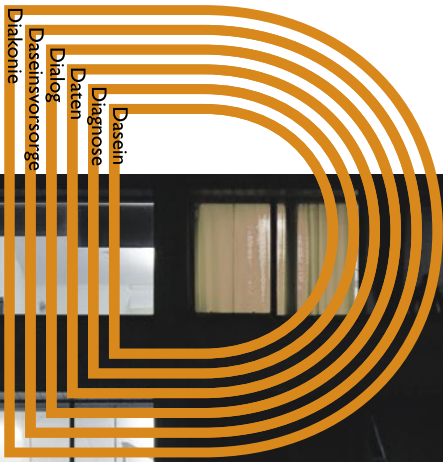




ZUWENDUNG

12

ZUWENDUNGSINDEX

Plädoyer für eine
erweiterte Betrachtung
klinischer Versorgung.

26

PUZZLEARBEIT

Erfordernisse für die
steigende Zahl älterer
Notfallpatient:innen.

32

DER MENSCH AM BETT

Grundsatzfragen
und Weichenstellungen
für die Pflege.



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

IMPRESSUM

Herausgeber – DEKV
Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.
Invalidenstraße 29
10115 Berlin

Gesamtverantwortung –
Christoph Radbruch / DEKV

Konzept und Redaktion –
Kirsten Wörnle/
Kairos Redaktionsbüro,
Melanie Kanzler / DEKV

Mitarbeitende dieser Ausgabe –
Christine Böhringer, Jan Rübel,
Klaus Wilhelm

Lektorat – Agentur Spu.K -
Sprache und Kommunikation

Gestaltung und Realisierung –
Bohm und Nonnen,
Büro für Gestaltung GmbH

Fotografien – Max Brunnert (S. 11,
S. 26f), Enno Kapitzka (S. 4f, S. 36f),
Thorsten Ulonska (S. 34)

Bildnachweise – istockphoto/benedek
(S. 1), DEKV/H.-C. Plambeck (S. 13),
Rheinisches Bildarchiv Köln, Sabrina
Walz, rba_d000109 (S. 16), Diakonie-
Klinikum Stuttgart (S. 18), privat (S. 21),
EMH/Gottfried Stoppel (S. 25),
Fotoline/Photocase (S. 42),
Diakonie-Klinikum Stuttgart (S. 43)

Illustrationen – Thilo Rothacker
(S. 22f), Silke Beneke (S. 32f),
Delphine Korth (S. 44)

Druck – Hans Gottschalk
Druck & Medien GmbH, Berlin

Kontakt – office@dekv.de

THEOLOGIE EMPATHIE Patient:innen ZUWENDUNG MEDIZIN BEDÜRFNISSE W E R T E PFLEGE

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor 96 Jahren haben sich die evangelischen Krankenhäuser Deutschlands im DEKV zusammengeschlossen, heute sprechen wir für 199 Einrichtungen, sprich: jedes neunte Krankenhaus im Land. Ob kleine Klinik oder Großkomplex, ob Land oder Stadt – wir sehen uns unserem Umfeld verpflichtet und schreiben den Dienst am kranken Menschen groß. Wir wissen: Unsere Zeit wirft viele Fragen auf. Es braucht den Dialog über neue Wege und gemeinsame Lösungsansätze. Mit diesem Magazin möchten wir Ihnen vermitteln, wofür wir stehen und wo unsere Gedanken hingehen.

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen.

**CHRISTOPH
RADBRUCH,**
Vorsitzender
DEKV

**MELANIE
KANZLER,**
Verbandsdirektorin
DEKV

- 12 Menschen brauchen Zuwendung**
Warum die Krankenhaus-Versorgung um einen Zuwendungsindex erweitert werden sollte.
- 16 „Das Zusammenwirken ist wirkungssteigernd.“**
Wieso die Patient:innensicht so wertvoll ist und das ärztliche Arbeitsfeld so wichtig.
- 20 Zuwendung – 5 Impulse aus der Forschung**
Was die Forschung zu zuwendungsorientierter Medizin bereits sagen kann.
- 22 Krankenhaus: gestern – heute – morgen**
Wie sich die Rolle von Kliniken über die Jahrhunderte wandelte.
- 24 Zuhause auf Zeit**
Was die diakonische Haltung in evangelischen Krankenhäusern ausmacht.
- 26 Puzzlearbeit in der Notfallstation**
Warum wir uns auf die steigende Zahl älterer Notfallpatient:innen vorbereiten müssen.
- 32 „Welche Pflege wollen wir uns leisten?“**
Wie wir die richtigen Lehren aus der Corona-Krise für die Pflege ziehen.
- 36 „Ich hätte es mir zehnmals überlegt“**
Wie eine Pflegetrainerin aus dem Krankenhaus pflegende Angehörige unterstützen kann.
- 42 Was kann man einem Menschen zumuten?**
Wie unterschiedlich Patient:innen sind – und ihre Wege.

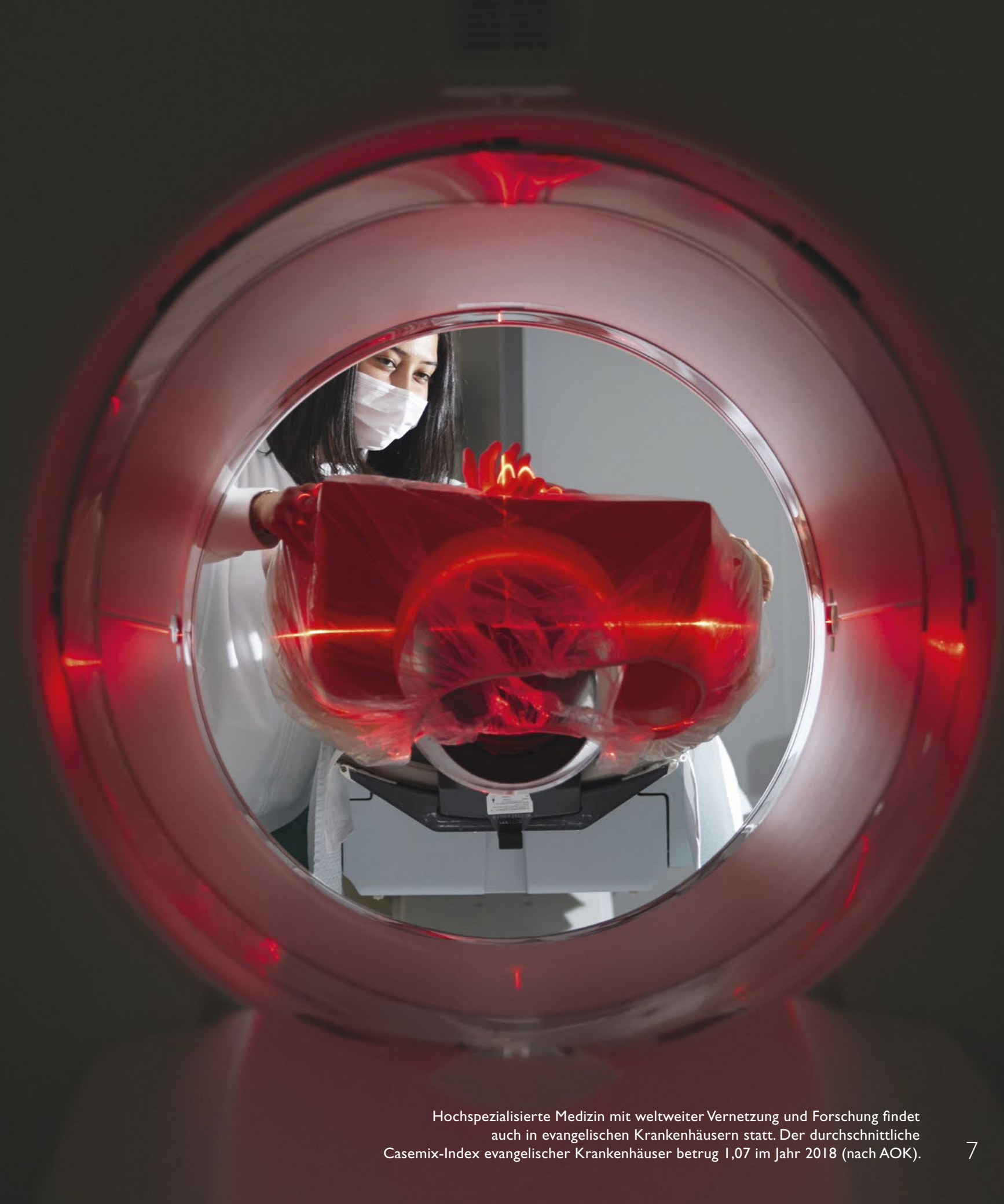


„Es ist immer wieder ein Wunder, dass aus dem Bauch einer Frau ein ganzer Mensch rauskommt. Wenn ich der Mutter ihr Baby an die Brust lege, ist der Schmerz der Geburt vergessen. Alles ist plötzlich ruhig und still – dieser Moment hat etwas Seliges.“

Tanja Scherb, Hebamme am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer

„Das farbige Bild eines PET/CTs zeigt schon im frühen Stadium krankhafte Veränderungen sehr genau. Das erkennen dann auch Laien. Die Therapie ist exakt planbar – und Patient:innen haben eine bessere Vorstellung davon, worum es geht.“

Dr. med. Philip Aschoff,
Nuklearmediziner, Diakonie-Klinikum Stuttgart



Hochspezialisierte Medizin mit weltweiter Vernetzung und Forschung findet auch in evangelischen Krankenhäusern statt. Der durchschnittliche Casemix-Index evangelischer Krankenhäuser betrug 1,07 im Jahr 2018 (nach AOK).



