur der Kosten und der Kostenträger im Vergleich zu einer Versorgung im Heim ist ganz erheblich. Eine Verwirklichung des hier vorgestellten Konzeptes unter den starren und ungeeigneten Vorgaben des Heimgesetzes müsste trotz der erheblichen sachlichen Vorteile aus wirtschaftlichen Gründen scheitern. Kleine Einheiten sind an sich schon kostenintensiver, weil gewisse Rationalisierungsmöglichkeiten nicht vorhanden sind. Dieses wird aber durch das Heimgesetz und die zugehörigen Verordnungen noch verschärft.

Vorteile ergeben sich auf der Kostenseite durch den Wegfall bestimmter Vorschriften des Heimgesetzes, die allenfalls für große Häuser einen Sinn machen, von deren Vertretern das Heimgesetz mit beeinflusst worden ist. Vorteile ergeben sich auch durch einen flexibleren und sachgerechteren Einsatz des Personals.

Die größten Unterschiede zum Heim sind jedoch nicht in der Kostenstruktur sondern in der Kostenträgerstruktur zu sehen. Durch die gesetzlichen Vorgaben gehört die Durchführung der Behandlungspflege zu den Aufgaben der Heime und belastet damit finanziell die Heimbewohner und ihre Angehörigen, obwohl es sich eigentlich um Aufgaben handelt, die von der Krankenversicherung zu bezahlen sind. Verschärft wird diese Belastung häufig noch dadurch, dass bei der Einstufung der Heimbewohner die Behandlungspflege gemäß den gesetzlichen Vorgaben nicht berücksichtigt wird. Die Gesetze sind hier inkonsistent. Dies führt dann zu solchen Verwerfungen, dass ein Wachkomapatient, der zusätzlich Beatmungspatient ist und mit schwersten Ulcera aus der Klinik entlassen wird, wie tatsächlich geschehen in Pflegestufe II eingestuft wird.

Bei ambulanter Versorgung bestehen diese Probleme nicht. Die erforderliche und vom Arzt verordnete Behandlungspflege, muss gemäß SGB V von den Krankenkassen getragen werden. Dieses bedeutet gerade für die Angehörigen von Wachkomapatienten, bei denen der Behandlungspflegeaufwand den Grundpflegeaufwand übersteigt, eine ganz erhebliche Entlastung. Der Eigenanteil der Kosten übersteigt im allgemeinen nicht den Selbstkostenanteil eines normalen Heimbewohners mit Pflegestufe II.

8. Ein Tag in der Wohngemeinschaft

Die Nacht ist heute ruhig verlaufen, ohne Komplikationen. Schwester S. vom ambulanten Pflegedienst hat die vier Wachkomapatienten, die zur Zeit Mitglieder der Wohngemeinschaft sind, regelmäßig alle zwei Stunden neu gelagert und abgesaugt, wobei sie durch Herrn E. unterstützt wurde, der in den letzten Tagen im Zimmer seiner Ehefrau die Nacht verbrachte. Zwei mal hat Schwester S. einen der mobilen Bewohner zur Toilette begleitet.

Gegen morgen beginnt Schwester S. mit dem Einrichten der Sondennahrung. Den Tee für den kommenden Tag hat sie nachts gekocht und abgefüllt. Die Wachkomapatienten müssen von der zweifach besetzten Frühschicht versorgt werden, weil die Grundpflege nur von zwei Pflegekräften gemeinsam durchgeführt werden soll. Die acht übrigen Mitglieder der Wohngemeinschaft stehen nach und nach auf. Sie gestalten ihren Tagesablauf weitgehend selbst. Jeder kann aufstehen, wann er will. Jeder stellt sich sein Frühstück und auch das Abendessen aus den gemeinsamen Vorräten selbst zusammen. Für eigene Lebensmittel steht in den Zimmern der mobilen Bewohner jeweils ein Kühlschrank zur Verfügung.

Schwester H. und die Krankenpflegehelferin J. treffen kurz vor 7:45 Uhr ein. Bis 8:00 Uhr erfolgt die Übergabe. Dann treffen auch die beiden Hauswirtschaftskräfte ein, die Angestellte eines anderen Dienstleistungsunternehmens sind. Später kommt auch noch die Schwester eines der mobilen Bewohner dazu, die sich ehrenamtlich für die Wohngemeinschaft einsetzt.

Nach der Übergabe beginnt die Durchführung der Grundpflege, zunächst bei den mobilen Mitgliedern der Wohngemeinschaft, die noch nicht von Schwester S. versorgt worden sind. Einige können noch alles selbst verrichten. Die notwendige Hilfestellung beim anschließenden Frühstück, wird von den Hauswirtschaftskräften durchgeführt.

