

# Pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus



# Pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus

Gemeinsame Empfehlungen des Deutschen Pflegeverbandes und des Landesverbandes Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.  
in Zusammenarbeit mit der Pflegedirektion des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

## Inhaltsverzeichnis

Autoren	2
Persönliche Erfahrungen einer betreuenden Mutter	4
Präambel	5
<b>1 Ziele dieser Empfehlung</b>	<b>7</b>
1.1 Sicherung des Heilerfolges	7
1.2 Weitmögliche Angstfreiheit und Wohlbefinden fördern den Heilerfolg	7
<b>2 Die Empfehlung richtet sich an</b>	<b>8</b>
2.1 Institutionen	8
2.2 Eltern und gesetzliche Betreuer, Hausärzte, Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe	10
2.3 Informationsweitergabe an Krankenhäuser	10
<b>3 Ethische, rechtliche und finanzielle Grundlagen</b>	<b>11</b>
3.1 Grund-/Menschenrechte, Antidiskriminierungsgesetz	11
3.2 „Gleichstellungsgesetze“ und Barrierefreiheit	11
3.3 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen	11
3.4 Menschenbild und Grundsatzprogramm der Lebenshilfe	13
3.5 Autonomie der Pflege	13
3.6 Sozialgesetzgebung	14
3.7 Finanzierung	14

<b>4 Konsequenzen/Umsetzungsstrategien</b>	<b>16</b>
4.1 Schulung, Fort- und Weiterbildung, Hospitation für Pflegekräfte	16
4.2 Begleitbogen Pflegeanamnese AIS	16
4.3 Prozessbeteiligte, Verantwortungsbereiche und Informationsbedarf	17
4.4 Expertenstandards in der Pflege des DNQP	21
4.4.1 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	21
4.4.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	21
4.4.3 Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege	21
4.4.4 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	22
4.4.5 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	22
4.5 Vorbereitung der Aufnahme und Eingewöhnung durch Pflegedienstleitung, Stationsleitung und Prozessmanagement	28
4.6 Vorbereitung der Aufnahme und Eingewöhnung durch Eltern, gesetzliche Betreuer oder Betreuende aus Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	24
<b>5 Schlussbemerkungen</b>	<b>26</b>
<b>6 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>27</b>
<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>28</b>
<b>8 Anhang</b>	<b>29</b>
8.1 Angehörigen-Informationssammlung (AIS) und Begleitbogen der Lebenshilfe Ludwigshafen	30
8.2 Definition von Behinderung und Gesundheit	38
8.3 Literaturhinweise	39
8.4 Weiterführende Informationen	40

# Autoren

## **Käte Harms**

Im Klinikum Ludwigshafen fördert Käte Harms als Pflegedirektorin seit Juli 1985 die Weiterentwicklung der Pflegenden und bietet ihnen ein breites Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten, Kongressen und Symposien. Weiter setzt sie neue Konzepte wie die Entwicklung und Einführung von multiprofessionellen Behandlungspfaden, die Einführung von Prozessmanagern, die Entwicklung von Präventionsprogrammen in der stationären Versorgung sowie die Einführung der nationalen Expertenstandards um. Seit November 2005 ist sie Vorsitzende des Deutschen Pflegeverbandes (DPV e.V.), hat den Vorsitz bei der Gesellschaft zur Förderung der Qualifizierung der Krankenpflege (GFK e.V.) und ist außerdem u.a. in der Fachgruppe Pflege der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BOS) tätig. Für ihr ehrenamtliches Engagement hat Käte Harms im Dezember 2005 die Staatsmedaille des Landes Rheinland-Pfalz für besondere soziale Dienste erhalten.

## **Rolf Höfert**

Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin, Lehrer für Pflegeberufe, Experte für Pflegerecht. Seit 1981 Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes (DPV), Mitglied im Deutschen Pflegerat. Seit 1990 im Vorstand des Paritätischen, LV Thüringen und seit 1994 Verbandsratsmitglied im Paritätischen Gesamtverband. Von 2003 bis 2005 Mitglied der Arbeitsgruppe „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ des Runden Tisches Pflege im Auftrag des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit.

## **Barbara Jesse**

Barbara Jesse ist Mutter von einem erwachsenen Sohn und einer Tochter, die 1987 zur Welt kam und mit folgender Anamnese den weiteren Lebenslauf und -rhythmus der Familie bestimmte:

- Spina bifida mit einer lumbosakralen Meningomyelocele
- Hydrocephalus internus, vp-shuntversorgt
- Arnold-Chiari-II Malformation
- Cerebrales Anfallsleiden mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen
- Laryngomalazie mit konsekutiver Apnoeigung
- Tracheostomie
- Neurogene Blasen- und Darmentleerungsstörungen.

Seit 1992 engagiert sie sich ehrenamtlich in der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung und ist seit 2004 stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Lebenshilfe Rheinland-Pfalz. Ihre Aufgaben im Landesverband umfassen die Begleitung der LAG Betreuungsvereine, der LAG Schule, die Betreuung der regionalen Tagungen für Eltern und Angehörige und der Arbeitsgruppe Medizinische Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung. Im Jahr 2004 wurde sie von den Vertretern der LAG Selbsthilfe Behinderter e.V. zur Patientenvertreterin in den Berufungs- und Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz gewählt.

## **Matthias Mandos**

Seit 1986 steht Matthias Mandos in den Diensten der Lebenshilfe. Nach Abschluss des Diploms in Erziehungswissenschaft/Pädagogik an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz mit dem Schwerpunkt Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, war er bis 1993 bei der Lebenshilfe Orts- und Kreisvereinigung Mainz-Bingen mit dem Aufbau und der Leitung des Familienentlastenden Dienstes beschäftigt. Von 1993 bis 2002 war er Vereinsbetreuer und Geschäftsführer beim Betreuungsverein der Lebenshilfe Mainz und mit der Führung gesetzlicher Betreuungen sowie der Begleitung, Anleitung und Schulung ehrenamtlicher gesetzlicher Betreuer – zum größten Teil Eltern und Angehörige behinderter Menschen – beauftragt. Seit Juli 2002 ist Matthias Mandos Landesgeschäftsführer der Lebenshilfe Rheinland-Pfalz. Aus der Praxis und aus vielen Beratungsgesprächen sind ihm die Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung vertraut. Im Auftrag des Landesverbandes der Lebenshilfe, der dieses Thema zu einem Schwerpunkt erhoben hat, arbeitet er an möglichen Verbesserungen der Versorgungssituation. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern im Gesundheitswesen.

## **Stana Grbec**

Seit August 2003 ist Stana Grbec als Fort- und Weiterbildungsreferentin beim Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

e.V. tätig. Als Kursleiterin ist sie für die Sonderpädagogische Zusatzausbildung zur geprüften Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen verantwortlich. Zu ihren weiteren Aufgabenbereichen gehören die Planung und Organisation von Freizeiten für behinderte Menschen sowie von werkstattbezogenen Seminaren. Stana Grbec ist Dipl. Sozialarbeiterin (FH), examinierte Krankenschwester und hat eine Zusatzausbildung im Bereich Gesundheitsmanagement.

## **Denise Schulz**

Denise Schulz beendete im April 2006 ihr Psychologie-Studium an der Universität Koblenz-Landau. Ihre Studienschwerpunkte waren die Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie sowie die Pädagogische Psychologie. Seit Mai 2006 arbeitet sie als Diplom-Psychologin im Ressort Strategische Entwicklung der Pflegedirektion im Klinikum Ludwigshafen.

## **Stefanie Schwank**

Stefanie Schwank beendete im Januar 2005 ihr Wirtschaftsrechtstudium an der Rheinischen Fachhochschule in Köln mit dem Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen. Vorangegangen war diesem Studium eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung. Seit März 2005 ist Stefanie Schwank im Ressort Strategische Entwicklung der Pflegedirektion im Klinikum der Stadt Ludwigshafen als Rechtsreferentin tätig.

# Persönliche Erfahrungen einer betreuenden Mutter

Als Matthias vor 34 Jahren geboren wurde, sah er zunächst aus wie jedes andere Kind. Schnell aber stellte sich heraus, dass bei ihm eine Cerebralschädigung vorliegt, die eine schwere Mehrfachbehinderung mit sich brachte. Er hat keine Aktivsprache entwickelt, weist eine leichtere Spastik auf, hat ein Anfallsleiden mit Grand mal (heute gut medikamentös eingestellt) und zeigt deutliche autistische Verhaltensweisen.

Von Anfang an war er häufig krank (verminderte Infektabwehr) und hatte Schwierigkeiten infolge seiner schweren Behinderung: massive Verdauungsprobleme bei Mega sigma, häufige Anfälle, viele Unfälle... Im kindlichen Alter konnten Ärzte und Pflegepersonal noch recht gut auf seine Probleme eingehen, weil ja immer eine Beileitperson dabei war. Schwierig wurde es beim Eintritt ins Erwachsenenalter, welches sich lediglich in seinem äußeren Erscheinungsbild zeigt, nicht aber im Verhalten. Hier steht er nach wie vor auf dem Stand eines Zweieinhalbjährigen.

Dies hat zur Folge, dass es dem ärztlichen und Pflegepersonal schwer fällt, angemessen, so wie es notwendig wäre, mit ihm umzugehen. Häufig herrscht eine große Ratlosigkeit mit Folge von Fehleinschätzungen. Das letzte gravierende Beispiel war kürzlich, als Matthias bei einer Hochzeitsfeier den Tischschmuck in den Mund steckte, was eine Efeuvergiftung nach sich zog und infolge zwei große Anfälle – kurz hintereinander – auslöste.