„Der OP-Roboter führt meinen Arm millimetergenau und meldet, wenn ich zu viel Kraft aufwende und eine Abweichung droht. Ohne ihn wäre das alles eine Frage des Gefühls.“

Stefan Kistner, Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie,
Orthopädische Klinik Hessisch-Lichtenau

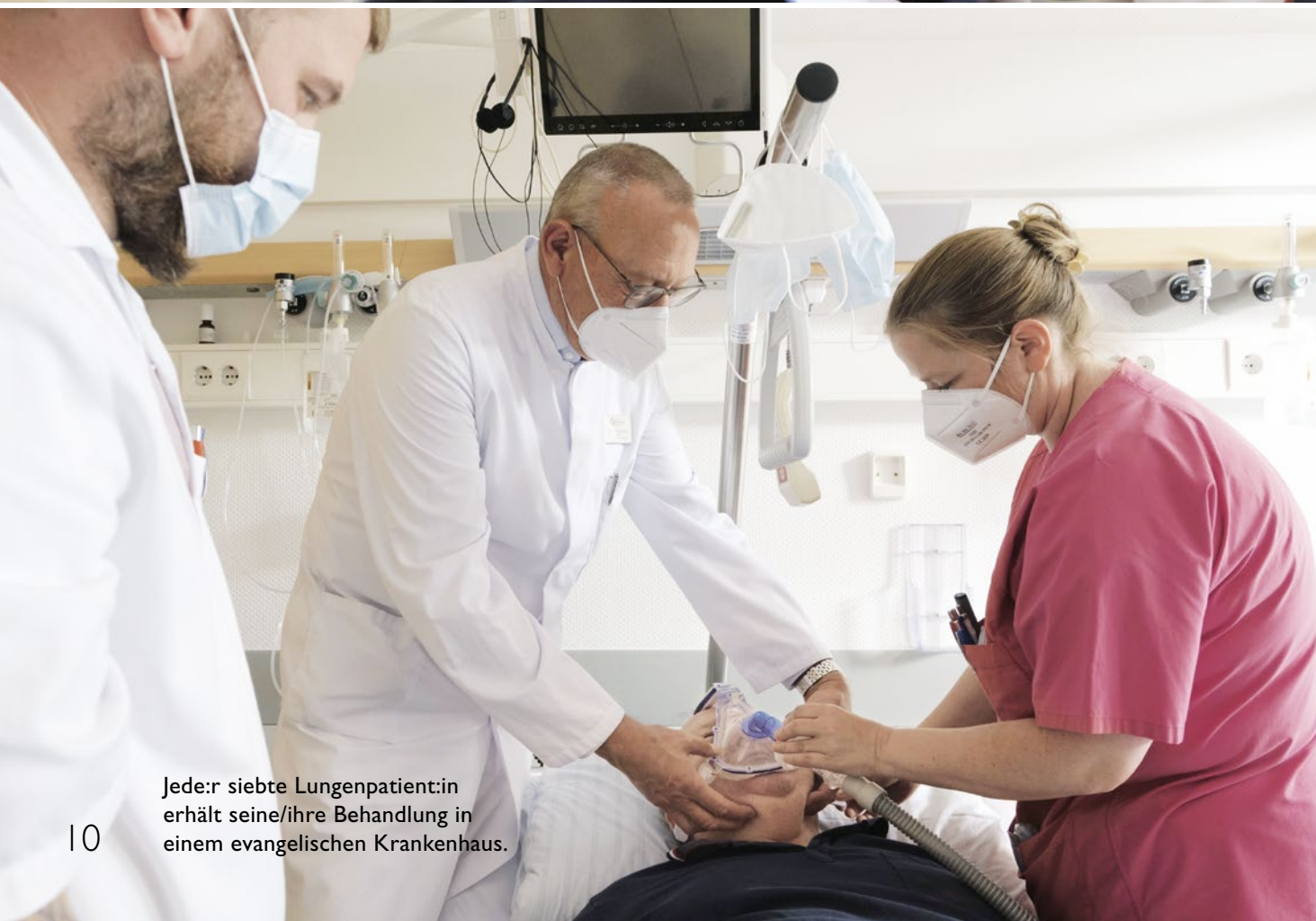
„Für die nicht-invasive Beatmung hat die deutsche Pneumologie während der Corona-Pandemie weltweit Aufmerksamkeit bekommen. Man muss Patient:innen in dieser Situation sehr entschieden beschützen und begleiten. In ihrer größten Not müssen sie Vertrauen fassen, dass die Maschine einen Teil der Atemarbeit für sie übernimmt.“

Dr. med. Thomas Voshaar, Chefarzt Lungenzentrum, Krankenhaus Bethanien in Moers

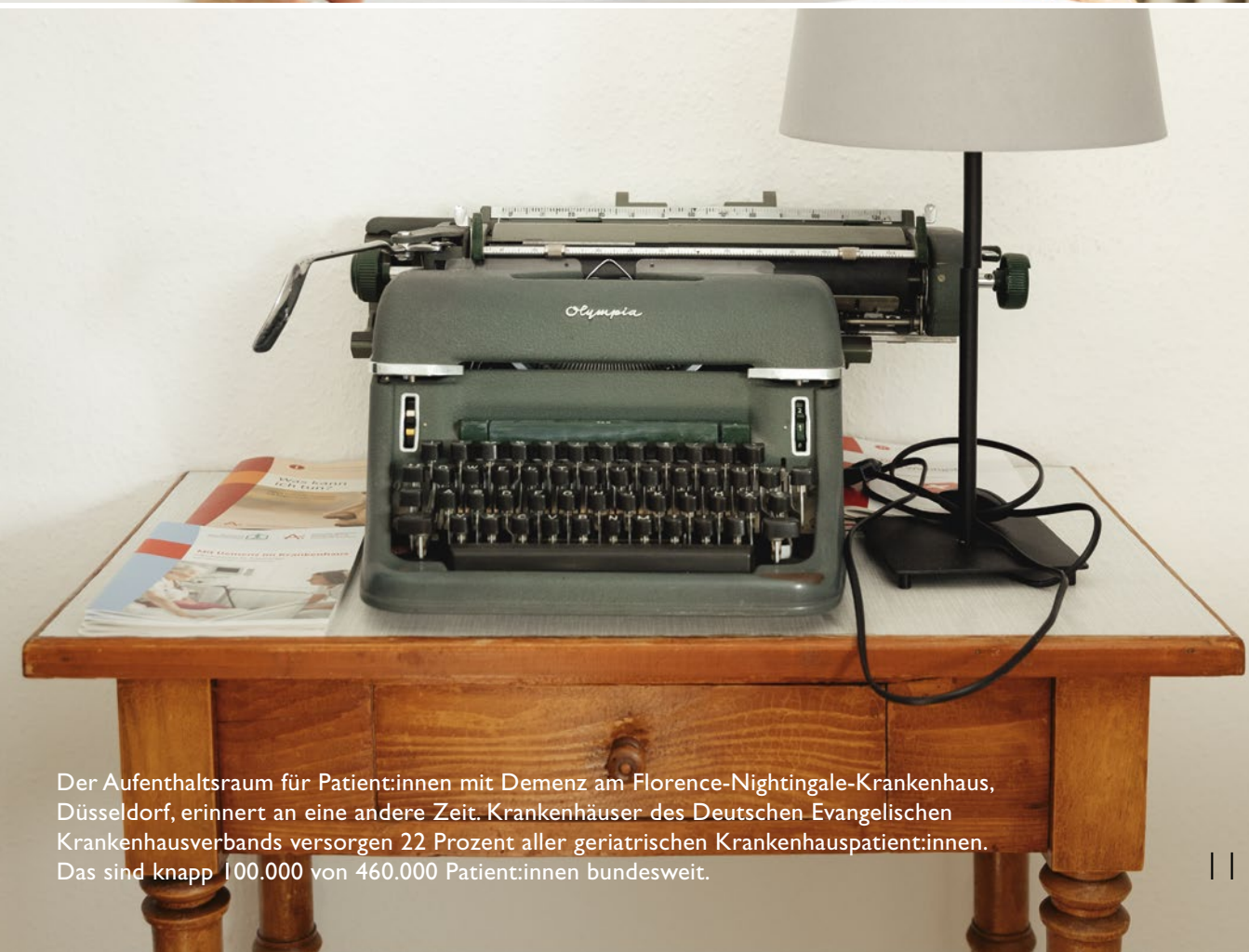


„Was Menschen mit Demenz im Krankenhaus vor allem brauchen, ist Kontinuität.“

Maria Feist-Musiol,
Pflegerische Abteilungsleiterin,
Florence-Nightingale-
Krankenhaus, Düsseldorf



Jede:r siebte Lungenpatient:in erhält seine/ihre Behandlung in einem evangelischen Krankenhaus.



Der Aufenthaltsraum für Patient:innen mit Demenz am Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf, erinnert an eine andere Zeit. Krankenhäuser des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands versorgen 22 Prozent aller geriatrischen Krankenhauspatient:innen. Das sind knapp 100.000 von 460.000 Patient:innen bundesweit.

Menschen brauchen Zuwendung

VON CHRISTOF RADBRUCH,
VORSITZENDER DEKV

Was vielen Menschen im Krankenhaus fehlt, ist Zuwendung. Kranke Menschen und ihre Angehörigen beklagen oft, dass sie zwar körperlich gut versorgt waren, aber die Zeit fehlte, auf ihre emotionalen Bedürfnisse einzugehen. Und Mitarbeitende belastet, dass im Alltag des Krankenhausbetriebes oft die Kraft fehlt, Kranken und ihren Angehörigen in ihrer herausfordernden Situation beizustehen, sie zu beraten und ihnen zuzuhören.

Dabei ist Zuwendung ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Schon das neugeborene Kind ist ohne körperliche und emotionale Zuwendung nicht überlebensfähig. Zuwendung ist ein ganzheitlicher Vorgang, der sowohl körperliche Bedürfnisse ernst nimmt als auch empathisch den anderen wahrnimmt und aufmerksam auf das hört, was er sagt, wie er wirkt, was er macht.

NATÜRLICHES MITGEFÜHL

Gerade in einer Situation der Verletzlichkeit und Schwäche, in der sich kranke Menschen befinden, ist diese ganzheitliche Zuwendung wichtig. Menschen kommen in der Regel ja nicht freiwillig ins Krankenhaus, sondern weil ihre Krankheit sie dazu

zwingt. Sie kommen mit individuellen Schicksalen und Geschichten. Sie sind aus ihrer gewohnten Umgebung gerissen und oft verunsichert, weil sie – vielleicht zum ersten Mal – erfahren, dass ihr Körper nicht ihrem Willen gehorcht und sie auf fremde Hilfe angewiesen sind. In dieser Situation erwarten sie Zuwendung und Fürsorge. Sowohl, dass ihnen jemand hilft und sie medizinisch versorgt werden, aber auch dass sie als Person wahr- und ernstgenommen werden.

Bei den Mitarbeitenden des Krankenhauses ruft diese Verletzlichkeit des kranken Menschen das Gefühl der Empathie, des Mitgefühls wach. Und so verwundert es nicht, dass sich vor allem viele Pflegenden mehr Zeit wünschen, um auf die einzelnen Patient:innen eingehen zu können.

„Zuwendung ist nicht einfach nur als Gegenpart zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin zu verstehen (...) Gute Medizin heißt: beste beweisgestützte Medizin gepaart mit Personen, die sich den Einzelnen in einer professionellen Beziehung zuwenden.“

Der kranke Mensch wird aber häufig zum Träger eines Krankheitsbildes verobjektiviert. Die Medizin analysiert den Kranken. In der Anamnese wird der Versuch gemacht, Symptome mit naturwissenschaftlich beschreibbaren Krankheitsbildern in Deckung zu bringen und so zu einem Therapievorschlag zu kommen, der wiederum naturwissenschaftlich begründet sein muss. Zu diesem naturwissenschaftlichen Charakter der Medizin gehört auch, dass der erkrankte Mensch aus seinem Umfeld herausgenommen und in die sterile und durchorganisierte Systemwelt eines Krankenhauses hineingestellt wird, er wird tendenziell zur sprichwörtlichen Nummer. So besteht grundsätzlich die Gefahr, dass die körperlichen Aspekte der Behandlung ganz in den Vordergrund gestellt und die seelischen Bedürfnisse der Patient:innen vernachlässigt oder gar ignoriert werden.

