

## Arbeitsgruppe 1:

# „Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen mit intellektuellen Behinderungen & Menschen mit Lernschwierigkeiten“

### Referentinnen:

- **Cornelia Geukes:** Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
- **Doris Becker-Machreich:** Capito Wien

### Ablauf

- Vorstellungsrunde
- Einführung Konzept Gesundheitskompetenz
- Situation in Österreich
- Eigene Erfahrungen
- Mögliche Verbesserungen – Kleingruppen

### Umfrage zur eigenen Einschätzung der Gesundheitskompetenz in der Gruppe

- Sehr gut: 12
- Mittelmäßig: 3
- Sehr schlecht: 0

### Eigene Erfahrungen

- Patienten- und Patientinnensicht:

Krankenhausaufenthalt: mit der Patientin wurde viel gesprochen, gut auf Person eingegangen, gut behandelt gefühlt von Pflegepersonal und co.

Krankenhausaufenthalt mit Sohn: Im Nachhinein erfahren, dass Informationen direkt nach der Geburt vorenthalten wurden; mittelmäßiger Umgang, Überforderung mit der Situation (Nasenbluten) seitens des Arztes; medizinisch nicht gut versorgt gefühlt.

Arzt bemüht verständlich zu sprechen, trotzdem hilfreich, dass Betreuerin dabei ist.

Hausarzt im Urlaub: Hausarzt vertraut mit der Situation; spricht erst Klienten an, danach Betreuer; Situation im Krankenhaus schwieriger, aber trotzdem bemüht.

Nachbesetzung im ländlichen Gebiet sehr wichtig; Patienten sollte mitgeteilt werden, warum der Arzt nicht mehr kommt; teilweise problematisch Arztwechsel

- **Pfleger-/Ärztensicht:**

Patient wurde von Hausarzt zu Herzspezialist und dann zu ihm (Psychiater) geschickt, obwohl es sich nur um eine Entzündung handelte, die bei keiner der vorherigen Untersuchungen entdeckt wurde; Kritik: unzureichende Untersuchung.

Ergänzender Kommentar von Pflegerin:

kompetente Ansprechpartner in der Einrichtung sind sehr wichtig, da der Arzt häufig die Patienten nicht kennt und dann nicht weiterkommt; das System funktioniert prinzipiell gut, es gibt allerdings viel zu wenig Personal

Arzt weiß manchmal nicht, dass Patient nur aus Angst aggressiv wird (große Unsicherheit seitens des Arztes); fehlende sozialkommunikative Kompetenz, Fehler in der Kompetenz im Umgang mit Menschen mit IB basierend auf deren Ausbildung.

Krankenhauspass erleichtert Kommunikation; Begleitung durch Betreuer mindert Selbstbestimmung des Patienten und führt dazu, dass der Arzt sich nicht mit der Person direkt auseinandersetzen muss (soll nicht das System der Betreuung kritisieren, sondern nur die Reaktion des Arztes).

Ein guter Arztbesuch zeichnet sich durch eine menschliche, ruhige und zugewandte Haltung aus → Wahrnehmung des Patienten!!

### **Was ist notwendig, damit Sie Ihre Gesundheitskompetenz verbessern?**

Was brauche ich persönlich, um besser Bescheid zu wissen?

Ernährung: Informationen über Zucker und Allergien. Wo bekomme ich gesundes Essen her? Informationsheft zur Ernährung.

Sport: mehr Informationen; zum Beispiel zur Durchführung; Infotage mit Erklärungen auf leichter Sprache.

Veranstaltungen: leicht erreichbare Veranstaltungen

Dosierte Informationsweitergabe: auf das wesentliche reduzierte Informationen

Vertrauensperson: Fokus beim Arztbesuch sollte jedoch auf der eigenen Person liegen

Beipackzettel und Befunde sollten in leichter Sprache verfügbar sein

### Wie muss das Gesundheitssystem aussehen, damit ich mich gut zurechtfinde?

Pflege: Bilder und Wörterbuch zum Thema Pflege, Darstellung gesundheitsbezogener Informationen bildlich und sprachlich leicht verständlich

Schulbildung/ Weiterbildung für Betreuer und Klienten

Informationen zum allgemeinen Arztbesuch

Sexuelle Aufklärung für Menschen mit Behinderungen

Gleiche Rechte für alle

Psychiater nach Bedarf

Ärzte sollen sich ausreichend Zeit für Untersuchungen und Erklärungen nehmen

Erreichbarkeit (räumlich und zeitlich)

System sollte ausreichend Informationen zur Verfügung stellen

Ausbildung in sozialen Berufen sollte Praktika in Einrichtungen der Behindertenhilfe verpflichtend beinhalten

Bessere Beratung (Prävention)

Assistenzärzte sollten den Patienten im Nachhinein die Befunde im Rahmen der Ausbildung nochmal in Ruhe erklären. Dies hätte positive Auswirkung auf kommunikative Fähigkeiten der werdenden Ärzte und wäre gleichzeitig sinnvoll für betroffene Patienten)

### Was muss die Politik dazu beitragen?

Ein Umdenken in der Gesellschaft ist notwendig: Eltern fördern technische Berufe, **sozialer Bereich sollte mehr gefördert** werden und attraktiver gestaltet werden (durch mehr Geld/ besseres Ansehen).