Nachdem alle außer einigen Spätaufstehern versorgt sind, ist es Zeit, sich auch der noch nicht versorgten Wachkomapatienten anzunehmen. Bei der Grundpflege werden der Krankenpflegehelferin J. durch Schwester H. die Grundlagen der basalen Stimulation und des Bobathprinzips erklärt. Sie ist erst kürzlich dem Team beigetreten. Die Versorgung erfolgt auch nicht stillschweigend, sondern ist dadurch gekennzeichnet, dass die ganze Zeit über mit den Wachkomapatienten gesprochen wird. Das Gespräch beschränkt sich dabei nicht nur auf die Ankündigung der durchgeführten Pflegehandlungen sondern beschäftigt sich auch mit normalen Dingen des Lebens. Bei Frau E. hat seit einigen Tagen der Ehemann auf der Schlafcouch im Zimmer seiner Frau übernachtet. Diese hat sich in letzter Zeit sehr gut entwickelt. Ihre Gesundheit hat sich immer weiter stabilisiert. Das Tracheostoma konnte vor drei Wochen entfernt werden. Er wird auf die bevorstehende Verlegung seiner Frau ins eigene Haus vorbereitet.

Am Ende der morgendlichen Pflege werden alle Wachkomapatienten in ihrem Rollstuhl in den gemeinsamen Wohnraum gefahren. Frau K., die meistens als letzte aufsteht, sitzt noch am Frühstückstisch.

Da es warm ist und die Sonne scheint, versammeln sich die meisten der mobilen Bewohner am Sitzplatz vor dem Haus, der ihnen mehr zusagt als die Terrasse auf der Gartenseite. Gemäß dem Grundsatz, dass die Wachkomapatienten so weit wie möglich am Gemeinschaftsleben beteiligt werden sollen, werden drei von ihnen auch dorthin gebracht. Der vierte ist erst seit kurzem Mitglied der Wohngemeinschaft und sein Gesundheitszustand ist noch nicht stabil genug. Er bleibt zunächst im Wohnzimmer. Auch beim Sitzen im Rollstuhl wird darauf geachtet, dass alle zwei Stunden eine leichte Gewichtsverlagerung vorgenommen wird.

Als der Ergotherapeut in der Wohngemeinschaft eintrifft, werden nach und nach die einzelnen Patienten zur Therapie in ihre Zimmer gebracht, wo sie auch falls erforderlich vom Pflegedienst versorgt werden.

Das Mittagessen wird im großen Wohnzimmer eingenommen. Die meisten Mitglieder der Wohngemeinschaft nehmen es gemeinsam ein, weil sie Wert auf Gesellschaft legen. Sie bestimmen jedoch selbst, wann sie ihr Mittagessen einnehmen.

Herr E. macht am frühen Nachmittag mit seiner Frau einen Spaziergang in die nähere Umgebung des Hauses, nachdem Schwester H. die Patientin kurz in Augenschein genommen hat. Er wird von zwei der mobilen Mitglieder der Wohngemeinschaft begleitet. Auf Anregung von Herrn E. nehmen diese Frau K, eine erst vierzigjährige Wachkomapatientin, mit. Ihr Gesundheitszustand lässt dieses ohne Bedenken zu.

Als die Gruppe zurückkommt, ist bereits der Physiotherapeut im Hause eingetroffen und hat mit der Durchführung der Krankengymnastik begonnen. Der Pflegedienstleitung ist es gemeinsam mit dem Intensivanästhesisten, der die schwer pflegebedürftigen Mitglieder der Wohngemeinschaft medizinisch betreut, gelungen, bei den Krankenkassen wöchentlich 5 Ergo- und 5 Physiotherapieanwendungen bewilligt zu bekommen.

Die Frühschicht wird um 15 Uhr durch den Pfleger O. und die Krankenpflegehelferin K. abgelöst.

Am Nachmittag wird heute bei Kaffee und Kuchen der Geburtstag von Frau I., eines der mobilen Mitglieder der Wohngemeinschaft, gefeiert. Es sind mehrere Angehörige eingetroffen, die Geschenke und eine Torte mitgebracht haben. Alle nehmen zusammen an der Kaffeetafel Platz. Selbstverständlich sind auch die vier Wachkomapatienten mit dabei. Es ist deutlich zu beobachten, dass der Blick der Wachkomapatientinnen Frau E. und Frau K. immer wieder auf die

Gruppe der Besucher fällt. Anscheinend können sie diese von den ihnen bekannten Personen unterscheiden. Auch die Pflegedienstleiterin und der Vermieter der Wohnräume nehmen an der gemeinsamen Feier ein. Die Pflege des Kontaktes zu den Mitgliedern der Wohngemeinschaft und ihren Angehörigen ist für beide ein wichtiger Teil ihrer Tätigkeit.