ZUWENDUNG IST NICHT NUR EIN GEGENPART

Es kann nicht bestritten werden, dass die moderne technisch-naturwissenschaftliche Medizin außerordentlich große Erfolge hat. Und auch bei einer solchen Medizin geschieht Zuwendung, aber auf eine bestimmte Art und Weise: Durch regelgeleitete Wahrnehmung, durch sorgfältigste Analyse, durch wissenschaftliche Redlichkeit, durch einen hohen organisatorischen, apparativen Aufwand.

Zuwendung ist also nicht einfach nur als Gegenpart zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin zu verstehen, denn diese moderne Medizin ist durchaus auch eine Form der Zuwendung. Jeder, der einmal Patient auf einer Intensivmedizin war, wird bestätigen, dass der technische und finanzielle Aufwand, der dort getrieben wird, als solidarische Zuwendung empfunden werden kann. Patient:innen entwickeln oft eine tiefe Dankbarkeit. Aber: Diese Form der modernen Medizin darf nicht die personalen Formen der Zuwendung verdrängen. Gute Medizin heißt: beste beweisgestützte Medizin gepaart mit Personen, die sich den Einzelnen in einer professionellen Beziehung zuwenden.

„Der kranke Mensch wird häufig zum Träger eines Krankheitsbildes verobjektiviert.“



Christoph Radbruch
DEKV Vorsitzender

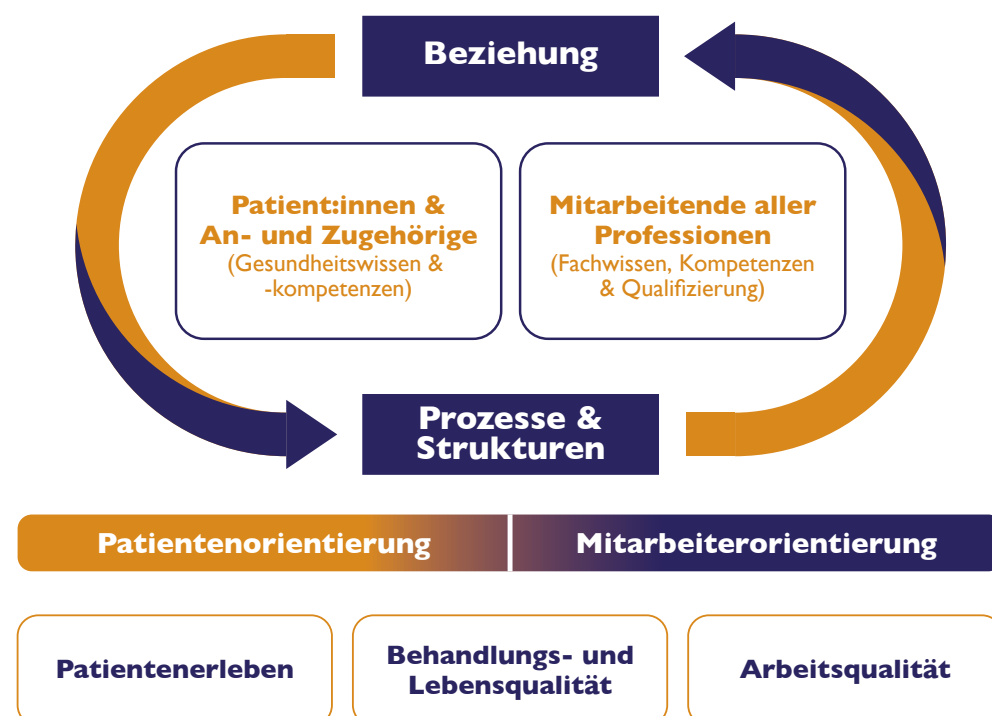
Da aber durch die Technisierung der Medizin als Steuerungsgrößen nur empirisch Wahrnehmbares und Messbares akzeptiert wird, werden Aspekte der Zuwendung wie Beziehungsqualitäten und subjektive, emotionale Wertungen methodisch, systemisch ausgeblendet. Dies wird offensichtlich, wenn man die Grundlagenpapiere des IQWiG ansieht, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Allein eine beweisgestützte Medizin ist Richtschnur für das, was im Gesundheitswesen finanziert wird.

EIN ZUWENDUNGSINDEX FÜR KLINIKEN

Es wird also notwendig sein, ganzheitliche Zuwendung im Krankenhaus so zu beschreiben, dass sie in die evidenzbasierte Qualitäts-

diskussion eingetragen werden kann. Ein Konstrukt „Zuwendung im Krankenhaus“ könnte ein Mix aus naturwissenschaftlich-technischer Medizin und emotionaler Unterstützung sein. Dabei wirken die Dimensionen Beziehungsqualität, Haltung und implizites Akteurs-Wissen auf Zuwendung ein. Wünschenswert wäre, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt wird, einen Zuwendungsindex für die stationäre Patientenversorgung zu entwickeln. Dieser sollte dann in die Qualitätsmessung der Krankenhausversorgung eingeführt und in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden. Nur so wird es gelingen, die Zeit zu finanzieren, die die Mitarbeitenden brauchen, um sich den kranken Menschen zuzuwenden.

DER ZUWENDUNGSINDEX



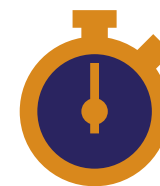
DIE FOLGEN FEHLENDER ZUWENDUNG



in Deutschland leisten **KEINEN** oder nur einen geringen **BEITRAG** zu besseren Gesundheitsergebnissen. In Deutschland entspricht das derzeit rund **82,16 Milliarden Euro** oder **988,80 Euro pro Einwohner:in**.

45% der Chef-ärzt:innen nehmen häufig **ENTSCHEIDUNGS-KONFLIKTE**

zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen wahr. Im Bereich der Pflege berichten sogar **72% der Pflegedienstleitenden** von häufigen Entscheidungskonflikten zwischen Wirtschaftlichkeit und pflegerischen Zielen.



ZU WENIG ZEIT FÜR ZUWENDUNG

88% der Pflegedienstleistenden, **81%** der Geschäftsführenden und **72%** der Chefärzt:innen sagen, dass ausreichend Zeit für die Zuwendung zum Patienten nur „selten“ oder „manchmal“ vorhanden ist.



49% der angestellten Klinik-Ärzt:innen sagen, sie seien „häufig überlastet“.

21%

der Klinikärzt:innen haben schon einmal eine **ÜBERLASTUNGS-ANZEIGE** (Gefährdungsanzeige) gestellt.

Rund jede:r **5. Klinik-Arzt oder -ärztin**

erwägt, die **ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT** in den nächsten fünf Jahren **AUFZUGEBEN** (21%).

Bei Patient:innen, deren Arzt **schlecht kommuniziert**, besteht laut einer Metaanalyse ein um

19%

höheres Risiko für **FEHLENDE THERAPIETREUE** (Non-Adhärenz) als bei solchen, deren Arzt gut kommuniziert.

83% der Pflegenden

können es sich aktuell **nicht vorstellen**, mit der derzeitigen Personalausstattung **BIS ZUR RENTE** im Krankenhaus weiterzuarbeiten.

1/3 der Pflegenden

möchte nach der Corona-Pandemie **AUS DEM BERUF AUSSTEIGEN** oder zieht den Ausstieg ernsthaft in Erwägung. Experten schätzen, dass **weniger als 10%** der Kliniken ein **psychosoziales Angebot** für Mitarbeitende bereitstellen.



48% der Klinik-Ärzt:innen

beurteilen ihre derzeitigen **ARBEITSBEDINGUNGEN** als **mittelmäßig**, **19%** als **schlecht** und **4%** als **sehr schlecht**.



Er ist einer von nahezu 200.000 Ärzt:innen an deutschen Kliniken: **PROF. ANDREAS ZIELKE** arbeitet als Chefarzt für Endokrine Chirurgie am Diakonie-Klinikum in Stuttgart. „Zuwendung“ öffnet für ihn nicht nur die Tür zu besseren Behandlungsergebnissen. Sie steigert auch die Arbeitsqualität.

„Das Zusammenwirken ist wirkungssteigernd“

Wenn Sie als Arzt das Wort „Zuwendung“ hören – was kommt Ihnen als Erstes in den Sinn?

Professor Zielke: Der Begriff erkennt an, was unser Tun im Kern ist: eine Begegnung von zwei Menschen. Medizinische Leistungsausbringung ist nicht nur eine Frage der technischen Fertigkeiten oder Instrumente, sie hat auch diese interpersonale Ebene. Am Ende beurteilt ein anderer mit, ob das Ergebnis gut ist: nämlich derjenige, der die Leistung empfängt.

Man könnte denken: korrekte Diagnose, leitliniengerechte Behandlung – alles gut!

Medizin ist nicht immer so eindeutig und akut und klar im Handeln wie beispielsweise bei einem Herzstillstand. Sie ist häufig die Suche nach dem besten Weg. Bei chronisch kranken Menschen ist sie auch die Suche nach der Mitwirkung. In dem Moment, in dem ich die Motive und die Bedürfnislage der Person, die sich mir anvertraut, besonders gut kenne, kann ich meine Instrumente so auswählen, dass sie die gemeinsam formulierten Ziele möglichst nahe erreichen. Und zwar mit dem Wenigsten an Verschwendung von Zeit, unnötigen Interventionen, falscher Hoffnung und Versichertenbeiträgen ...

Qualität ist eine individuelle Frage?

Auch – sie hat jedenfalls vielfältige Dimensionen. Es braucht Raum, Beziehung, Innehalten, um möglichst authentisch zu erfahren, was das medizinische Ergebnis für die betroffene Person werthaltiger macht. Der Begriff Zuwendung fasst das für mich ganz gut. Er löst schon etwas ganz anderes aus als „Patientenzentriertheit“. Neulich sagte mir eine leitende Pflegekraft: „Es ist ein Irrtum, dass der Patient im Mittelpunkt steht.“ Vielen steht er vor allem im Wege. Weil sie so bemüht sind, ihre Patientenpfade perfekt zu organisieren, dass sie ständig über die Bedürfnisse der Patienten, die bei ihnen im Mittelpunkt stehen, hinüberrennen.

Sie erwähnten eben chronisch kranke Patient:innen: Kann Zuwendung auch bessere medizinische Ergebnisse bringen?

In jedem Fall: Gerade diese Patienten sind ja Co-Produzenten einer optimalen medizinischen Leistung. Spätestens da wird das Konzept von Zuwendung in seiner Macht deutlich. Wenn meine therapeutische Ausrichtung zu den Motiven und Zielen des Patienten passt, wenn er oder sie erlebt, dass das, was wir hier

gemeinsam tun, seine Wirkung entfaltet – dann kann eine intensive Form der Partizipation entstehen, die wirkungssteigernd ist. Dann wird Medizin gut. Stattdessen klagen wir heute noch häufig, dass Patienten nicht *compliant* genug sind.

Studien zeigen, dass die Therapietreue, die so genannte Compliance, mit der Qualität der Arzt-Kommunikation zusammenhängt.