**Motivation junger Menschen** erhöhen soziale Berufe auszuüben

Ärzte brauchen **Schulungen**, besseres **Verständnis** und viel **Geduld**

Nicht nur Schulungen, sondern **Pflichtfach** in der Ausbildung (betrifft alle Menschen im Gesundheitssektor) → **inklusive Medizin** (Kommunikation, Basiswissen)

**Politik sollte die Menschen ernst nehmen und ihnen zuhören**

**Zeitungsartikel in leichter Sprache**

**Zuschüsse** für Menschen, die zu wenig Geld haben

Bei Gesetzesvorhaben sollte **Barrierefreiheit in allen Dimensionen** (**baulich** (Architekten sollten im Studium mehr zu der Thematik lernen), **kommunikativ**, **finanziell** und **sozial**) berücksichtigt werden

Barrierefreiheit bei Fachärzten gewährleisten

Mehr Geld für **Prophylaxe** (Ernährung, Sport & Bewegung)

Mobile Therapeuten sollten finanziert werden

**Wohnassistent sollte gleichzeitig Gesundheitsassistent sein**

Kur & Reha: Assistenz kostenlos dabei

**Spitalassistent**

**Ampelsystem** auf Lebensmittel

Anmerkung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern:

Medizin und Datenschutz fehlt in der Fachtagung

## Arbeitsgruppe 2: „Kommunikationskultur/Erwachsenenschutzg esetz

Referentinnen:

- **Karin Rowhani-Wimmer:** VertretungsNetz – Bewohnervertretung, Stv. Bereichsleiterin Bewohnervertretung Wien
- **Gerda Ruppi-Lang:** Eingetragene Mediatorin, Unternehmensberaterin, Spezialistin betriebliche Gesundheitsförderung Fit2WorkTheresa Kleinschuster & Flo Dürbauer

Zu Beginn des Workshops wurde eine Vorstellungsrunde gehalten, in der die TeilnehmerInnen sich und ihre vertretende Organisation kurz vorstellten und ihre persönlichen Erwartungen an den Workshop nannten. In weiterer Folge ergriff Frau Rowhani-Wimmer das Wort und führte uns kurz in die UN-Behindertenrechtskonvention ein. Sie ging auf das veränderte Sachwaltergesetz ein und erklärte den Unterschied zum neuen Erwachsenenschutzgesetz, das seit Juli 2018 in Kraft getreten ist. Dabei wurde sehr stark auf die verschiedenen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung eingegangen und welche Arten von Erwachsenenvertretungen es gibt. Aus zeitlichen Gründen wurde nicht mehr auf die Thematik der Kommunikationskultur eingegangen. Am Ende der Arbeitsgruppe wurde noch einmal auf die zu Beginn aufkommenden Fragen eingegangen und versucht, mögliche Änderungsvorschläge innerhalb des Gesundheitssystems zu nennen. Dabei kamen unter anderem folgende Punkte auf:

Es sei wichtig ausreichende Mediationsstellen zu schaffen, um möglichen aufkommenden Konflikten zwischen Angehörigen und Menschen mit Beeinträchtigung lösen zu können und weitere Schritte in die Wege leiten zu können. In diesem Zusammenhang wurde vor allem auf die Problematik verwiesen, dass es oft schwierig ist Klientinnen und Klienten und deren Elternteile auf eine Ebene zu bringen, gerade wenn es um gesetzliche Erwachsenenvertretungen geht.

Ein weiterer Punkt der genannt wurde, war die Wichtigkeit mehr Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und Personen, die keinen direkten Bezug zu Menschen mit Behinderungen haben, aufzuklären und zu informieren und somit als MultiplikatorIn zu agieren.

Weiters wurde vermehrt darauf verwiesen, dass es sich aufgrund fehlender finanzieller, als auch zeitlicher Ressourcen oft als schwierig erweist gewisse Projekte und Vorstellungen zu realisieren.

Ebenfalls wurde angesprochen, dass gerade die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen gesundheitlichen Institutionen, als auch der interne Austausch untereinander gefördert werden sollte. Dabei wurde darauf verwiesen, dass auch Informationsveranstaltungen zwischen Angehörigen, Menschen mit Behinderungen und (medizinischen) Institutionen dialogisch gestaltet werden sollten.

Außerdem sei es sehr wichtig bereits in der Ausbildung ein besseres Wissen und Bewusstsein um das österreichische Gesundheitssystem zu vermitteln und auf gesetzliche Regelungen sowie Rechte und Möglichkeiten hinzuweisen. In diesem Zusammenhang wird auch eine bessere Schulung von bereits ausgebildeten BetreuerInnen und ÄrztInnen gefordert. Vor allem bei ÄrztInnengesprächen sollte mit einer leichteren Sprache und plastischen Modellen gearbeitet werden, um den gegebenen Sachverhalt möglichst verständlich darbringen zu können.

Ein weiterer Vorschlag, um einen barrierefreieren Zugang in Krankenhäusern zu ermöglichen, war die Einführung von Peer-BeraterInnen in Krankenhäusern, so wie es beispielsweise die Barmherzigen Brüder in Wien bereits vorzeigen.

