

Fachgespräch Demenz und Krankenhaus

Krankenhäuser müssen sich auf besondere Bedarfe demenzerkrankter Patienten einstellen

von Klaus Dercks, ÄKWL

Ich glaube, die politisch Verantwortlichen haben noch nicht realisiert, welche Aufgabe auf uns mit der menschlichen Versorgung von Demenzkranken zukommt", machte Ärztekammer-Präsident Dr. Theodor Windhorst aus seiner Besorgnis kein Geheimnis. Beim Fachgespräch „Demenz im Krankenhaus", zu dem die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) Ende September eingeladen hatten, wurde indes rasch deutlich, dass „Demenz" in den Krankenhäusern längst ein Thema ist. Zwar sind dementielle Erkrankungen in der Somatik nicht der Grund, jedoch in zunehmenden Maße die Ursache für einen Krankenhausaufenthalt. So wächst die Zahl derer, die eine dementielle Erkrankung als Nebendiagnose mit in die Klinik bringen und besondere Anforderungen an Ärzte und Pflegende stellen.

„Demenz" ist dabei in der Diskussion ein griffiges Schlagwort. Kammerpräsident Windhorst regte jedoch an, künftig sprachlich differenzierter vorzugehen. „Wir sollten nicht nur von Menschen mit der Diagnose ‚Demenz' sprechen, sondern besser generell von ‚Menschen mit kognitiven und Orientierungsstörungen.'"

„Demenzkranken brauchen Zeit und Zuwendung. Aber Zeit ist immer knapp im Krankenhaus", stellte Jochen Brink, Präsident der KGNW, fest. Die Kliniken müssten sich darauf einstellen, dass mit steigender Zahl von Pa-

tienten mit dementiellen Erkrankungen mehr individuelle Betreuung geleistet werden müsse. Das erfordere eine hohe Behandlungs- und Pflegeexpertise. „Und es muss auch finanziert werden." Betrachte ein Krankenhaus seine Strukturen aus Sicht eines Demenzerkrankten und stelle sich entsprechend ein, profitierten letztlich nicht nur an Demenz erkrankte, sondern alle Patienten von dieser Verbesserung.

freundlich und langsam auf die Menschen zu, oft ist die Sprachmelodie wichtiger als der Inhalt", war nur einer von vielen Hinweisen aus der Praxis. „Das alles hört sich einfach an. Man muss es aber lernen, hier gibt es Fortbildungsbedarf." Wichtig sei zudem, für demenzerkrankte Patienten unbegleitete Wartezeiten im Krankenhaus möglichst zu vermeiden. Auch die Angehörigen gelte es einzubeziehen:



Rund 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfolgten das Fachgespräch „Demenz und Krankenhaus", zu dem Ärztekammer und Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen Ende September nach Münster eingeladen hatten.

Foto: kd

Der Blick auf Best-Practice-Beispiele nahm beim Fachgespräch in der Ärztekammer breiten Raum ein. Dr. Wolfgang Kusch, Chefarzt der Klinik für Neurologie mit Klinischer Neuropsychologie am Herz-Jesu-Krankenhaus in Münster-Hiltrup, benannte das grundsätzliche Problem der Arbeitsprozesse im Krankenhaus. „Dort ist alles darauf eingerichtet, einen geordneten und raschen Ablauf zu gestalten." Ein funktionierendes System, das aber Demenzerkrankte oft genug irritiert. Weglaufenden, Störungen für andere Patienten, mangelnde Einwilligungsfähigkeit und großer Hilfebedarf seien Probleme, die bei der Behandlung Demenzerkrankter auftreten könnten, erläuterte Dr. Kusch. „Eine unbekannte Umgebung, ungewohnte Tagesabläufe und das Fehlen vertrauter Personen – das kann auch orientierte Menschen aus der Bahn werfen."