In einer sekundengetakteten Medizin entsteht keine Möglichkeit des Anknüpfens. Medizin braucht ein Vertrauensverhältnis. Es braucht auch die Übertragung von Zuversicht, damit Patienten die Extrameile gehen oder liebgewordene Gewohnheiten infrage stellen können. In der Psychotherapie nutzt man die „therapeutische Beziehung“ gezielt. Solch eine Hinwendung zum Patienten wird die somatische Krankenhausmedizin in Zukunft viel mehr berücksichtigen müssen, um nachhaltig Medizin auszuüben.

Wünschen Sie sich mehr Beziehungsmedizin?

Ich finde den Ausdruck charmant, glaube aber, dass solche Substantivierungen manch einen abschrecken. Aber dass Zuwendung neue Dimensionen in der Medizin eröffnet, das ist für jeden Arzt nachvollziehbar.

Welche Dimensionen eröffnen sich durch mehr Zuwendung?

Wenn wir patientenseitig berichtete Erlebnisse und Ergebnisse mit einbeziehen, wird uns das völlig neue Türen öffnen, nicht nur bei chronischen Erkrankungen.

Patienten führen heute schon Blutdrucktagebücher; sie könnten auch ein Symptomentagebuch oder ein Erlebnistagebuch führen. Patientenerfahrungen müssen zukünftig mindestens so einen Stellenwert haben wie das, was wir mit formalen Kennzahlen als medizinische Ergebnisse formulieren. Es gilt, solche *patient reported experiences* (PREM) und *patient reported outcomes* (PROM) messbar zu machen. Bei Krebserkrankungen und bei einigen wenigen chronischen Erkrankungen hat diese neue Orientierung in der Lebensqualitätsforschung schon ganze Diagnostik- und Therapieverläufe verändert. Wir bräuchten das viel mehr auch in der Routineversorgung, zumal wir inzwischen digitale Tools wie beispielsweise Apps haben, die nachweislich gut funktionieren. Eine auf diese Art verstärkte Zuwendung zum Patienten führt zu einer besseren Medizin.

Wenden wir uns mal Ihnen selbst zu, als Arzt. Wie geht es Ihnen?

Ich habe den großen Vorteil, hochspezialisiert in einem multidisziplinären Team in einem sehr engen Behandlungssegment zu arbeiten. Wir können deshalb in sehr langen, ganzheitlich organisierten Behandlungszyklen agieren und bleiben mit vielen unserer Patienten bis zu einem Jahr nach der stationären Behandlung in Kontakt. Das ist auch eine ganz besondere Chance

Prof. Dr. Dr. med. habil. Andreas Zielke MBA, leitet am Diakonie-Klinikum in Stuttgart die Endokrine Chirurgie im Endokrinen Zentrum Stuttgart, ein Referenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). Als Referenzzentrum erfüllt sie also besonders hohe fachliche und apparative Standards. Außerdem ist es das einzige Endokrine Zentrum in Deutschland, das nach dem Konzept der Value Based Healthcare konzipiert ist. Am Diakonie-Klinikum wird dies als wertebasierte und zugleich zuwendungsorientierte Prozessorientierung umgesetzt.



„Wenn wir patientenseitig berichtete Erlebnisse und Ergebnisse mit einbeziehen, wird uns das völlig neue Türen öffnen.“



fürs Lernen als Team. Sie können hier in einer völlig neuen Dimension die Werthaltigkeit Ihrer Arbeit erfahren – wenn Sie zum Beispiel ein Jahr später von einem Patienten Bericht bekommen, welche Nützlichkeit das hatte, was sie zusammen geplant, beschlossen und ausgeführt haben. Für einen in der gesamten Breite des Faches arbeitenden Facharzt wäre das so nicht zu leisten. Insofern: Mir geht es hier außerordentlich gut und als supraspezialisierter Arzt wahrscheinlich besser als vielen anderen, die eine große Breite von oftmals für sie unkontrollierbaren Leistungsanforderungen bewältigen müssen.

71 Prozent der Klinikärzt:innen finden ihre Arbeitsbedingungen mittel, schlecht oder unterirdisch. Wie sehen Sie diese Zahl?

Wenn ich lese, wie viel Zeit verschiedene Fachdisziplinen an deutschen Krankenhäusern vor dem Computer verbringen, dann kann ich nachvollziehen, dass die Unzufriedenheit sehr groß ist. Man macht ein solches Studium und die vielen Jahre der Facharztausbildung nicht, um am Ende vor dem Bild-

schirm zu sitzen. Da geschieht keine Medizin. Medizin geschieht in der dialogischen Auseinandersetzung mit einer betroffenen Person. Wir wollen Dinge tun, die für den Betroffenen nützlich sind. Und wenn diese Nützlichkeit sich zeigt, dann ist das übrigens auch wirkungsverstärkend in unsere Richtung.

Wie meinen Sie das?

Wenn Sie mit dem, was Sie tun, und mit den Ergebnissen Patienten begeistern, kann das nicht ausbleiben, dass Sie selbst von Ihrer Arbeit begeistert sind. Insofern ist Zuwendungsorientierung auch Mitarbeiterorientierung: In dem Moment, wo wir Dinge tun, die für den Patienten nützlich sind, und die sie als wertvoll und wertsteigernd erleben, steigern wir auch das Werterlebnis unserer Arbeit. Ich glaube, das ist ein Aspekt, den wir in einer Zeit, in der alle über Ärzte- und Pflegekräftemangel jammern, völlig außer Acht gelassen haben und wieder mehr betonen müssen: wie sich positive Erfahrungen – ermöglicht durch Zuwendung – wechselseitig stärken.

ZUWENDUNG – FÜNF IMPULSE AUS DER FORSCHUNG

Für zuwendungsorientierte Medizin gibt es noch keine national oder international akzeptierte Definition. Gleichwohl gibt es zahlreiche Schnittstellen zu bestehenden Forschungsgebieten. **FÜNF IMPULSE** von **Prof. Dr. med. Stephanie Stock**, Professorin für Angewandte Gesundheitsökonomie und patientenzentrierte Versorgung in Köln.

1 Patientenbedürfnisse

Tendenziell werden in der Routine der Krankenhausversorgung die Patientenbedürfnisse wahrgenommen, die in die somatische Dimension fallen. Psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse können aufgrund verschiedener Ursachen nur selten gezielt in der Routineversorgung berücksichtigt werden. Zudem sind die Bedürfnisse der Patient:innen in diesem Bereich sehr unterschiedlich. Auch ist häufig für die Behandlungs- bzw. Versorgungsteams im Gesundheitswesen der Umgang mit spirituellen Bedürfnissen komplex, wenn sie nicht dafür geschult worden sind. Ausnahmen sind Disziplinen wie die palliativ-medizinische Versorgung oder die Versorgung von Frühgeborenen. In diesen Bereichen wird eine ganzheitliche Versorgung bereits umgesetzt. Daher gibt es dort ein größeres Bewusstsein für die Bedeutung der Zuwendung auf Heilungsprozesse.

2 Patientenzentrierung

Unter Patientenzentrierung wird häufig die informierte Beteiligung von Patient:innen an Diagnostik und Therapieprozessen verstanden. Zu nennen sind hier insbesondere die Einbeziehung von chronisch kranken Patient:innen bzw. von Krebspatient:innen in die Therapie(entscheidung) bzw. die Unterstützung dieser Patient:innen im Selbstmanagement. Sie erhalten beispielsweise evidenzbasierte Patienteninformationen sowie Patientenleitlinien in laienverständlicher Sprache und werden durch gezielte Coachings in der Mitwirkung an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unterstützt. Patientenorientierung geht jedoch über eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinaus. Vom *Institute of Medicine* wird sie als ein Merkmal einer qualitativ hochwertigen Versorgung definiert und zielt in diesem Zusammenhang auf eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung, in der Patient:innen mit ihren Wertvorstellungen und Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen. Das bedeutet, dass sich die Prozesse der Krankenhausversorgung ebenso wie die Inhalte der Behandlung und die Messung des Erfolgs der Behandlung an den Präferenzen, Wertvorstellungen und persönlichen Ressourcen der Patient:innen orientieren sollten.

3 Empathie Ärzt:innen und Pflegende, die empathisch sind, erzielen bessere medizinische Outcomes und haben eine höhere Adhärenz bzw. Zufriedenheit bei den von ihnen versorgten Patient:innen. Empathie beschreibt die Fähigkeit des medizinischen Personals, die persönlichen Erfahrungen von Patient:innen zu verstehen und dieses Verstehen an die Patient:innen zurückzuspiegeln. Sie hat emotionale, kognitive und verhaltensbasierte Komponenten. Die Ausprägung von Empathie bei Ärzt:innen und Pflegenden wird durch Zeitmangel, eine hohe Anzahl zu versorgender Patient:innen sowie durch den meistens vorherrschenden Fokus auf Diagnostik und Therapie in der Routineversorgung häufig negativ beeinflusst.

4 Zeit Eine höhere Verfügbarkeit der Ressource „Zeit“ wirkt sich verschiedenen Studien zufolge direkt auf die Versorgung aus: Ärzt:innen verschreiben weniger Medikamente, wenn sie mehr Zeit für den Patient:innenkontakt haben; sie setzen häufiger einen partizipatorischen Kommunikationsstil (*Shared Decision Making*) ein; haben bessere gesundheitliche Outcomes und erreichen eine höhere Zufriedenheit ihrer Patient:innen. Wenn die Zeit für eine empathische Kommunikation und einen empathischen Austausch fehlt, ist eine zuwendungsorientierte Versorgung nicht oder nur eingeschränkt möglich.



Prof. Dr. med. Stephanie Stock ist Professorin für Angewandte Gesundheitsökonomie und patientenzentrierte Versorgung an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln und leitet das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE).

5 Zuwendung Patientenzentrierung, Empathie und Zeit führen nachgewiesenermaßen zu besseren Behandlungsergebnissen. Während Patientenorientierung als eine Ausprägungsart eines Systems und Empathie als Ausprägung des Verhaltens von im System Tätigen wahrgenommen werden können, basiert Zuwendung – analog zum Ansatz einer holistischen Pflege – auf einer inneren Haltung der im System Agierenden. Zuwendung impliziert, dass Ärzt:innen und Pflegepersonal sich für Patient:innen Zeit nehmen und sie als Individuum wahrnehmen können. Voraussetzung sind zwingend ausreichende Zeit- und Personalressourcen, um sich mit allen Facetten, die zu der Erkrankung und der Person eines Patienten oder einer Patientin gehören, beschäftigen zu können. Wesentlich ist dabei die Einstellung der an der Versorgung Beteiligten. Stimmt man der Prämisse zu, dass der Kern jeder medizinischen Behandlung bzw. Versorgung die Interaktion bzw. Beziehung zwischen Patient:in und Ärzt:in bzw. Pflegende ist, so ist zuwendungsorientierte Versorgung eine *conditio sine qua non*.

Das Krankenhaus

GESTERN – HEUTE – MORGEN

Lange Zeit waren europäische Hospitäler reine Kirchensache – und bis heute sind Krankenhäuser auch jeweils ein Abbild ihrer Zeit. Ein historischer Streifzug.

