

Demenz – eine Chance zur Veränderung im Krankenhaus

Dr. med. Ursula Sottong MPH, Malteser Köln

Man liest es fast täglich in der Zeitung. Der Anteil an Menschen mit Demenz in der Bevölkerung ist steigend und nimmt mit dem Alter fast exponentiell zu. Begleitung, Versorgung und Pflege stellen die Angehörigen mit Fortschreiten des Krankheitsbildes vor große Probleme. Die ersten Selbsthilfegruppen formieren sich, Betroffene melden sich zu Wort. Und dann das: „Demenz als Chance für Veränderung im Krankenhaus“. Menschen mit progressiven kognitiven Einschränkungen als Impulsgeber für Veränderungsprozesse. Wie soll das gehen? Ist das nicht ein Widerspruch in sich? Ist das Krankenhaus überhaupt der geeignete Ort, um solches zu diskutieren? Hieße es vielleicht nicht besser ganz allgemein: „Demenz als Chance zur Veränderung?“

Das Krankenhaus

Das Krankenhaus hat eine lange Tradition in der Pflege von und Sorge um Arme, Kranke und Hilfebedürftige. Das Krankenhaus ist keine Erfindung der Neuzeit. Seine Geschichte reicht bis in die Antike zurück und war lange auch Teil konkret gelebter Spiritualität.

Von den Griechen ist das Asklepios-Heiligtum bekannt (6./5. Jahrhundert v.Chr.), das von Kranken in der Hoffnung auf Heilung aufgesucht wurde. Die Römer bauten um die Zeitenwende eines der ersten Krankenhäuser für die Versorgung ihrer Legionäre und mit der Gründung eines Krankenhauses in Mittelanatolien um 400 n.Chr. begann die christliche Hospitalgeschichte. Zwischen dem 6. und 12. Jahrhundert n.Chr. lag die medizinische Versorgung im europäischen Raum v.a. in den Händen der Klostermedizin. Nach und nach gründeten sich weltliche Orden – der Malteser Hospitalorden gehörte zu den ersten -, die die Versorgung der Kranken übernahmen. Im 18. Jahrhundert entstanden dann die ersten modernen Krankenhäuser, die sich rein naturwissenschaftlich begründeten.

Heute gibt es allein in Deutschland knapp 2.100 Krankenhäuser mit insgesamt rund 503.000 Betten, in denen mehr als 17 Mio. „Behandlungsfälle“ jedes Jahr versorgt werden. Dienstleister sind rund eine Mio. Beschäftigte, die unter den veränderten Rahmenbedingungen der letzten 20 Jahre die Patienten versorgen. Sie ringen mit verkürzten Liegezeiten, Behandlungspfaden, Fallpauschalen, teilstationären Behandlungsformen, ambulantem Operieren, Qualitätsindikatoren, Optimierung und Beschleunigung von Prozessen, um nur einige wesentliche Aspekte zu nennen.

Dabei hat sich das Profil der zu versorgenden Patienten entscheidend verändert. Der so viel zitierte demographische Wandel und das Thema Demenz haben auch vor den Krankenhäusern nicht halt gemacht. In vielen Häusern ist mehr als die Hälfte der Patienten älter als 65 Jahre. Mit einer weiteren Zunahme des Anteils älterer Patienten wird gerechnet.

Die unterschiedlichen Erkrankungen dieser Patienten, die mit zunehmendem Alter auch unter typischen altersspezifischen Leistungsminderungen, z.B.

was das Seh- und Hörvermögen und ihre Mobilität anbelangt - mit allen Konsequenzen auch für den stationären Versorgungsalltag - leiden, und der Anspruch, Pflegebedürftigkeit zu verhindern und Lebensqualität unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu erhalten, beschreibt nur sehr beschränkt die pflegerischen und medizinischen Herausforderungen, mit denen die Mitarbeiter sich im Stationsalltag konfrontiert sehen.

Als Mensch im Krankenhaus

Auch heute noch ist das Krankenhaus der Ort, an dem Menschen auf Heilung oder zumindest Linderung ihrer Leiden hoffen. Dafür nehmen sie einiges in Kauf. Sie begeben sich in eine für sie fremde Umgebung, mit unbekanntem Menschen, komplexen Abläufen, fremden Gerüchen, unverständlicher Sprache, ungewohntem Tagesrhythmus etc. und sind darauf angewiesen in intimsten Situationen auf fremde Hilfe vertrauen zu müssen. Sie erleben eine Ausnahme-, wenn nicht sogar Extremsituation und sind in aller Regel bereits durch die akute Erkrankung verunsichert und eingeschränkt reaktionsfähig.

Sie erhalten Hilfe an einem Ort, der geprägt ist durch ökonomische, gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitische Interessen, an einem Ort, an dem viele Menschen unterschiedlicher Herkunft und beruflicher Prägung zum Wohl der Patienten miteinander agieren und der von der Kompetenz und Leistungsbereitschaft dieser Menschen lebt.

