

## Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht des Krankenhauses

Die Antwort auf die Frage wie die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus Sicht des Krankenhauses ist schnell gegeben:

Sie stören, weil sie die Abläufe behindern und nicht in das Bild eines Krankenhauses passen.

**„ Menschen mit geistiger Behinderung sind ein Korrektiv, das die gängige Leistungsmentalität herausfordert: Nachdenken über das was als „normal“ gelten kann und nachdenken über das, was den Menschen glücklich macht“**  
(Weihbischof Dr. Franz Dietl)

Das statistische Bundesamt sagt, dass 2005 ca. 1,3 Mill. Menschen in Deutschland mit einer cerebralen und geistig/ psychischen Behinderung lebten. Das Bundesamt geht von einer deutlichen Zunahme, gerade in den höheren Altersgruppen in den nächsten Jahren aus.

(Quelle: Statistisches Bundesamt) **Die Tabelle bezieht sich auf:**

**Geschlecht:** Beide Geschlechter, **Nationalität:** Alle Nationalitäten, **Art der Behinderung:** Querschnittlähmung, Zerebrale Störungen, Geistig-Seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten, **Anzahl und Rate:** Schwerbehinderte Menschen absolut

| Alter                 | Jahr ( <a href="#">Jahre absteigend</a> ) |         |           |           |           |           |
|-----------------------|---|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                       | 1985                                      | 1993    | 2001      | 2003      | 2005      | 2007      |
| ☐Alle Altersgruppen   | 611.782                                   | 828.755 | 1.092.188 | 1.152.843 | 1.231.147 | 1.305.481 |
| ☐Unter 18 Jahre       | 52.287                                    | 57.994  | 64.194    | 62.696    | 60.421    | 59.565    |
| 18 bis unter 25 Jahre | 60.309                                    | 46.350  | 49.050    | 51.878    | 55.279    | 57.863    |
| 25 bis unter 35 Jahre | 78.099                                    | 117.631 | 100.217   | 94.704    | 92.697    | 95.014    |
| 35 bis unter 45 Jahre | 64.753                                    | 105.590 | 168.987   | 177.880   | 178.014   | 171.774   |
| 45 bis unter 55 Jahre | 91.986                                    | 112.487 | 164.924   | 189.109   | 210.417   | 231.557   |
| 55 bis unter 60 Jahre | 53.270                                    | 78.795  | 86.645    | 91.631    | 108.272   | 127.043   |
| 60 bis unter 62 Jahre | 24.134                                    | 27.310  | 49.231    | 44.135    | 41.502    | 45.347    |
| 62 bis unter 65 Jahre | 36.052                                    | 42.829  | 67.077    | 75.973    | 71.768    | 67.223    |
| 65 Jahre und älter    | 150.892                                   | 239.769 | 341.863   | 364.837   | 412.777   | 450.095   |

Was sagen diese Zahlen aus? Sie sagen lediglich aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung auch ein Patientenkollektiv im Krankenhaus darstellen und zwar mit wachsender Zahl.

Für viele Menschen mit einer geistigen Behinderung ist ein Krankenhausaufenthalt ein einschneidendes, oft traumatisches Erlebnis.

Lassen sie mich aus der Ergebnissen der AG 4 der Potsdamer Tagung: Gesundheit fürs Leben“ aus 2009 zitieren:

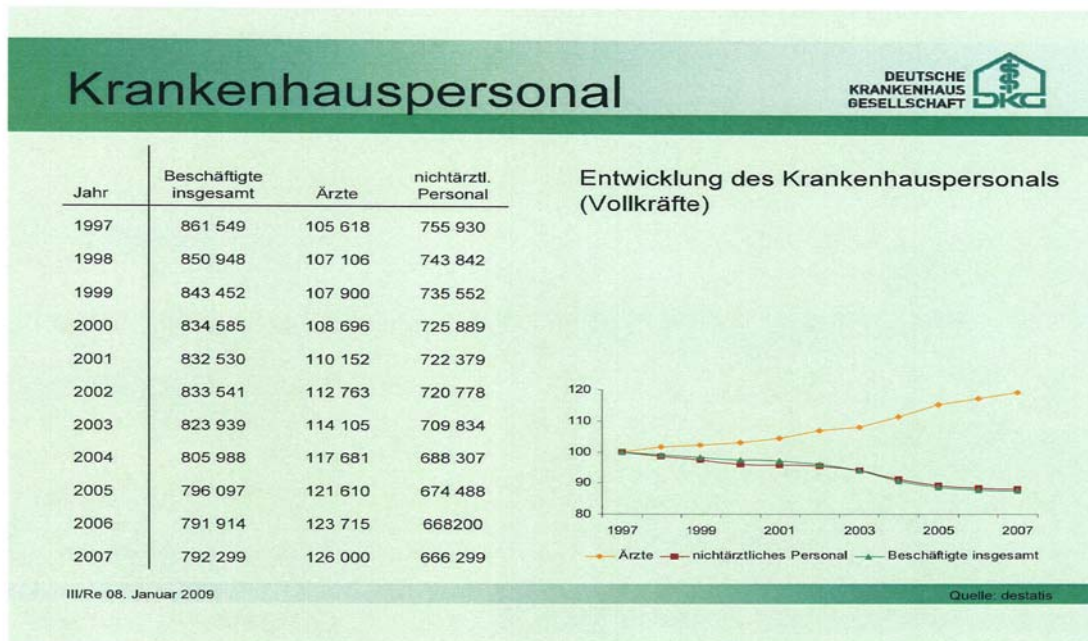
„Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung machen während ihres Krankenhausaufenthalts oft deprimierende und schwierige Erfahrungen, wenn es um die Pflege und Betreuung geht. Die individuelle und verlässliche Unterstützung und Pflege durch vertraute auf der einen und durch das Pflegepersonal auf der anderen Seite, sind aber die wesentlichen Voraussetzungen für die Wiederherstellung der Gesundheit.“

Was sind die Ursachen dafür für dieses Dilemma?

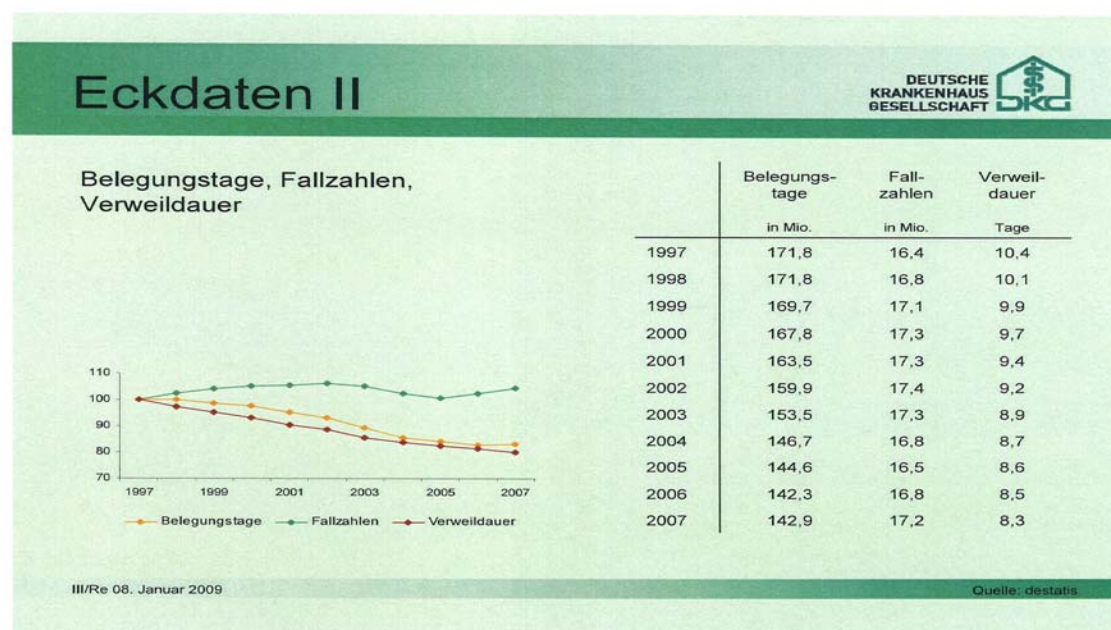
- **Fehlende zeitliche Ressourcen**
- **Fehlende Finanzierung im DRG Zeitalter**
- **Unzureichende Fachlichkeit und Erfahrung im Umgang mit diesen Menschen**
- **Verbale und nochverbale Kommunikationsprobleme**
- **Unvollständige Information über den Patienten**
- **Verhältnismäßigkeit von Zeit, Belastung Diagnostik und Therapie**

- **Fehlende zeitliche Ressourcen**

- Die Anzahl der Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern ist von 1997 von 861.549 auf 792.299 im Jahre 2007 (Ärzte plus 20.000 nichtärztl. Personal minus 90.000) gesunken.