Matthias kann nicht sagen, was war, wo es ihm weh tut, und man kann ihm nicht er-

klären, was mit ihm geschieht. Also wies ihn die behandelnde Hausärztin in die neurologische Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik ein.

Matthias hat infolge seiner autistischen Störung vor allen fremden Umgebungen und Menschen große Ängste, vor allem, wenn er nicht darauf vorbereitet ist, schreit sehr laut und wehrt sich. Er kann aufgrund seines fehlenden Sprechvermögens nicht ausdrücken, weshalb er nicht will... Und so reiht sich ein Missverständnis an das nächste.

Was passierte? Die Neurologie weigerte sich, ihn aufzunehmen, er wurde in die geschlossene Abteilung der Klinik verbracht und mit Valium und Atosil behandelt, was ihn unmittelbar ruhig stellte. Als ich zu ihm kam, wirkte er bereits wie ein Zombie...

Er hat sich lediglich seiner geistig-seelischen Entwicklung entsprechend verhalten, wie eben ein Zweieinhalbjähriger. Würde man diesen so behandeln??

Gabriele Engels, Mainz, 27. April 2006

# Präambel

Solche Erfahrungen, wie sie Gabriele Engels in ihrem Bericht sehr anschaulich beschrieben hat, werden uns aus der Praxis seit vielen Jahren immer wieder vorgetragen. Die Lebenshilfe Rheinland-Pfalz hat daher die ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu einem ihrer Schwerpunktthemen gemacht. Den Auftakt bildete die Herausgabe und öffentliche Überreichung einer gleichnamigen Broschüre<sup>1</sup> an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) im November 2004. Diese Broschüre enthält eine Ist-Analyse für Rheinland-Pfalz als Ergebnis einer Diplomarbeit sowie ein Zukunftsmodell. Die anschließenden Bemühungen um Kooperationspartner, die das Anliegen teilen und unterstützen, führten auch zum Deutschen Pflegeverband (DPV), Landesverband Rheinland-Pfalz. In einem ersten Gespräch wurde schnell klar, dass es sich um ein gemeinsames Anliegen handelt. Um zu einer Verbesserung der Pflegesituation geistig und mehrfach behinderter Patienten im Krankenhaus beizutragen, verständigten sich die beiden Verbände Ende des Jahres 2005 auf die Herausgabe der vorliegenden gemeinsamen Empfehlungen, welche im Laufe des Jahres 2006 erarbeitet wurden.

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Thera-

pien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tode zu erreichen.“<sup>2</sup>

Um diese Qualität auch für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung erreichen zu können, brauchen Pflegendes Wissen über Probleme, Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Patientengruppe. Nur so kann eine individuell auf den Patienten abgestimmte Pflege erfolgen. Deshalb gibt die vorliegende Schrift – unter Bezugnahme auf ethische, rechtliche und fachliche Grundlagen – den pflegerisch verantwortlich handelnden Personen vor allem ein praxisnahes Material an die Hand, welches ihnen eine individuell angemessene Pflege geistig und mehrfach behinderter Patienten im Krankenhaus erleichtern soll; von der Vorbereitung der Aufnahme bis zur Planung der Entlassung und Nachsorge. Dazu gehört insbesondere der Bereich der persönlichen Begegnung und Kommunikation sowie die Kooperation mit Personen aus dem Umfeld der Patienten. Entsprechende Weiterbildungs- und Hospitationsangebote für das Pflegepersonal werden ausdrücklich empfohlen.

Es muss aber auch ausdrücklich betont werden, dass in vielen Fällen eine begleitende Betreuung durch Bezugspersonen behinderter Patienten im Krankenhaus erforderlich ist. Das ist immer dann der Fall, wenn

1 Landesverband Rheinland-Pfalz (2004)

2 E. Spichiger et al. (2006), Seite 51

# Ziele dieser Empfehlung

behinderungsbedingte Verhaltensweisen den Heilerfolg gefährden und nur durch Vertrauenspersonen positiv beeinflusst werden können, die über genaue Kenntnisse der Person verfügen. Immer häufiger stehen Eltern oder andere Angehörige dafür nicht mehr zur Verfügung, sodass Bezugsbetreuer aus Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe (Wohnstätten, Offene Hilfen) diese Aufgabe übernehmen müssen. Die Finanzierung der dadurch entstehenden Personalkosten führt in der Praxis immer wieder zu Zuständigkeitsproblemen zwischen den Kostenträgern, nämlich der Krankenversicherung und dem Sozialhilfeträger. Oft bleiben die Kosten dadurch ungedeckt. Auf die Rechtsgrundlagen in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XII wird insbesondere in Kapitel 3 näher eingegangen. Es ist dringend erforderlich, dass hier seitens Politik und Gesetzgeber klare und verbindliche Regelungen der Kostenzuständigkeit geschaffen werden.

Ziel dieser Empfehlung ist die Schaffung von Voraussetzungen, die dem Pflegepersonal und den Krankenhäusern eine entsprechende pflegerische Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ermöglichen. Um dies zu erreichen, sind aber auch Adressaten außerhalb der Häuser – als Kooperationspartner – anzusprechen.

## 1.1 Sicherung des Heilerfolges

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung haben häufig Grunderkrankungen und einen ständigen Therapiebedarf. Beides muss bei der Pflege im Krankenhaus berücksichtigt werden, um den Heilerfolg zu sichern (z.B. bei Spina Bifida, Muskeldystrophien u.a.m.). Dies gilt sowohl hinsichtlich der Kontinuität laufender Therapien als auch hinsichtlich des Hineinwirkens in die aktuelle Behandlung, zu welcher der Klinikaufenthalt dient. Beispielsweise können schon, unabhängig von der aktuellen Klinikbehandlung, die regelmäßige Versorgung eines Tracheostomas, regelmäßige Inhalationen oder die Einnahme bestimmter Medikamente erforderlich sein. Das mögliche Auftreten epileptischer Anfälle, mögliche allergische Reaktionen oder Verdauungsprobleme sind ebenfalls zu berücksichtigen. Entsprechende Heil- und Hilfsmittel/Geräte müssen vorhanden sein, um diese Bedarfe zu decken. Darüber hinaus ist zu beachten, dass viele Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in ihren Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung und des Verstehens mehr oder weniger eingeschränkt sind. Probleme – wie Schmerzen und deren Lokalisierung – werden von den Patienten

nicht einfach sprachlich mitgeteilt. Teilweise führt ein vermindertes Schmerzempfinden dazu, dass auftretende Probleme vom Patienten nicht angezeigt werden. Mangelnde Einsicht in die Situation kann zur Gefährdung des Heilerfolges führen, beispielsweise wenn ein Patient nach einer OP nicht versteht, dass er einige Tage liegen muss und einfach aufstehen möchte.

Aus diesen Gründen ist eine besonders gründliche Beobachtung möglicher Probleme, eine entsprechende Vorbereitung und Vorinformation des Pflegepersonals im Einzelfall erforderlich.

## 1.2 Weitmögliche Angstfreiheit und Wohlbefinden fördern den Heilerfolg

Aufgrund der häufig eingeschränkten Möglichkeiten sprachlicher Kommunikation ist es schwierig, Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung die eigene Situation und das Geschehen im Krankenhaus begreiflich zu machen. Daraus können selbst bei einfachen Operationen oder Behandlungen bzw. schon davor erhebliche Ängste entstehen, die bei Patienten ohne Behinderung durch schlichte Erklärung auszuräumen wären. Daher bedarf es eines besonderen Einfühlungsvermögens und persönlicher Zuwendung, um Patienten mit geistiger Behinderung bei Diagnose, Therapie und Nachsorge zu begleiten. Nicht zuletzt dem Geschick und dem Einfühlungsvermögen des Pflegepersonals kommt dabei große Bedeutung zu. Ziel ist es, eine persönliche Atmosphäre zu schaffen, die zum Wohlbefinden beiträgt. Angstfreiheit und Wohlbefinden tragen wesentlich zur Sicherung des Heilerfolges bei.

# 2 Die Empfehlung richtet sich an

Die Empfehlung richtet sich an verschiedene Institutionen und Kooperationspartner sowie an bestimmte Personengruppen, um für das Thema der Behandlung geistig und mehrfach behinderter Menschen in Krankenhäusern zu sensibilisieren und um eine Verbesserung für die Zukunft zu erwirken.

## 2.1 Institutionen

Diese Empfehlungen richten sich an die folgenden Einrichtungen aufgrund ihres Aufgabens- und Themengebietes und ihres Einflusses auf die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens:

### Sozialministerien

Im Zentrum der Sozialministerien steht unter anderem die Sozialhilfe des SGB XII und die Daseinsfürsorge.

### Pflegeverbände

Die Pflegeverbände verfolgen die Interessen der Pflegenden. Zu nennen ist hier z.B. der Deutsche Pflegerat (DPR) als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen. Der DPR vertritt die Belange des Pflege- und Hebammenwesens in Deutschland.

### Ärzttekammern

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist die Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern. Es handelt sich hier um einen nicht eingetragenen Verein. Die BÄK vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärzte in der BRD und veranstaltet u.a. jährlich den Deutschen Ärztetag.<sup>3</sup>

### Wohlfahrtsverbände

Verbände der freien Wohlfahrtspflege (Wohlfahrtsverbände) sind Vereinigungen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, bei sozialer, gesundheitlicher und sittlicher Gefährdung bzw. Not vorbeugend, unterstützend oder heilend zu helfen. Die Freie Wohlfahrtspflege ist die Gesamtheit aller sozialen Hilfen auf einer gemeinnützigen Grundlage.

### Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger (z.B. gesetzl. Krankenkassen) sind Institutionen, die auf Grund eines Versicherungsverhältnisses Leistungen der sozialen Sicherheit erbringen.

### Aktionsbündnis Patientensicherheit

Am 11. April 2005 gründete sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Ziel ist es, Lösungsansätze zu aktuellen Problemen in der Versorgungssicherheit von Patienten zu erarbeiten.<sup>4</sup>

### Verbraucherschutz

Es gibt verschiedene Institutionen im Bereich des Verbraucherschutzes. An erster Stelle sind die Verbraucherzentralen zu nennen. Diese bieten privaten Verbrauchern Beratung und Informationen zu Fragen des Verbraucherschutzes und helfen bei Rechtsproblemen. Es handelt sich hier um unabhängige, überwiegend öffentlich finanzierte, gemeinnützige Organisationen.<sup>5</sup>

### Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger.

Aufgabe ist die Unterstützung ihrer Mitglieder des Krankenhauswesens. Ziel ist die Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Der Zweck der DKG ist ausschließlich und unmittelbar gemeinnützig.

### Krankenhausträger

Es gibt diverse Krankenhausträger mit den unterschiedlichsten Ausrichtungen. Zu nennen sind zum Beispiel öffentliche, freigemeinnützige und private Träger, Verbände, kommunale Träger, Universitätskliniken, kirchliche Träger, Kliniken der Wohlfahrtsverbände, des Deutschen Roten Kreuzes und der Deutschen Rentenversicherung.

### Landeskrankenhausgesellschaften

Die Krankenhausträger und -verbände der einzelnen Bundesländer sind in den Landeskrankenhausgesellschaften organisiert. Die Landeskrankenhausgesellschaften sind z.B. Verhandlungspartner für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in den entsprechenden Gremien sowie Vertragspartner für die Krankenkassen.

### Pflegedirektoren der Krankenhäuser

Pflegedirektoren sind die leitenden Angestellten des Krankenhauses, die die Leitung der Pflegenden innehaben. Von den Pflegedirektoren sind die der Pflegedirektion unterstellten Pflegedienstleitungen (PDL) zu unterscheiden.

### Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser

Der Ärztliche Direktor stellt die Betriebsleitung des ärztlichen Bereiches dar.

### Wirtschaftsdienst der Krankenhäuser

Die Wirtschaftsdienste der Krankenhäuser bilden eine wichtige Basis für den Betrieb der Krankenhäuser.

### Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe

Hier handelt es sich um die Krankenpflegeschulen. Die jeweilige Landesregierung hat die Möglichkeit, zu den Mindestanforderungen, die das Krankenpflegegesetz an die Bildungseinrichtung „Krankenpflegeschule“ stellt, weitergehende Regelungen aufzustellen. In Rheinland-Pfalz wurde ein landeseinheitlicher Rahmen- und Ausbildungsrahmenplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für Rheinland-Pfalz entwickelt.

### Fort- und Weiterbildungseinrichtungen

Es gibt diverse Fort- und Weiterbildungseinrichtungen und damit auch weitgefächerte Möglichkeiten, sich weiterzubilden. Die Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sollten auch in Zukunft bemüht sein, aktuelle und nachhaltige Inhalte zu vermitteln.

### Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MDK ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Krankenkassen und in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert.<sup>6</sup> Der MDK führt für die Pflegekassen u.a. auch Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch. Die gesetzlichen Krankenkassen sind Träger des MDK.

### Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste sind gewerbliche Anbieter von Pflegedienstleistungen. Dagegen stehen die Einrichtungen von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege.

<sup>3</sup> vgl. auch [www.baek.de](http://www.baek.de).

<sup>4</sup> vgl. auch [www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de).

<sup>5</sup> vgl. auch [www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de)

<sup>6</sup> [www.mdk.de/index2.html](http://www.mdk.de/index2.html), Stand 28.08.2006.

### Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene. Die KBV hat den Rechtsstatus einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der staatlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.<sup>7</sup>

### 2.2 Eltern und gesetzliche Betreuer, Hausärzte, Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe

Im Umfeld von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gibt es fast immer Personen, die über genaue individuelle Kenntnisse der Behinderung und der Gesundheit dieser Patienten verfügen. Hier sind insbesondere Eltern, gesetzliche Betreuer, Hausärzte sowie das Personal von Einrichtungen oder ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe zu nennen. Sie spielen eine unersetzliche Rolle bei der Vorbereitung klinischer Behandlungsmaßnahmen und sollten auch die Durchführung mit ihren speziellen Kenntnissen begleiten. Sie können Ärzten und Pflegepersonal wichtige Hinweise im Hinblick auf dauerhafte Erkrankungen und Therapien, Unverträglichkeiten, persönliche Eigenheiten und Kommunikation der Patienten geben.

### 2.3 Informationsweitergabe an Krankenhäuser

Wünschenswert wäre, dass den Krankenhäusern vor der Aufnahme eines Patienten oder speziell eines Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung ein Informa-

tionsinstrument zur Verfügung gestellt wird. Dieses Instrument sollte Informationen enthalten, die nützlich sind, um die Pflege besser an das Individuum anpassen zu können. Dadurch kann die Behandlungsqualität gesteigert werden.

Eltern und gesetzliche Betreuer, Hausärzte und ambulante Dienste können durch ein entsprechendes Informationsinstrument ihre individuellen Kenntnisse über den Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung an die Krankenhäuser übermitteln. Die Krankenhäuser erhalten so die Möglichkeit, sich auf den Patienten einzustellen und vorzubereiten.

Es ist schwierig, über behinderte Menschen, die durch Angehörige betreut werden, schriftliche Informationen zu erhalten. Um diesen Bereich abzudecken, wäre eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, den ambulanten Diensten und Hausärzten wünschenswert. Ein schriftliches Instrument könnte durch Hausärzte bei der Einweisung in das Krankenhaus mitgegeben werden. Hier könnten wir uns vorstellen, dass die akutstationäre Einrichtung einen durch die Angehörigen ausgefüllten Bogen erhält, der durch die Krankenkassen oder die Hausärzte verteilt wird. Dieser Bogen sollte folgende Inhalte enthalten:

- Art der Behinderung
- Hilfsmittel (-bedarf)
- Versorgungsbedarf
- Verhaltensweisen
- Bedürfnisse

Mit einem solchen Instrument würden die wertvollen Informationen der Eltern und gesetzlichen Betreuer nicht verloren gehen.

<sup>7</sup> vgl. auch [www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/83.html](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/83.html), Stand 28.08.2006.

# Ethische, rechtliche und finanzielle Grundlagen

### 3.1 Grund-/ Menschenrechte, Antidiskriminierungsgesetz

Nach Artikel 3 unseres Grundgesetzes darf niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden. Daraus folgt, dass Krankenhäuser die Behandlung von Patienten nicht wegen deren geistigen und mehrfachen Behinderung ablehnen dürfen.

### 3.2 „Gleichstellungsgesetze“ und Barrierefreiheit

Das „Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze“ (Behindertengleichstellungsgesetz, in Kraft seit 01. 05. 2002), das rheinland-pfälzische „Gesetz zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung“ (Landesgleichstellungsgesetz, LGG, in Kraft seit 01.01.2003), sowie das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG, in Kraft seit 18.08.2006) zielen auf eine gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft und ihre selbstbestimmte Lebensführung. Benachteiligungen (oder Diskriminierungen), u.a. wegen einer Behinderung, sollen verhindert oder beseitigt werden. Die öffentlichen Lebensbereiche sollen dementsprechend „barrierefrei“ gestaltet werden. Barrierefreiheit bedeutet für Menschen mit geistiger Behinderung vor allem eine angemessene, ihnen zugängliche Form von Information (z.B. Piktogramme) und

Kommunikation (z.B. „leichte Sprache“, nichtsprachliche Formen der Verständigung) (vgl. § 8 LGG). Das Verbot der Benachteiligung und die Forderung der Barrierefreiheit gelten auch für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.

### 3.3 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Von 2003 bis 2005 erarbeitete ein von der Bundesregierung eingesetzter „Runder Tisch Pflege“ Vorschläge zur Verbesserung der Situation von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen.

Die Charta, die von der Arbeitsgruppe IV dieses Runden Tisches Pflege erarbeitet wurde, stellt die wesentlichen Rechte hinsichtlich der Würde und pflegebedürftiger Menschen fest. Diese Rechte gelten selbstverständlich auch für Menschen mit einer geistigen oder schweren mehrfachen Behinderung. Das versteht sich im Grunde von selbst, ist aber auch rechtlich durch die Grundrechte und Gleichstellungsgesetze verankert.

Wegen ihrer grundlegenden Bedeutung werden die Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen hier wörtlich zitiert:

#### **ARTIKEL 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbstbestimmung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

#### **ARTIKEL 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

#### **ARTIKEL 3: Privatheit**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

#### **ARTIKEL 4: Pflege, Betreuung und Behandlung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

#### **ARTIKEL 5: Information, Beratung und Aufklärung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

#### **ARTIKEL 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

#### **ARTIKEL 7: Religion, Kultur und Weltanschauung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

#### **ARTIKEL 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Im Juli 2006 forderten die Bundesfamilienministerin und die Bundesgesundheitsministerin in einer Pressemitteilung, die Ergebnisse des Runden Tisches und so auch die Charta in die Praxis umzusetzen.

