

## Einführung

# 7. Geriatrienetz Ruhrbistum und Ethos Geriatrie – wo bleibt der Mensch?

## Paul Hüster

Alten und hochbetagten Menschen gilt die besondere Sorge katholischer Krankenhäuser. Aber die medizinische und pflegerische Versorgung wird durch die ökonomischen Rahmenbedingungen mitbestimmt und optimale Versorgungsprozesse sichern nicht automatisch eine heilsame Haltung in der Zuwendung zum Patienten.

Klarer formulierte dies Prof. Dr. med. Gunther Lauen in einem Artikel der Zeitschrift *Gesundheit und Gesellschaft*:

„In der geriatrischen Betreuung tut jeder das, was er kann. Reicht das aus? Nein! Die Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRG) hat das Krankenhaus zu einer Hochleistungsmaschine mutieren lassen. Die Anreize und systemimmanenten Steuerungseffekte führen zu immer mehr Effizienz. Aus Sicht der Betriebswirtschaft ist der optimale alte Patient derjenige, der kurz oberhalb der unteren Grenzverweildauer – darunter gibt es Abzüge von der Vergütungspauschale – aus einer Spezialabteilung nach Hause entlassen wird. An eine grundlegende Revision der Hamsterrad-Ideologie des DRG-Systems wagt sich die Berliner Gesundheitspolitik nicht heran, egal welcher Parteifarbe. Das wird auch so bleiben, denn wer

will schon abgewählt werden? Und wo bleibt da der Mensch.“<sup>1</sup>

Die Frage „Wo bleibt der Patient als Mensch“ zielt bei aller Optimierung von Versorgungsprozessen im Krankenhaus auf die Ebenen der Haltung und das sie bestimmende Ethos.

### Definition Ethos

„Es geht darum, was zu tun ist, damit das Menschsein gelingt, das heißt ein in sittlichem Sinne gutes Menschsein wird. Wer sollen wir sein und was sollen wir tun, damit wir in Mitmenschlichkeit, Gerechtigkeit und Liebe unserer Menschenwürde entsprechen und zur Humanisierung des Lebens in der Welt beitragen können?“<sup>2</sup> So beschreiben die deutschen Bischöfe im Erwachsenenkatechismus die ethische Grundfrage, die der Christ bei aller Freiheit in Rückbindung an das Gewissen beantwortet. „Im Zusammenhang mit diesen Anspruch an unsere Freiheit sowie mit der For-

- 1 Lauen, Gunther, *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, Zeitschrift, Hrsg. AOK-Bundesverband, Ausgabe 6/14, 17. Jahrgang.
- 2 *Katholischer Erwachsenenkatechismus*, 2. Band, hrsg. von der Deutschen Bischofskonferenz, Verlag Herder, 1995, S. 20.

derung nach dem Guten und richtigen Handeln und Verhalten begegnen wir in der Alltagssprache aber auch im philosophischen und theologischen Sprachgebrauch immer wieder solchen Begriffen wie Ethos, Ethik, Moral, Moralthologie und Sittlichkeit.<sup>3</sup>

Das griechische Wort Ethos beschreibt ursprünglich die Gewohnheiten, die Sitten und Gebräuche. Im heutigen Sprachgebrauch erfährt das Wort Ethos eine Zuspitzung auf die sittlichen Einstellungen, die moralischen Normen und die gelebten Werte.

Mit den Begriffen von Ethos und Moral befinden wir uns auf der Ebene des Verhaltens und des Handelns. Mit der Reflexion und Begründung des jeweiligen Ethos wechseln wir auf die Ebene der Ethik und Moralität.

Seit der Antike wird Ethik verstanden als ein wissenschaftlich-philosophisches und methodisches Nachdenken über die Werte und Maßstäbe, die zu ethischem Verhalten veranlassen und ein Ethos begründen.

Im heutigen Sprachgebrauch unterscheiden wir zusätzlich zwischen Bereichsethik und Berufsethik: Wir sprechen vom Ethos der Medizin und der Pflege und zum Beispiel auch vom Ethos der Wirtschaft. Das Ethos Geriatrie meint somit das tatsächliche ethische Handeln im Bereich der geriatrischen Versorgung in unseren Krankenhäusern und den sektorenübergreifenden Versorgungsformen.