- Mehr Patienten werden in immer kürzerer Zeit behandelt. So ist im Bundesdurchschnitt die Verweildauer in Krankenhäuser im Jahre 1991 von 14 Tagen auf 8,3 Tage im Jahre 2007 gesunken.



Krankenhäuser sind auf störungsfreie Prozesse d.h. reibungslose Abläufe programmiert. Verweildauern sind vorgegeben, OP Zeiten mit OP Dauer benannt und Zeiten für Untersuchungen „gebenchmarkt“.

Hier der Auszug einiger Benchmarks:

### **Funktionsleistungen Endoskopie**

#### **81 Medizinische Funktionsleistungen in Stunden, Dauer je Leistung ambulant/stationär**

GOÄ Leistungsbeschreibung BDO Deutsche Warentreuhand AG Anlage FD Endo

|       |  |             |
|-------|--|-------------|
| + 8   | Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, ggf. incl. Dokumentation         | 13 Min/Pat  |
| + 11  | Digitaluntersuchung des Mastdarms u/o. der Prostata                              | 5 Min/Pat.  |
| +260  | Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters            | 10 Min/Pat  |
| +307  | Punktion des Pleuraraums oder der Bauch- höhle.                                  | 30 Min/Pat  |
| + 310 | Punktion des Herzbeutels.  | 40 Min/Pat  |
| + 410 | Ultraschalluntersuchung eines Organs.  | 5 Min/Pat   |
| + 417 | Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse  | 5 Min/Pat   |
| + 424 | Zweidimensionale Dopplerechokardiograph Unters. einschl. Leistung Nr.423 Duplex. | 5 Min/Pat   |
| + 311 | Punktion des Knochenmarks auch Sternalpunktion.                                  | 30 Min/Pat  |
| + 312 | Knochenstanze ggf. einschl. Entnahme von Knochenmark                             | 30 Min/Pat. |
| + 318 | Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs.                                  | 20 Min/Pat  |
| + 418 | Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse ggf.einschl. der regionalen Lymphknoten | 5 Min/Pat.  |
| + 484 | Lokalanästhesie des Kehlkopfes.  | 1 Min/Pat   |
| + 490 | Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke.   | 5 Min/Pat   |

- **Unzureichende Finanzierung im DRG Zeitalter**

- Das 2005 eingeführte DRG System unterscheidet Haupt und Nebendiagnosen. Weiter Fakt ist, dass mit zunehmenden Alter die Anzahl der Nebendiagnosen steigt .Bei einem 85 jährigen sind es mittlerweile durchschnittlich 7,1 Nebendiagnosen. Auch Menschen mit Behinderungen werden älter, auch hier steigt die Zahl der Nebendiagnosen
- Lassen sie mich 3 Beispiele aufzeigen:

**1a) Hüft-TEP bei Patient ohne weitere Nebenerkrankungen**

Hauptdiagnose: M16.1 Coxarthrose

Prozedur: 5-820.00 Implantation einer zementfreien Hüft-TEP

DRG: **I47B** Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff

Kostengewicht: 2,281

Erlös: 6.495,19 €

Untere Grenzverweildauer 4

Mittlere GVWD 12

Obere GVWD 18

**1b) Hüft-TEP bei Patient mit geistiger Behinderung**

Hauptdiagnose: M16.1 Coxarthrose

Nebendiagnose: Hier ist zu beachten, ob sich der Begriff „geistige Behinderung differenzieren lässt und ob sich CCL-relevante ICD für z.B.neurologische Symptome oder ein angeborenes Syndrom verschlüsseln lassen, liegt z.B. ein Down-Syndrom vor mit schwerster Intelligenzminderung ohne Verhaltensstörung: Q90.0, F73.9

Prozedur: 5-820.00 Implantation einer zementfreien Hüft-TEP

DRG: **I47B** Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff

Kostengewicht: 2,281

Erlös: 6.495,19 €

Untere Grenzverweildauer 4

Mittlere GVWD 12

Obere GVWD 18

### 1c) Hüft-TEP bei Patienten mit Down-Syndrom, Delir, Inkontinenz, Essstörung

Hauptdiagnose: M16.1 Coxarthrose

Nebendiagnosen: Stuhlinkontinenz R15, Harninkontinenz N39.48  
Essstörung F50.8, Delir F05.8, Down-Syndrom Q90.9