### **3.4 Menschenbild und Grundsatzprogramm der Lebenshilfe**

Menschenbild und Grundsätze der Lebenshilfe gehen von Leitsätzen aus wie:

„Es ist normal, verschieden zu sein.“<sup>8</sup> und „Der Mensch mit geistiger Behinderung bestimmt unser Handeln.“<sup>9</sup> Die Lebenshilfe fordert „Selbstverwirklichung in sozialer Integration“<sup>10</sup> und richtet ihre Arbeit an der „Selbstbestimmung und Teilhabe“ von Menschen mit geistiger Behinderung aus. Sie stimmt vollständig mit den Vorschriften der Gleichstellungsgesetze überein.

Die Lebenshilfe legt Wert darauf, dass „der Mensch im Mittelpunkt“<sup>11</sup> steht, d.h. dass alle Hilfe und Unterstützung für behinderte Menschen vom jeweiligen Individuum und dessen Lebenswünschen ausgeht. Dazu wirken Eltern, ehrenamtliche und hauptamtliche Kräfte konstruktiv und partnerschaftlich zusammen. Die Einrichtungen und ambulanten Dienste der Lebenshilfe stellen sich der Qualitätskontrolle.

Diese Maßstäbe gelten auch hinsichtlich der Vorbereitung und Begleitung (stationärer) Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

### **3.5 Autonomie der Pflege**

Das Gesundheitswesen verändert sich. Fallzahlen steigen, die Verweildauer sinkt. Gleichzeitig steigt die Zahl der multimorbiden Patienten. Der Trend geht dahin, dass Patienten in Zukunft verstärkt ambulant behandelt und nur noch während der akuten Krankheitsphasen stationär aufgenommen werden. Folglich steigt die Komplexität und Intensität des Pflegebedarfs.

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel hat<sup>12</sup> folgende Definition entwickelt, die ein zeitgemäßes Bild der Pflege bietet:

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tode zu erreichen.“<sup>13</sup>

„Die Beschreibung des Bereichs ‚professionelle Pflege‘ zeigt, dass lediglich diejenigen, die mit einer anerkannten Ausbildung in diesem Bereich tätig sind, professionell pflegen können.“<sup>14</sup> Dabei werden sie geschützt durch die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Altenpfleger/in und grenzen sich ab zur Laienpflege.

8 Bundesvereinigung Lebenshilfe (1990), Seite 10.

9 Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe (2001).

10 Bundesvereinigung Lebenshilfe (1991), Seite 12.

11 Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe (2003).

12 in Zusammenarbeit mit der Expertengruppe des Projekts „Zukunft Medizin Schweiz“ der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

13 E. Spichiger et al. (2006), Seite 51.

14 Ebenda, Seite 28.



„Professionelle Pflege wird durch drei wichtige Kriterien von der Laienpflege abgegrenzt:

- die Pflege basiert auf spezifischer Sachkenntnis, erlangt durch eine anerkannte Ausbildung;
- die Pflege wird nach allgemeinen Richtlinien, die auf theoretischer und praktischer Sachkenntnis basieren, durchgeführt;
- die Pflege wird gegen Entgelt verrichtet und nicht mit gegenseitiger Bereitschaft zur Unterstützung und Pflege abgegolten.

Professionelle Pflege ist also eine berufsmäßig durchgeführte Pflege, deren Hauptaufgabe ‚Pflegen‘ ist.“<sup>15</sup>

Die Pflege verfolgt das Ziel der Professionalisierung nicht nur, um sich von der Laienpflege abzugrenzen. Es geht in erster Linie darum, dass Pflege den Patienten Sicherheit bietet. Diese Sicherheit kann nur geboten werden, wenn ein bestimmtes einheitliches Qualitätsniveau der Pflege erreicht wird. Die Profession „Pflege“ soll für eine nachweisbare Qualität auf einem wissenschaftlichen Fundament stehen.

Jeder Schritt, der uns zu einer professionellen Pflege führt, ist ein Schritt zu mehr Qualität und Patientensicherheit.

Um diese Qualität auch für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung erreichen zu können, brauchen Pflegenden Wissen über Probleme, Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Patientengruppe. Nur so kann eine individuell auf den Patienten abgestimmte Pflege erfolgen.

### 3.6 Sozialgesetzgebung

Gemäß § 39 (1) Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung „(...) im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; (...)“ Danach richtet sich aber die notwendige Versorgung nach Art und Schwere der Krankheit, nicht der Behinderung, was ja begrifflich auch deutlich zu unterscheiden ist.

Nach § 54 (1) Ziff. 5. SGB XII und § 26 (3) SGB IX haben Menschen mit Behinderung gegenüber dem Sozialhilfeträger Anspruch auf nachgehende Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Maßnahmen und zur Erreichung der Behandlungsziele. Damit soll auch die Teilhabe und größtmögliche Selbstbestimmung behinderter Menschen erhalten werden. Dazu gehören auch entsprechende Leistungen durch pädagogisches Personal.

Es ist jeweils zu unterscheiden, welche Leistungsansprüche sich aus der Krankheit und welche sich aus der Behinderung ergeben.

### 3.7 Finanzierung

Im Rahmen der Finanzierung der Krankenhausleistungen nach DRGs (Diagnosis Related Groups) sind gewisse „Zusatzmodule“ vorgesehen, die einen möglichen pflegerischen Mehraufwand durch eine Behinderung abdecken sollen. Es ist allerdings zweifelhaft, ob dies in der Praxis zur Vor-

haltung entsprechender Personalkapazitäten führt, die ja, gemessen am Gesamtaufkommen einer Klinik, nur recht selten für die Pflege behinderter Menschen herangezogen werden müssen.

Die Abrechnungssystematik des DRG-Systems sieht selbstverständlich auch die Verschlüsselung der, einer Behinderung zu Grunde liegenden, Erkrankung vor, sofern diese während des stationären Aufenthaltes zu einem dokumentiert erhöhten diagnostischen, therapeutischen und/oder pflegerisch-betreuerischen Aufwand geführt hat. Wie bei allen Diagnosen gilt auch hier, dass so genau wie möglich verschlüsselt werden muss. Für die Kodierung ist es daher sehr förderlich, wenn neben dem erhöhten Aufwand auch der Grund der Behinderung im Krankenblatt dokumentiert ist (z.B. traumatischer Querschnitt, geistige Retardierung durch hypoxischen Geburtsschaden, Folgezustand eines Schlaganfalls, nicht-traumatische Tetraplegie nach Myelitis, Chromosomenanomalie etc.). Ob sich eine Nebendiagnose abrechnungstechnisch bemerkbar macht, hängt wie immer in der DRG-Kalkulation davon ab, ob die Nebendiagnose eine schweregradsteigernde Relevanz besitzt, ob die resultierende Fall-DRG überhaupt schweregradgesteuert ist und ob zu guter Letzt die Kodierung der Nebendiagnosen insgesamt dazu ausreicht, den

nächsthöheren Schweregrad (und damit die höhere Vergütung) der DRG zu erreichen. Die kodierrechtliche Gruppierung von Nebendiagnosen in Zusammenhang mit einer Behinderung unterscheidet sich also nicht von der anderer Diagnosen. Eine „direktere“ Abrechnungsmöglichkeit, z.B. im Sinne eines Zusatzentgeltes (ZE) für die erhöhte pflegerische Betreuung behinderter stationärer Patienten, sieht das DRG-System derzeit lediglich für Schwerstbehinderte in einem individuell zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen zu verhandelndem Zusatzentgelt „Versorgung von Schwerstbehinderten“ vor. Die Voraussetzung zur möglichen Vereinbarung dieses ZE wäre laut ZE-Beschreibung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten durch räumliche Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder eine Spezialisierung des Krankenhauses.

In der Praxis ist es immer wieder streitig, wer zusätzliche behinderungsbedingte Leistungen bei der Pflege im Krankenhaus zu erbringen, und wer sie zu finanzieren hat. Eine Klarstellung durch den Gesetzgeber ist dringend geboten. Mindestens aber sollten auf Ebene der Länder durch die zuständigen Ministerien verbindliche Vereinbarungen mit den in Frage kommenden Kostenträgern herbeigeführt werden, welche die jeweiligen Kostenbeteiligungen klar regeln.

<sup>15</sup> Arets, J., Obex, F., Vaessen, J., Wagner, F. (1999). Seite 28-29.

# 4 Konsequenzen/ Umsetzungsstrategien

## 4.1 Schulung, Fort- und Weiterbildung, Hospitation für Pflegekräfte

Zumeist haben Pflegekräfte in ihrem bisherigen (Berufs-)leben wenig Kontakt zu Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gehabt. Sie verfügen über wenig Kenntnisse zu Behinderungsformen und deren Bedeutung für die betroffenen Menschen. Unsicherheit in der Begegnung und im Umgang mit geistig behinderten Menschen, einschließlich der teilweise besonderen Erfordernisse in der Pflege, dürften die Regel sein.

