

Projekt

Einfach anders -

**Menschen mit Behinderung
im Krankenhaus**

- Konzept -

Gefördert durch die



Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.
Neuer Markt 30, 49377 Vechta



Verfasserinnen:

Nicole Nordlohne, Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.

Cornelia Wichmann, Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.

Gertrud Hanenkamp, Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. (seit Okt. 2013)

Mitarbeit in der Projektgruppe:

Uwe Uchtmann, St. Franziskus Hospital, Lohne

Mechthild Schade, St. Marienhospital, Friesoythe

Marlies Gier, Andreaswerk e. V., Vechta

Bettina Lager, Caritasverein Altenoythe e. V., Cloppenburg

Tanja Zielinski, Caritasverein Altenoythe e. V., Altenoythe

Inhalt

I. Grußwort	4
II. Vorwort	5
III. Hauptteil	6
1. „Einfach anders“	6
2. Inklusion	7
3. Problembeschreibung.....	8
4. Caritas und Auftrag.....	9
5. Behinderung und Begleiterscheinungen.....	9
6. Strukturen Krankenhäuser und Behindertenhilfe	11
a. Das Krankenhaus	12
b. Das Wohnheim für Menschen mit Behinderungen	12
c. Grundannahmen der Akteure im Krankenhaus	13
d. Grundannahmen der Akteure im Kontext Behindertenhilfe	13
7. Aus- und Fortbildungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern	14
8. Krankenhaus und Einrichtungen der Behindertenhilfe	14
9. Hilfsmittel	15
a. Checkliste für einen geplanten Krankenhausaufenthalt	15
b. Überleitungsbogen	16
c. Zuständigkeiten	17
10. Barrierefreiheit	18
11. Kommunikation.....	19
a. Unterstützte Kommunikation	19
b. Netzwerkarbeit	21
12. Finanzierung.....	22
IV. Schluss	23

I. Grußwort

Zentrales Anliegen der Caritas ist die Hilfe für benachteiligte Menschen. Wir reagieren darum besonders sensibel auf bestehende Notlagen, die in der breiten Öffentlichkeit nach unserem Ermessen nicht hinreichend beachtet werden.

Ein solches Thema bedient das Projekt: „Einfach anders – Menschen mit Behinderung im Krankenhaus“. Hier wird die Situation von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus betrachtet und Verbesserungen angestrebt. Besonders wird die Situation von Menschen mit stark ausgeprägten Behinderungen berücksichtigt. Sie können oft nicht allein leben und sind daher in einem Wohnheim untergebracht. Sind hier Krankenhausaufenthalte nötig, so werden Menschen mit Behinderungen aus der Routine ihres Alltags gebracht. Sie haben i.d.R. nicht die Möglichkeit, sich eigenverantwortlich mit der Situation in adäquater Form auseinander zu setzen und diese zu meistern.

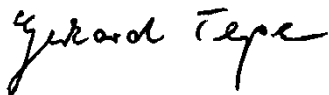
Fachleute sowohl aus dem Bereich der Eingliederungshilfe als auch der Kliniken haben dieses Problem längst erkannt. Aber noch fehlen konkrete Wege, das Problem zu lösen.

Der Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. legt darum hiermit ein Projekt vor, das nach intensiven Gesprächen und kritischen Diskussionen entstanden ist.

Es ist dankenswerter Weise auch das Ziel der Politik, dass Menschen mit ausgeprägten Behinderungen nach Möglichkeit uneingeschränkt am Leben der Gesellschaft teilnehmen (Inklusion).

Unser Projekt kann in diesem Kontext einen wichtigen Beitrag leisten.

Herzlich



Dr. Gerhard Tepe
Caritasdirektor

II. Vorwort

Menschen mit Behinderungen brauchen oftmals unsere besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung. Je ausgeprägter ein Mensch beeinträchtigt ist, umso mehr Unterstützung und Hilfe benötigt er. Im Rahmen von Inklusion gilt es, Menschen mit Behinderungen ganz selbstverständlich in die Gesellschaft einzubinden.

Im Niedersächsischen Behindertengleichstellungsgesetz (NBGG) § 1 wird das Ziel formuliert, Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen und zu verhindern, sowie eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

Eine Einweisung in ein Krankenhaus ist für Menschen mit ausgeprägten Beeinträchtigungen eine besonders große Herausforderung. Der Aufenthalt gelingt nur selten wirklich gut. Dadurch können schwere Traumata entstehen.

Das Projekt wendet sich besonders an erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit Mehrfachbehinderungen. Die weitere Zielgruppe des Projektes sind Menschen mit sinnesbezogener Behinderung, Personen mit psychischer Behinderung/Erkrankung, Personen mit körperlicher Behinderung.

Die Menschen mit Behinderungen, an die sich das Projekt besonders wendet, leben in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe und werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung betreut. Diese kennen ihre zu Betreuenden gut und können schnell erkennen, was nötig ist und was fehlt. Das ist besonders dann wichtig, wenn der Mensch mit Behinderung nicht oder kaum in der Lage ist, sich und seine Wünsche und Bedürfnisse adäquat zu äußern.

Kommen Menschen mit solch ausgeprägten Behinderungen in ein für sie fremdes Umfeld, so sind sie sehr stark verunsichert, leiden häufig unter Ängsten und bedürfen besonderer Hilfe. Dies gilt insbesondere für den Aufenthalt in einem Krankenhaus. Neben der körperlichen Versorgung brauchen sie emotionale Zuwendung, Akzeptanz und Unterstützung ihrer behinderungsbedingten Einschränkungen und Bedürfnissen, bevorzugt von Menschen aus ihrem gewohnten Umfeld. Eine solche Versorgung ist vielfach nicht umsetzbar und kaum zu finanzieren.

Zwischen Einrichtung und Krankenhaus fehlt oft die notwendige Kommunikation. Letztlich geht das auf Kosten des behinderten Menschen. Es muss also etwas geschehen, damit Menschen mit ausgeprägten Behinderungen eine bessere Versorgung im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erfahren.

Der Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. möchte mit dem Projekt „Einfach anders – Menschen mit Behinderung im Krankenhaus“ das Problem bewusst machen und mögliche Lösungen aufzeigen. Dabei geht es darum, die Vielfalt der Themen anzusprechen, die entstehen, wenn Menschen mit Behinderungen in einem Krankenhaus behandelt werden müssen.

Unter Einbeziehung der Menschen mit ausgeprägten Behinderungen richtet sich das Projekt besonders an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohnheimen der Eingliederungshilfe, in Krankenhäusern, an Angehörige und andere Bezugspersonen wie Ärzte, Berufsbetreuer,

ehrenamtliche Mitarbeiter/innen, Beschäftigte in Politik und bei Behörden, als auch Krankenpflegeschulen und weitere Interessierte.

III. Hauptteil

1. „Einfach anders“

Auf vielfältige Art und Weise entstehen Herausforderungen, wenn Menschen mit Behinderungen für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen. Sie können ihre Rituale häufig nicht mehr wie gewohnt umsetzen und müssen mit anderen Strukturen zurechtkommen. Wiederholt gibt es im Krankenhaus Unklarheiten im Umgang mit dem dort fremden Menschen mit Behinderung. Es ist gut, wenn diese Fragen – soweit möglich – vor einer Krankenhausaufnahme geklärt werden. Ist eine schwierige Situation erst einmal aufgetreten, können die Folgen gravierend sein. Junge Menschen mit Behinderung, die gerade vom Kinder- und Jugendbereich in den Erwachsenenbereich gewechselt haben, müssen mit einer für sie völlig fremden Situation und zusätzlich mit weniger Betreuung zurechtkommen. Ältere behinderte Menschen werden aufgrund von z.B. altersbedingten Erkrankungen in ein Krankenhaus aufgenommen und fühlen sich allein gelassen. Jeder Mensch mit Behinderung hat neben den üblichen auch besondere Herausforderungen, die in der Regel zeitintensiv sind. Dies erschwert oft die Aussicht auf einen möglichst optimalen Krankenhausaufenthalt.

So kommen hier viele unterschiedliche Probleme zusammen, die eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik nötig machen, zumal dieses Thema auch aufgrund des demographischen Wandels zukünftig mehr beachtet werden muss.