Prozedur: 5-820.00 Implantation einer zementfreien Hüft-TEP

DRG: **I05Z** Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne Komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC

Kostengewicht: 2,822

Erlös: 8.035,70 €

Untere GVWD 5

Mittlere GVWD 15

Obere GVWD 25

- **Unzureichende Fachlichkeit und Erfahrung im Umgang mit diesen Menschen**

- Geistige Behinderung ist immer noch kein Thema in der Ausbildung von Ärzten oder Pflegepersonal. Mediziner und Pflegepersonal im Krankenhaus sind fachlich auf alles vorbereitet, Notfälle, Polytraumen, Schlaganfälle, Tumorerkrankungen und vieles mehr. Aber der Umgang mit herausforderndem Verhalten, Sensibilität für kognitive Einschränkungen, oder Geduld und Unterstützung bei lebenspraktischen Verrichtungen stehen nicht in den Lehrplänen und Curricula. In den Niederlanden gibt es die Ausbildung zum Facharzt für Behinderungen, bei uns nicht.
- Vorhandene Ressourcen bei Menschen mit Behinderung gehen häufig, auch durch nicht notwendige Bettlägerigkeit und fehlende Mobilisierung verloren. Hier spielen Zeit und Verständnis des Personals eine Rolle. In einer nicht repräsentativen Umfrage in 10 Krankenhäusern in Westfalen habe ich einmal nachgefragt wo und wie Patienten mit einer geistigen Behinderung stationär versorgt werden. Die Top Antwort war: ...auf Kinderstationen. Dort wo es keine Kinderstationen gab, war die Antwort eher auf psychiatrischen Stationen oder in der Geriatrie, aber auch Sedierung und Fixierung waren die Antwort.
- Oft fehlen kreative Ideen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung. So kann ich mich an einen Patienten erinnern der nur gegessen hat wenn eine bestimmte Musikkassette lief. Magensonden oder paenterale Ernährung sind häufig die Folgen.
- Rufanlagen können häufig nicht bedient werden. Häufigere Präsenz des Pflegepersonals ist erforderlich

- Zeit für Nahrungszubereitung (Brote schmieren) oder Nahrungsdarreichung fehlt häufig.
- **Verbale und nochverbale Kommunikationsprobleme**
  - Kommunikation im Krankenhaus stützt sich häufig auf ein Bild des kompetenten Patienten oder Angehörigen. Mitarbeitende im Krankenhaus sind oft nicht in der Lage mit Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung adäquat zu kommunizieren. Menschen senden und empfangen Signale oft verschlüsselt oder interpretierbar. Verhalten und Körpersprache spielen hier eine Rolle. Berührung ist die häufigste Form der nonverbalen Interaktion, und damit oft ein Tabu.
  - Häufig sind im Krankenhaus keine festen Ansprechpartner vorhanden.
  - Da Menschen mit Behinderungen häufig ihren Körper verbal nicht beschreiben können, führt dieses dazu, dass Symptome erst spät erkannt werden, oder Beschwerden nicht richtig oder rechtzeitig behandelt werden.
  - Oft werden Bezugspersonen für mehr oder weniger aufwendige Untersuchungen benötigt, die dann als Kommunikationsvermittler oder Vertrauensperson beruhigend auf den Patienten einwirken. Nicht immer ist das zeitlich realisierbar.
- **Unvollständige Information über den Patienten**
  - Medizinische Aspekte stehen im Krankenhaus im Vordergrund. Individuelle Bedürfnisse zur Alltagsbewältigung spielen eine eher untergeordnete Rolle.
  - Besonderheiten, Vorlieben, Tics, Einschlafgewohnheiten usw. sind nicht bekannt
  - Budroni zeigt in seiner Bachelorarbeit (Menschen mit Behinderungen) auf, dass Uninformiertheit des Personals zu Regression und Hilflosigkeit führt. Noch kontinente Patienten werden inkontinent entlassen, alltägliche Verrichtungen, die vorher möglich waren werden oft ohne Notwendigkeit vom Pflegepersonal übernommen, auch – damit es schneller geht. „Das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Menschen mit geistiger Behinderung ist äußerst asymmetrisch. Je schwerer die geistige Behinderung des einzelnen ist, desto unmöglicher erscheint die ausgewogene Beziehung zwischen Pflegenden und Patient.“ (Bodroni).
  - Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen mit Autismus häufig ein anderes empfindlicheres Schmerzempfinden haben, als Menschen ohne Behinderung. Das muss das Personal wissen um adäquat handeln zu können.