Daher müssen entsprechende Inhalte Bestandteil der Pflegeausbildungen werden. Bereits ausgebildeten Kräften sollte die Möglichkeit der Teilnahme an aufbauenden Schulungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Bereich Behinderungen gegeben werden. Dabei sollten, um Einblicke zu erlangen und Erfahrungen zu sammeln, Hospitationen in Familien sowie in Einrichtungen und Diensten für geistig und mehrfach behinderte Menschen ein wesentlicher Bestandteil sein. Dort ist die unmittelbare Begegnung mit den Menschen gegeben. Berührungängste lassen sich abbauen. Die Persönlichkeit und Individualität rückt in den Vordergrund. Diese unmittelbaren Erfahrungen verhelfen zu mehr Sicherheit in der Pflege von Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

## 4.2 Begleitbogen Pflegeanamnese

Es wäre, wie weiter vorn im Text bereits erwähnt, sinnvoll, einen Bogen zu entwickeln den die Angehörigen bzw. Bezugspersonen vor einem planbaren Krankenhausaufenthalt eines Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ausfüllen können, um wichtige Informationen an das Krankenhaus weiterzugeben. Wir haben zwei beispielhafte Informationssammlungen im Anhang beigefügt: Die Angehörigen-Informationssammlung (AIS) und den Begleitbogen der Lebenshilfe Ludwigshafen. Die AIS ist eine Informationssammlung, die vor dem Krankenhausaufenthalt von den Angehörigen oder auch von anderen Lebensbegleitern (Betreuer in Betreuungseinrichtungen, langjährige Freunde usw.) in Zusammenarbeit mit den Patienten ausgefüllt werden sollte. So können Zeitverzögerungen bei der Aufnahme verringert werden und eine Unterstützung für eine bestmögliche Vorbereitung auf den Patienten erfolgen. Ziel ist es, dass die Pflegenden über die Gewohnheiten der Patienten mit Behinderungen informiert sind, um auf diese individuell eingehen zu können. Damit haben sie beispielsweise die Möglichkeit, Missverständnissen oder Ängsten der Patienten vorzubeugen. Anzustreben ist eine individuelle Pflege, die bestmöglich auf die verschiedenen Patienten abgestimmt ist und ihre jeweiligen Bedürfnisse berücksichtigt.

Die AIS orientiert sich an dem Modell des Lebens nach Roper, Logan und Tierney. Dieses Modell berücksichtigt 5 Hauptkomponenten (Lebensaktivitäten, Lebensspanne, Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, Faktoren, die das Leben beeinflussen, und Individualisierung der Pflege). In der AIS werden diese Hauptkomponenten weitestgehend aufgegriffen. Im Zentrum stehen die Lebensaktivitäten. Ziel ist es, die Abhängigkeit eines Patienten in den verschiedenen Lebensaktivitäten zu erfassen, um individuelle Pflegemaßnahmen ableiten zu können.

Die im Anhang beigefügten Muster sollten je nach der individuellen Praxis angepasst und ergänzt werden.

Ein weiteres Modell, um Informationen über den Patienten hinsichtlich seiner Bedürfnisse sowie Un- und Abhängigkeiten zu bekommen, stellt das Modell „Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens“ nach Monika Krohwinkel dar. Dieses Modell wird hier nicht weiter erläutert, da sich die AIS an die Informationssammlung nach Roper des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein anlehnt.

## 4.3 Prozessbeteiligte, Verantwortungsbereiche und Informationsbedarf

Am Prozess der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge einer Krankenhausbehandlung geistig und mehrfach behinderter Menschen sind folgende Personengruppen beteiligt:

- Der Patient oder die Patientin mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung.
- Die Eltern und/oder gesetzlichen Betreuer
- Hausärzte oder andere niedergelassene (ggf. einweisende) Ärzte
- Fachpersonal der Einrichtungen und Dienste der „Behindertenhilfe“
- Klinikärzte
- Pflegedienstleitung (Prozessmanagement, Entlassungsmanagement)
- Stationsleitung
- Pflegefachkräfte

**Krankenhäuser müssen unbedingt Ansprechpartner benennen, die im Vorfeld der Aufnahme eines Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung kontaktiert werden können. Optimaler Weise sind das der Stationsarzt und die pflegerische Stationsleitung.**

Die Prozessbeteiligten haben folgende Verantwortungsbereiche und Informationsbedarfe:

Prozessbeteiligte	Verantwortungsbereiche	Informationsbedarf
<b>Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soweit als möglich Mitteilung von Beschwerden, Fragen, Ängsten, Wünschen und „Mithilfe“ zum Heilerfolg im Rahmen der individuellen Möglichkeiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Was ist mit mir los? Was soll mit mir geschehen? Muss das sein? Was könnte man noch machen? Bin ich damit einverstanden?“</li> </ul>
<b>Eltern/gesetzliche Betreuer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn möglich Prozesskoordination.</li> <li>• Informationen über Krankheiten, Therapien, Eigenheiten, Kommunikation des Patienten sowie über erforderliche Heil-/Hilfsmittel/Geräte.</li> <li>• Beteiligung an der Vorbereitung der Klinikaufnahme (Anamnese/Pflegeanamnese). Bei fehlender „Einwilligungsfähigkeit“ des Patienten Führen des Aufklärungsgesprächs mit dem beh. Arzt und Anästhesisten sowie Unterzeichnung der Behandlungsverträge.</li> <li>• Begleitung des Klinikaufenthaltes. Gegebenenfalls rechtzeitige Beantragung der Kostenübernahme für zusätzliches Begleitpersonal bei Krankenkasse und/oder Sozialamt.</li> <li>• Beteiligung an der rechtzeitigen Vorbereitung der Entlassung in Absprache mit der PDL und den Einrichtungen und Diensten. „Wann und wohin wird entlassen? Was ist vorzubereiten?“</li> <li>• Rechtzeitige Koordination und Antragstellung für Kostenübernahme der Nachsorge (Behandlungspflege) bei Krankenversicherung und Sozialhilfeträger (vor Beginn der Maßnahme).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übersicht/Verordnung der ständigen Medikationen und Therapien. Hinweise auf besondere Risiken (Unverträglichkeiten, Allergien, Verdauungsprobleme, Herzprobleme etc.) hinsichtlich Anästhesie und Behandlung/OP sowie Pflege und Nachsorge.</li> <li>• Erkrankung, Grund der Klinikbehandlung, Behandlungsalternativen. Aufnahmetermin.</li> <li>• Zuständige PDL.</li> <li>• Zwischen- und Schlussinformationen zum Verlauf und Behandlungserfolg. Information über Art und Umfang der Nachsorge/Behandlungspflege.</li> <li>• Geplanter Entlassungstermin mindestens eine Woche vorher.</li> <li>• Zuständige Stellen zur Beantragung von Nachsorge/Behandlungspflege bei der Krankenversicherung und dem Sozialhilfeträger.</li> </ul>
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einweisung: Information/Übersicht/Verordnung der ständigen Medikationen und Therapien. Hinweise auf besondere Risiken (Unverträglichkeiten, Allergien, Verdauungsprobleme, Herzprobleme etc.) hinsichtlich Anästhesie und Behandlung/OP sowie Pflege und Nachsorge. Rechtzeitige Verordnung der Behandlungspflegerischen Maßnahmen zur Nachsorge ab Entlassungstermin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahmetermin.</li> <li>• Zwischen- und Schlussinformationen zum Verlauf und Behandlungserfolg. Information über Art und Umfang der Nachsorge/Behandlungspflege.</li> <li>• Geplanter Entlassungstermin mindestens eine Woche vorher.</li> </ul>

Prozessbeteiligte	Verantwortungsbereiche	Informationsbedarf
<b>Fachpersonal der „Behindertenhilfe“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung, Begleitung der Eltern und ges. Betreuer. Gegebenenfalls Prozesskoordination und Übernahme von Teilaufgaben (siehe unter Eltern/ges. Betreuer) nach Absprache.</li> <li>• In jedem Falle Beisteuern wichtiger Informationen. Begleitung des Klinikaufenthaltes nach den Erfordernissen und Möglichkeiten des Einzelfalles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Siehe unter Eltern/gesetzlicher Betreuer)</li> </ul>
<b>Klinikärzte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei geplanten Aufnahmen möglichst vorher ambulante Untersuchung und Klärung des Vorgehens, Betreuungsbedarf, und -durchführung (wer, wie lange), ggf. Antrag an Krankenkasse, Risiken ggf. Vorabklärung, Medikation (Sedierung), Vorerfahrungen.</li> <li>• Aufnahmeuntersuchung immer mit Begleitperson, Erfassung behinderungsbedingter Besonderheiten, Erläuterung des Vorgehens unter Einbezug der Betreuer/Eltern/Bezugspersonen, ggf. Abweichen von Klinikroutine und Anpassung des Vorgehens.</li> <li>• Durchführung der Behandlungen, Angstabau, besonderer Überwachungsbedarf, ggf. „Überdiagnostik“, wenn keine ausreichende Auskunft d. Betroffenen möglich einschl. apparativer Überwachung, z.B. Pulsoxymeter, sorgfältige Überwachung auch unter Einbezug vertrauter Betreuer.</li> <li>• Rechtzeitige Planung der Entlassung, Anpassung des Nachbehandlungskonzeptes an die Behinderung, gute schriftliche Information des behandelnden Arztes, Unterweisung der Pflegenden, gegebenenfalls Angebot telefonischer Rücksprache, ggf. Kontakt mit speziell erfahrenen Kollegen, umfassendes Nachsorgekonzept einschließlich Medikamenten, Therapie, Lagerung, Verbänden, Kontrolluntersuchungen etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichst schriftliche Vorgeschichte, Arztbriefe zu neurologischen und anderen Krankheiten (z.B. persönliche Krankenakte der Familie), Risikofaktoren, Medikamentenunverträglichkeiten, Narkosezwischenfällen, exakte Fragestellung und Vorschläge durch amb. Arzt.</li> <li>• Evtl. vorhandene behindertenspezifische Informationen (wenig Zeit!), Erfahrungen von behandelnden Therapeuten, Verhaltensbesonderheiten und möglicher Umgang damit, Vorbehandlung, Nachbehandlungsmöglichkeiten und Ressourcen, Vorerfahrungen.</li> <li>• Zuständigkeiten, u.a. gesetzl. Betreuer (für Unterschriften), Pflegebedarf, besondere Kontrollbedarfe, Ansprechpartner bei Problemen, Rückmeldung nach Behandlung.</li> </ul>

