



## Zeitzeugen

Statt ins Pflegeheim nach Hause  
(Kieler Nachrichten vom 24. Juni 1995)

Sozialministerin Heide Moser hat neue Lektüre bekommen: Leute spezielle Fachabteilungen in den Krankenhäusern auch noch die Kasse schonen. Das Journal hat sich das Gutachten an- und in der Geriatrischen Abteilung des Flensburger St. Franziskus Hospitals umgesehen. Dr. Heiner Rüschemann und Reinhold Thode, warum ältere nur die Gesundheit der Patienten fördern, sondern dabei

## Kieler Gutachter fordern: Baut medizinische Fachabteilungen für alte Menschen

# Statt ins Pflegeheim nach Hause

**O**ft, viel zu oft verläuft die Behandlung älterer Menschen in Kliniken nach folgendem Muster: Nach Infarkt, Schlaganfall oder Oberschenkelhalsbruch liegen Senioren drei bis vier Wochen in der Inneren Medizin oder Chirurgie – nicht selten nur, um auf freie Plätze in Alten- oder Pflegeheimen zu warten. Das verschlingt nicht nur teures Pflegegeld, sondern reißt die älteren Menschen zudem aus ihren eigenen vier Wänden.

Ein Problem, das auch im Kieler Sozialministerium bekannt ist. Dort wurde 1990 ein Modellvorhaben gestartet, das den Sinn spezieller Fachabteilungen für alte Menschen ausloten soll. Im Flensburger St. Franziskus Hospital und im Kreiskrankenhaus Itzehoe wurden entsprechende Stationen für Geriatrie (Altersheilkunde) eingerichtet. In Flensburg zusätzlich eine geriatrische Tagesklinik.

Von  
Thomas Bunjes

Drei Jahre lang verglichen die Kieler Gesundheitssystem-Forscher Heiner Rüschemann und Reinhold Thode diese neuen Einrichtungen mit herkömmlichen Krankenhäusern. Ihr Fazit: Aus geriatrischen Spezialabteilungen können fast drei Viertel der Patienten wieder in die eigenen vier Wände zurückkehren, aus herkömmlichen Stationen nur gut die Hälfte.

Mitte Mai hat daraufhin eine Beteiligterunde mit Vertretern des Sozialministeriums, der Versicherungs- und Ärzteverbände sowie der Krankenhaussellschaft und des Landkreistags entschieden. Geriatrie-Abteilungen flächendeckend in Schleswig-Holstein einzurichten. „Der Beschluß ist allerdings nur eine Absichtserklärung“, relativiert Bärbel Krauskopf, Sprecherin des Sozialministeriums. Die Empfehlungen der Rüschemann-Studie seien zwar sehr optimistisch, ihre Umsetzung hängt jedoch von der finanziellen Machbarkeit und der Bereitschaft der Chefarzte ab.

**D**ie Bereitschaft scheint vorhanden zu sein: Mittlerweile wurde auch im Neumünsteraner Friedrich-Ebert-Krankenhaus eine geriatrische

Abteilung eingerichtet. In Neumünster und Itzehoe stehen geriatrische Tageskliniken kurz vor der Fertigstellung. Ebenfalls geplant ist eine geriatrische Abteilung in der Lübecker Uniklinik; eine geriatrisch-rehabilitative Tagesklinik gibt es in der Hansestadt bereits.

Insgesamt errechneten Rüschemann und Thode einen Gesamtbedarf von 696 akut-geriatrischen Betten und 279 geriatrischen Tagesklinikplätzen. Bei einer flächendeckenden Versorgung könnten jährlich rund 9000 Betroffene früher wieder nach Hause gehen, schätzt Rüschemann: „Wenn die älteren Patienten drei oder vier Wochen in der Inneren Medizin oder der Chirurgie liegen, rosten sie ein.“ Würden die Senioren aber bereits nach einer Woche in die geriatrische Abteilung verlegt, seien sie schnell wieder mobil und könnten nach Haus.

Fast 80 Prozent der Patienten hätten durch Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie und Sprachtherapie in den Geriatrie-Abteilungen (und später in den Tageskliniken) ihren alten Gesundheitszustand zurücklangt, so Rüschemann. Er fragte die älteren Patienten nach ihrer Entlassung auch, wie gesund sie sich fühlten. Die meisten Senioren kamen sich beweglicher und selbständiger vor als jene, die aus normalen Kliniken kamen.

**F**raglich war zu Beginn des Projekts, welche Kosten das neue Modell verursachen würde. 15 Monate später verglichen die Gutachter die Gesamtkosten beider Systeme und fanden heraus: Das abgestufte Konzept ist sechs Prozent günstiger. Stationär kostete es in diesem Zeitraum pro Patient zwar rund 3000 DM mehr, aber in der nachstationären Betreuung über 5000 DM weniger.