Für das Projekt: „Einfach anders – Menschen mit Behinderung im Krankenhaus“ konnte der Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. vier Einrichtungen gewinnen, die sich im Vorfeld mit diesem Thema auseinander gesetzt haben.

An dem Projekt beteiligen sich zwei Kliniken,

1. St. Franziskus Hospital, Lohne
2. St. Marienhospital, Friesoythe

sowie zwei Anbieter für stationäres Wohnen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit geistiger und/oder Mehrfach-Behinderung. Diese sind:

1. Andreaswerk e.V. , Vechta
2. Caritas-Verein Altenoythe e.V. , Friesoythe

Diese vier Einrichtungen arbeiten gemeinsam in dem Projekt weiter und berücksichtigen vorrangig Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung. Die Menschen mit Behinderung leben in einem der genannten Wohnheime und ein Krankenhausaufenthalt ist geplant.

Alle Beteiligten wissen aus Erfahrung, dass es in der Zusammenarbeit von Wohnheim und Krankenhaus oft unklare Vorstellungen über den Auftrag und die damit verbundenen Bedingungen der jeweils anderen Institution und Einrichtung gibt, welche die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung erschweren. Durch das gegenseitige

Verstehen der jeweils anderen Sichtweise und Situation und unter der Beachtung von Zuständigkeiten, die auch immer mit dem gesetzl. Betreuer, wenn dieser vorhanden ist, abgestimmt werden müssen, ist eine gute Kommunikation untereinander sehr wichtig.

Der neu entwickelte Überleitungsbogen, der sowohl von den Wohnheimmitarbeitern als auch von den Mitarbeitern im Krankenhaus genutzt wird, trägt sehr zu einer besseren Versorgung bei.

In diesem Konzept werden die unterschiedlichsten Sicht- und Vorgehensweisen dargestellt. Die entstandenen Ergebnisse sollen u. a. in Einrichtungen und Kliniken vorgestellt werden. Ziel ist auch, ein breites Netzwerk aus Einrichtungen, Kliniken, Ärzten, Berufsbetreuern, Mitarbeitern von Krankenkassen und Sozialämtern, Ehrenamtlichen, Angehörigen, Behindertenbeauftragten, weiteren Interessierten und natürlich den Betroffenen selbst, aufzubauen, damit zukünftig eine optimalere Behandlung und Betreuung der Menschen mit Behinderung im Krankenhaus erfolgen kann.

2. Inklusion

Die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde im Dezember 2006 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und ist seit 2009 in Deutschland in Kraft. Die UN Behindertenrechtskonvention verlangt, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen haben. Partizipation an allen Dimensionen des politischen und sozialen Lebens ist gefordert. Besonders erwähnt wird auch das Recht auf freien Zugang zum Gesundheitsdienst sowie das Recht auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Qualität und auf demselben Standard wie bei anderen Menschen (Art. 25).

In Deutschland bemüht man sich um die Umsetzung der Konvention. Hier wird besonders im Kinder- und Jugendbereich einiges in Gang gesetzt. Zusätzlich kommt es zu einem Abbau von großen Einrichtungen der Behindertenhilfe hin zu ambulanten Wohnformen in der Gemeinde. Dies bedeutet in medizinisch/therapeutischer Hinsicht ein Umdenken! Sind Menschen mit Behinderungen immer mehr Teil einer Gemeinde, nehmen sie auch die vorgehaltenen medizinischen Leistungen in Anspruch. So kommt es nicht zu Versorgungsstrukturen in der Einrichtung, sondern die Menschen gehen zum Arzt ihrer Wahl bzw. in das Krankenhaus vor Ort.

Der 113. Ärztetag 2010 beispielsweise sieht die Notwendigkeit einer konsequenten Umsetzung der Konvention durch die Ärzteschaft und unterstützt uneingeschränkt die Forderung der Konvention nach einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die der Qualität und dem Standard der Versorgung von Menschen ohne Behinderung entspricht.¹

Aber nicht nur die veränderten Bedingungen sollten Folgen der Inklusion sein. Vielmehr geht es um ein Umdenken – ein selbstverständliches Miteinander, dass Menschen mit Behinderung Teil der Gemeinschaft sind.

Es gilt nicht mehr der Fürsorgeansatz, sondern die Stärkung der Teilhabe, das Recht auf Selbstbestimmung. Dies wirft u.a. im medizinischen Sektor viele Fragen auf. Darf der Mensch mit Behinderung eine Behandlung verweigern, gibt es Patientenverfügungen bei

¹ Auszug aus Beschlussprotokoll des 113. Ärztetages vom 11.-14.Mai 2010 in Dresden

Menschen mit schweren komplexen Beeinträchtigungen, die sich nicht selber äußern können? Was darf eine rechtliche Betreuung für den Menschen mit Behinderung regeln? Fragen, auf die in diesem Projekt Antworten gesucht werden. Der Zugang in die Krankenhäuser muss überall möglich sein, Mediziner und Fachpersonal sollten umfassend informiert und vorbereitet sein. Die Struktur der Krankenhäuser sollte soweit verbessert werden, dass eine Aufnahme und Versorgung möglichst unkompliziert vonstattengehen kann. Dies im Sinne der Menschen mit Behinderungen, aber auch derjenigen, die mit ihnen arbeiten.

3. Problembeschreibung

Die jetzige Situation von Menschen mit Behinderung in deutschen Krankenhäusern ist noch nicht zufriedenstellend geregelt. Dies gilt insbesondere für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, auf die wir unser Hauptaugenmerk legen möchten.

Menschen mit geistigen Behinderungen haben besondere Bedürfnisse. Diese werden in medizinischen Bereichen im Kindesalter gut aufgefangen. Hier sorgen spezielle Ärzte, Kinderkliniken mit neuropädiatrischen Fachabteilungen und einer guten Vernetzung zu den anderen Bereichen, Frühförderung und Sozialpädiatrische Zentren für ein breites und gutes Netz an Versorgung, Diagnostik und Beratung.

Ab dem Eintritt in das Erwachsenenalter wird dies anders. Menschen mit Behinderung, gerade mit schweren mehrfachen Behinderungen, werden in den Klinikablauf integriert wie jeder andere Patient auch. Dies mit oft unzumutbaren Folgen für den Patienten und dessen Bezugspersonen. Dies belegt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts anhand eines Beispiels in Hamburg, wo aufgezeigt wurde, dass der Übergang zu 66,6% mittelmäßig bis schlecht gestaltet war.² Auf dem Deutschen Ärztetag wurde in diesem Sinne schon die Forderung der Errichtung einer Einrichtung, ähnlich dem Sozialpädiatrischen Zentrum, für erwachsene Menschen mit Behinderung gefordert.³

Menschen mit Behinderungen, die noch zu Hause leben, können in der Regel durch Angehörige begleitet werden. Dies ist allerdings auch ein Zustand, der nicht dem Gleichheitsgrundsatz entspricht und Angehörige oft an ihre Grenzen bringt. Eine besondere Problematik ergibt sich für diejenigen Menschen, die in Wohnheimen der Eingliederungshilfe leben. Hier ist eine umfassende Begleitung und Betreuung für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes durch das Fachpersonal der Eingliederungshilfeeinrichtung oftmals nicht möglich. Dies geschieht nicht selten auf freiwilliger Basis, ist aber in den Leistungsvereinbarungen der Einrichtungen mit dem Kostenträger nicht vorgesehen. In Wohngruppen gibt es in der Regel nicht mehr als eine Fachkraft, die somit die Wohngruppe für Klinikbesuche nicht verlassen kann. Hier zur rechten Zeit am rechten Ort zu sein, um wesentliche Dinge zu klären, oder eine Übergabe mitzugestalten, wird durch den Wohnheimablauf auf der einen und den Klinikablauf auf der anderen Seite erschwert!

Kommt es zu einem Aufenthalt in eine entferntere Fachklinik, bleibt der Betroffene oftmals ganz sich selbst überlassen. Erfolgt hier keine präzise Übergabe, scheitert eine Therapie nicht selten an fehlgedeuteten Verhaltensweisen oder Missverständnissen in der Kommunikation. Denn oftmals ist das Leben der Menschen mit Behinderung durch Rituale geprägt und gibt ihnen Sicherheit im Alltag. Werden diese Rituale und Verhaltensweisen

² Deutsches Krankenhausinstitut „Medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“, 10/2011

³ Beschlussprotokoll siehe Fußnote 1

nicht präzise in jeder Schichtübergabe im Krankenhaus vermittelt, kommt es oft zu den angeführten Problemen. Wiederholte Aufenthalte, eine verlängerte Verweildauer oder schlechte Therapieverläufe sind dann die Folge.