Ebenso häufig sprechen wir auch vom Ethos einer bestimmten Berufsgruppe wie der Mediziner, der Pflegenden und zum Beispiel der Journalisten. Das jeweilige Berufsethos wird seitens entsprechender Berufsverbände durch berufsspezifische Prinzipien, Selbstverpflichtungen und Kodizes gesichert.

Die ethische Reflexion begründet das jeweilige Handeln eines Bereiches oder das Handeln aus Sicht der unterschiedlichen beruflichen Rollen – so auch in der Geriatrie.

<sup>3</sup> ebd., S. 20.

Die Netzwerkarbeit gelingt nachweislich dann leichter, wenn alle Akteure ein gemeinsames Werteverständnis und ein gemeinsam gelebtes Ethos verbindet.<sup>4</sup>

Deshalb schafft eine ethische Reflexion unter dem Stichwort Ethos Geriatrie jene gemeinsame Grundlage, die dem christlichen Menschenbild zur Geltung verhilft und gleichzeitig eine vernetzte Arbeit mit unterschiedlichen Akteuren im gemeinsamen Feld der Geriatrie gelingen lässt.

### Versorgung und Sorge

Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck stellt die Frage nach dem christlichen Ethos der Geriatrie in der Differenzierung zwischen Sorge und Versorgung. „Der alte Mensch im Krankenhaus ist ein Patient, der in seiner Ganzheit und damit in den vielen Dimensionen seines „Alt-Seins“ wahrgenommen werden will.

Für uns als Christen bedeutet das, dass wir den alten, hilfsbedürftigen Menschen, wie es im Vorwort der Konzeption Geriatrienetz Ruhrbistum heißt, sowohl somatisch als auch spirituell unterstützen wollen. Beide Dimensionen gehören wesentlich zum Menschsein. Und das geht eben von der Kindheit und Jugend bis hin zum Alter, von der Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit des jungen und des alten Menschen. Was heißt das aber ganz konkret? Zu den Realitäten des Gesundheitswesens gehört die Versorgungsplanung. Der Krankenhausplan unseres Landes NRW 2015 sieht eine Vernetzung von geriatrischen Leistungserbringern im Sinne eines Versorgungsverbundes vor.

In unserem Bistum Essen wird der geriatrische Versorgungsauftrag in langer Tradition zu einem großen Teil von Krankenhäusern in katholischer Trägerschaft wahrgenommen.

<sup>4</sup> Vergl. Reis, Claus, Bedeutung und Funktion organisationaler Netzwerke, Vortrag, im Internet: [http://www.lahn-dill-kreis.de/cms/media/anlagen/fb4/arbeitsberuf/Netzwerke-Artikel-10-11-11\\_Prof\\_Dr\\_Claus\\_Reis.pdf](http://www.lahn-dill-kreis.de/cms/media/anlagen/fb4/arbeitsberuf/Netzwerke-Artikel-10-11-11_Prof_Dr_Claus_Reis.pdf), letzte Recherche 14.07.2015.

Das, was das kirchliche Krankenhaus als gemeinnütziger Träger einbringt, spannt sich so auf zwischen Versorgung und der Sorge um den alten Menschen.

In unseren katholischen Krankenhäusern, und darauf lege ich auch als Bischof wert, gibt es eine besondere, selbstverständliche Sensibilität für das, was dem oft mehrfach erkrankten, alten Menschen nottut.

