

men. „Vergiss mein nicht“ erzählt zudem die gemeinsame Liebesgeschichte von Malte und Gretel – und wie Sieveking die Geschichte seiner Eltern, die auch seine Wurzel ist, besser kennenlernt.

„Dieser Film soll kein Demenz-Ratgeber sein“, stellte der Regisseur daher auch in der anschließenden Diskussion mit der Demenzbeauftragten der Ärztekammer, Stefanie Oberfeld, und dem Publikum klar. Gleichwohl teilte David Sieveking seine Erfahrungen mit Fachleuten und Betroffenen. Im Film werde eine große Gelassenheit und Harmonie sichtbar, wunderten sich gleich mehrere Zuschauer.

„War das wirklich so?“ Es sei ein Glück für die Familie gewesen, dass seine Mutter keine Aggressionen gezeigt habe, berichtete Sieveking. Gleichwohl sei die Zeit der Demenzkrankheit durchaus nicht ohne Konflikte gewesen. „Als wir mit den Dreharbeiten für den Film begannen, lag eine düstere Zeit hinter meiner Mutter. Sie war depressiv und hat ihre Machtlosigkeit gespürt.“

Machtlos und überfordert mögen sich oft auch die Angehörigen der Patienten fordern. Doch auch sie könnten profitieren, machte Stefanie Oberfeld in der Diskussion deutlich. „Menschen mit Demenz lassen uns die Pers-

pektive wechseln. Ihr Rhythmus und ihre Zeit-taktung sind anders – da können wir etwas mitnehmen.“

Die Dreharbeiten zum Film und die Anwesenheit des Filmteams habe seiner Mutter gut getan, war David Sieveking überzeugt. Bei allen Schwierigkeiten, betonte er, dürfe im Umgang mit demenzkranken Menschen der Humor nicht vergessen werden. „Die Begabung dafür verlieren die Menschen nicht. Ein demenzkranker Mensch mag im Gesicht gefühllos aussehen. Aber der Wortwitz bleibt – das darf man nicht unterschätzen.“

Erkennen und Handeln

Bedürfnisorientierte Behandlung im Krankenhaus für Patienten mit kognitiven Einschränkungen von Dr. Stefan Kreisel, Bielefeld

Das Statistische Bundesamt hat 2011 für Deutschland einen Rückgang der Gesamtbevölkerung um fast fünf Millionen in den kommenden Jahrzehnten sowie eine Steigerung der Lebenserwartung prognostiziert. Damit gehen Veränderungen der Altersstruktur einher, die z. B. zu einem Anwachsen der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren um rund ein Drittel führen werden (i. e. von 16,7 Millionen im Jahr 2008 auf 22,3 Millionen im Jahr 2030 [+33 %]).

Für die Versorgung im Krankenhaus bedeutet dies einen Anstieg der Zahl von Behandlungsfällen älterer Menschen. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass diese neben ihrer akuten Erkrankung auch Erkrankungen aufweisen, die mit einer kognitiven Beeinträchtigung einhergehen können (passagere Beschwerden oder bleibende Zustände; mit und ohne formale Diagnose einer Demenz).

Ältere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind in den derzeitigen Strukturen des modernen Krankenhauses je-

doch oft überfordert und werden von Pflege und Ärzteschaft häufig als zunehmend belastend wahrgenommen, wie u. a. in einer Studie der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln und des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. 2012 zum Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus dokumentiert wurde. Mangelnder Sachkenntnisstand in vielen medizinischen Spezialbereichen sowie Stationsabläufe, die nicht den besonderen Bedürfnissen jener Menschen mit kognitiven Einschränkungen angepasst sind, führen zu einer Unterversorgung dieser Klientel und zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit negativer Folgen eines Krankenhausaufenthaltes. Neben der Verschlechterung von Alltagsfähigkeiten ist vor allem die Entwicklung akuter Verwirrheitszustände – Delirien – hoch problematisch, da dies nicht nur von Patienten und Angehörigen als einschneidendes



