

„Die beste Hilfe ist die Hilfe mit den Händen in den Hosentaschen“

Der Essener Geriater Professor Dr. Hans Georg Nehen fordert eine veränderte Haltung von Kliniken im Umgang mit alten Patienten. Auch die Einführung Geriatrischer Institutsambulanzen war Thema einer Fachtagung Ende Januar in Köln.

von **Bülent Erdogan**

Die vom Gesetzgeber geplante Einführung von Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) stellt keine Bedrohung für die bisherige ambulante Versorgung älterer Menschen durch Haus- und Fachärzte dar. Diese Ansicht vertritt Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen Nord. Die Ambulanzen könnten „allenfalls einen zusätzlichen Beitrag zum geriatrischen Kompetenztransfer in die ambulante Versorgung leisten“, sagte der Mediziner auf der Veranstaltung „Health Aktuell: Geriatrie 2015“ Ende Januar in Köln.

Geriatrische Institutsambulanzen an Kliniken

Nach § 118a Abs.1 SGB V können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. „Die Ermächtigung ist zu erteilen“, heißt es in dem zum Januar 2013 in Kraft getretenen Passus, „soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.“

Die Institutsambulanzen sind nach den Worten Lübkes nicht vorgesehen als

„Screening-Center oder Früherkennungseinrichtungen, Akutnotfallambulanz, Dauer-versorgungseinrichtungen, in der Regel auch nicht als Therapieeinrichtung oder Weiterbehandlungseinrichtung nach stationärem Aufenthalt“. Dies sei allein schon wegen der vielen Millionen Patienten im Seniorenalter gar nicht möglich.

Stattdessen sollten die Institutsambulanzen bei Patienten mit komplexen geriatrischen Syndromen und mehreren Erkrankungen Hilfestellung für „den idealerweise basisgeriatrisch vorqualifizierten Vertragsarzt“ geben. Niedergelassene sollen Patienten mit besonderen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Erfordernissen bei der GIA vorstellen können und von dieser eine Therapieempfehlung erhalten, sagte Lübke, dessen Zentrum eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ist. Hauptaufgabe der Einrichtung ist nach eigenen Angaben die Systemberatung der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Geriatrie.

Mit der Öffnung der Kliniken reagiert der Gesetzgeber auf die geringe Zahl geriatrischer Schwerpunktpraxen, ihre Zahl liegt laut einer Erhebung des KCG bundesweit bei circa zehn. Eine deutliche Mehrheit der in Deutschland tätigen Geriater ist in Kliniken tätig. Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten ist derzeit Gegenstand von Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die dabei auch das Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft herstellen müssen. Seit Ende November des vergangenen Jahres befinden sich die Verhandlungspartner im Schiedsverfahren. Offene Fragen sind zum Beispiel, ob Patienten eine Überweisung benötigen, ob auch Hausärzte oder nur Fachärzte eine Überweisung an eine GIA veranlassen dürfen und ob weiterbehandelnde Niedergelassene eine von der GIA empfohlene Therapie als Praxisbesonderheit geltend machen können.

Strukturelle Änderungen und einen Einstellungswandel in Klinikabteilungen forderte auf der Tagung Professor Dr. Hans Georg Nehen, Klinikdirektor des Geriatrie-Zentrums Haus Berge in Essen, mit Blick auf kognitiv eingeschränkte Patienten: „Routineabläufe des Krankenhauses überfordern ganz eindeutig die Adaptationsmöglichkeiten eines kognitiv eingeschränkten Patienten. Jede akute Erkrankung kann bei diesen Patienten zu einem akuten Delir führen“, sagte Nehen und ergänzte: „Der größte Risikofaktor für die Entwicklung eines akuten Delirs ist das Standardsystem Krankenhaus.“

Dem Klinik-Delir lässt sich vorbeugen

Als Risikofaktoren nannte der Geriater neben der neuen Umgebung und dem Patienten unbekanntem Untersuchungen auch die Unterbrechung von Mahlzeiten durch Untersuchungen. „Das passiert täglich mehrfach. Die längste Zeit, die ein Patient im Krankenhaus nicht gestört wird, liegt im Durchschnitt bei drei Stunden. Ein kognitiv eingeschränkter Patient kann das nicht mehr nachvollziehen.“

Auch die Medikamente, die zum Einsatz kommen, ob ambulant oder stationär, erhöhen laut Nehen das Risiko älterer Menschen mit kognitiver Einschränkung für ein Delir: „Alle anticholinergen Medikamente beeinflussen die Kognition und verstärken Demenz.“ Die Gefahr für Patienten, ein Durchgangssyndrom zu erleiden, ist auch erhöht, wenn sie Fixierungen ausgesetzt sind, unterernährt in die Klinik kommen oder mehr als drei neue Medikamente einnehmen sollen. „Das ist nicht mehr überschaubar. Man kann Nebenwirkungen und Interaktionen nicht mehr auseinanderhalten. Bei mehr als drei neuen Medikamenten liegt die Fehlerquote bei der Einnahme bei mehr als 50 Prozent.“ Auslöser für ein Delir kann auch das Legen eines neuen Blasenkatheters sein. Gefährdet sind zudem Menschen mit einer Sehbehinderung.

