



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Ge
sund
heits
konferenz
Düsseldorf

Düsseldorfer Gesundheits- konferenz und Pflegekonferenz

Psychische Störungen bei somatischen
Erkrankungen älterer Menschen



Fachtagung 30. Januar 2008

Impressum

Herausgeber:

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz,
Pflegekonferenz
und
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des
Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA)
Ulenbergstr. 127-131
40225 Düsseldorf
Telefon (0211) 3101-0
Telefax (0211) 3101-1189
Email poststelle@liga.nrw.de

Gestaltung und Satz
LIGA.NRW Düsseldorf 2008

Redaktion:

Herbert Brand
Holger Pfeiffer
(Kapitel 0 bis 4, 5.2 und 5.3)
Katja Strathen-Neuhäuser
(Kapitel 5.1 - 5.3)

Fotos:

Ingo Lammert

© LIGA 2008

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes.

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Psychische Störungen bei somatischen
Erkrankungen älterer Menschen

Inhalt

- ❶ **Eröffnung, Begrüßung und Einführung in das Thema**
Beigeordneter Wilfried Kruse
Gesundheitsdezernent und Moderator der Gesundheitskonferenz
- ❷ **Anlass und Aufbau der Veranstaltung**.....
PD Dr. med. Tillmann Supprian
Abteilung Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Düsseldorf,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- ❸ **Alzheimer - Schicksal oder Herausforderung als Folge des demografischen Wandels?**.....
Prof. Dr. Wolf D. Oswald
Forschungsgruppe Prävention und Demenz am Institut für
Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg
- ❹ **Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs**
Dr. Simone Gurlit
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin,
St. Franziskus-Hospital, Münster
- ❺ **Behandlungs- und Pflegeverweigerung in juristischer Betrachtung**
Elmar Bergmann
Richter am Amtsgericht Mönchengladbach-Rheydt
- ❻ **Workshops und Handlungsempfehlungen**
6.1 Workshop 1
Prävention von psychischen Dekompensationszuständen in stationären Einrichtungen
Moderation:
Dr. Barbara Höft
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Düsseldorf,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
PD Dr. Herbert F. Durwen
Klinik für Akut-Geriatrie, St. Martinus-Krankenhaus, Düsseldorf

6.2 Workshop 2

Psychiatrische Versorgung in somatischen Krankenhäusern

Moderation:

Dr. med. Wolfgang Wittgens M.A.

Abteilung für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie,

Krankenhaus Elbroich,

Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH, Düsseldorf

6.3 Workshop 3

Informationstransfer im Behandlungs- und Pflegeprozess

Moderation:

Dr. med. Andre Schumacher,

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Düsseldorf

① Eröffnung, Begrüßung und Einführung in das Thema

**Beigeordneter Wilfried Kruse
Gesundheitsdezernent und Vorsitzender
der Gesundheitskonferenz**



Diese Fachtagung zum Schwerpunkt Gerontopsychiatrie wurde, wie schon einmal eine vergleichbare Tagung im Jahre 2002, von der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und der Pflegekonferenz gemeinsam organisiert. Schon hierdurch wird die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Zugangs zum Thema „Gesundheit im Alter“ im Allgemeinen und zur sektorübergreifenden gerontopsychiatrischen Versorgung im Besonderen deutlich.

Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz beschäftigt sich bereits seit 1995 thematisch mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung älterer Menschen in Düsseldorf. Aufgrund der damaligen Erkenntnis, dass psychiatrische Erkrankungen und Probleme älterer Menschen in unserer Gesellschaft nur sehr unzureichend wahrgenommen werden, hatte die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 1999 beschlossen, die Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ einzurichten, um sich verstärkt dieser Thematik zu widmen. Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von demenzkranken Menschen wurde in der Pflegekonferenz ebenfalls eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Heute ist die mit dem demografischen Wandel verbundene Problematik einer medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen erkannt und wird in der Fachöffentlichkeit diskutiert.

So ist das Thema „Gesundheit im Alter“ bereits seit dem Jahr 2005 als Querschnittsthema in der Umsetzung der Landesgesundheitsziele NRW zu berücksichtigen. Auch die Landesgesundheitskonferenz NRW hat ihre EntschlieÙung im November 2007 zum Thema „Gesundheit im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ verabschiedet.

Während der Anstieg der Lebenserwartung in der Vergangenheit zum großen Teil auf die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit an Infektionserkrankungen im Kindesalter zurückzuführen war, ist heute eine höhere Lebenserwartung auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen im höheren Alter zurückzuführen. Für NRW wird sich der Bevölkerungsanteil der 65-jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung von 18,7 % im Jahr 2005 auf 29,3 % im Jahr 2050 erhöhen, die Anzahl der 80-jährigen und Älteren wird sich im gleichen Zeitraum nahezu verdreifachen. Der demografische Wandel verändert die Anforderungen an das Gesundheitswesen und die Sozialsysteme. Die zentrale Erwartung an die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsstrukturen, insbesondere auf kommunaler Ebene, ist die Sicherstellung einer eigenständigen, selbstbestimmten Lebensführung und Gewährleistung der individuellen Lebensqualität bis ins hohe Alter. Bedingt durch den demografischen Wandel müssen zukünftig mehr ältere Menschen als bisher versorgt werden. Es ist davon auszugehen, dass damit auch eine Zunahme an typischen Alterskrankheiten im psychischen Bereich einhergeht. Im höheren Lebensalter treten zudem bei somatischen Erkrankungen zunehmend psychische Störungen auf. Die Krankenhausdiagnose-Statistik zeigt für die Diagnosegruppe der psychischen Störungen und der Verhaltensstörungen bei der Altersgruppe der 65 bis 84-jährigen in Düsseldorf eine Steigerung von 1090 diagnostizierten Erkrankungen im Jahr 2000 auf 1296 im Jahr 2005. Weitergehende Datenauswertungen der psychischen Zweitdiagnosen bei somatisch indiziertem Krankenhausaufenthalt liegen in Nordrhein-Westfalen aktuell leider nicht vor.

Zur bestmöglichen Versorgung des Patienten ist es erforderlich, dass Ärzte, Sozialdienste und Pflegepersonal, die den Patienten aufgrund einer somatischen Erkrankung versorgen, wissen, wie sie mit den Symptomen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung umgehen, damit der Patient in seiner Ganzheit betrachtet, verstanden und versorgt werden kann. Hierbei ist es wichtig, zum Wohle von Patientinnen und Patienten einheitliche Verfahrensweisen zur Weitergabe notwendiger Informationen und Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Eine enge Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Akteure ist dabei unerlässlich. Für die tägliche Arbeit in der Versorgung älterer Menschen ist die Vernetzung von somatischen und psychischen Versorgungsangeboten im Sinne eines multiprofessionellen Ansatzes zwingend notwendig.

Die heutige Fachtagung soll dazu beitragen zu erkennen, inwieweit die Versorgungsstrukturen unserer Stadt bereits auf die wachsende Generation älterer Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet sind und in welchen Bereichen noch Handlungsbedarf besteht. Auch die Prävention und Vermeidung psychischer Störungen sollte uns ein Anliegen sein.

Ich hoffe, dass wir heute neue Anregungen und Erkenntnisse für unsere zukünftige Arbeit erlangen können. Das Ziel einer zukunftsorientierten, ganzheitlichen Versorgung in Düsseldorf, das sowohl die Gesundheits- als auch die Pflegekonferenz verfolgt, sollte die Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Düsseldorf sein.

Mein besonderer Dank gilt allen, die bei der Vorbereitung und Durchführung dieser Fachtagung mitgewirkt haben. Herr PD Dr. Supprian wird die Veranstaltung moderieren und Sie nun durch das weitere Programm führen.

② Anlass und Aufbau der Veranstaltung

PD Dr. med. Tillmann Supprian
Abteilung Gerontopsychiatrie,
Rheinische Kliniken Düsseldorf,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf



Im Jahr 1995 erschien in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ eine Arbeit von Herrn Professor Arolt, der jetzt den Lehrstuhl für Psychiatrie in Münster bekleidet, unter dem Titel „Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten“. Arolt stellte in diesem Artikel eine Untersuchung an zwei Krankenhäusern in der Stadt Lübeck vor, bei welcher die Punkt-Prävalenz psychischer Störungen ermittelt wurde. Die Untersuchung wurde durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen einer Stichtagserhebung durchgeführt. Dabei wurden 400 Patienten untersucht, 200 in internistischen und 200 in chirurgischen Abteilungen. Schon damals war die Altersverteilung der untersuchten Patienten eindrucksvoll, indem der Median der Gesamtstichprobe bei 66 Jahren lag, über 50 % der Patienten waren älter als 65 Jahre. Wie Sie alle wissen, wird sich diese Problematik in den nächsten Jahren weiter zuspitzen, der Anteil älterer Menschen in unserer Bevölkerung wird wachsen und insbesondere in den Kliniken wird der Anteil älterer Menschen mit stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen weiter steigen.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung von Arolt und Kollegen war die Verteilung der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen in der untersuchten Stichprobe. Insgesamt wurde eine Punkt-Prävalenz von psychischen Störungen mit 46,5 % evaluiert. Die häufigste Krankheitsgruppe bildeten in dieser Untersuchung organische psychische Störungen, unter denen mit 12,3 % die Demenz-Erkrankungen die häufigste Erscheinungsform bildeten. Es folgten psychogene Störungen v. a. Anpassungsstörungen, gefolgt von affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Auch wenn diese Untersuchung nun mehr als 10 Jahre zurückliegt, so kann kein Zweifel daran sein, dass sich an der Problematik nichts geändert hat, sondern dass sie sich vielmehr noch zuspitzen wird. Nicht nur in den psychiatrischen Kliniken wird man sich über den wachsenden Anteil psychisch kranker älterer Menschen Gedanken machen müssen, auch in den somatischen Einrichtungen und den Pflegeeinrichtungen wird der Anteil psychisch kranker älterer Menschen weiter wachsen und effiziente Behandlungskonzepte müssen diesem demografischen Druck angepasst werden. Unsere gemeinsame Fachtagung hat das Ziel, die bereits bestehenden und durchaus guten Versorgungsangebote unter diesem Aspekt zu beleuchten und mögliche Verbesserungspotentiale zu eruieren.