Daher ist es von großer Bedeutung, sich den einzelnen Punkten zu widmen und eine Problemanzeige zu erstellen. Den Ablauf eines Krankenhausaufenthaltes gilt es für beide Seiten zu optimieren und die Informationswege zu verbessern.

4. Caritas und Auftrag

Der Auftrag der Caritas besteht u. a. darin, Menschen in ihrer Würde zu schützen und sie in ihren jeweiligen Lebensumständen und Notlagen zu unterstützen. In Zeiten, in denen sich Krankenhäuser vermehrt zu wirtschaftlich orientierten Organisationen entwickeln und möglichst effizient agieren müssen, ist darauf zu achten, dass Menschen mit Behinderungen während eines Krankenhausaufenthaltes würdevollen Umgang erfahren und gemäß den Bedürfnissen der Betroffenen gut gepflegt, behandelt und betreut werden. Hierzu müssen Ideen gefunden werden, wie Menschen mit Behinderungen in der immer komplexer werdenden Welt des Krankenhauses unterstützt und begleitet werden können.

Die Caritas versteht sich als Anwalt und Partner benachteiligter Menschen und verschafft deren Anliegen Gehör. Sie tritt gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen entgegen, die zu Benachteiligung oder Ausgrenzung führen. Im Zuge des Projektes wird die Frage gestellt, ob ein Mensch mit Behinderung die strukturierten Abläufe im Krankenhaus stört und ob es dadurch zu einer Benachteiligung bei der Behandlung im Krankenhaus kommt.

Die Caritas hilft Menschen in Not und unterstützt sie insbesondere unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit auf ihrem Weg zu einem selbstständigen und verantwortlichen Leben, zu Chancengerechtigkeit und Teilhabe. Dies gilt es auch für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen und in Krankheit sicherzustellen. Das Projekt „Einfach anders“ zielt darauf ab, Menschen mit Behinderungen in Akutkrankenhäusern eine „Stimme“ zu geben und damit die Selbstständigkeit und die Partizipation zu fördern. Ein Mensch mit Behinderung darf aufgrund seiner Behinderung im System Krankenhaus nicht benachteiligt sein.

Die Caritas setzt sich ein für die Entwicklung, Bereitstellung und Vorhaltung bedarfsgerechter Hilfestrukturen und für die Qualitätsentwicklung der Hilfen. Im Zuge dessen wird es innerhalb dieses Projektes Auftrag sein, die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser für die Belange von Menschen mit Behinderungen zu begleiten und zu unterstützen und konkrete Ansprechpartner zu benennen. Es werden unterstützende Angebote, wie z.B. Assessmentinstrumente, Netzwerkarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe, Case Management, Fortbildungen für pflegende Mitarbeiter usw. angeboten.

5. Behinderung und Begleitorscheinungen

In diesem Projekt wird der Focus auf die Situation von Menschen mit geistigen Behinderungen gelegt, bzw. auf all jene, die unter einer mehrfachen Behinderung leiden und nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sprechen.

Sogenannte Lernbehinderungen wie auch sogenannte geistige Behinderungen werden im ICD 10 (WHO) anhand des Intelligenzquotienten definiert (bei einem IQ von 70 und niedriger spricht man von geistiger Behinderung). Geistige Behinderungen treten definitionsgemäß vor dem 18. Lebensjahr auf und können sehr unterschiedliche Ursachen haben: z.B. genetische

oder chromosomale Störungen, Infektionen, Traumata.⁴ Eine sehr bekannte geistige Behinderung beruht auf einer Störung der Chromosomen, das sogenannte Down-Syndrom oder Trisomie 21. Hier ist die Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten unterschiedlich stark ausgeprägt und sehr von der Art und dem Umfang der Förderung und auch gesundheitlichen Hilfen abhängig.

Eine Form der geistigen Behinderung, die nicht selten mit extremen Verhaltensweisen einhergeht, ist der Autismus. Die autistische Störung (Frühkindlicher Autismus) ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die in den ersten drei Lebensjahren beginnt. Das Asperger Syndrom unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus in erster Linie dadurch, dass oft keine Verzögerung bzw. kein Entwicklungsrückstand in der Sprache oder der kognitiven Entwicklung vorhanden ist. Hingegen sind in der psychomotorischen Entwicklung und der sozialen Interaktion Auffälligkeiten festzustellen. Autistische Menschen entwickeln oftmals Stereotypen, haben nicht selten Probleme beim Essen und Schlafen und bestehen zwanghaft auf ganz bestimmte Ordnungen, Wiederholungen von Vorgängen oder Äußerungen. Ein Krankenhausaufenthalt und damit die Störung der alltäglichen Routine bedeutet gerade für diese Menschen und all diejenigen, die in ihrem Umfeld sind, eine enorme Belastung. Hier ist eine intensive Vorbereitung und Absprache im Vorfeld dringend angeraten.

Menschen mit geistigen Behinderungen müssen nicht selten auch mit weiteren Beeinträchtigungen gesundheitlicher Art leben. Dies sind häufig Begleiterkrankungen ihrer Behinderung. Geistige Behinderung geht vielfach einher mit weiteren körperlichen Behinderungen wie Beeinträchtigungen der Sinnesfunktionen, Sprach- und Sprechstörungen, Schluckstörungen, Störungen der Motorik und Fehlbildungen des Skelettsystems.⁵ Es wird geschätzt, dass bei 30% - 40% der Menschen mit geistiger Behinderung weitere chronische körperliche oder psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen vorliegen oder im Laufe ihres Lebens hinzukommen.⁶ Außerdem treten bei ihnen auch akute Erkrankungen häufiger auf als bei Menschen ohne geistige Behinderung.⁷

Seltene Erkrankungen kommen in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung häufiger vor als bei nicht behinderten Menschen.⁸ Viele Genesungsprozesse, z.B. bei Knochenbrüchen, verlaufen bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig vergleichsweise verzögert. Dadurch wird das Risiko der Sekundärerkrankungen größer und ein erhöhter Pflegeaufwand zu deren Vermeidung wird benötigt.⁹ Am Beispiel von Menschen mit Trisomie 21 zeigt sich hier eine Fülle von Begleiterkrankungen, auf die bei einem Krankenhausaufenthalt geachtet werden sollte, die aber evtl. nicht bekannt sein könnten. So kommt es nicht selten zu Hörstörungen, Sprachverzögerungen, Herzproblemen sowie Fehlbildungen im Magen/Darm Bereich. Im Erwachsenenalter kommt es häufiger und früher als bei anderen Menschen zu einer Alzheimer bzw. Demenzerkrankung.¹⁰

Im Bereich der Menschen mit einer schweren Mehrfachbehinderung treten häufig Epilepsien, Pneumonien sowie Aspirationspneumonien, Verstopfungen und ebenfalls schwerwiegende

⁴ Heilerziehungspflege 1, S. 34

⁵ Seidel, 2010a

⁶ Voß, 2010

⁷ Seidel, 2010a

⁸ Stockmann, 2010

⁹ Stockmann, 2010

¹⁰ Heilerziehungspflege Handbuch 2012, S.215

Erkrankungen des gesamten Knochenapparates auf. Schwer zu erkennen sind u.U. psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen, da veränderte Verhaltensweisen oft auf die Behinderung geschoben werden und folglich nach konkreten medizinischen Ursachen geforscht werden. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist trotz unvollständiger empirischer Untersuchungen von einer besonderen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) auszugehen. Gründe hierfür können in hirnorganischen Veränderungen, beeinträchtigten psychosozialen Entwicklungen, in einer problembelasteten Biografie, in Stigmatisierung durch die Umwelt oder in geringen Kompetenzen im Umgang mit Krisen und Gefühlen liegen.¹¹

Nicht selten treten typische Krankheitssymptome bei Menschen mit geistiger Behinderung abgeschwächt, unvollständig oder gar nicht auf¹². 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 hatten.¹³ Dadurch müssen andere Wege der Diagnostik gegangen werden, um eine gesicherte Diagnose zu stellen (z.B. Röntgen).