Im Hospital Elder Life Program (HELP) unterstützen Freiwillige Risikopatienten in Bezug auf verschiedene für die Delirprävention wichtige Domänen – hier wird z. B. die Orientierung der Patientin angeregt (sogenannter „Aktiv-Besuch“). Es findet auch Begleitung zur Mobilisierung, bei den Mahlzeiten usw. statt. Eine tägliche Kontaktaufnahme ist dabei vorgesehen. Die Freiwilligen sind im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld anhand ihrer „lila Hemden“ leicht zu identifizieren. Sie werden durch pflegerische und ärztliche Fachkräfte angeleitet und supervidiert. Foto: EvKB

Erlebnis wahrgenommen wird, sondern auch mit einem erhöhten Komplikationspotential und Sterberisiko verbunden ist.

In einer Hochrechnung von der mit dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB, ein

Stichwort: Demenz

Serie im Westfälischen Ärzteblatt

Krankenhaus der Maximalversorgung) zum Thema Versorgung älterer Menschen im Krankenhaus kooperierenden Arbeitsgruppe „Demographie und Gesundheit“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Prof. R. Ullrich) konnte gezeigt werden, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten über 70 Jahre mit der Diagnose eines Delirs im EvKB (Zahlen von 2010 in Bezug auf Nennung nach ICD-10 in der „offiziellen“ Entlassdiagnose) allein aufgrund der demographischen Entwicklung von jetzt 601 auf 730 im Jahr 2030 ansteigen wird (+11,2 %). Diese Zahlen stellen mit großer Wahrscheinlichkeit jedoch eine Unterschätzung der tatsächlichen Lage und der zu erwartenden Veränderungen dar.

Ebenfalls am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld wurden 2012 in einer der ersten deutschen krankenhausweiten Erhebungen alle zur Aufnahme kommenden Patientinnen und Patienten (ohne Intensiv- und Intermediate-care-Stationen und die Stroke-Units) über 70 Jahre über einen Zeitraum von einem halben Jahr in einem zufälligen Stichprobenverfahren untersucht. Dabei wurde eine klinische Delirprävalenz nach ICD-10-Diagnosekriterien von 5,1 % erhoben (wenn nach den international üblichen DSM-IV-Kriterien diagnostiziert wurde, ergab sich eine deutlich höhere Prävalenz von 13,5 %; noch unveröffentlichte Daten). Bei dieser Erhebung wurde ebenfalls ein Screeninginstrument zu kognitiven Einschränkungen mitgeführt, welches eine Prävalenz für kognitive Einschränkungen von 53,1 % bei den über 70-jährigen Patientinnen und Patienten zeigt. Mehr als nur eine „leichte“ Störung (i. e. entsprechend einem Mini-Mental-Status-Test-Wert von kleiner 19 Punkten) war bei immerhin 17,5 % der Kohorte vorhanden. Es besteht also eine erhebliche Diskrepanz zwischen dokumentierten Diagnosen und tatsächlichen Beeinträchtigungen.

Aufgrund dieser Gemengelage, insbesondere in Bezug auf das hohe Delirrisiko, wurde 2010 am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, maßgeblich von PD Dr. Christine Thomas initiiert, ein Programm zur Erkennung und Vermeidung von altersassoziierten Delirien ins Leben gerufen – aus der Erkenntnis heraus, dass diese nur schwer zu behandeln sind, man mit einem präventiven Ansatz aber zu einer erheblichen Reduktion der Inzidenz beitragen kann. Hierzu wurde das „Hospital Elder Life Program“ – ein von Prof. Sharon K. Inouye an der Yale University School of Medicine im

Jahr 2000 entwickeltes, zwischenzeitlich breit erprobtes und validiertes Delirpräventionsprogramm – an die Gegebenheiten des deutschen Krankenhaussystems angepasst. Es ist inzwischen in den Strukturen des Hauses fest implementiert.

