

Barrierefreiheit an bayerischen Plankrankenhäusern



Abschlussbericht für das Projekt AccessBayKH

November 2020 bis Februar 2022

Zu zitieren als:

"Barrierefreiheit an bayerischen Plankrankenhäusern – AccessBayKH"
Ostbayerische Technische Hochschule Amberg-Weiden, Weiden 2022
im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Pflege und Gesundheit.
B. Dietz, M. Müller, C. Bulitta

AccessBayKH

>> Wie steht es um die Barrierefreiheit an bayerischen Plankrankenhäusern? <<

Gefördert durch:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Förderzeitraum:

November 2020 bis Januar 2022

Autoren (OTH):

Prof. Dr. med. Clemens Bulitta

Dr. Ing. Birgit Dietz

Melanie Müller

Co - Autoren:

Dr. Sabine Kirchen-Peters (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken, iso)

Frederik Lucas (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken, iso)

Klaus Helzel (TÜV SÜD)

Markus Donhauser (Bayerische Architektenkammer, Beratungsstelle Barrierefreiheit)



Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Ostbayerische Technische Hochschule
Amberg-Weiden

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	6
Projektsteckbrief	7
1 Projektbeschreibung	9
2 Ergebnisse der Exploration	11
2.1 Auftakt-Workshop	11
2.2 Dokumentenanalyse	12
2.3 Experteninterviews	14
2.4 Dimensionen der Barrierefreiheit	14
3 Ergebnisse der Bestandsaufnahme	17
3.1 Angaben zur Umfrage	19
3.2 Digitalisierung und Technik	21
3.3 Orientierung und Wegeleitsystem	25
3.4 Mobilität und Architektur	31
3.5 Kompetenz und Kommunikation	42
3.6 Versorgung	46
3.7 Verpflegung	49
4 Handlungsfelder	51
4.1 Infrastruktur	51
4.1.1 Außenanlagen	51
4.1.2 Sonstige Einrichtungen	52
4.1.3 Patientenzimmer, Nasszellen und Sanitäranlagen	53
4.1.5 Verkehrswege im Gebäude, Aufzüge und Türen	54
4.1.5. Zielkonflikte	55
4.2. Orientierung und Wegeleitsystem	56
4.3 Internetauftritt, Multimediaangebote und technische Systeme	56
4.4 Versorgung und Sicherheit	58
4.5 Verpflegung	59
4.6 Kommunikation und Kompetenz	59
5 Ausblick	61
6 Anhänge	65
6.1 Anhang A: Literaturverzeichnis	66
6.2 Anhang B: Barrierefreies Krankenhaus – mehr als nur ein paar Rampen	76
6.3 Anhang C: Unterschiedsanalyse	80

Abbildungsverzeichnis

Abb. 01	Projektlauf „AccessBayKH“	10
Abb. 02	Arbeitspaket 2 im PRISMA Flow Diagramm	12
Abb. 03	3D-Matrix Dimensionen von Barrierefreiheit	13
Abb. 04	Krankenhausträger	19
Abb. 05	Krankenhausart	19
Abb. 06	Krankenhäuser nach Anzahl der Betten	20
Abb. 07	Zusatzfunktionen der Websitegestaltung	21
Abb. 08	Dokumentation von Patienteninformationen	23
Abb. 09	Hilfsmittel für Menschen mit Seheinschränkungen	23
Abb. 10	Weg vom Parkplatz bis zum Informationsschalter für Seheingeschränkte	25
Abb. 11	Weg vom Parkplatz bis zum Informationsschalter für kognitiv Beeinträchtigte	26
Abb. 12	Weg vom Parkplatz bis zum Informationsschalter für Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen	26
Abb. 13	Gestaltung des Gebäudeplans	28
Abb. 14	Wegeleitsystem nach dem 2-Sinne-Prinzip	28
Abb. 15	Besonderheiten des Wegeleitsystems	29
Abb. 16	Integrierte Zielpunkte im Wegeleitsystems	30
Abb. 17	Nasszelle mit einer Bewegungsfläche von mind. 120x120 cm	32
Abb. 18	Nasszellen mit Bewegungsfläche im R-Standard mind. 150x150 cm	32
Abb. 19	Bewegungsflächen in Duschen und vor Sanitärobjekten 120x120 cm	33
Abb. 20	Bewegungsflächen Dusche und vor Sanitärobjekten 150x150 cm	33
Abb. 21	Barrierefreie Toiletten außerhalb des Patientenzimmers	35
Abb. 22	R-Toiletten außerhalb des Patientenzimmers	35
Abb. 23	Deutliche Erkennbarkeit von Türen durch Wand-Boden-Kontrast	36
Abb. 24	Platz zum Rangieren von mind. 50 cm neben Türgriffen	37
Abb. 25	Patientenaufzüge mit Stockwerksansage	38
Abb. 26	Barrierefreie Handlaufbefestigungen bei Rampen	39
Abb. 27	Stufenkantenmarkierung an mind. der ersten und letzten Stufe	39
Abb. 28	Barrierefreie Gestaltung des Cafés	40
Abb. 29	Barrierefreie Gestaltung des Andachtsraumes	40
Abb. 30	Barrierefreie Gestaltung der Kantine	41
Abb. 31	Gestaltung der barrierefreien Kommunikation durch das Personal	44
Abb. 32	Verbale Kommunikation in Fremdsprachen	45
Abb. 33	Schriftliche Kommunikation in Fremdsprachen	45
Abb. 34	Hinzuziehen von Dolmetscher*innen	46
Abb. 35	Gestaltung der Ausgänge	48
Abb. 36	Zutrittsberechtigung für Assistenzhunde	48
Tabelle 1:	Schulungsangebote seit dem 1. Januar 2019	43
Tabelle 2:	Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen	47

Projektsteckbrief

Hintergrund und Zielsetzung

Mit dem Begriff der Barrierefreiheit wird oftmals eine Umgebungsgestaltung assoziiert, die als rollstuhlgerecht gilt. Rampen oder Fahrstühle als Alternativen zu Treppen, barrierefreie Parkplätze in unmittelbarer Nähe des Eingangs oder ausreichend bemessene Bewegungsflächen zum Manövrieren sind offensichtliche Aspekte.

Die UN-Behindertenrechtskonvention erklärt, „dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“¹. Kaum eine Umgebung ist frei von derartigen Barrieren, auch Krankenhäuser nicht.

Bayern ließ als erstes Bundesland seine Plankrankenhäuser zum Stand der umfassenden Barrierefreiheit prüfen. Mit dem vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) geförderten Projekt „Barrierefreiheit an Bayerischen Plankrankenhäusern - AccessBayKH“ wurde ein Überblick über die aktuelle Situation an den bayerischen Krankenhäusern geschaffen, um darauffolgend Handlungsfelder zur weiteren Etablierung von Barrierefreiheit im Krankenhaus zu identifizieren. Ziel ist es, möglichst alle in den Krankenhäusern angebotenen Leistungen der gesamten Bevölkerung uneingeschränkt zur Verfügung zu stellen. Das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen §4 Barrierefreiheit beschreibt dies folgendermaßen: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“

Methodik

Das Vorhaben wurde im November 2020 begonnen und mit Abgabe des Abschlussberichtes am 28. Februar 2022 beendet.

Die nun vorgelegte Arbeit basiert auf strukturierten Experteninterviews, einer Literaturrecherche sowie einer schriftlichen Onlinebefragung der bayerischen Plankrankenhäuser.

Ergebnisse

Bereits in den Interviews wurde deutlich, dass die bayerischen Krankenhäuser einige Themenbereiche der Barrierefreiheit gut abdecken, aber doch in vielen Bereichen im Hinblick auf einzelne Zielgruppen Verbesserungsbedarf besteht.

Die Ergebnisse der Onlineumfrage bestätigen, dass für mobilitätseingeschränkte Menschen schon viel erreicht werden konnte. Doch auch hier beginnen die Probleme oft schon mit dem Ankommen, nur vom Taxisstand aus scheint das Erreichen des Eingangsbereiches gut zu funktionieren.

Besondere Bedürfnisse von Patient*innen mit einer Demenzerkrankung oder auch die von Seh- und Höreinschränkungen Betroffenen können nur zum Teil abgedeckt werden.

Für Menschen mit besonderen Bedürfnissen bei der Ernährung dagegen wird bereits eine Vielzahl von Möglichkeiten angeboten. Hier ist neben der üblichen Essensversorgung auch Diät- und Schonkost sowie hochkalorische Kost zu finden. Zwar kann oft auch auf Lebensmittelunverträglichkeiten oder vegetarische und vegane Ernährungsformen Rücksicht genommen werden, nicht aber auf koschere oder halal-konforme Kost und geänderte Essensroutinen wie in der Zeit des Ramadan. Kultursensibilität scheint in der Küche noch nicht ausreichend Berücksichtigung zu finden.

Die Häuser erachten laut den Umfrageergebnissen die Personalkompetenz als wichtigste Grundvoraussetzung für einen barrierefreien Krankenhausaufenthalt. Zwar wurden Schulungen zum Umgang mit mobilitätseingeschränkten, mehrfachbehinderten oder auch kognitiv beeinträchtigten Menschen durchgeführt, doch fanden in den vergangenen drei Jahren kaum Schulungen für den Umgang mit seh- und hörbeeinträchtigten Menschen statt, in über 80% der Häuser wurden diese gar nicht angeboten. Bei der Vielfalt der Schulungsangebote sollte diesbezüglich nachgebessert werden.

Fazit

Barrierefreiheit ist aktuell kein priorisiertes Thema. Obwohl sich die Annahme bestätigt, dass die bauliche Barrierefreiheit bereits gut umgesetzt wird, finden sich wichtige Handlungsfelder in allen Bereichen der Infrastruktur.

Hör- und Seheinschränkungen sowie kognitive Einschränkungen erhalten bislang weniger Aufmerksamkeit als Mobilitätseinschränkungen.

Gesetzliche Mindestanforderungen scheinen nicht ausreichend, um umfassend Barrierefreiheit in den Krankenhäusern herzustellen. Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass das Vorhaben, eine Krankenhausumgebung barrierefrei zu gestalten, immer mit Zielkonflikten verknüpft sein wird, da die Bedürfnisse der Nutzergruppen sehr unterschiedlich sind.

Handlungsbedarfe werden ebenso in Bereichen wie Allergie & Ernährung, Teilhabe, sozio-kulturelle Faktoren aber vor allem alarmierend, auch in der Sicherheit und dem Brandschutz sichtbar.

Der Weg aus der Exklusion und Separation von Menschen, die mit Einschränkungen leben, über die Integration bis hin zur Inklusion ist noch weit!

1 Projektbeschreibung

Barrieren sind in nahezu allen Lebensbereichen zu finden. Insbesondere Menschen mit Behinderung, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben“ (Bentele, S. 8) erleben erhebliche Einschränkungen ihrer gesellschaftlichen Partizipation. In Deutschland leben ca. 10 Millionen Menschen mit einer Behinderung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). Davon gelten 7,9 Millionen Menschen, also ein Anteil von ca. 6,5% der gesamten Bevölkerung, als schwerbehindert (Statistisches Bundesamt, 2020).

Auch Einrichtungen des Gesundheitswesens sind nicht frei von Barrieren. Die Krankenversorgung und das Krankenhaus erleben seit Jahren vielfältige Wandlungen und müssen sich seither vielen Herausforderungen stellen, damit die sich rasch verändernden Versorgungsaufgaben gelöst werden können. Deutlich wird das – um nur einige wenige Beispiele zu nennen – an der demografischen Entwicklung oder dem Infektionsschutz während der COVID-Pandemie.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ließ deshalb für den Freistaat Bayern als erstes Bundesland im Rahmen des Projektes „AccessBayKH“ prüfen, mit welchen Barrieren man sich im Kontext des Krankenhauses konfrontiert sieht, was die bayerischen Krankenhäuser unter Barrierefreiheit in diesem Zusammenhang verstehen, welche Faktoren sich als förderlich oder hemmend für die Etablierung von Barrierefreiheit herausstellen und wie sich der aktuelle Stand der Umsetzung von Barrierefreiheit an bayerischen Krankenhäusern gestaltet.

Projektteam

Das interdisziplinär angelegte Projekt kombinierte Fachwissen aus den Bereichen Architektur, Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Medizin und Medizintechnik. Die Studie wurde von einem Projektteam der Ostbayerischen Technischen Hochschule Amberg-Weiden durchgeführt und koordiniert.

Eingebunden war das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken (iso). Durch langjährige Forschungspraxis z. B. in den Arbeitsfeldern der gesunden Arbeitswelt und der Versorgungsinnovationen im Pflege- und Gesundheitswesen konnte vielfältiges Expertenwissen einfließen.

Eine Unterstützung des Projektes erfolgte durch das Bayerische Institut für alters- und demenzsensible Architektur (BlfadA) in Bamberg mit Expertise in den Bereichen Forschung, Lehre und Beratung mit Schwerpunkt auf Architektur und Design für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz.

Mit der Fachgruppe „Barrierefreiheit“ des TÜV SÜD wurde Expertise in Bautechnik und im barrierefreien Bauen in Pflegeeinrichtungen sowohl bei Bestands- als auch Neubauten eingebracht.

Die Beratungsstelle Barrierefreiheit der Bayerischen Architektenkammer komplettierte das Expertenteam.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewährleistete neben einem regelmäßigen Wissensaustausch auch einen fachlichen Diskurs und eine kritische Reflexion im gesamten Projektverlauf.

Arbeitsphasen, Planung und Ablauf

Die Laufzeit des Projektes war ursprünglich vom 1. September 2020 bis Ende November 2021 datiert. Eine Verschiebung wurde notwendig, da erst nach Eingang des Bewilligungsbescheides vom 17.09.2020 weitere Schritte für die Zusammenstellung des Teams (Stellenausschreibung etc.) eingeleitet werden konnten und sich der Pandemie geschuldete weitere zeitliche Verzögerungen ergaben. Aufgrund der Verschiebung des Zeitplanes um drei Monate wurde eine entsprechende, kostenneutrale Laufzeitverlängerung des Projektes bis Januar 2022 bewilligt sowie die Abgabe des Abschlussberichts zum 28.02.2022 festgelegt.

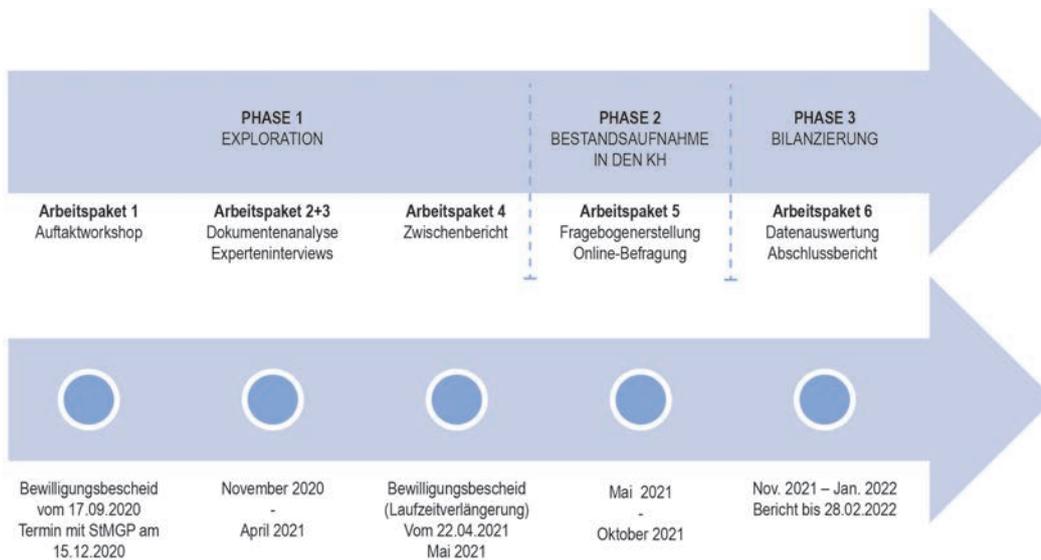


Abb. 01
Projektlauf
„AccessBayKH“

2 Ergebnisse der Exploration

2.1 Auftakt-Workshop

Ziel des Auftaktworkshops am 15.12.2020 war die gemeinsame Abstimmung zwischen den gewünschten Projektzielen des Ministeriums und der Konzeption des Projektvorhabens seitens der Forschungsgruppe der OTH AW. Hierfür wurde der Arbeits-, Zeit- und Kostenplan bewertet, als auch das methodische Vorgehen besprochen.

Auf Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention und den gesetzlichen Vorgaben in Deutschland wurden erste inhaltliche Diskussionen geführt. Intensiv erörtert wurde die Frage, wie politische Vertreter Barrierefreiheit an den Krankenhäusern bewerten. Als Gesprächsanstoß diente folgende Antwort aus der Staatskanzlei (2017) auf die schriftliche Anfrage einer Abgeordneten, wann Bayern barrierefrei sei: „Für einen möglichst barrierefreien stationären Aufenthalt von behinderten Menschen liegen mittlerweile Arbeitshilfen der Staatsregierung für die Klinikträger vor. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass das Prinzip der Barrierefreiheit an bayerischen Plankrankenhäusern baulich bereits weitestgehend umgesetzt wurde“.

Weitere Impulse zur Definition von Barrierefreiheit im Krankenhaus wurden vom BlfadA (Bayerische Institut für alters- und demenzsensible Architektur), das sich bereits seit einigen Jahren mit der Thematik auseinandersetzt, gegeben. Es waren u.a. auf der Alzheimer-Konferenz in Den Haag und der European Hospital Conference in London (beide 2019) Postkarten mit der Frage, was die Konferenzteilnehmer*innen unter Barrierefreiheit im Krankenhaus verstehen, verteilt worden. Unterschiedliche Fachleute gaben kurze, schriftliche Statements ab und lieferten somit Hinweise zu wichtigen Aspekten der Barrierefreiheit im Krankenhaus aus vielfältigen Perspektiven. Diese Erhebung wies bereits auf offene Fragen, Nöte, Sorgen und Handlungsbedarfe hin.

Zum Abschluss des Workshops wurden die nächsten Schritte diskutiert und abgestimmt.

2.2 Dokumentenanalyse

Ziel der Dokumentenanalyse war es, relevante Unterlagen zum Thema der Barrierefreiheit im Krankenhaus zu sichten, um zu ermitteln, welchen Barrieren unterschiedliche Nutzergruppen, wie bspw. Patient*innen oder Mitarbeitende, gegenüberstehen.

In einer ersten orientierenden Recherche wurden u.a. Krankenkassen nach Empfehlungskatalogen für ihre Versicherten befragt und bestehende Erhebungsinstrumente gesichtet, die für das Thema der Barrierefreiheit in Krankenhäusern variierende Schwerpunktsetzungen behandelten. Insgesamt wurden 33 Checklisten mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung gesichtet. Diese betreffen Gebäudestrukturen, bauliche Normen und Richtlinien, Umgebungsgestaltungen für kognitiv oder in ihrer Motorik beeinträchtigte Menschen sowie für Seh- und Hörbeeinträchtigte. Auch erste Hinweise zur Bedeutung von Ernährung konnten hier gewonnen werden. Darüber hinaus widmeten sich manche Analysewerkzeuge dem Wissensstand des Einrichtungspersonals und der Interaktion bzw. Kommunikation. Zur ersten orientierenden Recherche zählten auch Abfragen im Internet oder die Suche in wissenschaftlichen Datenbanken mit einzelnen Suchbegriffen. Insgesamt konnten über dieses Vorgehen 587 Quellen identifiziert werden.

Auf diese orientierende Recherche aufbauend folgte eine systematische Literaturrecherche. Um den aktuellsten Forschungsstand in seiner Umfänglichkeit erfassen zu können, wurden mehrere wissenschaftliche Datenbanken hinzugezogen: PubMed und Medline, LIVIVO und MedPilot, als auch Science Direct und JSTOR. Da sich die Handhabung der Literaturrecherche zwischen den Datenbanken unterscheidet (Nutzung von Operatoren, Anzahl der Keywords etc.), wurden unterschiedliche Vorgehensweisen angewandt. Hierzu zählten Suchstrategien, die einige wenige Suchbegriffe miteinander vereinten oder ein Suchpfad, der alle Suchbegriffe kombinierte. Über die systematische Datenbanksuche konnten 192 Quellen erfasst werden. Die Dokumentenanalyse umfasste anfänglich 779 Quellen. Zur Selektion dieser großen Datenmenge auf 150 Quellen (Anhang A) wurde eine Dokumentenanalyse mithilfe des PRISMA Flow-Diagramms durchgeführt.

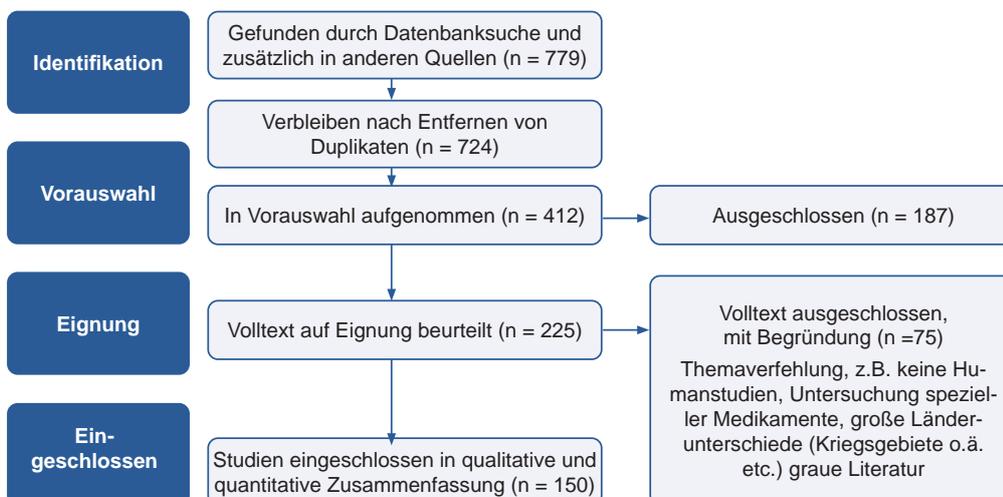


Abb. 02
Arbeitspaket 2
im PRISMA
Flow Diagramm

In der **Diskussion der Dimensionen** von Barrierefreiheit im Krankenhaus wurde deutlich, wie unterschiedlich die Perspektiven der Nutzergruppen, die allesamt unterschiedlichen Bedürfnisse mitbringen, sind. Sogar innerhalb der Nutzergruppen werden die anzulegenden Kriterien unterschiedlich beurteilt. So entstand die Idee, Barrierefreiheit im Krankenhaus in einem drei-dimensionalen Arbeitsmodell darzustellen.

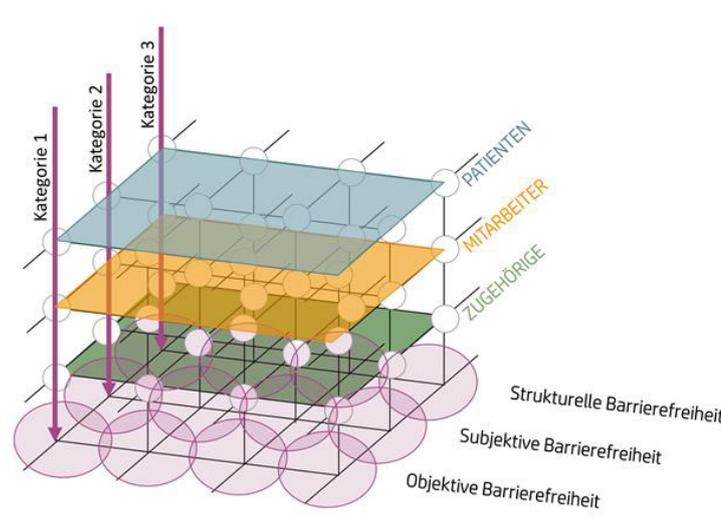


Abb. 03
3D-Matrix
Dimensionen
von Barrierefreiheit

Die **erste Dimension** zeigt die verschiedenen Kategorien mit Indikatoren für Barrierefreiheit im Krankenhaus. Als deren 12 Kategorien wurden folgende definiert:

- Innen-/ Architektur und Technik
- Bewegen (körperliche Einschränkungen)
- Sehen
- Hören
- Psychische Faktoren (Verstehen)
- Sicherheit / Hygiene
- Sicherheit / Brandschutz
- Interagieren und Teilhabe
- Wohlfühlen / Orientieren
- Sozio-Kulturelle Faktoren
- Versorgung und Ernährung
- Effektivität, Effizienz, Qualität (Mitarbeiter)

Die **zweite Dimension** stellt Barrierefreiheit aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Nutzergruppen dar. Dem der Patient*innen, der Mitarbeiter und des Personals.

Die **dritte Dimension** verdeutlicht, dass Barrierefreiheit objektiv (messbar), subjektiv (individuell wahrnehmbar) und strukturell (prozessorientiert) betrachtet werden kann.

2.3 Experteninterviews

Da das Erleben von Barrieren und damit die Bedeutung von Barrierefreiheit im Krankenhaus je nach Nutzergruppe bzw. Rolle (Patient*in, Zugehörige, Personal und Expert*innen) variieren kann, wurde auch ein qualitatives Erhebungsverfahren in Form leitfadengestützter Experteninterviews genutzt.

Die Interviews boten die Möglichkeit, die in der Auswertung der Unterlagen gewonnenen Ergebnisse zu verifizieren. Sie orientierten sich an folgenden Leitfragen:

- Welche konkreten Barrieren erleben die verschiedenen Nutzergruppen?
- Gibt es Zielkonflikte zwischen den Bedürfnissen der unterschiedlichen Gruppen?
- Inwieweit ist es möglich, die auftretenden Barrieren in ihrer Bedeutung zu priorisieren?

Wichtig für die Auswahl der Interviewteilnehmer*innen waren deren unterschiedliche Berührungspunkte zum Krankenhausalltag (z. B. Arbeitsplatz, eigene Behandlung etc.) und Interesse an einer Optimierung der Barrierefreiheit, was besonders auf die Personengruppe der Patient*innen, Mitarbeiter*innen und Interessensvertreter*innen zutraf. Zum Kreis der Teilnehmenden gehörten Patient*innen, ärztliches und pflegerisches Personal, verschiedene Interessensvertretende und Expert*innen u.a. in den Bereichen der Ernährung, des Sehens/der Beleuchtung, des Hörens, der Informationstechnologie, der Hygiene, der Kommunikation und der Architektur.

Die 19 Interviewten im Alter von 25 bis 61 Jahren stimmten der freiwilligen Teilnahme sowie den in einem Informationsblatt aufgeführten Bedingungen zu. Die Gespräche wurden mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet und per Videokonferenz (Big Blue Button, Zoom) oder telefonisch durchgeführt. Die Transkription erfolgte manuell, einige konnten mit einer automatischen Spracherkennung der Software f4x generiert werden. Auf Wunsch erhielten die Interviewpartner*innen das Gesprächsprotokoll. Die Interviewauswertung wurde mit der Software f4analyse und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen.

In den Gesprächen wurden häufig Hinweise zu Allergien- und Lebensmittelunverträglichkeiten angemerkt, was in diesem Umfang nicht erwartet wurde. Auch Barrierefreiheit im Bereich der Informationstechnologie wurde große Bedeutung zugemessen, doch zeigte sich, dass das Thema in den Krankenhäusern eine niedrige Priorität einnimmt. Eine Zusammenfassung der Interviewauswertungen befindet sich in Anhang B.