Wichtig dabei sei die enge Kooperation zwischen den beteiligten Medizinern. Rüschemann weiter: „Die Chefarzte der Inneren Medizin und der Chirurgie müssen die Patienten sehr frühzeitig in die Geriatrie übergeben.“

Die verstärkte Betreuung älterer Menschen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, stellt die Pflegedienste nach Rüschemanns Ansicht vor keine nennenswerten Probleme: „Ambulante Dienste, vornehmlich kirchlicher Träger, sind darauf eingestellt. Die können das leisten.“



Alltag in der geriatrischen Abteilung des Flensburger St. Franziskus Hospitals: Unter der Obhut von Ergotherapeut Volker Dorwald schnibbeln Frieda Warth (73), Anneliese Krohn (67) und Marnechen Brismester (79) die Zutaten für einen Obstsalat. Foto Paesler

## Die Devise: Nicht liegen, leben!

**B**unt, das ist der erste Eindruck beim Betreten der Geriatrischen Abteilung des St. Franziskus-Hospitals: Gelbe, grüne und blaue Türen. Überall hängen Bilder, die Patienten gemalt haben. Auch die dunklen Farben der Handläufe haben ihren Sinn: Sie heben sich von den hellen Wänden deutlich ab, so daß Schlaganfall-Patienten sie besser erkennen können.

Bunt und lebendig wirkt auch das Hin und Her auf den Gängen: Patienten im Rollstuhl, an Gehböcken, an Krückstöcken, gestützt von Krankenschwestern oder ganz ohne Gehhilfen wandern die Flure entlang.

Vorwärts, in kleinen, wohl dosierten Schritten zur Genesung. So lautet die Marschroute für Patienten der Geriatrie, um trotz der Krankheit die Lebensfähigkeit in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung wiederzuerlangen. Der Aufenthalt in der Klinik bedeutet für die älteren Menschen nicht, die meiste Zeit isoliert auf dem Zimmer im Bett zu verbringen, sondern Bewegung, soziale Kontakte mit anderen Patienten und Personal.

„Wenn ole Lüüd mit'n Rollstuhl rünnkümmt un mit'n Gehbock wedder rut-

kümmt“, so beschrieb einmal Dr. Willi Möhl, früherer Chef-Arzt des Flensburger St. Franziskus-Hospitals, die Zielsetzung der Geriatrie. Die Aufgabe der Altersheilkunde ist nicht beendet, wenn das kranke Organ wieder funktioniert, sondern wenn die Patienten ihre Selbständigkeit wiedererlangt haben.

„Bei uns finden sie tagsüber keinen Patienten im Bett“, behauptet Stationschwester Anke Damm. Schon vom Tag der Einweisung an werden ihre Schützlinge in privater Kleidung zu den zahlreichen Tages- und Therapieräumen geleitet, mit mehr oder weniger behutsamer Unterstützung des Pflegepersonals. „Machen sie erst einmal 'ne kleine Pause, dann schaffen Sie's schon“, ermuntert eine Schwester einen älteren Herrn mit Gehhilfen. Nach einer kurzen Verschnaufpause setzt der Mann langsam aber zielstrebig seinen Weg zum Gemeinschaftsraum fort.

„Ich war praktisch hilflos, als ich vor drei Wochen auf diese Station kam“, berichtet Bernhard Wolf. Nach einem Schlaganfall lag der 67jährige zwei Wochen auf der Inneren Medizin. „Hier kön-

nen wir nichts mehr für sie tun“, habe der Arzt gesagt und ihm einen Platz in der Geriatrie besorgt. „Es ist großartig, was ich in den vergangenen Wochen durch die fürsorgliche Hilfe für Fortschritte gemacht habe“, freut sich Bernhard Wolf. „Hier wird jeder nach seinen persönlichen Möglichkeiten gefördert, aber auch gefördert: Wir werden motiviert, die Tätigkeiten auszuüben, die wir selbst tun können.“

**D**er Patient steht im Zentrum eines umfangreichen Teams: Ärzte, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Bewegungs-, Sprach- und Mal-Therapeuten, Neuro-psychologen, Seelsorger und Sozialarbeiter richten ihr Bestreben auf das Wohlbefinden des Patienten – und zwar langfristig orientiert. „Wenn uns die Patienten verlassen, sollen sie nicht schlechter dastehen als vor ihrer Krankheit“, formuliert Dr. Norbert Gerold, Oberarzt der geriatrischen Abteilung, das Team-Ziel einer kompletten Genesung. Das Training lebenspraktischer Tätigkeiten wie Anziehen und Waschen zählt dabei ebenso wie die Stabilisierung der Psyche.

UWEPAESLER