Zu guter Letzt wurde ein ebenfalls wichtiger Punkt genannt: Die Einbindung von Menschen mit Behinderungen in die Gesetzgebungsprozesse bezüglich gesundheitlicher Thematiken.

Wichtig sei es auch, Texte, wie beispielsweise das Memorandum in möglichst verständlicher Sprache zu verfassen, um die besprochenen Inhalte für alle Menschen zugänglich zu machen und verständlich zu gestalten.

Zusammengefasst von: Theresa Kleinschuster & Flo Dürrauer

## Arbeitsgruppe 3:

# „Gesundheitskompetenz: Planung & Gestaltung“

### ReferentInnen:

- Peter Nowak: Gesundheit Österreich GmbH, Abteilungsleiter Gesundheit und Gesellschaft
- Jennifer Sommer: Fonds Gesundes Österreich, Leiterin Koordinationsstelle Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

### Interaktive Frage:

Wie gut schätzen Sie Ihre eigene Gesundheitskompetenz ein?

→ sehr viel grün, Verschlechterung nach der Einheit (grün = sehr gut, gelb = mittel, rot = sehr schlecht)

### Erwartungen an diese Arbeitsgruppe:

Wie kann man dieses Thema interessanter verkaufen?

Entwicklung und Zugang zu Gesundheitskompetenz

Wie kann man die Politik dazu bewegen, sich mehr diesem Thema zu widmen?

Unterricht von Gesundheitskompetenz

Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Gesundheitsberufen

Situation Österreichs?

Zusammenarbeit und Ausbau der Institutionen

Öffentlichkeitsarbeit

Wie kann ICH meinen Teil dazu beitragen, dieses Thema der Gesundheitskompetenz zu vermitteln?

### Interaktive Frage:

Ich verstehe meine Ärztin/meinen Arzt... → sehr viel grün und grün/gelb (grün = sehr gut, gelb = mittel, rot = sehr schlecht)

### Ziel der Arbeitsgruppe:

Gemeinsames Verständnis entwickeln: Gesundheitskompetenz, unterschiedliche Bedürfnisse etc.

### Grundlage von Gesundheitskompetenz:

Was brauchen Menschen, um gesund zu leben bzw. gesunden zu können?

→ **Kohärenzgefühl**: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit (Antonovsky)

Gesundheitskompetenz

**Gesundheitskompetenz** gründet auf allgemeiner Bildung und umfasst

das Wissen,

die Motivation und → Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit

die Fähigkeiten

von Menschen, **relevante Gesundheitsinformationen**

zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.

→ **confidence – Zutrauen!!!**

Gesundheitskompetenz als Verhältnis zwischen den gestellten Anforderungen an mich und meinen Fähigkeiten.

**Selbstbestimmung** ist eine wichtige Grundlage!

**Shared decision making** (übersetzt: **geteilte Entscheidungsfindung**) ist das Ideal.



## Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz

**Zweck:** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (mittelbar)

**Wirkungsbereich:** gesamte Bevölkerung Österreichs

**Laufzeit:** 2015 – 2035

**Auftrag:** Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern

**Finanzierung:** Fonds Gesundes Österreich und andere

**Zielgruppe:** Akteurinnen/Akteure in Praxis und Forschung sowie interessierte Personen und Organisationen. Nicht direkt: Bevölkerung

**Kern-Team** als oberstes Koordinierungsgremium (Vertreter von Bundesländern, Ministerien, Organisationen usw: entscheiden wer Mitglied werden darf; welche strategischen Entscheidungen getroffen werden, politisch...)

**Koordinationsstelle** im Fonds Gesundes Österreich als Servicestelle, Wissensdrehscheibe (Newsletter, aktuelle Studien usw.)

## Darstellung von Maßnahmen und Informationen

Zb. **Train the Trainer:** Kommunikationscoachs trainieren Ärzte in der Gesprächsführung mit beeinträchtigten Menschen

Wissenscenter inkl. **Modelle guter Praxis** (Beispiele aus anderen Ländern)

Jährliche Konferenz: Graz (24.10.2018) für Entscheidungsträger und Experten

Fachhochschule Wien: Lehrkörper soll trainiert werden

Roadshow

## Vorschläge von Zuhörerinnen und Zuhörern für Memorandum (!!!)

### **Vereinheitlichung von Leistungskassen!**

Kritik von Zuhörern: Menschen mit Behinderung müssen oft um Leistungen wie zB neuen Rollstuhl ‚betteln‘! Sehr mühsames **Antragsprozedere** (Kassen fordern oft Erklärungen und lehnen Anträge ab, für Dinge, die selbstverständlich sind)

**Erfahrungsaustausch/-weitergabe** von Ärzten, die in Pension gehen und viel Wissen haben, an jüngere Ärzte

Gesprächsführung in **Ausbildung** der Ärzte mitaufnehmen

**Unterstützte Kommunikation:** Manche Ärzte haben Angst vor neuen Kommunikationshilfsmitteln (wie z.B. Sprachprogramme von Ipad). Patienten könnten sich mit einem technischen Hilfsmittel beim Arzt verständlich machen (Ipad: Symbole/Bilder/Übersetzung usw.)

Kritik am **Beipackzettel:** zu klein, zu viele Fremdwörter, zu kompliziert geschrieben etc.