Es wird zudem berichtet, dass das Schmerzempfinden von Menschen mit geistiger Behinderung häufig ein anderes ist, als bei nicht behinderten Menschen. Sie reagieren auf Schmerzreize ungewöhnlich oder gar nicht, während sie gleichzeitig unter Umständen aber ein erhöhtes Schmerzempfinden haben.¹⁴

Um diesen sehr unterschiedlichen Begleiterscheinungen vorzubeugen, ist ein wesentlicher Teil des Konzeptes das Thema Fortbildung.

6. Strukturen Krankenhäuser und Behindertenhilfe

Die Versorgungsstrukturen in Deutschland sind vielfältig und heterogen. Dies kann zwar ein Garant für die bedarfsgerechte Hilfeleistung der unterschiedlichen Menschen mit Behinderungen sein, kann aber auch dazu führen, dass die Akteure im Gesundheitswesen den Überblick über die unterschiedlichen Versorgungssysteme verlieren. Dies erschwert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und vergrößert die jeweiligen Schnittstellen. Dies geht zumeist zu Lasten der Betroffenen und ihrer Angehörigen und kann zu massiven persönlichen, sozialen, gesundheitlichen und auch finanziellen Schäden führen. Ein wesentlicher Bestandteil der Projekts „Einfach anders“ ist, die Einrichtungen der Behindertenhilfe und die Krankenhäuser der Akutversorgung miteinander in Kontakt und Austausch zu bringen, die Schnittstellen zu minimieren, um die Qualität der Versorgung von Menschen mit Behinderung zu optimieren.

a) Das Krankenhaus

¹¹ Heilerziehungspflege Handbuch 2012, S.207

¹² Stockmann, 2010

¹³ Lachetta, 2010

¹⁴ Harenski, 2007

Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung nach SGB V, in der durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung die Krankheiten, Leiden oder körperlichen Schäden festgestellt und geheilt oder gelindert werden.

Das Krankenhaus ist ein Dienstleistungsanbieter im Sektor Gesundheitswesen. Hier steht die akute Krankheit mit der Heilung der Krankheit während der gesamten Krankenhausbehandlungsphase im Vordergrund. Die Aufgaben liegen darin, den kranken, leidenden und hilfesuchenden Menschen Diagnostik, Therapie und Pflege zum Zwecke der medizinischen Rehabilitation oder der angemessenen palliativen Begleitung bei unheilbarer Erkrankung anzubieten. Umgesetzt wird dies u.a. durch die hohe interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen im Krankenhaus, als auch durch die gute medizinische und pflegerische Versorgung.

Das Krankenhaus hat ein fallbezogenes Abrechnungssystem (DRG). Hier werden Patienten anhand von medizinischen Daten in Fallgruppen aufgrund ihrer ökonomischen Ähnlichkeit zugeordnet. Die Bemessung des Gesamtbudgets für ein Krankenhaus erfolgt anhand der durchschnittlichen DRG-Daten vom Vorjahr. Die DRG-Pauschalen dienen nicht der Kostenerfassung, nicht der Preisbildung nach den tatsächlich betriebswirtschaftlichen Kosten der Behandlung. Dieses Modell ist problematisch, da die Zahl der aufwändigen Patienten aufgrund der Demographie jährlich ansteigt. Die Dokumentation ist Grundlage für das Budget im kommenden Jahr und die Pflege wird noch nicht umfassend genug abgebildet. Die DRG fixiert auf die medizinischen Diagnosen und Prozeduren. Um als Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten zu können, ist es wichtig, Patienten effektiv zu behandeln und unter Beachtung der mittleren Verweildauer zu entlassen. Aus den DRG-Daten ergeben sich für jeden Patienten passende Liegedauern, ein Patient sollte möglichst innerhalb dieser Zeit entlassen werden. Patienten, die zu lange Zeit in einem Krankenhaus bleiben, sind für ein Krankenhaus eine wirtschaftliche Belastung. Dasselbe gilt auch für Patienten, die zu viel Zeit binden, z.B. wenn Operationen verschoben werden müssen oder Untersuchungen zu lange dauern etc..

b) Das Wohnheim für Menschen mit Behinderungen

Das Wohnheim der Eingliederungshilfe ist eine Einrichtung nach SGB XII. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Pädagogische Aspekte stehen hier im Vordergrund. Überwiegend pädagogisches Fachpersonal bzw. pädagogisch ausgerichtetes Personal begleitet die dort wohnenden Menschen dabei, ihr Leben möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu leben.

In dieser vollstationären Einrichtung wird der gesamte Lebensbedarf des behinderten Menschen durch den Einrichtungsträger sichergestellt. Diese Leistungen werden i.d.R. von dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert. Das Wohnheim ist der Lebensort der Menschen mit Behinderungen; von hier aus gehen die meisten Menschen mit Behinderungen ihren normalen, täglichen Beschäftigungen und Pflichten nach, wie z.B. Arbeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Aufgrund falscher Vorstellungen von Mitarbeitern aus dem Krankenhaus kommt es zu der irrigen Annahme, dass nach einem Krankenhausaufenthalt eine medizinische Versorgung durch Mitarbeiter aus dem Wohnheim gewährleistet ist. Das Wohnheim ist jedoch keine Pflegeeinrichtung. SGB XI Leistungen sind nicht Grundlage der Versorgung. Eine

behandlungspflegerische Versorgung wird nicht gewährleistet und ist im Bedarfsfall über den ambulanten Pflegedienst zu erbringen.

c) Grundannahmen der Akteure im Krankenhaus:

„Das Wohnheim ist ein Pflegeheim“: Akteure im Krankenhaus gehen häufig fälschlicherweise davon aus, dass ein Wohnheim der Eingliederungshilfe eine pflegerische Einrichtung, ähnlich dem Altenpflegeheim ist. Dieses führt dazu, dass Menschen mit Behinderungen und zusätzlichem pflegerischem Bedarf und/oder medizinischer Nachversorgung unvermittelt entlassen werden. Es wird davon ausgegangen, dass stets Pflegepersonal im Dienst ist und die Pflege im Wohnheim selbstverständlich umgesetzt werden kann. Ein ambulanter Pflegedienst wird somit im Vorfeld oft nicht beauftragt. Zudem wird davon ausgegangen, dass pflegerische Hilfsmittel selbstverständlich vorhanden sind, wenn es zu einem veränderten Pflegebedarf des Betroffenen kommt.

„Behinderung ist eine Krankheit“: Akteure aus dem Kontext Krankenhaus sind darauf sensibilisiert, das Fehlen von Kompetenzen zu erkennen und diese wiederherzustellen. Pflegekräfte fokussieren sehr stark den Hilfebedarf auf den Bereich der grundpflegerischen Kompetenzen und verlieren dabei das Erkennen von Ressourcen aus anderen Bereichen. Das Fehlen von Kompetenzen wird von ihnen eher als Krankheit gesehen, anstatt als Leben mit Einschränkungen. Dieses führt dazu, dass Menschen mit Behinderungen weniger zugetraut wird. Dies hat Auswirkungen auf die Pflege im Krankenhaus, sowie auch auf die Entlassung der Menschen mit Behinderung aus dem Krankenhaus.

„Im Wohnheim arbeiten Pflegekräfte“: Dass Pflegekräfte im Kontext Wohnheim nicht oder nur selten repräsentativ sind, ist für Mitarbeiter aus dem Krankenhaus oft eine Überraschung. Die Annahme, dass Pflegekräfte im Wohnheim tätig sind, führt dazu, dass komplexe pflegerische Anweisungen bei der Entlassung für das Wohnheimpersonal mitgegeben werden, die diese nicht erfüllen können und dürfen (z.B. subkutane Injektionen, Verbandswechsel oder bestimmte Lagerungstechniken etc.).

