

**Abschlussbericht
zum Projekt**

***Entwicklung einer Zielvereinbarung
zur barrierefreien Krankenhausversorgung
von Menschen mit Mehrfachbehinderungen***

Autoren

Jens-Martin Roser, MScN

Helmut Budroni, MScN

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahе Pflege

Department für Pflegewissenschaft

Fakultät für Gesundheit

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Stand 24.10.2011

Das nachfolgend dargestellte Projekt wurde im Auftrag der Fachverbände der Behindertenhilfe und mit finanzieller Unterstützung des Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit BKB (www.barrierefreiheit.de) durchgeführt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Hintergrund</i>	1
1.2	<i>Zielvereinbarungen gem. § 5 BGG</i>	2
2	Projektbeschreibung	5
2.1	<i>Projektbeteiligte und Zusammenarbeit</i>	5
2.2	<i>Arbeitsdefinitionen</i>	5
2.3	<i>Barrierefreiheit</i>	6
2.4	<i>Zielsetzung</i>	6
2.5	<i>Vorgehen</i>	7
3	Untersuchung der Literatur	11
3.1	<i>Zielsetzung und Fragestellung</i>	11
3.2	<i>Vorgehen</i>	11
3.3	<i>Ergebnisse der Literaturuntersuchung</i>	13
3.4	<i>Schlussfolgerungen</i>	34
4	Befragung der Expert/innen.....	37
4.1	<i>Konzeptionelle Vorüberlegungen</i>	37
4.2	<i>Zielsetzung und Fragestellung</i>	40
4.3	<i>Vorgehen bei der Expertenbefragung</i>	40
4.4	<i>Ergebnisse</i>	44
4.5	<i>Schlussfolgerungen zur Expertenbefragung</i>	57
5	Erfordernisse einer barrierefreien Versorgung	59
5.1	<i>Der Beitrag des Krankenhauses</i>	60
5.2	<i>Der Beitrag der Behindertenverbände</i>	71
6	Abschließende Zusammenfassung, Bewertung und Ausblick	73
7	Literaturangaben	77
	Anhang 1: Textbausteine für eine Musterzielvereinbarung.....	81
	Anhang 2: Hinweise auf Praxisbeispiele, Dokumente und Literatur zur praktischen Anwendung.....	93
	Anhang 3: Entwurfsvorlagen	98

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen in normalen Akutkrankenhäusern ist häufig unzureichend und mangelhaft. Vor allem seit Einführung des fallgruppenbezogenen Vergütungssystems (sogenannte DRGs: Diagnosis Related Groups) der stationären Krankenhausleistungen wird Menschen mit Mehrfachbehinderung der Zugang zu einer angemessenen Behandlung und Versorgung im Krankenhaus erschwert.

Diese Einschätzung ergibt sich aus Erfahrungsberichten von Betroffenen und deren Angehörigen, aus Stellungnahmen von Fachverbänden und aus wissenschaftlichen Studien.

Es wird unter anderem von unzureichender Erfassung und Berücksichtigung der Unterstützungsbedarfe und Gesundheitsprobleme, von erheblichen Pflegemängeln, von frühzeitigen und schlecht vorbereiteten Entlassungen berichtet, von der Einforderung der Unterstützung Dritter (Angehörige oder Betreuungsdienste) als Vorbedingung für die Aufnahme.

Durch diese Formen der Fehlversorgung und Nichtberücksichtigung ihrer speziellen Bedürfnisse erfahren Menschen mit Mehrfachbehinderungen die Krankenhausbehandlung als außerordentlich schwere Belastung, - wahrscheinlich in einem ungleich höheren Maße als ihre Mitpatienten. Zudem ist davon auszugehen, dass ihre Aussichten auf Erfolg ihrer Krankenhausbehandlung geringer sind.

Auf einem Symposium der fünf Fachverbände der Behindertenhilfe am 04.02.2010 in Berlin wurde das Problem der Versorgung von Mehrfachbehinderten mit den Krankenhausgesellschaften, der Bundesärztekammer und den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der behinderten Menschen und der Patienten erörtert und festgestellt, dass zur Verbesserung der Situation ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Zu der als notwendig erachteten Verbesserung der Situation wurden drei Maßnahmebereiche identifiziert: 1. Regelversorgung im Krankenhaus, 2. besondere Bedarfe mit Abdeckung durch das Krankenhaus, jedoch mit zusätzlichem Finanzierungsaufwand, der nicht über die Regelfinanzierung sichergestellt ist und 3. Persönliche (Assistenz)-Bedarfe.

Zur Verbesserung der Regelversorgung im Krankenhaus gehören Maßnahmen, die von den Krankenhäusern im Rahmen der ihnen derzeit zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu leisten sind, z.B.:

- Beschreibung der organisatorischen Maßnahmen und Abläufe für Patienten mit schweren und mehrfachen Behinderungen
- Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals
- Qualitätsstandards für die Versorgung von Patienten mit Behinderung
- Angemessene Aufnahme- und Überleitungsmanagements, u. v. m. (Müller-Fehling).

Die Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe sehen in der Entwicklung von Musterzielvereinbarungen (z.B. Abstimmung mit den Krankenhausgesellschaften) und im Abschluss von Zielvereinbarungen zwischen Verbänden der Behindertenhilfe und Krankenhausträgern einen Weg, die erforderlichen Veränderungen im Regelleistungsbereich der Krankenhäuser zu erreichen.

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte (bvkm) hat mit Unterstützung der Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe beim Bundeskompetenzzentrum für Behindertenhilfe eine Förderung für die Entwicklung von Zielvereinbarungen beantragt.

Nach der Bewilligung der Förderung wurde die Universität Witten/Herdecke vom bvkm beauftragt, einen fachlich begründeten Entwurf für Zielvereinbarungen bzw. Handlungsempfehlungen zur Entwicklung von Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit in der Krankenhausversorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung zu entwickeln.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Planung, den Verlauf und die Ergebnisse des Projekts „Entwicklung einer Zielvereinbarung zur barrierefreien Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“.

1.2 Zielvereinbarungen gem. § 5 BGG

Das im April 2002 in Kraft getretene Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sieht als ein Instrument zur Umsetzung gleicher Rechte für Menschen mit Behinderungen die Verhandlung und den Abschluss von Zielvereinbarungen zur Erlangung der Barrierefreiheit in unterschiedlichsten gestalteten Lebensberei-

chen zwischen zuständigen Organisationen, Behörden und Betrieben und anerkannten Verbänden vor, deren Aufgabe die Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen ist. Die entsprechenden Passagen im Gesetz lauten wie folgt:

„§ 5 Zielvereinbarungen,

(1) Soweit nicht besondere gesetzliche oder verordnungsrechtliche Vorschriften entgegenstehen, sollen zur Herstellung der Barrierefreiheit Zielvereinbarungen zwischen Verbänden, die nach § 13 Abs. 3 anerkannt sind, und Unternehmen oder Unternehmensverbänden der verschiedenen Wirtschaftsbranchen für ihren jeweiligen sachlichen und räumlichen Organisations- oder Tätigkeitsbereich getroffen werden. Die anerkannten Verbände können die Aufnahme von Verhandlungen über Zielvereinbarungen verlangen.

(2) Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit enthalten insbesondere

1. die Bestimmung der Vereinbarungspartner und sonstige Regelungen zum Geltungsbereich und zur Geltungsdauer,
2. die Festlegung von Mindestbedingungen darüber, wie gestaltete Lebensbereiche im Sinne von § 4 künftig zu verändern sind, um dem Anspruch behinderter Menschen auf Zugang und Nutzung zu genügen,
3. den Zeitpunkt oder einen Zeitplan zur Erfüllung der festgelegten Mindestbedingungen. Sie können ferner eine Vertragsstrafenabrede für den Fall der Nichterfüllung oder des Verzugs enthalten.

(3) Ein Verband nach Absatz 1, der die Aufnahme von Verhandlungen verlangt, hat dies gegenüber dem Zielvereinbarungsregister (Absatz 5) unter Benennung von Verhandlungsparteien und Verhandlungsgegenstand anzuzeigen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt diese Anzeige auf seiner Internetseite bekannt. Innerhalb von vier Wochen nach der Bekanntgabe haben andere Verbände im Sinne des Absatzes 1 das Recht, den Verhandlungen durch Erklärung gegenüber den bisherigen Verhandlungsparteien beizutreten. Nachdem die beteiligten Verbände behinderter Menschen eine gemeinsame Verhandlungskommission gebildet haben oder feststeht, dass nur ein Verband verhandelt, sind die Verhandlungen innerhalb von vier Wochen aufzunehmen.

(4) Ein Anspruch auf Verhandlungen nach Absatz 1 Satz 3 besteht nicht,

1. während laufender Verhandlungen im Sinne des Absatzes 3 für die nicht beigetretenen Verbände behinderter Menschen,
2. in Bezug auf diejenigen Unternehmen, die ankündigen, einer Zielvereinbarung beizutreten, über die von einem Unternehmensverband Verhandlungen geführt werden,
3. für den Geltungsbereich und die Geltungsdauer einer zustande gekommenen Zielvereinbarung,
4. in Bezug auf diejenigen Unternehmen, die einer zustande gekommenen Zielvereinbarung unter einschränkungsloser Übernahme aller Rechte und Pflichten beigetreten sind.

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales führt ein Zielvereinbarungsregister, in das der Abschluss, die Änderung und die Aufhebung von Zielvereinbarungen nach den Absätzen 1 und 2 eingetragen werden. Der die Zielvereinbarung abschließende Verband behinderter

Menschen ist verpflichtet, innerhalb eines Monats nach Abschluss einer Zielvereinbarung dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales diese als beglaubigte Abschrift und in informationstechnisch erfassbarer Form zu übersenden sowie eine Änderung oder Aufhebung innerhalb eines Monats mitzuteilen.“ (Deutscher Bundestag 01.05.2002)

Abgeschlossene Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit werden in Registern auf Landesebene dokumentiert. Diese Register sind öffentlich zugänglich unter der Adresse <http://www.barrierefreiheit.de/zielvereinbarungen.html> auf der Homepage des Bundeskompetenzzentrums für Barrierefreiheit.

Wie in diesen Registern ersichtlich wird, haben Verbände und Betriebe des Einzelhandels, des öffentlichen Nahverkehrs und der Gastronomie Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit jeweils mit mehreren Interessenverbänden für Menschen mit Behinderungen abgeschlossen. Auch für einzelne Arten von Einrichtungen des Gesundheitswesens werden offensichtlich Verhandlungen mit dem Ziel des Abschlusses von Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit geführt.

2 Projektbeschreibung

2.1 Projektbeteiligte und Zusammenarbeit

Der Auftrag wurde am Department für Pflegewissenschaft der Fakultät Gesundheit an der Universität Witten-Herdecke unter der Leitung von Prof. Dr. Wilfried Schnepf und der Projektkoordination von Helmut Budroni (MScN) durchgeführt. Zur Durchführung wurde Jens-Martin Roser (MScN) als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit einem Stellenumfang von 25% über ein Jahr beschäftigt.

Der Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe hat für das Projekt die Funktion eines Beirats übernommen.

Die Kontakte zwischen der Projektgruppe und dem Beirat wurde im Wesentlichen über Herrn Müller-Fehling (bvkm) als Vertreter des Arbeitskreises Gesundheit und Herrn Budroni (Universität Witten-Herdecke) als Vertreter der Projektgruppe gehalten. Während des Projektverlaufs wurde ein gemeinsames Treffen der Projektgruppe und des Beirat durchgeführt. Es fand am 11. 04. 2011 in Berlin statt, als Tagesordnungspunkt einer regulären Sitzung des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Kontaktgesprächsverband. Dort wurde von der Projektgruppe der Zwischenbericht präsentiert und anschließend vom Beirat kritische Rückmeldungen und Änderungswünsche vorgebracht. Hinzuzogen wurden im Laufe des Gesprächs Vertreter des Deutschen Evangelischer Krankenhausverbandes e.V. (DEKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

2.2 Arbeitsdefinitionen

Zu Beginn des Projektes wurde eine Beschreibung der zu verwendenden Begriffe ‚Menschen mit Mehrfachbehinderung‘ und ‚Barrierefreiheit‘ formuliert.

2.2.1 Menschen mit Mehrfachbehinderung

Es existiert keine allgemeingültige Definition des Begriffs Mehrfachbehinderung. Auch der traditionell im Kontext der Gesundheitsversorgung verwendete Katalog ICD sowie der ICF sehen hierfür keine Definition vor, die im Rahmen dieser Projektarbeit sinnvoll erscheint. Ein Blick in behindertenpädagogische Publikationen zeigt, dass unter dem Begriff der Mehrfachbehinderung das gleichzeitige Vorhandensein unterschiedlicher Arten von Beeinträchtigung ver-

standen wird, wie etwa einer Mobilitätsbeeinträchtigung in Verbindung mit einer kognitiven Beeinträchtigung, oder Beeinträchtigungen der Sinnesorgane wie Gehörlosigkeit oder Blindheit. In der Regel wird jedoch darunter das Vorliegen kognitiver Beeinträchtigung in Verbindung mit körperlichen sowie kommunikativen Beeinträchtigungen verstanden. Daher wurde im Sinne einer Arbeitsdefinition der folgende Begriff der Mehrfachbehinderung zugrunde gelegt:

Eine Mehrfachbehinderung (im Sinne dieses Projektes) liegt vor, wenn die Krankenhauspatientin oder der Krankenhauspatient auf Grund schon vorbestehender komplexer Behinderungen im Sinne der Beeinträchtigung mehrerer Körperfunktionen oder Körperstrukturen insbesondere im Hinblick auf Selbstversorgung, Mobilität und Kommunikation regelmäßig auf umfangreiche Hilfe angewiesen ist. Oft - nicht jedoch zwingend - liegt eine mehr oder minder ausgeprägte geistige Behinderung vor.

2.3 Barrierefreiheit

In § 4 des BGG wird Barrierefreiheit wie folgt definiert:

"Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind."

Die übergeordnete Zielsetzung des Projektes verweist auf ein Versorgungsgeschehen, bei dem technische oder bauliche Rahmenbedingungen zwar von elementarer Bedeutung sind, jedoch ist dies vor allem von personenbezogenen Handlungsabläufen, bzw. personalem und multidisziplinärem Handeln geprägt. In diesem Sinne ist auch der verwendete Begriff der Barrierefreiheit zu verstehen als *ein im Hinblick auf individuell vorliegende Beeinträchtigungen mehrfachbehinderter Krankenhauspatienten abgestimmtes Versorgungshandeln, welches abgesehen von der primären Zielsetzung auf die Vermeidung behinderungsbedingter Benachteiligung zielt.*

2.4 Zielsetzung

Ziel des Projektes war die systematische Identifizierung und Beschreibung der besonderen Probleme der Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinde-

rung im Krankenhaus und die Ermittlung von Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur Verbesserung dieser Versorgung unter herkömmlichen finanziellen Bedingungen.

Die übergeordneten Fragestellungen waren dabei:

- *Welche Barrieren finden sich bei der Krankenhausversorgung von Patienten mit mehrfachen Behinderungen aus Sicht der ...*
 - *Krankenhäuser, also im Einzelnen der Mediziner, Therapeuten, Pflegenden und der Funktionsdienste*
 - *Behinderten(selbst)hilfe, also der Elterngruppen, Einrichtungen, Dienste und Betroffenenorganisationen*
- *Was muss aus deren Sicht verändert werden, um eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen?*
- *Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung der mehrfach behinderten Menschen können identifiziert werden?*
- *Welche Maßnahmen für eine angemessene Versorgung mehrfach behinderter Menschen sind im Rahmen einer Zielvereinbarung zu empfehlen?*

Am Ende des Projekts sollten einzelne Krankenhäuser der Regelversorgung in die Lage versetzt werden, hausindividuelle Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit für Menschen mit Mehrfachbehinderungen beim Zugang zu angemessenen Krankenhausleistungen mit Verbänden der Behinderten(selbst)hilfe treffen zu können. Es war geplant, diese Mustervereinbarung so anzulegen, dass die darin empfohlenen Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung von Barrierefreiheit bei der Krankenhausversorgungen von Menschen mit mehrfacher Behinderung von Krankenhäusern in Abstimmung mit ihren Vertragspartnern hausbezogen modifiziert und vertraglich bindend gemacht werden können.

2.5 Vorgehen

Die Inhalte der geplanten Musterzielvereinbarung sollten im Rahmen der Regelversorgung in deutschen Krankenhäusern anwendbar, also möglichst praxistauglich sein. Um hierfür eine feste empirische Grundlage zu schaffen, wurde, - im Sinne einer Ist-Analyse -, mit Hilfe einer Literaturuntersuchung und einer

Expertenbefragung die Sichtweisen, Erfahrungen und Erkenntnisse von Angehörigen, Patienten, Fachleuten der Gesundheitsberufe und wissenschaftlichen Experten zur Situation und zur den Handlungsmöglichkeiten bei der Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung ermittelt. Die Quellen, also die einbezogene Literatur und die befragten Personen wurden zunächst ausschließlich aus Erfahrungsbereichen im deutschen und im österreichischen Gesundheitssystem ausgewählt. Im ersten Schritt der Literaturanalyse wurden die veröffentlichten Erfahrungen und Erkenntnisse zu den Fragenstellungen des Projekts erhoben und systematisiert.

Die Auswahl und die Befragung von 20 Personen bzw. Personengruppen mit Expertenwissen zum Thema wurden an den Ergebnissen aus der Literaturuntersuchung ausgerichtet. Die Transkripte der teilstrukturierten Interviews wurden in einem qualitativen Verfahren ausgewertet. Dabei fanden sich hauptsächlich Bestätigungen, im Einzelnen aber auch bedeutende Erweiterungen und Verfeinerungen der in der Literaturuntersuchung ermittelten Befunde.

Nach Rücksprache mit dem Arbeitskreis Gesundheit als Beirat wurde parallel zu den laufenden Expertenbefragungen und deren Auswertung die Literaturanalyse erweitert. Hierzu wurde eine Recherche nach internationaler Literatur zu den Fragestellungen des Projekts durchgeführt. Schwerpunkt war dabei die Ermittlung von Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung.

Auf der Grundlage der im Rahmen von Literaturuntersuchung und Expertenbefragung jeweils unter der Überschrift „fördernde Faktoren“ gesammelten und systematisierten Anforderungen wurden innerhalb der Projektgruppe Mindestanforderungen an eine barrierefreie Krankenhausversorgung an Menschen mit mehrfacher Behinderung diskutiert und in Form von Textbausteinen festgehalten. Angelehnt an die im Rahmen von Literaturuntersuchung und Expertenbefragung ermittelte Systematik wurden diese Anforderungen gegliedert in die vier zentralen Maßnahme-Bereiche 'barrierefreien Zugang schaffen', 'fachliche und personelle Voraussetzungen schaffen', bedarfsgerechtes Management aufbauen' und 'Behandlungspfade und Verfahren der Zielgruppe anpassen'.

Orientiert an den Handlungs- und Erfahrungsräumen der Akteure 'Verbände der Behindertenhilfe', 'Krankenhaus' und 'Person mit Mehrfachbehinderung' sowie den Qualitätsdimensionen 'Struktur', 'Prozess' und 'Ergebnis' wurde eine Musterzielvereinbarung formuliert. Diese Musterzielvereinbarung wird Vertretern von

vier ausgewählten Krankenhäusern zusammen mit einem Fragenkatalog vorgelegt. Die Musterzielvereinbarung soll als Verhandlungsgrundlage für die Zielvereinbarungen im Rahmen von Modellprojekten dienen.

Abb. 1 zeigt den Projektverlauf in einer schematisierten Übersicht.

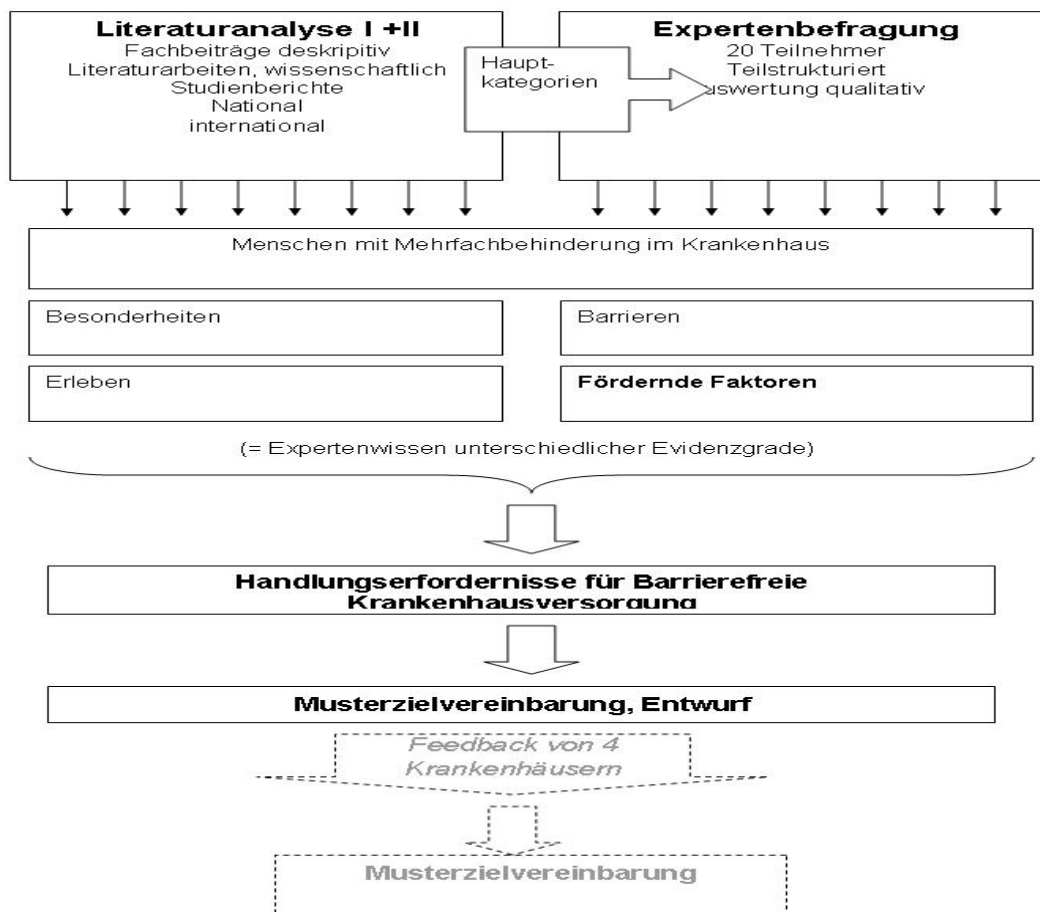


Abbildung 1: Projektverlauf

3 Untersuchung der Literatur

3.1 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Literatursichtung im Rahmen des Projekts „Barrierefreies Krankenhaus“ war es, grundlegende Hinweise aus der ausgewählten Fachliteratur zur Beantwortung folgender Leitfragen zu erhalten:

- Welche Standards, Leitlinien, Handlungsempfehlungen, Erfahrungsberichte zur barrierefreien Krankenhausversorgung von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen lassen sich finden?
- Welche Empfehlungen können auf die Bedingungen von Krankenhäusern der Regelversorgung übertragen werden?
- Wie lassen sich die Vorschläge den beschriebenen Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zuordnen?
- Ergeben sich in der Literatur Hinweise auf Interviewpartner?

3.2 Vorgehen

Die Literaturuntersuchung wurde in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt, vor der Expertenbefragung, wurde ausschließlich Literatur hinzugezogen, die sich auf deutschsprachige Handlungsbereiche bezog. Nach der zusammenfassenden Auswertung der bis dahin vorgenommenen Literaturlauswahl und der Expertengespräche wurde auch internationale Literatur zum Thema Krankenhausversorgung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen hinzugezogen, vor allem, um das Spektrum an Handlungsmöglichkeiten bei der Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung auf dem aktuellsten Stand zu erfassen.

Die im ersten Schritt gesichtete Literatur bestand im Wesentlichen aus Zusammenfassungen von Ergebnissen bereits am Department für Pflegewissenschaft durchgeführter Literaturstudien und empirischer Untersuchungen zum Erleben von Menschen mit körperlichen Behinderungen und von Menschen mit geistiger Behinderung. Hinzugezogen wurden darüber hinaus Abschlussarbeiten von Absolventen anderer Hochschulen in Deutschland und Österreich, über die Erfah-

rungen von Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen bei Aufenthalt im Krankenhaus. Einen bedeutenden Anteil der gesichteten Literatur bildeten die Beiträge des Symposiums „Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus“ am 4. Februar 2010, welche in einem Tagungsband (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB), 2010) veröffentlicht sind.

Für den zweiten Schritt der Literaturlauswertung wurden Recherchen in den Datenbanken CINAHL, PubMed und den Cochrane-Libraries mit unterschiedlichen Kombinationen der Schlagworte ‚disabled‘, disability, hospital, ‚acute care‘, ‚hospital care‘, ‚inpatients‘ durchgeführt, nach Artikeln, die bis zum Jahr 2008 zurückgehen sollten. Darüber hinaus wurde in der Datenbank CINAHL eine Recherche nach Veröffentlichungen einer Reihe Autoren durchgeführt, welche sich aus den Literaturverzeichnissen der im ersten Schritt einbezogenen Literatur ergeben hatte.

Die gemeinsame Auswertung von Artikeln in Fachzeitschriften, die sich auf die Ergebnisse von empirischen Untersuchungen beziehen und Tagungsbeiträgen, welche Sichtweisen darstellen, die zwar auch empirisch begründet sein können, aber z. T. auf rein persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen von Einzelpersonen beruhen, machen es notwendig, die vorgenommene Auswertung der Literatur als eine Art schriftliche Erhebung von Expertenmeinungen aufzufassen.

Von den Ergebnissen der hier vorgenommenen Literatursichtung sind also keine Aussagen zur zweifelsfreien Wirksamkeit von Maßnahmen zu erwarten, sondern Beschreibungen und Bewertungen von Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung von Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen. Dabei fließen die Sichtweisen von Patienten mit Behinderungen, von Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Sicht von Krankenhäusern, Krankenhausverbänden, Pflegenden und Ärzten in Krankenhäusern, die Sicht eines Ärzteverbandes und die Sicht von wissenschaftlichen Experten mit ein.

Ein Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass vor allem durch die Einbeziehung der Beiträge der klinischen Experten, neben den Gesichtspunkten der Wirksamkeit und Notwendigkeit von Maßnahmen auch eine Einschätzung ihrer Praktikabilität tritt. Außerdem wird durch diese Art der frühzeitigen Einbeziehung von persönlichen Sichtweisen der am Geschehen beteiligten Personen- und Berufsgruppen eine Einschätzung der Prioritäten erleichtert.

Zur Systematisierung der geäußerten Expertenmeinungen wurden die Leitfragen des Projekts bei der Sichtung der Literatur unter anderem mit Hilfe der Kategorien „Barrieren“ und „Fördernde Faktoren“ operationalisiert. Diese Bezeichnung der Kategorien ist angelehnt an die Terminologie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2006).

Dort werden negative Effekte von Umweltfaktoren auf Gesundheit, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe als „Barrieren“ und positive Effekte als „Förderfaktoren“ bezeichnet.

Viele Probleme, mit welchen Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung im Krankenhaus in besonderem Maße konfrontiert sind, beruhen darauf, dass sie sich als Patienten in mehrfacher Hinsicht vom Typ des „normalen“ Krankenhauspatienten unterscheiden, der einen Krankenhausaufenthalt ohne zusätzliche Probleme hinter sich bringt. Vertreter unterschiedlicher im Krankenhaus tätiger Berufsgruppen beschreiben, welche klinisch relevanten Merkmale bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung anders sind, als im Krankenhausbetrieb vom Patienten erwartet wird. Diese Beschreibungen und einige weitere Merkmale der Gruppe wurden unter der Kategorie „Besonderheiten“ zusammengefasst.

Mit der Kategorie „Erleben“ sind Beschreibungen und Befunde überschrieben, die darauf eingehen, wie sich die Krankenhausbehandlung auf das Befinden der Patienten mit geistigen- und mehrfachen Behinderungen auswirkt.

3.3 Ergebnisse der Literaturuntersuchung

3.3.1 Menschen mit mehrfacher Behinderung als Krankenhauspatienten

Die Gruppe der Menschen mit mehrfacher Behinderung ist vielfältig und ihre Anzahl bzw. ihr Anteil an der Bevölkerung ist nicht eindeutig zu bestimmen. Einen großen Anteil an dieser Gruppe machen Menschen mit geistiger Behinderung aus, deren Merkmale verhältnismäßig klar definiert sind. Die Gruppe von Menschen mit mehrfachen Behinderungen, die ausschließlich den Körper betreffen, ist nur schwer einzugrenzen.