„Das alles hört sich einfach an – man muss es aber lernen"

Ärzte und Pflegende müssten sich an vielen Stellen besonders auf demenzerkrankte Menschen einstellen, erläuterte Dr. Kusch. So zum Beispiel in der Kommunikation. „Gehen Sie

Informationen von ihrer Seite sollten genutzt werden, sie könnten „Dolmetscher" sein, wenn es um das Einordnen von Schmerzen, um Essen und Trinken gehe. Schließlich sei zu klären, was Angehörige nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus leisten könnten, wie weitere Pflege und Behandlung organisiert seien. Dazu müssten sich die „Versorgungs-Bausteine" in einer Region gut vernetzen. „Ein Allgemeinkrankenhaus allein kann das nicht leisten."

Delirprävention im Blick

„Delirprävention" hat sich das Evangelische Krankenhaus Bielefeld auf die Fahnen geschrieben. Dr. Stefan Kreisel, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, erläuterte die praktische Umsetzung eines Projektes, mit dem eine Reduktion der Delirprävalenz erreicht werden konnte (vgl. u. a. WÄB 8/2014). Patientenbesuche, Begleitung bei der Mobilisierung und bei den Mahlzeiten sind einige Bausteine des Konzeptes, dessen Umsetzung die Zufriedenheit von Patienten, Krankenhaus-Mitarbeitern und Angehörigen.

Stichwort: Demenz

Serie im Westfälischen Ärzteblatt

Die unterstützenden Maßnahmen seien allerdings personalaufwändig, räumte Dr. Kreisel ein. Koordinator, drei psychogeriatrische Pflegekräfte eine halbe Arztstelle und nicht zuletzt sieben ehrenamtlich tätige Freiwillige im „Besuchsdienst“ müssten gewonnen und auch finanziert werden. Das koste pro Patient rund 300 Euro. „Es ist nicht umsonst zu haben, aber es hilft“ – wenigstens, da war Dr. Kreisel mit den anderen Referenten beim Fachgespräch einig, die DRG-Systematik der Abrechnung im Krankenhaus einem solche Hilfen schnell verleiden könne.

Sind Menschen mit Demenzerkrankung ein „Störfaktor“ im Krankenhaus? „Die Folgen einer nicht demenzsensiblen Versorgung werden in der Fachwelt zunehmend wahrgenommen“, erläuterte Jörg Burbaum. „Wenn wir uns dem Problem stellen, wird das System Krankenhaus umfassend verändert werden müssen.“ Burbaum, der als gerontologischer Pflegeexperte am Klinikum Lüdenscheid tätig ist, berichtete von zahlreichen möglichen Maßnahmen, mit denen die Krankenhaus-Umwelt an die Bedürfnisse Demenzkranker angepasst werden könne. Eine solche Milieu-Veränderung sei

ein Versuch, „die Menschen dort abzuholen, wo sie mit ihrer Erkrankung stehen“. Elemente eines entsprechenden Konzepts seien Risikoassessment, Begleitung durch gerontologische Pflegeexperten, Schulung für Pflegenden, Struktur- und Prozessveränderungen sowie praktische Veränderung des „Milieus“. Dazu gehöre etwa die Gestaltung der Klinikstation mit „Stuben“, erläuterte Burbaum, „mit alten Möbeln, einem großen Tisch, viel natürlichem Licht“. „Nester bauen“ und, wo nötig, die Anpassung der Ernährung mit geformten passierten Speisen gehören ebenso zur Milieugestaltung – Fixierung aber nicht. „Die ist für uns kein Thema mehr“, berichtete Jörg Burbaum aus der Lüdenscheider Praxis.