Zu unserer großen Freude ist es uns gelungen, ausgewiesene Experten als Referenten für die Impulsreferate zu Beginn der Fachtagung zu gewinnen:

Herr Professor Oswald aus Erlangen führt uns mit einem Einleitungsreferat zur demografischen Situation in die Thematik ein, Frau Dr. Gurlit aus Münster stellt anschließend ein Erfolgsmodell vor, das richtungsweisend ist und das kürzlich auch mit dem FOPPAM-Preis auf Bundesebene gewürdigt wurde. Danach wird uns Herr Richter Bergmann aus Mönchengladbach das besonders schwierige Themengebiet der Behandlungs- und Pflegeverweigerung aus juristischer Sicht aufzeigen, das gerade im Bereich der Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen immer wieder Versorgungsprobleme aufwirft.

Anhand dieser Impulsreferate wollen wir uns auf die Thematik der drei Workshops vorbereiten, in denen die Erstellung von Handlungsempfehlungen für die Stadt Düsseldorf bezüglich der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen in somatischen Kliniken vorbereitet werden soll:

Frau Dr. Höft und Herr Dr. Durwen werden sich im Workshop 1 mit der Prävention von akuten Dekompensationszuständen in den stationä-

ren Einrichtungen befassen. Dieser Workshop knüpft sehr gut an den Vortrag von Frau Dr. Gurlit an. Im Workshop 2 wird Herr Dr. Wittgens das außerordentlich wichtige Thema der konsiliarärztlichen Betreuung und Liaison-Arbeit in somatischen Krankenhäusern aufgreifen und Herr Dr. Schumacher wird im Workshop 3 den Informationstransfer in der Behandlungskette in den Mittelpunkt der Arbeit stellen. Ich bin sicher, dass Sie zusammen mit den Moderatoren der Workshops - nach intensiver und konstruktiver Arbeit - Vorschläge für Handlungsempfehlungen erarbeiten werden, die wir dann den zuständigen Gremien der Stadt Düsseldorf in einem Bericht vorlegen können.

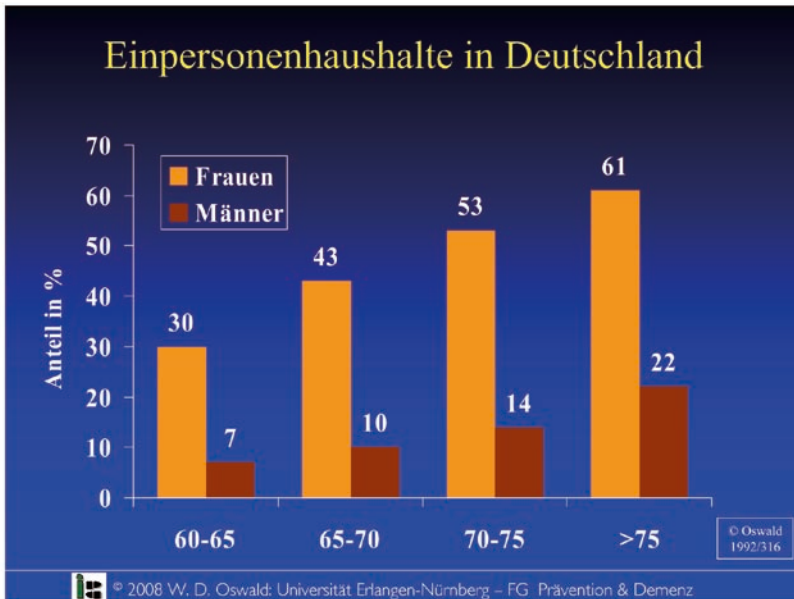
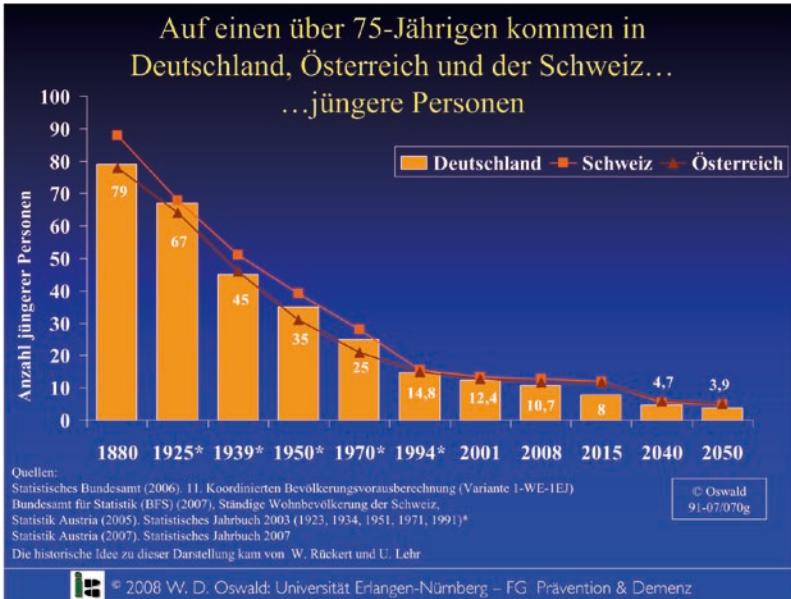
③ Alzheimer - Schicksal oder Herausforderung als Folge des demografischen Wandels?

Prof. Dr. Wolf D. Oswald
Forschungsgruppe Prävention und Demenz am
Institut für Psychogerontologie der Universität
Erlangen-Nürnberg



Wenn man überlegt, ob Präventionsmaßnahmen für Alzheimer einen Sinn machen, dann muss man sich als erstes die Frage stellen, ob die bisherigen Versorgungssysteme im Altenbereich in Zukunft überhaupt noch funktionieren werden. An dieser Stelle zeigt ein Blick in die demografische Entwicklung, dass wir sie uns in Zukunft nicht mehr leisten können. Hilfe zur Selbsthilfe wird in Zukunft deshalb das Motto sein müssen, und deswegen bekommt auch ein Hirntraining so einen hohen Stellenwert.

Im Jahre 1880, also vor fast 130 Jahren, kamen auf einen über 75-jährigen in Deutschland 79 jüngere, d. h. 79 potenzielle Pflegekräfte, im Jahr 2001 waren das nur noch 12,4 und im Jahr 2040 werden es nur noch 6,2 sein. Mit den 6,2 wird es nicht mehr funktionieren, denn wir brauchen ja noch einen Teil der Bevölkerung zum, sagen wir, Brötchen backen, zum Straßenbahn fahren oder für sonstige andere Dienstleistungen. Es wird nicht mehr möglich sein, für die vielen Alten die entsprechende geforderte Anzahl an Pflegekräften überhaupt bereit zustellen. Es ist also nicht in erster Linie eine Frage des Geldes, sondern es ist in erster Linie in Zukunft eine Frage des Personals.



Verstärkt wird das ganze Problem noch dadurch, dass die Ein-Personen-Haushalte dramatisch zunehmen werden und die sogenannten Sandwich-Töchter dramatisch abnehmen. Unter Sandwich-Töchter verstehen wir jene Töchter im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, die in der Regel die eigenen Enkelkinder versorgen sollen und gleichzeitig ihre Eltern, und wenn sie Pech haben, auch noch die Eltern der Eltern. In allen Industrienationen nimmt die Zahl dieser „Töchter“ dramatisch ab. Also auch hier wird eine große Lücke entstehen. Parallel dazu wird die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls drastisch abnehmen.

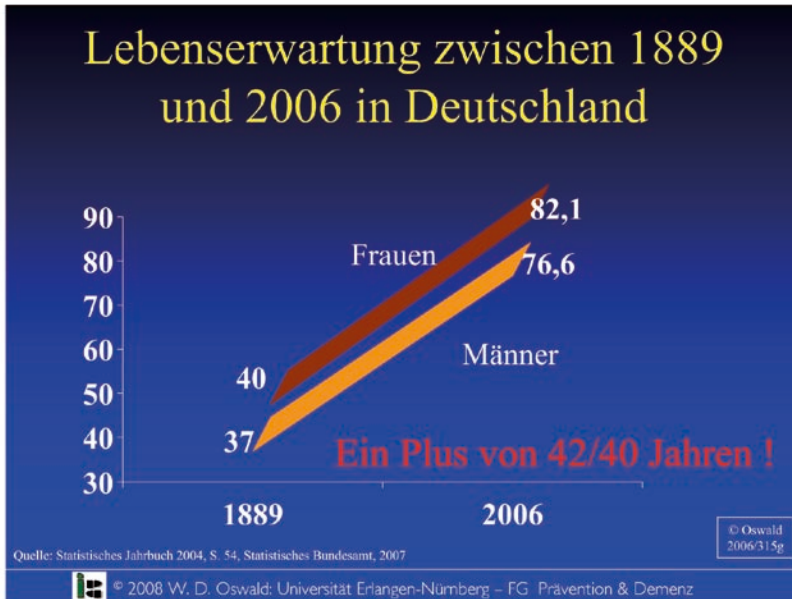
Unsere Schätzungen gehen im Augenblick dahin, dass wir bis zum Jahre 2050 weniger werden: Von derzeit 83 Millionen sinkt die Bevölkerungszahl auf ungefähr 68 Millionen. Das ist zunächst einmal weiter nicht dramatisch, denn es hat sicherlich auch diverse Vorteile: Man wird vielleicht auf der Autobahn mehr Platz haben, oder im Wald kann man allein ruhige Wanderungen unternehmen. Aber damit verbunden ist natürlich auch eine dramatische Unterversorgung mit Pflegepersonal. Und deswegen: Hilfe zur Selbsthilfe wird das Motto der Zukunft sein.