„Im Wohnheim muss ständig jemand erreichbar sein“: Die meisten Menschen mit geistigen Behinderungen im erwerbsfähigen Alter sind erwerbstätig. In der Zeit, in der Bewohner zur Arbeit gehen, ist ein pädagogischer Mitarbeiter nur vor Ort, wenn eine Anforderlichkeit besteht. Die Ansprechpartner für die Bewohner sind schwerpunktmäßig am frühen Morgen oder am späten Nachmittag erreichbar.

d) Grundannahmen der Akteure im Kontext Behindertenhilfe:

„Pflegekräfte müssen sich mit Behinderungsbildern auskennen“: Die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst 2.100 theoretische Stunden, davon sind je nach Curriculum für das Lernfeld Behinderung ein Zeitfenster von ca. 18 Stunden und für das Lernfeld Rehabilitation von ca. 10 Stunden vorgeschrieben. Vor 2003 wurde das Themenfeld Behinderung in der Ausbildung kaum thematisiert und pädagogische Aspekte selten aufgegriffen. Der behinderte Mensch im Krankenhaus ist nach wie vor eher selten, deshalb fehlt es Pflegenden oft an Kenntnissen im Umgang mit ihnen.

7. Aus- und Fortbildungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern

Im Rahmen des Projektes wurden vier unterschiedliche Fortbildungen konzipiert, die den Mitarbeitern aus Kliniken und medizinische Einrichtungen den Umgang mit Menschen mit Behinderungen näher bringen sollen.

Im Jahr 2013 waren dies:

- „Autismus, Down Syndrom & Co.“ – Behinderungsbilder
- „Lebenswelten“
- „Wenn Sprache nicht mehr weiter hilft“
- „Rechtliche Aspekte in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen“

Parallel zu den Fortbildungen soll in Krankenpflegeschulen ein breites Verständnis für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Bisher wurden Vereinbarungen getroffen, Hospitationstage in Einrichtungen werden angeboten und Schulungen in den Lehrplan integriert. Beteiligte Einrichtungen haben ihre Mitarbeit zugesagt.

8. Krankenhaus und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Das Projekt „Einfach anders“ hat das Ziel, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus zu optimieren. Dazu ist eine Maßnahme, die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Behinderteneinrichtung zu minimieren. Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen verstehen lernen, wie Krankenhäuser „denken“. So können die Mitarbeiter dort besser unterstützt werden. Es kommt zu einer guten Versorgungsqualität der Betroffenen. Hierzu braucht es besonderes Verständnis für das System Krankenhaus, das wirtschaftliche Ziele verfolgen muss. Zudem müssen auch Akteure aus den Krankenhäusern das Feld der Behindertenhilfe verstehen lernen, um den Genesungsprozess nicht zu gefährden. Um dies zu gewährleisten, ist ein Anliegen des Projektes „Einfach anders“, die Krankenhäuser und die Einrichtungen der Behindertenhilfe in einen Dialog zu bringen.

Folgende Ideen gibt es hierzu:

Gemeinsame Fortbildungen: Jährlich werden Fortbildungen für Mitarbeiter aus der Behindertenhilfe und für Mitarbeiter aus dem Kontext Krankenhaus angeboten. Hierzu zählen z.B. Fortbildungen über Behinderungsbilder, Kommunikation, rechtliche Aspekte in der Versorgung behinderter Menschen und Open-Space Veranstaltungen zur Verbesserung der Versorgung von behinderten Menschen im Krankenhaus. Die Fortbildungen werden vom Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. organisiert und im Fortbildungsprogramm ausgeschrieben.

Ausweitung des Themas „Menschen mit Behinderungen“ in der Pflegeausbildung: In Gesundheits- und Krankenpflegeschulen wird das Projekt vorgestellt und somit die Pflegerinnen und Pfleger auf die besondere Problematik aufmerksam gemacht. Es werden die Einrichtungen der Behindertenhilfe angefragt, ob sie den Unterricht mit begleiten. Den Unterricht übernehmen die Akteure aus dem Kontext der Behindertenhilfe. So werden zugleich die Inhalte vermittelt und die Ansprechpartner aus der Region kennengelernt.

Hospitationen in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Über das Projekt „Einfach anders“ sollen Auszubildende im Bereich der Krankenpflege und auch Mitarbeiter aus der Pflege die Möglichkeit haben, die Einrichtungen der Behindertenhilfe kennenzulernen. Hierzu können einwöchige Hospitationsmöglichkeiten angeboten werden.

Ansprechpartner: Die am Projekt beteiligten Krankenhäuser benennen Ansprechpartner, die die geplanten Krankenhausaufenthalte der Menschen mit Behinderungen organisieren und gestalten. Die Behinderteneinrichtungen im Officialatsbezirk Oldenburg haben dann eine Liste der jeweiligen Ansprechpartner. Im Falle einer Einweisung nehmen die Mitarbeiter aus dem Wohnheim vor der Einweisung mit dem Ansprechpartner des Krankenhauses Kontakt auf. Im Vorfeld wird der Krankenhausaufenthalt besprochen. Bei diesem Gespräch wird auf Besonderheiten, wie z.B. auffälliges Verhalten, Ängste, Rituale etc. eingegangen und vom Ansprechpartner der Klinik weitervermittelt und organisiert. Entsprechende Checklisten und Ablaufbeschreibungen werden im Qualitätsmanagement verankert.

Positionierung des Themas „Behinderung“ in der Arbeitsgruppe Case Management beim Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.: Seit 2013 gibt es beim Landes-Caritasverband eine Arbeitsgruppe Case Management. Hier geht es u.a. um Schnittstellenarbeit und Entlassungsmanagement. Beteiligt sind überwiegend Pflegedienstleitungen und Sozialdienstmitarbeiter aus dem Kontext Krankenhaus. In dieser Arbeitsgruppe wird das Thema „Menschen mit Behinderungen“ eingebunden.

Informationen über das Projekt in den Arbeitsgruppen (Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer) der Krankenhäuser: Dem Verband angegliedert sind Arbeitsgruppen der Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer der Einrichtungen. Über den Stand und die Notwendigkeit des Projektes werden die Mitglieder der Arbeitsgruppen informiert und ggf. um Unterstützung gebeten.

Informationen der Stationsleitungen der Krankenhäuser: Bei Bedarf wird das Projekt von Akteuren der Projektgruppe in den Krankenhäusern vorgestellt und diskursiv beworben. Hier gelten als besondere Zielgruppe die Stationsleitungen der Einrichtungen.

Netzwerkarbeit: Das Projekt wird sowohl in Einrichtungen der Behindertenhilfe, als auch in Krankenhäusern vorgestellt. Dadurch werden Ansprechpartner für das Projekt „Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus“ gewonnen. Durch Verbreitung der teilnehmenden Einrichtungen und Krankenhäuser, Angehöriger und weiterer Interessierter kann ein umfangreiches Netzwerk gegenseitiger Hilfe und Unterstützung entstehen. Das Netzwerk bleibt auch nach Abschluss des Projektes bestehen und kann dadurch dauerhaft zu einer optimaleren Versorgung von Menschen mit Behinderungen beitragen.

9. Hilfsmittel

Die Teilnehmer des Projektes „Einfach anders“ haben für die Akteure in der Behindertenhilfe und in den Krankenhäusern Assessments erarbeitet, welche die Zusammenarbeit der Einrichtungen und die Versorgung der Betroffenen verbessern soll.

a) Checkliste für einen geplanten Krankenhausaufenthalt

Zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthaltes wurde eine Checkliste erarbeitet. Diese sollen die Mitarbeiter ab Bekanntgabe eines Krankenhausaufenthaltes bearbeiten. Die Checkliste besteht aus folgenden Schwerpunkten:

Vorbereitung des Bewohners: Der Mensch mit Behinderung wird auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet. Etwaige Unsicherheiten werden besprochen, Ängste werden im Rollenspiel bearbeitet, evtl. wird das Krankenhaus besichtigt und gemeinsam wird der Koffer gepackt. Hierbei wird besonders darauf geachtet, dass vertraute Gegenstände (wie z. B. Kuscheltier oder Fotos) mit eingepackt werden.

Feststellung des erforderlichen Unterstützungsbedarfes: Die Mitarbeiter im Wohnheim informieren über den Unterstützungsbedarf des Betroffenen (z.B. nächtliche Betreuung, erforderliche Begleitung bei Untersuchungen, Kommunikationseinschränkungen, Ängste etc.) und nennen bei Begleitpersonen auch potentielle Ansprechpartner. Auch Ressourcen werden hier aufgezeigt, z.B. ...kann mit Augenbewegung kommunizieren. Die Mitarbeiter aus dem Wohnheim geben nach rechtlicher Abklärung (Datenschutz, Schweigepflichtsentbindung) den erforderlichen Unterstützungsbedarf an die Ansprechperson im Krankenhaus vor der Einweisung weiter. So kann sich die Klinik besser auf den Menschen mit Behinderung vorbereiten und traumatische Erfahrungen wie z.B. Angstzustände bei Untersuchungen vermindern.