3.3.2 Menschen mit geistiger Behinderung

Merkmale geistiger Behinderung

Zu den gemeinsamen Merkmalen der Menschen mit geistiger Behinderung finden sich in der Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und im US-amerikanischen diagnostischen Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Festlegungen. Nach diesen Klassifikationen hat ein Mensch eine geistige Behinderung bzw. eine Intelligenzminderung, wenn eine intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt, die Behinderung vor dem 18. Lebensjahr aufgetreten ist und außerdem Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit in den Bereichen Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale und zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit bestehen (Seidel 2010a).

Nach unterschiedlichen Schätzungen liegt die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung zwischen 400.000 (Seidel 2010a) und 500.000 (Voß 2010).

3.3.2.1.1 Gesundheitliche Einschränkungen

Geistige Behinderung geht häufig einher mit weiteren körperlichen Behinderungen, wie Beeinträchtigungen der Sinnesfunktionen, Sprach- und Sprechstörungen, Schluckstörungen, Störungen der Motorik und Fehlbildungen des Skelettsystems (Seidel 2010a). Es wird geschätzt, dass bei 30 % bis 40 % der Menschen mit geistiger Behinderung weitere chronische körperliche oder psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen vorliegen oder im Laufe ihres Lebens hinzukommen (Voß 2010). Außerdem treten bei ihnen auch akute Erkrankungen häufiger auf, als bei Menschen ohne geistige Behinderung (Seidel 2010a). Seltene Erkrankungen kommen in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung häufiger vor, als bei nicht behinderten Menschen (Stockmann 2010).

Viele Genesungsprozesse, z. B. nach Knochenbrüchen, verlaufen bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig vergleichsweise verzögert. Dadurch wird das Risiko von Sekundärerkrankungen größer und ein erhöhter Pflegeaufwand zu deren Vermeidung benötigt (Stockmann 2010).

3.3.2.1.2 Beeinträchtigte Kommunikation

Menschen mit geistiger Behinderung sind oft in der sprachlichen und nicht-sprachlichen Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt (Seidel 2010a).

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung senden und empfangen oft Signale, deren Deutung für die Mitmenschen zunächst verschlüsselt erscheint. Sie werden unter anderem vermittelt durch Körpersprache und Verhalten. Berührung kann als Form der nonverbalen Kommunikation eine große Bedeutung haben oder aber auch als Tabubruch empfunden werden (Schmidt 2010).

Häufig können Menschen mit Behinderungen die Rufanlagen in den Krankenhäusern nicht bedienen (Schmidt 2010).

Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass in einer Beschreibung von möglichen Handlungsstrategien von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus „*nichts fordern*“ eine zentrale Kategorie sein könnte (Budroni et al. 2006, S. 126).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig eine oder mehrere Sinnesfunktionen beeinträchtigt. Oft sind die betroffenen Personen auch eingeschränkt in der Wahrnehmung von Veränderungen des eigenen Körpers (Seidel 2010a). Häufig ist für sie die Notwendigkeit des Krankenhausaufenthaltes bzw. einzelner diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen schwer oder gar nicht nachvollziehbar (Budroni et al. 2006). Dementsprechend sind sie in vielen Fällen nicht in der Lage, sich so zu verhalten, wie die Durchführung der jeweiligen Maßnahme es erfordert, z. B. unbewegt zu bleiben während der Durchführung einer Computertomografie (Harenski 2007).

3.3.2.1.3 Besondere Äußerung von Beschwerden und Gesundheitsproblemen

Die Diagnose und damit die Verordnung einer angemessenen Therapie ist bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig erschwert.

Oft sind psychische, medizinische und soziale Probleme schwer von einander getrennt zu bestimmen. So kann z.B. herausforderndes Verhalten zum alltäglichen Verhalten eines Patienten mit geistiger Behinderung gehören oder ein Ausdruck einer besonderen momentanen gesundheitlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigung sein (Stockmann 2010). Häufig reagieren Menschen

mit geistiger Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten auf Belastung (Seidel 2010a).

Die typischen Symptome von akuten Erkrankungen treten bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig abgeschwächt, unvollständig oder gar nicht auf (Stockmann 2010). So wurde z.B. in einem Krankenhaus ermittelt, dass von 100 Patienten mit geistiger Behinderung, bei denen letztendlich eine Pneumonie diagnostiziert wurde, über 60 % nur eines oder gar keines der, bei anderen an einer Pneumonie erkrankten Menschen, üblichen Symptome aufgewiesen hatte. Dadurch werden Abweichungen von den üblichen Wegen der diagnostischen Prozesse notwendig gemacht. So bedarf z.B. die Diagnose einer Pneumonie bei dieser Gruppe von Patienten zusätzlicher Untersuchungen, wie z.B. Röntgen oder Blutuntersuchung, möglicherweise unter Einsatz von Sedativa (Lachetta 2010).

Es wird berichtet, dass Menschen mit geistiger Behinderung auf Schmerzreize ungewöhnlich oder gar nicht reagieren, gleichzeitig unter Umständen aber ein erhöhtes Schmerzempfinden haben (Harenski 2007).

3.3.2.1.4 Häufige Gründe für die Krankenhauseinweisung

Als häufige Gründe von Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit geistiger Behinderung werden aufgeführt: Mandel-OP (Harenski 2007; Stockmann 2010), Infektionen oder unklares Fieber, Knochenbrüche, Verschlechterung orthopädischer Funktionen, Verschlechterung neurologischer Symptome, Erkrankung der Zähne, Erkrankung der Sinnesorgane und unspezifische Symptome (Stockmann 2010).

3.3.3 Menschen mit ausschließlich körperlichen Mehrfachbehinderungen

Die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen, die mehrfach (körper-) behindert sind und keine geistige Behinderung haben, lässt sich anhand der Literatur nicht einschätzen. Eine Schätzung anhand der Angaben des Bundesamts für Statistik über die Anzahl von Schwerbehinderten ist nicht möglich, weil die amtliche Definition von Schwerbehinderung nicht mit der Definition von mehrfacher Behinderung im Sinne dieses Projekts in Einklang zu bringen ist. Die amtliche Definition von Schwerbehinderung wird ohnehin kritisiert, weil sie den tatsächlichen Behinderungsgrad unzureichend abbildet (Brühl 2009).

Es ist anzunehmen, dass unter den Menschen mit ausschließlich körperlichen mehrfachen Behinderungen eine große Gruppe von Personen zu finden ist, wel-

che durch eine Cerebralparese beeinträchtigt sind. Auch bei ihnen finden sich häufig die oben genannten Störungen der Körperstrukturen und Körperfunktionen, insbesondere Störungen der Bewegung. In der selbständigen Durchführung der Alltagsaktivitäten benötigen auch sie in mehreren Bereichen persönliche Hilfen oder Hilfsmittel.

Beeinträchtigungen der Sinnesfunktionen und Einschränkungen der Körperwahrnehmung können auch in dieser Gruppe gehäuft vorkommen. Insofern kann auch die Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

In der Regel können Menschen mit Körperbehinderungen ihre Empfindungen verbal oder nonverbal äußern. Bei Sprach- und Sprechstörungen benötigen sie unter Umständen Hilfsmittel oder eine erhöhte Aufmerksamkeit der Gesprächspartner, um sich verständlich zu machen. Es ist zu vermuten, dass auch das gleichzeitige Auftreten von mehreren akuten oder chronischen Erkrankungen bei der Gruppe der Menschen mit rein körperlichen Mehrfachbehinderungen gehäuft vorkommt.

3.3.4 Barrieren

Erschwerter Zugang

Eine erste Barriere zur angemessenen Krankenhausversorgung scheint für Menschen mit Mehrfachbehinderung der Zugang zum Krankenhaus zu sein. So wird berichtet, dass Krankenhäuser die Begleitung durch einen Angehörigen zur grundsätzlichen Bedingung für die Krankenhausaufnahme machen (Lachetta 2010). Als weiteres Hindernis zum Zugang einer bedürfnisgerechten Krankenhausbehandlung für Menschen mit Behinderungen wird die fehlende Möglichkeit genannt, sich vor dem Krankenhausaufenthalt darüber zu informieren, inwieweit das Krankenhaus technisch und personell ausgestattet ist (Budroni et al. 2006).

Fehlende Fachlichkeit

Insgesamt ergibt sich aus der Literaturanalyse das Bild, dass Krankenhäuser fachlich eher schlecht auf die Behandlung von Menschen mit mehrfacher Behinderung vorbereitet sind.

Aus der Sicht von Patienten mit Behinderungen und deren Angehörigen ist die Qualität des fachlichen Handelns in Krankenhäusern sehr unterschiedlich. Da wird einmal das Handeln der „Unerfahrenen“ beschrieben, die sich „unbeholfen

und unsicher“ verhalten, „Hemmungen“ zeigen und als „hilflos“ erlebt werden und zum Anderen das der „Erfahrenen“, die „sich auskennen“ (Budroni et al. 2006, S. 125, Richter und Borgmann 2008).

Aus der Berufsgruppe der Ärzte und auch aus der Sicht von Menschen mit körperlichen Behinderungen wird auf fehlende Fachkenntnisse im Vorgehen bei Diagnostik, Behandlung (Stockmann 2010), Assessment und Pflegemaßnahmen (Supanic 2008) bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen hingewiesen, die sich in Krankenhausbehandlung begeben haben.

Den Ergebnissen von Befragungen Pflegender nach zu urteilen, fällt es diesen offensichtlich schwer, unter Umständen bei Menschen mit Behinderungen einen spezifischen Bedarf im Unterschied zu anderen Patienten zu sehen (Straub 2006). Sie schätzen die Pflege von Menschen mit Behinderungen als problematisch ein - mit Hinweisen auf schlechte bauliche Voraussetzungen, den ungünstigen Personalschlüssel und den Mangel an angepassten Hilfsmitteln (Schnepf und Budroni 01.06.09). Außerdem ergeben sich Hinweise darauf, dass Pflegende im Krankenhaus sich in Wahrnehmung und Handeln an gestörten Funktionen (Defiziten) orientieren und mit dieser Sichtweise dazu neigen, die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen nicht zu erkennen (Schnepf und Budroni 01.06.09).

Ein Grund für die fehlende Erfahrung und Fachlichkeit des Krankenhauspersonals wird unter anderem darin gesehen, dass geistige Behinderung in der Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal unzureichend berücksichtigt wird. Außerdem wird bemängelt, dass es in Deutschland keine Ausbildung zum Facharzt für Behinderungen gibt (Schmidt 2010).

Es wird aber auch festgestellt, dass die üblichen Leitlinien und Behandlungsstandards bei dieser Zielgruppe häufig nicht anwendbar sind und wenig spezielle wissenschaftliche Literatur veröffentlicht ist (Stockmann 2010). Auch das veröffentlichte Wissen und die internationale Datenlage zur Pflege von Menschen mit Behinderungen erweist sich als sehr begrenzt (Budroni 2006). Somit steht den Berufsgruppen in den Krankenhäusern offensichtlich keine fachlich allgemein anerkannte und zugängliche Wissensgrundlage zu Besonderheiten bei der Akut-Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen zur Verfügung. Die wenigen Veröffentlichungen zum Thema weisen darauf hin, dass auch Krankenhäuser außerhalb des deutschsprachigen Raums auf die Behandlung von Menschen mit Behinderungen überwiegend eher unzureichend vorbereitet sind

(Dewing 1991; Biley 1995; Davis und Marsden 2001; Buzio et al. 2002; Schnepf und Budroni 01.06.09).

Unzureichende Kommunikation

Mehrfach und in unterschiedlichen Variationen wird beschrieben, dass die Kommunikation im Krankenhaus auf einem Bild des kompetenten Patienten basiert und Pflegenden und Ärzte im Krankenhaus nicht darauf vorbereitet und in der Lage sind, sich auf die Kommunikationsweise der Menschen mit mehrfacher Behinderung einzulassen (Schmidt 2010; Bienstein 2007). In der Zusammenschau der einzelnen Befunde und Erfahrungsberichte über die Kommunikation zwischen Pflegenden im Krankenhaus und Patienten mit Behinderung ergibt sich das Bild eines oftmals standardisierten Kommunikations-Verhaltens, welches die individuellen Kommunikationsbedürfnisse und -möglichkeiten übersieht und nicht berücksichtigt.

So wird mehrere Male beschrieben, dass Patienten, die längere Zeit brauchen, sich zu äußern und verstanden zu werden, z.B. bei Sprechstörungen, nicht die Zeit eingeräumt wird, sich zu äußern (Bienstein 2007; Budroni et al. 2006, McDonald 2008). Körperlich behinderte Patienten mit Einschränkungen des Sprechvermögens beklagen, dass ihnen von Pflegenden eine geistige Behinderung unterstellt wird (McDonald 2008). Es wird berichtet, dass Einschränkungen der Sinnesfunktionen (z.B. des Sehsinns) bei der Pflege einfach nicht berücksichtigt und nicht kompensiert werden (z.B. durch Ansprechen, Berühren, Erklären) (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007). Außerdem gibt es Erfahrungsberichte darüber, dass Krankenhausmitarbeiter selbst vorhandene Kommunikationshilfen nicht benutzen (Budroni 2006).

In einigen Artikeln und Beiträgen wird darüber berichtet, dass Menschen mit Behinderungen sich darüber beklagen, dass Krankenhausmitarbeiter sie nicht direkt ansprechen, sondern nur mit dem Begleiter oder Angehörigen als Ansprechpartner reden (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007; Budroni et al. 2006). Ein weiteres Verhalten, das Patienten mit Behinderung beklagen ist, dass Pflegenden sie nicht als Experten ihrer Situation wahrnehmen und in Pflegehandlungen einbeziehen (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007).

Hindernisse in der Kommunikation, die der bedürfnisgerechten Versorgung der Patienten mit Behinderungen entgegenstehen, bestehen jedoch nicht nur zwischen Krankenhauspersonal und Patienten, sondern auch zwischen Kranken-

hausmitarbeitern und den Mitarbeitern der Einrichtungen der Behindertenhilfe (Schneiderhan 2010) sowie zwischen Krankenhauspersonal und Angehörigen bzw. Betreuern. Die Angehörigen beklagen insbesondere auch, dass ihr individuelles Expertenwissen über die Bedürfnisse und gesundheitlichen Probleme des Patienten nicht berücksichtigt wird, unter Umständen zum Schaden des Betroffenen (Schnepf und Budroni 01.06.09; Lachetta et al. 2011).

O'Halloran et al. (2008) haben im Rahmen eines Literatur-Reviews Umweltfaktoren identifiziert, welche die Kommunikation zwischen Menschen mit Behinderungen und Fachleuten der Gesundheitsberufe im Krankenhaus beeinflussen. Unter anderem konnten in neun der einbezogenen Veröffentlichungen Ergebnisse gefunden werden, die sich auf die Gruppe von erwachsenen Personen mit geistiger Behinderung bezogen. In Anlehnung an das Kategoriensystem der ICF wurden die Einflussfaktoren auf die Kommunikation, die aus den einzelnen Studienergebnissen hervorgingen, eingeteilt in ‚Wissen und Fertigkeiten der Fachleute der Gesundheitsberufe‘, ‚Unterstützung durch Familie und Betreuende‘, ‚Einstellungen‘, ‚physische Krankenhausumgebung‘ und ‚Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze‘.

Kommunikations-Barrieren durch fehlendes Wissen und Fertigkeiten entstehen, so die Autoren, z.B. durch fehlende Kenntnisse des Krankenhauspersonals über geistige Behinderung im Allgemeinen und über Möglichkeiten der Kommunikation im Besonderen. Sie äußern die Vermutung, dass Versorgungsmängel, wie z.B. Unterernährung oder nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung, durch mangelnde Kommunikation zwischen den Patienten mit geistiger Behinderung und den Fachleuten der Gesundheitsberufe mit verursacht werden.

Die vermittelnde, übersetzende und fürsprechende Funktion der Angehörigen und Betreuenden während der Krankenhausbehandlung, welche sich in den Ergebnissen der einbezogenen Studien zeige, führt die Autoren des Reviews dazu, den Faktor ‚Unterstützung durch Familie und Betreuer‘ als bedeutsam für die Kommunikation zwischen Fachleuten der Gesundheitsberufe und Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus einzuschätzen.

Zum Faktor ‚Einstellungen‘ führen die Autoren aus, dass die Einstellungen der Fachleute der Gesundheitsberufe die Art der Kommunikation beeinflussen können, welche diese mit Patienten mit geistiger Behinderung führen. Häufig werde von Menschen mit geistiger Behinderung über negative Einstellungen von Krankenhausmitarbeitern berichtet und dementsprechend auch über unzurei-

chende Kommunikation, wie kein direktes Ansprechen und Fehleinschätzungen der Fähigkeiten der Patienten.

Zu den physischen Faktoren der Krankenhausumgebung, welche die Kommunikation beeinflussen, zählen die Verfasser des Reviews die Verwendung oder Nicht-Verwendung von bild-basierten Informationen, welche den Patienten mit geistiger Behinderung helfen können, z. B. Speisepläne zu lesen oder wichtige Orte zu finden sowie die Anwesenheit von Kommunikationstafeln oder persönlichen Kommunikationshilfen. Die Möglichkeit der Verwendung persönlicher Kommunikationshilfen im Krankenhaus wie z.B. von Geräten, welche die AAC unterstützen (Augmentive Alternative Communication), sei aber selbst unter Betreuenden und Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung umstritten.

Zu den Studienergebnissen, welche die Autoren des Reviews als Faktoren der Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze identifizieren, gehört die Feststellung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen, dass Pflegende Fort- und Weiterbildung erhalten müssten, um ihre Kenntnisse in der Kommunikation mit Menschen mit komplexem Kommunikationsbedarf zu erweitern (O'Halloran et al. 2008). Außerdem seien Handlungsgrundsätze der Krankenhäuser notwendig, welche gewährleisten, dass Eltern und Betreuer der Menschen mit geistiger Behinderung unterstützt werden, wenn sie im Krankenhaus sind. Insbesondere sei es notwendig, dass die Krankenhäuser in ihren Grundsätzen die Bereitschaft zum Ausdruck bringen, die Expertise und das Wissen der pflegenden Angehörigen in der Versorgung einzubeziehen, sie über ihre Rechte und Verantwortlichkeiten aufzuklären.

Mängel im Versorgungsprozess

Hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Prozesse wird kritisiert, dass die Krankheitsvorgeschichte und die bisherige Behandlung häufig unzureichend erhoben werden, mit der Folge von unnötigen Untersuchungen, Krankenhausüberweisungen und für Patienten und Angehörige nicht nachvollziehbaren Behandlungsbrüchen (Budroni et al. 2006).

Außerdem wird bemängelt, dass die vorrangige Ausrichtung der Aufmerksamkeit der Berufsgruppen im Krankenhaus auf diagnostische und therapeutische Prozesse dazu führt, dass das Pflegeassessment meist nur unzureichend durchgeführt wird. Ressourcen, Fähigkeiten und Hilfebedarf werden nicht erkannt. Individuelle Vorlieben und Gewohnheiten, z.B. Einschlafgewohnheiten bei Pati-

enten mit geistigen Behinderungen, und individuelle Strategien werden nicht frühzeitig erfasst (Schnepp und Budroni 01.06.09). Dementsprechend unzureichend gestaltet sich in Folge das Handeln im Pflegeprozess. Verrichtungen werden unnötigerweise übernommen und Hilfsmittel unangemessen eingesetzt (Budroni 2006). Der Umgang der Krankenhausmitarbeiter mit den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen wird als häufig unflexibel und wenig kreativ beschrieben (Schmidt 2010). Es wird berichtet, dass Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden, auch wenn sie ausdrücklich geäußert werden (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007). Als deutlichste Ausdrucksformen dieser unflexiblen Grundhaltung werden unnötige Bettlägerigkeit, unnötige Inkontinenzversorgung, unnötige Magensonde, Fixierung und Sedierung als Folge für die betroffenen Patienten benannt (Schmidt 2010; Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007).

Als problematisch wird auch die Vorbereitung und Planung der nachstationären Versorgung sowie der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs in der häuslichen Umgebung beschrieben. So wird von Fällen unzureichender bzw. fehlender Entlassungsplanung berichtet (Schneiderhan 2010).

Ungünstige organisatorische Rahmenbedingungen

Insgesamt wird die Art der Abläufe, denen sich die Patienten stellen müssen, im Krankenhaus als besondere Belastung für die Menschen mit mehrfacher Behinderung identifiziert, weil sie ihre aktive Mitwirkung verlangt, die sie, wenn überhaupt, nicht im geforderten Maße leisten können (Seidel 2010a). Außerdem wird der schnelle Untersuchungsrythmus den Menschen mit geistiger Behinderung offensichtlich nicht gerecht (Schmidt 2010).

Weiterhin wird als organisatorisch ungünstiger Faktor für die angemessene und wirksame Behandlung angesehen, dass oftmals ein fester Ansprechpartner in den Krankenhäusern fehlt und dadurch unter Umständen Symptome erst zu spät erkannt werden (Schmidt 2010).

Auch die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit Angehörigen oder den Einrichtungen der Behindertenhilfe kann bei der Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung durch organisatorische und strukturelle Einschränkungen beeinträchtigt sein, z.B. durch ungünstige Sprechzeiten der Ärzte und fehlende Rooming-In-Angebote (Schmidt 2010).

In Fällen, in denen davon berichtet wird, wie Alltagsstrategien von Menschen mit Behinderungen nicht umgesetzt werden können, ist oftmals nicht eindeutig festzustellen, inwieweit tatsächlich organisatorische Notwendigkeiten, bauliche Voraussetzungen oder etwa mangelnde Flexibilität der Mitarbeiter des Krankenhauses zu dieser Einschränkung des Patienten durch das Krankenhaus geführt hat (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007; Schnepf und Budroni 01.06.09).

Ungünstige ökonomische Rahmenbedingungen

Von Vertretern der Krankenhäuser und der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wird festgestellt, dass Menschen mit Mehrfachbehinderungen, wenn Sie akut im Krankenhaus behandelt werden, in der Regel einen derart umfangreichen Therapie- und Behandlungsbedarf haben, dass dieser aufgrund der derzeitigen Fallpauschalen-Regelungen finanziell nicht abgedeckt ist (Fuchs 2010; Seidel 2010b). Fachlich begründete Maßnahmen der Diagnostik und Therapie werden, z.B. bei Prüfungen durch die Kostenträger, negativ sanktioniert (Stockmann 2010). Es wird festgestellt, dass Zeit für notwendige pflegerische Handlungen, wie z.B. mundgerechte Zubereitung der Nahrung und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme einfach fehlt (Schmidt 2010). Zweifel werden geäußert an der ethischen Vertretbarkeit der Versorgungssituationen von Menschen mit Behinderungen in rationalisierten Krankenhäusern (Brühl 2009).

3.3.5 Erleben der Patienten

Erleben von Unsicherheit

Viele Menschen mit Mehrfachbehinderungen haben aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen Angst vor dem nächsten Krankenhausaufenthalt (Budroni et al. 2006). Bei Menschen mit geistiger Behinderung wird beschrieben, dass sie den Krankenhausaufenthalt als komplexen, undurchschaubaren Vorgang erleben können, der sie beängstigt. (Seidel 2010a)

Es wird von Gefühlen der Verunsicherung, der Verlorenheit, der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins berichtet (Schnepf und Budroni 01.06.09; Budroni et al. 2006).

Erleben von zusätzlicher Belastung

Aus Erfahrungsberichten von Menschen mit Behinderungen bzw. deren Angehörigen geht hervor, dass sie während ihres Krankenhausaufenthaltes zusätzliche Belastungen erfahren haben, z.B. durch unvorbereitete Entlassungen, durch mehrere unnötige Krankenhauswechsel (Budroni et al. 2006) oder nicht nachvollziehbare Medikationsänderungen (Lachetta 2010).

Menschen mit körperlichen Behinderungen hatten im Krankenhaus das Gefühl, durch das Handeln der Pflegepersonen „so richtig behindert“ zu werden (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007, S. 13).

Erleben von persönlichen Verletzungen

Es kommt offenbar häufig vor, dass Pflegepersonen im Krankenhaus nur mit dem Begleiter der Person mit Behinderungen über deren Angelegenheiten sprechen. Menschen mit Behinderung äußern, dass sie sich dann verärgert und verletzt fühlen. Unter Umständen wird pflegerisches Handeln auch als entwürdigend empfunden, wenn es den Patienten in Alltagsaktivitäten, die er außerhalb des Krankenhauses selbstständig und alleine erledigt, in Hilflosigkeit versetzt, z. B. beim Toilettengang (Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. 2007).

Menschen mit Körperbehinderungen berichten, dass sie Situationen erleben, die sie als bedrohlich empfinden, wenn im therapeutischen Team keine Person ist, die sich als Fürsprecher für ihre Belange einsetzt (Budroni et al. 2006).

In vielen Erfahrungsberichten von Menschen mit Behinderungen oder ihren Angehörigen werden hinter den Beschreibungen der Handlungen Pflegenden und Ärzte unterschiedliche Haltungen zum Ausdruck gebracht. Die Bedeutung einer angemessenen Haltung der Pflegenden, Ärzte und Therapeuten beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen wird auch in Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungssituation immer wieder genannt (Fuchs 2010; Stockmann 2010). Als Gegenstand einer Untersuchung wird die Haltung von Pflegenden jedoch nur in einem der einbezogenen Artikel beschrieben. Die komparative Studie, von welcher darin berichtet wird, wurde in Griechenland im Bereich der pädiatrischen Pflege durchgeführt. Teilnehmer waren 228 Auszubildende in der Pflege, 90 Pflegenden mit Berufsabschluss, die einen Masterstudiengang besuchten, und 123 beruflich Pflegenden, die in der pädiatrischen Pflege beschäftigt waren. Die Haltung der Teilnehmer gegenüber behinderten Kindern wurde anhand einer

hierfür entwickelten Skala eingeschätzt. Insgesamt wurde die Haltung der Teilnehmer auf diese Weise als wenig positiv eingeschätzt, wobei die Werte der Teilnehmer, die im Masterstudiengang eingeschrieben waren, noch am besten waren. Die schlechtesten Ergebnisse wurden bei der Einschätzung der in der Pädiatrie beschäftigten Pflegenden erzielt (Matziou et al. 2009).

Krankenhausaufenthalt als positives Erlebnis

Menschen mit geistigen Behinderungen können den Krankenhausaufenthalt auch als „Ausflug in die Normalität“ oder als „Abwechslung“ wahrnehmen. Diese Personen orientieren sich in ihrer Aufmerksamkeit an Mitarbeitern, von denen sie wohlwollend behandelt werden (Budroni et al. 2006, S. 126).

3.3.6 Fördernde Faktoren

Unter Fördernde Faktoren werden Maßnahmen und Voraussetzungen in den Krankenhäusern gefasst, welche in der hinzugezogenen Literatur als förderlich für die angemessene Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung bei Krankenhausaufenthalten benannt werden. Sie können als Verbesserungsvorschläge oder Wunsch geäußert worden sein oder sich in Erfahrungsberichten und Untersuchungen als Bestandteil von erfolgreichen Verläufen von Krankenhausaufenthalten erwiesen haben.

Erleichterung des Zugangs

Zur Erleichterung des Zugangs zur angemessenen Krankenhausversorgung wird empfohlen, den Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, sich vor dem Krankenhausaufenthalt über die fachliche und bauliche Ausstattung des Krankenhauses hinsichtlich einer barrierefreien Versorgung, bezogen auf seine eigene Form der Behinderung zu informieren (Budroni et al. 2006).

Angemessene fachliche und personelle Voraussetzungen

Bezogen auf die für die angemessene Behandlung notwendige medizinische Infrastruktur wird die Einrichtung von Einheiten gefordert, welche auf die Behandlung von Menschen mit mehrfach Behinderung spezialisiert sind und in den Hintergrund der Infrastruktur eines Großklinikums eingebunden sind. Es werden personelle Voraussetzungen und Anforderungen an die Qualifikation des therapeutischen Teams formuliert und dabei Facharzttrichtungen mit einer breiten Ausbildung benannt und die notwendige Erfahrung mit der

Patientengruppe hervorgehoben. Von Bedeutung seien spezielle Kenntnisse in der Medikation und ein fundiertes Wissen über seltene Erkrankungen (Stockmann 2010).