Mittelalter (ca. 4. – 16. Jahrhundert)

Wer im Mittelalter krank ist und nicht von seiner Familie versorgt werden kann, findet in Klöstern Aufnahme und Versorgung. Diese sind auch Schutzraum für gesunde Pilger, Arme, Obdachlose, Waisen oder Invalide. Die Pflegenden, durchweg aus der Kirche, handeln aus barmherziger Nächstenliebe. Das „hospitale“ – von hospitalitas: „Gastlichkeit“ – bietet leibliche und geistige Pflege. Krankheit wird als gottgeleitetes Geschehen verstanden. Der Patient ist der Erduldende (lat. patiens: „leidend“, „erduhend“). Mit dem Aufstieg der Städte werden weltliche Hospitäler gegründet, gleichwohl auch oft aus christlichen Motiven.



17. und 18. Jahrhundert

Im 17. Jahrhundert wenden sich Hospitäler von der allgemeinen Armen- und Bedürftigenfürsorge stärker der reinen Krankenpflege zu. Krankheit wird langsam als körperliches Geschehen erkannt. Im Laufe des 18. Jahrhunderts entstehen Krankenhäuser, in Hauptstädten Großkrankenhäuser. Ärzte werden leitend in der Behandlung der Patient:innen, wobei Behandlung als Reparatur verstanden wird. Auch erkennen die aufstrebenden Nationalstaaten den Wert von Gesundheit – für starke Heere und Produktivität. Die Krankenhäuser versorgen damals vor allem die verarmte Arbeiterklasse in den Städten. Wer es sich leisten kann, lässt sich weiterhin zuhause behandeln.



19. und beginnendes 20. Jahrhundert

Das 19. Jahrhundert bringt Erkenntnisschübe, man versteht jetzt, dass Keime Krankheiten auslösen, entwickelt die sterile Wundversorgung und entdeckt die Anästhesie. Die Chirurgie macht Sprünge – jetzt lassen sich auch Wohlhabende im Krankenhaus behandeln. Krankheit ist ein naturwissenschaftlich analysierbares Geschehen und Medizin ist Wissenschaft. Moderne Krankenpflegeschulen und Pflegewissenschaften entstehen. Florence Nightingale schafft bahnbrechende Werke für die Versorgung – die „Notes of Hospital“ und „Notes of Nursing“, sie halten die pflegerischen Grundsätze fest.

Ende des 20. und beginnendes 21. Jahrhundert

Fortschritte in Medizin und Lebenswelt haben das Krankheitsgeschehen weiter verändert: Statt Infektionskrankheiten, über Jahrhunderte die große Bedrohung, dominieren degenerative, chronische und altersbedingte Erkrankungen. Krankheiten werden verstanden als zellbiologisches Geschehen, bestimmt von Genen und Verhalten. Krankenhäuser haben nie gekannte Möglichkeiten mit Hightech- und Apparatemedizin – und Kostendruck. Die zunehmende Beanspruchung von Ressourcen führt dazu, dass Krankenhäuser Wirtschaftsunternehmen werden. 2004 kommt das Fallpauschalensystem. Die Pflegepersonalkosten sind seit 2020 aus der pauschalierten Vergütung ausgegliedert. Damit ist das Selbstkostendeckungsprinzip für die Pflege zurück.



Heute und fortan:

Noch nie konnten so viele Daten zu Erkrankungen erfasst und ausgewertet werden. Krankheitsbilder fächern sich auf, Behandlungen individualisieren sich, die Wissenschaft arbeitet im Turbo. KI zieht in die medizinische Forschung, Diagnostik und Therapie sowie bei der Pflege ein. Kliniken sind auf dem Weg zur „digitalen Gesundheitsplattform“ und sollen sich schon von Gesetzes wegen digitalisieren. Dafür stehen den Krankenhäusern 3 Mrd. Euro Bundesmittel in den nächsten Jahren zur Verfügung. Ein interprofessionelles Behandlungsteam ist Knotenpunkt in einem maschinengestützten interdisziplinären Wissensnetzwerk und Lotse für den informierten Patienten. Als Gegenbewegung dazu wird der Ruf nach „menschlicher Medizin“, mehr Zeit im „Gesundheitsbetrieb“ und aktuell der Auflösung des Pflegenotstands immer lauter.



ZUHAUSE AUF ZEIT

Krankenhäuser sind immer auch ein Abbild ihrer Zeit. Als was sehen Sie die Kliniken heute: Kathedralen der Wissenschaft, Wirtschaftsbetriebe oder als sozialen Ort?

Landesbischof July: Das sind verschiedene Seiten, die alle jeweils ihre Berechtigung haben. Die großen Universitätskliniken mit ihren angedockten Forschungsbereichen sind Kathedralen der Wissenschaft – und das ist auch gut so, weil dort medizinischer Fortschritt für die Menschen erreicht wird. Sind Kliniken Wirtschaftsbetriebe? Ja, es gab eine Ökonomisierung in den letzten Jahrzehnten. Was wir aber nicht aus dem Auge verlieren dürfen ist, wofür Krankenhäuser eigentlich da sind: die Zuwendung zum kranken Menschen. Das Krankenhaus als sozialer Ort muss wieder gestärkt und weiterentwickelt werden.

In Kliniken erleben viele von uns Schlüssel-momente ihrer Biografie: Geburt, lebensver-ändernde Diagnosen und ihre Behandlung, manchmal Heilung und Linderung, manchmal palliative Begleitung in den Tod ...

... Man kann auch sagen, das Krankenhaus ist ein „Zuhause auf Zeit“. Das Krankenhaus ist ein sozialer Ort per definitionem. Wie sehr dieses Soziale mit-spielt, merken Sie allein daran, wenn es darum geht, vulnerablen Patientengruppen wie Patienten in hohem Alter, Patienten mit Behinderungen oder mit Demenz zu versorgen und zu achten. Wir brauchen die Voraussetzungen, um uns dieses Soziale wieder leisten zu können.

Sie haben selbst als Leiter einer diakonischen Großenrichtung die zunehmende Ökono-misierung im Krankenhausbereich erlebt: Welche Sorge hatten Sie? Welche Antworten fanden Sie?

Mit ökonomischen Fragen hatte die Krankenhaus-landschaft schon immer zu tun. Aber die Einführung der Fallpauschalen (DRG) hat die Situation noch einmal stark verändert. Zwar war damit der Anstoß gegeben, erneut Behandlungsabläufe, Ressourcen-verwaltung und Qualitätsstandards zu überprüfen. Zugleich entstand aber die Sorge, die Patientinnen und Patienten in ihrer Individualität aus dem Blick zu verlieren und sie vor allem unter Kostengesichts-punkten zu sehen – eben als Fall, der möglichst der Pauschale zu entsprechen hat. Wir haben uns

Frank Otfried July, Landesbischof von Baden-Württemberg, stand einst selbst an der Spitze eines Klinikkomplexes. Ein Gespräch über die Rolle der Kliniken und notwendige Veränderungen.

bemüht, die positiven Gesichtspunkte wie Qualität und verbesserte Abläufe zu sehen und gleichzeitig die Gefährdungen zu vermeiden. Die individuelle Zuwendung sollte in einem Diakoniekrankenhaus nicht untergehen. Dies ist eine Herausforderung in der Schulung und Gewinnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Was genau macht diese diakonische Haltung aus?

Zuwendung läuft wie der Beilauf-Faden beim Weben immer mit – sei es beim Operateur, beim Internisten, dem Pflege- oder Hauswirtschaftspersonal. Der Patient soll nicht das Gefühl haben, er sei eine Nummer oder „die operierte Leber auf Zimmer zwei“. Pflege und Medizin brauchen Kommunikation und – im wahren Sinne des Wortes – Hinwendung, Zuwendung. Das kann man nicht nur an die Seelsorge delegieren. Ein Krankenhaus ist ein „Haus für Kranke“ und sollte nicht zu einer medizinischen Behandlungs-fabrik werden.



Frank Otfried July ist seit 2005 Bischof der Evangelischen Landeskirche in Württemberg. Zuvor war er als Direktor und erster Pfarrer des Evangelischen Diakoniewerks Schwäbisch Hall auch für einen Klinikkomplex mit 600 Betten zuständig. Damals trieb er den Umbau der traditionell geprägten Diakonissenanstalt zu einem Diakoniewerk mit 2.500 Mitarbeitenden voran.

Würden Sie sagen: Kliniken werden inzwischen zu sehr als Produktionsbetrieb aufgezogen?

Ich erlebe da immer noch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihrem Engagement diesem Charakter widersprechen – im pflegerischen und ärztlichen Bereich, aber auch darüber hinaus. Die Rahmenbe-dingungen sollten diesem Engagement nicht im Wege stehen. Bei aller ökonomischen Verantwortung sollten Politik und Gesellschaft es weiterhin oder erneut ermöglichen, dass Krankenhäuser Orte der Empathie sind, der medizinischen und pflegerischen Begleitung auf Zeit für Menschen in bestimmten Lebenssitua-tionen. Dazu gehört auch eine gerechte und angemessene Besoldung des Personals.

Droht die intrinsische Motivation von pfle-gerisch-medizinisch Tätigkeiten, für andere da zu sein, anderen zu helfen, im derzeitigen System verloren zu gehen?

Viele Menschen haben diese Motivation. Wenn aber die Rahmenbedingungen und der eigene Anspruch zu

weit auseinanderfallen, wenn man sich alleingelassen fühlt und nur in Feierstunden gelobt wird, dann ziehen Enttäuschung und Frustration ein, dann geht Motivation verloren. Ich wundere mich, wie dies eine Gesellschaft letztlich doch hinnimmt.

Der Patient gilt heute als Kunde – eine Errungenschaft?

Man sieht das in der Diakoniegeschichte: Ganz früher galt der Kranke als der barmherzig zu pflegende Nächste. Mit der Verwissenschaftlichung der Medizin wurde er zum Reparaturobjekt. Dann kam die Öko-nomisierung, er wurde zum Kunden. Ich halte das in dieser Ausschließlichkeit für falsch. Es ist immer eine Mixtur: Wenn ich im Kunden nicht den Nächsten sehe, dann wird das mit dem Kunden auch nichts. Wenn ich ihn als Gast sehe und nicht als jemand, der fachlich gut behandelt werden muss, dann nutzt die Nächstenliebe allein nichts. Man darf das nicht gegeneinander ausspielen.



Im Schockraum wird ein Schwerverletzter versorgt.



Ein 95-Jähriger wird auf eine Dekubitusmatratze gebettet, die Druckstellen durchs Liegen verhindert.

Puzzlearbeit in der Notfallstation

Schon jeder dritte Notfall ist ein Mensch über 70. Diese Altersgruppe zu behandeln ist komplex. Ein Besuch in der Zentralen Interdisziplinären Notfallaufnahme am Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf.

Der Mann, der auf der Rettungsdiensttrage in die Notaufnahme geschoben wird, hat sich vor vier Stunden den Oberschenkel gebrochen und kann jetzt kaum noch reagieren. Der 91-Jährige war im Wohnzimmer gestürzt, lag auf dem Boden und kam an kein Telefon. Seine an Demenz erkrankte Frau kniete neben ihm und wollte helfen. Sie stellte ihm Kekse und Saft hin.