Zusammenstellung der erforderlichen Hilfsmittel/Unterlagen für das Krankenhaus: Alle relevanten Unterlagen, Papiere, Medikamente, Unterstützungsmaterialien werden für den Krankenhausaufenthalt zusammengestellt und bei der Einweisung mitgegeben. Diese Maßnahme sichert den Informationsfluss von Wohnheim zum Krankenhaus.

Kontaktaufnahme und Absprache: Die Mitarbeiter im Wohnheim nehmen Kontakt mit dem zuständigen Betreuer und den Angehörigen auf, um den Krankenhausaufenthalt abzustimmen und die Zuständigkeiten zu besprechen. Zudem wird im Vorfeld der Kontakt zum Krankenhaus (benannter Ansprechpartner) aufgebaut. Hier werden die Besonderheiten, die mit dem Bewohner und seiner Behinderung einhergehen, besprochen und ggf. ein Termin für ein Gespräch mit der zuständigen Pflegeperson vereinbart.

b) Überleitungsbogen

Für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung wurde ein im Krankenhaus angewandter Anamnesebogen dahingehend verändert, dass hier auch die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung erfasst und sich auch als Überleitungsbogen vom Wohnheim ins Krankenhaus und vom Krankenhaus ins Wohnheim eignet.

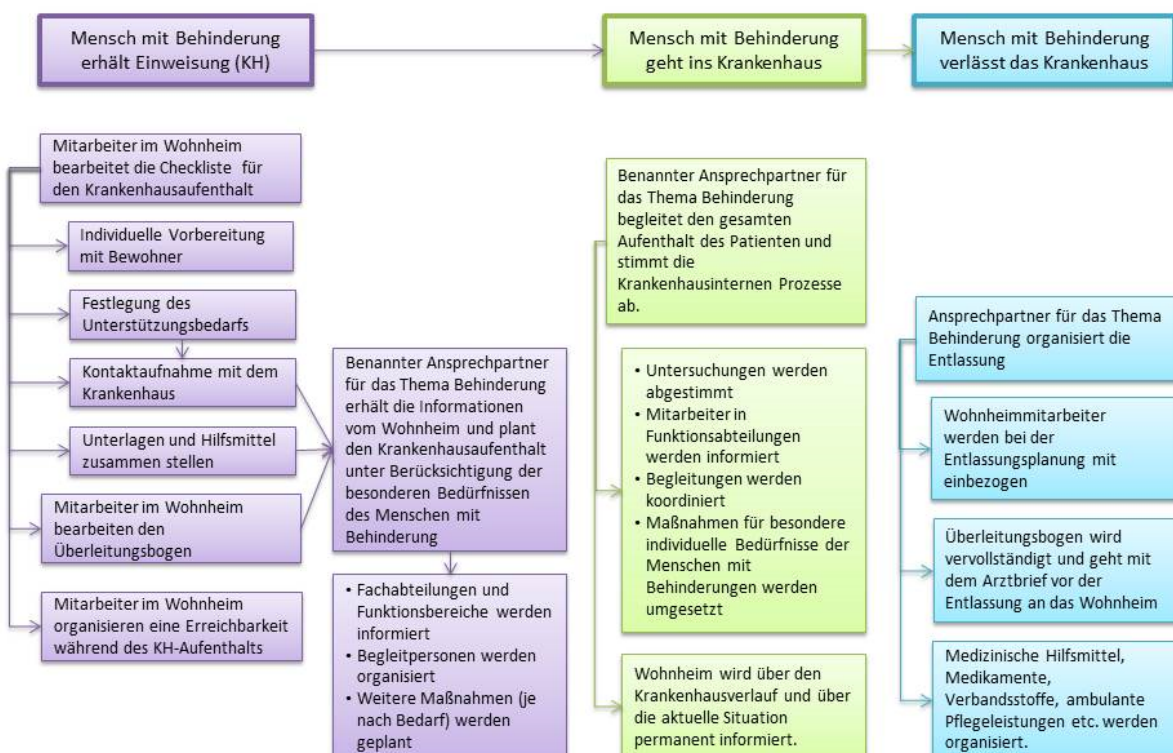
In der Praxis wird bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt der Bogen von den Mitarbeitern im Wohnheim ausgefüllt. Der Bogen wird noch vor dem Klinikaufenthalt den Mitarbeitern des Krankenhauses zur Verfügung gestellt. Im Krankenhaus wird der Bogen von den Pflegenden aktualisiert und mit den Eintragungen zum aktuellen und veränderten Hilfebedarf an die Mitarbeiter im Wohnheim weitergegeben. Der Überleitungsbogen ist auch digital beschreibbar und kann via Mail zwischen den Einrichtungen verschickt werden.

Der Überleitungsbogen wurde besonders im Bereich der „Kommunikation“ und dem Bereich „sich sicher fühlen“ ausgeweitet. Zudem sind die Ansprechpartner (gesetzl. Betreuer, Angehörige, Wohnheimmitarbeiter, Vertrauenspersonen) schnell zu finden.

c) Zuständigkeiten

Die Krankenhäuser benennen sowohl einen Ansprechpartner als auch einen Vertreter, die für die Belange der Menschen mit Behinderungen zuständig sind. Dieses können Mitarbeiter im Sozialdienst, eine „Brückenschwester“, ein Case Manager oder andere Mitarbeiter sein. Die benannten Personen der jeweiligen Krankenhäuser sind in den Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen bekannt und werden bei einem Krankenhausaufenthalt kontaktiert. Die Ansprechpartner im Krankenhaus planen den Aufenthalt des Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus im Vorfeld und organisieren bei Bedarf zusätzliche Hilfsmittel, Betreuung, Einzelzimmer, Rooming-In etc. Der Ansprechpartner informiert die Station und die Fachabteilung über den Umgang mit dem Menschen mit Behinderung, zudem begleitet und koordiniert er den gesamten Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus und plant die Entlassung. Er orientiert sich dabei an die im Qualitätsmanagement vorliegenden Ablaufbeschreibungen.

Auch das Wohnheim stellt der Klinik einen Ansprechpartner während des Klinikaufenthaltes zur Verfügung und sichert damit die Erreichbarkeit des Wohnheims für Rückfragen. Hierbei wird darauf geachtet, dass der zu erreichende Mitarbeiter über die entsprechende Kompetenz und die wichtigsten Informationen verfügt, um dem Krankenhaus die erforderlichen und unterstützenden Informationen zum Bewohner geben zu können.



10. Barrierefreiheit

Barrierefreiheit bedeutet, dass Gebäude und Orte, Verkehrsmittel und Gebrauchsgegenstände, Dienstleistungen und Freizeitangebote so gestaltet werden, dass sie allen Menschen zugänglich sind. Auch Menschen mit Behinderungen sollen sie also ohne besondere Erschwernis und möglichst ohne fremde Hilfe benutzen beziehungsweise betreten können.¹⁵

Im Hinblick auf die verschiedenen Behinderungsbilder ist es in öffentlichen Einrichtungen, und hierzu zählt auch das Krankenhaus, unerlässlich, Barrierefreiheit herzustellen. Umfassende Barrierefreiheit ist ein Kernelement von gelungener Rehabilitation¹⁶. Durch Barrierefreiheit wird Selbstbestimmung und Teilhabe in allen Lebensbereichen geschaffen.

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung, besonders auch diejenigen mit einer schweren mehrfachen Behinderung, ist eine Orientierung durch Rituale und immer wiederkehrende Elemente wichtig. Hierbei kann man sich z.B. auf gängige Bildsymbole verständigen oder Hilfsmittel der „Unterstützten Kommunikation“ nutzen. Sie benötigen eine klare Gestaltung von Innen- und Außenräumen, wobei Piktogramme sowie Schilder in leichter Sprache helfen können.

Orientierungssysteme sind wesentlicher Bestandteil dieser Barrierefreiheit. So können unterschiedliche Farben für verschiedene Bereiche genutzt werden, Bodenleitsysteme markieren den schnellsten und einfachsten Weg. Zur Ergänzung des Schrift- und Bildinformationssystems können Ansagen über Lautsprecher oder Informationspunkte sehr hilfreich sein.