### **Anamnese und Soziale Situation:**

*Frau S. ist 61 Jahre alt und lebt schon lange in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung.*

*Ob sie Angehörige hat, ist nicht bekannt.*

*Medizinische Diagnose: Sie kommt mit einer Pneumonie bei bekannter Epilepsie (derzeit anfallsfrei) und bekannter Arthrose zur Aufnahme, sowie einer geistigen Behinderung*

*Schriftlich übermittelte Informationen über pflegerische Probleme / Ressourcen über Frau S. aus dem Wohnheim gibt es nicht, jedoch kommt eine Mitarbeiterin der Pflege während der ersten Tage ihres Aufenthaltes, um Frau S. zu besuchen. Die Pflegemitarbeiter nutzten den Besuch, um Informationen einzuholen; der Informationsgehalt der Aussagen ist jedoch gering. Daher bittet die Pflegekraft, pflegerische Aspekte anhand des Überleitungsbriefes zu dokumentieren und schnell zu faxen. Dieses geschieht jedoch erst 1 Woche nach stationärer Aufnahme von Frau S.*

*Wesentliche Informationen aus dem Überleitungsbrief*

- ⇒ Frau S. ist am Rollator mobil
- ⇒ tagsüber ist Frau S. kontinent, nur nachts ist sie mit Inkontinenzhilfsmittel versorgt

### **Kernproblem**

*Frau S. leidet im Krankenhaus darunter, in einer fremden Umgebung zu sein und ihr Leben nicht entsprechend ihrer Gewohnheiten, ihrer Ressourcen und Möglichkeiten gestalten zu können.*

#### **Ursachen**

- *Unsicherheit in fremder Umgebung. Aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung ist sie kaum in der Lage, mit diese Unsicherheit zu bewältigen*
- *Beeinträchtigung des Vermögens, sich in einer fremden Umgebung zu orientieren*
- *Frau S. ist nicht in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern (sie kann nicht sagen, dass sie ihren Rollator braucht / möchte)*
- *Gewohnte Hilfsmittel stehen nicht zur Verfügung*
- *Mangelndes Unterstützungssystem – durch fehlende Information (Pflege ist über Probleme / Ressourcen nicht ausreichend informiert)*

#### **Symptome**

- *erhöhte Temperatur*
- *zunächst schlapp und antriebslos, Frau S. lässt Pflegehandlungen über sich ergehen, sie zieht sich zurück, liegt am liebsten im Bett*
- *Frau S. ist unglücklich und weint, hat Heimweh und will nach Hause*
- *Bei der Durchführung von Pflegehandlungen zeigt Frau S. abwehrendes Verhalten. Unklar bleibt, ob dieses generell der Fall ist oder ob dieses Verhalten aufgrund der veränderten Situation / ungewohnter Umgebung / andere Personen / mgl.weise anders durchgeführte Handlungen der Fall ist. Ihre Gewohnheiten und Vorlieben sind nicht bekannt.*
- *Transfer ist nur mit Widerständen möglich, Gehen in Begleitung wird von der Patienten nicht angenommen*
- *Inkontinenz tagsüber und nachts – sie ist tagsüber also inkontinent geworden.*

#### **Pflegediagnose: Coping des Betroffenen, beeinträchtigt**

*Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch nicht über die Kompetenz verfügt, der Situation angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen*

#### **Ressourcen**

- *Frau S. kann konkrete, klare Aufforderungen / Appelle verstehen und befolgen*
- *Frau S. versteht, dass sie im Krankenhaus ist, weil sie krank ist.*
- *Frau S. reagiert auf ihre PPK, bzw. erkennt ihre PPK wieder, (Effekt der Kontinuität in der Betreuung erst nach 1 Woche)*

#### **Ziele**

##### **Nahziel**

- *Frau S. gewinnt an Sicherheit, sodass sie ihre Situation wieder mehr selbst beeinflussen und gestalten kann*
- *Frau S. ist motiviert*
- *Frau S. ist tagsüber wieder kontinent, daher an Toilette gewöhnen*

##### **Fernziel**

- Frau S. erhält ihre Ressourcen und kann ihren bisherigen Lebensstil wieder aufnehmen

#### **Maßnahmen oder Interventionen**

- Kontaktaufnahme / Vertrauen schaffen, immer wieder Kontakt mit den gleichen Personen, die ihr ruhig und freundlich begegnen
- Sicherheit in der fremden Umgebung vermitteln, dazu Pflegehandlungen in gleicher Art und Weise durchführen
- Informationen über pflegerische Probleme und Ressourcen aus dem Wohnheim einholen
- Gewohnte Hilfsmittel beschaffen
- motivieren entsprechend der Ressourcen
  
- Frau S. wird mobiler, als sie ihren Rollator sieht / erkennt, sie wirkt motivierter, steht auf, verlässt das Bett, läuft am Rollator. Transfer mit Rollator gelingt.