Jetzt wird er vorsichtig auf ein Pflegebett umgelagert, und schon umringen ihn fünf Menschen in blauen und weißen Kitteln. „Hallo, ich bin Schwester Brigitte“, sagt eine Pflegerin am Kopfende



Über eine Rampe bringen Rettungswagen die Notfallpatient:innen.

**Zuwendung –
alte und ganz junge
Patient:innen
bleiben nie allein.**

**Der rot gekleidete
Pflegerkoordinator
hat alle Abläufe
zentral im Blick.**



in ihrer Klinik war und ob man den Hausarzt kennt. Alles, was sie jetzt über die Vorgeschichte herausfinden kann, hilft. Welche Medikamente nimmt der Patient? Welche Vorerkrankungen hat er? Wohnt ein nahestehender Mensch in der Nähe? Die Tür schwingt auf, Martin Pin, Chefarzt der interdisziplinären ZNA, kommt herein und legt das Versichertenkärtchen eines 95-jährigen neben die Tastatur. Der nächste Fall.

JEDE INFO ZÄHLT

„Wenn ein älterer Notfallpatient zu uns kommt, dann fehlen oft entscheidende Informationen“, sagt Pin. Im Schnitt nehme ein älterer Patient sieben Medikamente und bringe drei bis neun Begleiterkrankungen mit. Diese Polypharmazie und Multimorbidität können die Symptomatik verschleiern: Antwortet ein betagter Patient nicht richtig, weil er aufgrund seiner akuten Erkrankung verwirrt ist oder besteht eine Demenz? Hat er zu wenig getrunken? Vertragen sich seine Medikamente nicht? Oder liegt einfach nur das Hörgerät noch zuhause?

„Man muss bei älteren Notfallpatienten vieles rausarbeiten“,

Dr. Kulczak sieht auf dem Digitalboard, welche Notfallpatient:innen auf dem Weg in die Aufnahme sind.



sagt Oberärztin Kulczak, die sich gerade in ihrem Büro die Blutwerte des 91-jährigen Sturzpatienten anschaut. Sie will wissen, ob er „nur“ wegen der Teppichkante gestolpert ist oder womöglich sein Entwässerungsmedikament den Kochsalzwert im Blut durcheinandergebracht hat. Notfallmedizin für eine betagte Patientenschaft heißt ganzheitliche Puzzlearbeit: Eine Betrachtung der Erkrankung und der Lebenssituation.

„Würden wir ältere Sturzpatienten nur akut versorgen und wieder nach Hause schicken, sind sie in zwei Wochen womöglich wieder da.“

In der Tat: Eine Cochrane-Meta-Studie auf der Basis von 22 Studien und 10.315 Patient:innen zeigte, dass ein geriatrisches Assessment zu Beginn eines Krankenhausaufenthalts die Mortalität betagter

Patient:innen signifikant senkt. Auch sinkt das Risiko einer späteren Wiederaufnahme im Krankenhaus, wenn geriatrische Patient:innen als solche erkannt werden. Weswegen man hier in der Notaufnahme gleich zu Anfang mit sieben Fragen versucht, vulnerable Patient:innen zu identifizieren: „Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?“ – „Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?“ – „Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?“ – das sind drei der sieben Fragen des ISAR-Tests (Identification of Seniors at Risk). Sagt eine Person mehr als dreimal „Ja“, zählt sie zur vulnerablen Gruppe.

„Gerade bei älteren Patienten, die verwirrt wirken, müssen wir ganz am Anfang herausbekommen, warum sie kognitiv eingeschränkt

sind“, erklärt Chefarzt Martin Pin. Geht man von einer Demenz aus, wo eigentlich ein behandlungsbedürftiges Delir vorliegt, kann es richtig gefährlich werden. Zeit nehmen, sich ans Bett setzen können, den Menschen vor sich würdigen und erfassen – das sind „keine großen Errungenschaften, für die man es ins New England Journal of Medicine schafft“, sagt Pin. „Aber es ist einer der wichtigsten Bausteine in der Behandlung und Grundlage unseres ärztlichen und pflegerischen Handelns.“

Allein schon die Umgebung, das so genannte Setting, ist bei betagten Patient:innen wichtig: Denn der Sprung aus der gewohnten Umgebung ins Krankenhaus birgt besonders für kognitiv eingeschränkte Menschen gesundheitliche Gefahr. „Jede Stunde mit anderen Menschen

und beugt sich über sein Gesicht. Am Fußende schneidet ein Pfleger die Hose des Patienten auf. Am linken Arm legt jemand einen Zugang für eine Infusion, an den Daumen wird ein Messgerät geklippt, um die Sauerstoffversorgung zu kontrollieren, am rechten Arm steht die Oberärztin und legt ihre Hand auf seine Schulter: „Guten Tag, ich bin Frau Dr. Kulczak“, sagt sie laut und deutlich. „Verstehen Sie mich?“

Deutschland im Sommer 2021: Schon jeder dritte Notfall ist ein Mensch über 70. Für Notaufnahmen und Notfallzentren beginnen damit oft hochkomplexe Fälle.

Ältere Patient:innen in Akutsituationen zu versorgen, heißt nicht nur, besondere medizinische Bedingungen zu beachten, allein schon aufgrund der Altersphysiologie. Es bedeutet auch: unter Zeitdruck ihre Lebenslage zu erfassen und Medizin so zu steuern, dass sie auch das Leben danach bedenkt. Oder herauszufinden, ob dieses „Leben danach“ überhaupt noch das Ziel ist.

In der rundum verglasten zentralen Rezeption der Notfallaufnahme liest eine Pflegerin die Daten des 91-Jährigen von der Versichertenkarte ein. Sie schaut im Computer, ob er schon einmal

in einer anderen Umgebung kann den Zustand verschlechtern und erhöht das Risiko eines Delirs“, sagt Pin. Wenn solche Patient:innen kognitiv eingeschränkt aus der Klinik kommen als sie eingeliefert wurden, spricht man vom „Relokationseffekt“. Sie möglichst schnell in ihr gewohntes Umfeld zurückzubringen, ist deshalb genauso wichtig wie eine möglichst beruhigende Umgebung und Behandlung.

Es sind Themen wie diese, die den langjährigen Notfallmediziner und Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DINA)

Martin Pin umtreiben. „Die geplante Reform der Notfallversorgung ist überfällig“, sagt er. „Dabei gilt es, die absehbar steigende Zahl älterer Notfallpatienten mitzudenken.“ Pin wünscht sich Geriater:innen für jedes Notfallkrankenhaus, außerdem Qualitätskriterien für geriatrische Notfallpatient:innen. Die DGINA hat solche schon mitentwickelt (GeriQ, s. Infobox). Begeistert erzählt Pin von einem Pilotprojekt aus Frankfurt an der Oder, das speziell auf ältere, kognitiv eingeschränkte Menschen ausgerichtet war: Das Wartezimmer war mit Möbeln aus den 1920ern bis 1950ern bestückt.

Martin Pin, Leiter der Notfallaufnahme und Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) wünscht sich Geriater:innen auf jede Notfallstation.



Im „Radio“ lief „Lili Marleen“. Ein Rettungsassistent blätterte mit den Wartenden alte Zeitungen durch. Eine Oase an Vertrautem inmitten der fremden und für ältere Patient:innen beängstigenden Klinikwelt.

SCHWIERIGE GESPRÄCHE

Auch hier, in der Zentralen Interdisziplinären Notaufnahme, wird für ältere Patient:innen eine möglichst reizarme Versorgung geboten. „Bei Kindern und alten Menschen schalten wir die Alarmtöne aus“, sagt Pin. „Wir sorgen dafür, dass sie immer jemanden sehen.“

Und so liegt auch der 95-Jährige, der kurz nach dem Patienten mit dem Knochenbruch eingeliefert worden war, an einem stummgeschalteten Überwachungsmonitor in einem abgeschirmten Raum. Egal, wie emsig direkt vor seiner Tür gearbeitet und gerettet wird – ein Baby mit Meningitis, ein schwerer Fahrradunfall, eine Patientin mit heftigen Bauchschmerzen – in seinem Zimmer ist es ruhig. Aufmerksam beobachtet die Pflegerin sein Gesicht und seine Werte. Immer wieder sackt der Patient weg, er kann sich kaum noch äußern. Das Herz schwach, zwischen Lunge und Rippenfell ist ein Erguss. Ein Pfleger sucht auf dem Handy des Seniors die Telefonnummer des Sohnes. Dann drückt er es Martin Pin in die Hand.

Der Notfallmediziner muss jetzt eines jener Gespräche führen, die mit der Erfahrung zwar leichter, gleichwohl nie selbstverständlich werden. „Ich kenne Ihren Vater seit 15 Minuten“, sagt er zum Sohn am anderen Ende der Leitung. „Sie kennen ihn Ihr ganzes Leben.“ Was hätte sich der Vater in dieser Situation gewünscht? Dass man medizinisch „alles tut“? Dass er auf Intensiv verlegt und an eine Maschine angeschlossen wird?

Ein Polytrauma ist einer der schwersten Fälle, die es in Notfallstationen gibt: Mediziner verschiedener Abteilungen eilen dann herbei – und im OP wird ein Platz freigehalten.



Pin muss es herausfinden, ohne dass sein Gegenüber das Gefühl bekommt, er breche jetzt den Stab über den eigenen Vater.

In diesem Fall läuft es gut: Der Sohn ist bevollmächtigt, alles ist besprochen und geregelt. Der Vater habe ein gutes Leben geführt, aber seit Kurzem geht es ihm „so schlecht wie nie“, sagt der Sohn. Er hätte sich eine gute Begleitung gewünscht, nicht den Kampf gegen den Tod. Pin lässt den Patienten auf die Palliativstation verlegen, wo er seiner Situation entsprechend die bestmögliche Versorgung erhält.

Doch oft ist es anders: Dann werden die Angehörigen plötzlich in Entscheidungssituationen katalysiert, über die sie nie nachgedacht haben. Oder die Pflegenden

müssen fieberhaft nach Informationen suchen, Pflegeleitungen oder Hausärzte befragen, um einem Menschen mutmaßlich gerecht zu werden. Auch beim 91-jährigen Patienten mit dem Oberschenkelhalsbruch, der inzwischen im OP ist, ist die Lage komplex: Die Kinder leben im Ausland. Seine an Demenz erkrankte Ehefrau kann nicht auf sich selbst gestellt bleiben. Mit dem Knochenbruch ist ein soziales Gefüge zusammengebrochen. Die Rettungssanitäter hatten ihn schon von der Wohnung des Patienten aus angerufen, sagt Pin, und gefragt: „Was machen wir mit der Ehefrau?“ – „Bringt sie mit“, hatte er geantwortet. Und dann die Nummer des Sozialdienstes am Krankenhaus gewählt.

