

## **Dokumentation der Rede von Frau Ministerin Barbara Steffens**

**beim Kongress „Der alte Mensch im Krankenhaus“ des Geriatrienetzes  
Ruhrbistum**

**am 29. März 2014 in Essen**

Ich bin heute gerne hier, weil mir das Thema sehr am Herzen liegt. Wir haben noch einen langen Weg vor uns in unserer Gesellschaft, um unser Gesundheitssystem an den Bedürfnissen der Menschen auszurichten. Jeder und jedem von uns sollte es ein Anliegen sein, dieses System wirklich alters- und altengerecht zu machen. Unser Veranstaltungsort, das Hotel Franz in Essen, passt sehr gut dazu, denn es ist mit seinem Ansatz, Menschen mit Unterstützungsbedarf zu beschäftigen, ein gutes Beispiel, wie eine inklusive Gesellschaft aussehen und gelebt werden kann.

Ihr Motto und Leitfaden für die heutige Veranstaltung lautet „sehen-urteilen-handeln“.

Was „sehen“ wir mit Blick auf unser Gesundheitswesen, speziell die geriatrische (klinische) Versorgung?

Betrachten wir zunächst die Auswirkungen des demografischen Wandels. Bereits heute ist rund die Hälfte aller Patientinnen und Patienten im Krankenhaus älter als 64 Jahre, Tendenz steigend. Mindestens 12 Prozent der Patientinnen und Patienten sind dementiell erkrankt (nach einer Studie aus dem Jahr 1997), Tendenz steigend. Es wird mehr Pflegebedürftige geben und mehr Menschen mit Mehrfacherkrankungen. In Nordrhein-Westfalen etwa wird sich die Zahl an Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarfen bis 2050 auf rund 1,5 bis 1,6 Millionen *verdoppeln*, darunter ca. 600.000 Menschen mit Demenz (heute rd. 300.000).

Wir haben es also mit einer durchweg veränderten Struktur der Patientinnen und Patienten zu tun, auf die das heutige System Krankenhaus nicht eingestellt ist, zumal auch die Zahl der Menschen zurückgeht, die dem Gesundheitswesen auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Von derzeit rd. 8,3 Millionen sinkt das

Erwerbspersonenpotenzial um ca. ein Viertel auf 6,6 Millionen im Jahr 2050. Das heißt: Immer weniger Menschen stehen für die Versorgung von immer mehr Patientinnen und Patienten bzw. Personen mit Pflegebedarf zur Verfügung.

Was bedeutet dies für die klinische Praxis?

Wir wissen, dass menschliche Zuwendung ein wichtiger Faktor in der Geriatrie ist. Natürlich sind geriatrische Patientinnen und Patienten und ältere Menschen *nicht* zu behandeln wie Kinder, aber der Vergleich mag hilfreich sein, um die Situation zu verdeutlichen: Stationen, in denen Kinder versorgt werden, sind im Aufbau nicht zu vergleichen mit anderen Bereichen im Krankenhaus. Sie sind etwas Besonderes. Das überrascht nicht, denn Kinderstationen sollen Vertrauen wecken, Geborgenheit vermitteln. Sie sind anders, auch und gerade, weil sie über einen anderen Personalschlüssel verfügen. Und sie sind anders, weil die Angehörigen von Anfang an mit einbezogen werden. Kurz: die gesamte Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin orientiert sich eng an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. In der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten dagegen ist dies längst nicht immer und überall der Fall, obwohl die Bedarfslage in mancherlei Hinsicht vergleichbar ist mit der Situation von Kindern in Krankenhäusern.

Es gibt eine weitere Analogie. Kinder entwickeln sich in ihrer Selbständigkeit wie in einer Art Spirale, in der sich ihr Leben und ihr Horizont Stück für Stück erweitern: vom „Bein“ der Eltern, an dem sie sich festhalten, über die Schule, über die Stadt. Ihr Aktionsradius und soziales Netz wird stetig größer. Mit zunehmendem Alter allerdings geht die Bewegung wieder zurück, in die umgekehrte Richtung. Irgendwann ist es dann wieder der Nahraum, das eigene Quartier, die eigene Straße, die wichtig sind. Der Bedarf nach Nähe, Sicherheit, nach Vertrautheit, nach Geborgenheit wird dann immer größer. Das gilt gerade für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und vor allem im Krankenhaus, wenn die Besorgnis vor Operationen oder schwierigen Behandlungen besonders groß ist. Gerade dann ist es von existenzieller Bedeutung, ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit zu erfahren.

Ich glaube, dass wir die Normalität und den ganzheitlichen Ansatz, der in der klinischen Behandlung von Kindern inzwischen Standard ist, auch bei den alten Patientinnen und Patienten konsequenter herstellen und intensiver verfolgen müssen.