Nun lesen wir immer wieder in der Zeitung, dass an all diesen Problemen die gestiegene Lebenserwartung Schuld sei. Ich möchte auch hierzu einige Anmerkungen machen, die das vielleicht ein bisschen relativieren.

Anmerkungen zur Lebenserwartung

Natürlich ist in den letzten 120 Jahren die Lebenserwartung um knapp 40 Jahre insgesamt gestiegen. Man muss sich aber im Klaren sein, von welcher Lebenserwartung man hier eigentlich spricht. Gemeint ist die Lebenserwartung eines neugeborenen Kindes. Nun fließt natürlich in diese Zahl mit ein, dass wir im Jahre 1880 eine massiv hohe Säuglingssterblichkeit und auch Müttersterblichkeit hatten. Und allein die Maßnahme, dass Herr Semmelweis – einer der bedeutendsten Medizinforscher in Deutschland – den Ärzten vorgeschlagen hat, sie möchten sich vor der Geburt die Hände in einer Kalkbrühe waschen, hat dazu geführt, dass zwischen den Jahren 1889 und 1901 die Lebenserwartung um 20 Jahre gestiegen ist. Das ist der eine Aspekt.

Wenn man solche Faktoren aber weglässt und sich jene Kennwerte anschaut, die die Statistiker eigentlich interessieren, nämlich die sogenannte fernere Lebenserwartung, dann stellt man zu seiner großen Überraschung fest, dass die in den letzten 100 Jahren eigentlich kaum gestiegen ist.



Ich will auch hier ein paar Zahlen nennen. Zwischen 1901 und 1998 ist die fernere Lebenserwartung eines 70-jährigen, d. h. die Lebenserwartung, die ein 70-jähriger noch hat, bei den Männern in den vergangenen 100 Jahren um gerade mal 3,9 Jahre gestiegen. Und jetzt zu folgern, dass die gestiegene Lebenserwartung uns die ganzen Probleme beschert hat, das ist sicherlich falsch. Denn das heißt ja nichts anderes: Wenn jemand vor 100 Jahren aus dem Größten heraus war, dann hat er im Endeffekt eine Lebenserwartung gehabt wie wir heute. Und auch die ganzen Annahmen, die man immer wieder in der Zeitung liest, dass wir jedes Jahr um so und so viel Jahre älter werden, die werden eigentlich von den Wissenschaftlern so nicht geteilt. Im Gegenteil: In einigen Bereichen, z. B. bei den tödlich verlaufenden Lungenentzündungen, haben wir bereits eine Zunahme jährlich von 5 %. Also die Lebenserwartung wird jetzt eher stagnieren.

Warum ich das alles am Anfang erzähle? Ich erzähle das deswegen, weil das natürlich mit Alzheimer etwas zu tun hat. Denn Alzheimer ist eindeutig mit dem Alter korreliert. Und wenn unsere Gesellschaft insgesamt relativ gesehen mehr Ältere als Jüngere hat, dann werden natürlich auch in diesem Bereich dramatische Zustände eintreten. Aber bevor wir jetzt uns mit den Details in Sachen Alzheimer beschäftigen, wäre zunächst einmal zu klären, was verstehen wir überhaupt unter einer Demenz und was verstehen wir unter Alzheimer?

Begriffsklärung: Demenz und Alzheimer

Der Begriff Demenz wird als Oberbegriff für unterschiedliche Krankheiten benutzt, wie z. B. Alzheimer. Was sind die wichtigen Symptome, die unter diesen Begriff fallen? Also, man spricht von einer Demenz, wenn z. B. eine erhöhte Vergesslichkeit vorliegt, die zu, und nun kommt das Entscheidende, deutlichen Störungen im Alltagsleben führt. Also es geht nicht darum, dass jemand über sein schlechtes Gedächtnis klagt, denn auch viele Jugendliche haben ein schlechtes Gedächtnis, auch viele ältere natürlich, es kommt auf die starken Veränderungen an, die wir beobachten. Diese zunehmende Vergesslichkeit, die sich im Alltag auswirkt, muss seit mindestens sechs Monaten vorliegen und andere organische Ursachen sollten ausgeschlossen sein. Dann spricht man von einer Demenz.

Nun gibt es natürlich unterschiedliche Demenzen. Wir unterscheiden zwei große Gruppen: die reversiblen und die irreversiblen. Reversibel heißt, die heilbaren Demenzen, und irreversibel heißt, die nicht heilbaren Demenzen. Auf die irreversiblen komme ich gleich noch zu sprechen. Mir liegen aber gerade diese reversiblen Demenzformen sehr am Herzen, weil wir als Konsequenz davon, wann immer solche Symptome, wie ich sie eben beschrieben habe, auftreten, eigentlich nicht in eine Art Nihilismus verfallen sollten, der sich hier und da breit macht, der gestaltet, dass man sagt, da kann man sowieso nichts tun – bis zu 30 % der Bevölkerung leiden an dieser reversiblen Form. Betroffene sollten sich informieren bei Spezialisten, die man etwa im Telefonbuch unter dem Schlagwort „Memory-Klinik“ oder „Gedächtnisambulanz“ oder „Gedchtniszentrum“ findet. Oder man schaut im Telefonbuch unter der Adresse der Alzheimer-Gesellschaft nach und lässt sich dort die richtige Anlaufstelle geben.

Was verstehen wir nun genau unter reversiblen oder heilbaren Demenzen, gegen die man etwas tun kann, was haben die für Ursachen? Da steht an allererster Stelle die Arzneimittel-Vergiftung. Das ist so eine Geschichte, die man eigentlich nicht für möglich hält, aber die leider sehr häufig vorkommt. Viele ältere Menschen lassen sich von verschiedenen Ärzten behandeln und bekommen auch verschiedene Medikamente verschrieben. Und niemand pruft, ob die nun gut zueinander passen. Und dann kommt ja häufig auch noch so etwas wie eine Selbstmedikation hinzu, und dann kann man sich vorstellen, dass das irgendwann zu einer sehr giftigen Mischung führen kann. Hier kann man natürlich nicht selber etwas tun, man sollte seine Ärzte fragen. Der Entzug aller nicht unbedingt lebensnotwendigen Arzneimittel hilft hier

häufig und wirkt fast wie ein Wunder. Als zweite häufig vorkommende Ursache gilt die Exikose. Unter Exikose verstehen wir die Austrocknung. Mit zunehmendem Lebensalter wird immer weniger getrunken. Wenn wir weniger trinken, dann führt dies dazu, dass unser Blut sozusagen eindickt, die Blutplättchen nicht mehr den Sauerstoff richtig transportieren können und so kommt es auch zu demenz-ähnlichen Zuständen. Ich könnte die Liste jetzt noch eine ganze Weile so weiterführen, aber das waren die zwei wesentlichsten Ursachen für solche reversiblen Demenzen und ich kann es nur noch mal wiederholen, das kann bis zu 30 % betreffen und man sollte hier einen Spezialisten aufsuchen.

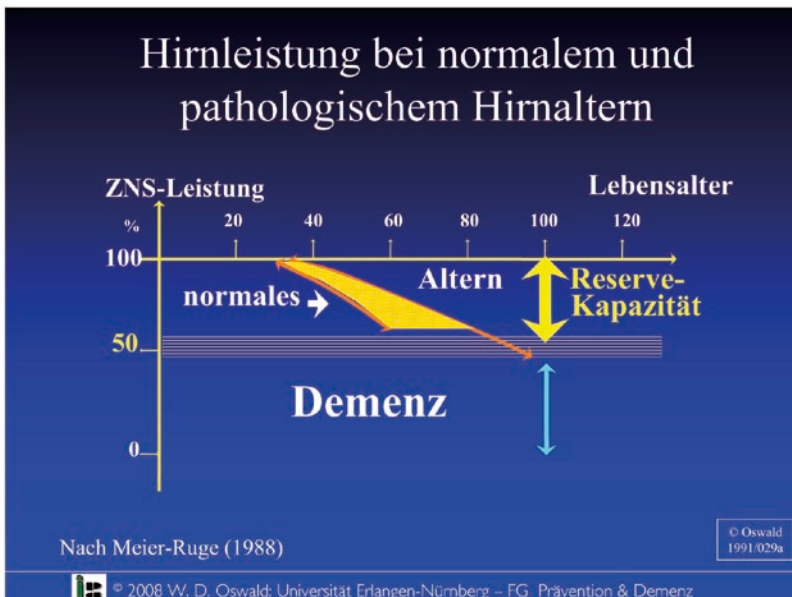
Nun kommen wir zu den eigentlichen Demenzen - den irreversiblen -, die bis heute nicht heilbar sind. Natürlich gibt es da unterschiedlichste Ursachen, aber in der Wissenschaft hat sich in den letzten Jahren deutlich die Meinung durchgesetzt, dass hinter allem, eigentlich hinter jeder Demenzform, was immer wir beobachten, Alzheimer steht. Und Alzheimer wird nur manchmal überlagert z. B. durch vaskuläre Veränderungen, die früher einen viel, viel höheren Stellenwert hatten. Früher hat man häufig davon gesprochen, dass ältere Menschen deswegen dement werden, weil sie verkalken. Wir wissen heute, dass dies zusätzlich zu Alzheimer bei maximal 30 % der Fall sein kann.