Eine weitere Maßnahme zur Erhöhung der Fachkompetenz der therapeutischen Teams sei deren Erweiterung um Pädagogen, Heilpädagogen bzw. Heilerziehungspfleger in Krankenseinheiten, in denen Menschen mit geistigen Behinderungen aufgenommen werden (Voß 2010). Außerdem gibt es den Vorschlag, stationsübergreifend zielgruppenspezifische Assistenten bereitzuhalten (Schneiderhan 2010).

An die Kompetenz des Pflegepersonals werden mehrere Anforderungen formuliert. Die Pflegepersonen sollen über behinderungsspezifisches Wissen und über Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung verfügen (Budroni et al. 2006; Stockmann 2010). Angehörige halten Geduld und Freundlichkeit für wichtige Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung (Budroni et al. 2006).

Nicht selten wird im Zusammenhang mit Berichten über positive Pflege- und Behandlungsverläufe berichtet, dass Pflegenden einen Mehraufwand in Kauf nehmen, um Menschen mit Behinderungen angemessen zu versorgen (Schnepf und Budroni 01.06.09; Harenski 2007). Diese Anteile des fachlichen Handelns, mit Hilfe derer offenbar therapeutische und pflegerische Erfolge erzielt werden, werden also freiwillig geleistet und sind insofern, zumindest bisher, nicht als Leistungen des Krankenhauses zu betrachten.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer "ethischen und fachlichen Orientierung" zu sehen, welche den Angehörigen der Gesundheitsberufe an die Hand gegeben werden soll, um den Menschen mit solch einem komplexen Hilfebedarf in einer angemessenen Grundhaltung begegnen zu können. Mitarbeiter im Krankenhaus sollen sich dessen bewusst sein, dass sie "als Mensch dem Mitmenschen begegnen", insbesondere wenn sie es mit Patienten mit starken Beeinträchtigungen zu tun haben (Fuchs 2010, S. 18). Der einzelne Mitarbeiter im Krankenhaus soll den Menschen, um dessen gesundheitliche Belange er sich kümmern soll, nicht in Kategorien des Defizits wahrnehmen sondern "als Person mit eigenem Fähigkeitsprofil" (Budroni et al. 2006, S. 127). Der Gedanke, dass Menschen mit Behinderung von der Krankenhausbehandlung eine Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe erwarten dürfen, soll die Haltung der Mitarbeiter im Krankenhaus bestimmen (Fuchs 2010), eine Haltung, die im

persönlichen Umgang geprägt ist von „Respekt, Toleranz, Interesse, Geduld und Verständnis“ (Stockmann 2010, S. 71).

Wie oben schon ausgeführt wurde, ist anzunehmen, dass diese geforderte respektvolle Haltung und die beschriebene emphatische Art des Umgangs vielen Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen bei Behandlungen von akuten Erkrankungen im Krankenhaus schon widerfahren ist. Sie scheint aber nicht prägend oder typisch für den Krankenhausalltag zu sein. Fachleute fordern darum ein grundsätzliches Umdenken und eine Bewusstseinsänderung im Krankenhausbetrieb und im Gesundheitswesen (Bersdorf 2010; Budroni et al. 2006; Fuchs 2010).

Vereinzelt werden Maßnahmen benannt, mit deren Hilfe diese Bewusstseinsänderung herbeigeführt werden könnte.

Ein Teil der vorgeschlagenen Maßnahmen soll die Fachöffentlichkeit und die Krankenhäuser für das Thema „behindertengerechtes Krankenhaus“ sensibilisieren. Hierzu zählen die Berücksichtigung des Themas in Zertifizierungsverfahren und der Anstoß von Teilhabeinitiativen und Veranstaltungen in verschiedenen Gremien, Bereichen und Ebenen der Wohlfahrtsverbände (Schneiderhan 2010). Neben diesen Maßnahmen, die unter dem Begriff „Öffentlichkeitsarbeit“ zusammengefasst werden könnten, wird auch der Bereich des gezielt geförderten Lernens auf individueller Ebene angesprochen. Dabei wird der persönliche, unter Umständen auch schwierige, Entwicklungsprozess bei professionellen Helfern gesehen, welcher zu einer Einstellung führt, in der „Andersartigkeit als Wert“ geschätzt und „Vertrauen in die Fähigkeit des Anderen“ aufgebaut wird. Bersdorf (2010) sowie Budroni et al. (2006) kommen zu der Einsicht, dass Pflegende ihr Pflegeverständnis und ihr Verständnis von Behinderung reflektieren sollten. Sie schlagen vor, dass Pflegende die Sichtweise von Menschen mit Behinderungen in Trainingseinheiten kennen lernen, an denen Menschen mit Behinderungen beteiligt sind. Tracy und Iacono (2008) berichten über ein Studienprojekt, bei dem Auszubildende in der Pflege eine 3-stündige Schulung ihrer kommunikativen Fähigkeiten und anschließend die Möglichkeit eines direkten Gesprächs mit einem Menschen mit geistiger Behinderung erhalten haben. Ihre Haltung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung wurde jeweils vor und nach der Fortbildung mit Hilfe eines dafür geeigneten Befragungsinstrumentes eingeschätzt. Die Ergebnisse der Einschätzungen zeigen nach der Einschätzung der Autoren, dass die Auszubildenden durch die Fortbildung eine Än-

derung der Haltung erfahren haben. Das Verständnis und die Wertschätzung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung seien bei den Auszubildenden nach der Intervention gewachsen.

Bedarfsgerechte Organisation

3.3.6.1.1 Personenbezogenes Management

Ein großes Potenzial zur Verbesserung der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderungen scheint in der Entwicklung von Organisationsformen zu liegen, die ein personenbezogenes Management erleichtern. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung dieser Gruppe von Patienten im Krankenhaus nicht erfolgreich sein kann, wenn jede Berufsgruppe stark nach standardisierten Abläufen handelt. Aufgrund der oft schwer zu klärenden Krankheitsbilder und der schwer vorhersehbaren Reaktionen der Menschen auf Untersuchungen und Interventionen wird eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Krankenbeobachtung und Versorgungsplanung empfohlen (Harenski 2007; Stockmann 2010).

Als eine wichtige Bedingung für eine erfolgreiche Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderungen wird die Festlegung eines festen Ansprechpartners für den Patienten und die Angehörigen, z.B. nach dem Modell der primären Bezugspflege, benannt (Schmidt 2010).

Besondere Aufmerksamkeit wird in der hinzugezogenen Literatur der Organisation des Aufnahmegesprächs geschenkt, das als „geplanter Prozess“ gestaltet werden soll (Jackson und Read 2008; Lachetta 2010, S. 37). Es wird Wert auf die Feststellung gelegt, dass Dienste und Personen aus dem Umfeld der Patienten mit Behinderungen frühzeitig, also möglichst beim Aufnahmegespräch, in die Planung der Krankenhausbehandlung einbezogen werden.

Angehörige von Menschen mit geistiger Behinderung werden offenbar während eines Krankenhausaufenthalte ohnehin zum ständigen Vermittler zwischen Krankenhaus und Patienten (Budroni et al. 2006). Darum liegt es auf der Hand, dass Regelungen, welche die frühe Einbindung der Angehörigen in die Planung des Krankenhausaufenthalts vorsehen, deren Verlauf für alle Beteiligten vereinfachen würden (Schmidt 2010). So wurden im Ausland gute Erfahrungen mit der Durchführung von Assessments durch Krankenhausmitarbeiter in der häuslichen Umgebung des zukünftigen Patienten gemacht, so genannte Voraufnahmeas-

sessments (Hannon 2004) oder mit der Durchführung von Besichtigungsbesuchen von Menschen geistigen Behinderungen in den Krankenhäusern vor deren geplanten stationären Aufenthalt (Ailey und Hart 2010).

Auch die frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem gesetzlichen Betreuer und dessen Einbeziehung in die Behandlungsplanung gehört zu den als notwendig erachteten Regelungen zur Krankenhausaufnahme. Damit sollen frühzeitig mögliche Konflikte im Behandlungsverlauf vermieden werden (Stockmann 2010).

Angehörige von Menschen mit geistigen Behinderungen haben in Befragungen die Erwartung geäußert, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe von sich aus dem Krankenhaus die notwendigen Informationen über den Patienten frühzeitig zur Verfügung stellen (Budroni et al. 2006, S. 126).

Nicht nur zu Beginn, sondern auch während der Krankenhausbehandlung sollen Kommunikationswege zwischen Krankenhaus und dem häuslichen Umfeld des Patienten mit Behinderung offen gehalten werden und Angehörige bzw. andere Helfer des Menschen mit Behinderung in die Behandlungsplanung eingebunden bleiben (Lachetta 2010; Schmidt 2010; O'Halloran et al. 2008, Budroni et al. 2006). Es gibt Untersuchungsergebnisse, nach denen Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung von Krankenhausmitarbeitern als Berater gesehen und angenommen wurden (Harenski 2007) und dass die Krankenhausmitarbeiter die Rolle, welche die Angehörigen während der Krankenhausbehandlung wahrgenommen haben, als „wichtige Erleichterung“ erlebt haben (Lachetta 2010, S. 36-37).

Hinsichtlich der Planung der Krankenhausbehandlung und -pflege wird darauf hingewiesen, dass bei Menschen mit mehrfacher Behinderung längere Zeiten der Rekonvaleszenz zu erwarten und einzuplanen sind (Stockmann 2010). Außerdem wird dazu geraten, bei der Planung einzelner diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Phasen der Trennung der Patienten mit geistiger Behinderung von vertrauten Personen und Objekten möglichst kurz zu halten (Harenski 2007).

Besondere Bedeutung für den Erfolg der Krankenhausbehandlung von Menschen mit mehrfacher Behinderung wird der organisatorischen Gestaltung der Krankenhausentlassung zugeschrieben. Von den Regelungen zum Entlassungsmanagement im Krankenhaus wird erwartet, dass Sie die Abstimmung mit dem Umfeld des Patienten mit geistiger Behinderung vor der Entlassung gewährleisten (Schneiderhan 2010; Lachetta 2010).

3.3.6.1.2 Angepasste fachliche Prozesse

Zur Anpassung der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse an die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit mehrfacher Behinderung hat die Literatursichtung eine Reihe von Vorschlägen ergeben.

Die meisten Tage einer Krankenhausbehandlung des geistig behinderten Menschen dienen insbesondere bei unklaren Krankheitsbildern der gemeinsamen Krankenbeobachtung (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten) und dem Austausch zwischen den Berufsgruppen über diese Beobachtungen. Ein einfaches „Abspulen“ schematischer Abläufe verbietet sich. Oft relativieren sich während eines stationären Aufenthaltes die Probleme, die ursprünglich zur Einweisung führten oder völlig neue Aspekte tauchen auf. Leider wird diese klinische Praxis im Team, auf Erfahrung gestützt, vom MDK oft als „Untätigkeit“ oder „Desorganisation“ des Krankenhauses fehlinterpretiert und sogar unterstellt, der Patient hätte spätestens am Folgetag der letzten apparativen Untersuchung entlassen werden müssen (Stockmann 2010, S. 70).

Es wird darauf hingewiesen, dass bei einer Krankenhauseinweisung von Menschen mit geistiger Behinderung selten der Patient selbst der Auftraggeber der Untersuchung und Behandlung ist. Darum wird geraten, vor der Diagnosestellung das aufgetretene Gesundheitsproblem bei der betreuenden Person bzw. dem einweisenden Arzt genau zu erfragen und auch deren Erwartungen an die Krankenhausbehandlung zu ermitteln (Stockmann 2010). Es wird empfohlen, die Bedeutung der betreuenden Personen als häufig einzige Quelle zur Ermittlung von anamnestischen Informationen nicht zu unterschätzen und ihrem Expertentum zu trauen, auch wenn dies unter Umständen bedeuten sollte, sich auf Vorstellungen vom Krankheitsgeschehen einzulassen, welche aus medizinischer Sicht laienhaft erscheinen (Stockmann 2010).

Außerdem wird hervorgehoben, dass zur Klärung von Krankheitsursachen bei Menschen mit mehrfacher Behinderung eine besonders sorgfältige Sichtung und Bewertung der Vorbefunde notwendig sei (Stockmann 2010).

Da für Menschen mit geistiger Behinderung die psychische Belastung durch diagnostische Maßnahmen oft ungewöhnlich hoch ist, wird geraten, die Belastungen durch Untersuchungsmaßnahmen möglichst gering zu halten. Zu einem differenzierten Einsatz von sedierenden Medikamenten wird für den Fall geraten, dass die Untersuchungsmaßnahme zwar für unumgänglich gehalten, voraussichtlich aber traumatisch für die zu untersuchende Person sein wird oder we-

gen fehlender Einsicht im wachen Zustand gar nicht durchführbar ist. Für die Planung der Maßnahmen und den Einsatz von sedierenden Medikamenten wird eine sorgfältige vorherige Risiko-Nutzen-Analyse vorausgesetzt (Harenski 2007, Stockmann 2010).

Als besondere Aufgabenstellung bei der Diagnose von Erkrankungen bei Menschen mit mehrfacher Behinderung wird die Klärung der Frage vorgehoben, ob die vorliegende Erkrankung tatsächlich neu hinzugekommen ist, oder ob sich eine vorhandene chronische Erkrankung verschlechtert hat (Stockmann 2010, S. 68).

Befragungen von Krankenhauspatienten mit Behinderungen haben ergeben, dass diese sich wünschen, dass Pflegende sich mehr Zeit nehmen für Gespräche über ihren Hilfebedarf und die Weitergabe der Informationen darüber ins gesamte Pfllegeteam (Budroni et al. 2006).

3.3.6.1.3 Nutzerorientiertes Qualitätsmanagement

Über Erfahrungen mit der Beurteilung von Diensten des Gesundheitswesens in Schottland durch Menschen mit geistiger Behinderungen berichten Campbell und Martin (2010). Eine zuvor durchgeführte Untersuchung über die Qualität der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens in 15 schottischen Regionen hatte ergeben, dass in Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens, in welchen Menschen mit geistiger Behinderung eine gute Versorgung erfahren, auch die allgemeine Qualität der Versorgung als hoch einzuschätzen ist.

3.3.6.1.4 Kommunikation

Im direkten Umgang mit den Menschen mit mehrfachen Behinderungen müssen Mitarbeiter im Krankenhaus in der Lage sein, Kommunikationsformen zu finden, die jeweils individuell für den jeweiligen Patienten anwendbar sind.

Grundsätzlich wird empfohlen, die betreffenden Menschen direkt anzusprechen, bei Bedarf eine der betreuenden Personen hinzuzuziehen bzw. Hilfsmittel einzusetzen. Besonders bewusst soll auf die Wirkung der Wortwahl, des Sprachtempos und der Betonung geachtet werden. Angstgefühle und Unsicherheit beim Ansprechpartner sollen vermieden werden (Lachetta et al. 2011) (Lachetta 2010).

Für den Umgang mit Menschen, bei denen die verbale Kommunikation gar nicht möglich und die nonverbale Kommunikation stark erschwert ist, finden sich

zahlreiche Handlungsempfehlungen zur Förderung der nonverbalen Kommunikation, deren Umsetzung sich bewährt hat. Zum Beispiel werden Möglichkeiten aufgezeigt, durch optische Reize die visuelle Wahrnehmung zu verbessern oder durch Lagerungsmaßnahmen eine Konzentration auf den eigenen Körper und die Aktivitätsmöglichkeiten zu erreichen (Fröhlich 1994).

Lachetta et al. (2011) stellen, mit einem Verweis auf das Interaktionsmodell (Fosbinder 1994), die besondere Bedeutung der Beziehungsarbeit für die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten hervor. In der Diskussion der Ergebnisse ihrer Literaturanalyse von Studien zur Situation von Patienten mit geistiger Behinderung im Krankenhaus bemängeln sie, dass der Aspekt der Beziehung in bisherigen Untersuchungen zur Versorgung dieser Patienten im Krankenhaus überhaupt nicht berücksichtigt worden sei.

3.3.6.1.5 Zielgruppengerechtes fachliches Handeln

Erfolgreiches fachliches Handeln von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten im Umgang mit Patienten mit mehrfachen Behinderungen erfordert auch über die Kommunikation hinaus offenbar ein gewisses Maß an Kreativität. Als Beispiele für kreatives, flexibles Handeln bei Menschen mit beeinträchtigter Einsichts- und Kooperationsfähigkeit, werden das Verordnen von Infusionen mit kurzen Laufzeiten, das Anlegen von Infusionen am nicht gelähmten Arm und das Offenstehenlassen von Türen zur Reduzierung der Angst angeführt (Stockmann 2010).

Als wichtige Grundlage für die Anpassung der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse an die Bedürfnisse der Patienten mit mehrfacher Behinderung wird die Orientierung an Leitlinien gesehen. Es werden dabei Leitlinien benannt, die durch internationale und nationale Expertengruppen erstellt worden sind, wie z.B. die „Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten“ von Dösen et al. 2010 (Voß 2010), Handlungsansätze aus bewährten Erfahrungen oder durch Best-Practice-Ansätze ermittelte Vorgehensweisen (Schneiderhan 2010).

3.3.6.1.6 Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, mit denen Krankenhäuser besser auf die Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen vorbereitet werden können, liegen nicht allein im Handlungsbereich der Krankenhäuser. An

die Adresse der Berufs- und Bildungspolitik werden Forderungen gerichtet, das Thema Behinderung in die Lehrpläne der Ausbildungen für Mediziner, Pflegende und Therapeuten aufzunehmen und für die medizinischen und pflegerischen Berufe Möglichkeiten der Spezialisierung zu schaffen (Brühl 2009; Schneiderhan 2010). Es wird vorgeschlagen, dass Auszubildende in Pflege und Medizin Praktika in Behinderteneinrichtungen absolvieren (Lachetta 2010). Aber auch als Fortbildungsmaßnahme im Rahmen der Handlungsmöglichkeiten der Kliniken werden Praxiseinsätze in Einrichtungen der Behindertenhilfe für Pflegende diskutiert (Wolk und Schnepf 1997). Auch der systematisch organisierte Austausch unter Pflegenden wird als geeignet angesehen, Kenntnisse in der Pflege von Menschen mit Behinderungen zu erweitern (Lachetta et al. 2011). In Großbritannien wurde die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen eines integrierten Moduls in der Ausbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen in einem Projekt erprobt (Anderson et al. 2010).

Pflegende in Krankenhäusern scheinen prinzipiell bereit zu sein, auch unmittelbar von Menschen mit Behinderungen bzw. deren Angehörigen zu lernen, wie Befragungen ergeben haben (Straub 2006; Lachetta 2010).

3.3.6.1.7 Anforderungen an das Gesundheitssystem

Weitere in der einbezogenen Literatur genannte Empfehlungen und Forderungen beziehen sich auf das gesamte Gesundheitssystem und richten sich an die Politik. Ihre jeweilige Erfüllung oder Nichterfüllung wird jedoch jeweils unterschiedliche Auswirkungen auf die Handlungsperspektiven der Krankenhäuser in der Vorbereitung auf die Versorgung von Patienten mit mehrfacher Behinderungen haben. Darum sollen sie an dieser Stelle genannt werden.

So werden die Abbildung des Mehraufwandes für Behandlung und Pflege für Menschen mit Mehrfachbehinderungen im DRG (Seidel 2010a; Schneiderhan 2010), die Berücksichtigung des speziellen Mehraufwandes sämtlicher Patienten mit einem Bedarf an ständiger Begleitung (Seidel 2010a) und die Berücksichtigung der Investitionskosten für den Aufwand an baulichen Maßnahmen gefordert, um die Krankenhäuser behindertengerecht auszustatten (Schneiderhan 2010).

Hinsichtlich der Frage, wie das Angebot zielgruppengerechter Versorgung in der Krankenhauslandschaft verteilt werden sollte, scheinen sich in den Vorschlägen aus der Literatur unterschiedliche Ansätze abzuzeichnen. Einerseits wird gefordert, Allgemeinkrankenhäuser flächendeckend auf die Versorgung von

Menschen mit mehrfachen Behinderungen vorzubereiten (Lachetta 2010). Andererseits wird die Einrichtung und Förderung von spezialisierten Zentren für die Behandlung von Menschen mit geistigen und mehrfacher Behinderung empfohlen (Schneiderhan 2010; Schmidt 2010; Lachetta 2010).

Für die Gesundheitsvorsorge außerhalb des Krankenhauses wird die Notwendigkeit geäußert, dass Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen gehen können, damit Krankheiten früher entdeckt werden und die akutstationäre Situation entlastet werden kann (Lachetta 2010).

3.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Literaturanalyse zeigen, dass es bisher im internationalen und nationalen Maßstab kaum Leitlinien und forschungsbasierte Erkenntnisse über die angemessene Gestaltung der Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung gibt.

Es finden sich aber zahlreiche Erfahrungsberichte von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung und ihren Angehörigen, eine Reihe von Einschätzungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, zum Teil auf der Grundlage von Ergebnissen von qualitativen Studien zum Erleben von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung bzw. dem Erleben ihrer Angehörigen und vereinzelt Berichte über die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus.

Insgesamt ergeben diese Veröffentlichungen ein Bild darüber, welche Faktoren im Zusammenhang mit Strukturen, Prozessen und fachlichen Handlungen von den Beteiligten für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der angemessenen Gesundheitsversorgung bei der Krankenhausversorgung als hinderlich erfahren und welche Faktoren als förderlich erlebt bzw. eingeschätzt werden.

Mit Hilfe der ermittelten fördernden Faktoren konnten folgende Handlungsbereiche identifiziert werden, die für den Inhalt von Zielvereinbarungen von Bedeutung sein werden: die Erleichterung des Zugangs, Verbesserung der fachlichen und personellen Voraussetzungen, Bedarfsgerechtes Management, angepasste fachliche Prozesse.

Die sich aus der Literaturanalyse ergebenden Beschreibungen der hindernden Faktoren (Barrieren), der Besonderheiten der Zielgruppe und des Erlebens von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus bilden den Hintergrund, vor dem Expertengespräche über Inhalte von Zielvereinbarungen geführt werden konnten und mögliche Kriterien für Zielvereinbarungen entwickelt und hinsichtlich ihrer Bedeutung und Wirksamkeit eingeschätzt werden können.

4 Befragung der Expert/innen

4.1 Konzeptionelle Vorüberlegungen

Die Festlegung, dass im Rahmen des Projekts eine Expertenbefragung in einem qualitativen Ansatz, eine Datenerhebung und -auswertung durchgeführt werden sollte, wurde aus Überlegungen getroffen, die nachfolgend dargestellt werden.

4.1.1 Beschreibung des Ist-Zustandes aus Expertensicht

Um eine allgemeingültige Einschätzung darüber abgeben zu können, welche (Mindest-)Anforderungen an deutsche Allgemeinkrankenhäuser hinsichtlich ihrer Leistungen gegenüber Menschen mit mehrfacher Behinderung gestellt und in Musterzielvereinbarungen formuliert werden können bzw. sollten, wurde eine umfassende und differenzierte Beschreibung der derzeitigen Probleme und Handlungsmöglichkeiten bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen für erforderlich gehalten. Um eine möglichst große Praxisbezogenheit und Umsetzbarkeit der zu entwickelnden Musterzielvereinbarung zu gewährleisten, sollte diese vorzunehmende Ist-Analyse die Sichtweisen, die Erfahrungen und das Wissen der unterschiedlichen Berufs- und Personengruppen berücksichtigen, die mit der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus vertraut sind, entweder als unmittelbar Beteiligte oder sozusagen als Beobachter, z.B. als Wissenschaftler oder Vertreter eines Verbandes.

Erhebung von Daten

Es war zu erwarten, dass sich auf der Grundlage von bisherigen Veröffentlichungen zwar schon Aussagen darüber treffen lassen würden, wie die Krankenhaus-Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung von den Betroffenen und ihren Angehörigen, den Vertretern der beteiligten Berufe und aus der Sicht von Wissenschaftlern und Verbänden erfahren und beschrieben wird. Außerdem war abzusehen, dass sich aus der Literatur Auflistungen von Verbesserungsvorschlägen von Fachleuten unterschiedlicher Herkunft herausarbeiten lassen. Für die Anlage einer Ist-Analyse im oben genannten Sinne waren die aus der Literatur erhältlichen Daten jedoch als noch nicht ausreichend einzuschätzen. Hinzu kam, dass nur ein kleiner Teil der Veröffentlichungen durch Untersuchungen zum Thema wissenschaftlich-empirisch begründet ist. Darum konnte

nicht ausgeschlossen werden, dass bei einem nur auf Literatur begründeten Entwurf der Zielvereinbarungen einzelne, womöglich bedeutsame praktische Gesichtspunkte unberücksichtigt bleiben würden.

Deshalb wurde einerseits eine empirische Bestätigung und Absicherung der Literaturbefunde und andererseits eine Erweiterung und Differenzierung der Ist-Analyse anhand neu zu erhebender Daten für erforderlich gehalten, insbesondere was Verbesserungsmaßnahmen innerhalb der Regelleistung von Krankenhäusern angeht. Da das Erkenntnisinteresse der vorzunehmenden Datenerhebung überwiegend darin lag, Beschreibungen von Expertenwissen über Probleme und Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung aufzuzeigen, wurde die Datenerhebung als Expertenbefragung geplant.

Qualitatives Forschen

Um zuerst möglichst das ganze zugängliche Spektrum von Problembeschreibungen und Lösungsmöglichkeiten breit zu erfassen, entschied sich die Projektgruppe dafür, die Expertenbefragung in Form von Leitfadeninterviews durchzuführen. Bei Leitfadeninterviews wird grob vorgeplant, welche Themen und Fragen im Interview angesprochen werden. Orientiert am Leitfaden führen der Interviewer und der Befragte ein Gespräch, dessen Entwicklung im Übrigen offen bleibt. Diese Form der Befragung wird bei Expertenbefragungen häufig durchgeführt, weil sie im Gegensatz zur offenen Befragung den Verlauf des Interviews im Rahmen des interessierenden Themenbereichs eingrenzt, aber auch zulässt, dass der Befragte bisher unbekanntes, vom Interviewer nicht ins Gespräch gebrachte Gesichtspunkte zum Thema anspricht. Diese Möglichkeit ist insofern von großer Bedeutung, als davon ausgegangen wird, dass Personen, die sich ein Expertenwissen angeeignet haben, dieses teilweise nicht selbst erkennen. Man spricht bei diesen Anteilen des Expertenwissens vom 'impliziten Wissen' vom 'stillen Wissen', oder auch 'tacit knowledge'. Durch die Möglichkeit des Befragten, frei über "sein" Thema zu sprechen und dadurch, dass der Interviewer zusätzliche Fragen stellen kann, offenbaren sich Teile dieses stillen Wissens möglicherweise im Gespräch (Gläser und Laudel 2010).

Als Methode der Auswertung der durch die Interviews gesammelten Textdaten wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, ähnlich wie es zum Beispiel Burnard (1991) mit seiner thematischen Inhaltsanalyse beschrieben hat. Eine Analyse nach dieser Methode hat eine detaillierte und systematische Erfassung der in

den Interviews angesprochenen Themen und Gesichtspunkte zum Ziel. Dabei sollen die von den unterschiedlichen Interviewpartnern angesprochenen Themen einander in einem Kategoriensystem zugeordnet sein, sinnvoll und allgemein nachvollziehbar. Die Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse können in unterschiedlicher Anzahl und Detailliertheit beschrieben werden. Entscheidend ist, dass Textstellen schrittweise aus dem Kontext des Interviews genommen und in den Kontext des hierarchischen Kategoriensystems eingeordnet werden. Einzelschritte bei De- und Rekontextualisierung sind zum Beispiel das ‚offene Kodieren‘, d.h. die Bildung von Kategorien durch die Paraphrasierung der einzelnen Textstellen oder das Zusammenfassen von gefundenen Kategorien und einer zusammenfassenden, generalisierter bezeichneten Kategorie.

Da diese Art der Auswertung eine interpretierende ist und einzelne Bezeichnungen und Deutungen von verschiedenen Personen und in unterschiedlichen Kontexten anders verstanden werden können, wird zur Absicherung der allgemeinen Gültigkeit der Daten empfohlen, dass mehrere unterschiedliche Personen in die Auswertung eingebunden werden und dass bei Änderungen der Zuordnungen innerhalb des Kategoriensystems die Kategorien immer wieder vor dem Hintergrund der zugehörigen Textstellen und die Textstellen immer wieder im Kontext der jeweiligen Herkunfts-Interviews geprüft werden.