Auch Unterstützung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung denkbar (Bsp: Menschen mit Migrationshintergrund beraten Menschen mit Migrationshintergrund)

Forderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen und Apotheken

Soziales Umfeld in **Übergangsprozessen** (Auszug aus dem Elternhaus) wichtig → wenn der Übergang nicht gut läuft → psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (gute Zusammenarbeit nötig!)

Finanzielle Unterstützung für **ZEIT für persönliche Kommunikation** benötigt! Mit ÄrztInnen, PflegerInnen, PädagogInnen, PhysiotherapeutInnen usw.

Mehr **ZEIT und Entlastung** für die Pflegertätigkeiten

Wie kommen Menschen in ländlichen Regionen zu Angeboten

Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Behinderungen als nachhaltige Arbeit (einmalige Interventionen sind oft nicht genug)

Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche verbessern

## Arbeitsgruppe 4:

# „Gesundheitsberufe: Aus- und Weiterbildung“

ReferentInnen:

- Anita Rieder: Medizinische Universität Wien, Vizerektorin für Lehre, Leiterin des Zentrums für Public Health
- Johannes Fellingner: Krankenhaus Barmherzige Brüder Linz

Was ist Public Health?

- im Englischen viel umfassender erörtert als im deutschsprachigen Raum
- inkludiert nicht NUR die öffentliche Gesundheitsversorgung; meint auch Strategien und Methoden, präventive und interventive Gesundheitsversorgung  
„collective action for sustained population-wide health improvement“
- der Fokus liegt auf der gesamten Bevölkerung – keine Exklusion von Gruppen!
- Fokus außerdem auf Gesundheitsverbesserung!

Wie schafft man ein System, das nach Gesundheitsverbesserung für die gesamte Bevölkerung ermöglicht?

- collective action (übersetzt: kollektive Aktion)! Niemand kann alleine etwas bewirken; nicht nur (politische) Aktion von Funktionärinnen und Funktionären muss getan werden, Anliegen und Dringlichkeiten müssen auch vorgebracht werden → Gesundheitspolitik machen alle!
- Mission (der Konferenz): barrierefreier Zugang zu Gesundheit(sverhalten), Verbesserung der Gesundheit, „fulfill society’s interest in assuring conditions in which people can be healthy“
- Gesellschaft heißt, dass sich jede einzelne Person darin wiederfinden muss!

Wozu diese Konferenz veranstalten?

- Chancengerechtigkeit! Weil es diese noch nicht gibt.
- Austausch/Netzwerk zwischen verschiedenen Interessengruppen herstellen.
- Soziale Ungleichheit zwischen Gruppen ist noch immer vorhanden!

Gibt es Interessen, welche noch nicht als solche wahrgenommen werden (und somit noch nicht inkludiert/bearbeitet werden)?

- (Soziale) Ungleichheit von und in (!) Minderheitsgruppen bereinigen versuchen
- Nicht jeder „Mensch mit Behinderung“ ist gleich!
- Religion, Herkunft, Armut, Lifestyle, Geschlecht, mentale Gesundheit etc.!
- Sensibilisierungsarbeit von höchster Priorität!

Gibt es auch Zugänge alternativ zu einer sogenannten (formulierten) „Mission“?

- Basierend auf Anti-Diskriminierungsgesetzen, Gleichstellungsberichten etc.

Wer muss aus-/weitergebildet werden und wie?

- „Um konkret (in der Ausbildung/Weiterbildung) etwas zu bewirken, muss man ein umfassendes Verständnis (von Public Health) haben in welchem Rahmen wir uns befinden.“
- Basismodul für alle Gesundheitsberufe?
- Beispiel der MedUni Wien: Ziel: Barrierefreiheit für alle Studierenden
- Genaue Überlegungen, wie viele Spezialisierten braucht man in welchen Bereichen? Bevor man sich fragt: Wie soll man sie konkret ausbilden?
- Interprofessionelle Ausbildung!! Zurzeit noch in den Anfängen. Interprofessionell = Kenntnisse zu Kompetenzen, Aufgaben, Zuständigkeiten der anderen Berufsgruppen sollen elementar sein → einhergehend damit: Evaluation: Bringt uns diese interprofessionelle Ausbildung Mehrwert?
- Soziales Element am Anfang des Medizin-Studiums: erster Kontakt mit Menschen (mit Behinderungen) – ausreichend um Verständnis zu erlangen? Ausmaß und Inhalt (Hospitation vs. Praktizieren u. Anleitung) – Handlungspunkt? Vorwiegend: Grundverständnis für Berufsgruppen in der sozialen Arbeit mit dem Menschen entwickeln; Berührungspunkte abbauen; Medizin ist nicht immer an erster Stelle!
- Curriculum: sowohl für (theoretische/praktische) Pflichtübungen als auch Wahlfächer gibt es ECTS-Punkte, ist fixer Bestandteil des Studiums und wird auch so behandelt! (Bsp.: Einführung in die Gebärdensprache)
- Schauspielprogramm an der MedUni Wien: potenziell Arbeitsplatzschaffung für Menschen mit intellektuellen Behinderungen?
- Kernaussage: ein Studium mit Berufsabschluss (keine weiterführende Spezialisierung) kann nicht leisten, dass sich MedizinerInnen in allen Settings wohlfühlen
- Input: Kompetenzzentrum würde interdisziplinäres Arbeiten gewinnbringend fördern; dialogfördernd zwischen Berufsgruppen;

## Wie können Studierende in dieser Hinsicht gefördert werden?

- Betroffene als Lehrende
- „Hands on Practice“ soweit wie möglich
- Kernaussage: zentrale Chance Studierende zu gewinnen, ist im Laufe des Studiums, die Frage stellt sich nur, wie/wo können sie abgeholt werden, wo das Interesse aufkommt?