Für Menschen mit einer Sehbehinderung dienen Tastpläne und Beschilderungen in Brailleschrift sowie Tastkanten und Bodenindikatoren einer umfassenden Orientierung und damit zur selbstständigen Teilhabe.

Schallisolierung und Induktionsschleifen verhelfen Menschen mit einer Hörbehinderung zu einem besseren Verständnis. Zumindest die Anschrift eines Gebärdendolmetschers hinterlegt zu haben, dient einer spontanen Regelung, sollte dies nötig sein.

Aber schon vor einer Aufnahme in ein Krankenhaus sollten Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, sich zu informieren und zu kommunizieren. Dies ist z.B. über die Ergänzung der Homepage mit einer Version in Leichter Sprache und die Übersetzung in eine Hörversion denkbar.

Ebenfalls in Leichter Sprache verfasst werden sollten Informationsbroschüren und Flyer. In der Regel ist dies über diverse Büros für Leichte Sprache kostenpflichtig umzusetzen.

Um Barrierefreiheit in Krankenhäusern zu gestalten, ist es dringend notwendig, diesen Punkt in das Qualitätsmanagementsystem mit aufzunehmen. Ohne Vorgaben in Ablaufbeschreibungen wird eine stete Umsetzung schwierig. Im Sinne der stressfreien und wertschätzenden Behandlung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus ist hier eine Implementierung als Standard notwendig!

¹⁵ Siehe „Aktion Mensch“

¹⁶ BAR, „Maßnahmen der Rehabilitationsträger zur Umsetzung der UN-Konvention“, 6/2012

11. Kommunikation

Das Recht auf freie Meinungsäußerung trifft auf alle Menschen zu. Dieses Recht muss auch Menschen mit Behinderungen gewährt werden. Nicht selten werden Menschen mit Behinderungen nicht angesprochen, sondern es wird nur über sie gesprochen; mit Personen, die sie begleiten.

Gerade in Situationen, die neu sind und unsicher oder ängstlich machen, sollte Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit gegeben werden, sich auszudrücken. Ihnen sollte alles in Ruhe erklärt und dadurch die Situation entschärft werden. Dies geht nicht immer ohne Schwierigkeiten. Oftmals wird auch verkannt, z.B. durch das äußere Erscheinungsbild eines Menschen mit Behinderung, dass dieser überhaupt nicht in der Lage ist, sich zu äußern.

Es gibt aber vielfältige Möglichkeiten, mit Menschen mit Behinderung zu kommunizieren. Hier möchten wir einige kurz darstellen:

a. Unterstützte Kommunikation

„Unterstützte Kommunikation (Englisch: Augmentative and Alternative Communication = AAC) orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild und betont das Recht eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung und Partizipation. Unterstützte Kommunikation geht davon aus, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach Kontakt und Kommunikation hat. Ausgehend von den aktuellen Kompetenzen einer Person entwickelt Unterstützte Kommunikation individuelle Maßnahmen für eine bessere Verständigung und mehr Mitbestimmung im Alltag.“¹⁷

Unterstützte Kommunikation (UK) muss die individuelle Art zu kommunizieren nicht ersetzen, sondern kann sie ergänzen und unterstützen. Dabei können Rituale und Routinen einen sozialen Rahmen bieten, der zur Kommunikation anregt und motiviert. Durch den Einsatz von Gebärden, Objekten, grafischen Symbolen oder technischen Hilfen kann die Kommunikation im Alltag intensiviert und verbessert werden.

- Kommunikation ist mehr als Sprechen

Die Etablierung von Ritualen und Routinen kann Menschen Sicherheit und Orientierung geben. Durch die häufige Wiederholung von Handlungen können sie lernen, eine Erwartungshaltung aufzubauen und durch Körpersprache auszudrücken.

Einige Menschen lernen, über erste Zeichen wie Objekte, Bewegungszeichen, Fotos oder Bilder, Wünsche auszudrücken.

Es gibt diverse Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation (UK):

- Körpereigene Kommunikationsformen
- Lautsprache und Laute
- Körpersprache und Mimik
- erste Bewegungszeichen
- Taktile Gebärden und Gebärden aus der Deutschen Gebärdensprache oder den Gebärdensammlungen „Schau doch meine Hände an“ und "Makaton", aber auch
- individuelle körpereigene Strategien in der Kommunikation.

¹⁷ Isaac, <http://www.isaac-online.de/index.php/unterstuetzte-kommunikation/wasistuk>

Hierfür werden keine Hilfsmittel benötigt. Körpereigene Kommunikationsmöglichkeiten können die effektivste Art der Verständigung sein. Voraussetzung hierfür ist ein Gegenüber, das mit dem Menschen gut vertraut ist.

Um auch mit fremden oder nicht mit Gebärden vertrauten Personen kommunizieren zu können, empfiehlt es sich, die körpereigenen Kommunikationsformen durch grafische Symbole oder technische Hilfen zu ergänzen.

- Kommunikation über Objekte

Objekte haben in der Unterstützten Kommunikation eine große Bedeutung. Werden einer Person zwei Objekte angeboten, kann sie durch ihre Blickrichtung, durch eine Zeige- oder Greifbewegung direkt auswählen. Gegenstände können auch eine Handlung anzeigen oder als Symbol genutzt werden. Sie lassen sich aufgrund unterschiedlicher Umrisse und verschiedener Oberflächenbeschaffenheit nicht nur visuell, sondern auch mit dem Tastsinn unterscheiden. Daher werden Objektsymbole insbesondere bei Menschen mit Sehbehinderung oder mit starker kognitiver Beeinträchtigung eingesetzt.¹⁸

- Grafische Symbole

Fotos, Bilder, Zeichnungen, Symbole und Schrift. Sie können auf einzelnen Karten, in Büchern, Ordnern oder Tafeln präsentiert werden.

Durch das Zeigen auf eines oder mehrerer Symbole können sich Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen mitteilen. Auf diese Weise können sowohl einfache Bedürfnisse ausgedrückt als auch komplexe Inhalte vermittelt werden.

Mit einem „Ich-Buch“ kann sich eine Person vorstellen und auf ihre Lebensumstände, Interessen und besonderen Bedürfnisse hinweisen. Dies eignet sich z.B. sehr gut für den Aufenthalt im Krankenhaus. Allein der Hinweis darauf, dass der Mensch mit der Behinderung sehr wohl „sprechend“ und u.U. nicht geistig behindert ist, reicht häufig aus.

- Technische Kommunikationshilfen

Einfache Sprachausgabegeräte können Geräte mit einer oder zwei Tasten mit natürlicher Sprachausgabe sein. Über ein Mikrofon lassen sich Musik, Geräusche oder Aussagen aufnehmen und wiedergeben. Auch Geräte mit 9 oder 20 Feldern gehören noch zu den einfachen Sprachausgabegeräten. Sie verfügen über ein statisches Display.

Komplexe Sprachausgabegeräte sind mobile Kommunikationshilfen mit Sprachausgabe, die natürlich (digitalisiert) und/oder künstlich (synthetisch) sein können. Komplexe Geräte besitzen in der Regel die Möglichkeit, aus einem großen Wortschatz verschiedene Aussagen miteinander zu verknüpfen. Meist wird ein dynamisches Display verwendet, das dem Nutzer ermöglicht, auf verschiedenen Ebenen selbstständig auf Vokabular zuzugreifen.

Die Kommunikation mit Sprachausgabegeräten ermöglicht vielen unterstützten kommunizierenden Menschen mehr Unabhängigkeit und eine größere Flexibilität im Alltag.

¹⁸ Isaac, <http://www.isaac-online.de/index.php/unterstuetzte-kommunikation/wasistuk>

- Ansteuerungsmöglichkeiten

Auch Menschen, die nicht mit dem Finger zeigen können, können über spezielle Ansteuerungsmöglichkeiten Vokabular auswählen.

Von direkter Selektion spricht man, wenn die unterstützt kommunizierende Person direkt auf ein Bild, ein Symbol oder ein Wort zeigen kann. Das Zeigen kann auch mit den Augen oder mit einem Hilfsmittel erfolgen. Elektronische Kommunikationshilfen bieten in der Regel verschiedene Optionen, die die direkte Ansteuerung der Felder vereinfachen. Neben Fingerführungsrastern können die Drückdauer einer Taste und ein optisches oder akustisches Feedback die Ansteuerung erleichtern.