Lassen sie mich einige Aspekte über Alzheimer und die Alzheimersche Krankheit hier darlegen, damit uns auch klar wird, wo wir eigentlich ansetzen müssen, wenn wir Prävention betreiben wollen. Alois Alzheimer kommt aus dem Fränkischen, ist geboren in Marktbreit in der Nähe von Würzburg und hat in Würzburg und in Frankfurt gearbeitet und gelehrt. Und erstmalig hat er an einer knapp 50-jährigen Patientin, der Auguste D., diese Krankheit, die wir heute als Alzheimer bezeichnen, beschrieben. Wir wissen durch die Forschungen in den letzten Jahren, dass eigentlich der Beginn von Alzheimer in der Jugendzeit liegt. Vor zwei Jahren noch ging man davon aus, dass der Beginn so etwa um das 30. Lebensjahr liegt, heute sagen wir, wahrscheinlich hat er mit dem Ausgang der Pubertät zu tun. Das Modell, dem die Wissenschaft dabei nachgeht, ist ein Kontinuitätsmodell. Zwischen „gesund“ und „krank“ gibt es ein großes Kontinuum, d. h. die ersten kleinen Hinweise in Richtung Alzheimer treten bei jedem von uns und ohne Ausnahme schon in der Pubertät auf. Aber zum Ausbruch der Krankheit kommt es erst dann, wenn alle anderen Kompensationsmechanismen zusammenbrechen, und bis dorthin ist es ein sehr weiter Weg.

Beginn von Alzheimer in der Jugendzeit

Was passiert nun eigentlich ab der Pubertät oder ab dem 30. Lebensjahr? Es ist keineswegs so, dass bei Alzheimer das gesamte Gehirn betroffen ist. Sondern es ist eher so, dass zwei Areale besonders in Mitleidenschaft gezogen werden: Die Frontal- und Schläfenlappen und gleichzeitig der Hippocampus, das ist ein Areal, das sich in der Mitte unseres Gehirns in tieferen Schichten befindet. Und was passiert nun dort? Dort degenerieren Hirnzellen. Wir gehen heutzutage davon aus, pro Sekunde ist jeweils eine Hirnzelle betroffen. Warum degeneriert diese Hirnzelle? Was macht sie? Sie degeneriert deswegen, weil sie keinen Brennstoff mehr bekommt. Und der Brennstoff der Hirnzelle ist die Glukose. Und nun macht die Hirnzelle das, was wir auch machen würden, wenn wir in unserem Wohnzimmer sitzen und die Heizung fällt auf Dauer aus. Wir würden uns einen Ofen zulegen und nun langsam beginnen, die Einrichtung zu verheizen.

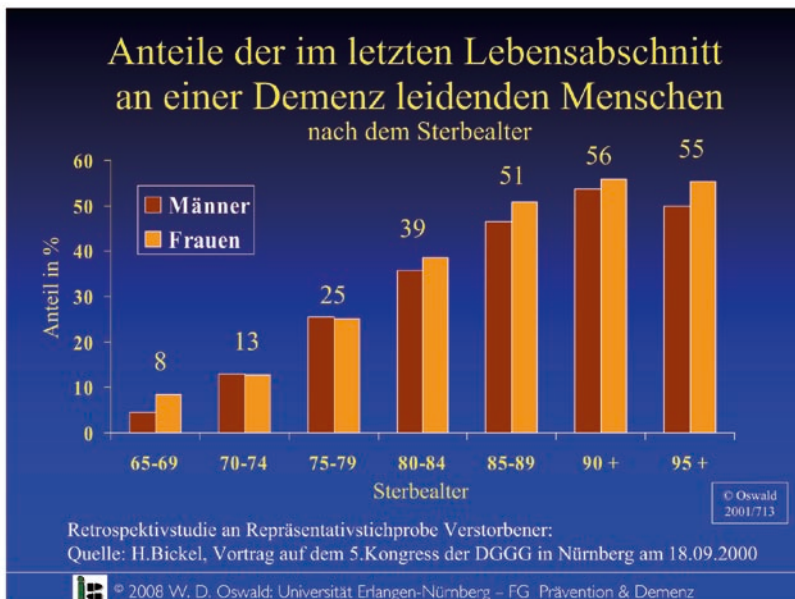
Im Frontallappen wird die Einrichtung der Hirnzelle komplett „verheizt“. Es bleiben nur die äußeren „Mauern“ übrig. Im zentralen Bereich ist es ein bisschen anders, dort wird die Einrichtung nicht komplett verheizt. Wie bei einem großen Brand bleibt bei diesem neuronalen Prozess eine Menge Müll übrig. Und weil die Hirnzelle sich ähnlich verhält wie eine gute Hausfrau, will sie ab und zu Großreinemachen – und die Nachbarzelle auch. Beide schaffen den Müll vor die Tür. Und dann bilden sich diese sogenannten Beta-4-Amyloide oder diese „Spaghettis“



aus, die man auch in den neuen bildgebenden Verfahren sichtbar machen kann.

Warum erzähle ich Ihnen das? Ich erzähle diese Vorgänge deswegen, weil ich vorher sagte, dass der normale Verlauf so aussieht, dass pro Sekunde eine Hirnzelle degeneriert. Nun gibt es aber auch Personen, bei denen beträgt die Progression nicht eine Sekunde, sondern 1,1 Sekunden. Und dies führt dazu, dass man mindestens 100 Jahre alt werden muss oder noch älter, um Alzheimer zu bekommen. Die Unglücklichen dagegen, die eine Progression von 0,9 Sekunden haben, werden wie Auguste D. von Herrn Alzheimer schon mit 50 oder 60 Jahren die Krankheit bekommen. Und hier liegt genau der Schlüssel für alle Präventionsmaßnahmen. Gelingt es uns, Einfluss zu nehmen auf diese Progression, gelingt es uns, das Verbrennen der einzelnen Hirnzelle zu verlangsamen, dann können wir den Ausbruch der Krankheit verzögern und wir sterben womöglich vor dem Ausbruch der vollen Symptomatik an einer Lungenentzündung oder an einer anderen Krankheit.

An dieser Stelle auch noch ein paar Zahlen, damit uns deutlich wird, was das gesellschaftspolitisch bedeutet: Wir wissen, aus Ex-Postuntersuchungen Gestorbener, dass 51 % der über 85-jährigen Frauen Alzheimer hatten. D. h. jede zweite Frau wird zwischen dem 80. und dem 90. Lebensjahr, wenn sie das erlebt, Alzheimer bekommen.



Bei den Männern ist es etwas günstiger, dort sind es nur 48 %. Auf diesem Hintergrund sind nun viele Studien gemacht worden, die zeigen wollen, wie wir Einfluss nehmen können auf diese Progression.

Dabei hat sich herausgestellt, dass der wichtigste Faktor die Bildung darstellt. Derjenige, der ein Leben lang eine anspruchsvolle Tätigkeit und gleichzeitig auch eine hohe Schulbildung hatte, hat generell ein erheblich geringeres Risiko oder wird wesentlich später Alzheimer bekommen. An dieser Stelle setzt nun eine ganze Reihe großer epidemiologischer Studien ein. Epidemiologische Studien sind Studien an 20 bis 30.000 Personen, die man über viele Jahre weiterverfolgt. Und in all diesen Studien wurden die Teilnehmer/innen immer befragt, was sie eigentlich in ihrer Freizeit so treiben, dann hat man 10 oder 15 Jahre gewartet und hat ausgezählt wie viele in der Zwischenzeit eine Demenz bekommen haben. Und dann hat man nun im Nachhinein geprüft, wie hängt das zusammen mit der Aktivität oder Nichtaktivität des vorangegangenen Lebens. Da zeigte sich: Diejenigen, die einen anspruchsvollen Beruf hatten, also die jeden Tag irgendetwas Neues tun mussten und nicht in Routine erstickten, waren eindeutig im Vorteil.

Einfluss von Aktivitäten auf demenzielle Erkrankungen

Auch diejenigen, die viele selbst organisierte Reisen durchgeführt haben. Und ich zähle nun noch ein paar andere Dinge auf: Auch diejenigen hatten Vorteile, die schwierige Strickarbeiten durchgeführt haben, nicht die Routine-Strickarbeiten, also Routine wäre zwei links, zwei rechts, eine fallen lassen. Auch anspruchsvolle Gartenarbeiten sind wichtig, also geplante Aktivitäten, nicht nur, dass man mit der Schere einfach mal da drüber geht. Oder Vereinsarbeit. Auch Vereinsarbeit war wichtig, aber nur dann, wenn man im Vorstand ist und nicht ein einfaches Mitglied ist. Auch bestimmte Spiele haben so einen hohen produktiven Wert, wie Schach, Backgammon, Bridge und ähnliches mehr. Und auch das permanente Üben neuer Stücke auf einem Musikinstrument im hohen Lebensalter ist wichtig.

Nicht produktiv dagegen waren Routinetätigkeiten, TV-Konsum, Lesen, die üblichen Gesellschaftsspiele. Und eine Frage, die immer und immer wieder kommt, muss hier verneint werden: Nein, das Lösen von Kreuzworträtseln ist nicht sinnvoll.