2.4 Dimensionen der Barrierefreiheit

Aus den Ergebnissen der Exploration wurde eine Schlagwörter-Liste erstellt, die alle Kategorien umfasst und die vielfältigen Facetten der Barrierefreiheit im Krankenhaus abbildet. Die Kategorien wurden den drei Bereichen der objektiven, subjektiven und strukturellen Barrierefreiheit zugeordnet und bildeten die Grundlage für die Erstellung des Fragenkatalogs zur Bestandsaufnahme in den Krankenhäusern im Rahmen der 2. Projektphase

- Objektive Barrierefreiheit

Die **objektive Barrierefreiheit** steht für die Erfüllung von Normen, Standards und Richtlinien, die für außenstehende Personen überprüfbar bzw. messbar sind. Sie sind u. a. in den Bau-gesetzen und Vorschriften im deutschen Bauwesen verankert und finden sich als Empfeh-lungen für barrierefreies Bauen in der DIN 18040 oder auch in der DIN EN 17210. Diese geht teilweise über rein bauliche Aspekte hinaus. Kriterien der objektiven Barrierefreiheit betreffen vorrangig die sichtbare Umgebungsgestaltung, deren Fehlen physische Hürden aufbaut.

objektive
Barrierefreiheit

Eine der Kategorien behandelt das Thema **Architektur und Innenarchitektur**. Hierzu zählt das Ankommen der Patient*innen, der Eingangsbereich, die allgemeine Erschließung des Gebäudes, der Aufbau der Stationen, das Pflegebad bzw. die Nasszellen und die Außen-bereiche. Grundsätzlich sollten diese Bereiche eine barrierefreie Wegeführung mit einem durchgängigen und verständlichen Leitsystem vorweisen und die Einhaltung vorgegebener Maße für u. a. ausreichenden Rangierspielraum für Rollstuhlfahrer berücksichtigen.

Die Kategorie Technik bildet die **technische Ausstattung und Digitalisierung** innerhalb des Krankenhauses ab. Aufgeführt werden zum Beispiel Bedienelemente, die für jede Person intuitiv und mit minimaler Betätigungskraft zu nutzen sein müssen oder auch unterstützen-de Lichttechnologien.

Eine weitere Kategorie im Bereich der objektiven Barrierefreiheit betrifft die Personenrettung im Brandfall nach DIN EN 17210, **Brandschutz für alle**. Dies beinhaltet z.B. gekennzeich-nete Bereiche für Zwischenaufenthalte und sichere Zonen für alle nicht zur Eigenrettung fähigen Personen, horizontale Möglichkeiten der Evakuierung sowie Evakuierungshilfen (z. B. für kognitiv eingeschränkte Personen) und entsprechend geschultes Personal. Wichtig ist auch das Vorhandensein eines Flucht- und Rettungsplans, der für alle Patient*innen mit unterschiedlichen Einschränkungen möglichst gleichermaßen erfassbar und verständlich ist.

- Subjektive Barrierefreiheit

Subjektive Barrierefreiheit meint die von den Patient*innen persönlich wahrgenommene Barrierefreiheit. Sie basiert auf den individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzel-nen und kann daher von Personen mit grundsätzlich gleichartiger Behinderung unterschied-lich bewertet werden.

subjektive
Barrierefreiheit

Hierzu zählen Beeinträchtigungen der Motorik, die der Kategorie **Bewegen** (körperliche Ein-schränkungen) zugeordnet wurden. Nachdem hier jedoch primär Bewegungsflächen und das Mobiliar bariatrischer Patient*innen benannt wurden sowie hinreichenden Abstands-flächen für verschiedene Hilfsmittel, u. a. Rollstühle oder Rollatoren, wurden nach ausführ-licher Diskussion diese Hinweise der Kategorie Architektur zugeordnet.

Die Kategorie **Seheinschränkung, Farben-/Blindheit** enthält vorrangig Informationen zur gu-ten Lesbarkeit von Beschilderungen, wie deutliche Kontraste, großformatige Ausgaben von Papierdokumenten oder die Zurverfügungstellung von Lupen. Auch taktile Hilfen spielen für blinde Personen in- und außerhalb des Gebäudes eine große Rolle. Kontraste allgemein können ebenfalls als Unterstützung zur Orientierung dienen. Gute Beleuchtungskonzepte ermöglichen ein Zurechtfinden sowie das Lippenlesen.

Für **Höreinschränkungen bzw. Taubheit** gilt, den vorhandenen Lärmpegel im Haus zu beachten, der bspw. durch einen technischen und baulichen Schallschutz kompensiert werden kann. Des Weiteren ermöglichen Hörverbesserungssysteme, Dolmetscher-Dienste, Hör- und Sprachhilfen in Form digitaler Geräte die Kommunikation während des Krankenhausaufenthaltes.

Neben physischen Einschränkungen haben kognitive Defizite eine gleichgewichtete Bedeutung für eine barrierefreie Patientenversorgung. Die Kategorie **Verstehen** (u. a. psychische Faktoren) veranschaulicht in diesem Bezug unterschiedliche Aspekte, die Orientierung dieser Patient*innen ermöglichen. Zu diesen zählen z. B. Patientenlotsen oder die Begleitung durch Bezugspersonen, eine stressreduzierende Umgebung ohne Reizüberflutung der Betroffenen und geschultes Personal in Validation.

Die grundlegende Wegeführung sollte zudem systematisch und durchgängig gestaltet sein, um barrierefreie **Orientierung** zu ermöglichen. Neben markanten Punkten können ein gut eingesetztes Farbkonzept oder Beschilderungen mit Zeitangaben zum Erreichen des Zielortes zum Sicherheitsgefühl beitragen. Auch barrierefreie Websites, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt zur Informationsgewinnung dienen, sind dieser Kategorie zugeordnet.

Auch **sozio-kulturelle Faktoren** sind bezüglich einer barrierefreien Patientenversorgung von Wichtigkeit. Das Ausleben individueller Bedürfnisse und das Vorhandensein entsprechender Räume sind hierbei entscheidend, was auch den Krankenhausaufenthalt von Menschen verschiedener Kulturen in Hinblick auf die Religionsfreiheit inkludiert.

Die letzte Kategorie der subjektiven Barrierefreiheit schließt die **Allergiesensibilität, Medikamentengabe und Verpflegung** ein. Verschiedene Ernährungsformen müssen in Anbetracht der Zunahme von (Nahrungsmittel-) Unverträglichkeiten oder sozio-kulturellen Trends berücksichtigt werden. Überdies ist eine benutzerfreundlich angepasste Nahrungsaufnahme in Form von Fingerfood oder Ess- und Trinkhilfen wünschenswert.

- Strukturelle Barrierefreiheit

Arbeitsabläufe und -prozesse (Workflows) innerhalb der Krankenhäuser fallen unter die **strukturelle Barrierefreiheit**. Diese organisatorischen Gegebenheiten beeinflussen die Patientenversorgung indirekt. Da Hinweise hierzu sehr speziell u.a. Organisationsabläufe, z.B. der Visite, beschreiben, fokussiert die Analyse hier auf Arbeitsumfeld und Mitarbeiterqualifikation.

strukturelle
Barrierefreiheit

In der Kategorie **Arbeitsumfeld und Mitarbeiterqualifikation** werden beispielsweise barrierefreie Arbeitsplätze durch die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zur Minderung der Arbeitsbelastung in der Pflege aufgeführt, der Einsatz von Assistenztechnologien, die Kompetenzen des Personals durch regelmäßig stattfindende Fort- und Weiterbildungen oder die Handhabung von Patienteninformationen bzw. die damit verbundenen Kommunikationsprozesse.

3 Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Die Mitwirkung des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken im Projekt „Analyse der Barrierefreiheit an Bayerischen Krankenhäusern“ umfasste die Planung und Umsetzung der Onlinebefragung sowie die erforderliche Abstimmung mit den Kooperationspartnern und dem StMGP (AP5).

Die Erarbeitung eines umfassenden Entwurfs, der die Interessen aller involvierten Fachdisziplinen integrierte, erforderte einen hohen Besprechungs- und Kooperationsaufwand. Auf der Grundlage der Ergebnisse aus Projektphase 1 (Exploration) sowie aus eigenen Recherchen wurden zunächst übergeordnete Dimensionen entwickelt, anhand derer der Aufbau des Fragebogens strukturiert werden konnte. Unterschieden wurde zwischen objektiven Barrieren (z.B. Vorhandensein von rollstuhlgerechten Aufzügen), subjektiven Barrieren (z.B. Verwendung von leichter Sprache) und strukturellen Barrieren (z.B. Angebot von Schulungen, verschiedene Einschränkungen betreffend). Nach Vorlage eines ersten Entwurfs für eine umfassende Bestandsaufnahme im Mai 2021 erfolgte in mehreren Arbeitsschritten eine fachliche Abstimmung mit allen Kooperationspartnern.

Die Testfassung des Fragebogens wurde daraufhin einem mehrstufigen Qualitätscheck unterzogen. Alle Fragenkomplexe wurden in neun halbtägigen Zoom-Meetings von der OTH (Birgit Dietz), dem TÜV SÜD (Klaus Helzel) und der bayerischen Architektenkammer (Markus Donhauser) diskutiert. Es folgte Ende Juli 2021 ein Methodenworkshop mit dem wissenschaftlichen Experten Professor Dr. Lukas Nock, Hochschule Mannheim. Die daraus resultierenden Anregungen zur Optimierung des Instruments wurden eingearbeitet. Anschließend wurde der Fragebogen einer „externen“ Prüfung unterzogen: In fünf Krankenhäusern erfolgte ein Test, um die Praxistauglichkeit zu prüfen. Dabei ging es im Wesentlichen darum zu erfahren, ob die Fragen verständlich und eindeutig formuliert waren, ob Aspekte vergessen wurden und wie hoch der zeitliche Aufwand für die Bearbeitung ist. Für eine gute Qualität des Instruments sprach, dass aus der Testphase nur wenige Überarbeitungsbedarfe resultierten, die keine strukturellen Faktoren des Instruments betrafen. Der Zeitaufwand zur Beantwortung wurde mit durchschnittlich rund 30 bis 40 Minuten angegeben, was vom Access-Team als vertretbar eingeschätzt wurde.

Nach dem Pretest fanden letzte Abstimmungsgespräche aller Projektbeteiligten sowie dem StMGP statt, nach denen die Vorbereitung des Versands erfolgte. Das StMGP steuerte ein „Motivationsschreiben“ bei. Eine Kontrolle der Email-Adressen wurde vom iso mit Unterstützung der OTH Weiden durch eine Internetrecherche und ergänzende Telefonate erledigt.

Für die technische Umsetzung der Befragung wurde die digitale Infrastruktur und Serverkapazität eines Online-Dienstleisters genutzt. Die Anonymität der Bearbeitenden konnte gewährleistet werden, da die Daten nicht den einzelnen Krankenhäusern oder Personen zugeordnet wurden. Durch die Einstellung der Vorlage in das vorgegebene digitale Format musste eine weitere Überarbeitungsschleife eingezogen werden, um die abzufragenden Inhalte den vorhandenen Frageformaten anzupassen. Der Fragebogen wurde schließlich am 30.09.2021 online gestellt. Bis zur Schließung der Umfrage nach 61 Tagen am 29.11.2021 erfolgte ein fortlaufendes Monitoring durch die Mitarbeiter*innen des iso-Instituts.

Da außer dem Motivationsschreiben des Ministeriums keine Incentivierung (Prämien o.ä.) für die Befragungsteilnehmenden vorgesehen war und sich die angefragten Verantwortlichen der Krankenhäuser wieder mit dem Anlaufen einer weiteren Coronawelle konfrontiert sahen, entwickelte sich der Rücklauf zunächst schleppend. Deshalb lancierten die Projektbeteiligten des iso-Instituts insgesamt drei „Erinnerungsmails“, um die Beteiligungsquote zu steigern. Für die letzte Erinnerung stellte die Bayerische Krankenhausgesellschaft ein Zitat des Geschäftsführers als Anhang zur Verfügung, mit dem die Bedeutung der Barrierefreiheit unterstrichen und Argumente für eine Teilnahme geliefert wurden.

Durch die Online-Umfrage konnten die erwarteten Einblicke über den Stand der Barrierefreiheit an den bayerischen Krankenhäusern generiert werden (AP6).

Informationen zur Auswertung

Mit Schließung des Eingabeportals lag ein Rücklauf von 107 auswertbaren Fragebögen vor. Insgesamt konnte die Onlinebefragung erfolgreich an 373 Krankenhäuser per Mail zugestellt werden. 198 E-Mails wurden nicht geöffnet, was vermuten lässt, dass vor dem Hintergrund des Pandemiegeschehens keinerlei Zeitreserven vorhanden waren und die Barrierefreiheit nicht zu den priorisierten Themenbereichen zählte. Daher wird der Rücklauf als zufriedenstellend bewertet.

>> Die nachfolgenden Umfrageergebnisse basieren auf unterschiedlichen Bewertungsskalen. Der größte Teil wurde durch eine 5-stufige Likert-Skala (z. B. trifft nicht zu/trifft weniger zu/Teils teils/trifft eher zu/trifft vollkommen zu oder keine/wenige/Teils teils/viele/alle) erhoben. Dabei wurden die Antworten „trifft nicht zu“ bzw. „keine“ mit einem Wert von „1“ bis „trifft vollkommen zu“ bzw. „alle“ mit einem Wert von „5“ gewichtet.

>> Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt unter der Angabe des Durchschnittswertes aller Antworten (M = Mittelwert). Als interessante Vergleichsgröße gilt der rechnerische Mittelwert 3, in ausgewählten Fällen wird zusätzlich die Abweichung nach oben und unten (SD =Standardabweichung) genannt.

>> Mit einer Fußnote sind die sieben inversen Themen / Fragestellungen gekennzeichnet. In der vorliegenden Auswertung wird bereits die umgekehrte Richtung der Antworten bzw. der Mittelwerte berücksichtigt. Die Invertierung der Items dient der Überprüfung der Aufmerksamkeit des Teilnehmenden.

>> Darüber hinaus konnten mithilfe eines Post-hoc-Tests (Tukey-Test) signifikante Unterschiede auf kategorialer Basis festgestellt und Haupteffekte benannt werden. (Siehe Anhang C).

3.1 Angaben zur Umfrage

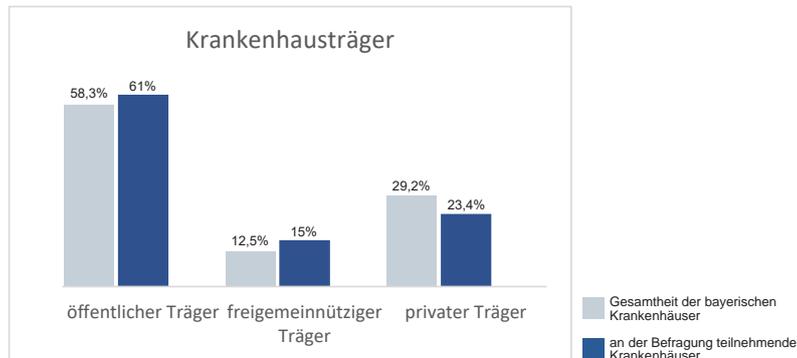


Abb. 04
Krankenhaussträger

Der Rücklauf der vorliegenden Umfrage zeigt im Vergleich der Trägerschaft und der Krankenhausart einen hohen Grad an Übereinstimmung mit der Gesamtheit der Bayerischen Krankenhäuser. So sind 58,3% öffentliche Träger bayernweit und 61% in der Umfrage, 12,5% freigemeinnützige Träger bayernweit und 15% in der Umfrage sowie 29,2% private Träger bayernweit und 23,4% in der Umfrage vertreten.

Bei Betrachtung der Trägerschaft der Krankenhäuser zeigt sich bei keiner der Subskalen ein signifikanter Haupteffekt. Es unterscheidet sich also keines der Maße auf Basis der Trägerschaft voneinander.

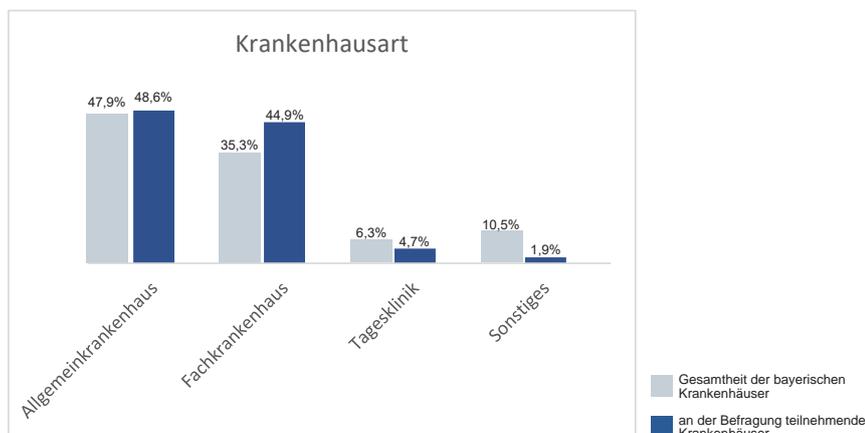


Abb. 05
Krankenhausart

Der Vergleich der Krankenhausarten in Bayern ergibt mit 47,9% Allgemeinkrankenhäusern bayernweit und 48,6% in der Umfrage, 35,3% Fachkrankenhäuser bayernweit und 44,9% in der Umfrage, 6,3% Tageskliniken bayernweit und 4,7% in der Umfrage, 10,5% Sonstige bayernweit und 1,9% in der Umfrage annähernd Deckungsgleichheit. Damit können systematische Verzerrungen in der Befragung weitgehend ausgeschlossen werden.

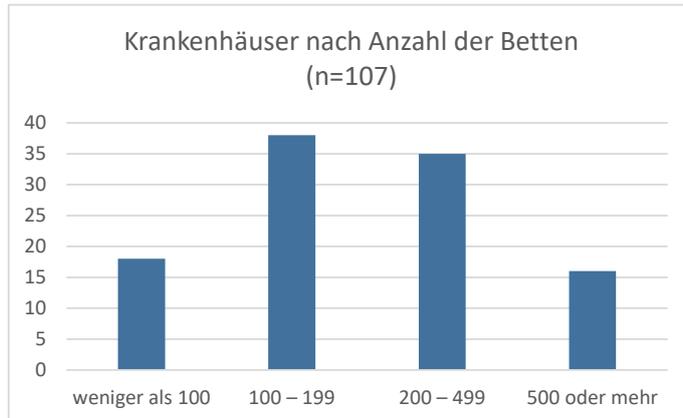


Abb. 06
Krankenhäuser
nach Anzahl
der Betten

Hinsichtlich der Größe der teilnehmenden Krankenhäuser geben 16,8% an, weniger als 100 Betten zu umfassen, 35,5% zwischen 100 und 199 Betten, 32,2% steht eine Bettenkapazität zwischen 200 und 499 Betten zur Verfügung und 15,5% bieten 500 oder mehr Betten an.

Die Frage nach der in etwa vorhandenen Anzahl der Zimmerarten ergibt folgendes Bild: 45,9% 2-Bett-Zimmer, 28% 1-Bett-Zimmer, 19,8% 3-Bett-Zimmer und 6% 4-Bett-Zimmer. Bei 0,4% handelt es sich um Zimmer, die mehr als vier Betten umfassen.

Aktuell wird vielerorts unter dem Eindruck der Pandemie, also vorwiegend aus hygienischen Gesichtspunkten, über eine Erhöhung des Anteils von 1-Bett-Zimmern diskutiert. In den an der Umfrage teilnehmenden Häusern wird diesbezüglich der Richtwert der bayerischen Förderpraxis bereits deutlich überschritten.

Aus mehreren Gebäuden oder Gebäudeteilen bestehen 65,7% der Krankenhäuser (n= 105)². Die meisten dieser Häuser geben an, dass die Gebäudeteile in unterschiedlichen Jahren erbaut worden sind. Nur bei sechs Krankenhäusern wurden diese zusammenhängend in einem Bauprojekt errichtet.

Darüber hinaus wurde erhoben, in welchem Jahr das älteste Gebäude des Krankenhauses in Betrieb genommen wurde, das noch heute zur Krankenversorgung genutzt wird. Bei 8,9% wurde das älteste Gebäude nach 2000 in Betrieb genommen, bei 34,7% zwischen 1976 und 2000, bei 22,8% zwischen 1951 und 1975, bei 9,9% zwischen 1926 und 1950, bei 18,8% zwischen 1900 und 1925 sowie 5% noch vor 1900 (n= 101).

Das Durchschnittsalter der ausfüllenden Personen (n= 47) liegt bei 49 Jahren. Zudem zeigt sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis (n= 53). An der Befragung nahmen Personen unterschiedlicher beruflicher Position teil (n= 42), davon 45,2% in der kaufmännischen Direktion, 26,2% in der Pflegedirektion, 16,7% in der Pflegedienstleitung/Stabstelle Pflegeentwicklung und 11,9% in der Leitung des Qualitätsmanagements. 41,8% (n= 67) sind zwischen einem und 10 Jahre in der Einrichtung tätig, 29,9% zwischen 11 und 20 Jahre, 17,9% zwischen 21 und 30 Jahre, 7,5% zwischen 31 und 40 Jahre sowie 3% zwischen 41 und 43 Jahre.

Bei Fokussierung zeigt sich hier ein **Haupteffekt** für die Subskalen „**Internetauftritt**“, „**Orientierung**“, „**Bewegung**“, „**Ethnologie / soziokulturelle Vielfalt**“ und „**Kognition**“, welche an der entsprechenden Stelle der Ergebnisdarstellung näher erläutert werden.

3.2 Digitalisierung und Technik

Internetauftritt

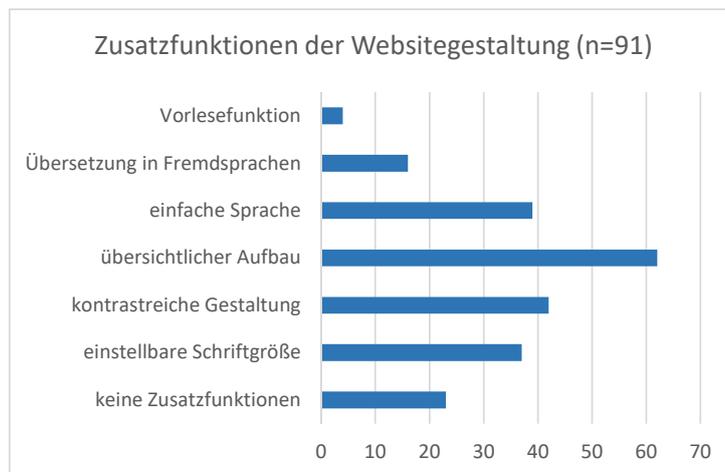


Abb. 07
Zusatzfunktionen
der Website-
gestaltung

Die Unterstützungsmöglichkeiten für einen barrierefreien Internetauftritt werden in den Häusern sehr unterschiedlich genutzt: So bieten eine Vorlesefunktion ihrer Website lediglich 4,4% und die Übersetzung in eine Fremdsprache 17,6% an. Einfache Sprache kann bei 42,9% verwendet werden und 46,2% bieten eine kontrastreiche Gestaltung für einen höheren Lesekomfort an. Die Einstellung der Schriftgröße nach Bedarf ermöglichen 40,7%. Fast ein Viertel der teilnehmenden Krankenhäuser bieten keine der genannten Zusatzfunktionen an. Immerhin halten 70% den Aufbau der Internetseite für übersichtlich

Auf Basis einer Likert-Skala (1 = „trifft nicht zu“ bis 5 = „trifft vollkommen zu“) schätzten die Teilnehmenden Aussagen zu verschiedenen Themen ein. In der Planbarkeit und Nachvollziehbarkeit des Weges zum Krankenhaus und aller Wege innerhalb des Gebäudes mithilfe der Internetseite durch Wegbeschreibungen (M= 2,00) oder einem digitalen Gebäudeplan (M= 1,65) zeigten sich Defizite. Nur wenige Krankenhäuser stellen eine App zur Verfügung (M= 1,22), die eine erleichterte Orientierung im Gebäude ermöglicht. Symbole und Bezeichnungen, die auf der Internetseite verwendet werden, unterscheiden sich tendenziell eher von den im Krankenhaus genutzten (M= 2,33). Dies erschwert eine reibungslose Orientierung im Krankenhaus, trotz vermeintlich guter Vorbereitung des Besuches.

Untersucht man in diesem Zusammenhang die Bettenanzahl als relevante Kategorie, so zeigt sich hier ein **Haupteffekt** für die Subskala „**Internetauftritt**“ ($F(3,88) = 0.82$, $p = .442$). Der anschließende Post-Hoc-Test (Tukey-Test) identifiziert einen signifikanten Unterschied zwischen Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten und den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten ($M_{diff} = 3.07$, $95\%-CI[0.32;5.82]$, $p = .022$). Der direkte Vergleich zeigt einen höheren Grad an Barrierefreiheit in Bezug auf die Websitegestaltung bei den größeren Krankenhäusern.

Haupteffekt
Internetauftritt
(Anhang C)

Multimediaangebote

Erste Hinweise auf Defizite in diesem Bereich ergab u.a. das Interview mit einem IT-Experten, der die Individualisierbarkeit der Multimediaangebote kritisierte: „Wir haben in vielen Zimmern ein neu eingeführtes Patientenentertainmentssystem, das ist auf einem 14 Zoll Tablet installiert. Alles ist in Kacheln angeordnet und die sind mit den Symbolen TV, Hörbücher etc. ausgestattet. Aber ein blinder Mensch kann damit nicht arbeiten und eine sehingeschränkte Person kann die Größe nicht individuell einstellen.“

Die Umfrageergebnisse geben nun Hinweise, inwieweit Multimediaangebote (Fernseher, Radio, CD/DVD-Spieler) in den Patientenzimmern barrierefrei nutzbar sind ($n = 82$). Gefragt nach extra Funktionen für Menschen mit Seheinschränkungen kann in der Hälfte der Häuser nichts angeboten werden, nur in 6 Krankenhäusern werden zu allen Multimediaangeboten zusätzliche Aspekte der Unterstützung gemacht, ähnlich das Ergebnis zu Unterstützungsmöglichkeiten bei Höreinschränkungen (6 Einrichtungen) und eingeschränkter Feinmotorik (3 Kliniken). Große Defizite lassen sich für die Individualisierbarkeit der Software, z.B. durch eine veränderbare Schriftgröße oder wählbare Untertitel (4 Krankenhäuser) erkennen, hier machen 56,1% der Häuser kein, 18,3% nur wenige Angebote. Ähnlich ist das Ermöglichen einer Bedienbarkeit mit dem Tablet (6 Einrichtungen) bewertet.

In annähernd der Hälfte der Häuser stehen Multimediaangebote den Patient*innen kostenfrei zur Verfügung. In vielen Häusern wird angegeben, dass diese auch für Personen im Rollstuhl oder bettlägerige Patient*innen gut erreichbar sind. Die barrierefreie Nutzbarkeit dieser Angebote wird jedoch nur teilweise unterstützt durch kontrastreiche Bedienelemente, individualisierbare Software und weitere spezielle Funktionen für Menschen mit Seh- bzw. Höreinschränkungen sowie mit eingeschränkter Feinmotorik.

Dokumentation

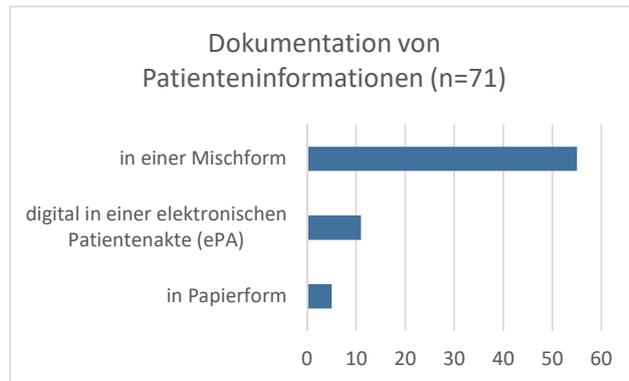


Abb. 08
Dokumentation
von Patienten-
informationen

Hinsichtlich der Dokumentation von Patienteninformationen geben 7% der Antwortenden an, dies in Papierform umzusetzen. In 15,5% der Krankenhäuser sind bereits die elektronischen Patientenakten eingeführt. Eine Mischform der beiden Varianten wird in 77,5% der antwortenden Häuser genutzt.