Mit der Sorge als Haltung deckten Ärzte und die Pflege in der Vergangenheit einen Bedarf auf und suchten Antworten: Ein von katholischen Krankenhäusern gegründetes Geriatrienetz wird neben den Strukturmerkmalen aber auch das anspruchsvolle Ethos der Sorge als Grundlage des ärztlichen Handelns und der Pflege beschreiben.<sup>5</sup>

### **Haltung Fachlichkeit Ganzheitlichkeit**

Die geriatrische Behandlung hat eine unterscheidende Voraussetzung zum übrigen ärztlichen Handeln, die in der besonderen Verfasstheit hochaltriger und multimorbider Patienten gründet. Eine umfassende Diagnose kann nur erfolgen, nachdem der alte Mensch ganzheitlich mit seinem biografischen Hintergrund und dem jeweiligen Lebensumfeld vom Arzt wahrgenommen wird und sich durch umfassendes Interesse ein tragfähiges Arzt-Patienten-Verhältnis aufbaut: Dies erfordert Zeit, intuitives Einfühlungsvermögen und es fördert die Compliance.

Diese Haltung hat auch strukturelle Konsequenzen: Die Wahrnehmung der geriatrischen Patienten und ihrer Lebenslagen stärkt Anliegen einer sektorenübergreifenden Versorgung, die neben stationärer und ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung noch weitere Lebenskontexte älterer Menschen verbindet.

Wie also kann diese umfassende Orientierung der medizinischen Leistung an der besonderen Verfasstheit älterer Patienten als Haltung und Paradigma des Geriatrienetzes Ruhrbistum verankert werden?

Eine angemessene Beschreibung des Ethos Geriatrie auf der Grundlage christlicher Werthaltungen berücksichtigt drei Dimensionen

- Haltung – Haltung der Zuwendung und der Sorge um den alten Menschen
- Fachlichkeit – medizinische und pflegerische Kriterien
- Ganzheitlichkeit – biografisches Interesse und Sorge um soziale Einbindung



Die Akteure des „Geriatrienetzes Ruhrbistum“ wollen das christliche Ethos durch Fortbildung der Mitarbeiter und den Ausbau einer sektorenübergreifenden Versorgung erkennbar in die Geriatrie einbringen. Sie möchten das Geriatrienetz profilieren, um mit dem Leitgedanken „Ethos Geriatrie“ eine ethische Qualität der konfessionellen Träger in der medizinischen und pflegerischen Versorgung alter Menschen erkennbar werden zu lassen.

5 Overbeck, Franz-Josef, Versorgung und Sorge, in: Der alte Mensch im Krankenhaus, Hrsg. Prof. Dr. med. Gunther Lauen, Daniel Frische, Essen, 2. Auflage Oktober 2014, S. 18.

## 7. Geriatrienetz Ruhrbistum und Ethos Geriatrie – wo bleibt der Mensch?



*Hubert Brams*



*Dr. med.  
Christine Bienek*

### Das Geriatrienetz Ruhrbistum

Das Geriatrienetz Ruhrbistum besteht aus sieben katholischen Einrichtungen, die gemeinsam mit der Kosmas und Damian GmbH (K+D) auf die Herausforderungen des Krankenhausplans NRW 2015 antworten wollen. Der Landeskrankenhausplan NRW 2015 stellt die sektorenübergreifende Versorgung als eine wichtige Voraussetzung eines bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und stärker am Patienten ausgerichteten Gesundheitswesens dar. Der Krankenhausplan fordert im Bereich der Geriatrie, geriatrische Versorgungsverbände zu entwickeln.

### Erfolge

Seit Anfang 2013 haben sich die geriatrischen Chefarzte und Geschäftsführer der folgenden sieben Einrichtungen zusammengefunden, um einen geriatrischen Versorgungsverbund zu entwickeln: Elisabeth-Krankenhaus Erle, Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Marien-Hospital Wattenscheid, St. Clemens-Hospital, St. Elisabeth Krankenhaus Hattingen-Niederwenigern, St. Josef-Hospital Gelsenkirchen-Horst, St. Maria-Hilf-Krankenhaus.

In der gemeinsamen Arbeit wurde Hand in Hand konzeptionell gearbeitet, ein Kongress durchgeführt und verschiedene Themen identifiziert, die zusammen angegangen werden sollen. Auf struktureller Ebene konnten Willensbekundungen zur Gemeinsamkeit und ein Aufbau und eine Verstärkung der Arbeitsstruktur erreicht werden. So konnten eine Steuerungsgruppe und eine Arbeitsgruppe etabliert werden. Inhaltlich wurde sich auf einvernehmliche geriatrische Patiententidentifikation, Personalmanagement im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung, sektorenübergreifende Versorgung, Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit geeinigt. Die erarbeiteten Ergebnisse wurden mit dem MGEPA bei Ministerin Barbara Steffens bereits Anfang 2015 vorgestellt und diskutiert.