4.1.2 Ethische Erwägungen

Obwohl gerade Menschen mit Mehrfachbehinderungen als unmittelbare Experten für ihre eigenen Bedürfnisse betrachtet werden können, wurde ihre Befragung bei der Planung der Experteninterviews im Rahmen dieses Projekts nicht vorgesehen. Diese Entscheidung ist vor allem darin begründet, dass eine angemessene, ihre kommunikativen Möglichkeiten und Belastbarkeit berücksichtigende, Einbeziehung von Menschen mit mehrfacher Behinderung sehr aufwändig gewesen wäre. Demgegenüber war zu erwarten, dass die Beiträge der anderen Experten und der Literaturuntersuchung zur Sichtweise und zu den Bedürfnissen der Menschen mit mehrfacher Behinderung deren angemessene Darstellung im Rahmen der Fragestellungen des Projekts ermöglichen würden.

Außerdem wurde in der Projektgruppe auch über die Frage gesprochen, ob der Projektplan einer Ethikkommission vorgelegt werden sollte.

Auf Nachfragen äußerte ein Mitglied der Ethikkommission am Department für Pflegewissenschaft die Ansicht, dass für ein Praxisentwicklungsprojekt wie dieses keine Verpflichtung zur Einholung eines Ethikvotums bestehe.

In der Projektgruppe wurde erörtert, welche möglichen Risiken für die Teilnehmer durch die Befragung entstehen könnten. Als mögliches ethisches Risiko wurde unter anderem die Gefahr der Nichterfüllung von Erwartungen der Interviewteilnehmer an das Projekt diskutiert.

Man einigte sich darauf, keine Ethik-Kommission hinzuzuziehen. Das geplante Vorgehen mit einer ausführlichen Information der Interviewteilnehmer über die Ziele und Vorgehen des Projekts, der Aufklärung im Rahmen der Einverständniserklärung, der sofortigen Anonymisierung der Daten und eines konsequenten Datenschutzes wurde als geeignet eingeschätzt, die Teilnehmer vor Risiken zu schützen, die mit der Teilnahme verbunden sein könnten.

4.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Expertenbefragung war es, grundlegende Hinweise zur Beantwortung folgender Leitfragen zu erhalten:

- Welche Erfahrungen mit der Krankenhausbehandlung von Menschen mit schweren und mehrfach behinderten Menschen werden berichtet?
- Welche besonderen Schwierigkeiten haben die Betroffenen erfahren?
- Gibt es auch positive Erfahrungen?
- Gibt es konkrete Verbesserungsvorschläge?
- Gibt es bereits Erfahrungen mit Verbesserungsmaßnahmen?
- Welche Maßnahmen scheinen umsetzbar?

4.3 Vorgehen bei der Expertenbefragung

Geplant war die Durchführung von ca. 15 Einzelgesprächen und Gruppendiskussionen mit Angehörigen von Menschen mit mehrfacher Behinderung, mit Personen aus den Bereichen der Medizin, Pflege, Therapie und Sozialarbeit im Krankenhaus, mit Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und mit wissenschaftlichen Experten, die sich mit der Unterstützung, Pflege und Therapie von Menschen mit Behinderungen befasst haben. Die Gespräche wurden vorbereitet durch die Festlegung einer Interviewstruktur. Als Einleitung war eine einführende Vorstellung der persönlichen Erfahrungen des Interviewers zur Versor-

gung von Menschen mit Mehrfachbehinderung vorgesehen und dann die Frage nach dem Zugang des Interviewpartners zu diesem Thema. Es folgten jeweils Fragen zu negativen und positiven Erfahrungen bei Krankenhausaufenthalten von Menschen mit mehrfacher Behinderung. Zum Ende der Gespräche wurde die Frage vorgesehen, welche Maßnahmen die Gesprächspartner für besonders wichtig halten, um die Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus zu verbessern.

Zur Auswahl von geeigneten Gesprächspartnern und der Kontaktaufnahme zu ihnen war der Bundesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen behilflich, in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Kontaktgesprächsverbände der Behindertenhilfe. Außerdem konnten bereits vorhandene Kontakte des Departments für Pflegewissenschaft genutzt werden. Zunächst wurden 17 Personen und Gruppen und dann später noch einmal 3 Personen ausgewählt, bei denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie für ein Interview bereit sein würden.

Die Auswahl der Teilnehmer ist in Tabelle 1 dargestellt. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, sind unter den ausgewählten Experten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Ärzte, Zahnärzte, Pädagogen, Sonderpädagogen, Sozialarbeiter, eine Verwaltungsfachkraft und ein Rechtsanwalt. Sie alle sind in der einen oder anderen Form mit Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen befasst, als Angehörige von Menschen mit mehrfacher Behinderung, als Beschäftigte im Krankenhaus, als leitende Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe, als Berater oder als wissenschaftliche Experten.

4.3.1 Teilnehmer/innen der Expertengespräche

E01	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Wissenschaftlerin, Pflegeexpertin Wachkoma
E02	Sonderschullehrerin; Mutter einer erwachsenen Tochter mit körperlicher mehrfacher Behinderung; aktiv in Politik für Menschen mit Behinderung
E03	Mutter einer erwachsenen Tochter mit mehrfacher Behinderung, Ärztin, Lehrende in der Hochschul- ausbildung von Pflegenden, aktiv in Politik für Menschen mit Behinderung
E04	Mutter einer erwachsenen Tochter mit geistiger Behinderung, aktiv in der Politik für Menschen mit Behinderungen
E05	Mutter eines erwachsenen Sohnes mit mehrfacher, auch geistiger, Behinderung, Mitarbeiterin in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, aktiv in der Politik für Menschen mit Behinderungen
E06	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Leiterin von mehreren Einrichtungen der Behindertenhilfe
E07	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplom-Pflegewirtin, Bereichsleiterin einer Einrichtung Einglie- derungshilfe
E8	Gruppeninterview, Pflegende und Mediziner in einem Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen
E09	Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegedienstdirektor eines Krankenhauses
E10	Pflegeteam bzw. Pflegedirektion eines Krankenhauses im Einzugsbereich von Einrichtungen der Ein- gliederungshilfe
E11	Eine Sozialarbeiterin und ein Sozialarbeiter aus zwei unterschiedlichen Akut-Krankenhäusern.
E12	Pädagoge, Wissenschaftler, Experte für nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Mehrfachbehin- derungen
E13	Zahnmediziner, Experte für Zahnmedizin bei Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung, aktiv in der Behindertenhilfe
E14	Altenpfleger, Wissenschaftler, Experte für die Pflege von Menschen mit Demenz
E15	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegewissenschaftler Wissenschaftler, Experte für die Aus- wirkungen der Einführung der DRG'
E16	Pädagoge, Leiter von Einrichtungen der Eingliederungshilfe, baut kleine Einrichtungen auf
E17	Pädagoge, Leiter einer Einrichtung der Eingliederungshilfe. Einrichtung hat Kooperationsvereinbarun- gen mit einem Krankenhaus
E18	Gesundheits-, und Krankenpflegerin. Leiterin einer chirurgischen Station. Krankenhaus hat Koopera- tionsvereinbarung mit einer Einrichtung der Eingliederungshilfe
E19	Rechtsanwalt, Rollstuhlfahrer, Mitarbeiter einer Beratungsstelle von Behinderten für Behinderte.
E20	Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegedirektor eines Krankenhauses. Krankenhaus ist Mitherausge- ber einer Broschüre mit Informationen zum Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige.

Tabelle 1: Interviewpartner Expertengespräche

Die Durchstreichungen in der Tabelle kennzeichnen vier Experteninterviews, die zunächst geplant waren, aber letztendlich nicht zustande gekommen sind. Von zwei der ausgewählten Personen bzw. Gruppen (E09, E10) wurde eine Be-

reitschaft zur Teilnahme erklärt, aber es konnte trotz mehrerer Versuche jeweils kein Gesprächstermin im Befragungszeitraum vereinbart werden.

Außerdem wurde auf die Befragung eines weiteren zunächst ausgewählten Experten (E13) verzichtet, weil nach den ersten Auswertungen abzusehen war, dass dessen spezielle Expertise zur Beantwortung der Fragen des Projekts nicht benötigt werden würde. Einer der angeschriebenen Experten (E16) hat gar nicht auf die Anfrage reagiert.

Dreizehn der 16 Gespräche wurden nach Zustimmung der Teilnehmer mit Hilfe eines digitalen Tonträgers aufgenommen. Ein Gespräch wurde nicht aufgenommen, weil die von der befragten Person zu erhaltende Informationen zur Fragestellung des Projekts hauptsächlich aus Literaturhinweisen und Kontaktdaten bestanden. Die Tonaufnahmen wurden transkribiert und die Transkripte zusammen mit den Gedächtnisprotokollen der nicht aufgenommenen Gespräche in die qualitative Auswertung einbezogen.

Die Auswertung der Texte erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA. Vor dem Hintergrund der oben genannten Leitfragen wurden Textstellen in den einzelnen Interviews kategorisiert und in einen Bezug zu den Fragestellungen des Projektes gebracht. Zur detaillierteren Darstellung der Zusammenhänge wurden entweder vom Inhalt und vom Grad der Differenzierung her entsprechende vorhandene Kategorien aus der Literatursichtung herangezogen oder neue Kategorien gebildet. Als übergeordnete Kategorien, denen Aussagen der Interviewteilnehmer zuzuordnen sind, wurden die Bereiche ‚Barrieren‘, ‚Besonderheiten‘, ‚Fördernde Faktoren‘ vorausgesetzt. Aus dem Bereich ‚Barrieren‘ wurden folgende Unterkategorien als gegeben angenommen: ‚Erschwerter Zugang‘, ‚fehlende Fachlichkeit‘, ‚Unzureichende Kommunikation‘, ‚Mängel im Versorgungsprozess‘, ‚ungünstige organisatorische Rahmenbedingungen‘, ‚ungünstige ökonomische Rahmenbedingungen‘. Folgende Unterkategorien des Bereiches ‚Fördernde Faktoren‘ wurden vorausgesetzt: ‚Erleichterung des Zugangs‘, ‚Angemessene fachliche und personelle Voraussetzungen‘, ‚Bedarfsgerechte Organisation‘; ‚Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung‘, ‚Anforderungen an das Gesundheitssystem‘.

4.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Auswertungen der Expertengespräche führten zum Teil zu einer Verdichtung der Ergebnisse aus der Literatursichtung, aber auch zu neuen Gesichtspunkten, die bei der Entwicklung bei der Barrierefreiheit der Krankenversorgung eine Rolle spielen.

4.4.1 Besonderheiten von Menschen mit Mehrfachbehinderungen als Krankenhauspatienten

Die Auswertung der Experteninterviews zu den Besonderheiten der Menschen mit mehrfacher Behinderung als Patienten im Akutkrankenhaus konnte vor Allem bezogen auf die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung vorgenommen werden.

Angehörige äußern aus ihrer Erfahrung heraus, dass Behinderte im Krankenhaus als „Exoten“ (E02) wahrgenommen und behandelt werden.

Aus der Sicht von Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe ist das Verhalten und Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus davon bestimmt, dass sie in ihrer Lebensführung stark auf Bezugspersonen angewiesen sind.

Besonders wird von den Experten darauf hingewiesen, dass Menschen mit geistiger Behinderung meistens sehr viel Zeit brauchen, um Handlungen selbstständig oder mit Hilfe für sich selbst nachvollziehbar durchzuführen:

„die behinderten Menschen brauchen Zeit. Zeit, Zeit, Zeit: Um in ihrem Tempo, wenn sie aus ihrem gewohnten Umfeld raus kommen, [...] die Fähigkeiten, die sie haben, erhalten wollen, dann brauchen sie Zeit dazu“ (E06).

Verstärkt sei dieser hohe Zeitbedarf bei Menschen mit geistiger Behinderung in höherem Alter zu beobachten:

„Ich glaube, alte Menschen sind wie alte Menschen im normalen Leben auch noch mal deutlich verlangsamt, aber auf dem Hintergrund ihrer Grunderkrankung sowieso schon und für ihre erworbenen und erhaltenen Fähigkeiten sozusagen, die Aktivitäten des täglichen Lebens unter unterschiedlichen Unterstützungsnotwendigkeiten in ihrem Wohnumfeld hinzubekommen, ist es notwendig, dass sie wenn sie im Klinikaufenthalt sind, damit sie's nicht verlernen, brauchen sie deutlich noch mal mehr Zeit. [...]

die Betreuung von Menschen mit Behinderung in Heimen ist ja sehr geprägt von Bezugspersonen. Und wenn diese Bezugspersonen im Alltag und als Unterstützung auch wegfallen, wenn sie im Krankenhaus sind, und ersetzt werden durch allgemeines Pflegepersonal, was seinen Zeit- und Aktionsrhythmus hat, dann ist die Kommunikation oft sehr schwierig auch [...]“.(E06)

Menschen mit geistiger Behinderung reagieren nach den Erfahrungen der Experten häufig mit Überforderung, Schweigen, Passivität in Verbindung mit vermehrtem Assistenzbedarf, Verweigerung oder aggressivem Verhalten, wenn sie sich in einen fremden Rhythmus gezwungen fühlen und die Erfahrung, dass sie ihre Bedürfnisse dem Gegenüber im Krankenhaus nicht verständlich machen können, ihnen Angst macht.

4.4.2 Barrieren in der Krankenhausversorgung

Die in den Interviews geäußerten Expertenmeinungen zu den Barrieren beim Zugang von Menschen mit Mehrfachbehinderungen zur angemessenen Krankenhausversorgung untermalen im Wesentlichen das aus der Literatursichtung gewonnene Bild.

Erschwerter Zugang

Aus den persönlichen Erfahrungsberichten von Angehörigen in den Interviews geht hervor, dass es für Menschen mit Behinderungen im Erwachsenenalter und deren Angehörige immer wieder sehr schwierig ist, bei Gesundheitsproblemen die geeignete Behandlung zu erhalten.

Neben Hinweisen über die bauliche Barrierefreiheit von Einrichtungen des Gesundheitswesens fehlt es offensichtlich an gut zugänglichen und allgemein verfügbaren Informationen darüber, in welchen Krankenhäuser und anderen Diensten des Gesundheitswesens Menschen mit Behinderungen gut versorgt werden. So sei es häufig z.B. schwierig, auf Anhieb einen geeigneten Krankentransport zu bestellen.

Die Haltung in den Krankenhäusern schon bei bzw. vor der Aufnahme wird von den Experten als in der Regel unflexibel wahrgenommen. Von den Menschen mit Behinderungen werde erwartet, dass sie sich entweder an die Anforderungsstrukturen des Krankenhauses anpassen oder bereit sind, auf dessen Leis-

tungen zu verzichten. Diese beschriebene Erwartungshaltung wird vor allem durch die Erfahrung von befragten Angehörigen deutlich, nach denen Krankenhäuser oft nur dann bereit sind, Menschen mit mehrfacher Behinderung aufzunehmen, wenn gewährleistet ist, dass sie ständig durch die Angehörigen begleitet werden. Dieser Anspruch der unbedingten Anpassung der Patienten spiegelt sich im Übrigen auch darin, so berichten die Experten, dass den Menschen mit Behinderungen der Zugang zu Einzelleistungen wie zum Beispiel zur Durchführung notwendiger Untersuchungen verwehrt werde, sobald sie sich nicht erwartungskonform verhalten:

„[...] häufig ist es so, dass das System davon ausgeht, dass die Struktur die es vorgibt und die es erwartet von denen, die sie in Anspruch nehmen wollen, auch erfüllt werden müssen“ (E03).

Fehlende Fachlichkeit

Wie in der untersuchten Literatur spiegelt sich auch in den Erfahrungsberichten der befragten Experten die Feststellung, dass Krankenhäuser offensichtlich größtenteils fachlich ungenügend auf die Behandlung und Pflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung vorbereitet sind. So wird von immer wieder anzutreffenden unzureichenden Kenntnissen der Pflegenden über die körperlichen Bedingungen der Menschen mit bestimmten Erkrankungen und Behinderungen berichtet und dementsprechend von fehlenden Fertigkeiten in der Erbringung der angemessenen Hilfeleistungen. Es sei häufig zu erkennen, dass die Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Mehrfachbehinderungen nicht geschult seien.

„Die haben keine Ahnung, dass jemand keine richtigen Oberschenkel- und Popomuskeln hat und wenn dann abgeknallt wird auf ne harte Brille, das tut weh, da kann überhaupt keine Entleerung erfolgen – dass dann auf die Toilettenstühle ein weicher Ring drauf müsste.“ (E02)

Eine Expertin berichtet von Fortbildungen über Selbst- und Fremdwahrnehmung im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, welche sie für Angehörige der Gesundheitsberufe durchgeführt hat und davon, dass sich unter den interessierten Teilnehmern kaum Pflegende aus Krankenhäusern gefunden haben. Sie

schließt daraus, dass das Thema die meisten Pflegenden der Krankenhäuser eher weniger interessiert.

Unzureichende Kommunikation

Nach den Berichten der befragten Experten zeigen sich kommunikative Schwächen der Krankenhäuser auf mehreren Ebenen.

Zum einen wird die Kommunikation der Krankenhäuser mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe bemängelt. So wird darüber berichtet, dass Überleitungsinformationen sehr spät gelesen und zur Kenntnis genommen werden und dann, wenn auch mündlich auf besondere Bedürfnisse des Betroffenen hingewiesen wurde, diese Informationen letztendlich zur Kenntnis genommen werden.

*„Die Hauptschwierigkeiten sind immer noch, dass der Pflegeüberleitungsbogen nicht so gelesen wird, wie wir uns das vorstellen, und dann dem Personal ganz einfach Informationen fehlen. Dass man dann morgens kommt, im Laufe des Vormittags und sieht, die Wasserflasche von gestern ist immer noch zu, die hat überhaupt nichts getrunken, ganz einfache Dinge.“
(E17)*

Weitere Kommunikationsdefizite der Krankenhäuser können sich nach den Erfahrungsberichten der Experten im Umgang mit den Angehörigen zeigen, die häufig damit konfrontiert werden, dass sie nicht ernst genommen werden. Den Berichten ist aber auch zu entnehmen, dass besonders diese Erfahrung sehr abhängig ist von der jeweiligen Persönlichkeit des Mediziners, Pflegenden oder Therapeuten im Krankenhaus, der gerade dem Angehörigen gegenüber steht.

Eine von den Experten besonders eindringlich vorgebrachte schlechte Erfahrung ist, dass Angehörige nicht ernst genommen werden, wenn sie Schmerzäußerungen beim Patienten erkennen.

Im Umgang mit Patienten mit geistiger Behinderung und rein körperlicher Behinderung sei zu beobachten, dass Mitarbeiter in den Krankenhäusern sich häufig nicht die notwendige Zeit nehmen, um der betreffenden Person die diagnostische, Behandlungs- oder Pflegemaßnahmen zu erklären. Stattdessen werde über den Kopf der Patienten hinweg schon im Aufnahmegespräch nur mit den sie begleitenden Personen gesprochen.

Mängel im Versorgungsprozess

In einigen Gesprächen wird die Beobachtung beschrieben, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung offenbar häufig in normalen Akut-Krankenhäusern nicht sämtliche für die Erkennung von Erkrankungen notwendigen Untersuchungen durchgeführt werden:

„[...] ich hab schon Ärzte erfahren, die erst eine Gastroskopie bei meiner Tochter abgelehnt haben, weil sie gesagt haben, sie wäre geistig behindert, würde Symptome nur vortäuschen und das untersuchte er nicht“ (E02).

Ähnliches gelte für therapeutische Maßnahmen, deren Durchführung nicht auf Anhieb so einfach sei. Es gebe oft zwar Begründungen für die Unterlassung von Untersuchungen und therapeutische Maßnahmen, z.B. herausforderndes Verhalten der betreffenden Patienten. Die befragten Fachleute sind aber der Ansicht, dass in vielen Fällen mit zu wenig Nachdruck und Geduld der Durchführung der Untersuchung nachgegangen wird und die handelnden Personen in den Kliniken einen großen Anteil der betreffenden Untersuchungen doch durchführen könnten, wenn sie sich mehr auf die Besonderheiten der betreffenden Menschen einstellen würden.

Neben den noch zum Teil nachvollziehbaren Begründungen für die Unterlassung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die auf einer gewissen praktischen Hilflosigkeit der handelnden Personen beruhen, kommen in den Interviews auch moralisch fragwürdige Haltungen zum Ausdruck, die nach den Beobachtungen der Experten hinter Entscheidungen stehen können, eine Untersuchung oder Behandlung bei einem Menschen mit Mehrfachbehinderungen nicht durchzuführen. In den vorgebrachten Begründungen, diese oder jene Maßnahme sei nicht mehr sinnvoll, sei häufig ein „Aufgeben“ (E03) der Patienten enthalten, unzulässigerweise unabhängig von dessen eigenem Lebenswillen und Lebensgefühl.

Nach Berichten der Experten werden Untersuchungen bei Menschen mit mehrfacher Behinderung des Öfteren zwar nicht unterlassen, aber „auf die lange Bank geschoben“ (E02). Dieses Verhalten erklären sich die Experten einerseits mit einer Art Verdrängung der handelnden Personen oder damit, dass bei organisatorisch notwendigen Verschiebungen von Untersuchungen von den Menschen mit Behinderungen am wenigsten Widerstand zu erwarten ist.

Als besonders gravierend für den Patienten beschreiben die Experten den offensichtlich häufiger vorkommenden Fehler im Pflege- und Behandlungsprozess, das Auftreten von Schmerzen nicht sorgfältig genug einzuschätzen und die Tendenz, bei Menschen mit geistiger Behinderung Schmerzäußerungen umzudeuten.

Pflegende in Krankenhäusern werden in den Interviews als mit der Pflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung überfordert beschrieben. Zum Einen seien sie nicht in der Lage, sich die erforderliche Zeit für Pflegemaßnahmen, zum Beispiel zum Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit zu nehmen. Außerdem seien sie auch von ihren Fertigkeiten her nicht darauf vorbereitet, bestimmte Pflegehandlungen an den Personen mit mehrfacher Behinderung vorzunehmen. Beschrieben werden dabei Beispiele wie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und der Flüssigkeitsaufnahme, Hilfe beim Toilettengang, und Hilfe beim An- und Ausziehen. Schwierigkeiten seien außerdem beim Einsatz von Hilfsmitteln zu beobachten:

„[...] und bin dann [...] zu ihr hingegangen und es war drei Uhr mittags, 30 Grad Hitze und die hat noch keinen Tropfen trinken können, weil die Schwester das einfach nicht wusste, wie man ihr Trinken gibt“ (E02).

Die Experten aus den Einrichtungen der Eingliederungshilfe berichten, dass von ihrer Seite versucht wird, bei Krankenhausaufenthalten der Bewohner ihrer Einrichtungen ständigen Kontakt mit dem Krankenhaus zu halten, dass es aber dennoch immer noch vorkommt, dass die betreffenden Patienten plötzlich sehr kurzfristig angekündigt und zu ungünstigen Zeiten entlassen werden.

„ [...] wir haben nämlich auch schon die Erfahrung gemacht, dass Bewohner von uns um halb 12 in der Nacht entlassen wurden. Die standen dann mit dem Morgenmantel vor der Tür.“ (E17).

Auch über die Schäden, die durch die Mängel im Versorgungsprozess bei Menschen mit mehrfacher Behinderung beim Krankenhausaufenthalt entstehen, wird in den Interviews gesprochen. Dazu gehören Schmerzen, Verlust vorhandener Ressourcen, vermeidbare Stürze, Dekubitalgeschwüre und das Verschwinden von Hilfsmitteln.

Ungünstige organisatorische Rahmenbedingungen

Zu den organisatorischen Rahmenbedingungen wird in den Interviews geäußert, dass der Untersuchungsrythmus in Krankenhäusern im Allgemeinen zu schnell für die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen sei und dass die rein wirtschaftliche Sicht auf die Arbeitsprozesse eine auf das Individuum bezogene Haltung der Mediziner, Ärzte und Therapeuten im Krankenhaus behindere.

Ungünstige ökonomische Rahmenbedingungen

Zu den ökonomischen Rahmenbedingungen äußern nach den bisherigen Auswertungen die Experten, dass zu wenig Zeit für die angemessene Pflege und Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus zur Verfügung gestellt werde, dass zu wenig für die notwendige Assistenz gesorgt sei und dass zusätzlicher Pflege- und Therapiebedarf nicht gedeckt sei.

4.4.3 Erleben der Patienten

Zum Erleben der Patienten und ihrer Angehörigen berichten die Experten von Gefühlen der Angst und persönlicher Verletzung im Zusammenhang mit bevorstehenden oder durchlebten Krankenhausaufenthalten.

4.4.4 Fördernde Faktoren

Die Auswertung hinsichtlich der Frage, welche Faktoren, also Strukturen und Prozesse, für den barrierefreien Zugang von Menschen mit mehrfacher Behinderung zu angemessenen Krankenhausleistungen förderlich sind, hat die Ergebnisse aus der Untersuchung der Literatur im Wesentlichen bestätigt und außerdem einige wichtige neue Hinweise für die Entwicklung von Zielvereinbarungen gebracht

Angemessene fachliche und personelle Voraussetzungen

Unter praktisch tätigen Experten der medizinischen und pflegerischen Berufe wird in den Interviews auf der einen Seite die Ansicht geäußert, dass flächendeckend auf die Behandlung und Pflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung spezialisierte Einheiten geschaffen werden sollten. Auf der anderen Seite gibt es unter den Experten auch Vorbehalte gegen zu starke behindertenorientierte Spezialisierungstendenzen, weil z. B. die Schaffung von Krankenhäusern für Behinderte dem Ziel der Inklusion und den Prinzipien des Universal Design entgegenstehe.

Allgemeine Zustimmung und Unterstützung unter den Experten scheint der Vorschlag zu finden, im Krankenhaus Pflegeexperten für Menschen mit Behinderungen einzustellen, die fachlich gut vorbereitet sind und ihre Kolleginnen und Kollegen von Fall zu Fall beraten.

Nach den Erfahrungen von Angehörigen werden Menschen mit mehrfacher Behinderung in den Krankenhäusern angemessen und gut behandelt, in denen auch Personen aus der Leitung der Krankenhäuser sich für die Belange von Patienten mit mehrfacher Behinderung einsetzen.

„Natürlich kommt es auch auf die menschliche Haltung an des Chefs der Abteilung oder des Krankenhauses, die jetzt offen sind für unser Klientel auch. Das mag auch eine Rolle spielen, dass wir da Glück hatten in der Wahl des Krankenhauses“ (E05)

Als besondere pflegerische Fähigkeit für die Pflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung wird konkret das Vermögen benannt, die Mobilitätsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen einzuschätzen, die Fähigkeit individuell zu lagern und spezielle Kenntnisse in der Medikation. Eine etwas allgemeinere Beschreibung bildet die Aussage, dass Pflegende, die erfahren und erfolgreich in der Pflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung sind, *“Diagnosen stellen können”* (E08).

Angehörige von Menschen mit Mehrfachbehinderungen unter den befragten Experten haben die Erfahrung gemacht, dass überwiegend Pflegende mit höherer Berufs- und Lebenserfahrung sich gut auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen und auch ihrer Angehörigen einstellen konnten. Auch Pflegende unter den Experten teilen diese Erfahrung.

Aus Sicht der Experten aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe sollten Krankenhäuser sich für die Expertise externer Stellen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen öffnen. Einrichtungen der Behindertenhilfe, Frühförderstellen, Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen und Selbsthilfegruppen werden in diesem Vorschlag als mögliche externe Berater für Krankenhäuser für den Umgang mit Menschen mit mehrfacher Behinderung benannt.

Bedarfsgerechte Organisation

Es gibt zahlreiche Aussagen und Hinweise in den Interviews darauf, inwieweit herkömmliche Akutkrankenhäuser Organisation, Management und fachliches

Handeln auf die Bedürfnisse von Patienten mit mehrfacher Behinderung abstimmen sollten.