Bei Bedarf werden die Wachkomapatienten zur Hygieneversorgung auf ihre Zimmer gebracht, nehmen danach aber wieder am Gemeinschaftsleben teil.

Am frühen Abend ist zu spüren, dass sie durch die Ereignisse des Tages stark beansprucht wurden. Drei von ihnen schlafen bereits und fallen daher für die Aufnahme von Stimulationen der Umgebung vollkommen aus. Die diensthabende Krankenschwester entschließt sich daher, die Patienten jetzt nacheinander zu Bett zu bringen.

Die abendliche Grundpflege wird erst später durchgeführt, wenn die meisten der mobilen Mitglieder der Wohngemeinschaft bereits zu Bett gegangen sind.

Pünktlich um 21:45 Uhr trifft dann Schwester S. wieder in der Wohngemeinschaft zur Übergabe ein.

9. Erfahrungsberichte / Fallbeispiele

In den zurückliegenden Jahren haben wir die hier dargelegten Gedanken weitgehend in einer vollstationären Einrichtung vergleichbarer Größe gemäß unserem langjährigen Motto "Kein Heim sondern ein Zuhause" zu verwirklichen gesucht.

Die dabei gewonnenen wertvollen Erfahrungen haben zur Entwicklung des hier dargelegten Konzeptes beigetragen, das zu Beginn des Jahres 2003 als Wohngemeinschaft mit gemischter Mitgliederstruktur verwirklicht und seit dem ca. 18 Monate erprobt wurde. Die Fallbeispiele, bei denen die Versorgung unter weitgehend gleichen Bedingungen erfolgte, wie später in der Wohngemeinschaft, werden daher an dieser Stelle entsprechend gekennzeichnet mit aufgeführt.

Bei der quantitativen Bewertung der Fähigkeiten der Patienten haben wir nicht auf den vielfach verwendeten Barthel-Index zurückgegriffen, weil dieser in der anfänglichen Remissionsphase keine hinreichend große Auflösung bietet. Statt dessen haben wir den Zustand der Patienten an Hand der Koma-Remissions-Skala (Universität Witten/Herdecke, 2000, Anlage) bewertet, die eine genauere Darstellung von Zustandsveränderungen bei beginnender Remission erlaubt.

Die von uns zu Beginn und gegen Ende des Aufenthaltes in der Gemeinschaft ermittelten Werte sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Fall 1

Alter bei der Aufnahme:	72 a
Geschlecht, Familienstand:	männlich, verheiratet, 2 Kinder
Aufnahmezeitpunkt:	• 3 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes nach hypoxischem Hirnschaden
Zustand bei der Aufnahme:	• Wenig Reaktionen auf optische und akustische Reize • Durchblutungsstörungen, stark verschleimt, Neigung zu Sauerstoffmangel, muss häufig abgesaugt werden Koma-Remissions-Skala: 5 Punkt
Besonderheiten:	mehrere Wochen unerkannte MRSA-Kontamination
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 8 Monate. • Ganztägige Mobilisation im Rollstuhl im Wohnraum, gelegentlich außerhalb des Hauses, • intensive Mitarbeit der Angehörigen, mehrstündiger Besuch der Ehefrau ca. vier mal in der Woche
Zustand bei Entlassung:	• starke Verringerung der Notwendigkeit abzusaugen • MRSA-Kontamination nach vier Wochen saniert, Gesundheitszustand sonst unverändert. • Deutliche Reaktionen auf die Umgebung • Reagiert auf Ansprache und Musik und optische Reize • Reagiert auf das Foto der Enkelin • Führt bei Reizung des Geschmacksempfindens Schluckbewegungen aus • Gibt bei entsprechenden Stimulationen Töne von sich, die man z. B. als Ausdruck von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit erkennen kann • Koma-Remissions-Skala: 14 Punkte