Wie kann diesen Patienten in der Klinik geholfen werden? „Eine Option ist die Geriatrie-Schwester, die den Patienten

prä- und postoperativ begleitet und als ständige Bezugsperson beisteht“, sagte Nehen. So sollte der Patient nach der OP im Aufwachraum von dieser Schwester begrüßt und orientiert werden. Diese Schwester sollte dem Patienten dann auch persönliche Gegenstände wie Brille, Hörgerät, Prothese oder Schmuck aushändigen. So könne dem Patienten ein hohes Maß an Sicherheit gegeben werden. Nehen: „Die Vermittlung von Geborgenheit ist sehr wichtig. Der Patient kommt mit einer Erkrankung in eine ihm fremde, unbekannt Situation.“

Anleitung statt Minutenpflege

Alle Mitarbeiter sollten zudem im Umgang und der Kommunikation mit Demenzkranken geschult werden, sagte Nehen: „Es macht überhaupt keinen Sinn, bei einem dementen Patienten an den Verstand oder das Gedächtnis zu appellieren nach dem Motto: ‚Das habe ich Ihnen doch gesagt. Haben Sie das schon wieder vergessen?‘ Das kann nicht klappen, im Gegenteil: Eine solche Kommunikation wird den Patienten noch mehr in Angst treiben.“

Eine Möglichkeit, Risikopatienten zu erkennen, ist der ISAR-Check (Identification of Seniors at Risk) aus Kanada, führte Nehen aus. Der Test fokussiert auf Erkrankte, die älter als 75 Jahre sind. Ein weiteres Screening-Instrument wird im Kanton Bern angewendet (www.gef.be.ch). „Es ist ungeheuer wichtig zu erkennen, welcher Patient ein hohes Risikoprofil hat“, sagte Nehen.

Ein solches Eingangs-Assessment fordert auch der Krankenhausrahmenplan 2015 der nordrhein-westfälischen Landesregierung ein: „Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung ist eine entscheidende Weichenstellung“, heißt es in dem 162 Seiten umfassenden Dokument. „Hier müssen die vulnerablen geriatrischen Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. Viele Patientinnen und Patienten, für die eine geriatrispezifische Behandlung angezeigt wäre, werden bisher nicht in ausreichendem Maß als solche erkannt. Zur gestuften Identifikation ist zunächst ein möglichst einfaches Screeningverfahren, das das Pflegepersonal bei der Aufnahme durchführen kann, einzusetzen. Ein solches Screening muss bei jeder Krankenhausaufnahme von Patientinnen und Pa-

tienten ab dem 75. Lebensjahr zur Verfügung stehen. Es wäre sinnvoll, das Screening bereits durch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte durchzuführen.“

Auch die Zeit, die für den Patienten zur Verfügung steht, spielt für Nehen eine entscheidende Rolle. „Natürlich kann man einen Patienten schnell waschen, rasieren oder ihm das Essen reichen. Man kann ihn aber auch anleiten und das, was der Patient kann, auch selber machen lassen. Die beste Hilfe ist die Hilfe mit den Händen in den Hosentaschen.“ Viele Angehör-

er kennen zu können, dass es sich bei dem Objekt vor ihm um eine Treppe oder einen Stuhl handelt. Für den Patienten ist das ganz entscheidend.“

Das auf der Station eingesetzte Personal sollte laut Nehen immer freiwillig dort tätig und der Einrichtung fest zugeordnet sein. „Da kann man niemanden hinschicken und sagen: Du musst jetzt auf diese Station. Wir hatten noch nie Probleme mit der Besetzung von Stellen. Die Schwestern erleben ihre Tätigkeit auf diesen Stationen wieder als echte, erfüllende Kranken-



Foto: Syldavia/istockphoto.com

rige klagten darüber, dass die Patienten zwar die Akutbehandlung erfolgreich hinter sich gebracht hätten, aber das, was sie früher konnten, verloren hätten.

20 Spezialstationen in Deutschland

Neben diesen allgemeinen Empfehlungen stellte Nehen auf der Fachtagung auch das Konzept der Spezialstationen für mobile Demenzkranke und kognitiv eingeschränkte Patienten vor. Von diesen Stationen gibt es bundesweit circa 20. Sie müssen nach Ansicht von Nehen speziellen Anforderungen genügen, wie sie auch von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie als obligat angesehen werden: So sollte die Station für zwölf bis 18 Patienten von der geriatrischen Klinikabteilung räumlich getrennt und in geschützten Räumen organisiert, aber nicht abgeschlossen sein. Es sollte einen eigenen Therapie- und Aufenthaltsraum geben. Die Station sollte über ein Farb-, Licht- und Raumkonzept verfügen. Nehen: „Ein alter Patient benötigt 500 Lux, um sicher

pflege.“ Zusätzlich zum Basis-Assessment sollten die Mitarbeiter auch das Sturzrisiko oder die Schmerz- und Ernährungssituation einschätzen – ebenso besondere biografische oder soziale Faktoren. Dazu können auch Kriegstraumata zählen, die sich als Posttraumatisches Belastungssyndrom im Krankenhaus wieder manifestieren können. Im Idealfall sollte sich auch die Architektur an den Bedürfnissen von Demenzkranken ausrichten. Nehen: „Eine Station sollte sich von selbst erklären.“

Befragungen in den Spezialstationen hätten gezeigt, dass dort weniger Psychopharmaka zum Einsatz kämen, ebenso weniger Sedierungen erfolgten. „Auf diesen Stationen ist so gut wie nie ein Patient fixiert worden. Was das für die Lebensqualität eines Patienten bedeutet, kann man sich leicht ausmalen“, sagte Nehen, der vor einer zu großzügigen Stellung der Diagnose Demenz warnte: „Mittlerweile habe ich den Eindruck, die Diagnose ist zur Mode geworden.“ Ein Großteil der diagnostizierten Patienten habe indes keine Demenz, sondern ein kurzzeitiges Delir.