### Arbeitsschwerpunkte

Die Arbeitsschwerpunkte für das Jahr 2015 sehen folgende Maßnahmen vor:

Es soll das ISAR-Screening und Post-Screening-Assessment weiter eingeführt und mit einem EDV-Tool gestützt werden.

Es soll ein Pilotkurs für die Fachpflegekraft im Liaisondienst in Zusammenarbeit mit dem

Bundesverband Geriatrie e. V. (BVG) durchgeführt werden. Zusätzlich soll das Pflegepersonal im ZERCUR weitergebildet werden.

Für die sektorenübergreifende Versorgung wird ein Managementhandbuch für die lokalen/regionalen Versorgungsverbände entwickelt.

Außerdem soll die Arbeits- und Kommunikationsstruktur weiter eine Verstetigung finden.

Damit wird ausreichend deutlich: Das Geriatrienetz Ruhrbistum befindet sich in einer sehr dynamischen Aufbauphase.

### Ethos Geriatrie

Es soll nicht außer Acht gelassen werden, dass sich das Geriatrienetz Ruhrbistum nicht nur für eine qualitativ hochwertige Geriatrie einsetzt, sondern den Patienten in den Mittelpunkt stellen möchte. Somit wurde die Idee und die Durchführung des Gesprächsabends „Ethos Geriatrienetz – Wo bleibt der Mensch?“ entwickelt und erfolgreich durchgeführt.

So soll die Entwicklung eines „Ethos Geriatrienetz“ berufsgruppenübergreifend im Sinne eines Leitgedanken vorangetrieben werden. Die aufgezählten Erfolge zielen auf den Aufbau des Versorgungsverbundes und setzen den Focus noch nicht ausreichend auf den Menschen, der die Auswirkungen des Versorgungsverbundes ggf. durch einen gut entwickelten Patientenpfad zu spüren bekommt.

Daher sollte ein besonderer Anspruch des christlichen Krankenhauses sein, den Patienten als Menschen in den Blick zu nehmen. Es sollte eine eigene, netzinterne, offene Diskussionskultur zum Themenkomplex „Ethos Geriatrie“ entwickelt werden.

Als mögliche Denkansätze und Grundgedanken konnten bereits mögliche ethische Paradigmen unter folgenden Punkten identifiziert werden:

- Berufsethos der Geriater?!
- Patientenorientierung
- Screening um der Menschen willen. Die Selektion sollte in ärztlicher Verantwortung gelegt werden.

- Die Beachtung von Spiritualität sollte Raum haben.
- Die Haltung als Leidenschaft für den alten Menschen sollte bei den Mitarbeitern vorhanden sein.

Die ethischen Paradigmen könnten folgenderweise praktische Ansätze finden:

- Besondere Hinwendung zu einer „geriatrischen Palliativversorgung“.
- Beachtung der Besonderheiten von Menschen mit Demenz.
- Verzahnung mit Akutgeriatrie und (stationärer) Altenhilfe.
- Patientenzentriertes Casemanagement sollte erfolgen.
- Die Vernetzung im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung sollte vorangetrieben werden.

Die möglichen Themenschwerpunkte für das Ethos Geriatrienetz könnten in der palliativen Versorgung des alten Patienten liegen, indem gemeinsame Anstrengungen im Bereich Geriatrie und palliative Versorgung unternommen werden. Der alte Mensch im Krankenhaus könnte in der Phase des Lebensendes eine ungebrochene Beachtung und Begleitung finden. Sterbebegleitung wäre hier ein wichtiges Thema.

Im Bereich der Demenz sollte die Förderung weiterer Angebote zur Versorgung dementiell veränderter Menschen in den Blick genommen und ausgearbeitet werden.