Bei der indirekten Selektion werden unterschiedliche Scanning- und Codierungsverfahren eingesetzt. Bei der Codierung werden die Felder einer Kommunikationstafel mit Hilfe eines vereinbarten Positionscode ausgewählt. Für die Ansteuerung von elektronischen Kommunikationshilfen ist das Scanning von großer Bedeutung. Mit Hilfe von Sensoren kann so ein komplexes Sprachausgabegerät oder Computerprogramm bedient werden. Für Menschen, bei denen zusätzlich zu den motorischen Einschränkungen auch Beeinträchtigungen im visuellen Bereich vorliegen, können auditive Ansagen eingeschaltet werden.

Bei der „Gestützten Kommunikation“ oder FC (abgeleitet von der englischen Bezeichnung „Facilitated Communication“) ist das zentrale Element die körperliche Unterstützung einer Person mit schweren kommunikativen Beeinträchtigungen. Ein „Stützer“ gibt neben der physischen auch eine verbale und emotionale Hilfestellung. Auf diese Weise wird es einer Person mit schweren kommunikativen Beeinträchtigungen möglich, durch gestütztes Zeigen z.B. auf Objekte, Bilder oder Buchstaben zu kommunizieren. Gegenwärtig wird FC bei Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen angewendet, z.B. Autismus, Cerebralparese, Angelman-Syndrom, Down-Syndrom, Rett-Syndrom.

b. Netzwerkarbeit

Wie nun im Vorfeld beschreiben, ist es wichtig, die Hauptperson – den Menschen mit Behinderung – wirklich als gleichberechtigt und für sich selbst zuständig, wahr zu nehmen. Daraus folgt hier auch, dass es unerlässlich ist, dass der Personenkreis, der Menschen mit Behinderung unterstützt und der ihnen vertraut ist, miteinander kommuniziert. Die Wege von Wohneinrichtung zu Krankenhäusern oder Arztpraxen, der Umgang mit Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen muss kommuniziert und gut vorbereitet sein, damit ein stressfreier Aufenthalt im Krankenhaus möglich ist.

Aus diesem Grunde wurde erarbeitet, die Übergänge möglichst sinnvoll zu gestalten. Dies ist in Form einer Checkliste für Wohneinrichtungen sowie eines elektronischen, beschreibbaren Überleitungsbogens gelungen.¹⁹

Im Rahmen der Optimierung der Aufenthalte werden regelmäßige Treffen und Arbeitskreise eingerichtet, um den Austausch zu ermöglichen.

Auf Ebene des Caritasverbandes werden Prozesse in die entsprechenden QM Gremien eingebracht und weiterentwickelt.

¹⁹ Siehe Anlage 1 Ablaufplan und 2 Überleitungsbogen

Auf Verbandsebene mit den Leitungen und Geschäftsführungen wird das Thema wiederholt eingebracht und weiter beworben.

Nach der erfolgreichen Vorstellung und Umsetzung im Bereich des Landes-Caritasverbandes wird das Konzept in den benachbarten Diözesen Osnabrück und Hildesheim weiter verbreitet.

12. Finanzierung

Die Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus gehört zwar zu den normalen Leistungen im Krankenhaus dazu, doch wie bereits beschrieben, sind Krankenhäuser gezwungen, höchst wirtschaftlich zu agieren. Die hochaufwendige Versorgung von Menschen mit Behinderung bindet allerdings Zeit- und Personalressourcen, die refinanziert werden müssen. Im Folgenden werden einige Vorschläge zur Finanzierung erläutert.

Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS): Der PKMS ist ein Instrument zur Erfassung der „hochaufwendigen Pflege“ im Krankenhaus. Mit dem PKMS ist es in der Systematik der Diagnosed-Related-Groups (DRG) erstmals möglich, die Budgetierung nicht nur an den medizinischen Diagnosen gemessen zu erfassen, sondern auch die pflegerischen Aufwendungen zu ermitteln. Sofern ein Pflegepatient einen Scorewert von 43 Punkten erreicht, kann eine Komplexbehandlung (OPS 9-20) kodiert werden. Seit 2012 ist es dem Krankenhaus möglich, die Kosten für besonders aufwendige Pflege bei Patienten gegenüber den Krankenkassen abrechnen zu können.

Budgetverhandlungen der Krankenhäuser: Jedes Krankenhaus verhandelt grundsätzlich jährlich mit den Krankenkassen ein Jahresbudget zur Vergütung der Krankenhausleistungen. Dabei wird eine bestimmte Leistungsmenge gemäß dem vom Bundesland festgelegten Versorgungsauftrag eines Krankenhauses für das Folgejahr vereinbart. Hier können Aufwendungen, die durch die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen entstehen, mit ausgehandelt werden. So entstehen für das Folgejahr Pauschalen, die für diese Versorgung abgerufen werden können.

Mitaufnahme einer Begleitperson: Die stationäre Behandlung im Krankenhaus umfasst auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson (SGB V § 11). Eine Begleitperson kann Hilfen zur Einübung z. B. therapeutischer Verfahren, technischer Hilfen etc. geben. Es ist sinnvoll, dass der Bewohner/Patient oder sein zuständiger gesetzl. Betreuer, sofern er für diese Aufgabe bestellt ist, vor Krankenhausaufnahme bei der Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Begleitperson stellt. Beigelegt wird diesem Antrag eine ärztliche Stellungnahme, in dem die medizinische/therapeutische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Begleitperson aufgeführt ist. Beispielsweise ist ohne Begleitperson eine Kooperation des Menschen mit Behinderung bei den notwendigen Untersuchungen etc. nicht zu erwarten. Vor Krankenhausaufnahme sind Datenschutz, Haftungsgründe, Vollmacht zu klären.

Entwicklung eines Hilfsfonds: Angesiedelt beim Landes-Caritasverband ist es angedacht, einen Hilfsfond zu gründen, der von Einrichtungen angefragt werden kann. Über Beteiligung der Träger der Behindertenhilfe und Spenden, soll hier ein Topf entstehen, der im Notfall die Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus bezuschusst.

III. Schluss

Erste Lösungsansätze sind genannt und werden im weiteren Verlauf des Projektes: „Einfach anders - Menschen mit Behinderung im Krankenhaus“ weiter ausgeführt.

Das Projekt wird sowohl in Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch in Krankenhäusern, Krankenpflege- und Altenpflegeschulen sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe vorgestellt. Durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wird das Projekt allgemein bekannt gemacht. Die aus der Umsetzung und Verbreitung des Konzeptes und den daraus entstandenen Erfahrungswerte bilden Grundlagen z.B. für Fachartikel in einer Zeitschrift für Pflegende, um das Problembewusstsein über den Rahmen des Projektes hinaus zu vertiefen.

Zudem werden über die Internetseite des Landes-Caritasverbandes für Oldenburg Neuigkeiten des Projektes veröffentlicht.

Es soll ein breites Netzwerk von beteiligten Fachrichtungen, unterschiedlichen Professionen und weiteren Diensten und Personen aufgebaut werden, um die Thematik theoretisch und praktisch so zu bearbeiten und darzustellen, dass dadurch die Hilfeleistungen für die betroffenen Menschen erleichtert werden.

Wichtiges Anliegen ist es, den Überleitungsbogen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und den Kliniken zu verbreiten um somit eine gezielte Kommunikation untereinander zu unterstützen. Die Erfahrung in den 4 Modelleinrichtungen bestätigt die Notwendigkeit einer Nutzung des Überleitungsbogens.

Besonders Menschen mit ausgeprägten Behinderungen brauchen die Hilfe und Unterstützung von außen, da sie oftmals nicht für sich selbst eintreten können. Die in diesem Konzept aufgeführten Möglichkeiten helfen, zu einer optimaleren Betreuung und damit zur besseren Genesung des behinderten Menschen im Krankenhaus beizutragen.

Der Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V. möchte möglichst viele Einrichtungen in Niedersachsen mit dem Konzept vertraut machen. Darüber hinaus sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Fortführung dieser Arbeit nach Beendigung des Projektes ermöglicht. So kann auch zukünftig eine möglichst optimale Betreuung und Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus gewährleistet sein.

Nähere Informationen zum Projekt erhalten Sie unter:

www.lcv-oldenburg.de



Vechta, im Mai 2014