Wir werden die Herausforderung einer älter werdenden Gesellschaft in der Krankenhausversorgung nur dann bewältigen, wenn wir die bestehenden Versorgungsstrukturen den neuen Bedingungen anpassen. Ich möchte betonen, dass es dabei nicht darum geht, bestimmten Akteurinnen und Akteuren Vorwürfe zu machen, schon gar nicht den Beschäftigten in den Einrichtungen. Sie geben ihr Bestes. Es geht vielmehr darum, nicht wegzuschauen, sondern bestehende strukturelle Defizite zu benennen.

Dabei ist mir klar, dass Krankenhäuser unter hohem Ökonomisierungsdruck stehen, zumal nordrhein-westfälische Einrichtungen durch den hiesigen Landesbasisfall-Wert im Vergleich zu Einrichtungen in anderen Bundesländern noch einmal schlechter gestellt sind. Vielen Kliniken steht unter den bestehenden Finanzierungszwängen „das Wasser bis zum Hals“. Wir müssen feststellen, dass die Maxime eines Wettbewerbs im klassischen marktwirtschaftlichen Sinne dem Auftrag der Daseinsvorsorge an vielen Stellen entgegensteht. Auch ich wünsche mir Wettbewerb, aber einen Wettbewerb um Qualität, um die besten Versorgungskonzepte und keinen Wettbewerb im marktliberalen Sinne, der unser System auf Dauer aushöhlen und das Ziel einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung für die Gesamtbevölkerung aus dem Blick verlieren würde.

Angesichts solcher Rahmenbedingungen, Defizite und Herausforderungen müssen wir gemeinsam Lösungen suchen, die zukunftsfest sind. Ich bin überzeugt: Wenn wir mit offenem Auge „sehen“, dann werden wir den Weg zum richtigen „handeln“ finden.

Wir wissen gerade bei dementiell erkrankten Menschen wenig über das, was sie wirklich wollen. Und wir wissen wenig über das Entstehen der Erkrankung und auch darüber, was medizinisch wirklich angemessen ist. Aber wir wissen einiges darüber, was den betroffenen Menschen an Rahmenbedingungen gut tut, was Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Ganz zentral ist das Zuhören – als wesentlicher Faktor, und

zwar durch einen Menschen der zuverlässig „da“ ist, der begleitet während des stationären Aufenthaltes. Ebenso wichtig: das Wissen um die Biographie des alten Menschen. Was ist ihr, was ist ihm wichtig? Gibt es Hinweise darauf, was sie, was ihn in der Erkrankung unterstützen könnte? Was beruhigt die Patientin, den Patienten, was regt sie oder ihn auf?

All diese „weichen“ Faktoren sind entscheidend im Umgang mit Demenz, haben aber im Alltag der klinischen Regelversorgung oft keinen Raum.

Was für Menschen mit Demenz gilt, trifft in ähnlicher Weise für alle älteren Patientinnen und Patienten zu. In der täglichen Routine, im täglichen Stress des Klinikalltags und in der Struktur der Abläufe mangelt es häufig an der erforderlichen Zuwendung und Ansprache.

Wir wissen auch, unter welchen Rahmenbedingungen ein Delir häufig entsteht, das bei vielen älteren Patientinnen und Patienten irreversible Folgen hat. Es gibt Beispiele wie das Projekt „Vermeidung von perioperativem Delir“ im St. Franziskus-Hospital Münster, die zeigen, wie es verhindert werden kann: Noch wichtiger als bei anderen Gruppen von Patientinnen und Patienten ist es für Ältere, dass die Behandlungsverläufe lückenlos geschlossen sind, verschränkt sind zwischen Pflege und medizinischer Versorgung. Es gilt, dies künftig überall zu beachten, was vor allem eine bessere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen im Krankenhaus erforderlich macht.

Und auch das ist unerlässlich: Wie für jeden anderen Menschen hat es auch bei einem alten Menschen etwas mit *Würde* zu tun, dass sie oder er mit ihren / seinen ganz individuellen Bedürfnissen gesehen und ernst genommen wird. So ist es eine Frage der Würde, ob zum Beispiel Hörgerät, Brille und dritte Zähne immer griffbereit sind, dass ein Mensch da ist, wenn Unterstützung bei den alltäglichen Handgriffen benötigt wird. Was manchen als nebensächlich und darum nicht so wichtig erscheinen mag, entpuppt sich in der Geriatrie aber als Faktor, der für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten von entscheidender Bedeutung ist.

Dennoch werden ältere Menschen im Krankenhaus noch immer viel zu oft als „Fälle“ wie andere auch betrachtet – was dazu führt, dass sich ihr Gesamtzustand nicht stabilisiert, sondern eher destabilisiert, selbst wenn die akute Erkrankung erfolgreich bekämpft wird. Deswegen – das ist mir als Ministerin ein besonderes Anliegen und ich glaube ihnen als kirchliche Trägerinnen und Träger ebenfalls – müssen wir die Menschen mit ihren Bedürfnissen ernst nehmen und gemeinsam daran arbeiten, dass sich das System und die Strukturen nach ihnen und ihren Bedarfen richtet, und nicht umgekehrt!