An dieser Stelle setzt auch ein großes Forschungsprojekt an, das wir an der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt haben, mit dem Namen „SIMA“. „SIMA“ ist die Abkürzung für „Selbständig im

Alter“. Wir haben 375 ältere Menschen mit dem Mindestalter von 75 Jahren bis heute schon über 14 Jahre hin beobachtet. Wir haben sie damals an dem Projekt nur dann beteiligt, wenn sie absolut gesund waren. Und wir haben mit ihnen unterschiedlichste Maßnahmen ein Jahr lang durchgeführt, u. a. ein ausgefeiltes Gedächtnistraining und ein ausgefeiltes Psychomotorik-Training. Psychomotorik ist nicht Sport, denn Sport bezieht sich normalerweise auf Kraft und Ausdauer. Bei der Psychomotorik – wie wir sie verstehen - stehen im Mittelpunkt Wahrnehmung, Koordination und Gleichgewicht. Die einfachsten Übungen, die man dazu durchführen kann, kann man mit einem Luftballon machen. Wenn man den von einer Hand auf die andere schubst, dann ist man dauernd in Bewegung und braucht auch keinen Mikrochip dazu.

Was kam nun in dieser Studie heraus? Ich habe gesagt, wir haben da ausgefeilte Übungen gemacht. Das bedeutet, wir sind sehr stark und erstmalig weltweit wissenschaftlich und theoriengeleitet vorgegangen und haben uns spezialisiert auf genau jene Gedächtnisfunktionsbereiche, die sowohl frontal als auch zentral – wie ich es vorhin geschildert habe – in Mitleidenschaft gezogen werden durch diesen lebenslangen Prozess, der zu Alzheimer führt. Und in gleicher Weise sind wir auch in der Psychomotorik vorgegangen. Dabei ist herausgekommen, dass es uns gelingt, dementielle Symptome, das sind all die Symptome die im Vorfeld einer Demenz auftreten – wie ich sie vorhin geschildert habe – durch ein einjähriges Training massiv zurückzudrängen. Und wenn die Teilnehmer unsere Übungen täglich durchgeführt haben, hielt dieser Effekt über die Jahre hinweg an. Und nicht nur die Symptome konnten wir behandeln, sondern nach der langen Wartezeit von mehr als 14 Jahren konnten wir auch zeigen, dass wir in der Gruppe, in der wir sowohl das Gedächtnis- als auch das Psychomotorik-Training durchgeführt haben, die wenigsten Demenzen beobachten konnten. Also das wesentliche Ergebnis dieser Studie war: dass man zwei Dinge gleichzeitig tun muss und täglich, nämlich ein Gedächtnistraining, kombiniert mit einem Psychomotorik-Training. Das Gedächtnistraining allein hat nicht diese Effekte gezeigt und auch das Bewegungstraining allein hat nicht diese Effekte gebracht.

Das Fazit aus dieser Studie muss also lauten: Der alte Spruch „Wer rastet, der rostet“ muss neu formuliert werden und jetzt eigentlich lauten „Wer geistig und körperlich rastet, der rostet“. Nun möchte man sicherlich wissen, wie das geht. Ich will einige Beispiele nennen: Jeder hat zu Hause eine Tageszeitung. Man soll jeden Tag die Zeitung zur Hand nehmen, sich einen Artikel heraussuchen und in diesem Artikel so schnell

Der Farb-Wort-Test ist ein Beispiel für die Übungen des Gedächtnistrainings. Die Aufgabe besteht darin, die Farben der Worte so rasch wie möglich laut auszusprechen. Die dafür benötigte Zeit ist ein Maß der aktuellen Konzentrationsfähigkeit.

grün	rot	gelb	grün	blau	rot
blau	gelb	grün	blau	grün	gelb
rot	gelb	blau	gelb	blau	grün
rot	grün	gelb	rot	gelb	blau
grün	blau	rot	grün	rot	blau
gelb	rot	blau	rot	grün	gelb

© Oswald
1996/383

© 2008 W. D. Oswald: Universität Erlangen-Nürnberg – FG Prävention & Demenz

wie möglich zwei Buchstaben gleichzeitig anstreichen. Also z. B. alle kleinen a und alle kleinen n. Wenn einem die zwei Buchstaben nicht mehr gefallen, kann man natürlich zwei andere nehmen. Wichtig ist, dass man versucht, jeden Tag ein bisschen schneller zu werden und die Buchstaben gleichzeitig anzustreichen. Wenn man die Zeitung nun wie immer gelesen hat, dann kann man die letzte Seite hernehmen, die hat bekanntlich einen weißen Rand und man kann auf diesem weißen Rand möglichst viele Details notieren, an die man sich gerade noch erinnert. Mit Details meine ich: da war irgendwo ein Busunglück, und wie viel Tote hat es dabei gegeben. Oder: Wie heißt der Politiker, der die Renten um wie viel Prozent kürzen will? Und wenn man ganz gut ist, dann nimmt man abends ein weißes Blatt Papier und wiederholt die Übung vom Morgen noch mal und schreibt alles auf, an was man sich noch gut erinnern kann. Das gleiche kann man auch auf der Autobahn machen.

Wir alle fahren jeden Tag wiederholt an großen Schildern vorbei, wo ein Hinweis steht für etwa die nächste Autobahn-Raststätte. Man muss das während der Fahrt ganz schnell erfassen und kann versuchen zu memorieren: Wie weit ist es zu dieser Raststätte, wie weit ist es zur nächsten? Was gibt es eigentlich an dieser Raststätte usw. Natürlich gibt es hier auch Trainingsprogramme im Buchhandel, z. B. ein Buch mit einem 14-Tage-Programm mit dem Namen „SIMA-Basic“ oder ein Computer-Programm, das für alle gedacht ist, die ab dem 50. Lebensjahr der Demenz entgegenwirken wollen.

Autobahnraststätte
Bad Kühlungsborn
5 km



Nächste Tankstelle: 38 km


© Oswald 1998
(S. 271)

© Oswald
2001/827

 © 2008 W. D. Oswald: Universität Erlangen-Nürnberg – FG Prävention & Demenz

Protektive Aktivitäten

- Fordernde Tätigkeiten
- Reisen
- Schwieriges Stricken
- Anspruchsvolle Gartenarbeit
- Vereinsarbeit im Vorstand
- Schach, Backgammon, Bridge
- Üben neuer Stücke für ein Musikinstrument

 © 2008 W. D. Oswald: Universität Erlangen-Nürnberg – FG Prävention & Demenz

Was haben wir gelernt? Wir haben gelernt, dass man Einfluss nehmen kann offensichtlich auf die Progression der Veränderungen, die seit unserer Jugendzeit in uns selber vorgehen im Rahmen von Alzheimer.

Es geht darum, dass wir unsere letzten Lebensjahre möglichst selbstständig verbringen können. Es geht also nicht darum, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben. In diesem Sinne wünsche ich uns allen ein Leben und Sterben ohne Alzheimer.

Text mit Zustimmung des Autors: Prof. Wolf D. Oswald: Fitness für den Kopf - Beugt Hirntraining der Altersdemenz vor?
SÜDWESTRUNDFUNK, SWR2 AULA – Manuskriptdienst, Redaktion: Ralf Caspary
Sendung: Samstag, 25. Dezember 2004, 8.30 Uhr, SWR2

④ Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs

Dr. med. Simone Gurlit
Klinik für Anästhesie und operative
Intensivmedizin,
St. Franziskus-Hospital, Münster



Nach einem Bagateltrauma durch einen Oberarm- bzw. Oberschenkelhalsbruch mussten ältere Patienten mit akuter postoperativer Verwirrtheit und deren Folgen als Langzeitpatienten auf der Intensivstation behandelt werden – für mich als frisch eingeteilte „Ärztin im Praktikum“ eine überraschende Erfahrung. Diese Patienten waren vorher allein lebend und wurden nach dem Krankenhausaufenthalt zum Pflegefall. Auf Nachfrage bei ärztlichen Kollegen und dem Pflegepersonal war der Tenor: „... das gibt's ganz häufig bei alten Patienten nach einer Operation.“ Interessant hierbei ist, dass ältere Patienten, die in der Abteilung für Augenheilkunde operiert werden, nicht von diesen Komplikationen betroffen sind. Hierbei handelt es sich durchweg um kurze, gut geplante Eingriffe, die mit einer langen Wartezeit - aber auch entsprechend langer Planungsphase für den Patienten verbunden sind. Allein im St. Franziskus-Hospital Münster (SFH) wurden im Jahr 2000 mehr als 800 Patienten operiert, die älter als 80 Jahre waren – wir sprechen also von einer durchaus großen Patientengruppe.

St. Franziskus-Hospital



- Geburtshilflich-neonatologischer Schwerpunkt
- Gefäß-, Bauch- und Endoprothetikzentrum
- 16 Fachabteilungen, 599 Planbetten
- Je 25.000 stationäre u. ambulante Pat. in 2006
- Keine geriatrische Fachabteilung

Dr. med. Simone Gurli, Münster

Postoperatives Delir – was ist das?

Beim postoperativen Delir finden sich psychomotorische Störungen – der Antrieb ist gesteigert oder reduziert und das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit sind gestört – der Patient ist z. B. auffallend schläfrig. Darüber hinaus ist der ursprüngliche Schlaf-Wach-Rhythmus gestört – im Allgemeinen findet sich eine nächtliche Verschlimmerung der Symptomatik. Eine Störung der Kognition äußert sich im Sehen von „weißen Mäusen“ oder Wahnvorstellungen („die stecken alle unter einer Decke und wollen mich vergiften“). Schließlich finden sich affektive Störungen wie Depression, Angst oder übermäßige Euphorie. Beim postoperativen Delir handelt es sich – im Gegensatz zu vorher bestehenden Demenzen – um eine akut auftretende Verwirrtheit, die einen fluktuierenden Verlauf zeigt. Patienten können durchaus für das Pflorgeteam in der Frühschicht delirant erscheinen und bei der Nachmittagsvisite völlig unauffällig sein. Gerade dies macht das rechtzeitige Erkennen im Stationsalltag so schwierig.