4.4.4.1.1 Bedarf feststellen

Ein aus der Auswertung der Literatur nicht unmittelbar hervorgehender Vorschlag, der aber in den Experteninterviews geäußert wurde, ist der, dass Krankenhäuser ihre Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Behinderungen erst nach einer vorherigen Analyse des hausinternen Bedarfs festlegen sollten. Verbunden wurde dieser Vorschlag mit der Vorstellung eines regionalen Ansatzes der Bedarfsanalyse, nach dem Krankenhäuser einer Kommune oder eines Kreises sich Aufgaben teilen, wobei einzelne Krankenhäuser bzw. die erforderliche Anzahl von Krankenhäusern sich bereit erklären, sich auf die Aufnahme und Behandlung von Patienten mit mehrfacher Behinderung bedarfs- und zielgruppengerecht vorzubereiten und die entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen.

4.4.4.1.2 Personenbezogenes Management

Um die Versorgung von Patienten mit mehrfacher Behinderung in Krankenhäusern angemessen gestalten zu können, sollten nach Ansicht der befragten Experten unterschiedliche Abschnitte und Bereiche der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Prozesse angepasst werden.

Experten aus der medizinischen und pflegerischen Praxis empfehlen, möglichst frühzeitig die Angehörigen, ggf. die Einrichtung der Behindertenhilfe, den Hausarzt, ggf. andere niedergelassene Fachärzte und ggf. den persönlichen Assistenten in die Behandlung einzubeziehen. In Beispielen von positiven Behandlungsverläufen bei Menschen mit mehrfacher Behinderung, welche die Experten in der Befragung beschreiben, arbeiten die Krankenhäuser sehr eng mit den Angehörigen bzw. den Einrichtungen der Behindertenhilfe zusammen. Die Experten betonen dabei jeweils, dass die Behandlung auch nur deshalb so erfolgreich gewesen sei, weil die Angehörigen bzw. die Einrichtungen sich entsprechend engagiert haben.

Aus den Interviews ergeben sich Hinweise darauf, dass die Planung der räumlichen Unterbringung und Bettnachbarschaft eine wichtige Rolle für die Qualität der Versorgung spielen kann. Bei einer Unterbringung in einem Einzelzimmer sind notwendigerweise häufige Besuche von Betreuern bzw. Angehörige in der Regel einfacher umzusetzen.

Den Stellungnahmen der Experten ist außerdem zu entnehmen, dass eine sorgfältige konsequente Planung der Entlassung unbedingt vom Krankenhaus zu gewährleisten ist. Einrichtungen haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass Mitarbeiter des entlassenden Krankenhauses in der Einrichtung Mitarbeiter geschult haben, wenn bestimmte Pflegemaßnahmen neu für die Mitarbeiter der Einrichtung waren.

In den Interviews wird, wie auch in der Literatur, über Fürsprecher der Menschen mit Behinderungen gesprochen, welche zur Belegschaft des Krankenhauses gehören und deren Anwesenheit und Handeln zu einem positiven Behandlungsverlauf geführt hat. In bisher einem Interview werden im Idealfall die Pflegenden als Fürsprecher des Menschen mit mehrfacher Behinderung benannt, weil sie die häufigsten und intensivsten Kontakte mit den Patienten haben sollen. In von anderen Experten benannten Beispielen nehmen Mediziner die Rolle des Fürsprechers ein. In jedem Fall erscheint es notwendig, von Seiten des Krankenhauses für jeden Patienten mit Behinderungen feste Ansprechpartner zu benennen. In einigen von den Experten benannten Beispielen scheint sich das System der Bezugspflege zur Gewährleistung eines festen Ansprechpartners und Fürsprechers zu bewähren.

Nach Angaben der Experten aus den Einrichtungen der Eingliederungshilfe erweisen sich Kooperationsverträge zwischen der Einrichtung und Krankenhäusern als zum großen Teil erfolgreich. Ein Bestandteil solcher Verträge sei die Vereinbarung von regelmäßigen Gesprächsgruppen mit Mitarbeitern aus der Einrichtung der Behindertenhilfe und Beschäftigten aus dem Krankenhaus. Sehr deutlich kommt in den Gesprächen über Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zum Ausdruck, dass besonders die Einrichtungen vor und während des Krankenhausaufenthaltes einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Krankenhausaufenthaltes leisten müssen, indem sie die erforderlichen Informationen bereithalten und im ständigen Kontakt mit dem Krankenhaus bleiben. Entsprechend lässt sich auch für Menschen mit Behinderungen, die nicht in Einrichtungen leben, die Anforderung ableiten, dass das Krankenhaus einen ständigen Ansprechpartner aus dem sozialen Hintergrund des Patienten benötigt.

Von Kooperationen wird auch im Zusammenhang mit der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal berichtet. So berichten etwa Leitungspersonen aus Wohnstätten über den erfolgreichen Einsatz von Auszubildenden

der Gesundheits- und Krankenpflege in ihren Einrichtungen, der sich auch auf die stationäre Behandlung von Bewohner/innen in den entsendenden Häusern positiv auswirke, weil entweder Bewohner dadurch einzelnen Krankenhausmitarbeiter/innen bekannt sind, oder weniger Berührungspunkte bestünden.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe erleben es als positiv und produktiv, wenn die Mitarbeiter der Krankenhäuser in der Zusammenarbeit mit der Einrichtung eine wertschätzende, kollegiale Haltung zum Ausdruck bringen und die Informationen der Einrichtung über den betreffenden Menschen als Unterstützung ihrer Arbeit annehmen.

4.4.4.1.3 Angepasste fachliche Prozesse

Mediziner raten, sich für die Diagnostik ausreichend Zeit zu nehmen und unter Zeitdruck getroffene Entscheidungen zu vermeiden. Entsprechend äußern sich die Experten aus der pflegerischen Praxis. Häufig seien pflegerische Einschätzungen genauer, wenn sie nach einer längeren Eingewöhnungs- und Beobachtungszeit getroffen würden.

Angesprochen wird von befragten Experten auch die Notwendigkeit eines sorgfältigen Schmerzassessments, auch die Bedeutung der Bestimmung des Schmerzortes und dass die Planung der Schmerzbehandlung vor der Durchführung von Eingriffen hervorgehoben wird.

Die befragten Experten aus den Pflegeberufen berichten von der teaminternen Regelung, dass Menschen mit geistigen Behinderungen bei jeder Aktivität in Gruppen oder einzeln begleitet werden und dass in der Krankenhauspflege von Menschen mit mehrfacher Behinderung die ständige Krankenbeobachtung eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie bilde.

Von Praktikern aus Medizin und Pflege wird die Ansicht geäußert, dass von jedem Krankenhaus erwartet werden könne, dass die aus fachlicher Sicht notwendigen Grunduntersuchungen zur Klärung gesundheitlicher Beschwerden auch bei Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung durchgeführt werden, auch wenn die Durchführung mit einem größeren Mehraufwand verbunden sei.

4.4.4.1.4 Zielgruppengerechtes fachliches Handeln fördern

Eine grundlegende Voraussetzung für ein fachliches Handeln, das den Bedürfnissen der Menschen mit mehrfacher Behinderung entspricht, scheint zu sein,

dass die Mitarbeiter des Krankenhauses eine entsprechende menschenfreundliche innere Grundhaltung einnehmen, die ihr Handeln bestimmt. Nach der Auffassung der befragten Experten sollten Personen, die mit Menschen mit mehrfacher Behinderung umgehen, diese auch angesichts ihrer vielfältigen Einschränkungen als vollwertigen Menschen akzeptieren können; empathisch sein; sich für die Menschen, die ihnen anvertraut sind, engagieren; ruhig und freundlich bleiben können; flexibel sein, Pflege als Begegnung verstehen und Belastung, z.B. durch das Verhalten der Menschen mit Behinderungen gegenüber Kollegen offen benennen können. Außerdem sollen sie lernbereit sein, das bedeutet zum Beispiel abstrahieren können.

„Mir fällt jetzt zum Beispiel ein zwölfjähriger Junge ein, tracheotomiert von klein an, war Patient bei uns und die Kollegin hat der Mutter nicht erlaubt, diesen Jungen abzusaugen. Wobei sie das zu Hause tut, aber hier ist sie halt im Krankenhaus, und es war eine Unsicherheit der Kollegin, wenn jetzt dabei was passiert, was ja beim Absaugen nicht ganz unabwegig ist: wer haftet jetzt? Bin ich dann schuld, weil ich die Mutter hab machen lassen, normalerweise ist das eine Handlung, die nur ich als Fachkrankenschwester durchführen darf, d.h. diese Unsicherheit in der neuen Situation diese Diskussionen sind sonst nicht da. Auch so dieses Übernahmeverständnis: Also was ist normal, und auf einmal nicht mehr zu wissen, was ist denn in diesem Fall normal. Also dass man immer abstrahieren muss und reflektieren muss und man nicht so in seinem Prozess arbeiten kann“ (E15)

Außerdem sollten sie offen sein für die Erkenntnisse anderer Disziplinen. Einen großen Anteil des angemessenen fachlichen Handelns macht die Gestaltung der Kommunikation mit den Menschen mit Behinderung aus. Befragte Experten aus der Pflege berichten von der Beobachtung, dass Mediziner und Pflegenden in herkömmlichen Krankenhäusern sich häufig von ihrer eigenen anfänglichen Hilflosigkeit bei der Begegnung mit Menschen mit mehrfacher Behinderung dazu verleiten lassen, die direkte Kommunikation möglichst vollständig zu vermeiden. Die Experten raten dazu, in solchen Situationen den Kontakt trotz der eigenen Unsicherheit in irgendeiner Art zu versuchen, um dann schließlich anhand der Reaktionen des Gegenübers lernend und suchend den Zugang zu ihm zu findend. Es wird dabei geraten, sich für diese Begegnung Zeit zu neh-

men, damit Kommunikation entstehen kann. Es wird die Erfahrung beschrieben, dass Menschen über unterschiedliche Begabungen verfügen, spontan nonverbal eine Kommunikationsbereitschaft zu signalisieren, die das Gegenüber auch versteht. Eine Voraussetzung sei aber der „*Mut sich Zeit zu nehmen*“ (E12) Erleichtert scheint die Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung auch durch die Anwesenheit von vertrauten Gegenständen, Personen oder Sinesindrücken zu werden. Außerdem weisen die Experten auf den Einsatz von technischen Kommunikationshilfen hin, die möglicherweise von den Patienten bzw. deren Begleitern ins Krankenhaus mitgebracht werden können.

Den Ausführungen der Experten lässt sich entnehmen, dass Pflegende von Menschen mit geistigen Behinderungen ihr eigenes Handeln unter Umständen sehr stark auf den Rhythmus und das Verhalten des Pflegebedürftigen einstellen müssen, um Pflegemaßnahmen überhaupt sinnvoll durchführen zu können. Dabei werden auch Situationen angesprochen, die von außen betrachtet ungewöhnlich, skurril oder fachlich unangemessen erscheinen können:

Wir hatten eine Patientin, die hatte, - ja gut, ich bin mal wieder diejenige gewesen wieder-, die fand mich nett und wir konnten die nicht einschleusen. Die hat geschrien, die hat geschrien. [...] wir haben die Mützen abgesetzt, nein sie wollte nicht, und immer nur mich genommen und mich genommen. So, - was hab ich gemacht: ich bin schnell da hin gegangen, hab mir 'n OP-Kittel angezogen, hab' sie mit eingeschleust, bin mit ihr in den Vorbereitungsraum. Dann hat sie gelacht! Das macht man normalerweise nicht. Aber, ich finde, man kann auch mal über's Ziel hinausschießen, oder? (E18)

Es wird außerdem beschrieben, dass gerade diese Anforderung, beim einzelnen Patienten neue, unbekannte, individuell abgestimmte Wege suchen zu müssen, um zum Ziel zu kommen, von Pflegenden als positive Herausforderung gesehen werden kann.

Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die bisher erhobenen Vorschläge der Experten zu Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung umfassen Schulungen, Erlernung von Techniken, zum Beispiel bei Hilfeleistungen beim Essen und Trinken und beim Umgang mit Kommunikationshilfen und anderen Hilfsmitteln für die Pflegenden im

Krankenhaus, Seminare zur Stärkung von Pflorgeteams in ihrem Selbstbewusstsein, Veranstaltungen zur Förderung der Kultursensibilität beim einzelnen Mitarbeiter und praktische Einsätze von auszubildenden Pflegenden in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Anforderungen an das Gesundheitssystem

Zum Teil äußern die Experten, welche Änderungen im Gesundheitssystem sie erwarten, um die Leistungen der Krankenhäuser für Menschen mit mehrfacher Behinderung zu verbessern.

So wird die Erwartung geäußert, dass von Seiten der Krankenhäuser die ständige Begleitung der Menschen mit mehrfacher Behinderung organisiert wird, z.B. in Form von Rekrutierung und Schulung von ehrenamtlichen Helfern für diese Aufgabe. Außerdem wird zur Entlastung der Krankenhäuser die Einrichtung eines Netzes von Zentren für die Erwachsenenmedizin vorgeschlagen, entsprechend den sozialpädiatrischen Zentren, welche für Menschen mit mehrfacher Behinderung zwar im Kindes- und Jugendalter eine Anlaufstelle sein können, im Erwachsenenalter dann aber nicht mehr zugänglich sind. Befragte Experten halten es außerdem für sinnvoll, dass flächendeckend in Kommunen und Landkreisen spezialisierte stationäre Krankenseinheiten zur Versorgung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen eingerichtet werden.

4.5 Schlussfolgerungen zur Expertenbefragung

Die Handlungsbereiche, welche aus der Literaturuntersuchung als Überschriften für die Inhalte von Zielvereinbarungen heraus gearbeitet worden sind, haben sich in den Ergebnissen der Expertenbefragung weitgehend bestätigt. Außerdem haben sich in der Zusammenschau der geführten Interviews inhaltliche Zuspitzungen und Gewichtungen ergeben.

5 Erfordernisse einer barrierefreien Versorgung

In Berichten im Rahmen von (gesundheits-) wissenschaftlichen Studien werden in der Regel die Ergebnisse der Literaturanalyse und die Ergebnisse der durchgeführten empirischen Untersuchungen in allen Einzelheiten sehr sorgfältig verglichen. Damit soll vor allem heraus gearbeitet werden, inwieweit die im Rahmen der Studie durchgeführte empirische Untersuchung einen Beitrag zur Erweiterung des bisherigen Standes des Wissens gebracht hat. Dieses Vorgehen wäre im Zusammenhang der Aufgabenstellung und der bisherigen Vorgehensweise des hier durchgeführten Projektes wenig einträglich gewesen. Sowohl in der Literaturuntersuchung als auch in der Expertenbefragung wurden größtenteils weniger wissenschaftliche Beweise zu Wirkungszusammenhängen als vielmehr Expertenmeinungen zur Krankenhausversorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung zusammengetragen. Insofern können aus den in den vorigen Kapiteln getrennt dargestellten Ergebnissen aus der Literaturuntersuchung und aus der Expertenbefragung ohne eine weitere zusammenfassende oder vergleichende Darstellung Handlungsbereiche abgeleitet werden, welche in Zielvereinbarungen zur barrierefreien Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen in Akutkrankenhäusern beschrieben werden sollten.

Erarbeitet wurden diese Handlungsbereiche hauptsächlich aus den Kategorien der in Literaturuntersuchung und Expertenbefragung ermittelten ‚fördernden Faktoren‘, wobei die anderen drei Hauptkategorien ‚Besonderheiten‘ ‚Barrieren‘ und ‚Erleben‘ der Abschätzung der Bedeutung der einzelnen Handlungsempfehlungen dienten.

Die so vorgenommenen Einschätzungen führten zu dem Schluss, dass Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit Regelungen enthalten sollten zur Schaffung eines barrierefreien Zugangs zum Krankenhaus, zur Schaffung von angemessenen fachlichen und personellen Voraussetzungen innerhalb des Krankenhauses, zum Aufbau eines bedarfsgerechten Managements und zur Entwicklung angepasster fachlicher Prozesse.

Wie diese Anforderungen im Einzelnen zu verstehen und wie sie begründet sind, wird in den folgenden Abschnitten beschrieben. Dabei wird der Blick zunächst auf den Verantwortungsbereich der Krankenhäuser anschließend auf die Aufgaben der Verbände der Behindertenhilfe gelenkt.

5.1 Der Beitrag des Krankenhauses

Primär wurde im Rahmen des Projekts die Frage fokussiert, welche Maßnahmen Krankenhäuser im Rahmen ihrer Regelfinanzierung ergreifen können, um eine barrierefreie Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderung zu gewährleisten. Diese Frage lässt sich allgemeingültig und exakt auch nach den Recherchen und Befragungen nicht beantworten. Es lässt sich jedoch mit großer Sicherheit vermuten, dass in jedem Krankenhaus in jedem der benannten Handlungsbereiche Verbesserungsbedarf besteht und auch jeweils in jedem Handlungsbereich Möglichkeiten zur Umsetzung von Maßnahmen, auch im Rahmen der Regelfinanzierung, bestehen. Welche Maßnahmen im Einzelnen umsetzbar und erfolgversprechend sind, hängt von den individuellen Bedingungen der einzelnen Krankenhäuser ab und sollte Gegenstand von Verhandlungen sein. Die folgenden Ausführungen zeigen ohne Anspruch auf Vollständigkeit eine Reihe von möglichen Maßnahmen in den unterschiedlichen Handlungsbereichen auf. Es ist für das einzelne Krankenhaus sicherlich nicht möglich und auch nicht notwendig, sich zu jeder der genannten Maßnahmen im Rahmen einer Zielvereinbarung zu verpflichten. Für den Erfolg von Zielvereinbarungen wird es jedoch von Bedeutung sein, dass zu jedem der genannten Handlungsbereiche Erfordernisse und Möglichkeiten geprüft und Regelungen vereinbart werden.

5.1.1 Barrierefreien Zugang schaffen

Unter barrierefreiem Zugang soll einerseits der Zugang zu einer angemessenen pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Versorgung aber andererseits auch der ungehinderte räumliche Zugang verstanden werden.

Krankenhäuser sollen den Zugang zu behinderungsspezifischen Informationen gewährleisten

Aus den Interviews geht hervor, dass Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen bzw. ihre Angehörigen vor einem Krankenhausaufenthalt große Unsicherheiten darüber empfinden und zum Teil auch Angst davor haben, was sie dort in den kommenden Tagen und Wochen erwartet. Es kommt vor, dass Krankenhausbehandlungen deshalb sehr lange aufgeschoben werden

Zielvereinbarungen zur barrierefreien Krankenhausversorgung sollten Regelungen darum enthalten, die den Patienten bzw. ihren Angehörigen und Betreuern ermöglichen, sich intensiv über die Möglichkeiten und Arten der Behandlung zu informieren.

Das Krankenhaus sollte sich verpflichten, schriftliche Informationen zu operativen Eingriffen, Einverständniserklärungen, krankheitsspezifische Fachinformationen oder allgemeinen Informationen zu organisatorischen Abläufen, zum Behandlungsvertrag, zur Verköstigung, o.ä., in entsprechender Form (Braille-Schrift, leichte Sprache) vorzuhalten.

Informationen zu spezifischen Abläufen, z.B. zum Aufnahmeverfahren, zur Begleitung durch Angehörige, Assistenzpersonen oder Wohnstättenmitarbeiter/innen sollten in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen gestellt werden und es sollte darauf entsprechend hingewiesen werden, z.B. auf der Internetseite des Krankenhauses.

Krankenhäuser sollen den räumlichen Zugang für behinderte Menschen gewährleisten

Obwohl die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Expertenbefragung sich nur sehr begrenzt auf räumliche Barrieren beziehen, kann die Anforderung der räumlichen Barrierefreiheit auch nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Maßstab sind zunächst die Vorgaben der DIN 18040, Teil 1. Außerdem sollte auch überprüft werden, inwieweit von dieser Norm nicht erfasste räumliche Bedingungen die Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung erschweren oder erleichtern, z. B. die Lage der Patientenzimmern oder das Angebot an Einzelzimmern.

5.1.2 Angemessene fachliche und personelle Voraussetzungen schaffen

Die Krankenhäuser sollen die Krankenhausmitarbeiter/innen zum Thema Behinderung im Allgemeinen sowie zu geistigen und mehrfachen Behinderungen im Allgemeinen sensibilisieren

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Art, in der Menschen mit Behinderungen während der Krankenhausbehandlung Pflege und Behandlung erfahren, sehr von den einzelnen Personen abhängig zu sein scheint, welche mit der Pflege und Behandlung beauftragt sind. Außerdem ergeben sich Hinweise darauf, dass die Qualität des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Handelns in Zusammenhang steht mit der persönlichen Haltung leitender Personen gegenüber den Patienten und ihren Angehörigen.

Als fachliche und personelle Voraussetzung für eine grundsätzlich barrierefreie Krankenhausversorgung kann also abgeleitet werden, dass die Krankenhäuser

nach außen und innen zum Ausdruck bringen, welche Haltung die Mitarbeiter, beginnend mit der Leitung, gegenüber Menschen mit mehrfachen Behinderungen einnehmen.

Viele Prinzipien pflegerischen Handelns, die in den Interviews als typisch für spezielle Pflege von Menschen mit mehrfacher oder geistiger Behinderung genannt werden, können, - nicht nur aus der Sicht der Experten-, auch als typisch für professionelle Pflege im Allgemeinen verstanden werden. Die beruflich Pflegenden unter den Experten sagen, dass gerade die Pflege von Menschen, bei denen sie gezwungen seien, individuelle Lösungen zu suchen, eine besondere, befriedigende Herausforderung für sie sei. Demnach ist die Beschäftigung von professionell ausgerichteten, auf das Individuum konzentrierten Pflegenden eine Voraussetzung für die barrierefreie Krankenhausversorgung. Einem Handeln nach dieser Haltung steht, so geht es aus den Interviews hervor, offensichtlich eine im Allgemeinen an den Abläufen orientierte Ausrichtung der Krankenhäuser entgegen.

Orientierung an gleichförmigen Abläufen findet sicher ihre Rechtfertigung in ökonomischen Erfordernissen und Zielen von Krankenhäusern. Zur barrierefreien Versorgung ist im Krankenhaus aber auch, - das zeigen die Ergebnisse -, eine gezielte Förderung des eng am Individuum orientierten therapeutischen und pflegerischen Handelns notwendig. Eine Voraussetzung einer solchen Förderung ist, dass neben den ökonomischen Zielen auch differenziert formuliert ist, welche Ziele das Krankenhaus bei der Behandlung und Pflege seiner Patienten verfolgt, z.B. im Rahmen des Leitbilds. Die Festlegung des Ziels im Leitbild, Menschen mit besonderen komplexen Beeinträchtigungen auch eine barrierefreie Versorgung zu gewährleisten, ist ein Mittel zur ethischen Orientierung des fachlichen Handelns.

Zur Unterstützung dieser ethischen Orientierung ist es außerdem notwendig, dass das Krankenhaus seine Mitarbeiter regelmäßig zu behinderungsspezifischen Themen informiert wie Barrierefreiheit, Behindertengleichstellungsgesetz, UN-Behindertenrechtskonvention und Anderes, - per Internetseite, Betriebszeitung, Informationsbroschüren, Informationsveranstaltungen und dergleichen.

Die Krankenhäuser sollen die Belange geistig und mehrfachbehinderter Patient/innen in Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigen

Nach Einschätzung der Experten sind Ärzte und Pflegende häufig fachlich nicht ausreichend vorbereitet auf die Pflege und Behandlung von

Gesundheitsproblemen, Pflegebedarfen und Beeinträchtigungen, die nicht unmittelbar mit dem Fachgebiet der jeweiligen Abteilung zusammenhängen.

Der Fortbildungsbedarf wird von Krankenhaus zu Krankenhaus jedoch je nach Häufigkeit und Art der betreffenden Beeinträchtigung sehr unterschiedlich sein. Darum sollten Krankenhäuser sich verpflichten, selbst spezifische Fortbildungsangebote zu unterschiedlichen Behinderungsarten und behinderungsspezifischen Problemen zu entwickeln. Als Themen für solche Fortbildungen sind besonders zu empfehlen: Herausforderndes Verhalten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Dysphagie bei neuromuskulären Erkrankungen, sowie alternative, nonverbale oder unterstützte Kommunikation. In der Ausbildung von Gesundheits- und Pflegepersonal sollte darauf hingewirkt werden, dass die Auszubildenden durch entsprechende Kooperationen (s.u.) z.B. ein Praktikum in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe absolvieren können.

Die Krankenhäuser sollen die Einbeziehung von Experten in die Versorgung fördern

Die Konsultation von Experten bei der Pflege und Behandlung von Menschen mit Mehrfachbehinderung wird in den Interviews übereinstimmend als sinnvoll förderlich für die Qualität der Versorgung eingeschätzt. Übereinstimmend einem in den Interviews mehrfach geäußerten Vorschlag ist den Krankenhäusern die Einrichtung der Stellen für klinische Expert/innen in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen für die Bereiche Medizin, Pflege oder Physiotherapie zu empfehlen.

Außerdem sollten Krankenhäuser die Entwicklung entsprechender Programme unterstützen, z.B. durch die Entsendung interessierter Mitarbeiter/innen, oder Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe oder mit Hochschulen.

Einschätzung der Möglichkeiten der Schaffung fachlicher und personeller Voraussetzungen vor dem Hintergrund der bisherigen Praxis

Nach den Ergebnissen der durchgeführten Interviews gibt es bereits Krankenpflegeschulen, an denen regelmäßige theoretische Unterrichtseinheiten zum Thema geistige Behinderung fest im Lehrplan integriert sind, regelmäßige gemeinsame Besuche von Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden und dreiwöchige Praktikumsblöcke in Einrichtungen der Behindertenhilfe vorgesehen sind.

Über praktische Erfahrung mit der fallbezogenen Einbindung von Expertenwissen in die Versorgung wird bereits im Zusammenhang mit der Einrichtung von gerontopsychiatrische Beratungsstellen, z.B. auch zentral für einen Krankenhausverbund berichtet (siehe auch Literaturhinweis im Anhang).

5.1.3 Bedarfsgerechtes Management aufbauen

Zufriedenheit äußerten die befragten Angehörigen, Betreuer, Pflegende und Ärzte zu erlebten Krankenhausaufenthalten, wenn die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten sehr eng war. Sie berichten von Abläufen und Absprachen vor, während und nach der Behandlung, die sich insofern von den üblichen Regelungen beim Behandlungsverlauf unterscheiden haben, dass sie sehr an den einzelnen Personen ausgerichtet waren und dass dem Vorgängen der Informationsweitergabe mehr Zeit als üblich eingeräumt wurde.

Um bei der Krankenhausbehandlung Barrierefreiheit auch bei Menschen mit mehrfacher Behinderung zu gewährleisten sollten Regelungen festgelegt werden zur organisatorischen Anpassung von Aufnahme, stationärem Aufenthalt und Entlassung an den Bedarf von Menschen mit mehrfacher Behinderung.

Insbesondere ist es notwendig, Regelungen zur Aufnahme von Menschen mit mehrfacher Behinderung festzulegen, die Benennung von Bezugspersonen vorzusehen, ein besonderes Entlassungsmanagement festzulegen und ein besonderes Verfahren bei der Einholung der Informierten Zustimmung zu entwickeln und anzuwenden.

Krankenhäuser sollen ein zielgruppenspezifisches Aufnahmemanagement einrichten.

Es ist zu erforderlich, Verfahrensregeln einzuführen zur Vorbereitung der Aufnahme von Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, zur Mitaufnahme von Begleitpersonen, zu Hausbesuchen durch verantwortliche Pflegekräfte zur Bedarfserhebung (Pre-Assessment). Diese Verfahrensregeln sollen betroffenen Patient/innen oder deren Vertretern sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe etwa via Internetangebot zugänglich sein.

Zur Erfassung und Beschreibung sowohl der medizinischen wie auch der pflege- und betreuungsbezogenen Situation der Patient/innen und des sich daraus ergebenden Bedarfs an Behandlung und Pflege sowie der sonstigen Unterstützung

während des Krankenhausaufenthaltes sollen geeignete Instrumente zur Verfügung gestellt und angewandt werden.

Die Krankenhäuser sollen sich an Kooperationen beteiligen und Kooperationsvereinbarungen abschließen

Es ist notwendig, mit örtlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie Wohnstätten oder Beratungsstellen im Hinblick auf die stationäre Behandlung geistig oder mehrfachbehinderter Patient/innen zusammen zu arbeiten.

