

Neue Ansätze zur Versorgung Demenzkranker in der Klinik

„Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus“ lautete das Thema einer Fachtagung kürzlich in Düsseldorf. Ein Modellprojekt zeigt praktische Möglichkeiten zur besseren Versorgung auf.

von Steve Drehsen

Eine Akutbehandlung im Krankenhaus kann für Demenzkranke zu einer wahren Irrfahrt werden: Der Aufenthalt im Krankenhaus verstört; die unbekannte Umgebung, fremde Menschen und Räume, ungewohnte Abläufe und Anforderungen wirken beängstigend. Sie suchen nach Vertrautem und wandern umher. Sie wehren sich gegen Eingriffe, die sie nicht verstehen und als Angriffe deuten. Sie äußern ihre Angst durch Schreien und Stöhnen; sie „stören“ und bringen den Ablauf der Therapie und Pflege im Krankenhaus „durcheinander“ – so beschreibt es der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband NRW (DPWV) auf seiner Homepage.

Und das Problem wird sich verschärfen: 48 Prozent der Krankenhauspatienten in Deutschland waren im Jahr 2005 bereits 60 Jahre alt oder älter. Im Jahr 2030 werden es über 55 Prozent sein. Bei der Fachtagung „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“ kürzlich im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf beschäftigten sich über 150 Teilnehmer, vor allem aus Krankenhäusern und Wohlfahrtspflege, mit dieser Thematik.

Projekt „Nebendiagnose Demenz“

Die Gesellschaft für soziale Projekte (GSP) des DPWV stellte auf der Tagung das Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus“ vor, das praktische Möglichkeiten zur besseren Versorgung Demenzkranker in den Kliniken aufzeigt. Die GSP verwirklichte es in den Jahren 2005 und 2008 mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW. In vier dem DPWV angeschlossenen Akutkrankenhäusern erprobten die Projektmitarbeiter neue Wege in der stationären Betreuung Demenzkranker.

An Demenz erkrankte Patienten brauchen beispielsweise eine sehr viel genaue-

re Abstimmung der Medikationierung als andere Patienten, so Projektleiterin Dr. Susanne Angerhausen. Für notwendig hält sie außerdem ein ausführliches Aufnahmegespräch, in dem auch geklärt wird, inwieweit die Angehörigen in die Betreuung im Krankenhaus mit einbezogen werden können.

Darüber hinaus hält Angerhausen eine Delirprävention für ebenso wichtig wie eine Diagnostik, die Demenz als mögliche Mitursache der akuten Erkrankungen einbezieht. Auch seien Pflegekräfte gefragt, zu denen die Demenzkranken Vertrauen entwickeln können. Angerhausen: „Sie brauchen geschulte Kräfte, die das Krankheitsbild und seine Auswirkungen verstehen und die mit den Verhaltensweisen umgehen können. Ärzte und Pflegekräfte müssen das lernen.“

Ärzte und Pflegekräfte benötigen nach den Worten der Projektleiterin unterstützende Strukturen: Schulungen, ein verbessertes Informations- und Entlassungsmanagement, Pflegevisiten, Fallkonferenzen und speziell ausgebildete Fachberaterinnen. Und sie brauchen die Möglichkeit, organisatorische, räumliche oder konzeptionelle Veränderungen auch umsetzen zu können.

Wesentlich ist nach den Erfahrungen des Projekts auch die Vernetzung im Krankenhaus, zum Beispiel wenn ein chirurgischer Patient auch internistische und psychiatrische Erkrankungen aufweist, oder in den Abstimmungen zwischen Ärzten und Pflegekräften. Das gelte auch nach außen, bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen oder mit beratenden und unterstützenden Angeboten für Betroffene und ihre Angehörigen.

Nach Auffassung von Angerhausen empfiehlt sich in den meisten Krankenhäusern eine räumliche Konzentration der demenziell erkrankten Patienten – vor allem wegen der besonderen Anforderungen an die Versorgung. Nur bei einer räumlichen Zusammenlegung könnten die Häuser geeignetes Personal auswählen und schulen sowie Patientenzimmer und Stationen entsprechend umgestalten.

„Die hier gefundenen Lösungen können anderen Krankenhäusern in unserem Land als Vorbild dienen“, sagte NRW-

sundheitsminister Karl-Josef Laumann in Düsseldorf. Eine Gesellschaft, die sich im demographischen Wandel befindet, müsse sich intensiv um die Versorgung älterer Menschen bemühen, so der Minister. Nach seinen Worten sind „Demographischer Wandel“ und „Gesundheit im Alter“ zentrale Themen der Landesgesundheitspolitik. In der Demenzforschung nehme NRW eine europaweite Vorreiterrolle ein.

Jedoch ist die aktuelle Entwicklung in den Krankenhäusern auch aus Laumanns Sicht unbefriedigend. Die zunehmende Ausrichtung der Kliniken auf ökonomische Gesichtspunkte lässt nach seinem Eindruck zu wenig Platz für individuelle Zuwendung. Und gerade die sei für demenzkranke Menschen besonders wichtig. Es fehle an Ressourcen, um dem Krankheitsbild gerecht zu werden. Eine Klinik könne nicht wie eine Fabrik „durchgetaktet“ werden. Laumann: „Das Krankenhaus muss eine Sozialeinrichtung bleiben.“

Finanzierbarkeit und Mildtätigkeit

„Die Anforderungen an eine gute Behandlung älterer Patienten im Krankenhaus und die Krankenhaus-Strukturen entwickeln sich in entgegengesetzte Richtungen“, kritisierte auch Projektleiterin Angerhausen. Immer mehr ältere Menschen kommen nach ihren Worten mit chronischen, psychiatrischen und Mehrfacherkrankungen ins Krankenhaus. Sie brauchten darum eine multidisziplinäre Behandlung mit individuellen Therapieentscheidungen. Die Anreize im Gesundheitswesen führten aber dazu, dass sich die Behandlung im Krankenhaus immer weiter spezialisiere und Leistungen immer stärker standardisiert würden.

So sieht es auch Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein. Gerade am Beispiel der Demenzkranken zeige sich, dass die Ökonomie im Krankenhaus nicht mehr in dem Maße Mildtätigkeit zulasse wie in früheren Zeiten. Die Krankenhäuser seien derzeit finanziell zu schlecht ausgerüstet, um adäquate Rahmenbedingungen für die steigende Zahl demenzkranker Patientinnen und Patienten zu schaffen. Hoppe kritisierte die Tendenz des Staates, sich mehr und mehr auf eine „Monitoringfunktion“ im Krankenhauswesen zurückzuziehen.

Weitere Informationen

www.sozialeprojekte.de