Delir im Krankenhaus

Das Delir hat bei den über 65-jährigen eine Prävalenz von 10 - 20 % bereits bei Aufnahme in das Krankenhaus. Weitere 10 - 25 % der Patienten sind zu einem späteren Zeitpunkt betroffen. Nach der Routine-Operation „hüftgelenksnahe Fraktur“ liegt die Prävalenz bei den über 65-jährigen Patienten je nach Literatur bei 44 - 61 %.

Erschreckend ist, dass die Mortalität des Delirs mit Raten von 10 - 65 % angegeben wird – wir sprechen also keineswegs von unangenehmen Krankheitserscheinungen, die vorübergehend und selbstlimitierend sind.

Risikofaktoren

Der entscheidende Risikofaktor für das Entstehen eines postoperativen Delirs ist die zerebrale Vorschädigung des Patienten. Es muss betont werden, dass diese häufig in der klinischen präoperativen Routine unentdeckt bleibt und daher diese Patienten auch keiner besonderen Behandlung zugeführt werden. Hinzu kommen ein hohes Alter, Seh- und Hörstörungen sowie Dehydratation. Ganz wichtig sind auch iatrogene Maßnahmen wie Blasenkatheter, mehr als drei Medikamente, Fixierung und eben ein operativer Eingriff.

Weiterhin gelten als Risikofaktoren ein wiederholter Raumwechsel, laute und unruhige Situationen, diagnostische Maßnahmen zu Ruhe- und Essenszeiten sowie die Katheteranlage. Invasiv-endoskopische Diagnostik und Therapie, Medikamentenumstellung und nicht zuletzt eine unkritische Sedativa-Gabe zur Nacht erhöhen ebenfalls das Risiko, ein postoperatives Delir zu erleiden.

Folgen

Das postoperative Delir führt für die betroffenen Patienten zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes – sowohl auf der Intensiv- als auch auf der Peripherstation. Poststationär findet sich eine erhöhte Institutionaliserungsrate, d. h. Menschen sind nun abhängig vom Pflegedienst oder ähnlichen Leistungen. Neben dem volkswirtschaftlichen Aspekt dieser Folgeerscheinungen kann insbesondere der individuelle soziale Aspekt, nämlich im Alter selbstbestimmt zu leben, nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Was tun?

Im Dezember 2001 wurden auf Antrag der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin für das St. Franziskus-Hospital 170.000 Euro projektgebunden bewilligt. Zwei Vollzeit-Altenpflegestellen konnten für „Maßnahmen zur Verhinderung eines postoperativen Altersdelirs“ finanziert werden.

Wer wird wie betreut?

Betreut werden Notfallpatienten, in erster Linie Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur – Versorgung mit dynamischen Hüftschrauben (DHS) – und ältere Patienten, die sich einem geplanten größeren

Eingriff unterziehen müssen, wie z. B. Hüftgelenksersatz, Bauchaortenaneurysma oder Ähnliches. Für beide Patientengruppen wurden spezielle Behandlungsstandards entwickelt.

Notfallpatient „Oberschenkelhalsbruch“

- Ambulanz
- Präop. Untersuchungen (Rö, EKG, etc.)
- Ggf. Station / AWR Wartezeit (Schmerztherapie, Angehörigenkontakt)
- Schleuse / zentrale Einleitung / Lagerung / Anästhesie (bevorzugt Regional-Verfahren – cave Sedierung!)

Dr. med. Simone Gurliß, Münster

Ergebnisse

Seit 2003 wurden 2.354 Patienten behandelt, insgesamt 5,9 % erlitten ein Delir. Für alle eingeschlossenen Diagnosen war die Delir-Rate der betreuten Patienten signifikant geringer als in der vergleichbaren Literatur.

Der Einsatz des Geriatrie-Teams führte darüber hinaus zu einer erhöhten Patienten- und – nicht zuletzt – auch Angehörigenzufriedenheit.

Außerdem konnte die Zusammenarbeit mit dem sozialen Dienst verbessert werden, weil die Altenpflegerinnen direkt Kontakt mit den Sozialarbeitern suchen.

Ein betriebswirtschaftlicher Analyse-Versuch kam nach Berücksichtigung aller entstehenden Kosten zu dem Ergebnis, dass der Einsatz des Geriatrie-Teams sogar zu Einsparungen für das St. Franziskus-Hospital führt. Als Konsequenz führt das St. Franziskus-Hospital die Arbeit des Geriatrie-Teams auch nach Ablauf der Förderung durch das Bundesministerium unverändert weiter, die Altenpflegerinnen sind jetzt feste Mitarbeiterinnen des Hauses – diese Entwicklung spricht in Zeiten knapper Kassen wohl für sich.

⑤ Behandlungs- und Pflegeverweigerung in juristischer Betrachtung

Elmar Bergmann
Richter am Amtsgericht
Mönchengladbach-Rheydt



Jede ärztliche Behandlung, die mit einem Eingriff in den Körper oder die Freiheit des Patienten einhergeht, ist tatbestandsmäßig eine strafbare Handlung, die bei Vorliegen von Rechtfertigungsgründen rechtmäßig ist. Zwei wichtige Rechtfertigungsgründe werden heute eine Rolle spielen: das Handeln aufgrund eines gesetzlichen Gebotes und das Handeln aufgrund einer Einwilligung des Betroffenen.

Gebot der Nothilfe

Nehmen wir den schwer verletzten Patienten an, der bewusstlos ins Krankenhaus eingeliefert wird. Dieser Fall bereitet uns keine Sorgen. Aus dem Gebot der Nothilfe hat der behandelnde Arzt sofort alles zu tun, was erforderlich ist, das Leben zu retten oder die Gesundheit wieder herzustellen, will er sich nicht der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen. Dieses ist die klassische Rechtfertigung durch ein gesetzliches Gebot.

Besondere Einwilligung bei länger dauernder Einwilligungsunfähigkeit

Das impliziert aber, dass solche Maßnahmen nur kurzfristig ohne Einwilligung des Betroffenen erfolgen dürfen. Erlangt dieser seine Einwilligungsfähigkeit nach kurzer Zeit wieder, so ist er wegen

der Einwilligung zur Heilbehandlung zu fragen. Bei länger dauernder Einwilligungsunfähigkeit, ca. 48 Stunden, hat sich der Behandler unverzüglich an den zuständigen Vormundschaftsrichter zu wenden, damit dieser im Eilverfahren für den Patienten einen Betreuer bestellt. Die Einwilligung der Angehörigen entfaltet keinerlei rechtfertigende Wirkung, weil die gesetzliche Vertretung der Angehörigen zwar in Fachkreisen diskutiert wird, aber – noch – nicht Gesetz geworden ist.

Der Betreuer hat dann die Einwilligung zu erteilen (oder nicht), er muss über Nutzen und Risiken der ärztlichen Maßnahme aufgeklärt werden.

Völlig ungedeckt vom geltenden Recht ist die Ansicht von manchen Ärzten und manchen Gerichten, die meinen, der hippokratische Eid sei ein wirksamer Rechtfertigungsgrund für den Arzt, weil er den Arzt zum Behandeln verpflichte. Dieses ist allerdings nur eine Sichtweise des Vorganges.

Nicht beachtet wird von dieser Ansicht, dass grundsätzlich alle mit einer Einwirkung auf die körperliche Integrität verbundenen Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe in das Grundrecht des Patienten auf körperliche Unversehrtheit eingreifen, auch wenn diese Maßnahmen medizinisch angezeigt sind und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden. Ein Eingriff ist dann gerechtfertigt, wenn eine Einwilligung des Grundrechtsträgers vorliegt. Ist dieser dazu nicht in der Lage, so erteilt sein gesetzlicher Vertreter die Einwilligung (BVerfG FamRZ 2002, 312).

Dem Betreuer steht kraft seines gesetzlichen Vertretungsrechtes (§ 1902 BGB) die Befugnis zu, an Stelle des nicht einsichts- oder steuerungsfähigen Betreuten in Untersuchungen usw. (siehe oben) einzuwilligen, soweit nicht nach § 1904 BGB hierzu die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist.

Generelle Rechtsgrundlage aus dem Betreuungsrecht

Allerdings ergibt sich aus § 1901 Abs. 3 S. 1 BGB, dass der Betreuer dem Willen des Betreuten nicht entsprechen muss, wenn dieser dessen Wohl zuwider läuft. Zum Wohl des Betreuten gehört es auch, dass seine Gesundheit erhalten wird und seine Krankheiten geheilt werden. Damit ist dem Betreuungsrecht eine generelle Rechtsgrundlage dafür zu entnehmen, dass der Betreuer eines einwilligungsunfähigen Betreuten auch gegen dessen Willen in eine medizinische Maßnahme einwilligen kann. Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Betreuten stellt weder für den einwilligenden Betreuer noch für den aus der Grundlage der Einwilligung des Betreuers handelnden Arzt eine rechtswidrige Einschränkung der Grundrechte des Betreuten dar. Das gilt unabhängig davon, ob der Betreute die ärztliche Maßnahme geduldet hat oder ob ein entgegenstehender natürlicher Wille des Betreuten zuvor überwunden worden ist (BGH FamRZ 2006, 615-618)

Die Einwilligungsunfähigkeit

Nun komme ich zu einem Begriff, den ich schon mehrfach benutzt habe, dessen Erklärung ich Ihnen bisher schuldig geblieben bin, der aber für Ärzte und Betreuer eine ganz erhebliche Rolle spielt: Die Einwilligungsunfähigkeit.