GERIQ® Quality Indicators for Geriatric Emergency Care

Unter Leitung von Prof. Dr. Susanne Schuster von der Evangelischen Hochschule Nürnberg, PD Dr. Katrin Singler MME von der Universität Nürnberg und Prof. Dr. Harald Dormann vom Klinikum Fürth hat ein Expertenpanel 67 evidenzbasierte, machbare Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatient:innen entwickelt. Sie reichen von geriatrischen Grundkenntnissen aller Fachdisziplinen über Bezugspfleger bis hin zur Raumgestaltung von Intensivstationen mit Blick auf kognitiv beeinträchtigte Personen. Weitere Infos auf www.dgina.de



„Welche Pflege wollen wir uns leisten?“

Sie sind zwei von rund 700.000 Menschen in der professionellen Pflege an deutschen Krankenhäusern: **Petra Krause** und **Katja Rosenthal-Schleicher** erleben als Führungskräfte, wie sehr Pflegende derzeit an ihre Grenzen kommen. „Wir müssen jetzt darüber sprechen, was Pflege in Zukunft leisten soll“, fordern Petra Krause, Pflegedirektorin am Evangelischen Klinikum Bethel und Krankenhaus Mara in Bielefeld, und Katja Rosenthal-Schleicher, dortige Pflegeleitung und DEKV-Vorstandsmitglied.

Sie erleben die Pandemie hautnah in der Klinik: Was berührt Sie besonders?

Katja Rosenthal-Schleicher: Pflegende sehen Menschen sterben und können nicht einmal mehr innehalten. Man erwartet von ihnen höchste Flexibilität, Akzeptanz und Professionalität. Gleichzeitig fordern unterschiedliche Meinungen zur Pandemie und zum Impfen alle zwischenmenschlichen Beziehungen heraus. Als Pflegeleitung frage ich mich jeden Abend, ob ich auch wirklich alles getan habe, was möglich war, um Patientenversorgung zu sichern und gleichzeitig verantwortbare Arbeitsbedingungen zu gestalten.

Krause: Mehr denn je fragen sich unsere Kolleginnen und Kollegen, was diese Belastungen mit ihnen machen.

Wurde der Allgemeinheit eigentlich erst in den letzten zwei Jahren klar, wie sehr Pflegefachpersonen auch menschlich gefragt sind?

Katja Rosenthal-Schleicher: Sagen wir mal so: Bislang wird davon ausgegangen, dass Zuwendung und Beziehungsarbeit Begleithandlungen sind. Unser Gesundheitssystem definiert zwar, wie die gute Versorgung einer bestimmten Krankheit aussieht; aber nicht, wie die Versorgung des ganzen Menschen in einer Krisensituation gelingt.

Krause: Wir pflegen Menschen ja nicht nur im Rahmen einer Diagnose, sondern im Rahmen eines Pflegephänomens: Wir haben Menschen vor uns, die Unge-

wissheit erleben, Schmerz, Trauer oder Angst. Pflegearbeit ist immer Beziehungsarbeit. Selbst, wenn sich das Gegenüber nicht mehr äußern kann, wie beispielsweise nach einem schweren Schlaganfall, kommunizieren wir: dann eben mit den Augen und über Berührung.

Rosenthal-Schleicher: In anderen Ländern sind die Aufgaben der Fachkräfte ganz anders gelagert, weil dort ein anderer Betreuungsschlüssel vorgesehen ist. Wir müssen hierzulande erst einmal grundsätzlich klären: Welche Pflege wollen wir? Was braucht es, wenn wir so pflegen würden, wie es unsere Gesellschaft braucht? Welches Personal, welche Leistungen, zu welchen Kosten?

Braucht es vor allem mehr Zeit?

Rosenthal-Schleicher: Auch, aber nicht nur. Es geht genauso um Haltung und die „Unternehmenskultur“ am jeweiligen Krankenhaus.

Krause: Für mich ist die Frage nach der Würde zentral, dem Dienst am Nächsten, der Grundhaltung der evangelischen Krankenhäuser. Wir müssen uns fragen: Hat das Trösten und Dasein für den Patienten auf einer Station die gleiche Wertigkeit wie eine handwerkliche Handlung – auch wenn man es nicht miteinander verbindet? Oder heißt es dann: „Was hast du denn da so lange in dem Zimmer gemacht?“

Rosenthal-Schleicher: Man konnte früher für ein 30-minütiges Gespräch einer Fachkraft außerhalb einer pflegerischen Handlung Punkte sammeln und

„Wir müssen uns fragen: Hat das Trösten und Dasein für den Patienten auf einer Station die gleiche Wertigkeit wie eine handwerkliche Handlung – auch wenn man es nicht miteinander verbindet? Oder heißt es dann: ‚Was hast du denn da so lange in dem Zimmer gemacht?‘“

PETRA KRAUSE

das abrechnen. Aber was ist, wenn man unterbrochen wird und zweimal 15 Minuten mit jemandem spricht? Und gilt als Gespräch nur, wenn man neben jemandem sitzt und zuhört? Manche Patienten können sich nur öffnen, wenn der Fokus nicht voll auf ihnen liegt. Wir räumen manchmal im Schrank herum, damit er oder sie es wagt, sich auszusprechen. Diese Komplexität muss beachtet werden. Wir brauchen weitere Forschung zu solchen Themen. Die Frage, was Pflegende leisten, ist auch wissenschaftlich noch nicht ausreichend beantwortet.

Krause: Über 80 Prozent der Pflegenden sind Frauen. Mit unserer Profession werden immer noch alte Frauenattribute verbunden, wie „sich aufopfern“, „immer für andere da sein“. Wir brauchen viel mehr qualitative Studien, um zu erfassen, was Pflegende leisten. Es gibt beispielsweise eine klare Studienlage zum Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsmix und der Mortalität. Aber da reden wir über die Qualität durch bestimmte Abschlüsse – nicht über die Qualität durch eine bestimmte Wirkung oder Beziehungsfähigkeit. Die meisten von uns kennen die Situation, dass wir in ein Zimmer kommen und Patienten sagen: „Jetzt geht die Sonne auf.“ Solche qualitativen Elemente müssen stärker untersucht werden.



„Die Frage, was Pflegende leisten, ist auch wissenschaftlich noch nicht ausreichend beantwortet.“

KATJA ROSENTHAL-SCHLEICHER

Petra Krause ist Pflegedirektorin des Evangelischen Klinikums Bielefeld und des Krankenhauses Mara und leitet die Gesundheitsschulen am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB).



Katja Rosenthal-Schleicher ist pflegerische Fachbereichsleitung für Neurologie am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld und Krankenhaus Mara und im DEKV-Vorstand.



Sie sprachen davon, wie wichtig auch die Kultur eines Krankenhauses ist. Was zählt dazu?

Krause: Für mich ist das Zauberwort ‚Kommunikation‘. Die Frage von: Was benötige ich als Pflegender, um gut pflegen zu können – und das heißt auch, Zuwendung geben zu können? Die Frage: Warum habt Ihr einen Pflegenotstand? Und: Was kann ein Haus tun, um ihn abzumildern? Da geht es auch um interprofessionelle Kommunikation, zum Beispiel bei der Visite: Kennen die Mediziner den Namen ihres Gegenübers aus der Pflege? Nur in der Akzeptanz der Gleichwertigkeit kommt das Beste für Patienten raus. Interprofessionelle Kommunikation wirkt sich direkt auf Patientensicherheit aus.

Rosenthal-Schleicher: Für Pflegende ist es sehr wichtig, dass sie sich respektvoll behandelt fühlen

und dass ihre Stimme im Behandlungsprozess Beachtung findet: Kann ich Rückmeldung geben, in welcher Art und Weise ich mir den Stand der Mobilität bei der Körperpflege angeschaut habe? Fließen diese Erkenntnisse in die Beurteilung mit ein? Wenn Pflegende sagen, jetzt müsste ein Arzt schauen – erfolgt das dann? Schaffen wir es, auf eine Art und Weise miteinander zu sprechen, dass einerseits der medizinische Blick und andererseits der ganzheitliche pflegerische Blick wahrgenommen werden? Solche Punkte wirken sich auf Patientensicherheit aus. Es geht dabei auch um Arbeitsqualität. Es gibt bei den Pflegenden eine große Sehnsucht, professionelle Zuwendung zu geben. Qualitativ gute Versorgung ist nicht nur die richtige Wundversorgung und Salbe, sie ist mehr.

„ICH HÄTTE ES MIR ZEHNMAL ÜBERLEGT

Millionen Deutsche werden zuhause von ihren Angehörigen gepflegt. Das braucht Unterstützung und Anteilnahme – der Job von Silvia Reisch. Unterwegs mit einer Pflegefachkraft, die das Krankenhaus unter den Arm klemmt.

“



Erste Schritte: Brigitte und Kurt Kilian mit ihrer Beraterin Silvia Reisch.

Für das Ehepaar Kilian gilt es jetzt, sich festzuhalten. Draußen weht zwar ein lauer Herbstwind, aber immer noch stürmt es in seiner Wohnung in Bad Godesberg. „Was soll denn nun diese Rechnung?“, fragt sie, „das sind ja 1.000 Euro“. Er: „Mit dem Rollator kriege ich keinen Halt, falle ich dann wieder hin?“ Und wie sei das überhaupt mit Autofahren, dürfe er das denn wieder? Beide schauen zu einer Frau am Wohnzimmertisch, sie trägt eine Namensplakette an ihrem Shirt, auf ihr steht: „Familiale Pflege“. Silvia Reisch scannt das Zimmer mit einem kurzen Rundumblick. Es ist Woche 5, seit Kurt Kilian, 76, aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Und er nun von seiner Brigitte, 73, gepflegt wird.

Der Übergang in die häusliche Pflege ist wie ein Sprung in ein wildes Meer. Fragen über Fragen. Eine Woge an Neuem, an Problemen und Unsicherheiten. Bei Kurt Kilian kam in diesem Sommer einiges zusammen: Inkontinenz durch vergrößerte Prostata, Fissur im Schenkelhals durch einen Sturz, zunehmende Vergesslichkeit und Diabetes. Alles ein bisschen viel; als er aus der Reha entlassen wurde, wussten beide nicht, wie man genau mit dem Blasenkatheter umgeht, den er nun trug. Und der Pflegedienst, auf den sie Anspruch hatten, war unterbesetzt, kam spontan und immer nur kurz.

Damit Kilians in ruhige Gewässer geraten, dafür ist Silvia Reisch da. Sie beginnt mit dem Sortieren. „Für diese Pflegeleistung wurde vergessen, einen Antrag zu stellen“, sagt sie zu Brigitte Kilian, „die Rechnung müssen Sie nicht bezahlen.“ Wie sie ihrem Mann die Augentropfen verabreichen könne, zeige sie ihr gleich. Wegen des Autofahrens sollten beide einmal mit dem Hausarzt und einer Fahrschule sprechen. Und wie man mit dem Rollator läuft, das werde sie gleich mit Kurt Kilian üben.