Von besonderer Bedeutung ist dabei der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen. Diese beinhalten Angaben zur Bestimmung von Ansprechpersonen und deren Erreichbarkeit, den Einsatz zusätzlicher Kräfte etwa in Form von "Sitzwachen" und deren Vergütung, den Einsatz medizinischen oder pflegerischen Krankenhauspersonals vor oder nach der stationären Behandlung im häuslichen Umfeld, bzw. in der Wohneinrichtung, zur Mitaufnahme von Begleitpersonal.

Die Krankenhäuser sollen zielgruppenspezifische Konzepte zur Organisation von Behandlung und Pflege entwickeln und anwenden

Die Literaturanalyse und die Expertenbefragung haben gezeigt, dass Menschen vor allem Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch Menschen mit körperlichen Behinderung bei der Krankenhausbehandlung darauf angewiesen sind, einen festen Ansprechpartner und Fürsprecher im Krankenteam zu haben.

Zur Sicherung dieser Anforderung ist die Organisation der Pflege im Rahmen eines Bezugspflegesystems zu empfehlen. Feste Bezugspersonen werden dabei für die betreffenden Patient/innen und deren kontinuierliche Begleitung während des gesamten Aufenthaltes im Rahmen eines auf die Patient/innen zugeschnittenen Behandlungs- und Pflegeplans festgelegt.

Die Krankenhäuser sollen geeignete Instrumente zur Sicherstellung der Informierten Zustimmung durch die Patient/innen einsetzen

Aus den Ergebnissen der Interviews und der Literaturanalyse ergibt sich kein klares Bild darüber, in welchem Maße die Zustimmungsfähigkeit von Patienten, vor allem von Patienten mit geistiger Behinderung tatsächlich von Fall zu Fall überprüft wird. Es liegen aber Berichte vor, nach denen im alltäglichen Handeln die kognitiven Fähigkeiten und die Urteilskraft von Menschen mit Behinderungen häufig von den Mitarbeitern der Klinik unterschätzt werden und

dass im täglichen Umgang der Wille der betreffenden Menschen nicht erfragt und berücksichtigt wird. Dementsprechend ist anzunehmen, dass auch die Möglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung zur Abgabe der Informierten Zustimmung, bzw. Ablehnung von Behandlungen häufig unterschätzt und nicht ausgeschöpft werden.

Um die Rechte der Menschen mit geistiger Behinderung zu wahren ist deshalb zu fordern, dass Krankenhäuser Einverständnis-Erklärungen oder Informationsschreiben zur Aufklärung über medizinische Sachverhalte oder Verfahren in leichter Sprache zur Verfügung stellen.

Krankenhäuser sollen ein zielgruppenspezifisches Entlassungsmanagement entwickeln und implementieren.

Obwohl der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege schon seit 2004 veröffentlicht ergibt die Zusammenschau der Erfahrungsberichte ein Bild pflegerischen und therapeutischen Handeln im Krankenhaus, dessen Aufmerksamkeit oft ausschließlich auf den Anstoß und den Abschluss Abläufen innerhalb des Krankenhauses gerichtet ist. Die Frage, inwieweit der Patient nach seiner Erkrankung und Behandlung zur Weiterführung seines Lebens außerhalb des Krankenhauses vorbereitet ist, wird, so scheint es, häufig nicht gestellt. Bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind jedoch nach einer Krankenhausentlassung zur Weiterführung seiner Versorgung zuhause häufig Vorbereitungen nötig, wegen seiner großen Hilfsbedürftigkeit, Veränderung des Gesundheitszustandes, Änderung der Medikation, oder einem veränderten Pflegebedarf. Diese Vorbereitung unterbleibt offensichtlich häufig bei Krankenhausentlassungen in der allgemein üblichen Form. Versorgungsbrüche und damit verbundenen Schäden für die Betroffenen sind die Folge.

Verfahrensregeln zu Entlassung von Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung sind darum in allen Krankenhäusern notwendig, in denen Menschen mit diesen Einschränkungen behandelt werden.

Praktische Beispiele zum Aufbau eines bedarfsgerechten Management

Aus den Ergebnissen der durchgeführten Interviews geht hervor, dass mit besonderen Aufnahme- und Entlassungsregelungen für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderungen in Akutkrankenhäusern bereits praktische Erfahrungen bestehen. Die Regelungen, von denen berichtet wird, sind im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zwischen den betreffenden Krankenhäusern und ein-

zelen Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgestellt und vereinbart worden. Äußerungen der Interviewpartner aus Krankenhaus und Interviewpartner lassen vermuten, dass die Einführung und Anwendung und Aktualisierung der Regelungen offenbar stark vom entsprechenden Engagement der beteiligten Einrichtung der Behindertenhilfe abhängt. Die Wirksamkeit dieser Regelungen auf die Qualität der Versorgung wird aber offenbar auch von Seiten der Krankenhausmitarbeiter positiv beurteilt.

Feste Kooperationsvereinbarungen zwischen Akut-Krankenhäusern und Einrichtungen der Behindertenhilfe weit noch nicht sehr verbreitet. In erster Linie scheint die Initiative dafür von Einrichtungen der Behindertenhilfe auszugehen. Die Einrichtungen scheinen im weiteren Verlauf auch dafür zu sorgen, dass die Vereinbarungen mit Leben gefüllt werden. Die geringe Resonanz aus den Rahmen des Projekts angefragten Krankenhäusern, - auch aus Krankenhäusern, welche eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen haben -, weist auf einen geringen Stellenwert von Kooperationen mit Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Wahrnehmung des Krankenhausmanagements hin. Aus den Befragungen geht aber auch hervor, dass Mitarbeiter aus Krankenhäusern die abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen positiv für die Qualität der Versorgung beurteilen und dass es Mitarbeiter in Krankenhäusern gibt, die ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. den Angehörigen von Menschen mit Mehrfachbehinderungen zeigen. (Zum Inhalt von Kooperationsvereinbarungen siehe auch Anhang 3)

Positive Erfahrungen wurden im Rahmen der Befragung mit der Umsetzung von Bezugspflegesystemen in Krankenhaus-Abteilungen der Fachrichtung Behindertenmedizin berichtet. Die befragten Fachleute halten dieses Organisationsform für entscheidend für den Erfolg der Versorgung. Auch in Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus, die hinsichtlich ihrer ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit mit der Gruppe der Menschen mit Mehrfachbehinderungen vergleichbar sind, wird das Konzept der Bezugspflege als Voraussetzung für eine sichere und gute Versorgung benannt.

(Siehe auch Literaturhinweis im Anhang)

5.1.4 Angepasste fachliche Prozesse entwickeln

Barrierefreie Behandlungsverläufe setzen offensichtlich voraus, dass diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse bei Menschen mit mehrfacher

oder geistiger Behinderung in hohem Maße den Gewohnheiten des Patienten angepasst werden.

Regelungen in Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit sollten Regelungen zur Implementierung von beeinträchtigungsspezifischen Assessments enthalten. Dementsprechend sind auch die Entwicklung und der Einsatz zielgruppenspezifischer Behandlungspfade und Leitlinien vorzuschlagen.

Die Ergebnisse der Befragung legen außerdem nahe, dass der erhöhte Zeitbedarf vor allem hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung unbedingt zu berücksichtigen ist.

Als zentral für das Ziel der Barrierefreiheit in der Krankenhausversorgung erweist sich die Anforderung, mehr verbale und nonverbale Kommunikationsformen zwischen Krankenhausmitarbeitern und Patienten zu ermöglichen.

Krankenhäuser sollen die vorhandenen Instrumente zur Bedarfserhebung anpassen und ergänzen

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung heben sich von den anderen Patienten dadurch ab, dass Sie einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, der auch bei der Pflege und Behandlung zu berücksichtigen ist, sich aber mit den üblichen Verfahren und Erhebungsbögen nicht ausreichend abgebildet werden kann. Darum ist Entwicklung bzw. geeigneter Instrumente erforderlich. Sie sollten geeignet sein zur Erfassung und Beschreibung sowohl der medizinischen wie auch der pflege- und betreuungsbezogenen Situation der Patient/innen und des sich daraus ergebenden Bedarfs an Behandlung und Pflege sowie der sonstigen Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes. Insbesondere sollen die kommunikativen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Die Verfahren sollten die Einbeziehung der Angehörigen und Mitarbeiter/innen und die schriftlichen Angaben der Wohneinrichtung als wichtige Informationsquelle enthalten.

Krankenhäuser sollen zielgruppenspezifische Leitlinien und Instrumente anwenden

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass notwendige diagnostische und therapeutischen Schritte bei Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung häufig fehlerhaft durchgeführt werden oder unterbleiben, weil die Verfahrensweisen und Abläufe, nach denen sie durchgeführt werden, nicht auf die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der betreffenden Personen abgestimmt sind.

Aus diesem Grunde sollten Verfahren zur Durchführung diagnostischer sowie therapeutischer Leitlinien oder krankheitsspezifische Behandlungspfade im Hinblick auf Ihre Anwendbarkeit bei Patient/innen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. In der Regel muss dabei ein erhöhter Zeitbedarf besonders berücksichtigt werden.

Angepasst an die Art der Beeinträchtigung sollten angemessene Instrumente zum Einsatz kommen und ausgewählt werden, etwa zur Schmerzerfassung.

Die Krankenhäuser sollen individuelle Kommunikationsbedürfnisse berücksichtigen

Personen mit geistigen Behinderungen, ihre Angehörige und Betreuer stellen häufig fest, dass Krankenhausmitarbeiter die Bedürfnisse der Patienten nicht wahrnehmen und erkennen, weil sie nicht in der Lage oder bereit sind mit ihnen entsprechend zu kommunizieren.

Für Sicherstellung einer barrierefreien Kommunikation sollten Mitarbeiter im Krankenhaus in die Lage versetzt und dazu angehalten werden, entsprechende, zumeist von den Patient/innen mitgeführte Hilfsmittel (z.B. Zeichentafeln, Sprachcomputer, o. ä.) zu berücksichtigen einzusetzen.

Der Einsatz von Assistenten, die im individuellen Fall zur Unterstützung der Kommunikation (z.B. Gebärdensprachdolmetscher) hinzugezogen werden können, sollte geregelt und gewährleistet werden.

Schriftlicher Informationen für Patienten sollte auch barrierefrei z.B. in Brailleschrift oder leichter Sprache verfügbar sein.

Anpassung fachlicher Prozesse in der Praxis

Aus den Erfahrungsberichten aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe lässt sich schließen, dass diese über Möglichkeiten verfügen, den Pflegebedarf der Menschen von mit Behinderungen zu erfassen und darzustellen. Häufig werden nach den Erfahrungen der Einrichtungen die zum Krankenhausaufenthalt mitgegebenen Informationsblätter im Krankenhaus jedoch nicht berücksichtigt. Mögliche Gründe für dieses Verhalten der Krankenhausmitarbeiter lassen sich aus den Ergebnissen der Untersuchung nicht zwingend ableiten. Es gibt nur einen kleinen Hinweis darauf, dass die Formulare der Einrichtungen nicht wahrgenommen werden, weil sie nicht in das krankenhauseigene Dokumentationssystem integrierbar sind.

Die Ergebnisse aus Literaturanalyse und Datenerhebung legen nahe, dass die notwendige erste Anpassung der fachlichen Prozesse auf die Belange von Men-

schen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in erster Linie in einer zeitlichen Anpassung und Flexibilisierung dieser Abläufe. In den Erfahrungsberichten finden sich nicht wenige Beispiele und Hinweise darauf, dass Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemaßnahmen zielführend und am Ende effektiv durchgeführt werden können, wenn sie unter dem notwendigen größeren Zeitaufwand angepasst an die Bedürfnisse der betreffenden Patienten durchgeführt werden. Dagegen treten in Berichten über langwierige Behandlungsverläufe mit häufig lange unerkannten Gesundheitsprobleme aufgrund von letztlich unterlassenen notwendigen immer wieder Szenen auf, in denen Mitarbeiter der Krankenhäuser wenig bereit sind auf die, - häufig auch von den Angehörigen oder Betreuern klar geäußerten Bedürfnisse der Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung einzugehen. Zeitlich Anpassung kann aber auch bedeuten, Behandlungsspannen extrem zum Wohle der Patient/innen zu verkürzen. Auch das zeigen die Ergebnisse der Untersuchung.

Im Laufe der wurden Untersuchung nur wenige internationale oder nationale Leitlinien und Fachbuchinhalte gefunden, welche für die medizinische Behandlung und Pflege von Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung im Krankenhaus allgemeingültig und als richtungweisend genannt werden können. Zu empfehlen sind für die Anpassung der fachlichen Prozesse an die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderungen ein Instrument zur Schmerzerfassung bei Menschen mit kommunikativen Beeinträchtigungen und Fachbuch zur Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus in englischer Sprache (siehe jeweils im Anhang).

Hinsichtlich der Anwendung von kommunikativen Hilfen äußern Experten aus Einrichtungen der Behinderten(selbst)-hilfe, dass es durchaus nachvollziehbar sein kann, dass bestimmte Hilfsmittel, welche der Patient in seiner heimischen Umgebung verwendet, von den Mitarbeitern Krankenhaus nicht eingesetzt werden können. Was von den Experten aber übereinstimmend eingefordert wird ist die Bereitschaft bei den Mitarbeitern der Krankenhäuser, überhaupt in Kommunikation mit den Patienten zu treten, zu denen zunächst scheinbar keine Kommunikationswege offen sind. Maßnahmen, welche bei den Mitarbeitern die Bereitschaft fördern, Kommunikationsmöglichkeiten mit den einzelnen Patienten zu erkunden, ist darum besondere Priorität einzuräumen.

5.2 Der Beitrag der Behindertenverbände

Obschon in dem hier beschriebenen Projekt vornehmlich die gegenwärtige Diskussion der Krankenhausversorgung geistig- und mehrfachbehinderter und akut oder chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten fokussiert wurde, nicht zuletzt weil "die Herstellung der Barrierefreiheit des sachlichen und räumlichen Organisations- und Tätigkeitsbereichs eines Unternehmens bzw. eines Unternehmensverbandes allein diesem selbst obliegt"¹, darf nicht übersehen werden, dass lediglich ein Anspruch der Behindertenverbände darauf besteht, dass Verhandlungen aufzunehmen sind, über Zielvereinbarungen und den Beitrag der jeweiligen Vertragspartner zur Herstellung von Barrierefreiheit im betreffenden Lebensbereich (hier: das Gesundheitswesen im Allgemeinen, und darin im Besonderen das Krankenhaus als Ort der Behandlung und/oder Heilung akuter oder chronischer Erkrankungen) - nicht jedoch auf deren Abschluss². Die Behindertenverbände können jedoch als Vertreter der Menschen mit Behinderung ihren Beitrag zum Abschluss einer solchen Zielvereinbarung leisten, in dem sie "das Unternehmen bei der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen im Rahmen dieser Zielvereinbarung zu beraten und zu unterstützen", oder "die Öffentlichkeitsarbeit des Unternehmens dadurch unterstützen, dass in geeigneter Weise auf den Abschluss der Zielvereinbarungen und die Bemühungen des Unternehmens zur Herstellung der Barrierefreiheit hingewiesen wird"³. In den vorstehenden Kapiteln wurden unterschiedliche Möglichkeiten aufgezeigt, wie Menschen mit Behinderungen, bzw. deren Vertreter und Verbände das jeweilige Krankenhaus oder dessen Träger dabei unterstützen können, die aufgezeigten Möglichkeiten zur Herstellung von Barrierefreiheit wahrzunehmen, bzw. umzusetzen.

Abgeleitet aus den in Kap. 3.5.1 bis 3.5.4 genannten Kriterien zur Herstellung von Barrierefreiheit bei der Krankenhausversorgung geistig- und mehrfachbehinderter Patient/innen können folgende Möglichkeiten für einen Beitrag der Behindertenverbände aufgezeigt werden, welche die Umsetzung des jeweiligen Kriteriums begünstigen könnte.

¹ siehe auch: Kommentierte Vorlage einer Musterzielvereinbarung, online verfügbar unter: <http://www.deutscherbehindertenrat.de/ID26372>

² ebd., S. 16

³ ebd., S. 16

5.2.1 Barrierefreien Zugang unterstützen

Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe sollten bei der Verbreitung von Informationen über das jeweilige Krankenhaus mitwirken. Die Mitwirkung könnte neben der Weitergabe von Broschüren o. ä. durch die Einrichtung und Bereitstellung lokaler, regionaler oder überregionaler Informationsportale im Internet oder auf eigenen Webseiten geschehen.

Bei der Erstellung schriftlicher Informationen können die Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe die Krankenhäuser unterstützen, etwa durch Bereithalten von Vorlagen z.B. von Informationen in leichter Sprache, durch 'Übersetzung' von Texten, oder durch entsprechende Beratung.

5.2.2 Angemessene fachliche und personelle Voraussetzungen fördern

Bei der Durchführung von Informations- oder Fortbildungsveranstaltungen sollten die Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe mit den Krankenhäusern zusammenarbeiten z.B. durch Entsendung von Berater/innen oder anderen Ansprechpartner/innen, die Auskunft geben können über spezifische Bedarfslagen oder allgemeine Rahmenbedingungen wie Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, Rechte von Menschen mit Behinderungen nach Bundesgleichstellungsgesetz.

Einrichtungen der Behindertenhilfe wie bspw. Wohnstätten sollten sich beteiligen an der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, etwa durch entsprechende Praktikumsplätze oder durch das Angebot theoretischen Unterrichts an Krankenpflegeschulen.

5.2.3 Beim Aufbau eines bedarfsgerechten Managements helfen

Die Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe sollten Krankenhäuser unterstützen bei der Erstellung barrierefreier Informationen über organisatorische Abläufe oder spezielle (medizinische) Verfahren.

Beratungsstellen, Wohnstätten und andere Einrichtungen der Behindertenhilfe sollten ihren Klient/innen Informationen zur Verfügung der lokalen oder regionalen Krankenhäuser bspw. zum Aufnahmeverfahren zur Verfügung stellen

Die Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe sollten sich beteiligen am Aufbau lokaler oder regionaler Netzwerke aus Krankenhäusern, Wohnstätten und Beratungsstellen für behinderte Menschen, um jeweilige Bedarfslagen zu

bestimmen und entsprechende Strategien zur Sicherstellung einer an den Bedürfnissen und Bedarfslagen der Zielgruppe orientierten Krankenhausversorgung zu entwickeln und umzusetzen

Bei individuellen Krankenhausaufenthalten z.B. von Bewohner/innen von Wohnstätten, sollten die jeweiligen Einrichtungen das Krankenhaus unterstützen, z.B. durch die gemeinsame Sicherstellung sog. 'Sitzwachen', Benennen von Bezugspersonen oder Ansprechpartnern, etc. Sie sollten sich bei der Entwicklung entsprechender Kooperationsvereinbarungen beteiligen, in denen Details einer solchen Zusammenarbeit im konkreten Fall geregelt sind.

5.2.4 Bei der Anpassung fachlicher Prozesse mitwirken

Bei der Vor- und Nachbereitung stationärer Aufenthalte z.B. von Wohnheimbewohner/innen sollten die jeweiligen Wohnstätten das Krankenhaus unterstützen durch die Vorlage notwendiger Informationen der betreffenden Bewohner/innen, durch die Begleitung bei Aufnahme- und Entlassungsplanung oder ggf. auch bei spezifischen, bspw. diagnostischen Prozessen, während derer ein besonders hoher Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf zu erwarten ist.

Die Organisationen und Verbände der Behindertenhilfe sollten Krankenhäuser bei der Entwicklung und Erstellung spezifischer, auf die Zielgruppe der geistig und/oder mehrfach behinderten Patienten abgestimmter Behandlungspfade oder Leitlinien unterstützen, etwa durch Beratung oder die Vermittlung notwendiger Informationen, soweit diese zur Verfügung stehen.

6 Abschließende Zusammenfassung, Bewertung und Ausblick

Die zentrale Aufgabenstellung des Projektes, von dem hier berichtet wird, war, konkrete Maßnahmen zu identifizieren, zu welchen Krankenhäuser sich im derzeitigen finanziellen Rahmen der Regelversorgung verpflichten können und sollten, um die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung bei stationären Aufenthalten zu verbessern, das heißt barrierefrei zu machen.

Hierfür wurde eine Literaturanalyse zum Thema durchgeführt, in einem ersten Schritt auf der Basis von deutschsprachigen Beiträgen in Fachzeitschriften, Fachbüchern und Kongressbänden, in einem zweiten Schritt auf der Grundlage einer Recherche in internationalen gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken. Ergänzend wurden 17 Personen zum Thema befragt, die auf beruflichem

oder privaten Erfahrungen und Erkenntnisse zur Versorgung von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus gesammelt haben.

Die Ergebnisse der Literaturuntersuchung und der Expertenbefragung erlaubten als Ist-Analyse eine differenzierte und umfassende Einschätzung der besonderen Bedarfe der von Menschen mit Behinderungen, eine geordnete Übersicht sowohl über Fehler (Barrieren) bei der Behandlung und Betreuungen von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus als über positive Ansätze der Behandlung von Menschen mit mehrfacher Behinderung in deutschen Krankenhäusern (Förderfaktoren). Außerdem wurde die Literatur nach aktuellen Vorschlägen zu Verbesserungsmaßnahmen für die Krankenhäuser durchsucht bzw. die Experten unmittelbar danach gefragt und zusammengetragen, wie Angehörige und Patienten die derzeitige Praxis erleben.

Auf der Grundlage der auf diese Weise erarbeiteten umfassenden, systematisch gegliederten Darstellung der Problematik und der Entwicklungspotenziale wurde ein Katalog von möglichen Maßnahmen erstellt, welche Gegenstand von Zielvereinbarungen sein sollten, gegliedert nach den Maßnahmebereichen 'Barrierefreien Zugang schaffen', 'Angemessene fachliche Voraussetzungen schaffen', 'bedarfsgerechtes Management aufbauen', 'angepasste fachliche Prozesse entwickeln'. Dieser Katalog wurde als "Entwurf Musterzielvereinbarung" (siehe Anhang 1) tabellarisch festgehalten und ermöglicht Krankenhäusern in Zusammenarbeit mit Verbänden bei der Aufnahme von Verhandlungen über Zielvereinbarungen, mögliche Verhandlungsthemen vergleichend zu betrachten zu gewichten und gemeinsam prioritäre Handlungserfordernisse fest zu legen.

Kritisch ist anzumerken, dass die so genannte Musterzielvereinbarung nicht, wie es im Projektplan vorgesehen war, mit Hilfe einer zweiten Runde der Expertenbefragung einer Überprüfung und Überarbeitung unterzogen werden könnte. Ein Grund dafür liegt in der Schwierigkeit, Experten aus normalen, nicht spezialisierten Krankenhäusern für die Befragung zu gewinnen. Dadurch der Zeitraum für die erste Befragung stark verlängert. Ein anderer Grund wird innerhalb der Projektgruppe darin gesehen, dass eine zweite Runde der Expertenbefragung im Rahmen für das Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht leistbar gewesen wäre. Die Planabweichung wäre also von daher gesehen in Fehlern des ursprünglichen Planes begründet.

Eine konkrete, für die deutschen Krankenhäuser allgemeingültige Aussage darüber, welche Maßnahmen und Leistungen deutschen Krankenhäusern im Rah-

men ihrer Regelleistungen bei der Behandlung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen möglich sind, lässt sich aufgrund der Ergebnisse der Befragung nicht treffen. Aus den drei Interviews mit Partnern aus Bereich von Normal-Krankenhäusern kamen hierzu einander widersprechende Äußerungen. Ob sich bei der Einbeziehung von mehr Interviewpartnern aus dem Krankenhausbereich ein konkreter Maßstab für die im Rahmen der Regelleistungen möglichen Leistungen von Krankenhäusern ergeben hätte bleibt zu bezweifeln.

Nach den bisherigen Erkenntnissen ergibt sich jedoch das Bild, dass die Haupt-Voraussetzung für eine barrierefreie Versorgung von Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung die aktive Mitwirkung der Einrichtung in welcher der Patient lebt bzw. von Betreuern aus seinem sozialen Umfeld ist.

Für die weitere Arbeit mit dem Instrument "Zielvereinbarungen zur Barrierefreiheit" heißt das, dass es nur in der praktischen Erprobung in lokal begrenzten Zusammenhängen weiter entwickelt werden kann. Sie sollten zunächst nach unserer Einschätzung auf der Grundlage des Katalogs "Musterzielvereinbarung" zwischen Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe, Verbänden der Behindertenselbsthilfe und einem oder mehreren Krankenhäusern einzelner Kommunen oder Kreise jeweils verhandelt und vereinbart und die Auswertung im einer Rahmen wissenschaftlichen Begleitung evaluiert werden. Der Versuch einer flächendeckende Einführung auf der Ebene der Krankenhausgesellschaften wird nur dann erfolgreich verlaufen können, wenn die einzelnen Krankenhäuser und die einzelnen Mitarbeiter der Krankenhäuser von anderen Krankenhäusern und Krankenhausmitarbeitern durch Berichte von erprobten Formen der Zusammenarbeit mit den Interessenvertretern der Menschen mit Behinderungen überzeugt werden können.

7 Literaturangaben

- Biley, A.M. (1995):* The experience of hospitalisation for physically disabled patients. In: BR J THER REHABIL 2 (2), S. 61-64.
- Anderson, E. S.; Smith, R.; Thorpe, L. N. (2010):* Learning from lives together: medical and social work students' experiences of learning from people with disabilities in the community. In: HEALTH SOC CARE COMMUNITY 18 (3), S. 229-240.
- Bersdorf, Roland (2010):* Grußwort für den Verband Anthroposophischer Kliniken e. V. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 15-16, zuletzt geprüft am 23.08.2010.
- Bienstein, Christel (2007):* Grußwort. In: Forum selbstbestimmter Assistenz (ForseA) e.V. (Hg.): Ich muss ins Krankenhaus. ... und nun? Dokumentation der Kampagne 2006/2007. Berlin, S. 7.
- Brühl, Peter (2009):* Gesundheitsversorgung bei Menschen mit geistiger Behinderung, zuletzt aktualisiert am 04.06.2009, zuletzt geprüft am 24.11.2010.
- Budroni, Helmut (2006):* Pflegeerfahrungen körperbehinderter Patienten im Krankenhaus. In: Die Schwester Der Pfleger 45 (06), S. 458-462.
- Budroni, Helmut; Dümke, Katrin; Dürdodt, Anke; Fringer, André; Pössenbacher, Anne; Schnepf, Winfried (2006):* Behinderte Pflegewelten. In: Pflege aktuell (3), S. 122-127.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (2010) (Hg.):* Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 6-7, zuletzt geprüft am 23.08.2010.
- Burnard, Philip (1991):* A method of analysing interview transcripts in qualitative research. In: Nurse Education Today 11 (6), S. 461-466.
- Buzio, A.; Morgan, J.; Blount, D. (2002):* The experiences of adults with cerebral palsy during periods of hospitalisation. In: AUST J ADV NURS 19 (4), S. 8-14
- Campbell, M.; Martin, M. (2010):* Reducing health inequalities in Scotland: the involvement of people with learning disabilities as national health service reviewers. In: BR J LEARN DISABIL 38 (1), S. 49-58.
- Davis, S.; Marsden, R. (2001):* Disabled people in hospital: evaluating the CNS role. In: NURS STAND 15 (21), S. 33-37.
- Dewing, J. (1991):* Physically disabled people in acute care. In: NURS STAND 5 (22), S. 37-39.
- Deutscher Bundestag (01.05.2002):* Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen. Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG), vom 27.04.2002. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 17.05.2011.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2006):* ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Online verfügbar unter

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung-2005-10-01.pdf>, zuletzt aktualisiert am 24.03.2006, zuletzt geprüft am 16.11.2010

Dösen, Anton; Gardner, William I.; Griffiths, Dorothy M. King Robert; La-pointe, André (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien: Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Michael Seidel. Unter Mitarbeit von Klaus Hennicke, Knut Hoffmann, Thomas Meinert, Holger Schmidt, Tatjana Voß und Elisabeth Wilking. Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Berlin (Materialien der DGSGb, 21). Online verfügbar unter http://www.dgsgb.de/downloads/band_21.pdf, zuletzt geprüft am 16.03.2011.

Forum selbstbestimmter Assistenz (Forsea) e.V. (Hg.) (2007): Ich muss ins Krankenhaus. ... und nun? Dokumentation der Kampagne 2006/2007. Berlin. Online verfügbar unter http://www.forsea.de/projekte/Krankenhaus/Dokumentation_ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2010.