## Prozessbeteiligte

## Verantwortungsbereiche

## Informationsbedarf

### Pflegedienstleitung

- Dokumentation aller für die Pflege und Sicherung des Heilerfolges relevanten Informationen.
- Anwendung von Leitlinien, z.B. der Expertenstandards in der Pflege des DNQP sowie die Entwicklung entspr. Dienstanweisungen.
- Feststellung erforderlicher Heil-/Hilfsmittel/Geräte.
- Information der Stationsleitung.
- Mitteilung des Entlassungstermins mindestens eine Woche vorher.
- Planung der Entlassung („Wann und wohin wird entlassen? Was ist vorzubereiten?“) und Nachsorge mit entsprechender Information der anderen Prozessbeteiligten, insbesondere Eltern/ges. Betreuer, Einrichtungen und Dienste. Unterstützung bei Organisation und Beantragung/Finanzierung der Nachsorge.

### Stationsleitung

- Planung der Aufnahme.
- Information der Pflegefachkräfte.
- Organisation erforderlicher Heil-/Hilfsmittel/Geräte.
- Anwendung von Leitlinien, z.B. der Expertenstandards in der Pflege des DNQP.

### Pflegefachkräfte

- Besondere Beobachtung, u.U. Beaufsichtigung und persönliche Zuwendung. Besondere Beachtung der möglichen, behinderungsbedingten Risiken.
- Anwendung von Leitlinien, z.B. der Expertenstandards in der Pflege des DNQP.

- Übersicht/Verordnung der ständigen Medikationen und Therapien.
- Hinweise auf besondere Risiken (Unverträglichkeiten, Allergien, Verdauungsprobleme, Herzprobleme etc.) hinsichtlich Pflege und Nachsorge.
- Erforderliche Heil-/Hilfsmittel/Geräte.
- Krankheiten, Therapien, Eigenheiten, Kommunikation des Patienten.

- Übersicht/Verordnung der ständigen Medikationen und Therapien.
- Hinw. auf besondere Risiken (Unverträglichkeiten, Allergien, Verdauungsprobleme, Herzprobleme etc.) hinsichtlich Pflege und Nachsorge. Erforderliche Heil-/Hilfsmittel/Geräte.
- Krankheiten, Therapien, Eigenheiten, Kommunikation des Patienten.

- Übersicht/Verordnung der ständigen Medikationen und Therapien. Hinweise auf besondere Risiken (Unverträglichkeiten, Allergien, Verdauungsprobleme, Herzprobleme etc.) hinsichtlich Pflege und Nachsorge.
- Handhabung erforderlicher Heil-/Hilfsmittel/Geräte.
- Krankheiten, Therapien, Eigenheiten, Kommunikation des Patienten.

## 4.4 Expertenstandards in der Pflege des DNQP

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt Expertenstandards für die Pflege. Die Pflegenden in der Praxis stehen vor der Herausforderung, ihr Handeln nach den Kriterien der Standards auszurichten. Dies erfordert eine Anpassung des pflegerischen Handelns.

Alle Standards folgen dem gleichen Aufbau (Standardaussage, Strukturstandards, Prozessstandards, Ergebnisstandards).

Nachstehend werden die Standardaussagen zu den aktuell vorhandenen Expertenstandards aufgeführt und in Bezug zu Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gesetzt.

### 4.4.1 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

*Standardaussage: Jeder dekubitusgefährdete Patient/Betroffene erhält eine Prophylaxe, die eine Entstehung des Dekubitus verhindert.*

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind häufig durch Schädigungen des Bewegungsapparates in ihren Bewegungen eingeschränkt. Durch langes Sitzen und Liegen und seltenes Bewegen bzw. Umlagern kann es daher schnell zu einem Dekubitus kommen. Diesem ist vorzubeugen.

### 4.4.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

*Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.*

Dieser Standard ist seit 2003 bundesweit gültig für den Übergang des Patienten von

der akutstationären (Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationseinrichtungen) in eine nachsorgende Betreuungsform. Für diese Einrichtungen bedeutet das eine Verpflichtung zur bedarfsgerechten Entlassungsplanung bei Patienten mit einem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf, um auch hier der Verschiedenartigkeit der Patienten gerecht werden zu können und Gleichheit im Sinne von Individualität zu gewährleisten. Die Umsetzung dieses Expertenstandards stellt somit den Informationsfluss von den Krankenhäusern zu nachsorgenden Betreuungseinrichtungen und -personen sowie ambulanten Diensten sicher. Nicht sichergestellt ist der Informationsfluss von betreuenden Einrichtungen, ambulanten Diensten oder Angehörigen in Richtung Krankenhaus. Damit gehen den Pflegenden wichtige Informationen verloren. Ziel der hier im Anhang zu findenden Angehörigen-Informationssammlung ist es, diese Informationen zu erfassen, um sie für die Pflege der Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung zugänglich zu machen.

### 4.4.3 Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege

*Standardaussage: Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.*

Bei diesem Expertenstandard ist zu beachten, dass Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung oft ein vermindertes Schmerzempfinden haben bzw. ihre Schmerzen nicht adäquat äußern oder zuordnen können.

#### 4.4.4 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

*Standardaussage: Jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze verhindert oder Sturzfolgen minimiert.*

Hier gilt ähnliches wie bei dem Standard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung können in ihrer Bewegung eingeschränkt sein und neigen daher häufig zu Unsicherheiten, Gleichgewichtsstörungen und damit zu Stürzen.

#### 4.4.5 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

*Standardaussage: Bei jedem Patienten/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.*

Ziel ist es, bei jedem Patienten die Harnkontinenz soweit möglich zu erhalten. Bereits vorhandene Schäden sollten berücksichtigt, wenn möglich beseitigt bzw. reduziert/kompensiert werden.

#### 4.5 Vorbereitung der Aufnahme und Eingewöhnung durch Pflegedienstleitung, Stationsleitung und Prozessmanagement

Um Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung die Eingewöhnung während des Krankenhausaufenthaltes zu erleichtern, sollten die folgenden Empfehlungen auf Seiten der Pflegenden beachtet werden. Die Pflegedirektionen und Pflegedienstleitungen sollen diese Empfehlungen an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeben und entsprechende Dienstanweisungen entwickeln. Informieren Sie Ihren Träger über diese Empfehlung!

#### Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in Krankenhäusern:

##### Allgemeine Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

- Informieren Sie sich über Probleme, Gewohnheiten, Ängste usw. der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.
- Versuchen Sie Abhängigkeiten der Patienten in den verschiedenen Lebensaktivitäten zu erkennen.
- Identifizieren Sie Ressourcen, existentielle Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patienten und suchen Sie einen engen Informationsaustausch mit den Angehörigen, der betreuenden Einrichtung, Dienste usw. und beziehen Sie dabei den Patienten mit ein.
- Sammeln Sie Informationen über die Behinderung, Gewohnheiten und Ressourcen der Patienten, um Missverständnissen vorzubeugen.

- Leiten Sie unmittelbar benötigte Unterstützungsmaßnahmen unter Einbeziehung von Hilfsmitteln in die Wege.
- Fördern Sie die Selbstheilungskräfte der Patienten (z.B. durch Bewegungsübungen, um den Muskeltonus zu stärken).
- Gehen Sie auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten in einem angemessenen Rahmen ein.
- Versuchen Sie, emotionale Schwierigkeiten der Patienten zu erkennen, und gehen Sie auf diese soweit wie möglich ein (z.B. Ursachen für Aggressionen erkennen).

##### Empfehlungen zur Lebensaktivität

###### „Kommunizieren“

- Suchen Sie die Kommunikation mit den Patienten und ggf. auch mit den Angehörigen.
- Ermöglichen Sie nonverbale Kommunikation durch Hilfsmittel.
- Setzen Sie Initialberührungen zur Kontaktaufnahme ein.
- Sprechen Sie deutlich und empfängergerecht in klaren Sätzen.
- Beziehen Sie die Patienten in Gespräche ein.
- Beachten Sie den Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege.

##### Empfehlungen zur Lebensaktivität

###### „Sich bewegen“

- Ziehen Sie bei Bedarf eine zweite Pflegekraft zur Mobilisation aus dem Bett hinzu.
- Informieren Sie sich über Bewegungsgewohnheiten der Patienten und orientieren Sie sich an diesen.
- Machen Sie sich Schmerzen und Beschwerden der Patienten bewusst und berücksichtigen Sie diese.

- Beugen Sie mit der Anwendung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege Dekubitalulcera vor.