Fall 2

Alter bei der Aufnahme:	37 a
Geschlecht, Familienstand:	weiblich, ledig, keine Kinder
Aufnahmezeitpunkt:	• 5 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes nach hypoxischem Hirnschaden
Zustand bei der Aufnahme:	• kaum Reaktionen auf die Umgebung • Neigung zu Schweißausbrüchen • häufige Erfordernis abzusaugen • bekannte MRSA-Kontamination • gelegentliche epileptische Anfälle • Koma-Remissions-Skala: 3 Punkte
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 14 Monate • MRSA-Kontamination nach ca. 12 Wochen saniert, • zwei mal erfolgreiche Reanimation durch die PDL bei drohendem Atem- und Herzstillstand, später deutliche Stabilisierung des Gesundheitszustandes, • ganztägige Mobilisation im Rollstuhl im Wohnraum (Abb. 1 u. 9), teilweise auch außerhalb des Hauses • nur gelegentliche Besuche der Angehörigen ohne wesentliche Mitarbeit • die Erfordernis abzusaugen konnte nach und nach sehr stark reduziert werden
Zustand bei Entlassung:	• deutliche Reaktionen auf die Umgebung • reagiert auf Ansprache, Musik und optische Reize • Führt bei Reizung des Geschmacksempfindens Schluckbewegungen aus • Verfolgt gezielt Personen oder Gegenstände • Versucht Worte zu artikulieren • Koma-Remissions-Skala: 16 Punkte

Fall 3 (vor 2003)

Alter bei der Aufnahme:	39 a
Geschlecht, Familienstand:	weiblich, verheiratet, keine Kinder
Aufnahmezeitpunkt:	• 3 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes nach hypoxischem Hirnschaden
Zustand bei der Aufnahme:	• schwache Reaktion auf die Umgebung durch Strampeln mit den Beinen • Kopf hängt beim Sitzen im Rollstuhl • Gesundheitszustand sehr stabil • mittlere Erfordernis abzusaugen • Koma-Remissions-Skala: 6 Punkte
Besonderheiten:	starke Spannungen zwischen Ehemann und Vater
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 22 Monate • ganztägige Mobilisation im Rollstuhl, teilweise außerhalb des Hauses (Abb. 3), gelegentliche Besuche des Ehemannes mit rückläufiger Tendenz, häufige Besuche und intensive Mitarbeit des Vaters • Der Patient beginnt im Laufe von einigen Monaten stark auf äußere Reize zu reagieren • fängt nach ca. 6 Monaten an, auf Scherze zu reagieren und zu lachen (Abb. 2). Offensichtlich ist Sprachverständnis und -verarbeitung vorhanden aber zunächst noch keine Möglichkeit, selbst sprachlich zu reagieren • Rehaklinikaufenthalt nach acht Monaten für 6 Wochen. Deutliches Wiedererkennen der Pflegedienstleitung bei einem Besuch in der Rehaklinik
Zustand bei Entlassung:	• Zunehmende Reaktionen auf verbale Ansprache. Reagiert mit deutlicher Zuneigung und Abneigung auf unterschiedliche Pflegekräfte • Entfernung der Trachealkanüle • Artikulation einfacher Worte • Aufrechte Kopfhaltung im Rollstuhl • Koma-Remissions-Skala: 22 Punkte

Fall 4 (vor 2003)

Alter bei der Aufnahme:	63 a
Geschlecht, Familienstand:	weiblich, verheiratet, 4 Kinder
Aufnahmezeitpunkt:	• mehr als 12 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes durch Herzstillstand nach Verkehrsunfall
Zustand bei der Aufnahme:	• schwache Reaktionen auf die Umgebung • Reaktionen der Atmung besonders auf menschliche Zuwendung und Ansprache • Gesundheitszustand sehr instabil • häufige Infektionen, häufige Erfordernis Abzusaugen • Koma-Remissions-Skala: 5 Punkte
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 28 Monate • mehrstündige Mobilisation im Rollstuhl • fast täglich Besuche des Ehemannes • gelegentliche Besuche der vier Kinder • mehrere Krankenhausaufenthalte erforderlich • reagiert bei einem Besuch der Pflegedienstleiterin im Krankenhaus auf deren Stimme mit extrem aufgeregter Atmung
Zustand bei Entlassung:	• Gesundheitszustand wenig verbessert • Mentaler Zustand deutlich verbessert • Koma-Remissions-Skala: 10 Punkte

Fall 5

Alter bei der Aufnahme:	66 a
Geschlecht, Familienstand:	weiblich, verheiratet, 1 Tochter
Aufnahmezeitpunkt:	7 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes infolge Gehirnblutung
Zustand bei der Aufnahme:	• kaum beobachtbare Reaktionen auf äußere Reize • Gesundheitszustand sehr instabil • 24h tägliche O2-Gabe erforderlich • Überwachung der Sauerstoffsättigung • bekannte MRSA-Kontamination • sehr häufiges Absaugen erforderlich • zwei erfolgreiche Reanimationen durch die Pflegedienstleiterin innerhalb der ersten vier Wochen • Koma-Remissions-Skala: 3 Punkte
Aufenthalt:	• zunächst keine Mobilisierung im Rollstuhl möglich • nach 4 Wochen zunächst mehrstündige Mobilisierung • nach 6 Wochen Mobilisierung ganztägig im Rollstuhl • ein bis zwei mal in der Woche mehrstündiger Besuch des Ehemannes oder der Tochter • Nach Beginn der Mobilisierung sehr deutliche Steigerung der Wachheit, Blickkontakt wird möglich • langsame Reduzierung der Absaugfrequenz • 3 Monate nach Beitritt zur Gemeinschaft Sanierung der MRSA-Kontamination, danach Mobilisierung im Wohnzimmer (Abb. 8) verbunden mit einer weiteren Stärkung der Reaktionen auf die Umgebung • Koma-Remissions-Skala: 19 Punkte