## Was ist Prävention?

- Nicht NUR „Nicht rauchen, kein Alkohol, gesund essen etc.“ → es geht auch um soziale Faktoren, welche die Gesundheit massiv beeinträchtigen.
- Gesundheitsförderung = Ressourcenstärkung!! Nicht nur materiell, sondern mittels Gesundheitskompetenz, Bildungsgrad, Barrierefreiheit

## Diskussionpunkte/Input: Welche Wünsche für die Aus-/Weiterbildung sind offen?

- Hospitieren
- Interdisziplinarität erfahren und erlernen in der Praxis, in kleinen Schritten
- Verpflichtende Bildung im Rahmen der Gesprächsführung im Medizinstudium
- Schauspielprogramme durch freiwillige Betroffene ersetzen
- Inklusive Lehre
- In welchen Institutionen kann man Medstudis mit anderen Berufsgruppen austauschen?
- „Positive Erfahrung mit Menschen mit Behinderungen ermöglichen!“
- „Es ist schwierig Ärzte an einen Tisch mit anderen Berufsgruppen zusammensetzen“.
- Herausforderung: Zusammenarbeit, eigene und andere Kompetenzen erkennen, Verantwortung übernehmen
- „Kommunikation ist kein Soft Skill! Kommunikation muss gefördert werden.“
- „Studierende sollen intensive und kritische Reflexion des eigenen Bilds zu Menschen mit Behinderungen betreiben“
- Filme, Näherführung der Thematiken und Lebenswelten, nicht nur die Diagnose
- Tendenz Verhaltensstörungen mit Psychopharmaka zu behandeln mindern (durch großräumigere Edukation zur Thematik mit vielfältigen Perspektiven)
- Deeskalationstraining!
- Facharzt für Inklusive Medizin möglich?
- Gesundheitspass?
- Zielgruppenspezifisches Arbeiten (kollektiv genauso wie individuell)
- Lehre über die Modelle von Behinderung (nicht nur defizitärer Ansatz)

- Alternativen aufzeigen (z. B. zu großen Institutionen)
- Evaluierungen von Einstellungen (z. B. welche Vorstellungen gibt es zu einzelnen Berufsfeldern)
- „Horizont erweitern“ durch Praktikumsangebote z. B. in interdisziplinären Settings sowie Entwicklungsambulatorien
- Phänomene und Muster bei Schwer(st)-Behinderungen beobachten lernen, Alternativbehandlungen erwägen (Umfeldarbeit, Verhaltens- vs. Pharmakotherapie)
- Vermehrtes Wissen und Einsatz von unterstützter Kommunikation, Technologies, Einfache Sprache, Einsatz von Geräten (Buttons, Fernsteuerungen)
- Mehr Gesprächsführung: auch nonverbale Anamnesegespräche; Menschen inkludieren, welche nicht in sprachlichen Strukturen denken
- Schnittstellenmanagement (z. B. Entlassung von einer Einrichtung)
- Zuständigkeiten: Wer kommt den individuellen Bedürfnissen eines/einer Patienten/Patientin im Spitalsetting nach?
- Reflexion: In welchem Ausmaß/wie kann ein/e Patient/in eigenverantwortlich Gesundheitsentscheidungen treffen?
- Ethische Fragestellungen

## Arbeitsgruppe 5:

# „Gesundheit & Bewegung, Inklusion durch Schulsport“

### RefertInnen:

- Heinz Tippl: Karl Franzens Universität Graz, Lehrbeauftragter
- Maria Dinold: Sport- und Tanzpädagogin, Sportwissenschaftlerin, ZSU Universität Wien

### Vortragende: Maria Dinold

- Das Gesundsein ist nicht nur von medizinischen Komponenten abhängig.
- Im Zentrum: Ich und mein Körper
- Beeinflussbare Komponenten: Lebensweise, soziales Netzwerk
- Vernetzung mit der Umwelt (Lebensstandard)
- Verschiedene Institutionen passen sich unserem Grundzustand nicht an. (z.B. Rollstuhl)
- Förderung der Beziehungen (z.B. Kinder im Park) durch Angehörige (Eltern-Kinder)

### Fragen an die Teilnehmenden:

Wie oft kommt man aus dem Rollstuhl raus?

- Nicht so oft. Eher wegen der Bequemlichkeit.
- mit 4-Punkt-Stützen wenige Stunden Beweglichkeit (kurze Schritte) möglich.

Sind Sie in eine inklusive Schule gegangen, wie waren die Lehrer dir gegenüber?

- Sie waren überfordert. Du kannst es nicht, du brauchst es eh nicht. -- > sie machen es für einen. Ausbildung hat besser funktioniert.
- Ich habe die Sonderschule in Wien gemacht. Ich wurde gleich danach in einer Werkstätte befördert.
- Meine Eltern wollten, dass ich eine Ausbildung mache.
- Aussage von den Lehren: ich sei zu pflegebedürftig.