Um diese entscheidenden Themen zu identifizieren und stärker auszuarbeiten, wird der dynamische Aufbau des Geriatrienetzes Ruhrbistum durch eine Themenreihe „Ethos Geriatrienetz – Wo bleibt der Mensch?“ begleitet. Hier treffen sich die Akteure des Netzwerkes berufsübergreifend zu einem ehrlichen Diskurs und sie starten die nötigen Initiativen, der Rede vom Ethos Geriatrie Taten folgen zu lassen, um die Qualität der Versorgung älterer Menschen zu verbessern.

Auf der Grundlage der Ausführungen des vorangegangenen Artikels lassen sich im interdisziplinären Diskurs folgende Handlungsbedarfe bestimmen:

### **Die sektorenübergreifende Versorgung muss Schwerpunktthema sein**

*Anna Fischer*

Die sektorenübergreifende Versorgung ist für die patientenorientierte, langfristige Versorgung von besonderer Bedeutung: Der stationäre Aufenthalt stellt für einen geriatrischen Patienten nur einen Teil in der Versorgungs- und Behandlungskette dar. Eine Anschlussversorgung existiert im deutschen Gesundheitssystem in Form von Heimen, Pflegediensten, Hausärzten etc. Aber ist diese Versorgung auch gut und klappt die ambulante Anschlussversorgung? Diese Frage wirft eine Chefärztin der Geriatrie auf. Denn zu den Arbeitsschwerpunkten des Geriatrienetzes zählt, Konzepte zur sektorenübergreifenden Versorgung mit entsprechenden Zertifizierungen zu entwickeln. Dieses Anliegen unterstützen Verantwortliche des Diözesan Caritasverbandes, die in der Qualitätsentwicklung durch eine sektorenübergreifende Versorgung ebenfalls einen deutlichen Handlungsbedarf sehen. Das Anliegen der Altenheime in Trägerschaft der Caritas ist es, die Kompetenzen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu übertragen. Nur selten kommen Geriater in Altenheime, um ambulante Untersuchungen vorzunehmen. Jedoch ist nicht immer sofort ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig. Die Verzahnung von Altenheimen mit einer geriatrischen Ambulanz könnte dies überwinden. Dazu sind aus Sicht der Krankenhausgeschäftsführung entsprechende Anträge für die Einrichtung solcher Ambulanzen wichtig. Das Medizincontrolling hat die Aufgabe die Refinanzierungspotenziale durch Initiativen zur sektorenübergreifenden Versorgung zu erschließen. Für einen neutralen MDK-Gutachter in der Geriatrie (und der Gerontopsychiatrie) sind solche bedarfsgesteuerten Strukturen gut nachvollziehbar.

### **Geriatrie und Palliativversorgung**

Eine Chefärztin für Innere Medizin und Geriatrie weiß zu berichten, dass die palliative Versorgung bei Tumorpatienten gut ausgebaut sei. Aber es gibt darüber hinaus viel mehr ältere Menschen, die ihr „biologisches Lebensende“ erreicht haben und ebenfalls in die speziellen palliativen Strukturen eingebettet werden müssen. Sollte sich ein Patient während seiner Sterbephase im KH befinden, muss das Sterben „erlaubt“ sein und nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen in die Länge gezogen werden. Man muss sagen können und dürfen: „Ja, Menschen sterben bei uns, aber das tun sie gut und würdevoll.“ Dazu ermöglichen Krankenhäuser die Begleitung durch qualifizierte Schwestern und Ärzte, Platz für Angehörige und Einzelzimmer. Der Fokus muss auf dem einzelnen Menschen liegen.