Professionelles Handeln auf der einen Seite, individuelles Erleben auf der anderen. Wie kann das gelingen?

Ärztliches, therapeutisches und pflegerisches Handeln sind auf kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie, auf Verständnis und Mitarbeit des Patienten, auf die so genannte Compliance angewiesen. Unter den geschilderten Umständen für Patienten wie Mitarbeiter eine enorme Anpassungsleistung. Mit jeder Begegnung eine neue Herausforderung.

Kann da das Krankenhaus überhaupt ein Ort bestmöglicher Patientenversorgung sein?

Ich meine, ja. Vorausgesetzt, das Krankenhaus, d.h. seine Leitungsgremien können die Voraussetzungen schaffen und den Mitarbeitern die Rahmenbedingungen geben, die es ihnen ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen, die Compliance zu fördern und den Heilungsprozess zu unterstützen. Dazu gehören neben der Leitlinien gestützten Diagnostik und Therapie v.a. die Anpassung der Versorgungsangebote an die Bedarfe der Patienten, die Schulung der Mitarbeiter und die Erkenntnis, dass die Organisation dem Menschen folgen muss, nicht umgekehrt.

Florence Nightingale hat bereits vor gut 150 Jahren festgestellt: „[Pflege] bedeutet mehr als das Verabreichen von Arzneien und das Anlegen von Umschlägen. Es sollte aber auch die richtige Anwendung von frischer Luft, Licht, Wärme, Sauberkeit und Ruhe sowie die richtige Auswahl und Gabe von Nahrung beinhalten.“

Wie schwierig das alles in Zeiten knapper finanzieller und personeller Ressourcen ist, muss nicht eigens erwähnt werden. Hier ist besonders auch die Politik gefragt.

Demenz als Chance zur Veränderung

Menschen mit demenziellen Veränderungen und ihre Angehörigen gehören in unserer Gesellschaft zu denjenigen, die besonders benachteiligt und schutzbedürftig sind. Menschen mit demenziellen Veränderungen sind auf Grund der Ausprägung ihres Krankheitsbildes in unterschiedlicher Weise von ihren Angehörigen und anderen Menschen abhängig.

Funktionsverluste in Bezug auf Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung, Lernen, Sprache und Urteilsvermögen sind häufig Ursache für viele Verhaltensauffälligkeiten, Missverständnisse und auch Aggressionen. Die Verschlechterung der intellektuellen Kontrolle geht oft mit einer Verschlechterung der gefühlsmäßigen Kontrolle, des Sozialverhaltens und auch der täglichen Aktivitäten (Hygiene, Ankleiden, Essen, Toilettengang) einher.

Im klinischen Akutbetrieb sind deshalb gerade diese Patienten mit der Diagnose/ Nebendiagnose Demenz besonderen Risiken ausgesetzt. Ihr Scheitern ist fast vorprogrammiert. Ihr Bedürfnis ist Entschleunigung - nicht Beschleunigung - und Eingehen auf ihre individuellen, gewohnten Routinen, damit Irritationen und eine Steigerung der Verwirrtheit mit allen Konsequenzen - medikamentöse Sedierung, Fixierung, gestörter oder verlangsamter Heilungsprozess, etc. - präventiv verhindert werden können. Da sind v.a. auch die Angehörigen als Partner des Therapieteam dringend gefragt.

Menschen mit Demenz sind wie ein Seismograph im Krankenhausalltag. Ihr Bewusstsein ist nicht getrübt. Ihr emotionales Erleben vielleicht sogar noch stärker ausgeprägt als bei anderen Patienten. Sie reagieren auf Stress, Unachtsamkeit, störende Worte, unüberlegte Bewegungen, unübersichtliche Strukturen, ständig wechselnde Ansprechpartner oft anders oder für das Personal ungewohnt. Sie binden Aufmerksamkeit und Personal. Nicht selten stören sie durch inadäquates Verhalten wie lautes anhaltendes Rufen und Wandern auch ihre Mitpatienten.

Was sie brauchen ist Geduld, Empathie, Wertschätzung, Förderung des Selbstwertgefühls und Zeit, und davon oft mehr als im stationären Ablauf zur Verfügung steht. Ihr Anker sind vertraute Personen, Angehörige, Freunde oder auch ambulante Pflegekräfte, die sie in ihrem privaten Umfeld umsorgen, und der feste Ansprechpartner, der Alltagsbegleiter oder die Bezugspflegekraft im Krankenhaus.