Wenn man an den Menschen glaubt und vor allem der Mensch selbst an sich glaubt, dann ist viel mehr möglich.

Das Umfeld trägt zur Motivation bei.

**Ein Beispiel:**

Ein Kind mit Behinderungen. 38 Therapien durchgeführt. Danach aus dem Sozialsystem rausgefallen, da junge Erwachsene ab dem 24. Lebensjahr in die Selbsterhaltung müssen. Vieles selbst erlernt von Familie. Betriebe müssen Behindertenarbeitsplätze zur Verfügung stellen. Schwer zu bekommen (nur mit Kontakte).

Psychisch sehr am Ende und wird aggressiv. Freunde haben alle einen Arbeitsplatz. Sohn muss bis 27 Jahren um jeden Euro fragen. Eltern müssen Verantwortung übernehmen. Verein oder Institution schuladisiert. Macht seit 2 Monaten eine Lehre in einem Betrieb und lernt Schritt für Schritt. Dort ist ein hohes Engagement von Einzelpersonen. Behörde sagt: Sohn ist zu alt. Eine Sonderregelung ist Wifi Prüfung.

- Relativ große Gruppe, die nach der Schule ohne Schulabschluss dasteht bzw. schlechtem Schulabschluss
- Keine Förderungen mehr, wenn man arbeiten geht. Bzw. mit gewisser Pflegestufe bekommt man keine Arbeit

**Beispiel:**

Drei Senioren haben in der Tischlerei angefangen zu arbeiten, weil sie das Gefühl hatten beitragen zu wollen.

Sie waren anfangs sehr aggressiv.

Seitdem sie bei uns arbeiten, kaum anfällig und aufgeschlossener.

**Vizepräsidentin Lebenshilfe:**

Menschen mit Behinderung und Senioren können motorische Bewegungen im Bett für 5 Minuten machen. → kein großer Aufwand. Mobilität und motorische Bewegung werden bei der Gruppe für Schwerbeeinträchtigte erhöht.

Schwieriger Prozess der „Rehabilitation“.

**Video:** Gerald Mballe

Geschichte von einem afrikanischen Jungen, der nach Italien kommt um Fußball zu spielen.

Er kam in Kontakt mit Menschen mit Behinderungen.

Verbindung zwischen Rassismus und Behinderungen.

→ Ausschluss aus der Gesellschaft.

Über den Sport eine Verbindung hergestellt.

**Vortragender: Heinz Tippl**

- Steiermark: Verein hat in den Schulen versucht das Projekt zu verwirklichen. Es sollen alle gemeinsam Sport machen können.



- Inklusives Fußballteam: Kinder mit Behinderungen und Kinder ohne Behinderungen  
→ sollen zusammen an Wettkämpfen teilnehmen.
- Über den Sport: selbstbewusstes Auftreten, Englisch, sprechen mit Politikern.
- Über den Sport i persönliche Entwicklung positiv steigern
- Zielsetzung: gemeinsamer Sportunterricht und Training

#### Fragen von den Teilnehmenden:

- Wieso sind die Special Olympics und Para Olympics voneinander getrennt?  
Persönlicher Abstoß?

**Heinz Tippel:** Die Para Olympics gibt es schon sehr lange. Da gibt es andere Auswahlkriterien. Hier geht es um Leitung. Die Special Olympics haben andere Kriterien wie: 2 jähriges Prozess (Training) und jegliche Wettkämpfe verteilt über das Jahr.

**Maria Dinold:** Bei den Para Olympics: gibt es nur 3 Sportarten bei denen Menschen mit Behinderungen mitmachen können, aber nach Regeln der Para Olympics. Bsp.: Tennis

Special Olympics: mit Behindertenpass.

Trennung aus folgenden Gründen: Organisatorische, andere Kriterien.

### Fragen an die Teilnehmenden:

Haben Sie Programme (Sport..) solcher Art in Ihrer Schule angeboten bekommen?

- Ja, aber ich hatte nicht die notwendigen Mittel um dahin zu gelangen. ( kein Geld fürs Fahrticket etc.)
- An den pädagogischen Schulen haben wir geschafft die Inklusionspädagogik zu ergänzen.
- Es gibt Instruktoeren für Behindertensportverein usw. (Mentalsportleiter). Es gibt etliche Fortbildungen.

Wie lange arbeiten Sie? Von wann bis wann? Dürfen Sie in der Arbeit Sport machen?

- Es ist schwierig, weil sich der Kollektivvertrag verändert hat.
- Sport wird nach der Dienstzeit gemacht. Das dient dem Muster der Normalisierung, weil alle andern auch nicht in der Arbeit Sport machen können.
- In den Arbeitsstätten muss Bewegung und Bewegungsmöglichkeiten inkludiert werden → im Arbeitszeitgesetz verankert (?)
- Während den Arbeitszeiten soll es Bewegungszeiten geben (Schulen, Einrichtungen,)
- So und so viel Zeit wird als Arbeitszeit anerkannt, wenn man sich bewegt bzw. Sport betreibt
- Betriebe, die Sportprogramme integrieren, sind die Krankenstände deutlich geringer,...
- Gleichberechtigter Einbau in allen Betrieben (Werkstätten, Wohnhäuser)
- Pflegepersonal, Angehöriger sollten genauso diesen Bewegungspausen machen!