### **Der besondere Anspruch an ein christliches Krankenhaus**

Der besondere Anspruch eines katholischen Krankenhauses lässt sich mit einem Stichwort „Ethos Geriatrie“ aus Sicht eines Beraters für Geriatriekonzepte gut beschreiben. Denn dieser philosophisch-theologische Ansatz des „Ethos Geriatrie“ lässt sich gut mit dem ganzheitlichen Ansatz der geriatrischen Versorgung verbinden: Der Unterschied zwischen christlichen (freigemeinnützigen) Krankenhäusern und Krankenhäusern in privater Trägerschaft lässt sich nach Meinung eines Geschäftsführers auch an den unterschiedlich ausgeprägten Unternehmenszielen festmachen. Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind primär an einer Maximierung des Shareholder-Values interessiert. Freigemeinnützige haben natürlich auch die Wirtschaftlichkeit im Blick. Sie müssen mit dem erwirtschafteten Gewinn jedoch keine Interessen der Shareholder in Form einer entsprechenden Rendite bedienen. Die Gewinne verbleiben im Unternehmen. Katholische Krankenhäuser haben drei Stufen im Blick: Fachliche Kompetenz, Wirtschaftlichkeit

und Christlichkeit. Der Mensch steht dabei im Mittelpunkt. Auch aus Sicht eines Medizincontrollers lässt sich eine Fehlentwicklung präzisieren: Krankenhausträger haben nicht immer den ausreichenden Anspruch, dass das Krankenhaus zum Patienten passen muss. Ihre Denkweise ist anders: Der Patient muss ins Krankenhaus passen und sich den vorgegebenen Versorgungsstrukturen anpassen. Dieser Fehlentwicklung muss das kirchliche Krankenhaus entgegensteuern. Katholische Krankenhäuser haben aufgrund ihrer Tradition des christlichen Altruismus dem (alten) Menschen gegenüber eine ethische Verpflichtung. Hier greift das christliche Profil der geriatrischen Versorgung. Es macht nach Aussage des Sprechers des Geriatrienetzes Ruhrbistum den entscheidenden Unterschied, dass die Entstehung des geriatrischen Versorgungsbundes nicht durch das ökonomische Streben nach DRG-Leistungen (Geriatrische Komplexpauschale) veranlasst wurde, sondern aus dem erkannten, notwendigen Bedarf, die geriatrische Versorgung mit qualitativen Standards zukunftsfähig zu verbessern und am Patientenbedarf auszurichten. Nur so kann die Versorgung auch wirtschaftlich langfristig gesichert sein. Die Strukturen für die Zukunft müssen heute geschaffen werden, die Rentabilität steht jetzt nicht im vordersten Fokus. Hier liegt ein markanter und strategischer Unterschied zwischen frei-gemeinnützigen Trägern und anderen.

### **Kommunikation und der Wille zur vertrauensvollen und wertebundenen Kooperation**

Das oberste Ziel des Geriatrienetzes ist die Verstärkung der Kommunikation und Zusammenarbeit. Trotz der Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern kann man gemeinsam lernen. Nach dem Best-Practice-Gedanken kann der Verbund durch die verschiedenen Verantwortlichkeiten auf der Ebenen der Geschäftsführer, der Ärzte und der Pflege und durch eine starke Moderation durch die Krankenhausentwicklungsgesellschaft Dinge auf den Weg bringen, die allein nicht machbar sind.

Durch die gemeinsame Arbeit und durch Impulse von außen kann das Geriatrienetz Ruhrbistum ein Leuchtturm für die geriatrische Versorgung werden, der sein Licht auch durch die guten Kontakte zum MGEPA und zur Ministerin auf die Politik wirft.

Die Trägervertreter sind vom Konzept des Geriatrienetzes überzeugt. Aus Sicht eines Gesellschaftervertreters ist die Erweiterung des Geriatrienetzes innerhalb und/oder außerhalb des Ruhrbistums nicht ausgeschlossen und auch eine konfessionsübergreifende Kooperation mit weiteren Einrichtungen ist denkbar.

Diese generelle Offenheit hat aus Sicht der Akteure des Netzwerkes aber Einschränkungen: Da niemand eine bloß formelle „Türschild-Geriatrie“ will, ist der Aspekt der einheitlich hohen Qualität der Versorgung ein elementarer Bestandteil. Damit werden eine zertifizierte Qualität und ein gemeinsames Werteverständnis Voraussetzungen für die Aufnahme weiterer Einrichtungen in das Geriatrienetz. Eine überkonfessionelle Zusammenarbeit wurde bisher nicht konkretisiert. Bei evangelischen Häusern sind ähnliche Ansätze der Netzwerkarbeit erkennbar.