Bessere Versorgung muss auch finanziert werden

Eine bessere Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen wird in Zukunft entscheidend von der Vergütung der Leistungen im Krankenhaus abhängen, wurde in der abschließenden Diskussion der Referenten mit den rund 50 Zuhörerinnen und Zuhörern im Ärztehaus in Münster deutlich. „Wir müssen

Einfluss nehmen und genau beschreiben, was da alles in den Krankenhäusern geleistet wird“, forderte KGNW-Präsident Brink und Jörg Burbaum ergänzte: „Die Finanzierungssituation ist absolut dramatisch. Es rechnet sich nicht, was wir da tun.“

„Krankenhäuser werden wie gelähmt sein“

Ärztekammer-Präsident Dr. Windhorst sah ein weiteres Problem in der grundsätzlichen Ausrichtung vieler Krankenhäuser. „Vieles geht in Richtung Industrialisierung. Wir müssen sehen, dass die Krankenhausversorgung wieder einen anderen Weg einschlägt und den Patienten und seine Bedürfnisse in den Blick nimmt.“ Ein Blick auf Best-Practice-Beispiele sei in jedem Fall hilfreich. „Aber wir sind in einer Sackgasse des Systems, weil den Demenzkranken die Lobby fehlt.“ Doch eines müsse man Gesundheitspolitikern bis hin zum Bundesgesundheitsminister dringend klar machen. „Unsere Krankenhäuser werden künftig wie gelähmt sein, wenn man sie nicht an die sich ändernden Bedürfnisse anpasst.“

Hilfe durch Begleitung, nicht durch die Spritze

Kammerpräsident warnt vor Kosten-Nutzen-Denken in der Sterbehilfe-Diskussion

von Volker Heiliger, ÄKWL

In der aktuellen Diskussion um die ärztliche Sterbehilfe spricht sich die Ärztekammer Westfalen-Lippe erneut für ein würdiges Sterben mit palliativmedizinischer Versorgung entsprechend dem Konzept von Bundesgesundheitsminister Gröbe aus. Für den Kammerpräsidenten Dr. Theodor Windhorst widerspricht die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Selbstverständnisses. „Es ist nicht Aufgabe des Arztes, aktiv den Tod herbeizuführen. Unsere Aufgabe ist das Helfen und Heilen und damit eine konstante Begleitung bis zum Tod“, sagt Windhorst. Das ärztliche Handeln diene der Linderung von Leiden und dem Beistand Sterbender und ihrer Angehörigen.

Wenn sich aktuell über zwei Drittel der Bevölkerung für eine aktive Sterbehilfe bei unheilbar Kranken aussprechen, zeuge das „von der Angst, in der schwierigsten Lebenssituation

alleine gelassen zu werden“, so Windhorst. Aber todkranke Patienten dürften im Sterben nicht ohne Beistand sein. Ein Sterben in Würde und ohne Schmerzen müsse oberste Priorität haben. Schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten bedürften auf ihrem letzten Weg ärztlicher und pflegerischer Hilfe wie auch der Unterstützung durch Angehörige. Auf dieser Gewissheit der Hilfe beruhe auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, egal, welche Kosten und Mühen dieser letzte Hilfsdienst erfordere.

Geschäftsmäßige Modelle mit dem Tod

Windhorst: „Wir brauchen die Hilfe durch Begleitung, nicht eine vermeintliche Hilfe durch die Spritze oder einen Cocktail.“ Zudem warnte er davor, dass äußere Umstände wie die Einwirkung von Verwandten und Angehörigen oder auch finanzielle Bedingungen die Entscheidung für die Sterbehilfe beeinflussen

könnten. „Ein Kosten-Nutzen-Denken darf es auch in solch einer Situation nicht geben.“ Auch die selbsternannten Heilsbringer mit der schnellen Todeslösung nutzten nur die Ängste der Menschen für ihr selbstgebasteltes Endzeitszenario aus. Dies gehe bis zu geschäftsmäßigen Modellen mit dem Tod.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe setze sich bereits seit langer Zeit für den weiteren Ausbau der Palliativmedizin ein. Es sei bewiesen, dass eine gute Palliativmedizin mit einer kompetenten Symptom- und Schmerzkontrolle die Möglichkeit biete, dem Patienten die Ängste vor dem Sterben zu nehmen, sodass er seinen bevorstehenden Tod leichter akzeptiere. So könne er in Würde Abschied vom Leben und den Angehörigen nehmen. Dies bedeute auch die Wahrung des ärztlichen Berufsethos sowie der Letztverantwortung des behandelnden Arztes des Vertrauens.