Fall 6 (vor 2003)

Alter bei der Aufnahme:	37 a
Geschlecht, Familienstand:	männlich, verheiratet, 2 Kinder
Aufnahmezeitpunkt:	3 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes infolge Hirnblutung nach Verkehrsunfall
Zustand bei der Aufnahme:	• wenig Reaktionen auf die Umgebung • Gesundheitszustand sehr labil, häufiges Absaugen, Neigung zu Schweißausbrüchen • bekannte MRSA-Kontamination, zunächst nicht erkannte Infektion der gesamten Bauchhöhle • Koma-Remissions-Skala: 4 Punkte
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 14 Monate • Sanierung der MRSA-Kontamination nach 2 Monaten • zwei mal erfolgreiche Reanimation durch die Pflegedienstleiterin nach akuter Verschlimmerung der Bauchhöhleninfektion, Einweisung in die Klinik auf die Intensivstation • zunächst keine Mobilisation im Rollstuhl möglich, erst nach Rückkehr aus der Klinik (Abb. 5) • gelegentliche Besuche der Ehefrau, tägliche Besuche der Mutter, sehr intensive Mitarbeit der Mutter • mehrwöchiger Aufenthalt der Mutter im Hause mit Übernachtung in einem der Gästezimmer • langsame Zunahme der Wachheit und der Reaktionen machen einen Aufenthalt in einer Rehaklinik sinnvoll, danach Rückkehr des Patienten nach Hause • Vor dem Verlassen der Einrichtung kaum noch Absaugen erforderlich, Entfernen der Trachealkanüle • Koma-Remissions-Skala: 17 Punkte

Fall 7 (vor 2003)

Alter bei der Aufnahme:	55 a
Geschlecht, Familienstand:	weiblich, verheiratet, 1 Tochter
Aufnahmezeitpunkt:	4 Monate nach Beginn des Wachkomazustandes infolge Gehirnblutung
Zustand bei der Aufnahme:	• starke Spastik • häufiges Absaugen erforderlich • starke Angstzustände • Kopf muss gestützt werden • hohe Infektionsrate. • Koma-Remissions-Skala: 3 Punkte
Aufenthalt:	• Aufenthaltsdauer 12 Monate, • ganztägige Mobilisation im Rollstuhl, häufig im Garten, • fast tägliche Besuche des Ehemannes, sehr intensive Mitarbeit des Ehemannes (Abb. 6) • Größter Wunsch der Patientin nach Aussage des Ehemannes: Teilnahme an der Hochzeit der einzigen Tochter. Dieser Wunsch wurde durch den Pflegedienst unter Mitnahme des erforderlichen medizinischen Gerätes ermöglicht (Abb. 7)!
Zustand bei der Entlassung:	• Keine Spastik, freie Kopfhaltung • geringe Erfordernis abzusaugen • Reagiert deutlich auf die Umgebung, Verfolgt Personen und Gegenstände mit den Augen • verringertes Infektionsrisiko • Koma-Remissions-Skala: 22 Punkte

In der Angehörigengruppe Rhein-Ruhr des Verbandes "Schädelhirnpatienten in Not e.V." wurden in Gesprächen mit Angehörigen Informationen über eine 26 Jahre alte Wachkomapatientin gesammelt, die im Folgenden auszugsweise wiedergegeben werden:

Fall 8

„Es konnte niemand helfen.“ Da sich der Zustand noch weiter verschlechterte und eine Heilung nach Ansicht der Ärzte Aussichtslos war, wurde S. am 1. Februar 2001 nach Mechernich ins Haus [...] verlegt. Der Hinweis an die Mutter „S. hat nur noch kurze Zeit zu leben. Sie müssen loslassen!“

S. bekam einen Darmverschluss, der erfolgreich behandelt wurde. S. hatte hohes Fieber, ihr ging es sehr schlecht, sie wurde beatmet, kämpfte erfolgreich gegen mehrere Thrombosen. Das alles hatten die Ärzte vorhergesehen. Nur in einem hatten sie sich geirrt:

S. ist nicht gestorben!

Sie wurde im April 2001 in das Haus eines mobilen Pflegedienstes nach M. verlegt. S. hat ein Zimmer in diesem Haus gemietet, wurde rund um die Uhr hervorragend gepflegt und betreut. Ihre Mutter konnte sie täglich besuchen. Gezielte Therapien von Logopädinnen, Ergotherapeuten und Krankengymnastinnen **verbunden** mit einer angepassten Medikation und guter ärztlicher Betreuung führten dann nach gut einem Jahr zu kleinen Fortschritten. Der körperliche Zustand besserte sich zunehmend.