Zusammengefasst von: Lavinia Corciu, Christoph Ebner

## Arbeitsgruppe 6:

# „Menschen mit intellektuellen Behinderungen im Krankenhaus“

ReferentInnen:

- **Johann Mosch** und **Walter Fuchs**: MedInclusionsambulanz Landesklinikum Melk
- **Maria Bruckmüller**, **Sabine Amon**, **Daniela Cravos**: Mehrfachbehindertenambulanz Barmherzige Brüder Wien
- **Emese Szent-Ivanyi**, **Ingrid Teufel**: Down-Syndrom Ambulanz KA-Rudolfstiftung, Wien

Ziel

Wie kann die Tätigkeit in der Kommunikation, Zusammenarbeit und in den Angeboten entsprechend sein, damit allen Personen (mit Behinderungen unterschiedlicher Art) Zugang ins Gesundheitssystem kriegen?

Wichtigste Anliegen - Was brauchen wir im Krankenhaus damit alle richtig behandelt werden?

- Ein Arzt der Zeit hat
- und der die Person in einfacher Sprach aufklären kann
- Geduld & Einfühlungsvermögen
- Entlassungsmanagement: bei der Entlassung informiert werden, was man Zuhause braucht, damit Verbesserung eintreten kann
- Begleitperson, die unterstützt und übersetzt
- Unterstützung für Leute, die psychische Probleme haben
- Zusammenarbeit zwischen Personal: Ärzte, Pädagogen & Betreuungspersonal → Kooperation
- Leute die Patienten zur Ambulanz bringen, sollen informiert sein: Betreuer muss Patient kennen (kann sonst wenig Rückmeldung geben)
- Ärzte sollen sich besser mit Syndromen auskennen
- Begleitende Dokumentation! (Hilfe für Ärzte)
  - ABER: reden die Ärzte dann vielleicht nur noch mit Assistenten und nicht mit Patienten?

Individuelle Bedürfnisse müssen angesprochen und behandelt werden → deswegen spezifische Ambulanzen für Menschen mit Behinderungen

### **MedInclusionsambulanz Landeskrankenhaus Melk**

Entstehung:

- 2012 Projektgruppe wurde gegründet
- 2014: Pilotphase
- 2015: Zwischenevaluieren: ursprünglich Terminambulanz, dann an Zeitanfordernisse der Patienten gerichtet
- 2016: Endevaluieren → offizielle Ambulanz

Wichtige Strukturen:

- motivierte Mitarbeiter, die sich weiterentwickeln, die einen Schritt mehr machen als notwendig → Schulungen!
- Mitarbeiter mit einbeziehen (Sensibilisierung im Krankenhaus!),
- Zeit für die Patienten (1h pro Patient)
- Netzwerk: Zusammenarbeit mit Zugehörigen, anderen Kliniken
- Zeitmanagement!

Anderes:

- 130 Patienten pro Jahr, viele haben lange Anfahrtszeiten
- Oft nur grundlegendes wie Blutabnahme, gynäkologische Untersuchung etc. weil der Hausarzt es nicht schafft
- Wenn notwendig ist, Sedierung zur Beruhigung (nur bei Schwerbehinderten: hier ist wichtig, dass der Patient trotzdem informiert wird)
- Patient verlässt Krankenhaus, wenn Betreuer und Patient einverstanden sind (muss nicht auf Befunde warten)

Wunsch, dass Ärzte besser informiert sein sollten über Symptome, ist nicht so wichtig: es gibt hunderte Symptome. Wichtig ist ein Vorgespräch, in dem geklärt wird, womit sich der Arzt beschäftigt und wo er sich noch informieren muss.

Die Frage, wie sich Patienten dann in bestimmten Situationen verhalten ist wichtig, allerdings ist jeder anders: wichtiger ist, dass der Betreuer die Reaktionen deuten können. Sie können viel besser als der Arzt einschätzen, wenn für den Patienten etwas in Ordnung ist und wenn nicht.

Akzeptanz ist im gesamten Krankenhaus gestiegen, seit der Entstehung der Ambulanz. Großes Verständnis beim Personal (in Dienstzeit und Außerhalb)

Geko Gesundheitspass: Besonderheiten eintragen etc. Publikation über Menschen braucht es, wenn er es selbst nicht kommunizieren kann.