#### **Evaluation**

- Frau S. fühlt sich in der fremden Umgebung mit ihrem Rollator zunehmend sicherer
- Frau S. erkennt ihre PPK wieder und spricht sie mit Namen an (beide Susanne)
- Frau S. ist zunehmend motiviert
- Frau S. ist zunehmend mobil
- Frau S. ist tagsüber noch nicht kontinent

- **Verhältnismäßigkeit von Zeit, Belastung Diagnostik und Therapie**
  - Abläufe, Prozesse, die auf Effizienz getrimmt sind, sind häufig von Menschen mit Behinderungen nicht verstehbar, oder nicht erfüllbar. Was macht das o.g Beispiel eines Patienten mit Hüft TEP noch deutlich. Im Normalfall wird ein Patient einen Tag nach Aufnahme operiert. Voruntersuchungen sind in der Regel ambulant abgeklärt. Das Verhältnis von individueller Belastbarkeit und Untersuchungsrythmus bei Menschen mit geistiger Behinderung ist im DRG orientierten Krankenhaus oft nicht miteinander vereinbar. Verhaltensauffälligkeit führen häufig dann dazu, dass diese Menschen eine Behandlung erst gar nicht erhalten.
  
- **Mangelnde Unterstützung durch Angehörige oder Heime**
  - Trotz „Persönlicher Assistenz“ ist es immer noch schwierig behinderte Menschen im Krankenhaus zu begleiten. Auch hier spielen überwiegend zeitliche Ressourcen, durch knappe Stellenpläne in Heimen oder berufstätige Angehörige eine Rolle. Termine zu Gesprächen mit Ärzten und Pflegepersonal können häufig von beiden Seiten nicht eingehalten werden.
  - Rooming in Möglichkeiten in Krankenhäusern fehlen.

#### **Fazit und Ausblick:**

Man ist jetzt vielleicht geneigt die Krankenhäuser zu verurteilen. Damit sollten wir vorsichtig sein .Es sind häufiger die Systeme und weniger die agierenden Ärzte / Pfleger die eine gute Versorgung von Menschen mit einer geistigen und Mehrfachbehinderung im Krankenhaus erschweren.

- Das DRG System ist zeitorientiert Diagnose und Fallschwere müssen in einer vorgegebenen Zeit bearbeitet werden, sonst drohen Verluste. Hier muss das DRG System (obwohl Sonderentgelte vereinbart werden können deutlich

nachgebessert werden. Der Kosten und Personalaufwand muss dementsprechend dargestellt werden.

- In die Ausbildungscurricula von Medizinern, Krankenpflegern und -schwestern, Physiotherapeuten, etc, muss das Thema. Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen werden.
- Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderungen müssen das Recht haben in spezialisierten Krankenhäusern behandelt zu werden, oder in Krankenhäusern müssen spezialisierte Einheiten - „Inseln“ für Menschen mit geistiger Behinderung entstehen, wo die Patienten bedürfnisorientiert diagnostiziert, therapiert und gepflegt werden. Ich spreche von Inseln und meine keine Isolation, sondern Integration oder sogar Inklusion.
- Mitarbeitende in Krankenhäusern müssen besser vorbereitet werden. Feste Ansprechpartner (Primäre Pflegekräfte z.B.) sind notwendig. Vorhandene Ressourcen bei Patienten müssen erkannt und erhalten werden.
- Angehörige, Mitarbeiter aus Heimen oder Bezugspersonen müssen frühzeitig in Diagnostik und Therapie einbezogen werden.

Meine Antwort zu Beginn meines Vortrages bleibt bestehen. Menschen mit einer geistigen und Mehrfachbehinderung im Krankenhaus stören, weil sie nicht in das System Krankenhaus passen. Systeme lassen sich aber verändern und diese aufgezeigten Schritte sind nicht wirklich groß.

Ich appelliere hier an die Politik, Kostenträger, Verbände, sich zusammzusetzen und Lösungen zu finden und nicht nur nach Lösungen zu suchen.

Vielen Dank