Beleuchtung und Sehen

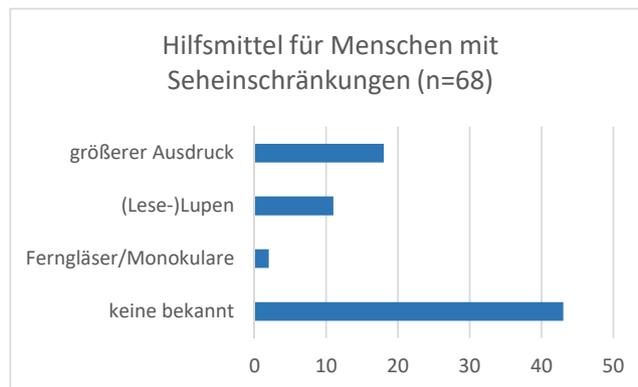


Abb. 09
Hilfsmittel für
Menschen mit
Seheinschränkungen

Darüber hinaus wurde ermittelt, welche Hilfsmittel die Krankenhäuser für Menschen mit Seheinschränkungen bei Bedarf in ausreichender Anzahl zur Verfügung stellen können.

26,5% der antwortenden Krankenhäuser geben dabei an, Informationsmaterialien bei Bedarf größer auszudrucken. 16,2% der Häuser bieten Leselupen an und 2,9% Ferngläser/Monokulare. Eine große Anzahl der Häuser, nämlich 63,2% der Antwortenden, verfügen über keines dieser Hilfsmittel.

Beleuchtung als Teil eines Barrierefrei-Konzeptes wird in 26 von 68 antwortenden Krankenhäusern eingesetzt. Anwendung findet es in den Patientenzimmern (M= 3,10), auf den Stationen (M= 3,08), in den Fluren (M= 3,03) oder in den Aufenthaltsbereichen (M= 2,90).

Dass die Beleuchtung bzw. das vorherrschende Lichtkonzept im Krankenhaus schattenarm ($M= 2,90$) gestaltet ist, sowie ausreichend hell und blendfrei ($M= 3,29$), indem z. B. indirektes Licht genutzt wird, erzielt jeweils eine mittlere Zustimmung. Ein Lichtplaner merkt diesbezüglich im Interview an: „In der Planung der Beleuchtung im Krankenhaus wird sich an Normen gehalten, z. B. wie viel Lux in den unterschiedlichen Bereichen erreicht werden muss. Mehr allerdings nicht – dies ist nicht ausreichend.“

In geringem Maß wird bislang das kontrastreiche Gestalten von Lichtschaltern zur Erhöhung der Erkennbarkeit eingesetzt. ($M= 2,28$). Die Frage nach den in der DIN 18040 geforderten kontrastreichen Sicherheitsmarkierungen an Glastüren und Glaswänden (Wechselkontrast auf Glastüren und –wänden in Kopf- und Kniehöhe über die gesamten Glasflächen) ($M= 2,91$). Wird von den 68 antwortenden von 11 Häusern mit „Keine“, von 15 mit „Wenige“, von 19 mit „Teils teils“, von 15 mit „Viele“ und nur von 8 mit „Alle“ beantwortet.

Akustik und Hören

Eine Raumakustik mit angemessener Hörbarkeit und Sprachverständlichkeit ist für alle Nutzer*innen angenehm, für die Erreichung von Barrierefreiheit absolut notwendig. Das Ergreifen angemessener Maßnahmen zur Lärmvermeidung (z. B. durch Flüsterrollen an Versorgungswägen, regelmäßige Wartung der Türschließmechanismen etc.) erhielt eine mittlere Zustimmung ($M= 2,71$).

Im meist hoch frequentierten Eingangsbereich ist ein gutes Ankommen und sich zurechtfinden können besonders wichtig. Die Frage nach dem Vorhandensein einer sehr guten Raumakustik wird für diesen Bereich von 5,9% bejaht, von 14,7% verneint, ein Viertel erklärt, dass dies weniger zutrifft. Eher Zustimmung geben 16,2%. Eine große Mehrheit gibt sich mit einer „Teils teils“-Antwort unentschlossen. Somit ergibt sich hier im Mittel mit „Teils teils“ ($M= 2,74$) eine Antwort, die auch auf eher geringe Übung des aufmerksamen Hörens hinweisen kann.

In den Patientenzimmern ($M= 3,22$) sowie den Diagnostik- und Behandlungsräumen ($M= 3,21$) ergibt sich ein ähnliches Bild, insgesamt ist hier jedoch die Zustimmung etwas höher. Dass sich die Durchsagen im Krankenhaus durch eine deutliche ($M= 3,15$) und einfache ($M= 2,93$) Sprache auszeichnen, wird mit „Teils teils“, dass es zusätzliche Durchsagen in einer Fremdsprache gibt ($M= 1,34$) im Durchschnitt mit „keine“ bewertet, so auch eine dem Raum angepasste Lautstärke ($M= 2,34$) und die zusätzliche visuelle Darstellung der akustischen Information, z. B. über Informationstafeln ($M= 1,68$). Dies spiegelt sich auch in der Aussage, dass die Informationen (z. B. Patientenaufrufe, Alarmer etc.) im Wartebereich selten nach dem Zwei-Sinne-Prinzip (auditiv und visuell) vermittelt werden ($M= 1,96$).

Unter 68 antwortenden Krankenhäuser geben lediglich 9 (13,2%) an, über induktive Höranlagen zu verfügen, die wiederum bei 5 Häusern in allen Patientenbereichen nutzbar sind. 40 der Antwortenden (58,8%) verfügen über Lichtklingeln, die bei 30 Häusern in allen Patientenbereichen nutzbar sind. Insgesamt geben 25 Krankenhäuser an (36,8%), weder mit induktiven Höranlagen, noch Lichtklingeln ausgestattet zu sein. Die Relevanz von Lichtklingeln wird auch in den Interviews angesprochen: „Ich würde mir wünschen, dass häufiger Funk-Lichtklingeln an den Zimmertüren angebracht werden - Anklopfen hört ja keiner! Das ist wirklich wichtig“ (Pflegerberater).

3.3 Orientierung und Wegeleitsystem

Ankommen

Einen logischen und durch entsprechende Beschilderung ausreichend verständlichen barrierefreien Weg zum Informationsschalter des Krankenhauses anbieten zu können, ist nicht in allen Umgebungen leicht umzusetzen. Doch geben im Durchschnitt die meisten Häuser an, einen bewältigbaren Weg vorweisen zu können ($M = 3,69$). Doch bei detaillierterer Nachfrage zeigt sich, dass für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, eingeschränkten Deutschkenntnissen sowie Seh- und Höreinschränkungen Defizite auf dem Weg bis zum Informationsschalter im Eingangsbereich des Krankenhauses erkennbar sind.

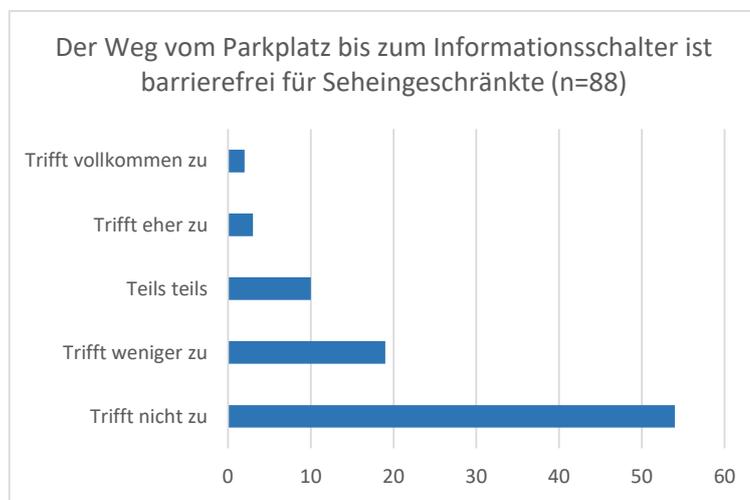


Abb. 10
Weg vom Park-
platz bis zum
Informations-
schalter für
Seheinge-
schränkte

Insbesondere für Menschen mit Seheinschränkungen ist der Weg generell schwer zu bewältigen. 54 von 88 Krankenhäuser sind der Ansicht, dass dieser Weg für Menschen mit Seheinschränkungen nicht barrierefrei gestaltet ist. (z. B. gibt es keine Hilfestellung durch ein Bodenleitsystem).

Das gleiche Bild zeigt sich für Seheingeschränkte bei der Wegenutzung des ÖPNV zum Informationsschalter.

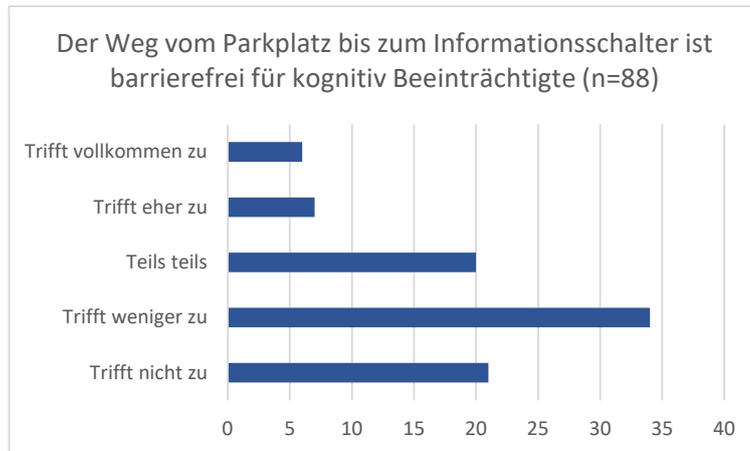


Abb. 11
Weg vom Parkplatz
bis zum
Informationsschalter
für kognitiv
Beeinträchtigte

Der Weg vom Parkplatz zum Informationsschalter ist auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nur schwer zu bewältigen (z. B. durch Blickverbindungen, einfache Symbolik). 21 von 88 Krankenhäuser geben an, dass der Weg für diese Zielgruppe nicht barrierefrei und bei 34 nur bedingt barrierefrei gestaltet sei (M= 2,35). Auch der Weg vom ÖPNV zum Informationsschalter ist für diese Zielgruppe mit Hürden verbunden (M= 2,03).

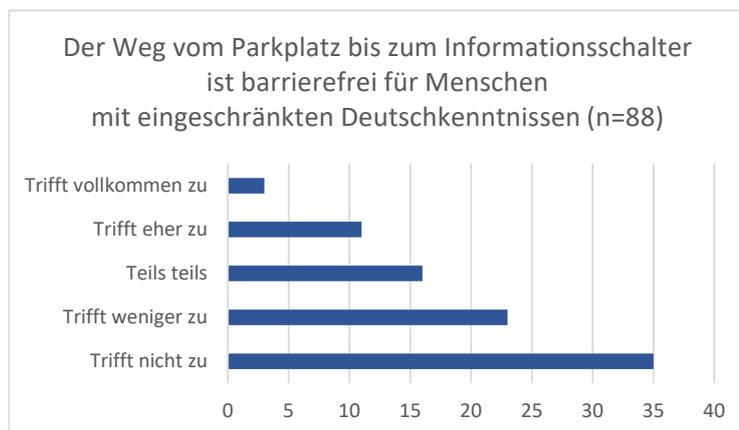


Abb. 12
Weg vom Parkplatz
bis zum
Informationsschalter
für Menschen mit
eingeschränkten
Deutschkenntnissen

Große Barrieren zeigen sich auch in der Ankommenssituation für Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen vom Parkplatz bis zum Informationsschalter (z. B. Nutzung englischer Begriffe). Bei 35 Krankenhäusern ist dieser Weg für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen nicht ohne Barrieren zu meistern (M= 2,14). Das gleiche Bild spiegelt sich für den Weg vom ÖPNV bis zum Informationsschalter wider (M= 2,03).

Der Weg vom Taxistand zum Informationsschalter wird tendenziell besser bewertet, was wohl u. a. auf die geringe Distanz zum Haupteingang des Krankenhauses zurückzuführen ist. Für Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten des Sehens und Hörens, sowie kognitiver Einschränkungen ist dieser Weg als eher barrierefrei zu bewerten (M= 3,69). Für Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen zeigen sich erneut große Defizite (M= 2,17).

Die schlechtesten Bewertungen erhielt die Wegegestaltung/ -führung vom Parkplatz (M= 1,40) und ÖPNV (M= 1,48) für Menschen mit Höreinschränkungen.

Bessere Ausgangssituationen zeigen sich vom Parkplatz bis zum Informationsschalter für Menschen im Rollstuhl (M= 4,22) und mit Gehhilfen (M= 4,08) beispielsweise durch schwellenlose Wegeverbindungen und möglichst kurze Wege. Für Menschen im Rollstuhl (M= 3,97) und mit Gehhilfen (M= 3,92) wird ähnliches Bild für den Weg vom Taxistand bis zum Informationsschalter gezeichnet. Nur leicht über dem Durchschnitt liegt dagegen die Bewertung für den Weg von der Haltestelle des öffentlichen Personennahverkehrs bis zum Informationsschalter für Menschen im Rollstuhl (M= 3,51) und mit Gehhilfen (M= 3,48).

Ausreichend barrierefreie Parkplätze mit einer Gesamtstellplatzbreite von mindestens 350 cm an allen Eingängen existieren, verneinen 9,1% und bejahen 15,9 (M= 3,35).

Im Gebäude

Durch die Wahl von „voll und ganz“ bestätigen nur 14,8% (n= 88), dass alle Bereiche des Krankenhauses durch eine deutliche Strukturierung klar voneinander abgrenzbar sind. „Viele“ Bereiche wird von 42% angegeben. Mit „Teils teils“ bewerten dies noch 34,1%, mit „nur wenige Bereiche“ (8%) und „keine Bereiche“ 1,1% (M= 3,61).

Klar abgrenzbare Bereiche sind auch in Hinblick auf Krankenhaushygiene sinnvoll, was im Interview durch einen Hygieniker und Arzt thematisiert wurde: „Die Wartesituation auf der Untersuchungs- und Behandlungsebene ist aus hygienischer Sicht extrem unschön. Keine Wegetrennung, viele Menschen mit verschiedensten Erkrankungen sitzen auf engem Raum, zum Beispiel vor der Notaufnahme, dem Röntgen oder Labor. Es wäre gut eigene Eingänge zu haben, um nicht so viele Menschen wie jetzt in der Pandemie vor dem Haus stehen zu haben, die wie durch einen Flaschenhals durch die Eingangssituation geschleust werden müssen.“

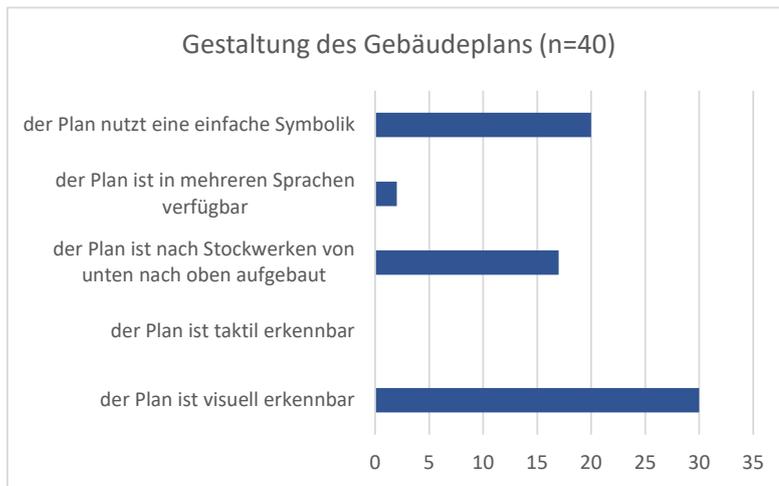


Abb. 13
Gestaltung des
Gebäudeplans

Unter 85 antwortenden Krankenhäusern bieten lediglich 40 einen Gebäudeplan an (47,1%), der das Wegeleitsystem unterstützt. Der Plan ist bei 20 dieser Häuser durch eine einfache Symbolik gekennzeichnet und bei nur 2 in mehreren Sprachen verfügbar. Bei 17 dieser Häuser ist der Plan von unten nach oben aufgebaut, bei 30 visuell und in keinem Krankenhaus taktil erkennbar.

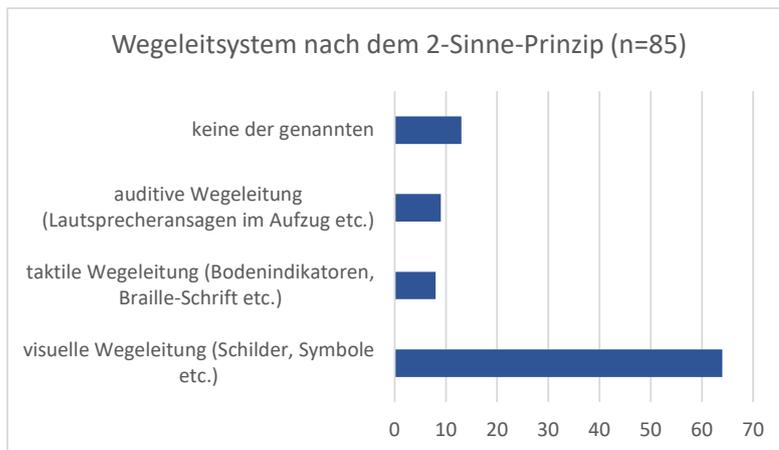


Abb. 14
Wegeleitsystem
nach dem
2-Sinne-Prinzip

Bei der Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein eines Wegeleitsystems nach dem 2-Sinne-Prinzip im Gebäude bestätigen dies 84,7% (n= 85). Dass es visuell erkennbar ist bekräftigen 75,3%, taktil 9,4% und auditiv 10,6%. Keinen der genannten Sinne anzusprechen geben 15,3% der Krankenhäuser an.

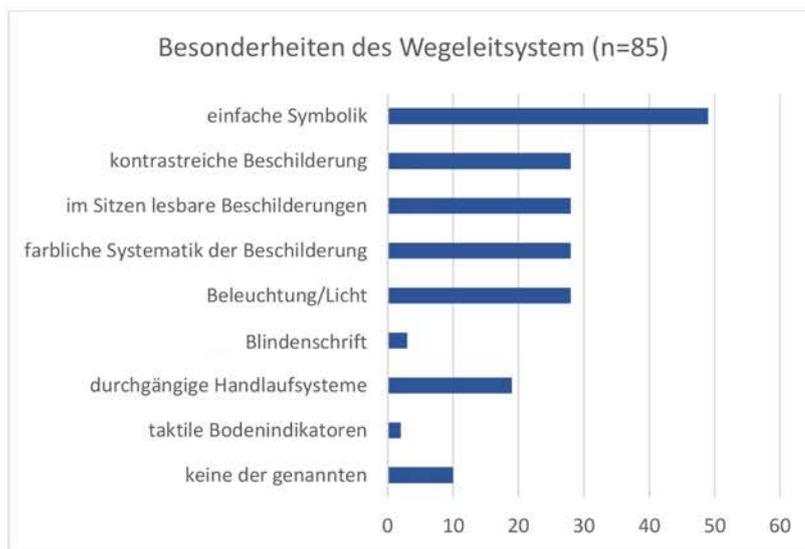


Abb. 15
Besonderheiten des
Wegeleitsystems

57,6% der befragten Krankenhäuser geben an, das Wegeleitsystem zeichnet sich durch eine einfache Symbolik aus. Jeweils 32,9% bestätigen eine kontrastreiche Beschilderung, die Lesbarkeit der Beschilderung im Sitzen, eine farbliche Systematik der Beschilderung sowie den Einsatz von Beleuchtung/Licht. Bei 3,5% wird Blindenschrift verwendet, bei 22,4% existieren durchgängige Handlaufsysteme und bei 2,4% taktile Bodenindikatoren. 11,8% geben keine der genannten Aspekte an.

Schilder mit Blindenschrift (Brailleschrift oder erhabener Schrift) sind eher selten vorhanden. Von den Antwortenden bestätigen 8,3% „Teils teils“, 23,8% „Wenige“ und 67,9% „Keine“ solchermaßen ausgerüstete Schilder anzubieten. Auch der Mittelwert ($M=1,40$) zeigt dieses Ergebnis an.

Dem entsprechend ist die aufbauende Frage, ob die mit Braille-Schrift/erhabener Schrift versehenen Schilder durch Handläufe verbunden sind, beantwortet. Nur 1,2% der 84 antwortenden Krankenhäuser bestätigen, dass dies für viele Schilder zutreffend ist. 4,8% bewerten dies mit „teilweise“, 10,7% für wenige Schilder und 83,3% für kein Schild. Auch hier zeigt der Mittelwert von 1,24 ein deutliches Ergebnis mit klarem Hinweis auf Möglichkeiten der Nachbesserung.

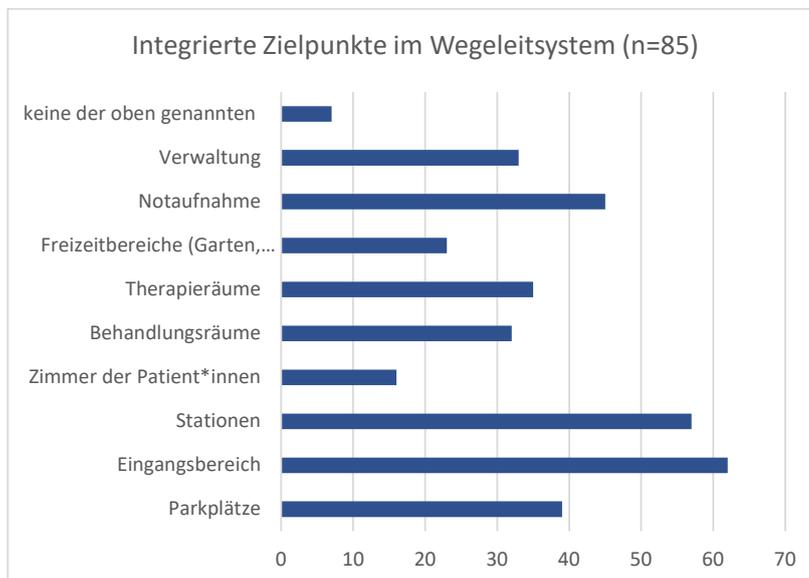


Abb. 16
Integrierte Zielpunkte
im Wegeleitsystem

Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser befragt, welche **Zielpunkte** in das Wegeleitsystem integriert sind. Dies trifft zu 72,9% auf den Eingangsbereich, zu 67,1% auf die Stationen, zu 52,9% auf die Notaufnahme, zu 45,9% auf die Parkplätze, zu 41,2% auf die Therapieräume, zu 38,8% auf die Verwaltung, zu 37,6% auf die Behandlungsräume, zu 27,1% auf die Freizeitbereiche, zu 18,8% auf die Patientenzimmer und zu 8,2% auf gar keinen dieser Zielpunkte zu.

Hinsichtlich der qualitativen Untersuchung wurde zum Thema „Orientierung“ im Interview folgendes angemerkt: „Die Informationskette muss von Beginn bis zum Ende, also bis zum Zielpunkt, geschlossen sein. Ob nun der Knopf im Aufzug auch die optimale Höhe hat, die der Rollstuhlfahrer bedienen kann oder ob der Seheingeschränkte die Kontraste ausreichend erkennen kann – alle Einschränkungen, egal ob Hören, Sehen, Tasten und Bewegung oder andere – sollen berücksichtigt werden.“ (Dipl. Kommunikationswirtin/Siebdruckerin)

Ein **Haupteffekt** zeigt sich in der Untersuchung der Bettenanzahl in Bezug auf die Subskala „**Orientierung**“ ($F(3,81) = 7.91, p = <.001$). Der Post-Hoc-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten und Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten ($M_{diff} = 18.38, 95\%-CI[6.86;29.90], p < .001$) sowie Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten ($M_{diff} = 16.21, 95\%-CI[3.49;28.94], p = .007$). Ein signifikanter Unterschied konnte auch zwischen Krankenhäusern mit ≥ 500 Betten und Krankenhäusern, die weniger als 100 Betten umfassen, festgestellt werden. Im direkten Vergleich zeigt sich der Trend eines höheren Grads an Barrierefreiheit bei den größeren Krankenhäusern.

Haupteffekt
Orientierung
(Anhang C)

3.4 Mobilität und Architektur

Inwiefern die Infrastruktur das mögliche Maß an Barrierefreiheit bestimmt, ist bei der Fülle an verschiedenen Dimensionen, die Barrierefreiheit im Krankenhaus bedingen schwer zu sagen. Gefragt, ob bestehende bauliche Gegebenheiten die Umsetzung von Barrierefreiheit beeinflussen, wird diese Annahme von vielen bestätigt. So antworten 56 von 91 Krankenhäuser mit „trifft eher zu“ und „trifft vollkommen zu“, 20,9% mit „Teils teils“(M= 3,74)³.

Patientenzimmer, Nasszellen und Sanitäranlagen

In der Befragung wurde erfasst, inwieweit Barrierefreiheit in den Patientenzimmern umgesetzt ist. Hierfür konnten die Krankenhäuser angeben, wie viele Patientenzimmer verschiedene Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen, u.a. entsprechende Bewegungsflächen. Es wurde gefragt nach allgemeiner Barrierefreiheit (wie die DIN 18040 im Teil 2 für barrierefreies Wohnen festlegt) bzw. nach uneingeschränkter für Rollstuhlnutzung (wie die DIN 18040 im Teil 1 für öffentlich zugängliche Gebäude bzw. im Teil 2 mit dem R-Standard (barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbar) vorgibt.

Patientenzimmer
allgemeine
Barrierefreiheit

Demnach verfügen im Durchschnitt 58,0% aller Patientenzimmer über eine Bewegungsfläche entlang einer Bettseite von mindestens 120x120 cm. 19,8% aller befragten Krankenhäuser geben an, dass nahezu alle (93% - 100%) ihrer Patientenzimmer diese mindestens 120x120 cm große Bewegungsfläche entlang einer Bettseite anbieten, und 14,8%, dass höchstens ein Viertel ihrer Patientenzimmer über diese Bewegungsfläche verfügen.“

Eine freie Bewegungsfläche von mind. 90x90 cm vor sonstigen Möbeln besteht im Durchschnitt bei 61,0% aller Patientenzimmer. Im Durchschnitt in 60,0% der Patientenzimmer stehen Kleiderhaken in Schulterhöhe zur Verfügung, in Hüfthöhe gibt es in 28,2% der Zimmer.

Die Desinfektionsmittelpender sind im Mittel in 69,7% aller Zimmer gut erreichbar und ohne ein Hindernis darzustellen, z. B. in einer Wandnische, platziert. Dies verhindert, dass zum einen z.B. Personal beim Bettentransport an die in den Raum ragenden Spender stößt und kann zum anderen Fehlbedienung durch Menschen mit Demenz vorbeugen.

In 64,4% aller Patientenzimmer ist ein ungehinderter Blick ins Freie in stehender, sitzender und liegender Position möglich. Blendfreies und ausreichend helles Licht ist im Durchschnitt in 73,2% aller Patientenzimmer vorhanden.

Als zusätzliche Anforderung für uneingeschränkte Rollstuhlnutzbarkeit (R-Standard) gilt als Mindestmaß für die Bewegungsfläche entlang einer Bettseite 150x150 cm, was in der Umfrage im Durchschnitt immerhin noch bei 43,5% aller Patientenzimmer gegeben ist.. 26% aller befragten Krankenhäuser geben an, dass höchstens ein Viertel ihrer Patientenzimmer über diese Flächen verfügen.

Patientenzimmer
R-Standard

Um den R-Standard zu erfüllen muss auch vor Kleiderschränken eine lichte Tiefe von 150 cm vor dem Schrank als Bewegungsfläche unverstellt sein und gut erreichbare Fachböden aufweisen, was im Schnitt in 31,3% aller Zimmer vorliegt.