Fröhlich, Andreas (1994): Pädagogische Überlegungen zum Bewußtsein und zur Bewußtlosigkeit. In: Christel Bienstein und Andreas Fröhlich (Hg.): *Bewußtlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*. 2. Aufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben, S. 35-43.

Fosbinder, D. (1994): Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. In: *J ADV NURS* 20 (6), S. 1085-1093.

Fuchs, Christoph (2010): Grußwort für die Bundesärztekammer. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): *Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums*, S. 17-18, zuletzt geprüft am 23.08.2010.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch).

Hannon, L. (2004): Better preadmission assessment improves learning disability care. In: *NURS TIMES* 100 (25), S. 44-47

Harenski, K. (2007): Alles andere als Wunschpatienten. Geistig behinderte Menschen im Krankenhaus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (27). Online verfügbar unter <http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/104/27/a1970.pdf>, zuletzt geprüft am 22.11.2010.

Jackson, S.; Read, S. (2008): Providing appropriate health care to people with learning disabilities. In: *BR J NURS* 17 (4)

Lachetta, Raphael (2010): Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung während eines akutstationären Aufenthaltes. Eine systematische Literaturstudie. Abschlussarbeit im Studiengang Mentoring Bachelor of Arts. Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Bielefeld.

Lachetta, Raphael; Tacke, Doris; Doerscheln, Iris; Schulz, Michael (2011): Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung während eines akutstationären Auf-

- enthaltet. Eine systematische Literaturübersicht. In: PFLEGEWISSENSCHAFT (3), zuletzt geprüft am 10.05.2011.
- Matziou, V.; Galanis, P.; Tsoumakas, C.; Gymnopoulou, E.; Perdikaris, P.; Brokalaki, H. (2009):* Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? In: *Int Nurs Rev* 56 (4), S. 456-460.
- McDonald, H. L. (2008):* Inpatients with cerebral palsy and complex communication needs identified barriers to communicating with nurses. In: *EVID BASED NURS* 11 (1), S. 30.
- Müller-Fehling, N. (2010):* Projekt: Barrierefreier Zugang von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus. Manuskript
- O'Halloran, R.; Hickson, L.; Worrall, L. (2008):* Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. In: *Int J Lang Commun Disord* 43 (6), S. 601-632.
- Richter, K.; Borgmann, H. (2008):* Interdisciplinary communication and cooperation [German]. In: *PFLEGEWISSENSCHAFT* 10 (12), S. 688-696.
- Roser, Jens-Martin; Budroni, Helmut; Schnepf, Wilfried (24.11.2010):* Projektbeschreibung für das Projekt: Entwicklung einer Zielvereinbarung zur barrierefreien Krankenhausversorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen
- Stockmann, Jörg (2010):* Erfahrungen eines spezialisierten somatischen Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 65-71.
- Tracy, J.; Iacono, T. (2008):* People with developmental disabilities teaching medical students--does it make a difference? In: *J Intellect Dev Disabil* 33 (4), S. 345-348.
- Schmidt, Christoph (2010):* Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus der Sicht des Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 39-49.
- Schneiderhan, Angelika (2010):* Grußwort für den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, zuletzt geprüft am 23.08.2010.
- Schnepf, Wilfried; Budroni, Helmut (01.06.09):* Förderungsantrag für das Projekt Entwicklung einer Rahmenempfehlung zur Pflege von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Version v1.03. Witten.
- Seidel, Michael (2010a):* Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Ein Problemaufriss. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums.

- Seidel, Michael (2010b)*: Vorwort. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 6-7, zuletzt geprüft am 23.08.2010.
- Stockmann, Jörg (2010)*: Erfahrungen eines spezialisierten somatischen Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 65-71.
- Straub, Christin (2006)*: Werden Menschen mit stark bewegungseinschränkenden Körperbehinderungen im Akutkrankenhaus ausreichend versorgt? Eine Untersuchung zu Erfahrungen von Pflegekräften und Menschen mit Behinderung. Diplomarbeit. Katholische Fachhochschule Freiburg, Freiburg.
- Supanic, Isabell (2008)*: Zur Pflege körperbehinderter Menschen. Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Universität Wien, Wien, zuletzt geprüft am 25.08.2010.
- Voß, Tatjana (2010)*: Erfahrungen eines spezialisierten psychiatrischen Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB) (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, S. 72-76.
- Wolk, R.; Schnepf, W. (1997)*: Zur Problematik der Pflege von geistig behinderten erwachsenen Menschen im Allgemeinkrankenhaus. In: Pflege 10 (6)

Anhang 1: Textbausteine für eine Musterzielvereinbarung

Barrierefreien Zugang schaffen			
Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus...	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
	...gewährleistet den räumlichen Zu- gang für Menschen mit Behinderun- gen	...halten Zugänge für alle relevan- ten Räume barrierefrei.	...erhält barrierefrei Zugang zu Behandlungs-, Untersu- chungs- und Aufenthaltsräu- men.
	gestaltet die Zugänge entsprechend der Norm für barrierefreies Bauen (DIN 18040-Teil 1) in allen relevanten Abtei- lungen.		
...wirken bei der Verbreitung von Informationen über das jeweilige Krankenhaus mit	...gewährleistet den Zugang zu behin- derungsspezifischen Informationen	..informieren Patienten und Ange- hörige nach deren individuellen Bedürfnissen	...erhält die notwendigen In- formationen bei der Auswahl des Krankenhauses
geben Informationsmaterialien wie Broschüren weiter, durch die Einrich- tung und Bereitstellung lokaler, regi- onaler oder überregionaler Informati- onsportale im Internet oder auf eigen- en Webseiten.	hält schriftliche Informationen zu opera- tiven Eingriffen, Einverständniserklä- rungen, krankheitsspezifische Fachin- formationen und allgemeine Informatio- nen zu organisatorischen Abläufen, zum Behandlungsvertrag, zur Verköstigung in Braille-Schrift und leichter Sprache vor.	richten sich bei der Weitergabe von Informationen nach den Kommunika- tionsbedürfnissen der Interessenten und halten sich über die Verfügbar- keit von hauseigenem Informations- material auf dem Laufenden.	erhält Zugang zu allen schriftli- chen Informationen, auch bei Sehbehinderungen und geistiger Behinderung.

Barrierefreien Zugang schaffen			
Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus...	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
...wirken bei der Verbreitung von Informationen über das jeweilige Krankenhaus mit (Fortsetzung)	...gewährleistet den Zugang zu behinderungsspezifischen Informationen (Fortsetzung)	..informieren Patienten und Angehörige nach deren individuellen Bedürfnissen (Fortsetzung)	...erhält die notwendigen Informationen bei der Auswahl des Krankenhauses (Fortsetzung)
unterstützen das Krankenhaus bei der Erstellung schriftlicher Informationen durch Bereithalten von Vorlagen, z.B. von Informationen in leichter Sprache, durch 'Übersetzung' von Texten und durch entsprechende Beratung.	gewährleistet, dass Informationen zu spezifischen Abläufen, z.B. zum Aufnahmeverfahren, zur Begleitung durch Angehörige, Assistenzpersonen oder Wohnstättenmitarbeiter/innen in geeigneter Form (s.o.) zur Verfügung zu stellen sind und weist entsprechend darauf hin (z.B. auf der Internetseite des Krankenhauses).	sorgen dafür, dass Patienten, Angehörige und Betreuer Zugang zu den individuell benötigten Informationen in der jeweils in der geeigneten Form erhalten.	bzw. seine Angehörigen oder Betreuer können vor dem Krankenhausaufenthalt beurteilen, inwieweit das Krankenhaus in seinen Leistungen ihren individuellen Bedürfnissen entspricht

Fachliche und personelle Voraussetzungen schaffen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus...	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfa- cher Behinderung
...unterstützen das Krankenhaus bei der Sensibilisierung seiner Mitarbeiter für die Bedürfnisse und Rechte von Menschen mit Behinderungen	...sensibilisiert Mitarbeiter für die Bedürfnisse und Rechte von Menschen mit Mehrfachbehinderungen	...orientieren sich im beruflichen Handeln an den Bedürfnissen und Rechten von Menschen mit Mehrfachbehinderung	...erhält eine an ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung. Ihre Persönlichkeitsrechte werden gewahrt
	gestaltet und reflektiert ggf. sein Leitbild im Hinblick auf die ausdrückliche Benennung geistig- und mehrfachbehinderter Menschen als Zielgruppe des jeweiligen Hauses	öffnen sich im Allgemeinen und in jeder einzelnen Begegnung im Stationsalltag der Frage nach den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung	sieht sich während der Krankenhausbehandlung persönlich angenommen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt
entsenden Berater/innen oder andere Ansprechpartner/innen, die Auskunft geben können über allgemeine Rahmenbedingungen	informiert die Mitarbeiter regelmäßig (Internetseite, Betriebszeitung, Informationsbroschüren, Veranstaltungen) zu behinderungsspezifischen Themen wie Barrierefreiheit, Behindertengleichstellungsgesetz, UN-Behindertenrechtskonvention, etc.	richten ihr Arbeitshandeln im Bewusstsein der grundsätzlichen Rechte von Menschen mit Behinderungen aus	erhält eine barrierefreie, d.h. eine individuell abgestimmte, den anderen Patienten gegenüber aber gleichwertige Behandlung

Fachliche und personelle Voraussetzungen schaffen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus...	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfa- cher Behinderung
...unterstützen das Krankenhaus zum Thema Behinderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung	... berücksichtigt das Thema Behinderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung	...erwerben behindertenspezifische Kompetenz	...erhält gute Pflege und Betreuung
entsenden Beraterinnen mit Expertise im Umgang mit bestimmten behinderungs-spezifischen Bedürfnissen	bietet regelmäßig spezifische Fortbil-dung zu unterschiedlichen Behinderungs-arten und behinderungsspezifischen Problemen, wie z.B. Verhalten von Men-schen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Dysphagie bei Herausforderndem Ver-halten von Menschen mit kognitiven Be-einträchtigungen, Dysphagie bei neuro-muskulären Erkrankungen, Alternative, nonverbale oder unterstützte Kommuni-kation.	erwerben Fähigkeiten und Kenntnisse in besonderen Aufgabenstellungen bei der Pflege und Behandlung von Menschen mit Behinderungen. Sind bereit, sich dabei auch von den Menschen mit Behinderungen, ihren Angehörigen oder Betreuern anleiten zu lassen	erhält während der Kran-kenhausbehandlung eine fachlich gute, ihrem indivi-duellen Kommunikations-, Verhaltens-, Ernährungs- und Bewegungsprofil ent-sprechende Pflege und Betreuung
bewegen die Einrichtungen und der Be-hinderten(selbst-)hilfe zur Einrichtung von Praktikumsplätzen für Auszubilden-de aus dem Krankenhaus	ermöglicht durch entsprechende Koope-rationen, dass Auszubildende ein Prakti-kum in Wohneinrichtungen der Behin-dertenhilfe absolvieren können	lernen in der Ausbildung die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen außerhalb des Kran-kenhauses kennen	erhält eine an ihren Ge-wohnheiten orientierte Pfl-ege und Betreuung wäh-rend der Krankenhausbehandlung

Fachliche und personelle Voraussetzungen schaffen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus...	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfa- cher Behinderung
...unterstützen das Krankenhaus zum Thema Behinderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung (Fortsetzung)	... berücksichtigt das Thema Behinderung in Aus-, Fort- und Weiterbildung (Fortsetzung)	...erwerben behindertenspezifische Kompetenz (Fortsetzung)	...erhält gute Pflege und Betreuung (Fortsetzung)
bewegen Einrichtungen und Wohnstätten der Behindertenhilfe, Auszubildende in das Krankenhaus zu entsenden	richtet Praktikumsplätze für Auszubildende in der Behindertenhilfe ein	führen die Auszubildenden der Behindertenhilfe in die Prozesse und Notwendigkeiten der Krankenhausbehandlung ein	erlebt einen gut durch die Einrichtung vorbereiteten Aufenthalt
...unterstützen das Krankenhaus im Zugang zu Expertenwissen	...fördert die Nutzung von Expertenwissen	...nutzen Expertenwissen	.. erhält Hilfe bei komplexen Problemstellungen
beraten das Krankenhaus bei der Einrichtung von Stellen für klinische Expertinnen	richtet Stellen für klinische Expert/innen ein in den Bereichen Medizin, Pflege oder Physiotherapie	sind bereit, bei besonderen Fragen die bereichsübergreifenden klinischen Experten in die Pflege und Behandlung einzubeziehen	erhält auch in komplexen oder seltenen Problemstellungen eine ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlung
entwickeln und vermitteln Programme zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Beratungsstellen und dem Krankenhaus	unterstützt die Entwicklung entsprechender Programme, z.B. durch die Entsendung interessierter Mitarbeiter/innen, oder Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe oder mit Hochschulen	nehmen Angebote zur Teilnahme an externen Programmen wahr	erlebt Offenheit für ihre Anliegen bei den Pflegenden und Behandelnden

Bedarfsgerechtes Management aufbauen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhauses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behin- derung
...unterstützen das Krankenhaus bei der Konzeption und Umsetzung eines zielgruppenspezifischen Aufnahmemanagements	...sorgt für ein zielgruppenspezifisches Aufnahmemanagement.	...führen die Aufnahme sorgfältig und individuell abgestimmt durch	...erfährt eine persönliche, gut vorbereitete Aufnahme
beraten das Krankenhaus hinsichtlich bei der Anpassung des Aufnahmemanagements	stellt Verfahrensregeln auf zur Vorbereitung der Aufnahme von Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, zur Mitaufnahme von Begleitpersonen, Hausbesuchen durch verantwortliche Pflegekräfte zur Bedarfserhebung (sog. Pre-Assessment).	orientieren sich bei der Aufnahme von Menschen mit Behinderungen an den besonderen Verfahrensregeln und berücksichtigen den besonderen Zeit- und Eingewöhnungsbedarf der jeweiligen Person	erfährt einen auf ihre persönlichen Bedürfnisse und Gesundheitsprobleme gut vorbereiteten Aufenthalt im Krankenhaus
beraten und informieren Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Angehörige und andere Betreuer über Abläufe im Krankenhaus, notwendige Vorbereitungen und Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Mitwirkung	macht die Verfahrensregeln betroffenen Patient/innen oder deren Vertretern sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe zugänglich ,z. B. via Internetangebot.	Stellen sicher, dass die aufzunehmende Person bzw. deren Angehörige oder Betreuer/in über die Verfahrensregeln zur Aufnahme informiert sind	bzw. ihre Angehörigen oder Betreuer sind selbst auf den Krankenhausaufenthalt gut vorbereitet.

Bedarfsgerechtes Management aufbauen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhauses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behin- derung
...fördern Kooperationen mit dem Krankenhaus (Fortsetzung)	...beteiligt sich an Kooperationen (Fortsetzung)	...arbeiten mit betreuenden Personen zusammen (Fortsetzung)	...erfährt eine kontinuierlich gute Pflege und Betreuung (Fortsetzung)
vermitteln dem Krankenhaus Kontakte zu örtlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, Wohnstätten oder Beratungsstellen	arbeitet zusammen mit örtlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie Wohnstätten oder Beratungsstellen im Hinblick auf die stationäre Behandlung geistig oder mehrfachbehinderter Patient/innen.	halten während des Krankenhausaufenthaltes ständige Verbindung zu den Einrichtung der Behindertenhilfe, Wohnstätten oder Beratungsstelle und informieren diese über den Stand der Behandlung	erfährt eine zwischen Krankenhaus und Einrichtung abgestimmte Pflege und Betreuung
initiiert und beteiligt sich an Kooperationsvereinbarungen zwischen örtlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe Wohnstätten und Beratungsstellen und dem Krankenhaus	schließt Kooperationsvereinbarungen ab. Diese beinhalten Angaben zur Bestimmung von Ansprechpersonen und deren Erreichbarkeit, den Einsatz zusätzlicher Kräfte etwa in Form von "Sitzwachen" und deren Vergütung, den Einsatz medizinischen oder pflegerischen Krankenhauspersonals vor oder nach der stationären Behandlung im häuslichen Umfeld, bzw. in der Wohneinrichtung, zur Mitaufnahme von Begleitpersonal etc.	informieren sich eingehend über den Inhalt der Kooperationsvereinbarungen und halten sich an die darin vereinbarten Absprachen	erlebt flüssige und sanfte Übergänge vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

Bedarfsgerechtes Management aufbauen			
Die Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhauses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behin- derung
...beraten das Krankenhaus bei der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten zur Organisation von Behandlung und Pflege	...entwickelt zielgruppenspezifische Konzepte zur Organisation von Behandlung und Pflege und wendet diese an	...lassen sich ein auf feste Zuständigkeiten	...hat eine feste Bezugsperson während der Krankenhausbehandlung
beraten das Krankenhaus hinsichtlich der Ausgestaltung von Bezugspflege	gewährleistet die Organisation der Pflege im Rahmen eines Bezugspflegesystems, welches durch feste Bezugspersonen für die betreffenden Patient/innen und deren kontinuierliche Begleitung während des gesamten Aufenthaltes im Rahmen eines auf die Patient/innen zugeschnittenen Behandlungs- und Pflegeplans sorgt.	gewährleisten als Bezugspersonen und als Team in der täglichen Organisation und Aufteilung der Aufgaben die konkrete Umsetzung des Bezugspflegesystems	und ihre Angehörigen bzw. ihre Betreuer haben jederzeit einen festen Ansprechpartner im therapeutischen Team.
informieren Angehörige, Beratungsstellen, Einrichtungen und Betreuer über die notwendige Benennung eines ständig verfügbaren Ansprechpartners für das Krankenhaus aus dem alltäglichen Umfeld des Menschen mit mehrfacher Behinderung	gewährleistet und fördert im Zusammenhang mit Besuchs-, Unterbringungs- und Besprechungs- und Dokumentationsregelungen die Einbeziehung der Bezugspersonen aus dem alltäglichen Umfeld in die Betreuung, Pflege und Behandlung	halten den Kontakt mit den Bezugspersonen aus dem täglichen Umfeld	haben auch während ihres Krankenhausaufenthalts die Aufmerksamkeit von Bezugspersonen aus ihrem alltäglichen Umfeld

Bedarfsgerechtes Management aufbauen			
	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhauses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
Die Verbände der Behindertenhilfe			
...unterstützen das Krankenhaus hinsichtlich eines zielgruppenspezifischen Entlassungsmanagements	... gewährleistet ein zielgruppenspezifisches Entlassungsmanagement.	...planen die Entlassung zielgerichtet	...erhält im Anschluss sofort eine angemessene Pflege, Betreuung und Behandlung
beraten das Krankenhaus bei der Aufstellung von Verfahrensregelung zum Entlassungsmanagement. Beraten und informieren Menschen mit Behinderungen, örtliche Einrichtungen der Behindertenhilfe, Wohnstätten, Beratungsstellen, Angehörige und andere Betreuer über die notwendigen Maßnahmen zur Vorbereitung der Krankenhausentlassung	stellt Verfahrensregeln zur Entlassungsvorbereitung bei Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung auf	planen in Zusammenarbeit mit der betreffenden Person und allen an der nachfolgenden Versorgung Beteiligten die weitere Betreuung, Pflege und Behandlung	erfährt einen nahtlosen Übergang in ihrer Pflege, Betreuung und Behandlung

Behandlungspfade und Verfahrensregeln den Zielgruppen anpassen			
Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
...unterstützen das Krankenhaus bei der Anpassung von Instrumenten und Verfahren zur Bedarfserhebung	...passt Instrumente und Verfahren zur Bedarfserhebung an	...verwenden und verbessern die bereit gestellten Instrumente und Verfahren zur Bedarfserhebung	...erfährt eine lückenlose Einschätzung ihres Pflege- und Behandlungsbedarfs ohne zusätzliche Belastungen
informieren und beraten das Krankenhaus hinsichtlich der Verfügbarkeit von Erhebungsinstrumenten und Leitlinien zur Betreuung, Behandlung und Pflege über die Grenzen der Disziplinen hinweg.	stellt geeignete Instrumente bereit zur Erfassung und Beschreibung sowohl der medizinischen wie auch der pflege- und betreuungsbezogenen Situation der Patient/innen und des sich daraus ergebenden Bedarfs an Behandlung und Pflege sowie der sonstigen Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes	nutzen die durch die Verfahrensregeln gegebenen zeitlichen Spielräume zur Bedarfsermittlung und erweitern diese individuell, wenn es notwendig ist. Evaluieren und verbessern die angewandten Instrumente und Verfahrensregeln	erlebt Untersuchungen entspannt
beraten Menschen mit Behinderungen, örtliche Einrichtungen der Behindertenhilfe, Wohnstätten, Beratungsstellen, Angehörige und andere Betreuer zu Art und Inhalt der Informationen über den Menschen an das Krankenhaus, die wichtig für den Erfolg der Behandlung sind.	berücksichtigt in den Verfahrensregeln zur Bedarfserhebung insbesondere bei Patienten mit kommunikativen Beeinträchtigungen Angehörige oder Mitarbeiter/innen sowie schriftliche Angaben der Wohneinrichtung als wichtige Informationsquelle.	ziehen alle verfügbaren Informationsquellen in die Bedarfsermittlung ein, insbesondere Überleitungsbögen aus den Einrichtungen und Informationen der Angehörigen	wird ihren tatsächlichen Bedürfnissen und Gesundheitsproblemen entsprechend verstanden, eingeschätzt und diagnostiziert

Behandlungspfade und Verfahrensregeln den Zielgruppen anpassen			
Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
unterstützen das Krankenhaus bei der Einführung und Anwendung zielgruppenspezifischer Leitlinien	...stellt zielgruppenspezifische Leitlinien und Instrumente bereit	...wenden zielgruppenspezifische Leitlinien und Instrumente an	...erhält eine ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten entsprechende Behandlung
beraten das Krankenhaus hinsichtlich der Anwendbarkeit der bestehenden Verfahrensregeln bei Aufnahme und Entlassung bei Personen ihrer jeweiligen Zielgruppen und möglicher Anpassungen	überprüft Verfahrensregeln zur Aufnahme oder Entlassung im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit bei Patient/innen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und passt sie ggf. an.	wenden angepasste Verfahren zur Aufnahme an	erfährt einen nahtlosen Übergang in ihrer Pflege, Betreuung und Behandlung
beraten das Krankenhaus hinsichtlich der Anwendbarkeit der bestehenden diagnostischen und therapeutischen Verfahrensregeln bei Aufnahme und Entlassung, auf Personen ihrer jeweiligen Zielgruppen und möglicher Anpassungen	überprüft Verfahrensregeln zur Durchführung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien und krankheitsspezifische Behandlungspfade bei Patient/innen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und passt sie ggf. an.	wenden angepasste Leitlinien bzw. Behandlungspfade an und weichen, wenn sie es zum Wohle des Patienten für notwendig halten, kreativ davon ab	wird ihren tatsächlichen Bedürfnissen und Gesundheitsproblemen entsprechend verstanden, eingeschätzt, diagnostiziert und behandelt
beraten das Krankenhaus bei der Auswahl der für Ihre Zielgruppen geeigneten Instrumenten der Schmerzerfassung	stellt angemessene Instrumente zur Schmerzerfassung zum Einsatz	setzen bereitgestellte Instrumente zur Schmerzerfassung. Schulen sich im Einsatz der Instrumente und überprüfen ihre Einschätzungen im gegenseitigen Austausch.	Schmerz wird erkannt und behandelt

Behandlungspfade und Verfahrensregeln den Zielgruppen anpassen			
Verbände der Behindertenhilfe	Struktur Das Krankenhaus	Prozess Die Mitarbeiter des Krankenhau- ses	Ergebnis Die Person mit mehrfacher Behinderung
...beraten und begleiten das Krankenhaus hinsichtlich der Sicherstellung der informierten Zustimmung	...stellt geeignete Instrumente zur Sicherstellung der Informierten Zustimmung durch die Patient/innen durch bereit	...sichern die informierte Zustimmung durch den Patienten in geeigneter Form	...versteht Informationen zu Eingriffen und Untersuchungen. Ihr geäußertes Wille wird respektiert.
sind behilflich bei der Einführung und Anwendung von geeigneten Instrumenten zur Sicherstellung der informierten Zustimmung Wirken mit bei der Schulung der Mitarbeiter in der Anwendung der Instrumente Wirken mit bei Reflexionen und Fallbesprechungen zur Einholung der informierten Zustimmung	stellt Einverständniserklärungen oder Informationsschreiben zur Aufklärung über medizinische Sachverhalte oder Verfahren in leichter Sprache bereit	ermitteln in Absprache untereinander zwischen den beteiligten Berufsgruppen innerhalb des Teams und mit den Betreuern, den Angehörigen und dem Hausarzt die geeignete Form zur informierten Zustimmung	bzw. ihr gesetzlicher Vertreter erhält Informationen über die vorzunehmenden Eingriffe und Untersuchungen in einer Form, die sie versteht. Ggf. wird ihre Ablehnung akzeptiert, wenn sie ausreichend informiert ist.
...beraten das Krankenhaus bei der Vorbereitung auf individuelle Kommunikationsbedürfnisse	... ist eingestellt auf individuelle Kommunikationsbedürfnisse	...gehen auf Kommunikationsformen des Patienten ein	versteht, was Ihr gesagt wird und was sie sagen will, wird verstanden
vermitteln Kontakte zu Kommunikationsassistenten	stellt im Bedarfsfall die Kommunikation unterstützende Personen, wie z.B. Gebärdendolmetscher, bereit.	ziehen im Bedarfsfall die Kommunikation unterstützende Personen hinzu. Nutzen persönliche Kommunikationshilfen des Patienten	versteht, was mit ihr passiert kann sich verständlich machen
sind behilflich bei der Entwicklung von schriftlichen Informationen in Braille-Schrift und in leichter Sprache	stellt barrierefrei schriftliche Informationen in Braille-Schrift und in leichter Sprache bereit.	vermitteln den Patienten das barrierefreie schriftliche Informationsmaterial	erhält die notwendigen Informationen

Anhang 2: Hinweise auf Praxisbeispiele, Dokumente und Literatur zur praktischen Anwendung

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit wird an dieser Stelle auf öffentlich zugängliche Informationen hingewiesen, welche für Krankenhäuser hilfreich sein könnten, die Maßnahmen zur barrierefreien Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in Angriff nehmen wollen.

Beiträge von Arbeitsgruppen aus dem Umfeld der Behinderten(selbst)hilfe

AG KRANKENHAUSPLANUNG DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSKONFERENZ KÖLN (Hg.) (2006): Qualitätskriterien für Krankenhäuser aus der Sicht von Patienten/innen und Angehörigen. Unter Mitarbeit von Annelie Appelmann, Agi Berger, Ragna Bohne, Karin Böttcher, Gregor Bornes, Ute Braun-Ehrenpreis et al. Köln.

Im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz Köln wurde unter der Einbindung einer Reihe von Selbsthilfegruppen ein Kriterienkatalog erarbeitet, welcher es den örtlichen Krankenhäusern ermöglichen soll, sich fachlich und organisatorisch an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Qualitätskriterien dieser Art können eine Form der Unterstützung von Krankenhäusern durch Verbände der Behinderten(selbst)hilfe darstellen. Sie dienen der Entwicklung von Maßnahmen zur Schaffung von fachlichen und personellen Voraussetzungen, zum Aufbau eines bedarfsgerechten Managements und der notwendigen Anpassung von fachlichen Prozessen.

BUB, MICHAEL; KEMMERICH, RUDOLF (2011): Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. Handreichungen für Eltern, Angehörige und Betreuer und für Ärzte und Pflegepersonal. Hg. v. LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ANGEHÖRIGENVERTRETUNGEN FÜR EINRICHTUNGEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG E.V (LAG-AVMB BADEN-WÜRTTEMBERG, Stuttgart (Informationsschrift, 1101'1), http://www.lag-avmb-bw.de/pdf/Info_mit_gbM_im_Krankenhaus.pdf, zuletzt geprüft am 26.09.2011

Die Informationsschrift enthält unter anderem Anleitungen zur Vorbereitung von Angehörigen und Betreuer/innen auf den Krankenhausaufenthalt. Beigefügt ist im Anhang der Entwurf eines Formblatts zur Erhebung von Daten, die beim Krankenhausaufenthalt von Menschen mit geistiger Behinderung relevant sind. Insofern kann die Informationsschrift Krankenhäusern bei der Entwicklung von angepassten fachlichen Prozesse und dabei insbesondere bei der Anpassung von vorhandenen Instrumenten der Bedarfserhebung an die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung unter Umständen hilfreich sein.