Das Programm leistet einen entscheidenden Schritt zur Behandlungsoptimierung älterer Patientinnen und Patienten in nicht spezifisch auf Hochbetagte ausgerichteten somatischen Fachabteilungen. Dabei steht die Aufrechterhaltung von kognitiven und körperlichen Fähigkeiten im Vordergrund. Neben der gezielten interdisziplinären geriatrischen (Delir-) Diagnostik basiert das Programm auf dem Einsatz von Freiwilligen, die gefährdete Patienten während des gesamten Aufenthaltes durch einfache, aber sehr effektive Maßnahmen unterstützen und aktivieren (s. Bild).

Erste Untersuchungen zeigen nun, dass durch die Etablierung des Programms die Delirrate gesenkt (von 30 % auf 10 % innerhalb eines Jahres) und eine allgemein verbesserte Wahrnehmung der Bedürfnisse dieser Patientengruppe auf den bislang beteiligten Stationen erzielt werden konnte.

Delirpatienten brauchen weiter gehende Betreuung

Deutlich wurde jedoch auch, dass Patientinnen und Patienten gerade bei dementiellen Erkrankungen unabhängig vom Thema Delirprävention krankenhausweit eine noch weiter gehende Betreuung benötigen und sowohl Rahmenbedingungen als auch etablierte Strukturen angepasst werden müssen.

Mit einem weiteren Projektkonzept „Erkennen und Handeln – Bedürfnisorientierte Behandlung im Krankenhaus bei Demenz und kognitiver Einschränkung“ hat das Evangelische Krankenhaus Bielefeld daher an der Ausschreibung „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ – herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung – teilgenommen. Das EvKB und vier weitere Bewerber werden nun mit einer Fördersumme von je 100.000 € in ihrem Projektvorhaben zur langfristigen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus unterstützt.

Das Konzept fußt auf verschiedenen Bausteinen: Neben einer umfangreichen multiprofessionellen Schulung zum Thema „Demenz“ steht vor allem die Entwicklung alters- und

demenzgerechter Behandlungsabläufe im Vordergrund – z. B. frühzeitiges Erkennen schon in der Notaufnahme, strukturierte Weitergabe behandlungsrelevanter Informationen. Für eine nachhaltige Umsetzung und Sicherstellung der bedürfnisorientierten Behandlung auf der Station werden einzelne Mitarbeitende speziell zu „Demenzkoordinatoren“ ausgebildet, die dafür Sorge tragen, dass sowohl ein rasches und sicheres Identifizieren von Patienten mit kognitiven Einschränkungen als auch eine individualisierte Anamneseerhebung in Bezug auf psychosoziale Ressourcen und behandlungsrelevante Informationen der Patienten und Angehörigen sowie die Umsetzung einer aktivierenden, ressourcenorientierten Pflege umgesetzt werden.

Derzeit wird das Konzept auf einer Pilotstation des Krankenhauses unter der Leitung von Dr. Stefan Kreisel (Ärztlicher Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie) umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Wie bei dem Delirpräventionsprogramm ist eine langfristige Ausdehnung auf das gesamte Krankenhaus vorgesehen.

Diese Programme sind sicherlich nur exemplarisch für weitere Ansätze in der Region, die sich dem Thema des „alten“ Menschen im Krankenhaus und den besonderen Bedürfnissen insbesondere kognitiv eingeschränkter Patienten und Patientinnen widmen. Dass dabei mehr getan werden muss wird u. a. durch den Aufruf der Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein zum Aktionsjahr „Demenz im Blick“ deutlich. Das Ziel ist klar: Konzepte und Ideen müssen in Kooperation weiterentwickelt und flächendeckend umgesetzt werden.

DEMENZBEAUFTRAGTE

Die Demenzbeauftragte der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Stefanie Oberfeld, steht Ärztinnen und Ärzten im Rahmen einer wöchentlichen Telefonsprechstunde als Ansprechpartnerin für Fragen und Anregungen rund um das Thema Demenz zur Verfügung. Frau Oberfeld ist jeweils mittwochs von 12 bis 13 Uhr unter Tel. 0251 5202-27610 erreichbar.