Mit Stühlen, die höhenverstellbar und für größere Lasten ausgelegt sind, sind 29,1% der Zimmer ausgestattet.

Nasszellen

Kriterien zur Bewertung der **Barrierefreiheit von Nasszellen** wurden mit einer Skala von 1 bis 5 („Keine“, „Wenige“, „Teils teils“, „Viele“, „Alle“) angegeben.

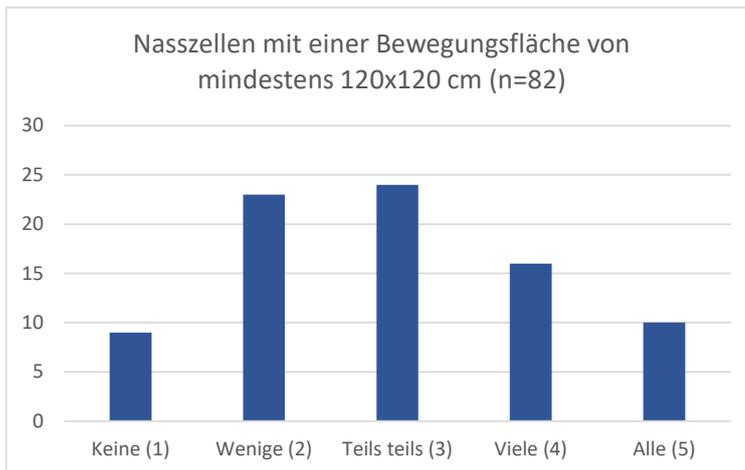


Abb. 17
Nasszelle mit
Bewegungsfläche von mind.
120x120 cm

Auch hier gilt als wichtiges Merkmal der allgemeinen Barrierefreiheit eine Bewegungsfläche von 120x120 cm. Diese wird in der vorliegenden Umfrage (n= 82) in 10 Krankenhäusern, also 12,2%, in allen Nasszellen angeboten, in 9, also 11% gibt es keine in dieser Größe. Nur „Wenige“ sind in 23 Krankenhäusern, „Viele“ in 16 vorhanden (M=2,94).

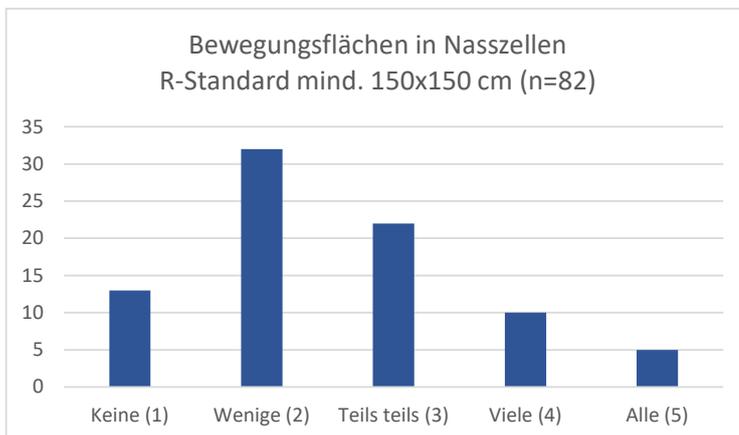


Abb. 18
Nasszellen mit
Bewegungsfläche
im R-Standard
mind. 150x150 cm

Die nach dem R-Standard geforderte Bewegungsfläche von 150x150 cm können 15,9% der Kliniken in keinem, 6,1% in allen Nasszellen nachweisen (M= 2,54).

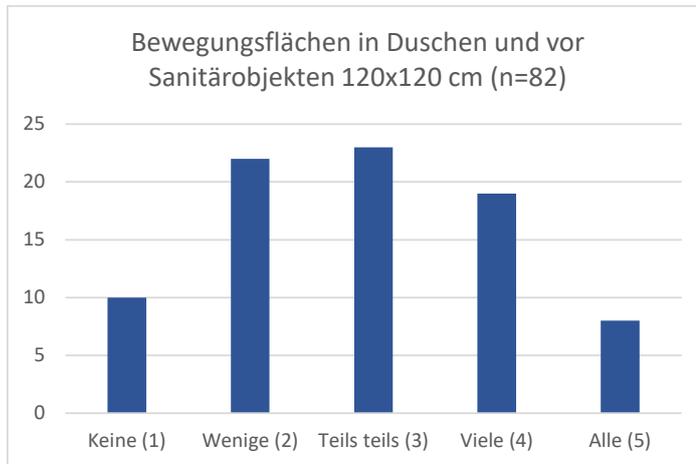


Abb. 19
Bewegungsflächen
in Duschen und vor
Sanitäröbjekten
120x120 cm

Fokussiert man die Bewegungsflächen in Duschen und vor Sanitäröbjekten können in 10 Häusern keine 120x120 cm großen Bewegungsflächen nachgewiesen werden, in 8 sind diese in allen Nasszellen vorhanden (M= 2,91).

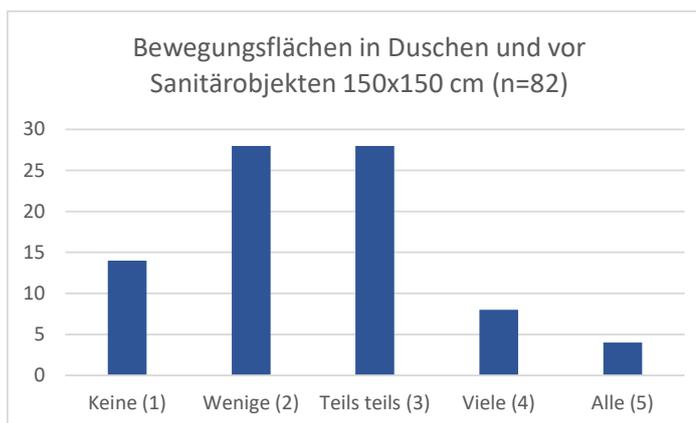


Abb. 20
Bewegungsflä-
chen Dusche und
vor Sanitäröbje-
kten 150x150 cm

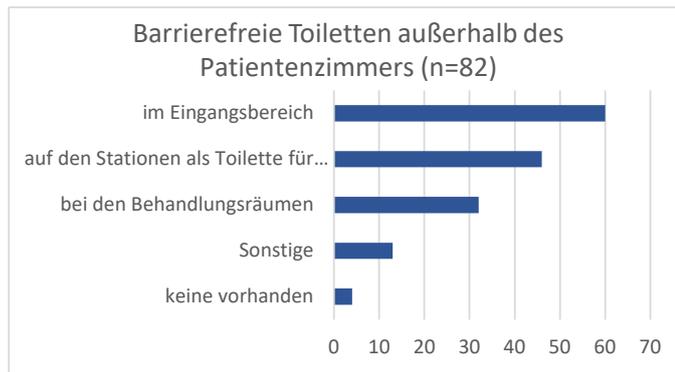
Der R-Standard mit 150x150 cm großer Bewegungsfläche wird im Vergleich dazu in 4 Häusern in allen Fällen angeboten, 14 weisen diese in keinem nach. Die große Mehrheit der Häuser antwortet auf die Frage mit „Wenige“ (28) und „Teils teils“ (28). Erwartungsgemäß wird der R-Standard aufgrund des erhöhten Platzbedarfes seltener angeboten (M= 2,51).

Die im R-Standard geforderte seitliche Bewegungsfläche am WC von 90 cm (gegebenenfalls auf einer Seite auf 30 cm reduziert) kann in der Praxis in 7 Häusern in allen Nasszellen nachgewiesen werden, in keiner dagegen in 9 Häusern. Die Mehrheit, nämlich 34 von 82, gibt an, nur wenige und 25 geben an „Teils teils“ diese Flächen nachweisen zu können (M= 2,62). Vergleichbare Daten wurden für rollstuhlgerechte Nasszellen bei der Frage nach dem Vorhandensein eines 70 cm tiefen WCs mit Rückenstütze sowie seitlichen Stützgriffen erhoben (M= 2,72).

Fast ein Viertel der befragten Häuser, nämlich 20 von 82, gibt an, in allen Nasszellen unterfahrbare Waschtische anbieten zu können, 10 in keinem (M= 3,30). Spiegel, die sowohl im Sitzen als auch im Stehen einsehbar sind, wird dagegen nur bei 12 Häusern überall eingebaut, in 8 Häusern gibt es nur wenige mit diesem Komfort, die Antwort „Teils teils“ geben hierzu 28 Krankenhäuser. (M= 2,98). Berührungsfreie oder Einhebelmischbatterien mit Temperaturbegrenzung gibt es 18 Häusern nicht, in 16 nur wenige, 24 geben bei dieser Frage „Teils teils“ an (M= 2,85). Auf die besonders für seheingeschränkte Nutzer wichtige Frage nach kontrastreicher Gestaltung der Nasszelle wurde von fast der Hälfte der Teilnehmer „Teils teils“ geantwortet (M= 2,79). Auf eine blendfreie Beleuchtung der Nasszelle wird bereits in vielen Häusern geachtet, nur 3 Häuser geben hier „Keine“ an (M= 3,82).

Bei den äußerst sicherheitsrelevanten Fragen nach einem rutschhemmenden Bodenbelag (M=3,83) und der nach außen aufschlagenden Nasszellentüre bzw. Schiebetüre (M= 3,82) mussten weniger Häuser passen. Doch geben 3,7% „Keinen“, 9,7% „Wenige“, 23,3% „Teils teils“ rutschhemmenden Belag eingebaut zu haben an, und die Anforderung an Türen sind in 6,1% nicht, in 7,3% bei „Wenigen“ und bei 26,8% der Krankenhäuser „Teils teils“ umgesetzt. Dies sollte dringend behoben werden, denn bei gestürzten Patient*innen kann eine nach innen aufschlagende Türe evtl. nicht rasch geöffnet werden.

Zwar ist in fast 60% der Häuser in allen Nasszellen der Notruf sitzend und stehend erreichbar und nur ein Haus gab an, dies in keiner Nasszelle anzubieten, doch heißt dies im Umkehrschluss, dass hier bei etwas über 40% der Häuser zumindest für einige Nasszellen dringender Handlungsbedarf besteht (M= 4,28).



Toiletten

Abb. 21
Barrierefreie
Toiletten außer-
halb des Patientenzimmers, freie
Bewegungs-
fläche von mind.
120x120 cm

Barrierefreie Toiletten findet man bei 73,1% der Häuser im Eingangsbereich, bei 56,1% auf den Stationen, bei 39% in der Nähe von den Behandlungsräumen und bei 15,9% an sonstigen Orten.

Nach den Angaben in einer Freitextfläche werden diese auch z. B. in der ZNA (Zentrale Notaufnahme), der IS (Intensivstation), dem Aufwachraum, in Veranstaltungsräumen und allgemein in Flurbereichen angeboten. Bei 4,9% der teilnehmenden Krankenhäuser sind keine barrierefreien Toiletten außerhalb des Patientenzimmers vorhanden.

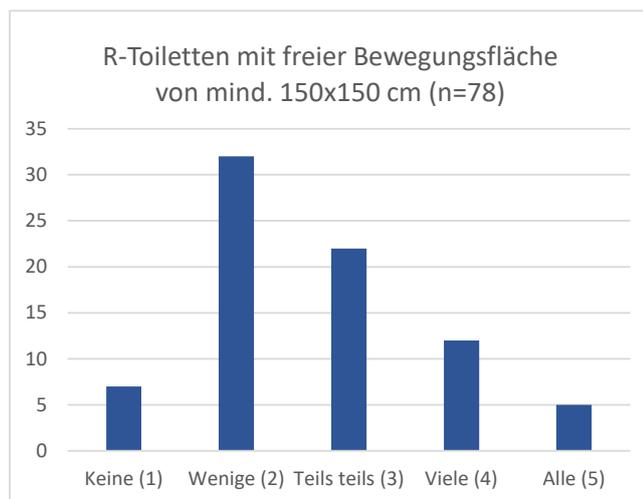


Abb. 22
R-Toiletten
außerhalb des Pa-
tientenzimmers, freie
Bewegungsfläche
von mind.
150x150 cm

Der Blick auf **R-Toiletten außerhalb des Patientenzimmers** zeigt, dass es wenig Angebote gibt: die Hälfte der Krankenhäuser (n= 78) erklärt, keine (9%) oder nur wenige (41%) mit einer freien Bewegungsfläche von mindestens 150x150 cm zur uneingeschränkten Nutzbarkeit für Rollstuhlfahrende anbieten zu können (M= 2,69). Ein beidseitiger Anfahrbereich von mindestens 90 cm neben der Toilette wird in mehr als der Hälfte der Häuser (n= 69) entweder mit keine vorhanden (14,5%) bzw. wenige vorhanden (40,6%) angegeben (M= 2,53).

R-Toiletten außerhalb der Patientenzimmer

Ähnliche Ergebnisse ergeben die Fragen zur Ausstattung, wie zu Rückenstützen ($M= 2,48$) und, etwas besser, zu Einhebelarmaturen beziehungsweise Armaturen, die berührungslos bedienbar sind ($M= 3,26$). 20% der Häuser ($n= 79$) gibt an, alle Toiletten mit unterfahrbaren Waschtischen ausgestattet zu haben, in 7,6% der Häuser gibt es davon keine, in 25,3% wenige ($M= 3,29$).

Türen und Flure

Zur Erfassung der barrierefreien Gestaltung von Türen wurden den Befragten verschiedene Kriterien vorgelegt. Die Teilnehmer bewerteten, ob der Aspekt auf „Keine“, „Wenige“, „Teils teils“, „Viele“ oder „Alle“ Türen zutrifft.

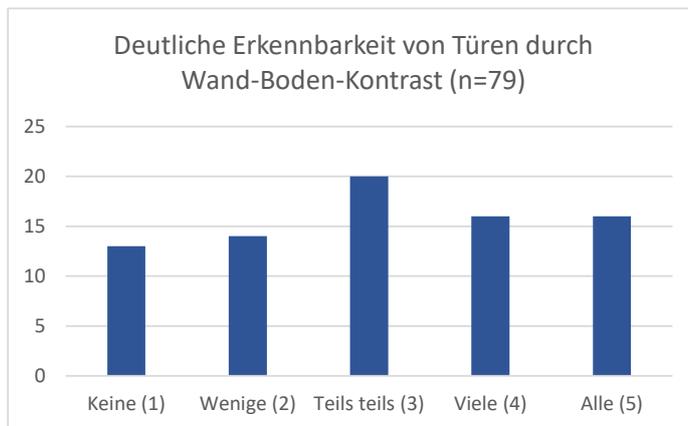


Abb. 23
Deutliche
Erkennbarkeit von
Türen durch Wand-
Boden-Kontrast

Orientierungshilfen an Türen können viele Nutzergruppen unterstützen. Die DIN 18040 fordert in Teil 1 und 2, unter 4.3.3.5 gleichlautend: „Auffindbarkeit und Erkennbarkeit von Türen und deren Funktion müssen auch für blinde und sehbehinderte Menschen möglich sein“. Eine visuell kontrastierende Gestaltung ist hier hilfreich.

Befragt zum Anteil an Türen, die sich kontrastierend zum Boden und zur Wand abheben, geben 13 Häuser „Keine“ an, 17,7% „Wenige“, 25,3% „Teils teils“, aber auch 20,3% „Viele“ und ebenfalls 20,3% „Alle“ ($M= 3,10$).

Der Aspekt „keine Türblätter mit spiegelnden Flächen vorhanden“ ist von 36,7% mit „Alle“, 30,4% mit „viele“ und 16,5% mit „Teils teils“ als meist zutreffend übermittelt worden ($M= 3,82$).

Die Frage, ob eine Bedienbarkeit der Türen bzw. Türgriffe mit minimalem Kraftaufwand möglich ist, stellt einen nicht zu unterschätzenden Mehrwert für viele Patient*innen dar. Lediglich 3 Häuser sind der Ansicht, keine der Türen sei diesbezüglich ausreichend barrierefrei gestaltet und 6 erklären, nur wenige Türen würden dieses Kriterium erfüllen. Demgegenüber sind jeweils 19 und 20 Häuser der Meinung, alle bzw. viele der Türen würden diesen Aspekt abdecken. Der größte Anteil der Häuser mit 31 Antwortenden geht davon aus, dass dies zum Teil auf die Türen zutrifft ($M= 3,58$).

Maßliche Anforderungen an Türen

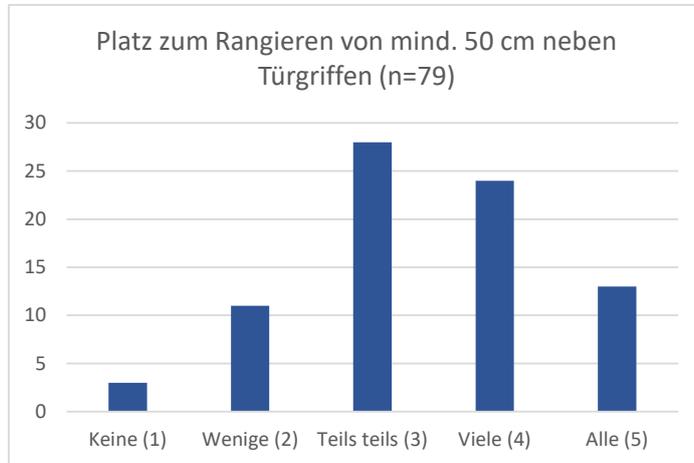


Abb. 24
Platz zum Rangieren von mind. 50 cm neben Türgriffen

Um für Menschen mit Mobilitätshilfen eine möglichst selbstständige Türnutzung zu gewährleisten, wird gem. DIN 18040 u. a. ein seitlicher Mindestabstand von mindestens 50 cm zwischen Türgriff (Türbedienung) und begrenzendem Bauteil (Wand und/oder fest installierten Ausstattungselementen) benötigt. Dies ist nur in 16,5% der Häuser bei allen Türen zutreffen, bei 30,4% sind es immerhin viele Türen, bei 35,4% der befragten Krankenhäuser ist dies nur „Teils teils“ der Fall. Die ebenfalls für notwendige Rangiervorgänge erforderliche und dazu korrespondierende Bewegungsfläche von 150 x 150 cm an Türen ist im Gesamten betrachtet ähnlich verteilt. In 21,5% der Häuser ist diese an „Allen“ Türen, 25,3% an „Vielen“ Türen und in 34,2% „Teils teils“ gegeben. Sicher passierbar sind im Schnitt „Viele“ der Türen in den befragten Krankenhäusern (M= 4,11).

Für die vollständige Barrierefreiheit wird eine lichte Durchgangshöhe von mindestens 205 cm und Durchgangsbreite von mindestens 90 cm (125 cm bei Bettentransport, 140 cm bei Schwerlastbettentransport) benötigt, sowie die Platzierung der Türgriffe zwischen 85 cm und 105 cm Höhe.

Auch die barrierefreie Gestaltung der Flure im Krankenhaus wurde positiv bewertet, viele weisen demnach beidseitige Handläufe (M= 3,78) und eine Durchgangsbreite von mind. 225 cm (M= 4,30) auf.

Aufzüge, Treppen und Rampen

Beim Blick auf die Patientenaufzüge lässt sich positiv vermerken, dass in der Regel Kabinengrößen von mind. 110x140 cm vorhanden sind ($M= 3,87$). Nur in wenigen sind die Bedienelemente nicht barrierefrei erreichbar ($M= 4,30$).

Aufzüge

Aufzüge mit Sitzplätzen sind eher selten vorhanden, in fast der Hälfte der Häuser gibt es keinen einzigen ($M= 1,91$).

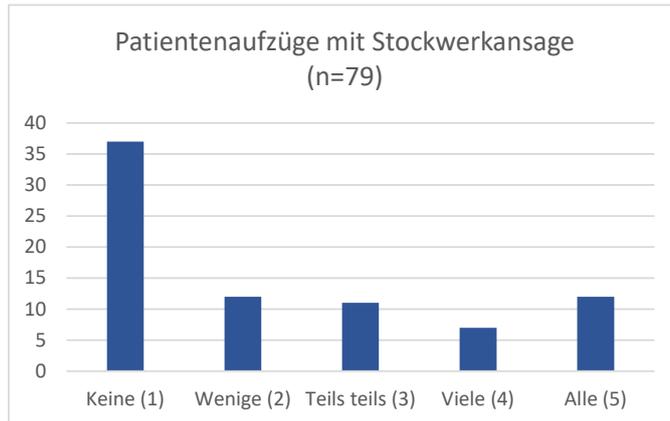


Abb. 25
Patientenaufzüge
mit Stock-
werkansage

Der Notruf nach dem 2-Sinne-Prinzip in Aufzügen ist der Befragung nach teilweise vorhanden, 31,6% geben an, keinen entsprechenden Aufzug, 10,1% nur wenige anbieten zu können ($M= 3,09$). Die taktil erfassbare Beschriftung der Bedienelemente gibt es in ähnlicher Anzahl ($M= 3,35$). Auch eine akustische Information durch Stockwerkansagen findet im Mittel nur „in wenigen“ statt ($M= 2,30$).

Spiegelflächen für rollstuhlfahrende Patient*innen, um nach hinten blicken zu können, sind im Schnitt „Teils teils“ vorhanden ($M= 2,82$), in 35,4% der Häuser gibt es keine.

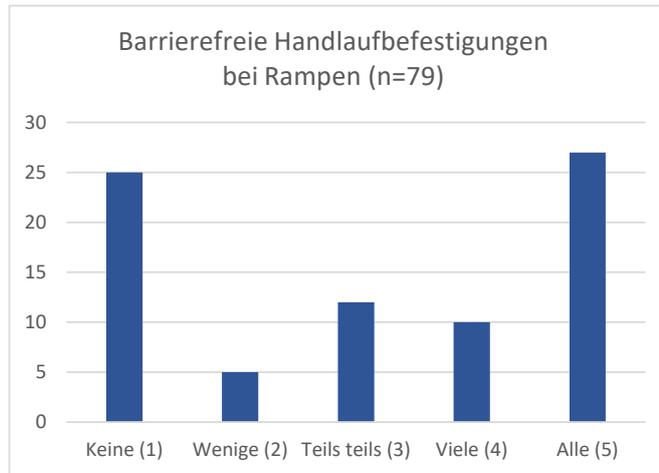


Abb. 26
Barrierefreie
Handlauf-
befestigungen
bei Rampen

Zwar ergibt sich bei der Frage, ob beim Gebrauch der Handläufe an Rampen Befestigungspunkte stören ein Mittelwert von $M = 3,11$, doch sind in den Häusern große Unterschiede festzustellen: nur 34,2% der Krankenhäuser geben an, dass eine barrierefreie Nutzung der Handläufe ohne störende Befestigungspunkte bei allen Rampen möglich ist, während 31,6% der Krankenhäuser feststellen, dass keine der Befestigungspunkte barrierefrei ausgebildet sind.



Abb. 27
Stufenkanten-
markierung an
mind. der ersten
und letzten Stufe

Mit dem Fokus auf die Gestaltung der Treppen ergibt sich folgendes Bild: in einem Viertel der Häuser gibt es keine Stufenmarkierung an mindestens der ersten und letzten Stufe eines Treppenlaufs und immer noch 12,7% geben an, nur wenige so markiert zu haben. „Teils teils“ sind Treppen mit Stufenkantenmarkierung in 29,1% der Häuser vorhanden und nur 16,5% geben an, alle markiert zu haben ($M = 2,86$).

Treppen

Immerhin 31,6% der Häuser geben an, beidseitige Handläufe in allen Treppenhäusern montiert zu haben ($M = 3,39$). Eine waagerechte Weiterführung der Handläufe bei An- und Austritt dagegen ist bei 21,5% der Krankenhäuser nicht vorhanden, 19% erklären alle so bemessen zu haben ($M = 2,89$). Dass es keine bei der Benutzung des Handlaufes störenden Befestigungspunkte gibt, geben viele der Befragten an (40,5%), 22,8% antworten mit „Teils teils“ ($M = 3,68$).

Im Durchschnitt weisen die Hälfte aller Rampen eine Steigung von max. 6 cm auf 100 cm Länge (M= 3,03) auf. Doch bei genauerer Betrachtung muss festgestellt werden, dass nur in einem Viertel der Häuser alle Rampen, dagegen in 27,8% der Häuser keine einzige der Rampen die laut DIN 18040 maximal zulässige Steigung aufweist.

Rampen

Beidseitig mit Handläufen sind nur wenige Rampen ausgestattet.

Freizeiträume und -anlagen

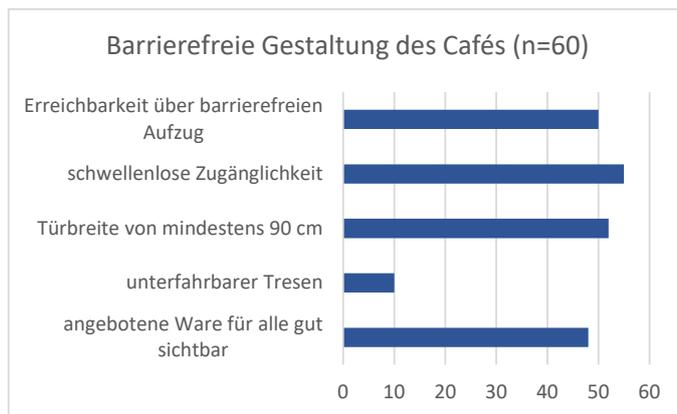


Abb. 28
Barrierefreie
Gestaltung des Cafés

In 76,9% der antwortenden Krankenhäuser (n= 78) gibt es ein Café. Die Frage nach der Erreichbarkeit des Cafés über einen barrierefreien Aufzug bejahen hiervon 64,1%. 70,5% dieser Häuser bestätigen eine schwollenlose Zugänglichkeit zum Café und 66,7% eine Durchgangsbreite von mind. 90 cm vorweisen zu können. 12,8% dieser Häuser verfügen hier über unterfahrbare Tresen. 61,5% geben an, dass die dort angebotene Ware für alle gut sichtbar platziert ist.

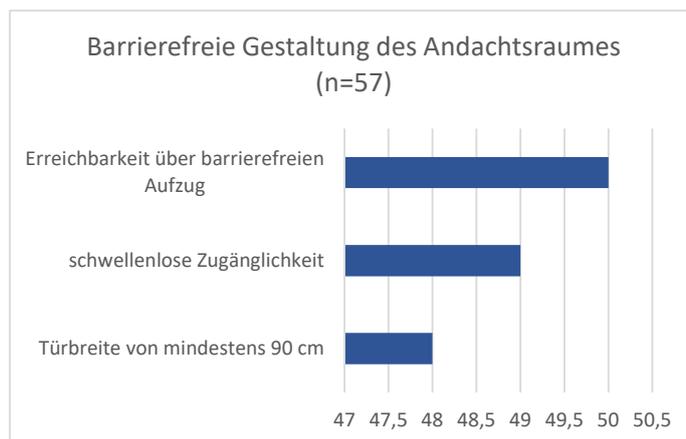


Abb. 29
Barrierefreie
Gestaltung des
Andachtsraumes

Über einen Raum der Stille/Andachtsraum verfügen 73,1% der 78 antwortenden Krankenhäuser. Dieser ist bei 64,1% dieser Häuser über einen barrierefreien Aufzug erreichbar. Bei 62,8% ist ein schwollenloser Zugang gegeben und bei 61,5% eine Durchgangsbreite von mindestens 90 cm vorhanden.

Ein krankenhauser Shop findet sich bei 47,4% der antwortenden Häuser. Deren Erreichbarkeit über einen barrierefreien Aufzug ist bei 42,3% und eine schwellenlose Zugänglichkeit bei 44,9% der Häuser möglich. Ähnliches wurde zu weiteren abgefragten Aspekten der Barrierefreiheit angegeben: eine Türbreite von mind. 90 cm weisen 43,6% auf, 11,5% einen unterfahrbaren Tresen und 41% bestätigten, dass die angebotene Ware für alle gut sichtbar platziert ist.