Begriffsklärung

Die Klärung dieses Begriffes ist von besonderer Bedeutung, hat doch das Bundesverfassungsgericht schon 1981 (BVerfG FamRZ 82, 23) hervorgehoben, dass jedermann „in gewissen Grenzen“ die „Freiheit zur Krankheit“ besitzt. Von Medizinern wird diese Entscheidung oft zynisch als „Recht auf Krankheit“ interpretiert. Gemeint ist jedoch, dass jedermann als Ausdruck seiner Persönlichkeit das Recht auf „so sein“ zusteht, dass er nicht grenzenlos der „Vernunftshoheit“ des Arztes oder gar einer „umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft“ unterworfen ist. Nach dieser Entscheidung ist Behandlungsbefugnis nur dann anzunehmen, wenn der Kranke „infolge seines Krankheitszustandes und der damit verbundenen fehlenden Einsichtsfähigkeit die Schwere seiner Erkrankung und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen nicht zu beurteilen vermag oder trotz einer solchen Erkenntnis sich infolge der Krankheit nicht zu einer Behandlung entscheiden kann.“ Das ist eine Definition von Einwilligungsunfähigkeit. Hinzu kommt bei Behandlungen, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind, dass der Betroffene der „Gefahr ernsthafter Gesundheitsschädigung“ ausgesetzt ist.

Das subjektive Wertesystem als Richtschnur

Da der Begriff „Einwilligungsfähigkeit“ in dem System der Zulässigkeit von Zwangsbehandlung eine grundlegende Stellung einnimmt, möchte ich ihn noch einmal anders beleuchten:

In einer Vielzahl von Fällen darf nicht von der verbalisierten Willensrichtung des Betroffenen auf seine Einwilligungsfähigkeit geschlossen werden. In der Praxis wird häufig von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen, wenn der Patient dem zustimmt, was „wohlmeinende“ Helfer ablehnen oder, umgekehrt, dass man von Einsichtsunfähigkeit ausgeht, wenn er „vernünftige Maßnahmen“ ablehnt. Ich denke z. B. an einen Patienten in schwerer psychotischer Depression, von Schuldgefühlen beherrscht, der die Behandlung als „verdiente Strafe“ hinnimmt. Dabei wird die Entscheidung der Ärzte unter Verletzung der Autonomie des Patienten als von vornherein richtig und gültig angesehen.

Mir gefällt eine neuere Definition von Amelung von Einwilligungsunfähigkeit besser (R&P 1995, 20 ff.). Bei dieser Definition ist Richtschnur das subjektive Wertesystem der Betroffenen, ihre eigene Präferenzordnung, nicht aber die der Allgemeinheit. Notwendig ist ein Vergleich mit dem „prämorbidem“, charaktergebundenen Wertesystem des Einzelnen vor Ausbruch der Krankheit. Dieses Wertesystem muss krankheitsbedingt verzerrt (BayObLG BtPrax 96, 28, 29) und Ausdruck eines Autonomiedefektes sein. Dieses muss im Einzelfall konkret vor jeder ärztlichen Maßnahme und relativ auf sie festgestellt werden.

Kriterien für die Einwilligungsunfähigkeit

Einwilligungsunfähig ist, wer wegen Minderjährigkeit, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung – nach umfassender Aufklärung – nicht erfassen kann,

- welchen Wert oder Rang die von der Einwilligungsentscheidung berührten Güter und Interessen für ihn haben,
- um welche Tatsachen es bei der Entscheidung geht,
- welche Folgen und Risiken sich aus dieser Einwilligungsentscheidung ergeben,
- welche Mittel es zur Erreichung der mit der Einwilligung erstrebten Ziele gibt, die ihn möglicherweise weniger belasten und
- wer zwar die erforderliche Einsicht hat, aber nicht in der Lage ist, sich nach ihr zu bestimmen.

Einwilligungsfähigkeit psychisch Kranker

Beachtet man diese Grundsätze, so wird man leicht dazu kommen, dass damit eine erheblich größere Zahl psychisch Kranker als bisher als einwilligungsfähig anzunehmen ist. Dies ist insbesondere für den unter phasischen Erkrankungen leidenden Patienten zwischen den Krankheitsphasen häufig der Fall, auch wenn sie das Rezidivrisiko falsch einschätzen. Diese „falschen“ Entscheidungen müssen wir ertragen. Im Wesentlichen scheidet der gesamte Bereich der affektiven Psychosen hinsichtlich der Rezidivprophylaxe aus dem Bereich möglicher Zwangsbehandlung aus.

Hieraus ergibt sich, dass eine Betreuerbestellung mit Einwilligungsvorbehalt für den Aufgabenkreis „Gesundheit“ oder „Zustimmung zu Heilmaßnahmen“, mit geltendem Recht nichts zu tun hat.

Behandlung gegen den Willen des Betroffenen

Bisher haben wir festgestellt, dass eine Heilbehandlung auch gegen den natürlichen Willen des einwilligungsunfähigen Betreuten zulässig,

bei Einwilligungsfähigkeit aber grundsätzlich unzulässig ist. Damit ist noch nichts darüber ausgesagt, ob Heilmaßnahmen gegen den betätigten natürlichen Widerstandswillen des Kranken zulässig sind.

Förmliches Gesetz verfassungsrechtlich notwendig

Dieses Brechen des natürlichen Gegenwillens, die eigentliche Zwangsbehandlung, setzt nämlich über das Gesagte eine besondere Legitimation von Gewalt voraus.

Eine solche Legitimation gibt es im Betreuungsrecht nicht. Die Vertretungsvorschriften der §§ 1901, 1902 BGB decken eine solche Zwangsanordnung und -durchführung nicht ab. Diese Vorschriften haben für sich genommen keine hinreichende Bestimmung von Inhalt, Gegenstand, Zweck und Ausmaß der Behandlung. Wegen der verfassungsrechtlichen Notwendigkeit eines förmlichen Gesetzes kann im ambulanten Bereich oder im Bereich der somatischen Krankenhäuser eine zwangsweise Behandlung nicht durchgeführt werden, gleich ob der Patient einwilligungsfähig ist oder nicht.

Klarstellung des Bundesgerichtshofes

Als Jurist fragt man in solchen Fällen, ob es nicht eine andere Norm gibt, die eventuell auch zu dem gewünschten Ergebnis führen kann. Nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB ist eine Unterbringung des Betreuten durch seinen Betreuer zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil eine Untersuchung des Gesundheitszustandes eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Nimmt man diesen Wortlaut ernst, so muss sich die fehlende Einsicht auf die Notwendigkeit der Unterbringung nicht aber auf die der Behandlung beziehen. In diesem Punkt hat es bisher viele Diskussionen gegeben. Eine Seite vertrat die Ansicht, eine Zwangsbehandlung während der zivilrechtlichen Unterbringung sei mangels gesetzlicher Grundlage unzulässig, der § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB beziehe sich ausdrücklich nur auf die Unterbringung, nicht auf die Behandlung. Der Bundesgerichtshof hat sich mit seiner Entscheidung vom 1.2.2006 (BGH FamRZ 06, 615-618) der anderen Meinung angeschlossen und eine erfreuliche Klarstellung gebracht. Sähe man eine zwangsweise Überwindung des entgegenstehenden Willens eines Betreuten auch im Rahmen einer Unterbringungsmaßnahme als rechtswidrig an, so würde die Unterbringung ins Leere laufen, der Patient könne nur eingesperrt werden. Das wäre aber ohne ein

bestimmtes Behandlungskonzept ein Eingriff in die Freiheit der Person, der nur in ganz seltenen Fällen als verhältnismäßig hinzunehmen wäre. Der Bundesgerichtshof legt daher die genannte Bestimmung sinnvoller Weise dahin aus, dass der untergebrachte Betreute die notwendigen ärztlichen Maßnahmen, in die der Betreuer zu seinem Wohl eingewilligt hat und um derentwegen der Betreute untergebracht werden darf, unabhängig von seinem möglicherweise entgegenstehenden natürlichen Willen zu dulden hat.

Präzise Angaben über die Behandlung notwendig

Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt im Einvernehmen mit dem Betreuer während der Unterbringung frei schalten und walten kann. In der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB ist die vom Betreuten zu duldenende Behandlung so präzise wie möglich anzugeben. Nur aus diesen Angaben ergibt sich der Unterbringungszweck sowie Inhalt, Gegenstand und Ausmaß der vom Betreuten zu duldenenden Behandlung hinreichend konkret und bestimmbar (OLG DüsseldorfFamRZ 1995, 118). Dazu gehören bei einer Behandlung mit Medikamenten auch die möglichst genaue Angabe des Arzneimittels oder des Wirkstoffes und deren Dosierung sowie die Verabreichungshäufigkeit. Man könnte daran denken, vorsorglich auch alternative Medikation im Beschluss vorzusehen für den Fall, dass das zunächst vorgesehene Medikament nicht die erhoffte Wirkung hat oder vom Betreuten nicht vertragen wird.