##### Empfehlungen zur Lebensaktivität

###### „Essen und Trinken“

- Erfassen Sie individuelle Ernährungsgewohnheiten der Patienten wie Essenszeiten, Vorlieben, Abneigungen und Abläufe, um auf diese Bedürfnisse eingehen zu können.
- Beziehen Sie Angehörige ein, um die Gewohnheiten der Patienten zu unterstützen.
- Fördern Sie die Selbständigkeit der Patienten so weit wie möglich.
- Berücksichtigen Sie Allergien, Sondernahrung, Verdauungsprobleme und die Erforderlichkeit besonderer Kost.

##### Empfehlungen zur Lebensaktivität

###### „Ausscheiden“

- Respektieren Sie die Intimsphäre der Patienten, gehen Sie behutsam mit ihnen um.
- Achten Sie auf die Körperpflege der Patienten.
- Berücksichtigen Sie individuelle Probleme der Patienten und reagieren Sie darauf.
- Wenden Sie bei Bedarf den Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege an.

##### Empfehlungen zur Lebensaktivität

###### „Sich sauber halten und kleiden“

- Führen Sie regelmäßig die Hautpflege durch.
- Beachten Sie die Dekubitusprophylaxe.
- Wie sich Menschen kleiden, ist Ausdruck ihrer Persönlichkeit. Berücksichtigen Sie hier die Individualität der Patienten.

## Empfehlungen zur Lebensaktivität

### „Für eine sichere Umgebung sorgen“

- Sorgen Sie für eine sichere und persönliche Atmosphäre (Rituale berücksichtigen).
- Nennen Sie den Patienten die für sie zuständigen Ansprechpartner.
- Sorgen Sie dafür, dass sich immer eine oder wenige Vertrauenspersonen um einen Patienten kümmern.
- Erklären Sie den Patienten Essenszeiten, Stationsabläufe etc.
- Beugen Sie den Ängsten der Patienten vor und stärken Sie ihre Kräfte.
- Bitten Sie Angehörige um Rat und Unterstützung in schwierigen Pflegesituationen, um Ängste und Verwirrung der Patienten zu vermeiden.
- Koordinieren Sie die Zimmerbelegung entsprechend den Bedürfnissen des Patienten.
- Berücksichtigen Sie die Expertenstandards Sturzprophylaxe und Schmerzmanagement in der Pflege.

## 4.6 Vorbereitung der Aufnahme und Eingewöhnung durch Eltern, gesetzliche Betreuer oder Betreuende aus Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Der Informationsfluss von den Eltern und gesetzlichen Betreuern zum Krankenhaus ist von größter Bedeutung. Folgende Informationen sind besonders wichtig:

### Halten Sie vor der stationären Aufnahme folgende Unterlagen bereit:

- Einweisender Arztbrief
- Versichertenkarte
- Notizen über vergangene Krankenhausaufenthalte und erfolgte Operationen
- Aktuelle Medikation
- Kopien aktueller Berichte behandelnder Fachärzte

### Informationsfluss:

- Informieren Sie die PDL und SL über Probleme, Gewohnheiten, Ängste usw. Ihres Angehörigen/zu Betreuenden mit geistiger und mehrfacher Behinderung.
- Erläutern Sie die Ressourcen und Gewohnheiten der Patienten und suchen Sie einen engen Informationsaustausch mit dem Pflegepersonal.
- Fragen Sie nach, ob unmittelbar benötigte Hilfsmittel auf der Station (Stomapatienten etc.) vorhanden sind.
- Erläutern Sie emotionale Schwierigkeiten der Patienten (z.B. Aggressionen)
- Informieren Sie das Pflegepersonal, ob der Patient Hilfsmittel in Bezug auf die Kommunikation benötigt (Talker, Gebärdensprache etc.)
- Informieren Sie das Pflegepersonal über Bewegungsgewohnheiten des Patienten.

- Machen Sie auf Beschwerden und Schmerzen des Patienten und auf evtl. vorhandene Dekubitusanfälligkeit aufmerksam.
- Stellen Sie rechtzeitig vor der Aufnahme in das Krankenhaus Anträge bei Ihrer Krankenkasse und Ihrem zuständigen Sozialamt, besonders wenn eine zusätzliche Betreuung im Krankenhaus notwendig ist.

Sofern Sie nicht Sorgeberechtigter oder nicht gerichtlich bestellter Betreuer, aber dennoch eine Hauptkontaktperson des behinderten Patienten sind, bereiten Sie eine Erklärung vor, wonach Ärzte und Pflegepersonal Ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden werden. Diese Erklärung muss von dem behinderten Patienten selbst oder von seinem Sorgeberechtigten oder gesetzlichen Betreuer unterschrieben werden.

Lassen Sie sich beratend unterstützen von Ihrer örtlichen Lebenshilfe oder dem

**Landesverband Rheinland-Pfalz  
der Lebenshilfe für Menschen  
mit geistiger Behinderung e.V.  
Drechslerweg 25  
55128 Mainz**

**Tel. 06131/936600  
Fax 06131/9366090  
Mail: [info@lebenshilfe-rlp.de](mailto:info@lebenshilfe-rlp.de)**

# 5 Schlussbemerkungen

Damit Papiere Wirkung entfalten, muss ihr Inhalt in der Praxis geteilt und gelebt werden. Dazu kann ein Papier aber immer nur einen Anstoß geben, indem es eine Auseinandersetzung mit dem Inhalt auslöst. Dies hofft das Autorenteam zu erreichen. Wir bitten alle in der Leitung von Krankenhäusern, Einrichtungen, Diensten und Verbänden Verantwortlichen, diese Schrift nicht nur zu lesen und weiterzugeben, sondern darauf aufbauend eine konzeptionelle Arbeit in ihre jeweiligen Teams hineinzutragen. Unsere Empfehlungen geben einen Rahmen und einige Materialien. Die praktische Umsetzung aber sollte mit den Beteiligten dort entwickelt werden, wo sie tätig sind. Nur so kann eine nachhaltige Wirkung erzielt werden und eine individuell angemessene Qualität der Pflege von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus flächendeckend und dauerhaft aufgebaut werden.

Diese Empfehlung ist weder endgültig noch vollständig. Sie muss anhand von Erfahrungen immer wieder ergänzt, verändert und fortgeschrieben werden, um der Praxis gerecht zu werden. Dazu bitten wir Sie herzlich um Ihre Anregungen und Erfahrungsberichte.

# 6 Abkürzungsverzeichnis

<b>AIS</b>	Angehörigen-Informationssammlung	<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>AGG</b>	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer	<b>LGG</b>	Landesgleichstellungsgesetz
<b>BQS</b>	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH	<b>MASFG</b>	Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
<b>DKG</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft	<b>MDK</b>	Medizinische Dienst der Krankenversicherung
<b>DNQP</b>	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	<b>PDL</b>	Pflegedienstleitung
<b>DPR</b>	Deutscher Pflegerat e.V.	<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
<b>DPV</b>	Deutscher Pflegeverband DPV (e.V.)	<b>SGB IX</b>	Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
<b>DRGs</b>	Diagnosis Related Groups	<b>SGB XII</b>	Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe
<b>et al.</b>	et alteri oder et alii und andere	<b>SL</b>	Stationsleitung
<b>FH</b>	Fachhochschule	<b>ZE</b>	Zusatzentgelt
<b>FW</b>	Freie Wohlfahrtspflege	<b>Ziff.</b>	Ziffer
<b>ges.</b>	Gesetzlich		
<b>GfK e.V.</b>	Gesellschaft zur Förderung der Qualifizierung der Krankenpflege am Klinikum Ludwigshafen		

# 7 Literaturverzeichnis

Arets, J./Obex, F./Vaessen J./Wagner, F. (1999). **Professionelle Pflege**. 3. Auflage, EICANOS im Verlag Hans Huber, Bern, 1991.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): **Grundsatzprogramm der Lebenshilfe**, von der Mitgliederversammlung verabschiedet am 10.11.1990, Marburg, 1991, ISBN 3-88617-027-6.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): **Grundsatzprogramm der Lebenshilfe**, Marburg, 1991.

Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung: **Leitbild**, Mainz, 27.10.2001.

Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung: **Der Mensch im Mittelpunkt, Konzept der Lebenshilfe Rheinland Pfalz, für ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit geistiger Behinderung**, Mainz, 05.04.2003.

Landesverband Rheinland-Pfalz der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (2004): **Gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Bestandsaufnahme – Zukunftsmodell**, Mainz, 11/2004.

E. Spichiger et al. (2006). **Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition**, in: Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 1/2006.

# Anhang

**8.1 Angehörigen Informationssammlung (AIS) und Begleitbogen der Lebenshilfe Ludwigshafen**

**8.2 Definition von Behinderung und Krankheit**

**8.3 Literaturhinweise**

**8.4 Weiterführende Informationen**

# 8



## 8.1 Angehörigen-Informationssammlung (AIS) und Begleitbogen der Lebenshilfe Ludwigshafen

Name des Patienten: .....

Adresse des Patienten: .....

Aufnahmedatum: .....

Einweisungsdiagnose: .....

Name des Ausfüllenden (Betreuer/in): .....

In welcher Beziehung (z. B. Mutter, Vater, Onkel,  
Tante, gesetzl. Betreuer usw.) stehen Sie zu dem Patienten?: .....

Telefonnummer des Ausfüllenden (Betreuer/in): .....

Art der Behinderung: .....

Eine Patientenverfügung liegt vor:  nein  ja

### Sich bewegen

Benötigt der Patient Unterstützung?

beim Gehen  beim Stehen  beim Aufstehen  beim Sitzen

bei der Bewegung im Bett  sonstiges .....

Benötigt der Patient Hilfsmittel ?  nein  ja, welche?

.....

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen? .....