HARMS, KÄTHE; HÖFERT, ROLF; JESSE, BARBARA; MANDOS; MATTHIAS; GRBEC, STANA ET AL. (2007): Pflegerische Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Gemeinsame Empfehlungen des Deutschen Pflegeverbandes und des Landesverbandes Rheinland-Pfalz. Hg. v. Deutscher Pflegeverband (DPV), Klinikum Ludwigshafen und Lebenshilfe Rheinland-Pfalz e.V., http://www.lebenshilfe-rlp.de/Aktuell/PDF_DOC/Gem_Empf_Kh.pdf, zuletzt geprüft am 26.09.2011

Die Broschüre ist als Informationsschrift für Angehörige, aber auch als Orientierung für die Fachleute der Gesundheitsberufe in Krankenhäusern konzipiert. Insbesondere enthält auch sie ein Formular zur Erfassung des Pflegebedarfs, das bei der Entwicklung von angepassten fachlichen Prozesse und dabei insbesondere bei der Anpassung von vorhandenen Instrumenten der Bedarfserhebung herangezogen werden kann. Von Bedeutung sind auch die Erläuterungen zu den einzelnen Expertenstandards des DNQP und die Empfehlungen zu den AEDL.

Fachliteratur zur unmittelbaren Anwendung

BELOT, MICHEL; MARIMPOEY, PHILIPPE; ROND, FABIENNE; JUTAND, M-A (2008) *Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung. Die EDAAP-Skala.* http://stiftung-leben-pur.de/fileadmin/user_upload/slp/Tagung_2008_Schmerz/PDF/Schmerzskala_2010.pdf Zuletzt geprüft am 25.09.2011. Sonderdruck aus MAIER-MICHALITSCH, NICOLA J (2009).: *Leben pur - Schmerz. Bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen.* Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Die EDAAP-Skala wurde in der Schweiz in französischer Sprache entwickelt und ermöglicht die Einschätzung der Schmerzintensität auf der Basis der Auswertung von beobachtbarem Verhalten. Sie ist geeignet und zu empfehlen zur Einschätzung von Schmerzen bei Menschen, die Schmerzen nicht verbal äußern können. Sie ist damit der **Entwicklung angepasster fachlicher Prozesse /Entwicklung zielgruppenspezifischer Leitlinien** zuzuordnen.

HANNON, LYNN; CLIFT, JULIE (2011): *General hospital care for people with learning disabilities.* Chichester West Sussex: Blackwell Pub.

Englischsprachiges Fachbuch über die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. Ist begründet auf dem aktuellen internationalen Stand der Erkenntnisse. Enthält Ansätze, Hinweise und Fallbeispiele zur **Schaffung von fachlichen und personellen Voraussetzungen**, zum Aufbau eines bedarfsgerechten Managements und zur **Entwicklung von angepassten fachlichen Prozessen**. Insbesondere zu Möglichkeiten und Implikationen des **Assessments vor der Aufnahme** (Pre-Admission Assessments) und zu möglichen Vorgehensweisen zur **Sicherung der informierten Zustimmung** vor Eingriffen und Untersuchungen, die den Fähigkeiten der betreffenden Person angepasst sind, könnte das Buch im Umfeld deutscher Krankenhäuser neue Impulse geben.

Konzepte zur Verbesserung der Krankenhausversorgung von Menschen mit Demenz

Krankenhausaufenthalte von Menschen mit Demenz sind häufig von ähnlichen Problemen begleitet wie oft die akut-stationären Behandlungen von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Gemeinsam ist diesen beiden Gruppen ein hoher Unterstützungsbedarf, der nicht im Rahmen der üblichen Versorgungsabläufe in den Krankenhäusern abzudecken ist.

Verschiedene einzelne Erfahrungen, die sich im Laufe der vorgenommenen Untersuchungen ergeben haben, deuten darauf hin, dass sich eine größere Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausverbänden auf den Weg gemacht hat, die akut-stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz durch gezielte Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete zu verbessern. Beispielhaft ist hierfür eine Gruppe von Krankenhäusern zu nennen, die im Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert ist und in einem gemeinsamen Projekt an der Entwicklung eines Praxishandbuchs für Mitarbeiter der Pflege zur Verbesserung der Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus mitgewirkt hat.

Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Krankenhaus-Versorgung von Menschen mit Demenz werden in diesem Handbuch in Form von tabellarisch angelegten sogenannten „Themenblättern“ präsentiert.

Der Katalog der Themen ist gegliedert in die Bereiche „Planung, Dokumentation und qualitätssichernde Maßnahmen“, „Allgemeines pflegerisches Handeln und Interventionen“, „Milieugestaltung „Sicherheit und rechtliche Fragen“, „Herausforderndes Verhalten“, „Diagnostik und Therapie“ und „Schwerpunktstation“

Auf jedem Themenblatt wird, wie der Name schon sagt, jeweils ein Thema behandelt. Jedes Themenblatt ist aufgeteilt in die Tabellenzeilen „Einführung“, „Interventionen“, „zur Beachtung“, „Umsetzung“, „Literatur“. Zur Kategorie „Umsetzung“ werden zu den meisten Themen Konzepte oder Leitfäden aus einem oder mehreren der beteiligten Krankenhäuser genannt, die auf der beigefügten CD als Datei zu finden sind. Viele Regelungen und Gesichtspunkte der hier aufgeführten Konzepte, Merkblätter und Leitfäden lassen sich auf die Aufgabe der Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zum Teil übertragen.

Beispielhaft wird an dieser Stelle auf fünf der zahlreichen Beispiele eingegangen, um eine Vorstellung von den Möglichkeiten und Grenzen des Handbuchs als Vorlagen-Geber für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus zu geben.

ALLGEMEINES KRANKENHAUS VIERSEN (2010): *Konzept Fachberatung*. Beitrag auf beigelegter CD. In: STIFTUNG WOHLFAHRTSPFLEGE NRW (HG.): *Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege*. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche.

Zur Schaffung der im vorliegenden Projekt vorgeschlagenen **fachlichen und personellen Voraussetzungen**, und dabei insbesondere der **Förderung der Einbindung von Experten** könnte, orientiert an dem in diesem Dokument beschriebenen Ansatz der Fachberatung, welche sich speziell auf die Versorgung von Menschen mit Demenz bezieht, ein entsprechendes Modell der Fachberatung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung entwickelt werden.

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE: *Leitlinie Gewaltvermeidung in der Pflege* Beitrag auf beigelegter CD. In: STIFTUNG WOHLFAHRTSPFLEGE NRW (HG.): *Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege*. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche.

Möglicherweise wird eine ähnliche Leitlinie zur Gewaltvermeidung für notwendig gehalten in Krankenhäusern, welche sich durch die **Entwicklung angepasster fachlicher Prozesse** besser auf die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung vorbereiten wollen. In einem solchen Fall könnte anhand der Vorlage der vorliegenden, veröffentlichten Leitlinie, erörtert werden, inwieweit ihre Bestimmungen und die darin zugrunde gelegten fachlichen Gesichtspunkte auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zutreffen. Eine solche Diskussion unter Berücksichtigung der geänderten Zielgruppe und der Aufgabe, **zielgruppenspezifische Leitlinien entwickeln und anzuwenden** könnte z.B. auch zu einer Änderung des Themas der angestrebten Leitlinie führen.

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE: *Fortbildungskonzept Demenz*. Beitrag auf beigelegter CD. In: STIFTUNG WOHLFAHRTSPFLEGE NRW (HG.): *Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege*. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche.

In einem zweiseitigen Dokument werden Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der Kenntnisse der pflegenden Mitarbeiter hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Demenz beschrieben und geplant. Nach einer freitextlichen Darstellung des Hintergrundes und der Zielsetzung wird das Vorgehen in einer Tabelle dargestellt, unter Verwendung der drei Rubriken „Zielgruppe“, „Inhalt“ und „Organisation“. Die Zielsetzung ist dabei, dass sämtliche pflegenden Mitarbeiter der Stationen, auf denen Menschen mit Demenz aufgenommen werden, über grundlegende Kenntnisse in der Betreuung von Menschen mit Demenz verfügen und außerdem eine kleine festgelegte Gruppe von Pflegenden über Fähigkeiten und Kenntnisse in diesem Gebiet verfügen, die sie in der Lage versetzen, als Pflegeexpert/innen ihre Kolleginnen und Kollegen zu schulen und zu beraten. Hierfür sind jeweils Fortbildungsreihen mit festgelegtem Inhalt und Umfang vorgesehen. Für Auszubildende des Krankenhaus ist im Curriculum eine festgelegte Zahl von Unterrichtseinheiten und ergänzend der Besuch einer Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz vorgesehen. Für Krankenhäuser, die systematisch die fachlichen und personellen Voraussetzungen zur barrierefreien Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung schaffen wollen ist dieses Konzept eine gute Vorlage.

KRANKENHAUS PORZ (2010): *Leitfaden Aufnahmegespräch*. Beitrag auf beigelegter CD. In: STIFTUNG WOHLFAHRTSPFLEGE NRW (HG.): *Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege*. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche.

In diesem Beispiel, das nach den im vorliegenden durchgeführten Projekt erarbeiteten Anforderungen dem Maßnahmenbereich **„Bedarfsgerechtes Management aufbauen“** zugeordnet werden würde, ist die Dauer des Aufnahmegesprächs auf 15 Minuten begrenzt. Nach den Anforderungen, die bisher von Experten im Rahmen des Projekts an Aufnahmegespräche von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderungen geäußert worden sind, wäre im Rahmen der **Einrichtung**

eines zielgruppenspezifischen Aufnahmemanagements die Festlegung einer solchen zeitlichen Begrenzung nicht denkbar. Dieses Beispiel macht deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung von Menschen mit Demenz nicht eins zu eins auf die Situation der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung übertragbar sind.

KRUPP-KRANKENHAUS ESSEN (2010): *Allgemeine Informationen zum Umgang [mit Menschen mit Demenz].*
In: STIFTUNG WOHLFAHRTSPFLEGE NRW (HG.): *Demenzkranken Patienten im Krankenhaus. Ein Praxis-*
handbuch für Mitarbeiter in der Pflege. 1. Aufl. Hannover: Schlütersche.

In einem sechsseitigen, farbig illustrierten Merkblatt werden, teilweise in durchgehendem Text, teilweise stichpunktartig unter Einsatz von zahlreichen gliedernden Überschriften „hilfreiche Verhaltensweisen und Einstellungen“ beim Umgang mit Patient/innen mit Demenz aufgelistet und erläutert. Die Entwicklung und der Einsatz eines ähnlichen Merkblattes zur **Schaffung von fachlichen und personellen Voraussetzungen** für die barrierefreie Versorgung von Menschen mit mehrfacher Behinderung erscheinen durchaus denkbar. Ein derartiges Merkblatt könnte zum Beispiel eingesetzt werden als Schulungsunterlage **in Fortbildungen**. Außerdem könnte es zur **Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen** hinsichtlich der Bedürfnisse von Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung beitragen, indem es bei Fallbesprechungen zur Reflektion des eigenen Verhaltens der Mitarbeiter/innen hinzugezogen wird.

Anhang 3: Entwurfsvorlagen

Die im folgenden vorgestellten Entwürfe einer Kooperationsvereinbarung, einer internen Krankenhausleitlinie und eines Merkblattes für Mitarbeiter geben inhaltlich Regelungen wieder, die in Krankenhäusern und Einrichtungen der Behinderten tatsächlich festgelegt und angewendet worden sind.

Kooperationsvereinbarung zwischen einem einzelnen Krankenhaus und einer einzelnen Wohnstätte (Beispiel)

Im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen legen die Wohnstätte für Menschen mit geistiger Behinderung und das Krankenhaus folgende Regelungen zur Informationsweitergabe fest:

1 Vorgehen bei der Aufnahme

1.1 Geplante Aufnahme

Die Wohnstätte meldet Bewohner/innen so **früh wie möglich** zur stationären Behandlung im Krankenhaus an. Die **Anmeldung erfolgt über das jeweilige Stationssekretariat**. Dabei wird ein Termin für das Aufnahmegespräch mit dem Stationsarzt bzw. mit der zuständigen Stationschwester festgelegt.

1.2 Ungeplante Aufnahme

Bei einer ungeplanten Aufnahme wird der/die Patient/in über die **zentrale Patientenaufnahme** angemeldet. Ist der/die Patient/in weitergehend stationär aufzunehmen, werden der jeweilige diensthabende Arzt und die zuständige pflegerische Leitung der Station informiert.

2. Aufnahmegespräch

2.1 Aufnahmegespräch bei einer geplanten Aufnahme

Das Aufnahmegespräch findet zwischen dem/der aufzunehmenden **Patient/in**, den **Mitarbeiter/innen der Wohnstätte**, dem **Stationsarzt** und der zuständigen **pflegerischen Leitung der Klinik-Station** statt.

Das Krankenhaus und das Klinikum benennen **feste Ansprechpartner** für die Dauer des Krankenhausaufenthalts.

Im Aufnahmegespräch werden dem Krankenhaus medizinische und rechtliche Informationen über den/die Patient/en/in vermittelt. Außerdem erhält das Krankenhaus Auskünfte über die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der betreffenden Person, welche ein größtmögliches Maß an bedürfnisorientierter Begleitung ermöglichen.

Für die Zeit während des Aufenthalts und für die Entlassung werden Absprachen über die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Wohnstätte getroffen.

2.2 Aufnahmegespräch bei einer ungeplanten, akuten Aufnahme

Die Zentrale Patientenaufnahme stellt den ersten Kontakt zum diensthabenden Arzt, der jeweiligen Station sowie der zuständigen pflegerischen Leitung der Station her. Nach der Verlegung des/der Patient/en/in auf die zuständige Station wird zeitnah ein Gespräch zwischen Stationsarzt und/oder Stationschwester und dem/der zuständigen Mitarbeiter/in der Einrichtung vereinbart. Die Ziele und Inhalte des Aufnahmegesprächs sind mit den Zielen und Inhalten des geplanten Aufnahmegesprächs (siehe Punkt 2.1.) identisch.

3 Informationsweitergabe im Rahmen eines Aufnahmegespräch

Die Wohnstätte stellt dem Krankenhaus folgende Informationen zur Verfügung:

- Einweisung
- Pflegeüberleitungsbogen
- Angaben über gesetzliche Betreuung
- Namen des/der Ansprechpartner/in innerhalb der Einrichtung
- Namen und Kontaktdaten des behandelnden Arztes und der Fachärzte
- Dokumentation der aktuellen Medikation
- Aktuelle Befunde zum Zeitpunkt der Erkrankung
- Angaben zum letzten Krankenhausaufenthalt: Zeitraum, Klinik
- Darstellung der aktuellen Situation
- Individuelle Beschreibung der Ressourcen und Bedürfnisse des/der Bewohner/s/in

Außerdem werden Informationen festgehalten zu

- der mitgebrachten Bekleidung
- Hygieneartikeln
- Tabakwaren
- Taschengeld
- Hilfsmitteln

4. Medikamentenübergabe am Aufnahmetag

Die Wohnstätte stellt bei stationären Krankenhausaufenthalten ihrer Bewohner Medikamente, in Originalverpacken einschließlich Beipackzettel, für mindestens drei Tage zur Verfügung.

5. Begleitung während des stationären Aufenthalts

Die Bewohner/innen der Wohnstätte werden während ihres Krankenhausaufenthaltes kontinuierlich durch die Mitarbeiterinnen der Wohnstätte begleitet.

Die Mitarbeiter/innen der Wohnstätte bzw. die festen Ansprechpartner stehen in regelmäßigem Kontakt mit dem Stationsarzt bzw. dem diensthabenden Arzt und auch mit der pflegerischen Leitung der Klinik-Station.

Die Mitarbeiter/innen des Klinikums informieren die Ansprechpartner der Wohnstätte regelmäßig über den Stand der Behandlung des/der Bewohner/in. Sie berücksichtigen dabei das entsprechende Einverständnis des/der Bewohnerin, die vorliegenden Informationen zur Betreuung und die vorliegenden Absprachen zur Begleitung durch die Einrichtung während des Krankenhausaufenthaltes.

Bei Schwierigkeiten im Versorgungs- und Behandlungsverlauf informiert das Krankenhaus die Mitarbeiterinnen bzw. den festgelegten Ansprechpartner in der Wohnstätte unverzüglich.

Wenn es notwendig ist, z.B. für eine spätere Feststellung einer Pflegestufe durch den MDK, schaltet das Krankenhaus den Sozialdienst ein.

6. Entlassungsplanung

Die Entlassung wird frühzeitig in gemeinsamer Absprache von Krankenhaus und Wohnstätte geplant. Wenn möglich, wird sie schon im Rahmen des Aufnahmegesprächs thematisiert.

Von Seiten der Klinik sollte eine Entlassung mindestens einen Tag vorher angekündigt werden. Beim Zeitpunkt der Benachrichtigung sollten dabei die Dienstzeiten der Einrichtung berücksichtigt werden. Kernzeiten sind: Montags bis Freitag ... bis... und ... bis ... (Kernzeiten werden benannt) sowie Samstag und Sonntag ... bis ... (Kernzeiten werden benannt)

Folgende Gesichtspunkte sollten berücksichtigt werden:

- Festlegung des Entlassungstags
- Festlegung der Art des Rücktransports
- Rezeptierung Medikamente
- Ggf Verordnung Pflegedienst
- Kurzbericht
- Fax an Hausarzt
- Medikamentensicherung durch das Klinikum, wie z. B. Entlassungen am Abend oder zum Wochenende

Merkblätter

Von Mitarbeitern der Wohnstätte und des Krankenhauses wurde ein Merkblatt zum Krankenhausaufenthalt von Bewohnern der Wohnstätte entwickelt.

Es wird sichtbar ausgelegt, jeweils zugänglich für alle Mitarbeiter/innen des Krankenhauses und der Wohnstätte und dient ihnen als Arbeitsgrundlage.

Merkblatt: Krankenhausaufenthalt von Bewohnern der Wohnstätte für Menschen mit geistigen Behinderungen

Informationen und Regeln für das Krankenhaus

- Mitarbeiter in der Wohnstätte dürfen nur Grundpflege, Pflegefachkräfte die Behandlungspflege leisten
- Mitarbeiter der Wohnstätte sind nicht den ganzen Tag über in der Wohnstätte zu erreichen! In der Regel von ... bis ... und ... bis ... (Uhrzeiten angegeben)
- Entlassungen sollen einen Tag vorher telefonisch angemeldet werden. Die Wohnstätte muss unbedingt vor der Entlassung eines Bewohners informiert werden. Der/die Mitarbeiter/in der Wohnstätte nimmt Verbindung mit dem gesetzlichen Betreuer auf.
- Sind Medikamente im Krankenhaus neu verordnet worden, müssen Rezepte mitgegeben werden, auch bei Entlassungen, die am Montag oder am Freitag stattfinden.
- Nach telefonischer Absprache können Bewohner/innen der Wohnstätte auch mit einem Transport in die Wohnstätte gebracht werden (die meisten Bewohner/innen sind befreit)
- Bei Fragen bitte in der Wohnstätte anrufen

Informationen und Regeln für die Wohnstätte

- Alle Unterschriften für mögliche und notwendig Eingriffe vom gesetzlichen Betreuer besorgen
- Klar angeben, wer gesetzlicher Betreuer, wer Ansprechpartner in der Wohnstätte und wer Angehöriger ist. Jeweils Erreichbarkeit angeben.
- Feste Ansprechpartner in der Wohnstätte benennen und schriftlich angeben.
- Termin für Aufnahmegespräch mit festen Ansprechpartnern im Krankenhaus vereinbaren und die Besonderheiten des Bewohners besprechen
- Medikamente immer in der Originalverpackung mitgeben
- Wertsachen nach Möglichkeit in der Wohnstätte lassen! Brille, Hörgeräte, Zahnprothese, Versicherungskarte etc. auflisten
- Dienstzeiten der pflegerischen Leitung der Station (Ansprechpartner im Krankenhaus) notieren
- Bei Rückfragen bitte im Krankenhaus anrufen

Beispiel für eine interne Leitlinie eines Krankenhauses: Umgang mit geistig behinderten Menschen

Allgemeines

Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen.

Manche der dadurch entstehenden Probleme lassen sich vermeiden.

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich auf den Umgang mit Menschen, bei denen eine starke geistige Beeinträchtigung vorliegt.

Sie umfasst Regelungen sowohl zur elektiven als auch zur notfallmäßigen Aufnahme der Bewohner einer bestimmten Wohnstätte (im folgenden "Wohnstätte" genannt) für Menschen mit geistiger Behinderung in ein bestimmtes Krankenhaus (im folgenden "Krankenhaus" genannt)

Grundsätze bei der Aufnahme

Das pflegerische Assessment ist bei der Aufnahme von besonderer Bedeutung. Die Wohnstätte informiert das Krankenhaus **jeweils eine Woche vor** dem vorgesehenen Termin über **elektive Aufnahmen**. Das Assessment wird durchgeführt im Rahmen eines Gespräches zwischen der Ansprechpartnerin der Wohnstätte und der Leitung der aufnehmenden Station des Krankenhauses (der Name der Ansprechpartnerin und ihrer Vertreterin der Wohnstätte ist namentlich in der Leitlinie benannt). Bei jeder elektiven Aufnahme wird der Patient **von einer/m Mitarbeiter/in** der Wohnstätte während der Aufnahmegespräche und -untersuchungen **begleitet**.

Bei **Aufnahmen im Notfall** wird die Möglichkeit einer **Begleitung** in der jeweiligen Situation **geprüft**.

Die Begleitung soll Ängste bei den Bewohnern möglichst klein halten und gewährleisten, dass die Mitarbeiter des Krankenhauses möglichst umfassend über den Patienten/die Patientin informiert sind.

Bei **Notfallaufnahmen in der Nacht** geben die Mitarbeiter der Wohnstätte **schriftliche Informationen** mit über die **aktuelle Medikation**, über den **Zeitpunkt der letzten Nahrungsaufnahme**. Die Wohnstätte reicht die weiteren notwendigen Informationen am folgenden Morgen nach. Die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses können den Nachtdienst der Wohnstätte erreichen unter folgender Telefonnummer: (Telefonnummer wird genannt)

Neben den üblicherweise erfassten Stammdaten sind Informationen zu folgenden Fragen zu ermitteln und zu dokumentieren:

- Wer ist der **Ansprechpartner** und wie ist er zu erreichen?
- Ist eine **Mitaufnahme** von Angehörigen und/oder Betreuer möglich?
- **Wie verhält sich die/der Patient** in alltäglichen und besonderen Situationen?
- Wie **ernährt** sich der Bewohner im Heim - wie kann im Krankenhaus eine Unterstützung aussehen?
- Gibt es besondere **Vorlieben und Abneigungen** (z. B. in Bezug auf Essen, Trinken, Berührungen; Lautstärke beim Sprechen)
- **Sondennahrung** wird bei Bedarf durch das Wohnheim über das Wochenende oder zwei Werktage mitgegeben
- Was ist bei der **Kommunikation** zu berücksichtigen? Gibt es bestimmte Worte, Gesten, Ausdrücke des Patienten bzw. seines jeweiligen Gegenübers und was bedeuten sie?
- Werden **Hilfsmittel** benötigt?
- Welche **Medikamente** sind einzunehmen und wie ist die Einnahme?
- Gibt es Besonderheiten im Hinblick auf **Schlafgewohnheiten** (Licht oder Musik)
- Wie könnte im Krankenhaus der **Toilettengang** ablaufen?
- Welche **Anredeform** ist angemessen?
- Wer sind die **rechtlichen Betreuer** und wer ist unter welcher Telefonnummer erreichbar z.B. zur Einholung einer Einwilligung in eine Operation?
- Was sollte bei der Unterbringung berücksichtigt werden, z. B. kein Vierbett-Zimmer
- Welcher individuelle Betreuungsbedarf ist erforderlich?

Grundsätze für den Aufenthalt

Die bei der Aufnahme ermittelten Besonderheiten des Patienten werden gesondert dokumentiert und allen Berufsgruppen mitgeteilt.

Termine für **diagnostische** und **therapeutische Maßnahmen** werden so **abgestimmt**, dass eine **Begleitung** organisiert werden kann, gegebenenfalls durch Angehörige oder Mitarbeiter/innen der Wohnstätte. Die pflegerische Leitung der Klinik-Station stimmt die betreffenden Termine mit der Wohnstätte ab.

Der/die Patient/in wird während des Aufenthalts **täglich** von einem/r Mitarbeiter/in des Wohnheims **besucht**. Dabei wird der Patient mit persönlicher Kleidung und Wä-

sche versorgt. Die Besuche sollen der Kontaktpflege dienen und der Information über den Genesungsprozess. Außerdem sollen die Mitarbeiter/innen der Wohnstätte die Mitarbeiterinnen des Krankenhauses beraten bei Fragen hinsichtlich der Einschätzung und des Umgang mit dem/der Patienten/in.

Grundsätze der Betreuung

Bei Patienten mit einem Betreuungsbedarf werden die Art und der zeitliche Umfang der Betreuung in einem Gespräch zwischen einer Mitarbeiterin der Wohnstätte, der pflegerischen Leitung der Station und dem Stationsarzt festgelegt. Die Angehörigen werden zeitnah über die geplante Betreuung informiert. Die Zeiten der Betreuung und die dafür zuständigen Personen werden im **Individuellen Betreuungsplan** schriftlich festgehalten, für dessen Erstellung die pflegerische Leitung der Klinik-Station zuständig ist

Bei der Planung der Betreuung kann auf folgende Ressourcen zurückgegriffen werden:

1. **Eigene Ressourcen**, wenn bei der jeweiligen Besetzung der Schichten eine angemessene Betreuung gewährleistet werden kann
2. **Angehörige**. Sie werden gefragt, ob und zu welchen Zeiten Sie den/die Patientin betreuen können.
3. **Mitarbeiter/innen der Wohnstätte** gegen eine fest vereinbarte Bezahlung pro Stunde (Höhe der Vergütung ist in der Leitlinie genannt). Sie werden durch eine Ansprechpartnerin der Wohnstätte vermittelt (Ansprechpartnerin und Stellvertreterin sind in der Leitlinie namentlich benannt).
4. **Mitarbeiter/innen einer externen Zeitarbeitsfirma**, bei weiterem erforderlichem Betreuungsbedarf.

Grundsätze für die Entlassung

Für die geplanten Entlassungen vom Krankenhaus in die Wohnstätte gelten die Grundsätze des **Expertenstandards Entlassungsmanagement**. Es wird dabei besonderer Wert gelegt auf die im Expertenstandard festgelegte Anforderung der zeitnahen gegenseitigen Kommunikation.

Grundsätzlich werden bei Entlassungen dem/der Patient/in **Medikamente über das Wochenende oder für 2 Werktage** mitgegeben. **Auch Verbandmaterialien** werden **über das Wochenende oder für 2 Werktage** mitgegeben.

Rechtliche Grundsätze bei ortsfremden Einsatz der Mitarbeiter/innen

Rechtliche Grundsätze bei Tätigkeiten von Mitarbeiter/innen der Wohnstätte im Krankenhaus

Häufig ist eine kontinuierliche Betreuung von Patient/innen aus der Wohnstätte durch Mitarbeiter/innen der Wohnstätte notwendig.

Aus rechtlicher Sicht führen die Mitarbeiter der Wohnstätte ihre Handlungen im Krankenhaus im Dienstauftrag der Wohnstätte durch. Insofern erhalten sie ihren Versicherungsschutz bei Unfällen und haftungsrechtlichen Schäden über die Versicherungen der Wohnstätte.

Rechtliche Grundsätze bei Tätigkeiten von Mitarbeiter/innen des Krankenhauses bei Tätigkeiten in der Wohnstätte

Der Klinik-Aufenthalt der Bewohner/innen der Wohnstätte soll verhältnismäßig kurz gehalten werden. Im Anschluss an einen Klinik-Aufenthalt kann in diesem Zusammenhang der beratende Einsatz von Mitarbeitern des Krankenhauses in der Wohnstätte erforderlich werden, z.B. zur Anleitung beim Wundmanagement, zur Diabetesberatung oder zur Ernährungsberatung.

Rechtlich gesehen handeln die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses in diesen Fällen im Dienstauftrag des Krankenhauses. Wenn also die betroffenen Bewohner der Wohnstätte durch, - sachgemäß ausgeführte-, Pflegehandlungen der Mitarbeiter des Krankenhauses zu Schaden kommen, kommt hierfür die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses auf.