## Down-Syndrom-Ambulanz KA-Rudolfstiftung Wien

Entstehung & Angebot:

- Gründung 2006 am ersten Welt Down-Syndrom Tag
- Angebot, Menschen mit DS und ihren Familien und Betreuungspersonen medizinische, psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung bieten.
- Neugeborenes bis Erwachsenenalter
- in 10 Jahren werden 700 Patienten in der Ambulanz aufgenommen - jährlich 800 Patientenkontakte
- Etwa 12 Eltern pro Jahr kommen nach auffälliger Pränataldiagnostik → tendenziell steigende Zahl aufgrund bereits in der frühen Schwangerschaft durchführbarer Bluttests
- Zuweisung durch Spezialzentren, vereinzelt auch Selbstmelder
- 25-30 neugeborene pro Jahr

Neugeborene Infobox:

- Erstberatung nach Geburt mit Basisinformationen über Förder- und Hilfsangebote.
- Erklärung und Übergabe des Down-Syndrom Gesundheitspass
- Ziel ist, diese Infobox in möglichst vielen Krankenhäuser verfügbar zu stellen

Gründe und Vorstellung:

- Information über spezifisches Netz
- Beratung von Familien
- Normalisierung im Alltag zentral
- Ressourcenaktivierung --> Wiederanlagen der Selbstwirksamkeit
- Erfahrungen vermitteln, positive Beispiele
- Familiengerechte Kontakterschließung mit anderen Familien, Kultur und Sprachkreis bezogen. Was brauchen Familien, was wollen Familien?

Medizinische Behandlungsinhalte:

- Routinekontrolle, Blutabnahme, Fragen zur Entwicklung, Infekte im Kleinkindalter, zu Schluck und Gedeihstörung, Befundbesprechung, Wachstum etc.
- Psychologische Beratung: Beziehungsgestaltung, Erziehung, Psychosexualität u. Pubertät, Verhaltensautomatismen, Probleme in Betreuungseinrichtungen.

- Sozialarbeiterische Intervention
- Einstündige interdisziplinäre Termine: medizinische Behandlungsinhalte, Erstvorstellungen nach Zuweisung, bei umfassenderen Fragestellungen, Risiken, Krisen, Auffälligkeiten, Identitätskrisen etc.

Variation in der Entwicklung: liegt selten am Kind (Eltern müssen informiert sein, welche Art von Förderung ihr Kind braucht!)

Schultaschen:

- Infomaterial für Mitschüler und deren Eltern und Pädagogen
- Ziel: Vorurteilen präventiv begegnen und dem Kind mit DS einen guten Start im Klassenverband zu ermöglichen.

Projekte der Ambulanz:

- Schwimmgruppe,
- Jugendtreff,
- Kinder malen für Kinder,
- Lebensstilprojekt MovEat (Gewinner des Wiener Gesundheitspreises),
- Weiterentwicklung (Präventionsprogramm MovEat-Spirit)
  - Grundanliegen: Verbesserung der Gesundheit! Frühes Jugendalter: Gewichtszunahme, Essen Kontrolle noch schwerer für Kinder mit DS, teils auch wegen Stoffwechselproblemen. Oft war es nicht möglich, Menschen mit DS an Angebote für Adipositas teilhaben zu lassen.
  - Adäquate Bewegung (MOVE), ausgewogene Ernährung (EAT), psychisches Wohlbefinden (SPIRIT)
  - weitere Ziele: langfristige Gewichtsstabilisierung

In der Spätpubertät, zur Zeit der Reflektion, kommt es oft zu Verdrängungen → Blockade, Verweigerung → medizinische Probleme. Sollten sich darüber äußern können, dass sie anders sind

Wichtig: sinnvolle Beschäftigung, Freundschaften, Freizeitaktivitäten

### Mehrfachbehindertenambulanz Barmherzige Brüder Wien

- vor 10 Jahren ist klar geworden, wie schwierig die Behandlung sein kann, besonders hat sich in Wien dafür das Krankenhaus der barmherzigen Brüder eingesetzt

- Im Laufe der Zeit kamen mehrfach Leute mit intellektuellen Behinderungen dazu, die sonst nirgends aufgenommen wurden → 2011: Behindertenambulanz

Kontaktaufnahme: worum gehts es? was gibt es schon (Vorbefunde)? --> Termin: 3-4 Wochen Wartezeit

Diagnosen sind oft Probleme mit der Verdauung, vielleicht Schmerzen (oft unklar), urologische Probleme, Herzprobleme etc....

Angebote:

- jedes Fach ist vertreten -- alles kann untersucht werden.
- Sensibilität im Haus, extra Termine
- Bei der Begrüßung genügend Zeit, zum wohlfühlen
- Nach Untersuchungen: Befund und Nachbesprechung in der Ambulanz, da der Befund an sich den Patienten meist gar nichts sagt
- Klassische Probleme (z.B. Blutabnahme) manchmal möglich, manchmal nicht → Kreativität bei den Untersuchungstechniken um schonend herauszufinden, was der Patient braucht.
- Es gibt nicht nur ein medizinisches Problem --> ganzheitliche Betrachtung! (psychologisches, soziales) --> Untersuchungen sollen umfangreich sein!

Geko mappen: Beschreibung des Menschen mit Besonderheiten --> viel Arbeit, aber: einfach, alle Informationen, zu beachten.

Bei nonverbalen Patienten: trotzdem versuchen, Kontakt aufzunehmen (viele verstehen, können sich aber nicht äußern) --> es lohnt sich, auf simpler Sprache etwas zu sagen, z.B. was passiert --> beruhigt!

Auch nonverbale Kommunikation beachten! (v.a. bei Kindern)

## Schlussbemerkungen & Fragen

- Psychische Probleme sind ein wichtiger Bereich momentan
- Mangel an Fortbildungen für Ärzte!
- Anregungspunkt: Mehr Kontakt der Medizinstudenten mit dem Gebiet, in Form von Seminaren oder Weiterbildungen.