Der große Durchbruch kam dann erst im Herbst 2002. [...] Sie hatte erstmals ihre Mutter angesehen und fixiert und verfolgt für kurze Zeit Gegenstände mit den Augen.

Die Phasen wiederholen sich in der Folgezeit häufiger und halten immer länger an. S. versucht zu sprechen, wird sich nach und nach ihrer Situation bewusster und ärgert sich offenbar über ihren Zustand.....Langsam kommt auch die Motorik in Armen und Beinen zurück. S. sitzt viel aufrecht, wird im Rollstuhl gefahren, macht so mit ihrer Mutter die ersten Ausflüge ums Haus.

S. fängt an zu lesen, sie schreibt auf, was sie möchte und vermittelt ihrer Mutter auf diese Art und durch Gesten: **„Ich will leben! Ich will so werden, wie ich einmal war!“**

Die Versuche zu sprechen scheitern weitgehend an der Trachealkanüle. Es wird daher eine Sprechkanüle eingesetzt, S. beginnt zu sprechen."

Da auch die Sprechkanüle stört, wird sie schließlich mit Erfolg entfernt. "S. spricht fließend [...]. Inzwischen formuliert sie ihre Sätze selbst und beteiligt sich an Unterhaltungen."

Tabelle 1: Einzelwerte nach der Koma-Remissions-Skala

Tabelle 1 : Einzelwerte nach der Koma-Remissions-Skala

	Fall 1		Fall 2		Fall 3		Fall 4		Fall 5		Fall 6		Fall 7	
	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende
Aufnahmezeitpunkt nach Ereignis [Monate]	3		5		3		12		7		3		4	
Aufenthalts- dauer [Monate]	8		14		22		28		4		14		12	
1 Erweckbarkeit/ Aufmerksamkeit	2	3	0	3	1	5	2	2	1	4	0	3	1	4
2 Motorische Antwort	1	3	2	4	2	5	0	2	2	6	1	4	0	6
3 Reaktion auf akustischen Reiz	1	3	1	3	1	3	1	3	0	3	1	3	1	3
4 Reaktion auf visuellen Reiz	1	2	0	3	1	4	1	2	0	3	1	3	0	4
5 Reaktion auf taktilen Reiz	0	1	0	1	1	2	1	1	0	3	1	2	1	2
6 Sprechmotorische Antwort	0	2	0	2	0	3	0	0	0	0	0	2	0	3
Summe	5	14	3	16	6	22	5	10	3	19	4	17	3	22

10. Resümee

Die Stimulation der Patienten durch die Umgebung und das sie umgebende aktive Leben hat in allen beobachteten Fällen positive Auswirkungen auf die Entwicklung. Diese werden in unersetzbarer Weise durch die Mitarbeit der Angehörigen verstärkt. Das Ausmaß der Fortschritte ist zwar unterschiedlich, es sind jedoch in allen Fällen erhebliche Verbesserungen sowohl bei den geistigen Leistungen als auch beim allgemeinen Gesundheitszustand zu erzielen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist dabei die tägliche Mobilisation sitzend im Rollstuhl, der Aufenthalt inmitten des Gemeinschaftslebens vor allem aber auch eine zeitlich ausreichende Anwesenheit der Angehörigen.

Einzelne Informationen, wie z.B. der Bericht der Frau S. (Fall 7), zeigen, dass neben uns auch andere an der Entwicklung des hier vorgestellten und erprobten Modells arbeiten. Ein belastbarer Vergleich zwischen der aktivierenden Behandlungspflege von Wachkomapatienten in gemischten Wohngemeinschaften und anderen Einrichtungen wird allerdings erst möglich sein, wenn es gelingt, diese Alternative auf eine breitere Basis zu stellen. Die bisherigen Einzelergebnisse zeigen aber, dass dieses neue Versorgungskonzept einen Vergleich mit den klassischen Versorgungsmodellen nicht zu scheuen braucht und es wert ist unter wissenschaftlicher Begleitung weiter erprobt und untersucht zu werden.