Reisch ist eine Art Lotsin. Das Johanniter-Krankenhaus der Stadt Bonn entsendet die 59-jährige Expertin für Familiäre Pflege in Form einer „Freiwilligen Regelversorgung“. Das heißt: Neben ihrer Tätigkeit in einer geriatrischen Tagesklinik managt Reisch den Übergang von der Krankenhausentlassung hinein in die häusliche Pflege durch Angehörige. Es sind sechs bis acht entscheidende Wochen, in der sich Kilians auf ein neues Leben einzulassen haben und in denen Reisch mit ihnen telefoniert, sie zuhause besucht. Auf ihrem Schild steht neben dem Namen: „Johanniter. Aus Liebe zum Leben.“

Sie coacht die Kilians. Erteilt praktische Tipps: Wie kann man bei der Körperpflege helfen? Was muss im Zuhause umgestaltet werden? Wie vermeidet man Stürze? Was gilt es bei den Medikamenten zu beachten? Und sind auch alle Anträge bei der Krankenkasse gestellt? Aber vor allem gibt sie Halt. Zeigt den beiden, dass sie nicht alleine sind. Sorgt dafür, dass Angehörige sich gestärkt fühlen.

Reischs Krankenhaus belässt Gesundheitsexpertise nicht nur im Klinikgelände, sondern bringt sie nach draußen – dorthin, wo durch Familiäre Pflege ein neues Kapitel des Zusammenlebens aufgeschlagen wird. Das ist nötig. Denn von den aktuell 4,1 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden über 70 Prozent von ihren Angehörigen betreut. Gäbe es diese pflegerischen Laien nicht, hätte das Land ein Problem. Sie bilden den größten Pflegedienst der Nation.

PLÖTZLICH VIELE FRAGEN

Schon im Krankenhaus informiert sich Reisch, welche Pflegebedürftigen demnächst entlassen werden. Sie nimmt Kontakt auf, lädt zu vorbereitenden Gesprächskreisen und Kursen ein. Kinder werden nämlich über Nacht zu Eltern ihrer Eltern, der Ehepartner rutscht plötzlich in nie gekannte Abhängigkeit, „und wie fühlt es sich eigentlich an, auf einer Bettpfanne zu sitzen oder eine Schutzhose gewechselt zu bekommen? Da ist ein riesiger Bedarf an Antworten, den Pflegende haben“, fasst Reisch die ersten Begegnungen zusammen. Zumal sich Angehörige oft überrollt zeigten, perfekt sein wollen, aber das Priorisieren erst erlernen müssen: Was ist wann wichtig?

Heute jedenfalls muss Kurt Kilian lernen, sich mit dem Rollator sicherer zu bewegen. Bleibt er den ganzen Tag passiv auf dem Sofa sitzen, werden sich seine körperliche Beweglichkeit, seine Sinne, die kognitiven Defizite, einfach alles, verschlimmern. Aktivität ist angesagt, doch: „Der ist so schnell, der rollt von allein“, meint er zweifelnd. Reisch korrigiert die Höhe der

Griffe nach oben. „Gerade stehen, mit Haltung“, sagt sie ihm aufmunternd, während er losläuft. Dann die nächste Aufgabe: vom Rollator zum Bett. „Bremse anziehen nicht vergessen“, ermahnt Reisch, und Kilian dreht sich langsam vom Rollator weg, hält sich am Stuhl fest und setzt sich auf die Matratze. Geschafft. Glücklicherweise erzählt er, wie er einst seine Frau kennenlernte, vor über 43 Jahren. „Sie arbeitete in der Apotheke gegenüber. Also bin ich immer rüber, habe irgendetwas gekauft, mir fiel schon etwas ein. Irgendwann hat es geklappt. Ich habe ihr Herz gewonnen. Nur hatte ich dann auch einen Koffer voll Tabletten.“ Das Wohnzimmer erstrahlt in warmem Holz.

Silvia Reisch packt eine blaue Mappe in ihre Tasche. Sie hat Brigitte Kilian nochmal erklärt, dass sich ihr Mann täglich mit dem Rollator bewegen müsse, dass sie auf Teppichkanten achten soll und Kabel, damit es sicher ist. Irgendwann wird sie sich aus ihrer Begleitung der Kilians „hinausschleichen“, wie sie sagt. Ihr Handy spielt eine Erinnerungsmusik, der nächste Termin wartet. „Was können wir anstellen, um Sie zu behalten?“, fragt Brigitte Kilian.

20 Autominuten später, auf der anderen Seite des Rheins, trifft Reisch eine ehemalige Klientin. Vor fünf Jahren lernte sie Ute Knecht kennen, die Versicherungsberaterin pflegt ihre Mutter seit 2010. „Ich sah bei einem Krankenhausaufenthalt meiner Mama die Visitenkarte von Frau Reisch neben dem Bett und rief an“, erinnert sich Knecht, ihr kräftiges Haar hat sie zu einem Zopf nach hinten gebunden. „Sie fragte mich dann: ‚Was kann ich denn für Sie tun?‘ – Das hat mich geschockt.“ An sich selbst denke man meist nicht, ergänzt sie. Gebe alles für die Pflege. „Frau Reisch gab mir das Wichtigste: Zeit und Gehör.“ Der Gesprächskreis: „eine moderierte Selbsthilfegruppe.“ Und die Besuche daheim: „eine Art Therapie – und Wertschätzung neben den vielen praktischen Tipps.“

BURNOUT DURCH PFLEGE

Heute schaut Reisch noch einmal vorbei. Im Wohnzimmer liegt Annemarie Prießma, ihre blassblauen Augen verraten, dass sie alles mitkriegt – trotz kompletter Lähmung, das Ergebnis einer Multisystematrophie, bei der das autonome Nervensystem versagt. Die 80-Jährige

„DA IST EIN RIESIGER BEDARF AN ANTWORTEN, DEN PFLEGENDE HABEN“



Neben praktischen Alltagstipps und pflegerischen Hinweisen hilft Silvia Reisch auch beim „Papierkram“.

„ WAS ICH JETZT TU, IST KEINE PFLICHT. ICH TU ES AUS LIEBE.“

UTE KNECHT, TOCHTER



Annemarie Prißma kann durch eine komplette Lähmung nur noch über Augen kommunizieren.

kann das Pflegebett nicht mehr verlassen und leidet unter Schmerzen. „Die Nachthemden können Sie auch hinten aufschneiden, dann wird es für Sie beide beim An- und Ausziehen leichter“, schlägt Silvia Reisch vor. Sie zeigt einen Trick, wie die Pflegebedürftige leichter hoch zum Kissen bewegt werden kann. Neben dem Bett steht eine Schachtel mit Marzipan, für die Pflegekräfte, die dreimal täglich kommen, mit eigenem Schlüssel. Das sind insgesamt

eineinhalb Stunden Hilfe täglich. Den Rest kümmern sich die alleinerziehende Ute Knecht und ihr 24-jähriger Sohn um Annemarie, vor der Arbeit und danach, „ich kann nicht auf halbtags gehen, muss ja an meine Rente denken“. Für den pflegegerechten Umbau des Wohnzimmers nahm sie einen Kredit auf, von dem der öffentliche Zuschuss nur einen Bruchteil deckte, hinzu trägt Ute Knecht monatliche Kosten, für die das Pflegegeld nicht reicht. „Ich fühle mich im Stich gelassen“, sagt sie. „Ich will aber kein Geld, sondern mehr Zeit.“ Zum Beispiel, dass sie sich mehr einzelne Pflegetage nehmen könnte, „wie bei kranken Kindern, deren berufstätige Eltern das auch dürfen“. Für Arztbesuche ihrer Mutter nimmt sie Urlaub. Was hilft? „Mein rheinischer Humor“, sagt Ute Knecht. Reisch lächelt ein wenig bitter. „Die Pflegenden sind die Juwelen der Gesellschaft“, sagt sie dabei, „sie denken erst an sich, wenn alles gut ist“. Und das geht auch mal schief. 2016 erlitt Ute Knecht einen Burnout, „auf einen Schlag ging nichts mehr, eine Neurologin zog mich dann aus dem Verkehr“. In der Kur habe sie dann gesehen, dass es vielen ergehe wie ihr. „Meine Eltern haben alles für uns Kinder gegeben. Was ich jetzt tu, ist keine Pflicht. Ich tu es aus Liebe.“



Die Sonne neigt sich schnell an diesem Nachmittag, als Reisch in ihr Auto steigt. Feierabend. Während der Fahrt nach Hause hält sie an einer Ampel. „Die meisten sagen: ‚Wenn ich gewusst hätte, was bei der Pflege auf mich zukommt, hätte ich es mir zehnmal überlegt.‘“, sagt sie nachdenklich. „Und viele sagen: ‚Ohne die Familiäre Pflege wäre ich anfangs überfordert gewesen.‘“ Das Lichtsignal wechselt auf Grün.

WAS KANN MAN EINEM MENSCHEN ZUMUTEN – UND WAS IST SEIN WILLE?

„**M**anche Patienten kennen wir sehr lange, zum Teil zehn Jahre oder länger. Erkrankungen in der Hämatologie sind sehr unterschiedlich, es gibt akute und schnell wachsende, jedoch auch chronische beziehungsweise langsam wachsende Erkrankungen. Wenn es jemandem sehr schlecht geht, dann ist Zuwendung für die Behandlung und die Genesung eine ganz wichtige Ressource.

Es beginnt schon mit der Therapieentscheidung: Jeder Mensch ist anders. Manche möchten bei der Diagnose alles ganz genau wissen, andere fast nichts über ihre Erkrankung erfahren. Manchmal habe ich eine klare medizinische Therapieempfehlung, aber der Patient entscheidet anders. Für jeden Einzelnen müssen wir herausarbeiten: Was kann man ihm zumuten – und was ist sein Wille? In welcher psychischen und sozialen Situation steckt er? Zögert er, weil er Ängste hat, die man ihm nehmen kann? Ist es die Angst, länger von Zuhause weg zu sein? Oder die Angst vor den Risiken der Therapie?

Es erfordert die Flexibilität eines großen Teams, um individuell zu erkennen, was welcher Mensch braucht, und diese Aufgabe dann auf verschiedene Schultern zu verteilen: Ärzt:innen, Pflegende, Seelsorger, Psychoonkolog:innen, Physiotherapeuten, Technische Assistenten, Musiktherapeut:innen oder auch Ehrenamtliche – alle tragen dazu bei, dass der erkrankte Mensch durch eine schwierige Zeit durchkommt.

Menschen brauchen heute im Krankenhaus allein schon deswegen mehr Aufmerksamkeit, weil sie in ihrer privaten Welt weniger Halt haben als in früheren Zeiten. Man merkt, ob jemand ein Umfeld hat, das ihn auffangen kann, oder nicht. Auch da sind wir gefragt.“

Prof. Dr. med. Jochen Greiner
ist Chefarzt für Hämatologie
und Onkologie, Stammzelltrans-
plantation, Palliativmedizin am
Diakonie-Krankenhaus Stuttgart.



„**Menschen brauchen heute im Krankenhaus allein schon deswegen mehr Aufmerksamkeit, weil sie in ihrer privaten Welt weniger Halt haben als in früheren Zeiten.**“

Die diakonische Versorgungslandschaft

Christlich motivierte Hilfe – Was im Revolutionsjahr 1848 mit „Rettungshäusern“ für Straßenkinder und weitere gefährdete junge Menschen begann, wuchs heran zu einer Versorgungslandschaft für verschiedenste Lebenslagen und ist heute eine wesentliche Säule unseres Sozialsystems. Das ist Diakonie.