.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten, Gewohnheiten? .....

.....

### Kommunizieren

Ist die Sehfähigkeit beeinträchtigt?  nein  ja

Welche Hilfsmittel werden benötigt?  Lesebrille  Fernsichtbrille  Kontaktlinsen

Wie kann sich der Patient äußern?  verbal  mit Gebärdensprache  durch schreiben

Spricht der Patient deutsch?  nein  ja

Sprache: .....

Bestehen Sprachverständnisprobleme?  nein  ja

Spricht der Patient verständlich für Fremde?  nein  ja

Ist die Hörfähigkeit beeinträchtigt?  nein  ja

Welche Hilfsmittel werden benötigt?  Hörgerät  rechts  links

Ist die Empfindungsfähigkeit beeinträchtigt?  nein  ja, wie?

.....

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen? .....

.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten, Gewohnheiten? .....

.....

### Essen und trinken

Welche Kostform bevorzugt der Patient?  Vollkost  vegetarische Kost

sonstiges .....

Wird der Patient über eine Sonde ernährt?  nein  ja

Wenn ja, welcher Rhythmus?: .....

Welche Sonde?: .....

Hat der Patient bestimmte Abneigungen? Welche?

.....

Liegen Störungen bei der Nahrungsaufnahme vor?  nein  ja, welche?

.....

Welche Hilfsmittel benötigt der Patient bei der Nahrungsaufnahme?

.....

Hat der Patient einen Zahnersatz?  nein  ja

Wenn ja, wo und welchen Zahnersatz?  oben  Vollprothese  Teilprothese  
 unten  Vollprothese  Teilprothese

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen? .....

.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten, Gewohnheiten? .....

.....

### **Sich sauber halten und kleiden**

Hat der Patient ein Druckgeschwür (Dekubitus)?  nein  ja

Welche Vorlieben hat der Patient bezüglich der Reinigung des Körpers?  
 duschen  baden  waschen am Waschbecken

In welchem Rhythmus wäscht sich der Patient? .....

Welche Gewohnheiten hat der Patient bezüglich der Haarpflege?

.....

Sind Hautprobleme und /oder Wunden vorhanden?  nein  ja

Wie kleidet sich der Patient (Auffälligkeiten)? .....

Ist konkreter Hilfsbedarf vorhanden?  nein  ja, inwieweit?

.....

Benutzt der Patient Hautpflegemittel?  nein  ja, welche?

.....

In welchem Rhythmus benutzt er diese? Rhythmus: .....

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen? .....

.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten, Gewohnheiten? .....

.....

### **Ausscheiden**

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Urinausscheidung?  nein

ja, welche: .....

Hat der Patient ungewollten Urinabgang?  nein  ja

Wenn ja, welche Versorgungsform wird benötigt?: .....

Gibt es weitere Auffälligkeiten?  nein  ja, welche:

.....

Benötigt der Patient Hilfe bei der Urinableitung?  nein  ja

Wenn ja, welche und wie oft? .....

Benötigt der Patient Unterstützung beim Stuhlgang?  nein

ja, Unterstützung wird benötigt bei .....

Ist der Patient inkontinent bezüglich des Stuhlgangs?  nein  ja

Wenn ja, welche Versorgungsform wird benötigt?: .....

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen? .....

.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten? .....

.....

## Für eine sichere Umgebung sorgen

Nimmt der Patient Medikamente ein?  nein  ja, welche? (bitte separat auflisten)

Nimmt der Patient die Medikamente selbstständig?  nein  ja

Kennt der Patient die Wirkung der Medikamente?  nein  ja

Ist der Patient Diabetiker?  nein  ja

Wenn ja: Ist er im Umgang mit dieser Krankheit geschult?  nein  ja

Kann er seinen Blutzuckerspiegel eigenständig messen?  nein  ja

Ist der Patient Asthmatiker?  nein  ja

Wenn ja: Kann er die Dosieraerosole selbstständig anwenden?  nein  ja

Soll das Bett an der Wand stehen?  nein  ja

Hat der Patient bestimmte Ängste?  nein  ja, welche?  
.....

Gibt es vorhersehbare Probleme oder Auffälligkeiten?  nein  ja, welche?  
.....

Hat der Patient besondere Gewohnheiten?  nein  ja, welche?  
.....

Wodurch erfährt der Patient weitere Einschränkungen?  
.....

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Unterschrift des Ausfüllenden (Betreuer/in) \_\_\_\_\_

## Infobogen bei Verlegung z.B. Krankenhaus, Kur, Wohnheimwechsel

Name: \_\_\_\_\_

### 1. Wach sein und schlafen

Tages- / Nachtrythmus  vorhanden  gestört  nicht vorhanden

Dauer, Zeiten, Qualität, Einschlafrituale:  
.....  
.....  
.....

### 2. Mobilität

Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Gehen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Stehen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Bewegen im Bett	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ

Hilfsmittel zur Mobilität? Welche?  
.....  
.....

### Aufenthalt im Zimmer / in der Gruppe

Muß ständig in Sicht- und Hörweite sein  Kann sich alleine im Zimmer aufhalten  
 Kann alleine in der Gruppe sein evtl. Zeitraum angeben: \_\_\_\_\_

### Gefahrenzonen für den Bewohner im Haus

Treppen  Fahrstuhl  Elektrogeräte  Sonstiges/weitere Gefahrenzonen benennen:  
.....  
.....

### Besonderheit bei Mobilität .....

Legende: e = eigenständig, te = teilweise eigenständig, vÜ = vollständige Übernahme

### 3. Körperpflege und Kleidung

Bewohner bevorzugt:	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Duschen
waschen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
duschen	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
baden	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Haarwäsche	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Rasur	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Zahnprothese vorhanden	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/> keine
An- und auskleiden	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Auswahl der Kleidung	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ

#### Weitere Besonderheiten zur Körperpflege:

---

---

---

---

### 4. Ernährung

Mundgerechtes Zubereiten	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Aufnehmen der Nahrung	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Nutzen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Wenn ja, welche Hilfsmittel?			

#### Besondere Kostform erforderlich? Welche?

---

---

---

---

### 5. Ausscheiden

**Urin:** Kontigenz, Häufigkeit, Urinflasche, Blasenkatheter

**Stuhl:** Kontigenz, Häufigkeit, Obstipation

Trägt Windeln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tags	<input type="checkbox"/> Nachts
Gang zur Toilette		<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ
Reinigen des Intimbereichs		<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> te	<input type="checkbox"/> vÜ

Nutzen von Hilfsmitteln, welche? \_\_\_\_\_

### 6. Kommunikation

#### Orientierung

Örtlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Nein
Zeitlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Nein
Zur Person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Nein

#### Sinneswahrnehmung

Hören	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> Nein
Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Sehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Bedingt	<input type="checkbox"/> Nein
Brille/Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Brille)	<input type="checkbox"/> Ja (Kontaktlinsen)
Riechen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> Nein
Schmecken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> Nein

#### Sprechen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------

### 7. Beschäftigung – Freizeit – Sinn finden

Gestaltet Zeit selbst     Benötigt Anregung und Begleitung     Beschäftigung nicht möglich

**Freizeitgestaltung, Aktivitäten, Hobbys, Beschäftigungsideen:**

---

---

## 8.2 Definition von Behinderung und Gesundheit

### Behinderung

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs.1 Satz 1 SGB IX sowie § 2 Abs.1 Satz 1 LGG Rheinland-Pfalz)

### Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ (aus der Präambel der Satzung der Weltgesundheitsorganisation).

## 8.3 Literaturhinweise

Die **Expertenstandards des DNQP** sind zu beziehen bei:  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP  
Fachhochschule Osnabrück,  
Fachbereich Wirtschaft,  
Postfach 1940  
49009 Osnabrück,  
Fax 0541/969-2971  
Email: j.schemann@fh-osnabrueck.de;  
Internet: <http://www.dnqp.de>

Roper, Nancy; Logan, Winifred W.; Tierney, Alison J. (1989): **Die Elemente der Krankenpflege**, RECOM Verlag, Basel, 2. Auflage.

Folgende Expertenstandards liegen derzeit vor:

- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege
- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

## 8.4 Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen erhalten Sie hier:

**Landesverband Rheinland-Pfalz  
der Lebenshilfe für Menschen  
mit geistiger Behinderung e.V.**  
Drechslerweg 25  
55128 Mainz  
Tel. 06131/936600  
Fax: 06131/9366090  
E-Mail: [info@lebenshilfe-rlp.de](mailto:info@lebenshilfe-rlp.de)  
Homepage: [www.lebenshilfe-rlp.de](http://www.lebenshilfe-rlp.de)

**Deutscher Pflegeverband (DPV) e.V.**  
Mittelstraße 1  
56564 Neuwied 1  
Tel. 02631/8388-0  
Fax: 02631/8388-20  
E-Mail: [info@dpv-online.de](mailto:info@dpv-online.de)  
Homepage: [www.dpv-online.de](http://www.dpv-online.de)

## Impressum

### **Herausgeber:**

Landesverband Rheinland-Pfalz  
der Lebenshilfe für Menschen  
mit geistiger Behinderung e.V.,  
Deutscher Pflegeverband,  
Pflegedirektion des Klinikums  
der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

### **Design:**

Jutta Pötter, die gestalten. Mainz

### **Illustration:**

Jürgen Brost

### **Druck:**

Printec Repro-Druck Vertriebs GmbH,  
Kaiserslautern

Auflage: 10.000

März 2007