11. Literatur

Universität Witten/Herdecke, 2000, „Abschlussbericht zum Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien“

Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003, „Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse –“, herausgegeben von der Bertelsmannstiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, ISBN 3-935299-46-X

Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004 a, „Betreute Wohngruppen – ein bedarfsgerechtes Wohnangebot für die Zukunft?“, (2004), herausgegeben von der Bertelsmannstiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, ISBN 3-935299-50-8

Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004 b, „Betreute Wohngruppen – Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität - Pilotstudie“, (2004), herausgegeben von der Bertelsmannstiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, ISBN 3-935299-61-3

Deutsche Bundesregierung, 2004, „Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Eichhorn, Willi Zylajew, Dr. Maria Böhmer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/3370 –“, Parlamentsdrucksache 15/3565

Pawletko, Klaus-W., Dr, 2002, „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen“, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsfj.de

Bundesverband Schädelhirnverletzte in Not e.V., 1997, Fachreihe „Rund um das Koma“, Band Nr. 1

„Heimgesetz“ 5. neu bearbeitete Auflage, 2002, Vincentz Verlag, Hannover, ISBN 3-87870-652-9

Anhang 1 (Abbildungen)



Abb. 1: Gemeinsame Kaffeetafel



Abb. 2: Reaktion auf einen Scherz



Abb. 3: Vater und Tochter beim Ausflug in die Umgebung



Abb. 4: Beatmungspatient



Abb. 5: Mutter und Sohn vor dem Haus



Abb. 6: Gemeinsam mit dem Ehemann im Garten



Abb. 7: Auf dem Weg zur Hochzeit der Tochter



Abb. 8: Geburtstagsfeier

Anhang 2 (Koma-Remissions-Skala)

Die Koma-Remissions-Skala (KRS) wird in (UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE, 2000, S 93 und Anlage) beschrieben, wobei keine Angaben über verwendete Quellen gefunden wurden:

„Die KRS wurde 1993 von der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation entwickelt. Sie beinhaltet sechs Bereiche, wovon drei Reaktionen auf akustischen, visuellen und taktilen Reiz erheben, ein Bereich die „motorischen Antworten“ auf teilweise definierte Reize und ein Bereich die „Erweckbarkeit / Aufmerksamkeit“ misst. Außerdem werden „sprechmotorische Antworten“ erhoben. Zu jedem der Bereiche wird eine Punktzahl ermittelt, die zu einem Score addiert werden soll. Maximale Punktzahl ist 24.

Zur Erhebung werden an 2 Stellen Negative Reize verwendet (wiederholter Schmerzreiz „z.B. durch kräftiges Drehen der Hautfalte, Drücken eines Nagelfalzes oder Kitzeln der Nase“ und wiederholter Einsatz eines Knackfrosches „direkt vor dem jeweiligen Ohr“, Zitate aus der Anleitung der KRS). Im Rahmen der Anleitung zur Durchführung der Messung wurden die Teilnehmer darauf hingewiesen, dass auf die Verwendung extra zugefügter negativer Reize zu verzichten sei, da im Zusammenhang mit vielen Maßnahmen, zum Beispiel dem Pflasterwechsel oder dem Absaugen, bereits eine Schmerzreaktion ersichtlich wird.“

Der Anleitung im zweiten Teil des Zitates haben wir uns bei unserer eigenen Erhebung angeschlossen.

Beurteilungsmaßstab für die Koma-Remissions-Skala Stand 18.02.1993

1. Erweckbarkeit/Aufmerksamkeit

- 5 Pt. Patient kann seine Aufmerksamkeit über mindestens 1 Min. auf einen interessanten Reiz richten (wahrnehmbar über Sehen, Hören oder Berühren; Reiz: Personen, Gegenstände, Geräusche, Musik, Stimmen, u.s.w.), ohne durch Störreize abgelenkt zu werden.
- 4 Pt. Verharren an einem Reiz für einen erkennbaren Moment (Fixieren mit den Augen, Ergreifen und ertasten oder „Ohrenspitzen“), wird aber leicht abgelenkt oder „schaltet ab“.
- 3 Pt. Hinwenden zur Reizquelle durch Augen-, Kopf- oder Körperdrehung/-bewegung, der Patient verfolgt bewegte Objekte. Auch vegetative Reaktionen sollten beachtet werden (Patient kann nur vegetativ reagieren).
- 2 Pt. Spontanes Öffnen d. Augen ohne äußeren Reiz, z.B. im Rahmen eines Schlaf-Wach-Rhythmus.

2. Motorische Antwort

- 6 Pt. Spontanes Greifen vorgehaltener Alltagsgegenstände (bei vorhandener Sehfunktion, sonst auf den Handrücken legen) oder kann solche Gesten mit Aufforderungscharakter wegen vorhandener Lähmung bzw. Kontraktur nur verspätet oder inkonstant, aber adäquat befolgen.