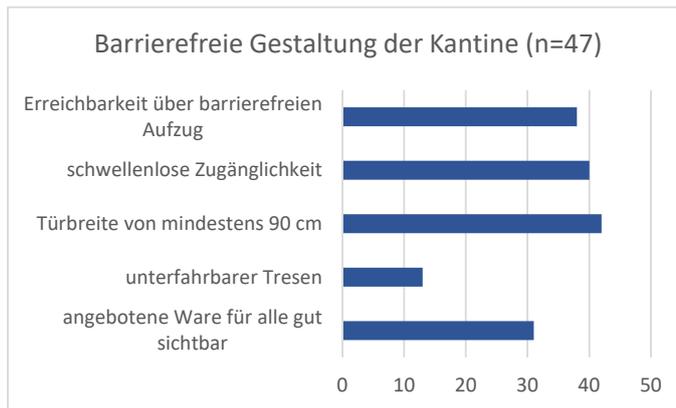


Abb. 30
Barrierefreie
Gestaltung der
Kantine

Eine Kantine steht in 60,3% aller antwortenden Krankenhäuser zur Verfügung. Bei 48,7% dieser Häuser ist die Kantine über einen barrierefreien Aufzug erreichbar. Eine schwellenlose Zugänglichkeit können 51,3% der Antwortenden bestätigen. Eine Türbreite von mind. 90 cm liegt bei 53,8% dieser Häuser vor. Einen unterfahrbaren Tresen haben 16,7% und ein gut sichtbares Angebot an Waren findet sich bei 39,7% der Krankenhäuser.

Von insgesamt 78 antwortenden Häusern bestätigten 66 über einen Patientengarten zu verfügen. Der Zugang dazu weist bei 82,1% der Häuser eine Minstdurchgangsbreite von 90 cm aus. 69,2% der Patientengärten sind stufenlos erreichbar und 70,5% auch für Personen im Rollstuhl oder mit Gehhilfe nutzbar (z. B. durch ausreichende Wegebreiten und erschütterungs-arm befahrbare Wege). Dass sich der Weg kontrastreich von der Umgebungsgestaltung abhebt, geben 42,3% an und eine gute Ausleuchtung des Weges 38,5% der Häuser. Ausreichend Sitzmöglichkeiten, auch für Kinder und kleinwüchsige Menschen, existieren bei 57,7% der Gärten. Eine ausreichende Anzahl an Rollstuhlstellplätzen anbieten zu können bestätigen 43,6% der Häuser, ausreichend schattige Sitzplätze 64,1% jene mit einem Patientengarten. 16,7% der Patientengärten verfügen über verschiedene Bereiche (z. B. Ruhe-, Kinder- oder Familienbereich).

Die Mobilität der Patient*innen wird unterstützt durch ausleihbare Mobilitätshilfen. Dass Rollstühle ausreichend zur Verfügung gestellt werden können geben 52,9% der Häuser an (M=4,16), bei Gehhilfen 44,1% (M= 4,04).

Ein weiterer **Haupteffekt** konnte für die Bettenanzahl bezogen auf die Subskala „**Bewegung**“ identifiziert werden ($F(3,74) = 2.89, p = .041$). Der Post-Hoc-Test offenbarte einen signifikanten Unterschied zwischen Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten und Krankenhäusern, die weniger als 100 Betten umfassen ($M_{diff} = 26.24, 95\%-CI[1.68;50.81], p = .031$). Dies bedeutet, dass die Aspekte, die dem Thema Bewegung zugeordnet sind, in größeren Krankenhäusern tendenziell ein höheres Maß an Barrierefreiheit zeigen.

Haupteffekt
Bewegung
(Anhang C)

In den Interviews wurde unter anderem der Platzmangel in Bezug auf Mobilität und Architektur im Krankenhaus angemerkt, z. B.: „Ich meine, es ist immer zu eng, immer zu klein, immer zu verwinkelt. Das ist letztendlich immer das große Problem. Türen, die zu knapp sind, Flure, die zu eng sind, Zimmer, die zu klein sind. Zimmer, die so voll sind, dass sie eigentlich nicht mehr dorthin kommen können, wo sie hinmöchten. Das ist, was im Alltäglichen an vielen Orten zutrifft.“ (Intensivmediziner/Anästhesist).

3.5 Kompetenz und Kommunikation

Kompetenz

Das Meinungsbild bei der Frage, ob umfassende Barrierefreiheit bei der Ausbildung von Ärzt*innen ($M = 3,48$) und Pflegekräften ($M = 3,00$) zu wenig thematisiert wird, ist zwar im Durchschnitt mit „Teils teils“ bewertet⁴, ergibt sich im Einzelnen doch folgendes: für ein „Trifft nicht zu“ dass dies bei der ärztlichen Ausbildung zu wenig thematisiert wird entscheiden sich 3, für ein „Trifft weniger zu“ 7, für ein „Teils teils“ 39 Häuser, sie sind also eher unentschieden. Die gleiche Frage im Hinblick auf pflegerisches Personal gestellt zeigt mit 7 „Trifft nicht zu“ und 20 „Trifft weniger zu“ Antworten eine Verschiebung, die als Zuschreibung eines besseren Ausbildungsstands für Pflegekräfte in diesem Bereich gesehen werden kann.

Feste Ansprechpartner für Menschen mit körperlichen, kognitiven oder Sinnesbeeinträchtigungen gibt es in 16,5% der Krankenhäuser, 12,1% geben an, keine zu haben ($M = 3,08$). Große Bedeutung messen die Häuser („Trifft eher zu“: 46,2%, „Trifft vollkommen zu“: 33%) der Kompetenz des Personals für einen barrierefreien Aufenthalt zu. ($M = 4,07$).

Verschiedene Faktoren wurden als hemmend bei der Umsetzung von Barrierefreiheit identifiziert, insbesondere die baulichen Gegebenheiten ($M = 3,74$). Dass fehlendes Know-how des Personals die Umsetzung erschwert vermuten die wenigsten Antwortenden ($M = 2,51$)⁵. In Betracht gezogen wird auch, dass interne Abläufe nicht ausreichend auf Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit einem anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund ausgerichtet sind ($M = 2,81$)⁶.

Darüber hinaus wurde erhoben, wie viele Schulungen ab dem 01.01.2019 bis November 2021 in den Kliniken im Rahmen der Dienstzeit zu unterschiedlichen Themen durchgeführt wurden. Zur Erfassung der Themen wurde den Befragten eine Auswahlliste vorgelegt. Mindestens eine Schulung wurde von immerhin mehr als der Hälfte der Krankenhäuser zum Thema „Umgang mit körperlich beeinträchtigten Menschen“ (60,3%), sowie „Sensibler und datenschutzkonformer Umgang mit Patienteninformationen“ (59%) durchgeführt.

Auffallend wenige Schulungen wurden zu den Themen „Umgang mit hörbeeinträchtigten Menschen“, „Umgang mit sehbeeinträchtigten Menschen“ und „Umgang mit technischen Systemen, die Barrierefreiheit betreffend“ durchgeführt.

Schulungsangebote Januar 2019 bis November 2021	N	Ø	Keine in %
Umgang mit hörbeeinträchtigten Menschen	63	3	84,1
Umgang mit sehbeeinträchtigten Menschen	62	3	82,3
Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen	63	8	39,7
Umgang mit Menschen verschiedener Kulturen	64	6	60,9
Umgang mit mobilitätseingeschränkten Menschen	60	8	55
Umgang mit mehrfachbehinderten Menschen	60	8	73,3
Sensibler und datenschutzkonformer Umgang mit Patienteninformationen	61	8	41
Umgang mit technischen Systemen, die Barrierefreiheit betreffen (z. B. Ringschleifensysteme)	63	3	85,7

Tabelle 1:
Schulungsangebote
Januar 2019 bis
November 2021

Auch hier zeigt die Verknüpfung zu den Interviews, dass die Themen der Schulungen eine bedeutsame Rolle einnehmen könnten, was folgende Zitate veranschaulichen:

„Man wird nicht wirklich als Mensch wahrgenommen, sondern eher so als Behinderte. Und dann wird viel mehr mit den Begleitpersonen gesprochen, obwohl man selbst anwesend ist. Das passiert mir relativ häufig“ (mobilitätsbeeinträchtigte Patientin/Rollstuhl).

„Auf jeden Fall der Umgang mit den Menschen, da muss das Personal geschult werden. Wie geh ich denn mit diesen Menschen um? Wie kann ich die Person dahingehend unterstützen? Einfach diese Sensibilisierung der Menschen, die eine Dienstleistung anbieten.“ (Sonderpädagogin/Schwerpunkt Sehbeeinträchtigung)

Die Interviewteilnehmer*innen wünschten sich eine große Angebotspalette an Fort- und Weiterbildungen für das Personal, vom datenschutzkonformen Umgang bis hin zum Umgang mit Menschen mit unterschiedlichen Bedarfen.

Es wird vermutet, dass die Gesamtzahl der Schulungsangebote pandemiebedingt reduziert war, sich jedoch das prozentuale Verhältnis in der Auswahl kaum verändert hat.

Kommunikation

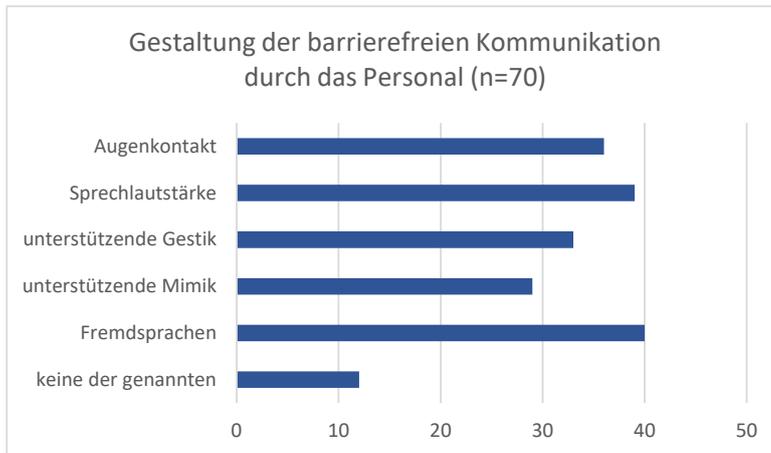


Abb. 31
Gestaltung der
barrierefreien
Kommunikation durch das
Personal

In wie weit das Personal für Aspekte der Barrierefreiheit sensibilisiert ist, konnte in fünf Einzelbereichen erfragt werden.

So wird auf eine Sensibilisierung im Hinblick auf Augenkontakt (51,4%), auf Sprechlautstärke (55,7%), auf unterstützende Gestik (47,1%) und Mimik (41,4%) sowie auf Fremdsprachen (57,1%) geachtet. 17,1% der Antwortenden stellten fest, für keine der genannten Aspekte zu sensibilisieren.

Die Gestaltung einer barrierefreien Kommunikation zwischen behandelnden Ärzt*innen und Patient*innen wurde in drei Fragen näher betrachtet (n= 69). Auf eine vollkommene Inklusion von Menschen mit Hörbeeinträchtigungen wird bei Bedarf in 14 Krankenhäusern geachtet, der Mittelwert (M= 3,20) weist auf Verbesserungsbedarf hin. Eine gleichberechtigte (Sitz-)Situation für Kommunikation auf Augenhöhe findet im Durchschnitt „eher“ Anwendung (M= 3,65). Öfter eingesetzt wird bei Bedarf die Einbindung Dritter (wie Dolmetscher*innen, Angehörige, Kolleg*innen) (M= 4,33). Die Verwendung von technischen Hilfsmitteln (z.B. Übersetzungssapp) wurde nicht abgefragt.

Im Fokus lag hierbei auch, ob und wie versucht wird, die medizinische Fachsprache für die Patient*innen verständlich zu gestalten. (n= 68). 13 Häuser geben an, immer wenn Bedarf besteht, Erklärungen in einfacher Sprache zu formulieren. Dies ist weiter verbreitet, als eine Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Grafiken, Moderationskarten o. ä.).

Die Einbindung von Dolmetscher*innen für Gebärdensprache oder lautsprachlich begleitende Gebärden (LBG) sowie Schriftdolmetscher*innen werden in 17 Häusern bei Bedarf eingesetzt („Trifft vollkommen zu“), dies entspricht 25% der Befragten. 27,9% der Häuser antworten mit „Trifft eher zu“ während 11,8% keine Dolmetscher*innen einsetzen (M= 3,37).

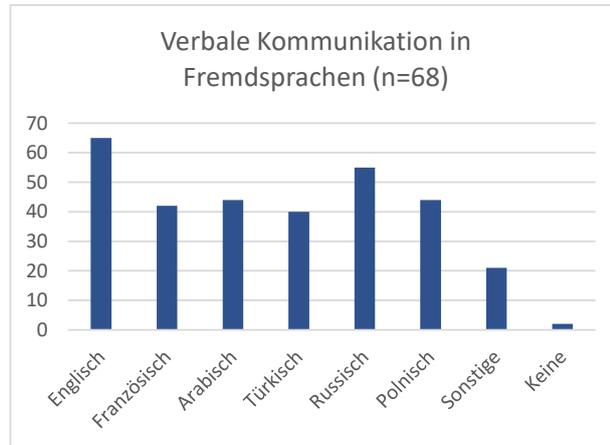


Abb. 32
Verbale
Kommunikation in
Fremdsprachen

Auf die Frage nach fremdsprachlicher verbaler Kommunikation erklärten 95,6% der Krankenhäuser Englisch, 61,8% Französisch, jeweils 64,7% Arabisch und Polnisch, 58,8% Türkisch und 80,9% Russisch anzubieten. 30,9% der Antwortenden erklären, über weitere Sprachkompetenzen zu verfügen. Zusätzlich genannt wurden diesbezüglich diverse andere slawische Sprachen, Spanisch, Italienisch, Litauisch, Ungarisch, Rumänisch, Malaysisch, Kurdisch, Aserbaidschanisch, Armenisch, Albanisch, Persisch und Farsi sowie Philippinisch. Vorwiegend werden diese Sprachkompetenzen durch Muttersprachler unter den Mitarbeitern abgedeckt. Darüber hinaus wird erwähnt, dass bei Bedarf auch ein Dolmetscherpool zur Verfügung steht. 2,9% der Krankenhäuser können in keiner Fremdsprache verbal kommunizieren

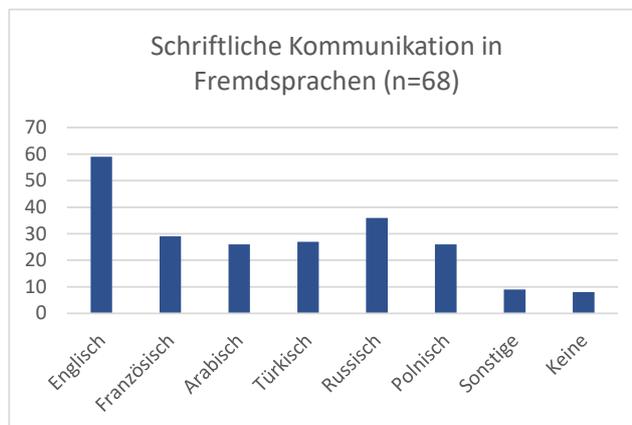


Abb. 33
Schriftliche
Kommunikation in
Fremdsprachen

Ein ähnliches Bild mit geringfügigen Abweichungen entsteht bei der schriftlichen Kommunikation.

Von 68 Krankenhäusern geben 67,6% an, die Aufklärungsbögen in verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung stellen zu können. 30,9% der Antwortenden erfüllen dies auch für die Aufnahmebögen, 20,6% für die Bögen zur Schmerzerfassung und 19,1% für die Entlassbögen. 14,7% der Häuser nutzen ein Übersetzungsprogramm. 26,5% der antwortenden Krankenhäuser übersetzen Dokumente nicht.

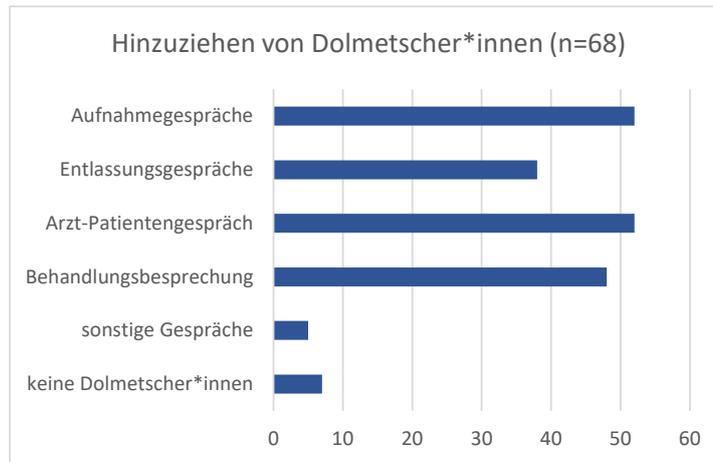


Abb. 34
Hinzuziehen von
Dolmetscher*innen

Das Hinzuziehen von Dolmetscher*innen in unterschiedlichen Gesprächssituationen wird dies in 52 Häusern (76,5%) für die Aufnahmegespräche umgesetzt (Abbildung 31), was auch für die Arzt-Patientengespräche zutrifft. 38 Häuser (55,9%) setzen solche in Entlassungsgesprächen ein und 48 (70,6%) in Behandlungsbesprechung. Sonstige Gespräche geben 5 Häuser (7,4%) an, was bspw. für Pflegegespräche, für Angehörige oder grundsätzlich bei Bedarf in jeder Situation realisiert wird. In 7 Häusern (10,3%) werden keine Dolmetscher*innen beteiligt.

Ein entsprechendes Raumangebot für Menschen unterschiedlicher Ethnien und mit vielfältigem soziokulturellem Hintergrund zum Beten, Ruhen, Meditieren etc. wird von 68 antwortenden Krankenhäusern im Durchschnitt mit „Trifft weniger zu“ beantwortet (M= 2,38).

In der Untersuchung der Bettenanzahl mit der Subskala „**Ethnologie/soziokulturelle Vielfalt**“ konnte ein weiterer **Haupteffekt** registriert werden ($F(3,64) = 3.95, p = .012$). Es zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten und Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten ($M_{diff} = 4.77, 95\%-CI[0.16;9.38], p = .040$). Mittlere Häuser schneiden also bei diesem Themenkomplex signifikant besser ab als mittelkleine Häuser.

Haupteffekt
Ethnologie/
sozio-
kulturelle Vielfalt
(Anhang C)

3.6 Versorgung

Patienteninformationen

Hinsichtlich der Versorgungsqualität wurde erfragt, welche Patienteninformationen aufgenommen werden. 22,5% der antwortenden Häuser geben dabei an, dass ausschließlich Informationen den Aufnahmegrund betreffend erhoben werden. In 77,5% der Häuser werden auch zusätzliche Informationen abgefragt, die über den Aufnahmegrund hinausgehen. Als Zusatzinformation erfragen 77,5% der Krankenhäuser Hinweise über kognitive Einschränkungen, 63,4% der Häuser führen ein Demenz-Screening durch und 71,8% erheben Daten über psychische Vorerkrankungen. 63,4% der Krankenhäuser erheben Infor-

mationen zur Hörfähigkeit sowie 66,2% zur Sehfähigkeit. Körperliche Einschränkungen werden in 85,9% der antwortenden Krankenhäuser dokumentiert. 56,3% der Häuser erfragen den soziokulturellen Hintergrund, 88,7% Besonderheiten der Ernährung und 87,3% Allergien und Unverträglichkeiten. 4,2% der Antwortenden geben an, sonstige Patienteninformationen festzuhalten. Über eine Freitextfläche wurden diesbezüglich die Erhebung von Schmerzen, Sturzgefährdung, Unterstützungs- und Hilfsmittelbedarf, Vorliegen einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung, Versorgungssituation zu Hause, Pflegegrad und Kontaktdaten von Angehörigen/Bezugspersonen oder Pflegeeinrichtung gelistet.

Die vollständige Weitergabe von Informationen über Beeinträchtigungen und andere kulturelle und sprachliche Hintergründe der Patient*innen von Beteiligten aller Hierarchie-Ebenen an das zuständige Personal sowie andere Berechtigte ist in 23,9% der Häuser die Regel (M= 3,65). Mit einem „Trifft eher zu“ stimmten 36,6%.

Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Welche der folgende Maßnahmen werden eingesetzt, um den Krankenhausaufenthalt für kognitiv Eingeschränkte und für Menschen mit Demenz zu erleichtern?	N	%
angepasste Kommunikation	56	82,4
Validationstechniken	24	35,3
Rooming-In für Angehörige	36	52,9
Demenz-Screening bei Aufnahme	34	50
Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung	31	45,6
Delir-Management	28	41,2
Orientierungshilfen	32	47,1
Verstauen gefährdender und irritierender Gegenstände und Stoffe möglich	37	54,4
Begleitedienst zu Behandlungsorten	43	63,2
sonstiges	1	1,5
Keine	5	7,4

Tabelle 2:
Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Der Aussage, dass Menschen mit Demenz nicht in Drei- oder Vierbettzimmern untergebracht werden, pflichten 30,9% der Krankenhäuser mit „Trifft eher zu“ und 44,1% mit „Trifft vollkommen zu“ bei. Jedoch verneinen 11,8% mit „Trifft nicht zu“ (M=3,91).

Erfasst wurde darüber hinaus, ob Abteilungen mit einem hohen Anteil älterer Patient*innen über einen Aufenthaltsbereich oder Gruppenraum als „Wohnzimmer“ oder „Esszimmer“ verfügen. Dies ist in den befragten Krankenhäusern teilweise der Fall (M= 2,72).

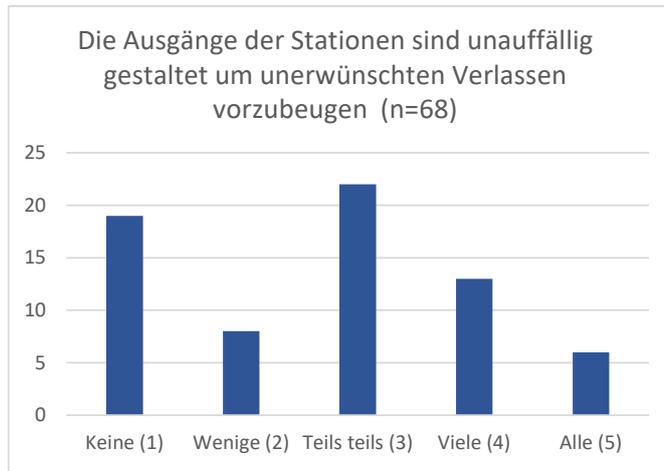


Abb. 35
Gestaltung der
Ausgänge

Zur Gestaltung der Ausgänge befragt, welche möglichst wenig Aufmerksamkeit auf sich ziehen, um einem unerwünschten Verlassen einer Station vorzubeugen, z. B. durch Milchglasfolie an den Glaswänden ($M = 2,69$) ergibt sich zwar, dass entsprechende Maßnahmen bei 32,4% „Teils teils“ umgesetzt werden. In 27,9% der Krankenhäuser ist dies jedoch bei keiner einzigen Tür der Fall.

Mit Blick auf die Bettenanzahl und der Subskala „**Kognition**“ zeigte sich ebenfalls ein **Haupteffekt** ($F(3,64) = 4.32, p = .008$). Ein signifikanter Unterschied bestätigte sich zwischen Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten und 100 bis 199 Betten ($M_{diff} = 5.65, 95\%-CI[0.45;10.85], p = .028$), als auch zwischen Krankenhäusern mit ≥ 500 Betten und Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten ($M_{diff} = 7.17, 95\%-CI[1.50;12.83], p = .008$). Eine höhere Bewertung der Barrierefreiheit konnten auch in diesem Vergleich tendenziell die größeren Krankenhäuser erzielen.

Haupteffekt
Kognition
(Anhang C)

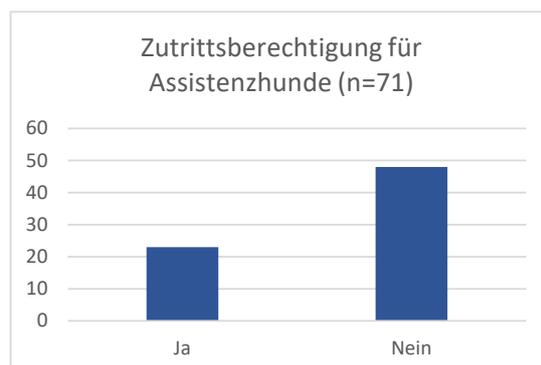


Abb. 36
Zutrittsberechtigung
für Assistenzhunde

Die DIN EN 17210 empfiehlt auch für Gebäude des Gesundheitswesens eine Begleitung durch Assistenzhunde zu ermöglichen. In den bayerischen Krankenhäusern dürfen diese bei 32,4% der antwortenden Häuser mitgebracht werden. 67,6% genehmigen den Zutritt nicht.

Bei 14 Häusern, die Assistenzhunde gestatten, dürfen diese auch bei dem/der Besitzer*in bleiben. Bei 11 der 14 Krankenhäuser kann laut Angaben eine artgerechte Versorgung gewährleistet werden.

Evakuierungskonzept

Mit Blick auf das Evakuierungskonzept (n= 71) erklären 40,8% der Krankenhäuser, die Alarme nach dem 2-Sinne-Prinzip (akustisch und optisch) durchzugeben, um die Barrierefreiheit zu erhöhen. Sichere Zonen (z. B. in einem benachbarten Brandabschnitt) für Personen, die eine Fremdrettung benötigen, existieren bei 60,6% der Krankenhäuser. 69,0% der Krankenhäuser bestätigen, dass ausreichend Personal vorhanden sei, um Menschen mit Beeinträchtigungen bei einer Evakuierung unterstützen zu können. Lediglich 15,5% der antwortenden Häuser können eine stufenfreie Evakuierung aus den oberen Etagen (z. B. durch einen Evakuierungsaufzug) ermöglichen. In nur 11,3% der Krankenhäuser sind die Rettungswege für blinde und sehbehinderte Personen durch entsprechende Signaletik/Piktogramme/taktile Informationen nutzbar. 29,6% der Krankenhäuser können keine der genannten Aspekte zur Umsetzung eines barrierefreien Evakuierungskonzeptes vorweisen.

3.7 Verpflegung

Hinsichtlich der Verpflegung geben 86,8% der antwortenden Krankenhäuser (n= 68) an, das Essen vollständig aus der internen Küche zu beziehen und 7,4% erhielten das Essen von einem externen Dienstleister. 4,4% wählen sonstige Bezugsoptionen und nannten diesbezüglich die Küche benachbarter Kliniken, eine Mischform aus der internen Küche und externen Dienstleistern, sowie das „Cook and Freeze“-Verfahren, wobei Speisen zwar von einem externen Speiseanbieter bezogen, jedoch in der eigenen Küche servierfertig zubereitet werden. Aufgrund des hohen Anteils von Kliniken, welche die Speisen vollständig aus der internen Küche beziehen, wird vermutet, dass eine Vielzahl an Kliniken zwar die Speisen in der internen Küche servierfertig zubereiten, allerdings von einem externen Speiseanbieter erhalten.

Die Verpflegung nahm zudem einen wichtigen Stellenwert in den Interviews ein: „Es gibt ja letztendlich schon klare gesetzliche Vorgaben, wie die lose Warenkennzeichnung zu erfolgen hat. Es müsste halt nur bis zum Patientenbett transportiert werden, weil der ist im Zweifelsfall im Krankenhaus nicht in der Lage irgendwohin zu gehen. Außerdem ist er im Krankenhaus eigentlich auch mit anderen Dingen beschäftigt. Und irgendwo in der Küche muss es ja diese Information geben.“ (Oecotrophologin)

Eine Diät- und Schonkost gehört in 92,6% der Häuser zum Angebot. Auf vorherige Anfrage können in vielen Krankenhäusern besondere Bedürfnisse bei der Ernährung berücksichtigt werden. In den antwortenden Krankenhäusern kann vegetarische zu 94,1% und vegane Kost zu 70,6% angeboten werden. Hinsichtlich der ethnischen Vielfalt berücksichtigen 27,9% der Antwortenden eine koschere und 23,5% eine halal-konforme Kost. Das Essen vor und nach dem Sonnenuntergang während des Ramadans können 19,1% realisieren. 7,4% der Krankenhäuser geben „sonstige“ Möglichkeiten an, welche z. B. Speisen ohne Schweinefleisch, eine rheumakonforme Kost, eiweißarme und -reiche Kost, lactosefreie Kost, kalorienarme und salzarme Kost umfassen.