Menschliche Zuwendung, es kann nicht oft gesagt werden, ist das A und O einer guten geriatrischen Versorgung.

Angesichts dieser Ausgangslage ist klar, und dafür streite ich auch auf Bundesebene, dass wir in der Krankenhausversorgung zu einem Personalbemessungsinstrument kommen müssen, das die neuen Bedarfe berücksichtigt und entsprechend refinanziert. Wenn nachts 30 Patientinnen und Patienten durch nur eine Pflegekraft versorgt werden müssen und die Hälfte davon dementiell verwirrt ist, kann die erforderliche Zuwendung nicht erbracht werden, denn die Pflegefachkraft ist überfordert und muss weit über ihre Grenzen gehen.

Ganz und gar inakzeptabel ist es allerdings, wenn ältere Menschen im Krankenhaus sediert oder fixiert werden, bloß weil so vermieden wird, dass der normale Arbeitsablauf ins Wanken gerät angesichts eines oft zu knapp bemessenen und nicht selten auch gestressten Personals. Wer so handelt, schmälert nicht nur erheblich die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern verstößt in eklatanter Weise auch gegen ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht, ganz zu schweigen von den häufig bleibenden negativen Beeinträchtigungen für Körper und Seele nach dem Klinikaufenthalt.

Es gibt inzwischen viele gute Beispiele, die deutlich machen, dass es gangbare Wege gibt, den Klinikalltag besser an die Erfordernisse älterer Patientinnen und Patienten anzupassen. Das Franziskus-Hospital in Münster habe ich bereits genannt. Beispielcharakter haben auch Projekte wie „Teekesselchen“ im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, „Silviahemmet“ im Malteser-Krankenhaus

Köln, das „Netzwerk Demenz im Krankenhaus“ oder eben auch das neue Geriatrienetz Ruhrbistum hier im Ruhrgebiet.

Wir sollten uns künftig viel intensiver fragen, wie Austausch und Vernetzung (besser) ermöglicht werden können, um positive Erfahrungen und Konzepte in die Fläche zu tragen. Voneinander lernen – darum muss es jetzt vordringlich gehen, denn es wäre für die Patientinnen und Patienten völlig inakzeptabel, dass es allein von ihrem Wohnort abhängt, ob eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung zur Verfügung steht. In NRW versuchen wir, den neuen gesellschaftlichen Entwicklungen und den Anforderungen an die geriatrische Versorgung mit dem Krankenhausrahmenplan 2015 gerecht zu werden. Dabei ist die Herstellung und Sicherung geriatrischer *Versorgungsqualität* das zentrale Anliegen. Um es salopp zu sagen: „Wo Geriatrie draufsteht, muss auch Geriatrie drin sein“. Geriatrische Stationen ohne ein Konzept, ohne Sektor übergreifende Versorgungsangebote und ohne angemessene Personalausstattung, selbstverständlich mit Geriaterinnen und Geriatern, sind alles andere als wünschenswert. Was für uns zählt, ist die Klasse, weniger die Masse. Das heißt: Eine geriatrische Station muss multiprofessionell aufgestellt sein, einem Sektor übergreifenden Versorgungskonzept folgen, in ein Netzwerk eingebunden sein und sich an der Ergebnisqualität messen lassen.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Probleme genau analysiert und die Strukturen dann auch entsprechend angepasst werden. Das gelingt sicher nicht ohne eine alle beteiligten Akteurinnen und Akteure umfassende Zusammenarbeit der Krankenhausträgerinnen und -träger, Kostenträgerinnen und -träger und eben auch über die Sektorengrenzen stationär / ambulant hinweg. Dabei werden wir nicht nur Lösungen innerhalb einzelner konfessioneller oder verbandlicher Strukturen finden, sondern auch über die Grenzen der Verbandsstrukturen hinweg, damit wirkliche Netze quer über das Land entstehen.

Ich bin überzeugt davon, dass diese Veränderungen keine zusätzlichen Kosten für die Kostenträgerinnen und -träger bedeuten. Denn wenn durch ein im Krankenhaus entstandenes Delir dauerhafter Pflegebedarf ausgelöst wird, entstehen der Pflegeversicherung hohe, aber eben abwendbare Ausgaben. Wenn wir dagegen

schon im Krankenhaus in Mobilisierung und Pflege investieren, vermeiden wir diese Kosten – und vor allen Dingen steigern wir die Lebensqualität der älteren Menschen.

Das Geriatrienetz Ruhrbistum hat sich auf den Weg gemacht. Es gehört viel Engagement dazu und der Wille, Strukturen wirklich zu verändern, um so die bestmögliche Versorgung auf den Weg zu bringen. Darüber freue ich mich und bin gespannt auf die nächsten Entwicklungsschritte. Vielen Dank.