Anmerkung zu den folgenden Punkten (Anwendung von Schmerzreizen):

Die Schmerzen müssen an den verschiedenen Extremitäten und am Körperstamm gesetzt werden, da regionale Wahrnehmungsstörungen bestehen können; Schmerzreiz z.B. durch kräftiges Drehen der Hautfalte, Drücken eines Nagelfalz oder Kitzeln der Nase.

- 5 Pt. Wehrt Schmerzreize auf vorherige Lokalisation hin ab, und zwar gezielt und adäquat mit Wegdrängen, Wegwischen, u.s.w.
- 4 Pt. Der Patient sollte aufgesetzt werden; durch leichte Schwerpunktverlagerung Prüfung der Gleichgewichts- und/oder Haltereaktion (Ausgleichsbewegungen von Rumpf- oder Extremitäten).
- 3 Pt. Ungezieltes Wegziehen auf Schmerzreiz oder vegetative Reaktionen (Tachykardie, Tachypnoe, Unruhe) oder Zunahme des spastischen Musters.
- 2 Pt. Starke, kaum auslösbare Beugung besonders an den Armen/Ellbogengelenken. Beine können strecken.
- 1 Pt. Typische „Dezerebrationsstarre“ mit spastischer Streckung in allen Extremitäten, oft Opistotonus (Überstreckung im Rücken / Hohlkreuz).

3. Antwort auf Akustik (Prüfung grundsätzlich außerhalb des Gesichtsfeldes des Patienten!)

- 3 Pt. Kann Stimmen oder Musik erkennen, d.h. entweder benennen oder differenziert darauf reagieren (bei bestimmten Musikstücken oder Personen z.B. freudige oder abwehrende Reaktion).
- 2 Pt. Nur Augen öffnen, Fixieren oder Hinwendungsreaktionen mit dem Kopf, z.T. begleitet von

emotionalen Äußerungen wie Lächeln, Weinen ...

- 1 Pt. Puls- oder Blutdruckanstieg, Schwitzen oder Unruhe, übermäßiges Zusammen-zucken am ganzen Körper, leichtes Auslösen von Augen blinzeln.

Anmerkung: Ähnlich wie bei der Überprüfung motorischer Reaktionen mittels Setzen von Schmerzreizen bietet sich ein Knackfroschgeräusch direkt vor dem jeweiligen Ohr (bei beiderseitiger Prüfung) als relativ stärkster nicht verletzender Reiz zu Punkt 1 und 2 an; bei erfolgter Reaktion kann orientierend von Hörvermögen ausgegangen werden und die Reize vielfältiger gestaltet werden.

4. Antwort auf optischen Reiz (muss ohne sprachlichen oder sonstigen Kommentar dargeboten werden)

- 4 Pt. Erkennen von Abbildungen, Gegenständen, Portraits bekannter Personen
3 Pt. Verfolgt Bilder u.s.w. ohne Hinweis auf Erkennen bzw. fragliches, inkonstantes Erkennen (emotionale oder vegetative Reaktionen, wie z.B. Lächeln, Atmungs-/ Herzfrequenzzunahme möglich).
2 Pt. Fixiert, ohne mit dem Blick bewegten Objekten oder Personen nachzufolgen bzw. bei Verlassen des Gesichtsfeldes sich um eine Hinwendung zu bemühen.

5. Antwort auf Berührungsreize

- 3 Pt. Kann Gegenstände, Hände anderer Personen, u.s.w. betasten und erkennen, auch wenn die Sehfunktion ausgefallen sein sollte und man die Dinge auf die Haut oder in die Hände legen muss; adäquate Reaktion auf Reize im Mund-/Gesichtsbereich (essbar/nicht essbar; z.B. auf Kuss):
2 Pt. Tastet, fühlt und greift gezielt, aber ohne adäquate Reaktion.
1 Pt. Unspezifische Reaktion auf Streicheln und Berührung (vegetative Zeichen wie Unruhe, Pulserhöhung).

6. Sprechmotorische Antwort

- 3 Pt. Patient ist in der Lage, ein verständliches Wort auszudrücken, wenn auch nicht sinn- oder situationsbezogen. Auch Namen zählen.
2 Pt. Patient äußert sich unverständlich, z.B. verwaschen, auch Silbenwiederholungen, o.ä. („ma-ma“, „au“...).

Zur Gesamtsumme: Liegen bei den einzelnen Sinneskanälen bzw. bei der Motorik komplette Ausfälle vor („blind“, „taub“, „plegisch“), so sind von der Maximalpunktzahl (24) DIE Punkte der jeweiligen Kategorie abzuziehen; dann ergeben sich z.B. 12/21 an Stelle von 12/24 Punkten.