In Hinblick auf besondere Ernährungsformen bei Menschen mit Beeinträchtigungen gewährleisten 92,6% der Häuser Diätkost und Kost für Allergiker*innen (z. B. Glutenunverträglichkeit, Fructoseunverträglichkeit, Nussallergie), 72,1% eine leicht verdaulichen Kost z.B. für Menschen im Rollstuhl, 70,6% eine hochkalorischen Kost und 30,9% Finger-Food (insbesondere für Menschen mit Demenz). 4,4% der antwortenden Häuser geben an, keine der genannten Ernährungsformen anzubieten.

4 Handlungsfelder

Bereits bei den ersten Recherchen, inwieweit Patient*innen, Besucher*innen und Mitarbeiter*innen mit unterschiedlichen Einschränkungen mit Barrieren im Krankenhaus konfrontiert sind, wurde offensichtlich, dass die Nutzergruppen nicht unbedingt deckungsgleiche Vorstellungen von Barrierefreiheit mitbringen.

Durch die festgestellte Diversität der Nutzer und damit der Bedürfnisse stieg auch die Summe der Anforderungskriterien an das Erhebungsinstrument. In Zusammenarbeit mit den Fachleuten aus unterschiedlichen Disziplinen, wie Mitarbeiter des BlfadA, des TÜV SÜD und der Bayerischen Architektenkammer, gestaltete sich auch die Sichtweise auf die Schwerpunktsetzung und Prioritäten in der Aufstellung des Fragenkatalogs vielfältig. Das Team einigte sich auf 99 Fragen.

Trotz der wieder schwieriger werdenden Arbeitsbedingungen, die sich durch einen neuerlichen Anstieg der Corona-Infizierten in den Krankenhäusern abzeichnete und dem daraus resultierenden Zeitdruck aller Mitarbeitenden stellt die Befragung immerhin ein Viertel der Grundgesamtheit der Häuser dar.

Die identifizierten Handlungsbedarfe betreffen die bauliche Infrastruktur aber auch alle anderen der untersuchten Themenfelder.

4.1 Infrastruktur

Der Zustand der vorhandenen Infrastruktur, also Flächen, Bauteile, Bedienelement, etc. eines Gebäudes und der zugehörigen Außenanlagen, wurde in vielen Antworten gut abgebildet. Erwartet wurde hier ein eher geringer Optimierungsbedarf in Bezug auf die Barrierefreiheit an den bayerischen Krankenhäusern, zumindest für Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Doch bestätigten sich erste Hinweise aus den Interviews in den Ergebnissen der Online-Befragung und es ergibt sich kein einheitliches Bild.

4.1.1 Außenanlagen

Einen ersten Eindruck eines Krankenhauses gewinnen Patient*innen und Besucher*innen beim Ankommen. Doch egal, ob von der Haltestelle des öffentlichen Personennahverkehrs, vom Taxistand oder den Parkplätzen bei Nutzung des PKWs betrachtet, bereits hier gibt es Verbesserungsmöglichkeiten.

So geben 15,9% der teilnehmenden Krankenhäuser auf die Frage nach dem ausreichend Vorhandensein von barrierefreien Stellplätze an, dass dies „vollkommen“ zutrifft, 36,4% erklären, es „Triff eher zu“, und dass von dort bis zum Informationsschalter alle Wegeverbindungen vollkommen schwellenlos ausgebildet sind, bestätigen 64,8% der Häuser.

Und doch ist die Fortbewegung für mobilitätseingeschränkte Personen im Vergleich zu Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen wesentlich einfacher. Es gibt kaum Bodenleitsysteme als Hilfestellung für sehingeschränkte Menschen zum Erreichen des Haupteinganges. Immerhin erreichte der Taxistand diesbezüglich – vermutlich aufgrund seiner kurzen Distanz zum Haupteingang – passable Werte.

Die Häuser geben zu drei Viertel an, keine „Barrierefrei“- Möglichkeiten für Menschen mit Höreinschränkungen anbieten zu können, wie u.a. induktive Höranlagen für höreingeschränkte Personen am Empfangstresen.

In den meisten Krankenhäusern aus der Umfrage gibt es einen **Patientengarten** (~ 85%), dessen Erreichbarkeit auch stufenlos bei knapp 70% möglich ist – allerdings eben auch bei gut 30% nicht. Bei der Ausstattung kann etwas verbessert werden, denn ausreichende Sitzmöglichkeiten für Kinder und kleinwüchsige Menschen (~ 58%), Rollstuhlstellplätzen (~ 44%) und schattigen Sitzplätzen (~64%) sind nicht ausreichend vorhanden. Um den Patientengarten zusätzlich kinder- und familienfreundlicher zu gestalten, sollten die Grünanlagen in verschiedene Bereiche mit spezifizierten Angeboten eingeteilt werden, um individuelle Bedürfnisse erfüllen zu können.

Optimierungsbedarf besteht auch bei der Gestaltung kontrastreicher (~ 42%) sowie gut ausgeleuchteter (~ 39%) Wege.

4.1.2 Sonstige Einrichtungen

Der Blick auf die sonstigen Einrichtungen bzw. Freizeiträume, wie **Kantine, Shops, Cafés** und **Andachtsräume/Räume der Stille** zeigt, dass derartige Räumlichkeiten hinsichtlich barrierefreier Gestaltung und Nutzbarkeit bislang nur wenig beachtet wurden.

Hausinterne Shops können 47% und Kantinen ca. 60% der Krankenhäuser aus der Umfrage anbieten. Mit Verweis auf eine Aussage eines Intensivmediziners/Anästhesisten sind gerade Räume für die Essenaufnahme zur Wahrung der Autonomie und Selbstständigkeit für die Patient*Innen wünschenswert: „Generell sollte jeder, der mobil ist, zu einem Frühstücksraum laufen. Dann bewegt man sich und hängt nicht die ganze Zeit im Bett rum. Ich denke, das Ganze wird noch viel zu klassisch betrachtet, hier fehlen Ideen.“

Nur in ca. der Hälfte aller Krankenhäuser mit Kantinen und hausinternen Shops sind diese über einen barrierefreien Aufzug erreichbar, schwellenlos zugänglich und über eine Türbreite von mind. 90 cm passierbar. Dass die Ware gut sichtbar für alle platziert ist, gewährleisten nur ca. 40% der Häuser. Für diese Faktoren erhielten die Cafés und auch die Andachtsräume in den Krankenhäusern jeweils bessere Bewertungen zwischen 60 und 70%. Unterfahrbare Tresen in den Kantinen, Shops oder Cafés sind kaum verfügbar (~ 12 bis 17%).

Insgesamt werden die Freizeitbereiche als integrierte Zielpunkte im Wegeleitsystem bei nur knapp 40% der Häuser erwähnt.

4.1.3 Patientenzimmer, Nasszellen und Sanitäranlagen

Der wohl wichtigste Raum für Patient*innen und Besucher*innen ist das **Patientenzimmer**. Die Größe der Zimmer ist ein Indikator für die Unterstützung mobilitätseingeschränkter Patient*innen. Erkundet wurden unter anderem die vorhandenen Bewegungsflächen. Es wurde nach allgemeiner Barrierefreiheit (wie die DIN 18040 im Teil 2 für barrierefreie Wohnungen festgelegt) und nach uneingeschränkter Barrierefreiheit (wie die DIN 18040 Teil 1 für öffentliche Gebäude bzw. im Teil 2 mit dem R-Standard vorgibt) gefragt.

Nur 58% der Häuser können eine Bewegungsfläche entlang einer Bettseite von mind. 120x120 cm gewährleisten und nur 44% eine Bewegungsfläche von 150x150 cm, womit diese uneingeschränkt für Rollstuhlfahrende nutzbar ist. Eine freie Bewegungsfläche von mind. 90x90 cm vor sonstigen Möbeln bieten 61%.

Auch die **Innenausstattung** bzw. **Möblierung** der Patientenzimmer ist verbesserungswürdig. Kleiderschränke sollten sich für Rollstuhlfahrer*innen mit einer lichten Breite von 150 cm vor dem Schrank und erreichbaren Fachböden auszeichnen, was lediglich 31% der Häuser umsetzen. Die Kleiderschränke sollten überdies mit Kleiderhaken in Hüfthöhe ausgestattet sein, aber nur 28% der Häuser haben derartige Haken integriert. Indes verfügen 60% der Häuser über Kleiderschränke mit Haken in Schulterhöhe. Eine überschaubare Anzahl von 29% der Kliniken richten die Patientenzimmer mit höhenverstellbaren Stühlen, die zudem für größere Lasten ausgelegt sind, aus. Immerhin sind knapp 70% der Desinfektionsmittelspender in den Patientenzimmern gut platziert (z. B. in einer Wandnische) und erreichbar ohne ein Hindernis darzustellen. Die Beleuchtung in den Patientenzimmern wird von 73% als blendfrei und ausreichend hell bewertet. Wünschenswert wäre die Aufstockung von Lichtklingeln von derzeit knapp 59%. In 64% der Patientenzimmer ist ein ungehinderter Blick ins Freie in stehender, sitzender und liegender Position möglich, in den anderen Zimmern ist auch dies nicht optimal.

Bei den **Nasszellen** innerhalb des Patientenzimmers zeigt sich ein ähnliches Bild mit Fokus auf die Bewegungsflächen von 120x120 cm und 150x150 cm, auch vor Duschen und Sanitärobjekten oder auch bei seitlichen Bewegungsflächen der WCs. Die Liste des zu Verbesserenden reicht hier vom WC bis zum Waschtisch mit geeigneten Armaturen und Unterfahrbarekeit bis hin zum dazugehörenden Spiegel und einer kontrastreichen Gestaltung. Immer noch gehen in 6,1% der Häuser Nasszellentüren ausschließlich nach innen auf, 7,3% geben an, nur wenige nach außen öffnende bzw. Schiebetüren nachweisen zu können, bei 26,8% der Häuser wird mit „Teils teils“ geantwortet. Auch rutschhemmende Bodenbeläge sind in den Einrichtungen nicht immer vorhanden. Selbst die Erreichbarkeit des Notrufs im Sitzen und Stehen ist nur in 59,8% der Häuser in allen Nasszellen gegeben.

Die **Sanitäranlagen** außerhalb der Patientenzimmer weisen selten Bewegungsflächen von 150x150 cm und einen beidseitigen Anfahrbereich von mind. 90 cm neben der Toilette auf. Doch dies wäre nicht nur für Rollstuhlfahrer hilfreich, auch andere, wie z.B. kognitiv eingeschränkte Patient*innen könnten davon profitieren, wenn sie sich von einer Begleitperson unterstützen lassen. Rückenstützen an den WCs sind nur bedingt in den Sanitäranlagen vorhanden. Besser umgesetzt sind offenbar die Armaturen als Einhebelarmatur oder mittels

berührungsloser Bedienbarkeit sowie das Vorhandensein eines unterfahrbaren Waschbeckens im Vergleich zu den Nasszellen im Patientenzimmer.

Die für die bayerische Förderpraxis bislang üblichen Größen für Nasszellen sind zu diskutieren.

4.1.5 Verkehrswege im Gebäude, Aufzüge und Türen

Ausreichend Platz bieten die **Flure** mit in der Regel Durchgangsbreite von mind. 225 cm. Bei den Treppen lohnt jedoch wieder genaueres Betrachten: nicht nur das Fehlen der Weiterführung von Handläufen bei An- und Austritt, vor allem die Stufenkantenmarkierungen an mind. der ersten und letzten Stufe eines Treppenlaufes stellen eine nicht zu unterschätzende Gefahrenquelle dar. Ein Viertel der Häuser können keine, 12,7% können nur wenige Treppen mit diesen wichtigen Kontrasten nachweisen.

Flure

Eine Herausforderung für Rollstuhlfahrende stellen z.B. Rampen dar. Die Vorgabe, dass eine Steigung nicht mehr als 6 cm auf 100 cm Länge aufweisen darf, kann nur ein Viertel der Krankenhäuser für alle Rampen erfüllen. Auch mit einer beidseitigen Ausstattung mit Handläufen sowie deren uneingeschränkte Nutzung durch die nicht störende Befestigungen kann nicht gepunktet werden

Eine gute Ausgangssituation ist hinsichtlich der Kabinengröße von **Aufzügen** zu erkennen, die mind. eine Fläche von 110x140cm haben sollten. Gleiches gilt für das Vorhandensein von Handläufen innerhalb der Aufzüge. Auch der Erreichbarkeit der Bedienelemente wird hier ein hohes Maß an Barrierefreiheit zugesprochen. Deren taktile Beschriftung kann nachgebessert werden. In Hinblick auf akustische Informationen innerhalb der Aufzüge könnte nachgerüstet werden, insbesondere die Notrufe nach dem 2-Sinne-Prinzip sowie Stockwerkansagen. Doch ist hier immer auch ein Zielkonflikt mit kognitiv eingeschränkten Personen in Kauf zu nehmen.

Aufzüge

Die **Türen** innerhalb der gesamten Gebäudes können meist mit Durchgangsbreiten von mind. 90 cm (125 cm bei Bettentransport, 140 cm bei Schwerlastbettentransport) das sichere Passieren ermöglichen und die Platzierung der Türgriffe zwischen einer Höhe von 85 und 105 cm ist in der Regel gegeben. Auch deren Bedienung mit minimalem Kraftaufwand ist meist erfüllt. Gleiches trifft auf eine lichte Höhe von mind. 210 cm zu. Mehr zu achten ist hingegen auf ausreichend Platz neben den Türgriffen von mind. 50 cm, was auch hinter und vor den Türen mit mind. 150x150 cm zum Rangieren gegeben sein muss. Die kontrastreiche Gestaltung der Türen zu Boden und Wand muss dringend verbessert werden. Besonders wichtig ist das Nachbessern an Glastüren und –wänden: hier müssen unbedingt Sicherheitsmarkierungen angebracht werden.

Türen

4.1.5. Zielkonflikte

Vorgaben zur Umsetzung der baulichen Barrierefreiheit sind in Deutschland in der DIN 18040 „Barrierefreies Bauen“ zu finden. Eine Reihe von in der DIN 18040-1 „Öffentlich zugängliche Gebäude“ festgelegten Anforderungen kollidieren in Krankenhäusern mit den speziellen Ansprüchen z.B. der Hygiene, des Brandschutzes sowie der beschriebenen Nutzergruppen.

Zielkonflikte ergeben sich z. B. bei der Greif- und Bedienhöhe. Die Norm verlangt für eine uneingeschränkte Rollstuhlnutzung grundsätzlich eine Bedienhöhe von 85 cm. Türgriffe oder Lichtschalter in dieser Höhe eignen sich vor allem für Menschen, die ihren Rollstuhl selbstständig fahren können, diese kommen in der Regel aber auch mit einer Bedienhöhe von 105 cm zurecht. Ältere Menschen in Krankenhäusern sind dagegen oft passive Rollstuhlfahrer. Für die den Rollstuhl schiebenden Pflegekräfte oder Angehörigen wäre die übliche Höhe von 105 cm auch aus ergonomischer Sicht besser. Für an Demenz Erkrankte und Späterblindete stellen 85 cm hohe Lichtschalter oder Türöffner oft zusätzliche Barrieren dar, denn die niedrigere Bedienhöhe ist ungewohnt. Immer wieder werden bspw. Lichtschalter im Bad nicht gefunden und die Patient*innen müssen sich zunächst im Dunkeln zurechtfinden. Rollator-Nutzende müssen sich über die Gehhilfe nach vorne beugen, was die Sturzgefahr erhöht.

Zielkonflikt
Bedienhöhen

Die Forderung nach einem durchgängigen und vernetzten Leitsystem für alle Menschen ist uneingeschränkt zu unterstützen. In der Baupraxis ergibt sich die Problemstellung, dass die für Menschen mit Seheinschränkung geforderten und hilfreichen taktilen und optischen Kontraste Menschen mit einer Demenzerkrankung verunsichern können. Die in der DIN 32984 (Bodenindikatoren im öffentlichen Raum) beschriebenen Leitelemente, wie Aufmerksamkeitsfelder, Leitstreifen oder Querungsstellen unterstützen blinde Menschen, können allerdings z. B. bei Menschen mit Demenz Blockaden im Bewegungsablauf auslösen oder sogar zur Stolperfalle werden. Leitmarkierungen am Boden sollten auch aus hygienischen Gründen nicht eingebaut werden. Auch akustische Informationen, wie bspw. Lautsprecheransagen in Aufzügen, welche insbesondere für sehbeeinträchtigte Menschen eine Orientierungshilfe darstellen, sind kritisch zu diskutieren. Diese können vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Patient*innen zu Unsicherheiten und Desorientierung führen.

Zielkonflikt
Leitsystem

Möglichst sichere, gut begehbare und hindernisfreie Verkehrswege sind die Grundlage für eine unfallfreie Fortbewegung. In der DIN 18040 werden Türschwellen zwar als nicht zulässig erklärt, gleichzeitig sind diese bei technischer Notwendigkeit bis zu einer Höhe von 2 cm erlaubt. Das kann im Bestand mit unterschiedlichen Fußbodenaufbauhöhen auf beiden Seiten der Schwelle, mit Situationen, bei denen Räume vor eindringendem Wasser geschützt werden sollen, oder mit Räumen mit besonderen Schallschutzanforderungen begründet werden. So kann also Schallschutz nach Ausführungen der DIN 4109 und DIN 18040 ein Bodenfugenprofil bedingen, auch wenn unter dem Aspekt der Barrierefreiheit ein durchgehender und schwellenfreier Belag auch an Türdurchgängen gewünscht ist, damit mobilitätseingeschränkte Personen keinen Sturzrisiken ausgesetzt sind. Durch einfache Maßnahmen können Schwellen/Absätze angeschrägt oder ausgerundet werden. Hierdurch wird die Überrollbarkeit deutlich erleichtert und die Sturzgefahr vermindert.

Zielkonflikt
Türschwellen in
Bestandsbauten

Bereits bei einer Konzentration auf die Zielgruppe der Patient*innen gibt es diverse Zielkonflikte zu lösen. Die Barrierefreiheit für das Pflegepersonal im Arbeitsalltag wurde ausgeklammert, wenn keine direkte Verbindung zur Patientenversorgung erkennbar war. Dies muss in künftigen Untersuchungen bzw. Folgeprojekten beleuchtet werden, damit Barrierefreiheit in ihrer Umfänglichkeit auch in diesem Kontext erfasst wird. Nur mit der Abwägung der Bedürfnisse aller Nutzer kann das Aufbauen neuer Barrieren möglichst vermieden werden.

Alle Abweichungen von der Norm sollten vor dem Bauantrag als Planungsgrundlage schriftlich festgehalten werden. Zu diskutieren bleibt, ob ein Beiblatt zur DIN 18040 zu „speziellen Nutzergruppen“ im Krankenhaus Planern und Genehmigungsbehörden als Entscheidungsgrundlage an die Hand gegeben werden sollte.

4.2. Orientierung und Wegeleitsystem

Wichtige Zielpunkte sollten immer in einem durchgängigen Wegeleitsystem (WLS) angegeben sein. Hier ist z.B. bei Parkplätzen Verbesserungspotential.

Die verwendeten **Beschilderungen** sind nicht immer verständlich. Durch den Gebrauch unterschiedlicher Symbole, kaum Unterstützung bei Seheinschränkungen und nicht vorhandene „Untertitel“ in englischer Sprache etc. beginnen die ersten Unsicherheiten für manchen bereits hier.

Lediglich 22% der Häuser können ein durchgängiges Handlaufsystem innerhalb des WLS vorweisen. Auch Beschilderungen mit Brailleschrift/erhabener Schrift sind kaum vorhanden.

Nur 2% der Befragten geben an, taktile Bodenindikatoren seien Bestandteil des WLS. Auch die **akustischen Informationen** sind von hoher Relevanz. Doch Maßnahmen zur Lärmvermeidung (z. B. Flüsterrollen oder Wartung der Türschließmechanismen), angemessene Hörbarkeit/Sprachverständlichkeit der Raumakustik oder Durchsagen in angepasster Lautstärke und deutlicher Sprache haben offensichtlich nur eine geringe Bedeutung in den Einrichtungen. Somit bestehen Handlungsbedarfe in der taktilen und auditiven Gestaltung des Wegeleitsystems.

taktil erfassbare
und akustische
Informationen

4.3 Internetauftritt, Multimediaangebote und technische Systeme

Während der größte Anteil der Krankenhäuser den Aufbau der Internetseite als übersichtlich erachtet, ist die **Websitegestaltung** nicht für alle Nutzer*innen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen uneingeschränkt handhabbar. Insbesondere für Patient*innen und Besucher*innen mit Sinnesbeeinträchtigungen oder Mobilitätseinschränkungen ist es wichtig, sich noch vor dem Krankenhausaufenthalt bzw. -besuch umfangreich über die Umgebung vor Ort zu informieren.

Website

In nur wenigen Krankenhäusern können Wegbeschreibungen auf der Internetseite oder ein digitaler Gebäudeplan aufgerufen werden. Auch eine App, die die Orientierung im Haus unterstützen könnte, bieten nur vereinzelte Häuser an. Symbole, die auf der Internetseite der

Häuser verwendet werden, befinden sich nur in wenigen Kliniken vor Ort exakt so wieder. Die Individualisierbarkeit der Websitenutzung wäre ein wichtiger Schritt. Aktuell sind lediglich 46% der Häuser aus der Umfrage der Meinung, die Website sei ausreichend kontrastreich gestaltet. Die Schriftgröße nach Bedarf anzupassen ist nur bei knapp 41% möglich und eine Vorlesefunktion bei nur 4% vorhanden. Nur bei knapp 43% der Krankenhäuser wird von einer einfachen Sprache Gebrauch gemacht und lediglich 18% bieten die Übersetzung in eine Fremdsprache an.

Eine barrierefreie Gestaltung von **Multimediaangeboten** (TV, Radio, CD/DVD) im Krankenhaus ist z.B. für die Selbstbeschäftigung der Patient*innen von hoher Relevanz, um etwa in einer angespannten Situation Momente der Ruhe und Ablenkung zu gewinnen. Doch auch in diesem Bereich ist dies nicht uneingeschränkt für alle Patient*innen möglich. In fast der Hälfte der Häuser stehen Angebote kostenfrei zu Verfügung. Alle weiteren Faktoren sollten dringend diskutiert werden. So ist die Handhabung für Menschen mit Seheinschränkungen erschwert, weil keine kontrastreiche Gestaltung der Bedienelemente vorliegt und die Individualisierbarkeit durch eine veränderbare Schriftgröße nicht gegeben ist. Menschen, die in ihrer Hörfähigkeit eingeschränkt sind, werden gleichermaßen auf Barrieren in der Nutzbarkeit der Multimediaangebote stoßen, denn wählbare Untertitel sind nur in vereinzelten Fällen einzustellen. Handhabungsschwierigkeiten stellen sich auch für Menschen mit eingeschränkter Feinmotorik ein. Die Bedienbarkeit über ein Tablet ist ebenfalls nur selten vorhanden.

Multimedia

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sollen in diesem Bereich zukunftsweisende Anschaffungen unterstützt werden. Im Bundesgesundheitsministerium war nur das Antragsformular zum KHZG barrierefrei gestaltet worden, im Anforderungskatalog für die Förderung von Maßnahmen jedoch war das Thema Barrierefreiheit nicht aufgenommen. Doch Barrierefreiheit der Medienangebote sollte Grundlage einer Förderung sein.

Die **Dokumentation** stellt im Krankenhaus eine alltägliche Arbeitsaufgabe dar. Umso wichtiger ist es, dass deren Ausführung für das Personal erleichtert und darüber hinaus die Sicherung sensibler Patienteninformationen gewährleistet wird. Stimmen aus den Interviews äußerten diesbezüglich vielfach den Wunsch nach der elektronischen Patientenakte: „Wir sind eine der ersten Kliniken, welche die digitale elektronische Patientenakte haben, was eine Arbeitserleichterung ist. Für den Login hat jeder seine eigenen Zugangsdaten und kann anschließend dokumentieren. Es entsteht kein Konflikt mehr, indem jeder an eine Patientenkurve will.“ (Krankenschwester)

Dokumentation

In den an der Umfrage teilnehmenden Häusern ist die elektronische Patientenakte bereits bei 15,5% im Einsatz. 7% dokumentieren noch immer in Papierform. 77,5% der Kliniken nutzen eine Mischform beider Varianten bei der Dokumentation.

4.4 Versorgung und Sicherheit

Oftmals werden im Aufnahmeprozess wichtige **Patienteninformationen** nicht erhoben, was im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes zu Barrieren in der Gesundheitsversorgung führen kann. Aus diesem Grund sollte die Datenerhebung so umfangreich wie möglich gestaltet und so die Qualität der Versorgung sichergestellt werden. Fast $\frac{1}{4}$ der Krankenhäuser geben an, nur Informationen den Aufnahmegrund betreffend zu erheben.

Zusätzliche Informationen, die über den Aufnahmegrund hinausgehen, können sich bspw. auf **kognitive Einschränkungen** beziehen. Für die Krankenhäuser ist es von großer Wichtigkeit einschätzen zu können, ob bei Patient*innen eine begleitende Demenz vorliegt, um sich darauf einstellen und Komplikationen im Behandlungsverlauf vermeiden zu können. Doch werden z.B. die Vorteile eines Delir-Managements nur zu 41,2% genutzt. Aufgrund der geringen Verfügbarkeit von Orientierungshilfen (z. B. Bildsymbolik an den Zimmertüren/Toiletten etc.), welche nur 47% der Krankenhäuser anbieten, können unnötige Hürden entstehen. Wie aus der Befragung hervorgeht, werden noch zu selten Aufenthaltsbereiche oder Gruppenräume zur Verfügung gestellt. Beschäftigungsangebote für Menschen mit Demenz werden lediglich von 46% der Krankenhäuser angeboten. Auch wenn die Befragten eingeschätzt haben, gut auf Begleitpersonen für diese Zielgruppe vorbereitet zu sein, kann aus den Antworten abgeleitet werden, dass ein barrierefreier Aufenthalt von Menschen mit Demenz im Krankenhaus derzeit noch erheblich erschwert wird.⁷

Demenz

Auch der **Umgang mit sehbeeinträchtigten Menschen** ist in Krankenhäusern von hoher Relevanz, weshalb zusätzliche Daten über die Sehfähigkeiten erhoben werden sollten. Rund 63% der Krankenhäuser geben an, keine Hilfsmittel für Seheingeschränkte zur Verfügung zu stellen. Assistenz- und Blindenhunde dürfen bei 32% der Häuser als Begleitung mitgeführt werden. Der Anteil von Krankenhäusern, die (Lese-)Lupen (16,2%) oder Ferngläser/Monokulare (2,9%) bei Bedarf zur Verfügung stellen können, ist deutlich zu gering. Gleiches trifft für das Angebot zu, Informationsmaterial für Seheingeschränkte bei Bedarf größer auszudrucken (26,5%).