Menschen mit Demenz sind eine unumkehrbare Herausforderung für jedes Krankenhaus. Sie werden zukünftig noch stärker als bisher in der Versorgung im Akutkrankenhaus eine Rolle spielen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es - und das hat auch das Projekt „Doppelt hilft besser bei Demenz“ gezeigt - einer besseren Vernetzung der Leistungen (stat. Aufnahme, Diagnostik und Therapie) und einer engeren Zusammenarbeit der verschiedenen im Krankenhaus tätigen Disziplinen.

- Alle Mitarbeiter in allen Abteilungen, ob Geriatrie, Urologie, Gynäkologie, Chirurgie oder Innere, müssen auf den Umgang mit Patienten mit Demenz durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen vorbereitet werden, am besten interdisziplinär.
- Tempo und Tagesstrukturierung müssen den Möglichkeiten der Patienten angepasst werden.
- Die Funktionsbereiche sind gefordert ihre Routinen zu überprüfen, sich intern zu vernetzen und abzustimmen, damit die Alltagsroutinen der Patienten Berücksichtigung finden können.
- Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten sind gefordert sich - anders als das bisher oftmals der Fall ist - als Therapieteam zu erleben, das die Angehörigen und Kranken in die Überlegungen zum Therapiekonzept aktiv, in einem verständlichen Rahmen einbezieht und die Überleitungen (stationäre Aufnahme und Entlassung) optimiert und in das Therapiekonzept integriert.
- Die räumlichen Voraussetzungen, z.B. die Krankenzimmer müssen im Hinblick auf eine fördernde Umgebung für Angehörigen-Patientenkontakte bzw. Versorgung überprüft und ggfs. angepasst werden.
- Leicht verständliche Orientierungshilfen sollten im gesamten Haus vorhanden sein.
- Ergänzende Räume/„Wohnbereiche“ für Aktivierende Angebote sollten vorhanden sein.
- Wenn möglich, sollte ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit erfahrenen Mitarbeitern aus stationären Pflegeeinrichtungen, die Vieles schon in ihren Wohnbereichen erfolgreich realisiert haben, etabliert werden.

Mehrwert Demenz

Diese Prozesse und dieser Informationstransfer kommen nicht nur Patienten mit Demenz, sondern allen Patienten zugute, weil die Organisation - wieder neu - lernt, vom Patienten her zu denken. Menschen mit Demenz sind quasi Prüfpatienten für die Versorgungsqualität eines Hauses. Sie zwingen zur Beschäftigung mit den Abläufen und Routinen und zu notwendigen Veränderungen. Die Belohnung folgt meist direkt auf dem Fuße.

So kann der Umgang mit herausforderndem Verhalten besser bewältigt werden oder es kommt erst gar nicht dazu, weil die auslösenden Faktoren vermieden werden können, die Pflege geht schneller von der Hand, weil der Patient unter Anleitung besser mitarbeitet, der Patient schläft nachts durch, weil er über Tag eine klar gegliederte Tagesstrukturierung erfährt, etc.

Stolpersteine?

Knappe Personalressourcen, Arbeitsverdichtung der Pflegenden und fehlende zeitliche Ressourcen sind oft die ersten Argumente, wenn es darum

geht, warum diese Veränderungsprozesse so schwer anzustoßen sind. Doch was ist die Alternative?

Unbestritten ist die Notwendigkeit, dass die Politik auf die entstehenden Bedarfe zeitnah reagieren muss und den Mehraufwand in der Versorgung von Patienten mit Demenz in den entsprechenden Abrechnungsinstrumenten wie DRGs oder PKMS berücksichtigt.

Doch das ist nur die eine Seite der Medaille. Denn, auch wenn mehr Geld ins System fließt, kommen wir auf Dauer nicht an der Erkenntnis vorbei, dass es folgender Faktoren bedarf, wenn die Herausforderungen bewältigt werden sollen:

- Interdisziplinäre Aufstellung und Vernetzung von stationärer Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Überleitungsmanagement
- Regelmäßige Überprüfung der Routinen und Abläufe
- Konsequente Einbindung der Angehörigen ins Versorgungsteam
- Kontinuierliche Schulung aller Mitarbeiter
- Vernetzung nach innen und außen.

Wir alle, die in diesem System arbeiten und wirken, sind letztlich nur dem Einen verpflichtet, nämlich „der Gesundheit unserer Patienten, die oberstes Gebot unseres Handelns sein sollte. Wir sind aufgefordert, jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenzubringen und nicht im Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit zu handeln.“ (Genfer Deklaration des Weltärztebundes (1948).

Die WHO nennt das in ihrer Ottawa Charta (1986) zur Gesundheitsförderung:

- Interessen vertreten - aktiv anwaltschaftlich Eintreten
- Befähigen und ermöglichen - Chancengleichheit gewährleisten
- Vermitteln und vernetzen - zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Interessen vermitteln.

Das ist ein Programm, dem es zu folgen lohnt, auch in unserem ureigenen Interesse.