Hinsichtlich eines barrierefreien **Evakuierungskonzeptes** können knapp 61% der Krankenhäuser **sichere Zonen** und 69% **ausreichend Personal** gewährleisten, um Menschen mit Beeinträchtigungen bei einer Evakuierung zu unterstützen. Ist dies nicht möglich, ist es umso wichtiger, die Alarmierung nach dem 2-Sinne-Prinzip zu gestalten, was lediglich knapp 41% gewährleisten können. Ca. 16% können eine stufenfreie Evakuierung aus den oberen Etagen gewährleisten. Nur 11% der Rettungswege werden für Sehbeeinträchtigte durch **Signaletik/Piktogramme/taktile Informationen** als hinreichend geeignet eingeschätzt. Mit Blick auf den Krankenhausaufenthalt für hörbeeinträchtigte Menschen sind gleichermaßen **akustische Informationen** zu beachten. Insbesondere Durchsagen müssen optimiert werden, indem sie nach dem 2-Sinne-Prinzip, d. h. mit einer zusätzlichen visuellen Darstellung, auch mit Lichtklingeln, ergänzt werden.

Fast 30% der Krankenhäuser können kein barrierefreies Evakuierungskonzept vorweisen, was dringend nachgeholt werden muss.

⁷ Unter bestimmten Voraussetzungen können Begleit- oder Assistenzpersonen von Menschen mit Behinderungen künftig Krankengeld beanspruchen bzw. Eingliederungshilfe beantragen. Zu erwarten ist, dass das Angebot an „Rooming-In“ Zimmern kurzfristig ausgebaut wird. Diese zu begrüßende Neuregelung ist allerdings zu eng gefasst, ältere Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen mit Demenz werden trotz vergleichbarer Bedarfe bislang nicht berücksichtigt (siehe Tabelle 2 auf Seite 47).

4.5 Verpflegung

Mit besonderem Augenmerk auf steigende Lebensmittelunverträglichkeiten in der Bevölkerung sind Daten zu Besonderheiten der **Ernährung** sowie Allergien/Unverträglichkeiten mit hoher Sorgfalt zu erheben, was nach den Angaben der Krankenhäuser sehr gut funktioniert. Durchweg positiv ist die Achtsamkeit auf Diät- und Schonkost sowie Kost für Allergiker*innen zu bewerten. Nicht in allen Häusern wird die Information über die Zutaten bis zum Patientenbett transportiert, unabhängig davon, ob Speisen aus der internen Küche oder von einem externen Speiseanbieter bezogen werden. Auch spezielle Ernährungsformen, die eine vegane oder vegetarische Zubereitung erfordern, werden in den Krankenhäusern offenbar gut umgesetzt. Gleiches gilt für hochkalorische Speisen. In Bezug auf die Erhöhung der Kultursensibilität besteht jedoch Nachholbedarf. Nur wenige Häuser können eine koschere oder halal-konforme Kost sowie Essensroutinen wie bspw. während des Ramadans gewährleisten. Insbesondere für Menschen mit Demenz ermöglicht Finger-Food eine erleichterte Essensaufnahme, was nur knapp 31% der Häuser umsetzen. Allerdings gibt noch immer Krankenhäuser, die keinerlei besondere Ernährungsformen berücksichtigen.

Ernährung

4.6 Kommunikation und Kompetenz

Auch **kulturelle Sensibilität** spielt in der stationären Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Die verbale Kommunikation ist der einfachste Weg mit Menschen aus anderen Kulturen zu interagieren. Die bayerischen Krankenhäuser weisen ein beeindruckendes Spektrum an verschiedenen Sprachkompetenzen auf. Doch nicht jede Gesprächssituation führt zu einem ausreichenden Informationsverständnis beider Kommunikationspartner*innen, da entweder Mitarbeiter*innen mit der entsprechenden Sprachkompetenz nicht kontinuierlich verfügbar sind, keine Dolmetscher*innen zur Verfügung stehen oder nur wenige technischen Hilfsmittel vorhanden sind. So können Informationsdefizite nicht verhindert werden. Nur knapp 27% der Krankenhäuser bieten bspw. übersetzte Dokumente an, nur ca. 15% nutzen ein Übersetzungsprogramm und 10% haben keine Möglichkeit, Dolmetscher*innen hinzuzuziehen. Immerhin herrscht innerhalb der Umfrage die Meinung vor, dass bei Bedarf die Einbindung Dritter, einschließlich der Angehörigen, gut umgesetzt wird. Häufig wird auf Moderationskarten oder ähnliches verzichtet, obwohl damit eine leichtere Verständigung ohne medizinische Fachsprache erreicht werden könnte. Auch Durchsagen in einer Fremdsprache sind wünschenswert, was nur wenige Krankenhäuser anbieten.

Kulturelle
Sensibilität

Kulturelle Sensibilität zeichnet sich jedoch nicht nur durch die verbale Kommunikation aus. Es geht um das Wissen kultureller Sitten und Normen, die u. a. durch entsprechende Mitarbeiterschulungen vermittelt werden könnten. 61% der antwortenden Krankenhäuser bieten keine Schulungen zu diesem Thema an.

Schwierigkeiten in der Kommunikation können sich sowohl bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen einstellen, als auch bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen. Aus diesem Grund sind spezielle Aspekte und Möglichkeiten zu beachten. Bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, wie bspw. einem eingeschränkten Hörvermögen, ist verstärkt auf Mimik und Gestik zu achten, was bei weniger als der Hälfte der antwortenden Häuser versucht wird. Optimierungsbedarf herrscht auch in der Einbindung von Dolmetscher*innen

Kommunikation

für Gebärdensprache oder lautsprachbegleitenden Gebärden (LBG) sowie Schriftdolmetscher*innen. Gerade der Umgang mit hör- und sehbeeinträchtigten Menschen hat in der Fort- und Weiterbildung in den bayerischen Krankenhäusern eine untergeordnete Priorität, denn über 80% bieten hierfür keine Schulungen an.

Rund 82% der Krankenhäuser geben an, auf eine angepasste Kommunikation bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu achten. Doch lediglich ein Drittel der Häuser schult spezielle Validationstechniken.

Eine über die hier vorhandene Freitextfläche gegebene Anmerkung, dass „Einschränkungen bei den Patient*innen für Mitarbeiter Tagesgeschäft sind“ lässt vermuten, dass mancher Ausfüllende wenig Notwendigkeit in Schulungen des Personals zum Umgang mit Patient*innen unterschiedlicher Beeinträchtigungen sieht, weil man ohnehin durch alltägliche Berufspraxis und damit verbundene Erfahrung weiß, was zu tun ist. Hier ist wohl grundsätzlich noch Überzeugungsarbeit zu leisten.

Allgemeines

Die Selbsteinschätzung der den Fragebogen bearbeitenden Personen ergab, dass Barrierefreiheit in den Krankenhäusern durchschnittlich „eher“ als ein sehr wichtiges Thema erachtet wird ($M= 3,91$) und sich deren Umsetzung ebenfalls „eher“ auf einem guten Weg befindet ($M= 3,76$). Eine wertschätzende Behandlung der Patient*innen mit körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, sowie einem anderen kulturellen Hintergrund findet ebenfalls „eher“ statt ($M= 4,47$). Die Aussage, dass Menschen mit Beeinträchtigungen Maßnahmen der Diagnostik und Behandlung (z. B. Liegen in den Behandlungsräumen, gynäkologischer Stuhl) genauso nutzen können, wie Menschen ohne Beeinträchtigungen ($M= 3,92$), sowie gemäß ihrem selbst geäußerten Wunsch in ihrer Autonomie unterstützt werden ($M= 4,22$) wurde durchschnittlich mit „Trifft eher zu“ beantwortet.

Die Aussage, dass die Krankenhäuser beim Thema Barrierefreiheit nicht nur Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung, sondern auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder anderem kulturellen Hintergrund im Blick haben, bewerteten die beantwortenden Personen mit „Teils teils“ ($M= 3,46$). Gleiches gilt für die Aussage, dass zu viele andere Aufgaben die Umsetzung von Barrierefreiheit erschweren ($M= 3,19$)⁸.

Von 91 antwortenden Krankenhäuser sind 54 (59,4%) der Meinung, dass mangelnde finanzielle Ressourcen die Umsetzung von Barrierefreiheit erschweren. 18 Häuser (19,8%) bewerten dies mit „Teils teils“. 19 Krankenhäuser (20,9%) können dieser Aussage nicht zustimmen. Insgesamt werden Schwierigkeiten durch die finanziellen Ressourcen als eher zutreffend bezeichnet ($M= 3,55$)⁹.

5 Ausblick

Menschen mit Einschränkungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention nicht ausgrenzen, ist leichter gesagt als getan.

Die Selbsteinschätzung der den Fragebogen bearbeitenden Personen zum Stand der Barrierefreiheit war recht optimistisch; So wurde die Aussage „Barrierefreiheit ist in unserem Krankenhaus ein wichtiges Thema“ bei 93 Antworten 28 mal mit „Trifft zu“, 36 mal mit „Trifft eher zu“ und 23 mal mit „Teils teils“ bestätigt. Die Einschätzung, dass die „Umsetzung auf einem guten Weg“ sei, wird ebenso von der Mehrheit geteilt.

Die Ergebnisse des Projektes AccessBayKH verdeutlichen, dass Barrierefreiheit im Krankenhaus viele Facetten hat und keinesfalls eindimensional auf körperliche Einschränkungen reduziert werden kann.

Die Zusammenschau der Ergebnisse zeigt, dass die bayerischen Krankenhäuser zwar bereits einiges für die barrierefreie Versorgung von Patient*innen bereithalten, sich aber in vielen Bereichen noch Handlungsbedarf abzeichnet.

Gleichzeitig wurden vielschichtige Chancen, Verbesserungen zu erreichen, identifiziert.

Chance 1 | Krankenhaus

Obwohl im Vorfeld der Studie die Annahme bestand, die bauliche Barrierefreiheit sei bereits weitestgehend umgesetzt, lassen die Ergebnisse im Bereich Infrastruktur vermuten, dass mancherorts selbst bauordnungsrechtliche Vorschriften noch nicht umgesetzt sind. Überdies zeigt die Studie, dass hinsichtlich einer barrierefreien Nutzung im umfassenden Sinn weit mehr Anforderungen erfüllt werden sollten.

Daher müssen weitere Anstrengungen zur Sensibilisierung aller Mitarbeiter, z.B. mit Schulungen zum Umgang mit hör- und/oder sehbeeinträchtigten Menschen oder auch zu die Barrierefreiheit betreffende technischen Systemen, unternommen werden.

Eine barrierefreie Krankenhausumgebung wird nicht nur von objektiven, sondern auch von strukturellen und subjektiven Prozessen bestimmt. Um die Barrierefreiheit demnach in ihrer Ganzheitlichkeit erfassen zu können, müssen die dynamischen Wechselwirkungen zwischen Individuum, Umwelt und Aktivitäten beachtet werden.

In vorliegender Arbeit lag der Fokus auf der barrierefreien Nutzbarkeit des Krankenhauses. Zukünftig sollte auch der barrierefreie Arbeitsalltag des Personals größere Beachtung finden, wenn eine umfassende Antwort auf den aktuellen Stand der Barrierefreiheit an den bayerischen Krankenhäusern gegeben werden soll.

Chance 2 | StMGP

Für den Krankenhausbau könnte zur Erstellung eines konkreten Soll-Ist-Abgleichs in den mit der Umfrage erkannten Handlungsfeldern jeweils ein kurzer Fragebogen erstellt werden, der durch Begehungen der Häuser jeweils den tatsächlichen Handlungsbedarf aufzeigt.

Solche „Soll-Ist-Vergleiche“ wurden beispielsweise bereits im Bereich der Pflegeeinrichtungen (Referat 42) mit dem weiterführenden Ergebnis des Gesetzes zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitäts-gesetz – PflWoqG) durchgeführt.

Oft werden zumindest im Bereich Pflege und Krankenhaus ähnliche Fragestellungen untersucht, wie z.B. in den Themenbereichen Pandemie und Hygiene oder zu den Herausforderungen des demografischen Wandels. Um dies über die Fachbereichsgrenzen hinausgehend zu koordinieren ist eine weitere Optimierung der Abstimmungsprozesse innerhalb des StMGP, bei Nutzung der vorhandenen Strukturen, anzustreben.

Von gemeinsamem Interesse könnten z. B. die Diversität der Patient*innen bzw. Bewohner*innen bzw. auch des Personals und deren vielgestaltige sozio-kulturelle Hintergründe sein. Als Querschnittsthema ist hier zum Beispiel die Art der Essensversorgung zu nennen und in diesem Zusammenhang die aktuell übliche Förderpraxis im Krankenhausbau bezüglich der krankenhauseigenen Küchen zu diskutieren.

Die alternde Gesellschaft und der sich dadurch in Teilbereichen verändernde Flächenbedarf ist ein weiteres Querschnittsthema. Zu nennen ist hier als Beispiel der steigende Flächenbedarf durch Hilfsmittel, wie Rollatoren und Rollstühle, wie u.a. beim Vorwarten im Flur (egal ob vor dem Aufzug oder einem Besprechungs- bzw. Untersuchungsraum). Ebenso könnte die derzeitige Förderpraxis im Krankenhausbau mit zwei unterschiedlichen Größen der Nasszellen u.U. einer abgestimmten Empfehlung Platz machen, die die aktuell genutzten Hilfsmittel mit ihrem jeweiligen Platzbedarf ausreichend berücksichtigt. Diskutiert wird die „Abschaffung“ der R-Zimmer durch Angleichung der Flächen und Ausstattung bereits im Pflegebereich.

Nach jeweils intensiver Betrachtung der Querschnittsthemen könnten mögliche Fördergelder sehr zielgerichtet eingesetzt werden.

Chance 3 | Krankenhausförderung

Hierfür können zum einen Vorträge und Schulungen angeboten werden. Es wird empfohlen, das Thema der umfassenden Barrierefreiheit im fachlichen Prüfungsverfahren einzubringen, spätestens bei der Prüfung der Bau- und Ausstattungsplanung zur fachlichen Billigung. Denn in diesem Schritt stellt die zuständige Behörde gegenüber dem Krankenhausträger fest, „inwieweit die Bau- und Ausstattungsplanung die Vorgaben der Programmfreigabe beachtet, funktionell richtige und hygienisch einwandfreie Betriebsabläufe zulässt und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht“ - und legt den Förderbetrag fest. Erläuterungen, welche Maßnahmen zum Erreichen einer möglichst umfassenden Barrierefreiheit geplant sind, sollten hier ergänzt werden.

Explizit hingewiesen sei hier auf das immer wieder zu diskutierende Problemfeld in der dualen Krankenhausfinanzierung von Preis und Kosten. Die Tendenz, die Kosten auf die Primärkosten bzw. nur den Baupreis zu reduzieren ist bekannt, die Sekundärkosten werden vernachlässigt. Doch der in den Betriebskosten u.a. abzubildende Personalaufwand ist unbedingt in Abhängigkeit einer optimierten Krankenhausplanung, auch im Bereich der Barrierefreiheit in allen Belangen, zu sehen. Kurzfristige Einsparungen beim Bau bedingen oft höhere Betriebskosten.

Da die baufachlichen Prüfungen durch die Bezirksregierungen erfolgen, nachdem Zuständigkeiten des StMGP in großem Umfang auf die Regierungen delegiert wurden, ist es wichtig, auch dort umfassende Barrierefreiheit zu diskutieren.

Chance 4 | „Basso continuo“

Aktuell gibt es in Bayern so viele große Klinik-Neubauprojekte wie lange nicht. Dies zeigt deutlich, dass der Trend zur Konzentration nun auch in Deutschland angekommen ist. Besonders Neubauprojekte können Vorbildfunktion bei der Umsetzung einer umfassenden Barrierefreiheit übernehmen.

Bei allen flankierenden Diskussionen über Themen wie Klimaschutz, Bevölkerungsentwicklung, Flexibilität, Variabilität, Modularität und Einbettzimmeranteile, Möglichkeiten der Telemedizin und Digitalisierung, Aufgaben der Hygiene etc. ist es wichtig, Barrierefreiheit als „Basso continuo“ mit Nachdruck zu etablieren.

Im StMGP ist die Motivation für das Thema Barrierefreiheit zu sensibilisieren sehr hoch, wie bereits die Beauftragung der Studie verdeutlicht.

6 Anhänge

6.1	Anhang A: Literaturverzeichnis	66
6.2	Anhang B: Barrierefreies Krankenhaus – mehr als nur ein paar Rampen	76
6.3	Anhang C: Unterschiedsanalyse	80

6 Anhänge

6.1 Anhang A: Literaturverzeichnis

Autor	Titel	Quellentyp	Publiziert am
Architektur & Design			
Ahern C., McKinnon MC., Bieling PJ., McNeely H., Langstaff K.	Overcoming the Challenges Inherent in Conducting Design Research in Mental Health Set-tings: Lessons from St. Joseph's Healthcare, Hamilton's Pre and Post-Occupancy Evaluation	HERD 9(2): 119-29	Dezember 2016
Büter, K., T. Motzek, B. Dietz, L. Hofrichter, M. Junge, D. Kopf, H. von Lützu-Hohlbein, S. Traxler, T. Zieschang, G. Marquardt	Demenzsensible Krankenhausstationen - Expertenempfehlungen zu Planung und Gestaltung	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2017, 50:67–72	Juni 2016
Barnes S., Torrington J., Lindquist K.	Does the design of hospitals meet the needs of older people?	Journal of Architectural and Planning Research 33(2): 91-104	Juni 2016
Cusack L., Wiechula R., Schultz T., Dollard J., Maben. J	Anticipated advantages and disadvantages of a move to 100% single-room hospital in Australia: A case study	Journal of Nursing Management 27(5): 963-970	Juli 2019
Dietz B.	Demenzsensible Architektur - Planen und Gestalten für alle Sinne	Buch, Fraunhofer IRB Verlag ISBN: 978-3-7388-0032-6	2018
Dietz B.	Architektur gibt Orientierung	Altenheim, S. 40-43	Juni 2019
Dyckjær C., Dreyer P.	The family house-A safe haven: A qualitative study of families' experiences staying in a hospital family house during their children's hospitalisation	Journal of Clinical Nursing Vol. 28, Issue 11-12, p. 2276-2284	Februar 2019
Del Ferraro S., Iavicoli S., Russo S., Molinaro V.	A field study on thermal comfort in an Italian hospital considering differences in gender and age	Applied Ergonomics, 50:177-84	September 2015
de Paiva A., Jedon R.	Short- and long-term effects of architecture on the brain: Toward theoretical formalization	Frontiers of Architectural Research, Volume 8, Issue 4, Pages 564-571	Dezember 2019
Hallbeck M. S., Rousek J. B.	The use of simulated visual impairment to identify hospital design elements that contribute to wayfinding difficulties	International Journal of Industrial Ergonomics, Volume 41, Issue 5, Pages 447-458	September 2011
Huisman E.R.C.M., E. Morales, J. van Hoof, H.S.M. Kort	Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users	Building and Environment Volume 58, Pages 70-80	Dezember 2012
Konkani A., Oakley B., Penprase B.	Reducing hospital ICU noise: a behavior-based approach	Journal of Healthcare Engineering, 5(2):229-46	Mai 2014
Kamperi E., Paraskevopoulou A. T.	Design of hospital healing gardens linked to pre- or post-occupancy research findings	Frontiers of Architectural Research, Volume 7, Issue 3, Pages 395-414	September 2018

Lu Y., Cai H., Bosch SJ.	Key Spatial Factors Influencing the Perceived Privacy in Nursing Units: An Exploration Study With Eight Nursing Units in Hong Kong	HERD 10(4):37-48	Juli 2017
Lambert V., Coad J., Hicks P., Glacken M.	Social spaces for young children in hospital	Child: Care, Health and Development, 40(2):195-204	März 2014
Leydecker, S.	Das Patientenzimmer der Zukunft	Buch, De Gruyter	2017
MacAllister L., Zimring C., Ryherd E.	Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction: A Review of the Literature.	HERD Health Environments Research & Design Journal 10(1): 155-69	Oktober 2016
Marama E., Silva L., Souza E.	The influence of the workplace indoor environmental quality on the incidence of psychological and physical symptoms in intensive care units	Building and Environment 109: 12-24	November 2016
Morgareidge D., Hui CAI, Jun JIA	Performance-driven design with the support of digital tools: Applying discrete event simulation and space syntax on the design of the emergency department	Frontiers of Architectural Research, Volume 3, Issue 3, Pages 250-264	September 2014
Morag, I. A. Heylighen, L. Pintelon	Evaluating the inclusivity of hospital wayfinding systems for people with diverse needs and abilities	Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 21, No. 4, pp. 243-248	Oktober 2016
Najafpour Z., Godarzi Z., Arab M., Yaseri M.	Risk Factors for Falls in Hospital In-Patients: A Prospective Nested Case Control Study	International Journal of Health Policy and Management 8(5): 300–306	Mai 2019
Paraskevopoulou, A., Kamperi E.	Design of hospital healing gardens linked to pre- or post-occupancy research findings	Frontiers of Architectural Research 7(3)	September 2018
Rainey M. R.	The Garden in the Machine: Nature Returns to the High-Tech Hospital	A Journal of Place Vol. 5, No. 2,	März 2010
Reid J., Wilson K., Anderson KE., Maguire CP.	Older inpatients' room preference: single versus shared accommodation	Age Ageing, 44(2):331-3	März 2015
Schwenk K.	An-, Um- und Neubauten von Krankenhäusern – bauhygienische Aspekte im Blickpunkt	Hygiene & Medizin, Volume 44, 210-213	Dez. 2019
Shepley M., Watson A., Pitts F., Garrity A.	Mental and behavioral health environments: critical considerations for facility design	General Hospital Psychiatry 42(12)	Juni 2016
Sack T., Bennetts P.	A room with a view	Landscape Architecture Australia, No. 144	November 2014

Schoenfisch A., Myers D., Pompeii L., Lipscomb H.	Implementation and adoption of mechanical patient lift equipment in the hospital setting: The importance of organizational and cultural factors	American Journal of Industrial medicine 54(12): 946-54	Dezember 2011
Timmermann C., Uhrenfeldt L., Birkelund R.	Room for caring: patients' experiences of well-being, relief and hope during serious illness	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(3):426-34	September 2015
Van den Berg N., F. Radicke, U. Stentzel, W. Hoffmann, S. Flessa	Economic efficiency versus accessibility: Planning of the hospital landscape in rural regions using a linear model on the example of paediatric and obstetric wards in the northeast of Germany	BMC Health Services Research (2019) 19:245	2019
Ziegler, U.	Multi-Sensory Design as a Health Resource: Customizable, Individualized, and Stress-Regulating Spaces	Design Issues 31(1): 53-62	Januar 2015
Zimring C., Denham M., Jacob J., Cowan D., Do E., Hall K., Kamerow D., Kasali A., Steinberg J.	Evidence-Based Design of Healthcare Facilities: Opportunities for Research and Practice in Infection Prevention	Infection Control and Hospital Epidemiology 34(5): 514-6.	Mai 2013

Autor	Titel	Quellentyp	Publiziert am
Technik			
Agapie E., Kendall L., Mishra SR., Haldar S., Khelifi M., Pollack A., Pratt W.	Using Priorities of Hospitalized Patients and Their Caregivers to Develop Personas	AMIA Annual Symposium Proceedings, 4: 200-209	März 2020
Ayatollahi H., Roozbehi M., Haghani H.	Physicians' and Nurses' Opinions about the Impact of a Computerized Provider Order Entry System on Their Workflow	Perspectives in Health Information Management 12	November 2015
Bühler C.	„Accessibility“ über Desktopanwendungen hinaus – Barrierefreiheit	Informatik Spektrum 40, S. 501-510	Juni 2017
Ching-Ta Wu, Chien-Hsu Chen	Design and Implementation of Bed-Exit Alarm System for Preventing Elderly Falling	Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices, pp. 280–290	2020
Farokhzadian J., Khajouei R., Ahmadian L.	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	International journal of medical informatics, Volume 84, Issue 8, Page(s) 570–577	August 2015
Giménez M., Geerdinck M., Versteylen M., Leffers P., Meekes J., Herremans H., de Ruyter B., Bikker J., Kuijpers P., Schlangen L.	Room lighting influences on sleep, appraisal and mood in hospitalized people	Journal of Sleep Research 26(2): 236-246	April 2017

Graf B., R. S. King, A. Rößner, C. Schiller, W. Ganz, D. Bläsing, J. Fischbach, N. Warner, M. Bornwasser	Entwicklung eines intelligenten Pflegewagens zur Unterstützung des Personals stationärer Pflegeeinrichtungen	Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV, S. 27-49	2018
Graves M., M. Moore, C. Gonzalez, J. Ramos, L. Nguyen, M. S. Vavilala	Too Little Information: Accessibility of Information About Language Services on Hospital Websites	Journal of Immigrant and Minority Health (2020) 22:433–438	Januar 2020
Harper C., T. Duke, A. Crosser, A. Avera, S. Jefferies	Designing Hospital Wayfinding Systems, Touchscreen Kiosks, Environmental Cues and Mobile Apps: An Evaluation of a Mobile Wayfinding Application	Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices, pp. 89–96	2020
Manocha S., Spiegelman J., Miller E., Solomon S.	Smartphone Technology: Impact on Interprofessional Working Relations between Doctors and Nurses	Healthcare quarterly 23(SP):35-42	Mai 2020
Nguyen C., McElroy L., Abecassis M., Holl J., Ladner D.	The use of technology for urgent clinician to clinician communications: a systematic review of the literature	International journal of medical informatics, Volume 84, Issue 2, Page(s) 101–110	Februar 2015
Ruhe C.	Induktive Höranlagen in öffentlichen Gebäuden	Lärmbekämpfung Bd. 8, Nr. 4, S. 163-166	Juli 2013
Sadoughi F., Kimiafar K., Ahmadi M., Shakeri M.	Article: Determining of factors influencing the success and failure of hospital information system and their evaluation methods: a systematic review	Iranian Red Crescent medical journal, Volume 15, Issue 12, Page(s) e11716	Dezember 2013
Vorakulpipat C., Rattanalerdnusorn E., Sirapaisan S., Savangasuk V., Kasisopha N.	A Mobile-Based Patient-Centric Passive System for Guiding Patients Through the Hospital Workflow: Design and Development	JMIR Mhealth Uhealth, 7(7):e14779	Juli 2019

Autor	Titel	Quellentyp	Publiziert am
Patientenversorgung & Hygiene			
Azim S., McLaws ML.	Doctor, do you have a moment? National Hand Hygiene Initiative compliance in Australian hospitals	The Medical Journal of Australia, 200(9):534-7	Mai 2014
Beck AF, Klein MD	Moving From Social Risk Assessment and Identification to Intervention and Treatment	Academic Pediatrics 16(2): 97-8	März 2016
Dietrich D.	Mehr Empathie, weniger Hierarchie Demenz in der Klinik: Vorbild Niederlande	Heilberufe/Das Pflegemagazin 70 (6), 40-42	2018
Digby R., Lee S., Williams A.	The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review	Journal of Clinical Nursing, 26(9-10): 1152-1171	Mai 2017
Didier A., Campbell J., Franco L., Serex M., Staffoni-Donadini L., Gachoud D., Zumstein-Shaha M.	Patient perspectives on interprofessional collaboration between healthcare professionals during hospitalization: a qualitative systematic review protocol	JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 15(8):2020-2027	August 2017
Delaney LJ., Currie MJ., Huang HC., Lopez V., Van Haren F.	"They can rest at home": an observational study of patients' quality of sleep in an Australian hospital.	BMC Health Services Research, 18(1):524	Juli 2018

Elliott MN., Lehrman WG., Beckett MK., Goldstein E., Hambarsoomian K., Giordano LA.	Gender differences in patients' perceptions of inpatient care	Health Services Research, 47(4):1482-501	August 2012
Ferreira D. C., Marques R. C., Nunes A. M., Figueira J. R.	Customers satisfaction in pediatric inpatient services: A multiple criteria satisfaction analysis	Socio-Economic Planning Sciences, Volume 78, 101036	Februar 2021
Hendlmeier I., Bickel H., Hessler J. B., Weber J., Junge M. N., Leonhardt S., Schäufele M.	Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus - Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt)	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2018 · 51:509–516	November 2017
Hofmann W., A. Rösler, W. Vogel, H.G. Nehen	Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2014, 47:136–140	Februar 2014
Habermann-Horstmeier, L.	Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus	PFLEGE Zeitschrift 72, 16-19	April 2019
Kopecky K., Broder-Fingert S., Iannuzzi D., Connors S.	The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: a parent survey	Clinical Pediatrics, 52(7):652-60	Juli 2013
Laatz D.	LOGGiA: Ältere Patienten im Akutkrankenhaus begleiten	Pflegezeitschrift 2018, Jg. 71, Heft 1-2, 38-41	2018
Liu J., Zhou H., Yang X.	Evaluation and Improvement of the Nurse Satisfactory Status in a Tertiary Hospital using the Professional Practice Environment Scale	Medical Science Monitor, 23:874-880	Februar 2017
Motzek T., Büter K., Mächler K., Junge M., Marquardt G.	Orientierungsschwierigkeiten, behaviorale und psychiatrische Symptome bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus	HBSscience (2017) 8:46–51	März 2017
Mimmo L., Harrison R., Hinchcliff R.	Patient safety vulnerabilities for children with intellectual disability in hospital: a systematic review and narrative synthesis	BMJ paediatrics open, Volume 2, Issue 1, Page(s) e000201	Januar 2018
Manias E.	Communication relating to family members' involvement and understandings about patients' medication management in hospital	Health Expectations, 18(5):850-66	Oktober 2015
Miller LM., Whitlatch CJ., Lee CS., Lyons KS.	Incongruent perceptions of the care values of hospitalized persons with dementia: a pilot study of patient-family caregiver dyads	Aging and Mental Health	April 2018
Nüssler, V.	Ernährung bei Krebspatienten: Sattes Wissen, magere Maßnahmen	InFo Onkologie, 3-5	Februar 2017
Polisena J., Gagliardi A., Clifford T.	How can we improve the recognition, reporting and resolution of medical device-related incidents in hospitals? A qualitative study of physicians and registered nurses	BMC Health Services Research, 15:220	Juni 2015
Rygiel K., R. Fimmers ² , S. Schacher, H. Dormann, I. Gräf	Ältere Notfallpatienten in der zentralen Notaufnahme	Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin 115, 228-236	Juli 2019

Simon S., P. Diewald, D. Lorenz	Eingeschränkte Selbstrettungsfähigkeit im Kontext der brandschutztechnischen Gebäudeplanung	Vereinigung zur Förderung des Deutschen Brandschutzes, S. 150-158	März 2017
Sanders LM.	Advancing a More Health-Literate Approach to Patient Safety	The Journal of Pediatrics 214: 10-11	November 2019
Wetzel L. D., K. Rathmann	Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey	Prävention und Gesundheitsförderung	Februar 2020
Weil K.	Ältere Patienten mit kognitiven Defiziten im Krankenhaus	PFLEGE Zeitschrift, S. 28-31	Sept. 2019
Williams G., Pattison G., Mariathas C., Lazar J., Rashied M.	Improving parental satisfaction in pediatric orthopaedics.	Journal of Pediatric Orthopaedics, 31(5):610-5	Juli 2011

Autor	Titel	Quellentyp	Publiziert am
Soziale Interaktion, Kommunikation & Kultur			
Apesoa-Varano E. C., Tang-Feldman Y. Reinhard C. S., Choula R., Young H. M.	Multi-Cultural Caregiving and Caregiver Interventions	Generations: Journal of the American Society on Aging Vol. 39, No. 4, Family Caregiving (Winter 2015–16), pp. 39-48	Dezember 2015
Bieling T., G. Joost	Talk to the Hand! Digitale Inklusion von Taubblinden	De Gruyter	2017
Banse C., Jansky M., Nauck F.	Kulturelle Barrieren bei der Versorgung?	Onkologische Pflege 2020, 3: 60–66	2020
Blecha S., Schlitt H. J., Graf B. M., Leitzmann M., Bein T.	Einfluss sozialer Charakteristika auf die Behandlungsdauer, Erkrankungsschwere und soziale Unterstützung von Patienten einer operativen Intensivstation	Anaesthesist 67:336–342	März 2018
Brooks L. A., Manias E., Bloomer M. J.	Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis	Collegian 26 (2019), p. 383–391	September 2018
Echeverri M., A. M. H. Chen	Educational Interventions for Culturally Competent Healthcare	Journal of Best Practices in Health Professions Diversity Vol. 9, No. 1, pp. 1160-1177	April 2016
Führer A., P. Brzoska	Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem	Gesundheitswesen	November 2020
Fischer J.	Das kultursensible Krankenhaus: Barrieren abbauen, Verständigung fördern	Rheinisches Ärzteblatt, S. 25	Dezember 2014
Frick E., A. Büssing, D. Rodrigues Recchia, K. Härtl, A. Beivers, C. Wapler, C. Dodt	Spirituelle Bedürfnisse von Patienten eines Notfallzentrums	Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin	November 2019

Graef-Calliess I., Altunöz U., Golz M.	Patienten kultursensibel behandeln	Der Neurologe & Psychiater (20) 5:36-43	2019
Gerchow L, Burka L. R., Miner S., Squires A.	Language barriers between nurses and patients: A scoping review	Patient Education and Counseling, Volume 104, Issue 3, Pages 534-553	März 2021
Heil H.	Die Vielfalt des Religiösen	PFLEGE Zeitschrift 72	März 2019
Ideker K., Todicheeney-Mannes D., Kim SC.	A confirmatory study of violence risk assessment tool (M55) and demographic predictors of patient violence	Journal of Advanced Nursing, 67(11):2455-62	November 2011
Jager M., den Boeft A., Versteeg-Pieterse A., Leij-Halfwerk S., Pelgrim T., van der Sande R., van den Muijsenbergh M.	Observing cultural competence of healthcare professionals: A systematic review of observational assessment instruments	Patient Education and Counseling, Volume 104, Issue 4, Pages 750-759	April 2021
Lavoie-Tremblay M., P. O'Connor, A. Harripaul, A. Biron, J. Ritchie, B. MacGibbon, G. Cyr	The Perceptions of Health Care Team Members About Engaging Patients in Care Redesign	The American Journal of Nursing Vol. 114, No, pp. 38-48	Juli 2014
Monning A.	Barrierefreiheit in der Praxis auch für gehörlose Patienten	Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 19, A 942-943	Mai 2018
Mazurenko O., Richter J., Kazley AS., Ford E.	Examination of the relationship between management and clinician perception of patient safety climate and patient satisfaction	Health Care Management Review 44(1):79-89	Januar 2019
Padgett TM.	Improving Nurses' Communication During Patient Transfer: A Pilot Study	Journal of Continuing Education in Nursing 49(8): 378-384	August 2018
Rüb D., Lamprecht B., Liebhart L.	Verständigung per Video	Deutsche Hebammenzeitschrift 68(3), 50-52	März 2016
Schlesiger C., A. Braun	„Ich bin doch keine Nummer!“ Grundbedürfnisse von Menschen (auch) im Gesundheitswesen	Springer Nature 2019	2019
Schumacher-Schönert F., D. Wucherer, A. Nikelski, S. Kreisel, H. C. Vollmar, W. Hoffmann, J. R. Thyrian	Das Entlassmanagement deutscher Krankenhäuser für kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen – ein Scoping Review	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie	Mai 2020
Thyrian J. R., Monsees J., Hoffmann W.	Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in Deutschland	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 51	2018
Wittenberg-Lyles E., Debra PO., Demiris G., Rankin A., Shaunfield S., Kruse RL.	Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication	Patient Education and Counseling, 89(1):31-7	Oktober 2012

Autor	Titel	Quellentyp	Publiziert am
Arbeitsbedingungen und Kompetenz			
Alshehari A., Park S., Rashid H.	Strategies to improve hand hygiene compliance among healthcare workers in adult intensive care units: a mini systematic review	The Journal of hospital infection, Volume 100, Issue 2, Page(s) 152–158	März 2018

Gregory L., Weston LE., Harrod M., Meddings J., Krein SL.	Understanding nurses' workflow: Batching care and potential opportunities for transmission of infectious organisms, a pilot study	American Journal of Infection Control 47(10): 1213-1218	Oktober 2019
Jentschke E.	Die altersfreundliche Klinik: Entwicklung und erste Evaluation eines Schulungskonzepts für den Umgang mit dementiellen Patienten im Krankenhaus	Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 109, 117-122	2020
Knöfler P.	Lärm im Krankenhaus-OP - Performancesteigerung und Fehlervermeidung durch optimierte Akustik	Buch, Springer Nature	Sept. 2019
Klarmann S., J. Klocke	Mobilisation des adipösen Patienten - Steigende Anforderungen an Personal und Ausstattung	Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin 1, 2017 112:53-58	Februar 2016
Kramer V., Papazova I., Thoma A., Kunz M., Falkai P., Schneider-Axmann T., Hierundar A., Wagner E., Hasan A.	Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 271:271-2	August 2020
Labrague L., McEnroe-Petitte D., Leocadio M., Van Bogaert P., Cummings G.	Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review	Journal of clinical nursing, Volume 27, Issue 7-8, Page(s) 1346-1359	Januar 2018
Mark Sujan	An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety	Reliability Engineering & System Safety, Volume 144, Pages 45-52	Dezember 2015
Polesny J., Schmalhardt C., Mrak L., Mayrhofer L, Adlbrecht L., Nagl-Cupal M.	Pflege von Menschen mit intellektueller Behinderung im Akutkrankenhaus: Situation der Pflegepersonen	HBSscience 11:52-59	Oktober 2020
Pfenninger E. G., P. Christ, M. Neumüller, A. Dinse-Lambracht	Assessment of the risk of infection from SARS-CoV-2 for healthcare workers-findings from practice	Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 64(3):304-313	März 2021
Paguio J., Yu D., Su J.	Systematic review of interventions to improve nurses' work environments	Journal of advanced nursing, Volume 76, Issue 10, Page(s) 2471-2493	August 2020
Raspe M., Koch P., Zilezinski M., Schulte K., Bitzinger D., Gaiser U., Hammerschmidt A., Köhnlein R., Puppe J., Tress F., Uden T., Nienhaus A.	Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern	Bundesgesundheitsblatt 2020, 63:113-121	November 2019
Rola H. Mudallal, Wafa'a M. Othman and Nahid F. Al Hassan	Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits	Inquiry, Vol. 54 (January-December 2017), pp. 1-10	2017
Störr A., König-Bachmann M., Schwarz C.	Simulationstraining in der Geburtshilfe: eine Befragung von Teilnehmenden eines low fidelity Trainings	Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 221: 137-144	2017

Sturm H., Rieger MA., Martus P., Ueding E., Wagner A., Holderried M., Maschmann J.	Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective work-load and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital.	PLoS One 4; 14(1): e0209487	Januar 2019
Sasaki RL., Perroca MG	Interruptions and their effects on the dynamics of the nursing work	Revista gaucha de enfermagem, 38(2): e67284	Juli 2017
Schoenfisch AL., Pompeii LA., Myers DJ., James T., Yeung YL., Fricklas E., Pentico M., Lipscomb HJ.	Objective measures of adoption of patient lift and transfer devices to reduce nursing staff injuries in the hospital setting	American Journal of Industrial Medicine, 54(12):935-45	Dezember 2011
Stolt M., Suhonen R., Virolainen P., Leino-Kilpi H.	Lower extremity musculoskeletal disorders in nurses	Scandinavian Journal of Public Health, Vol.44, No.1, pp. 106-115	Februar 2016
Thompson M. J., Reilly J. D., Valdez R. S.,	Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review	Applied Ergonomics Volume 54, Pages 218-242	Mai 2016
Wagner A., Hammer A., Manser T., Rieger M.	Arbeits- und Patientensicherheitskultur im Krankenhaus – die WorkSafeMed-Studie	Public Health Forum 2020, 28(2): 139–142	2020
Wagner A., Rieger M., Manser T., Sturm H., Hardt J., Martus P., Lessing C., Hammer A.	Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study	BMC Health Services Research (2019) 19:53	2019
Wong E., Mavondo F., Fisher J.	Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence	BMC health services research, Volume 20, Issue 1, Page(s) 530	Juni 2020

6.2 Anhang B: Ergebnisse aus den Interviews

Barrierefreies Krankenhaus – mehr als nur ein paar Rampen

Mit dem Begriff der Barrierefreiheit wird oftmals eine Umgebungsgestaltung assoziiert, die als rollstuhlgerecht gilt. Rampen oder Fahrstühle als Alternativen zu Treppen, behindertengerechte Parkplätze in unmittelbarer Nähe des Eingangs oder ausreichend bemessene Bewegungsflächen zum Manövrieren sind wichtige Aspekte. Allerdings erfordert die Umsetzung von umfassender Barrierefreiheit einen Blick über den Tellerrand.

Die UN-Behindertenrechtskonvention erklärt, „dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (Bentele, 2017, S. 5). Kaum eine Umgebung ist wohl frei von derartigen Barrieren, auch die Krankenhäuser nicht.

Mit dem vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projekt „Barrierefreiheit an Bayerischen Krankenhäusern - AccessBayKH“ werden Handlungsfelder zur weiteren Etablierung von Barrierefreiheit im Krankenhaus identifiziert, damit möglichst alle Leistungen der gesamten Bevölkerung uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Zu Beginn stellten sich demnach die Fragen, was die Nutzer*innen unter umfassender Barrierefreiheit in der Krankenhausumgebung verstehen und wo der subjektiven Einschätzung nach Nachholbedarf besteht.

Methoden

In der ersten Projektphase der Studie wurden neben einer Literaturrecherche auch Interviews mit unterschiedlichen Nutzergruppen durchgeführt. In 19 leitfadengestützten Interviews von Februar bis April 2021 berichteten Patient*innen, Angehörige, medizinisches und ärztliches Personal sowie diverse Interessenvertretende über Erfahrungen, Meinungen und Wünsche zur Barrierefreiheit im Krankenhaus. Die Telefongespräche und Videokonferenzen dauerten zwischen 30 und 60 Minuten und wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden aufgezeichnet. Die transkribierten Dialoge konnten anschließend unter Zuhilfenahme der Software f4-Analyse ausgewertet werden. Als Analysetechnik diente die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und im Zuge derer die induktive Kategorienanwendung, womit versucht wurde, das gesamte Textmaterial auf ein Codesystem zu reduzieren. Dabei veränderte sich im Zeitverlauf kontinuierlich Form und Umfang des Codesystems. Auffallend waren hierbei insbesondere die häufigen Anmerkungen zu den Themenfeldern Mobilität und Architektur, Arbeitsbedingungen der Pflege, Ernährung, Digitalisierung, soziale Interaktion und Kommunikation sowie die wahrgenommene Qualität in der Gesundheitsversorgung. Das Resultat der Interviewauswertung ist ein Kategoriensystem, das 450 Zitate der Teilnehmenden umfasst. Die Zitate wurden folgend in fünf Cluster mit hoher Relevanz in Bezug auf Barrierefreiheit im Krankenhaus eingeordnet.

Ergebnisse

Barrierefreiheit im Krankenhaus bedeutet...

... informiert zu sein.

„Ich würde mir Tablets mit Internetanschluss zur Nutzung von Dolmetscherdiensten wünschen. Auch mobile FM-Anlagen (drahtlose Signalübertragungsanlagen) für Hörsystemträger finde ich wichtig, z. B. für Arztgespräche. Ich würde mir auch wünschen, dass häufiger Funk-Lichtklingeln an den Zimmertüren angebracht werden - Anklopfen hört ja keiner! Das ist wirklich wichtig.“ (Pflegeberater)

„Um Patient*innen aufzuklären, stellen wir Dokumente in allen Sprachen zur Verfügung. Das heißt z. B. auch Behandlungsverträge, die medizinische Aufklärung, Bögen vor einer Operation, denn da muss der Patient ja einwilligen. Auch die Essenspläne sind schon digitalisiert und im Prinzip in jeder Sprache verfügbar, sodass wir diese downloaden und ausdrucken können.“ (Pflegedirektorin)



Informiert zu sein, bedeutet, dass alle Menschen an die für sie relevanten Informationen in angemessener Form gelangen, welche den individuellen Fähigkeiten des Informationssuchenden entsprechen. Gesundheitsinformationen können außerdem dokumentiert und bei Bedarf abgerufen werden. Die Kompetenzerweiterung des Personals wird durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen gewährleistet.

... mobil zu sein.

„Wir haben inzwischen eine Schwester in unserer Narkosesprechstunde, die die Patient*innen weiterbegleitet. Die Leute werden immer älter, sehen und gehen schlechter. Wir haben ganz viele Leute, die wir im Rollstuhl durch die Gegend fahren müssen. Die sind gehfähig, aber schaffen diese weiten Wege bei uns nicht. Sprechstunde, Röntgen, Anästhesiesprechstunde und zurück. Das kriegen die körperlich nicht hin.“ (Anästhesistin/Kinderärztin)

„Die Informationskette muss von Beginn bis zum Ende, also bis zum Zielpunkt, geschlossen sein. Ob nun der Knopf im Aufzug auch die Höhe hat, die der Rollstuhlfahrer bedienen kann oder ob der Sehingeschränkte die Kontraste erkennen kann - alle Einschränkungen, egal ob Hören, Sehen, Tasten und Bewegung oder andere - sollen berücksichtigt werden.“ (Dipl. Kommunikationswirtin/Siebdruckerin)



Mobil zu sein, bedeutet, dass alle Menschen den gewünschten Zielort auf einem hindernisfreien und sicheren Weg erreichen. Die räumliche Orientierung ist zu jeder Zeit sichergestellt. Mobilitätsunterstützende Tätigkeiten der Pflegekräfte können ergonomisch ausgeführt werden. Organisierte Transport- und Begleitdienste stehen zur Verfügung.

... gut versorgt zu sein.

„Ich denke, das Ganze wird noch viel zu klassisch betrachtet. Jedes Patientenzimmer sieht gleich aus, egal ob der Patient vier Wochen auf der Onkologie eine Chemo bekommt und sich eigentlich selbst beschäftigen muss oder nach einer schweren OP noch drei Tage in den Seilen hängt. Das wird den Ansprüchen nicht gerecht, weil die Patient*innen so unterschiedlich sind.“ (Intensivmediziner/Anästhesist)

„Selbst mit vorheriger Absprache ist es oftmals nicht möglich, dass die Nahrungsmittelallergiker geeignete Speisen bekommen. Wenn die Absprachen gar nicht möglich sind, weil man spontan ein-gewiesen wird, dann ist es natürlich noch katastrophaler. Die meisten Krankenhäuser sind jetzt nicht auf Allergologie spezialisiert, aber es kann ja nicht sein, dass ich als Nahrungsmittelallergiker fünf Tage im Krankenhaus bin und fünf Tage nichts zu essen habe.“ (Oecotrophologin)



Gut versorgt zu sein, bedeutet, dass der Aufnahmeprozess als stressfrei wahrgenommen wird und sich durch Effektivität sowie Effizienz auszeichnet. Die Unterstützung durch Begleitpersonen wird während des Aufenthaltes und die Option des „Rooming-In“ bei Bedarf gewährleistet. Selbstständigkeit und Patientenautonomie werden gewahrt sowie individuelle Verpflegungsangebote und Therapiekonzepte berücksichtigt. Steriles/hygienisches Arbeiten wird sichergestellt und die Tätigkeiten der Pflege und

Medizin durch den Einsatz von (technischen) Arbeits- und Hilfsmitteln unterstützt. Es steht genügend Zeit zur Verfügung, um ergonomisch arbeiten zu können.

... zu ruhen und zu entspannen.

„Wir haben in vielen Zimmern ein neu eingeführtes Patientenentertainmentssystem, das ist auf einem 14 Zoll Tablet installiert. Alles ist in Kacheln angeordnet und die sind mit den Symbolen TV, Hörbücher etc. ausgestattet. Aber ein blinder Mensch kann damit nicht arbeiten oder eine sehingeschränkte Person kann die Größe nicht individuell einstellen.“ (IT-Spezialist)

„Der Einbezug von Angehörigen wäre auch wichtig, um die Situation so ein bisschen zu beruhigen. Sodass Angehörige z. B. wissen, was an diesem oder jenem Tag ansteht. Dass sie ein Feedback kriegen, was gelaufen ist. Dass sie bei Visiten dabei sein können. Aber das sollte auch nur als Angebot formuliert sein, sodass man die Angehörigen auch nicht überfordert, wenn sie eine Auszeit brauchen. Aber wenn sie jetzt zu Hause sitzen und total unruhig sind, dann wäre es natürlich gut, wenn sie die Möglichkeit hätten, mit dabei zu sein.“ (Interessensvertreterin für an Demenz Erkrankte)



Zu ruhen und zu entspannen, bedeutet, dass sich Umgebungsfaktoren positiv auf die Genesung der Patient*innen und das Wohlbefinden des Personals auswirken. Der Ausblick aus dem Fenster/ins Grüne des Patientenzimmers ist auch für Bettlägerige möglich. Das Raumklima und die Geräuschkulisse werden für die Nutzergruppen als angenehm empfunden. Personalisierbare Multifunktionsgeräte/digitale Geräte erlauben Patient*innen, sich zu beschäftigen. Nach Möglichkeit werden Beschäftigungsangebote durch Pflegehilfskräfte bereitgestellt. Die Selbstversorgung und Körperpflege werden durch günstige Umgebungsfaktoren (z. B. Einsatz von Beleuchtung) unterstützt. Besuch und die Kontaktaufnahme zu vertrauten Personen werden ermöglicht.

... menschlich zu sein.

„Man wird nicht wirklich als Mensch wahrgenommen, sondern eher so als Behinderte. Und dann wird viel mehr mit den Begleitpersonen gesprochen, obwohl man selbst anwesend ist. Das passiert mir relativ häufig.“ (mobilitätsbeeinträchtigte Patientin/Rollstuhl)

„Es kommt darauf an, wie Sie Führungs- und Leitungsstrukturen gestalten. Wir haben z. B. offene Türen. Sie können das noch so gut barrierefrei gestalten, wenn Sie ein Team haben, das nicht funktioniert, dann geht das baden. Hat man ein Team das gut funktioniert, kann es auch unter den schlechtesten Bedingungen relativ gute Leistungen erbringen. Deshalb glaube ich, was die Gesamtleistung meiner Arbeit angeht, stehen eher die nontechnical Sachen sozusagen im Vordergrund. Wie Sie mit Menschen umgehen, wie man Menschen motiviert.“ (Intensivmediziner/Anästhesist)



Menschlich zu sein, bedeutet, dass alle Menschen einander zugewandt agieren. Zwischenmenschliche Handlungen, Erwartungen und Einstellungen entsprechen der Würde des Menschen, die als selbstverständlich erachtet und als Handlungsprinzip im Krankenhaus umgesetzt wird. Das Attribut der Menschlichkeit zeigt sich in respektvoller Fürsorge sowie der Anerkennung aller Menschen in ihrer Individualität und Gleichwertigkeit.

6.3 Anhang C: Unterschiedsanalyse

Mögliche Haupteffekte in Bezug auf Trägerschaft und Bettenzahl wurden geprüft. Es wurden ausschließlich Haupteffekte, die die Bettenzahl betreffen, festgestellt.

Die vorgenommenen Unterschiedsanalysen beziehen sich auf die Varianz/Streuung der getätigten Antworten vom Gesamtmittelwert der Antworten für eine Kategorie. Ein Beispiel wären die Unterschiede der Antworten zur Barrierefreiheit der Website zu dem Gesamtmittel aller Antworten auf diese Fragen.

Die Varianzanalysen liefern F-Werte, die einen bedeutsamen Haupteffekt indizieren. Dieser Haupteffekt zeigt an, dass sich die abhängige Variable, also beispielsweise die Barrierefreiheit der Website eines Krankenhauses, auf Basis des Gruppenfaktors, also beispielsweise der Bettenanzahl eines Krankenhauses, unterscheidet.

Ein bedeutsamer Haupteffekt gibt jedoch nicht an, zwischen welchen Stufen, also beispielsweise 100 – 199 Betten vs. 200 – 499 Betten, dieser Unterschied besteht. Daher wurden sogenannte Post-Hoc-Tests durchgeführt, die die einzelnen Stufen des Gruppenfaktors miteinander verglichen haben.

		F-Wert	df	Residual	p-Wert
Trägerschaft	Wertschätzung	0.82	2	88	.442
	Grenzen	2.72	2	88	.071
	Website	0.14	2	88	.873
	Orientierung	0.22	2	82	.873
	Zimmer	0.61	2	79	.801
	Bewegung	2.35	2	75	.102
	Abläufe	1.28	2	68	.286
	Kommunikation	1.19	2	67	.311
	Sehen	0.06	2	65	.938
	Hören	1.11	2	65	.336
	Motorik	0.25	2	65	.781
	Kognition	1.94	2	65	.152
	Ethnologie	0.15	2	65	.864
	Ernährung	1.61	2	65	.208
	Bettenzahl	Wertschätzung	0.87	3	87
Grenzen		0.31	3	87	.820
Website		3.07	3	87	.032
Orientierung		7.91	3	81	<.001
Zimmer		1.50	3	78	.221
Bewegung		2.89	3	74	.041
Abläufe		1.23	3	67	.305
Kommunikation		0.94	3	66	.427
Sehen		0.81	3	64	.495
Hören		0.69	3	64	.560
Motorik		2.42	3	64	.074
Kognition		4.32	3	64	.008
Ethnologie		3.95	3	64	.012
Ernährung		0.45	3	64	.722

Kategorien	m_diff	lCI	rCI	p-Wert
Bettenzahl & Website				
"500 und mehr" > "weniger als 100"	3.07	0.32	5.82	.022
Bettenzahl & Orientierung				
"200 - 499" > "weniger als 100"	18.38	6.86	29.90	<.001
"200 - 499" > "100 - 199"	16.21	3.49	28.94	.007
"500 und mehr" > "weniger als 100"	11.92	2.67	21.16	.006
Bettenzahl & Bewegung				
"200 - 499" > "weniger als 100"	26.24	1.68	50.81	.031
Bettenzahl & Kognition				
"200 - 499" > "100 - 199"	5.65	0.45	10.85	.028
"500 und mehr" > "weniger als 100"	7.17	1.50	12.83	.008
Bettenzahl & Ethnologie				
"200 - 499" > "100 - 199"	4.77	0.16	9.38	.040

Legende:

F-Wert: Dieser Wert ist das Resultat der Unterschiedsanalyse.

df: Dieser Wert steht für die Freiheitsgrade der kategorialen Variable (Trägerschaft). Da wir 3 verschiedene Trägerschaften haben, ergeben sich die Freiheitsgrade von 3-1 (=2).

Residual: Dieser Wert bildet die Freiheitsgrade der Residuen ab. Das meint die Anzahl der Datensätze zu der jeweiligen Subkategorie der Barrierefreiheit. Es waren hier z.B. 89 (88+1) Datensätze vorhanden. Das deckt sich mit der Anzahl an Proband*innen, die auf die Items in dieser Kategorie geantwortet haben.

p-Wert: Dieser Wert steht für die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis auf Zufall basiert. Das signifikante Ergebnis ($p < .05$) besagt also, dass der gefundene Unterschied (z.B. bei der Kategorie Website) nur zu 3.2% zufällig entstanden sein kann. 3.2% entspricht dem p-Wert mit 100 multipliziert.

M_diff: Dieser Wert ist die mittlere Differenz zwischen den Werten der Kategorie 1 (500 und mehr) und Kategorie 2 (weniger als 100).

lCI: Dieser Wert steht für das linke Konfidenzintervall (left Confidenceintervall). Zusammen mit dem rechten Konfidenzintervall (rCI) bildet es den Bereich, in den 95% der Beobachtungen fallen. Schließt dieser Bereich die Null NICHT ein, so ist der Unterschied signifikant und wird nicht durch einen Zufall erzeugt.

rCL: right Confidenceintervall, siehe oben.