Auditorium

Stellungnahme von externen, unabhängigen Sachverständigen

Für das Verfahren sei angemerkt: Bei jeder Unterbringung ist nach § 70 eFGG ein Sachverständigengutachten einzuholen. Bei einer dringend erforderlichen Unterbringung im Wege der einstweiligen Anordnung genügt ein ärztliches Zeugnis. Eines ist aber festzustellen: Angesichts der Bedeutung und Intensität des mit einer Unterbringung und erst recht mit einer Zwangsmedikation in die Freiheitsrechte verbundenen Eingriffes reicht es für die richterliche Sachaufklärung nicht aus, dass die gutachterliche Stellungnahme von Klinikärzten vorgenommen wird. Es ist vielmehr die Beauftragung von externen, nicht mit der Einrichtung verbundenen Sachverständigen erforderlich. Das hat nichts mit Misstrauen gegenüber Krankenhausärzten zu tun, im Gegenteil erfreuen sich diese einer besonderen Wertschätzung. Die zwangsweise Medikamentengabe kommt üblicherweise nicht als Erstbehandlung in Betracht, sondern sie steht in aller Regel als „ultima ratio“ am Ende von langwierigen, erfolglosen Behandlungsversuchen. Die Begutachtung durch einen externen Sachverständigen soll sicherstellen, dass eine Unterbringung und Zwangsbehandlung auf Grund einer festgefühten Meinung nicht länger als erforderlich anhält. Der „Blick von außen“ gibt einem festen ärztlichen Meinungsgefüge möglicherweise neue Impulse. Ein Unterlassen des Einsatzes eines solchen fremden Sachverständigen setzt das Gericht der Rüge mangelnder Sachaufklärung aus.

Direkte Gesetzesgrundlagen

Für Unterbringungen und Zwangsbehandlungen gibt es neben den bisher erörterten einige direkte Gesetzesgrundlagen:

- **Die Unterbringungsgesetze der Länder**

Am bekanntesten dürften die Unterbringungsgesetze der Länder sein, in NRW das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten von 1999 (PsychKG). Allen diesen Gesetzen gemeinsam ist das Ziel der Abwehr von Gefahren für den Betroffenen selbst oder bedeutender Rechtsgüter anderer. Im Unterschied zu den eben erörterten sogenannten zivilrechtlichen Unterbringungen erlauben diese Gesetze mit richterlicher Genehmigung den Ordnungs- und/oder Polizeibehörden die Unterbringung von Personen bei Fremd- oder Eigengefahr. Zu beachten ist, dass auch hier das ärztliche Zeugnis bzw. Gutachten von einem unabhängigen Facharzt für Psychiatrie oder einem in der Psychiatrie erfahrenen Arzt zu erstellen ist, keinesfalls aber vom Klinikarzt selbst. Im Unterschied zur zivilrechtlichen

Unterbringung ist die Zwangsbehandlung nicht vom Richter zu genehmigen sondern vom ärztlichen Leiter der Klinik. Wenn das Gesetz vom ärztlichen Leiter spricht, so meint es auch diesen oder, nur bei dessen Abwesenheit, den ständigen Vertreter. Nicht zulässig ist die Anordnung der Zwangsbehandlung durch den Oberarzt der Abteilung oder gar den Stationsarzt. Damit soll sichergestellt werden, dass nicht der direkt behandelnde Oberarzt oder Arzt die Notwendigkeit von Zwangsmitteln bescheinigt, sondern gewissermaßen eine Überprüfung durch den gewöhnlich nicht direkt den Patienten behandelnden besonders qualifizierten Arzt erfolgt.

- **Das Bundesseuchengesetz**

Auf weitere Möglichkeiten der Zwangsunterbringung und –behandlung möchte ich im Rahmen dieses Vortrages nicht eingehen, nämlich die aufgrund des Bundesseuchengesetzes, der § 63 StGB und des § 126a STPO.

- **Gerichtliches Verfahren mit Vetorecht der/des Betroffenen**

Ein Wort allerdings zur Sterilisation: Diese ist bei Betreuten einwilligungsunfähigen Erwachsenen nur nach einem besonderen gerichtlichen Verfahren zulässig, an dessen Ende der Genehmigungsbeschluss steht. Sagt der/die Betroffene im letzten Augenblick „Nein“ zu der Maßnahme, so heißt das „Nein“, gleichgültig auf welchen Gründen die Verweigerung beruht. Es genügt die irrealen Angst vor dem „grünen Kittel“ oder dem hellen Licht im OP. Bei Minderjährigen ist die Sterilisation schlicht verboten.

Fixierung

Das letzte große Kapitel meiner Ausführungen soll die sogenannten „Fixierungen“ behandeln, genauer gesagt die „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ gem. § 1906 Abs. 4, Abs. 1 - 3 BGB. Wir haben eben gesehen, dass in die Freiheit einer Person und in die körperliche Unversehrtheit nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes eingegriffen werden darf, das Zweck, Anlass und Umfang des Eingriffes genau beschreibt. Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Mitteln ist in allen Einrichtungen (Altenheimen, Psychiatrien, somatischen Krankenhäusern usw.) nur nach richterlicher Genehmigung erlaubt. Über den Inhalt des Begriffes „freiheitsentziehende Maßnahmen“ können wir uns gleich im Einzelnen im Arbeitskreis unterhalten. Hat sich der Gedanke der „Genehmigungspflicht“ in Altenheimen und psychiatrischen Krankenhäusern wohl allgemein durchgesetzt, so liegt nach meiner Meinung in somatischen Krankenhäusern in dieser Hinsicht viel im Argen. Da werden Bettgitter hochgestellt, um Patienten am Aufstehen zu hindern, Bauchgurte werden zum selben Zweck eingesetzt und Handfesseln werden dazu benutzt, um Patienten daran zu hindern,

lebenswichtige Schläuche herauszuziehen. Liegt keine Einwilligung eines einwilligungsfähigen Patienten vor, so ist ein solches Handeln schlicht „strafbares Unrecht“. Zwar werden von § 1906 BGB nur Betreute umfasst; kann jemand nicht selbst entscheiden, so muss das Gericht zunächst einen Betreuer bestellen und dann dessen Anordnung – nicht die des Arztes – genehmigen oder nach § 1846 BGB selbst genehmigen. Der Arzt hat hier nicht selbst anzuordnen, er hat den Betreuer zu beraten, damit dieser die richtige Entscheidung trifft.

Angesichts der fortgeschrittenen Zeit will ich hierzu nur ein Gegenargument beantworten: das der Praktikabilität. Das Argument, bei der Vielzahl der Fälle könne das Vormundschaftsgericht in jedes Krankenhaus einen eigenen Richter setzen, ist nicht stimmig. Es kann doch nicht angehen, dass verfassungsmäßige Rechte von Menschen deshalb nicht eingehalten werden, weil die Einhaltung der Rechte viel Arbeit macht. Dieses ist ein absurdes Argument.

„Verfassungsrecht“ und „Verfassungswirklichkeit“

Zur Zwangspflege habe ich in allen mir zugänglichen Publikationen keinerlei Ausführungen gefunden. Deshalb habe ich mich an eine meiner Töchter gewandt, die mehrere Jahre sowohl im somatischen Krankenhaus, im Altenheim und in der Psychiatrie als Krankenschwester gearbeitet hat. Auf der Schule hat man „richtigerweise“ gelernt, dass Zwang in der Pflege völlig unzulässig ist. Nach ihrer Erfahrung kommt man auch ohne Zwang aus, wenn man die nötige Zeit und das nötige Einfühlungsvermögen zum Überzeugen der Betroffenen hat. Da es insbesondere an der nötigen Zeit und manchmal auch an der nötigen Qualifikation des nötigen Personals fehlt, wird nicht selten eine Pflegemaßnahme gegen den Widerstand der Betroffenen durchgeführt. Hier kann man sehr schön den Unterschied zwischen „Verfassungsrecht“ und „Verfassungswirklichkeit“ sehen.

Zusammenfassung

Zwang im Bereich der ärztlichen Behandlung ist zulässig:

1. bei Einsichtsunfähigen im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung aufgrund einer ins Einzelne gehenden richterlichen Ermächtigung,
2. bei psychisch Kranken bei Unterbringung mit richterlichem Beschluss (PsychKG) mit Genehmigung des Leiters der Klinik,
3. bei Fixierung mit richterlicher Genehmigung,

4. bei strafrechtlichen Unterbringungen gemäß § 63f StGB und 126a StPO,
5. bei Unterbringung gemäß Bundesseuchengesetz.

Zwang im Bereich der ärztlichen Behandlung ist NICHT zulässig:

1. bei einsichtsfähigen Betroffenen,
2. bei nicht einsichtsfähigen Betroffenen gegen ihren natürlichen Willen im nicht-stationären offenen Bereich, auch nicht zur Verabreichung von Depotspritzen,
3. bei Sterilisation.

Literatur:

Palandt: Kommentar zum BGB §§ 1896 ff BGB

Dodegge/Roth: Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, 2. Auflage

Bienwald, Sonnenfeld, Hoffmann: Betreuungsrecht 4. Auflage.

Müller: Zum Recht und zur Praxis der betreuungsrechtlichen Unterbringung.

BtPrax 04,123 ff.

⑥ Workshops und Handlungsempfehlungen

Mit den Impulsreferaten im ersten Teil der Veranstaltung wurden Einblicke in aktuelle Entwicklungen und praxisrelevante Themen der Versorgung älterer Patienten/innen gegeben. Sie sollten Anregungen geben für die Versorgungspraxis in Düsseldorf. Die Teilnehmer/innen – überwiegend Pflegefachkräfte aus Kliniken und Heimen, Mitarbeiter der Kliniksozialdienste, Therapeuten und niedergelassene Ärzte sowie Klinikärzte – konnten anschließend Aspekte ihrer Praxis in Workshops einbringen und diskutieren.

Workshops

Im folgenden Teil der Dokumentation sind die Workshops dokumentiert:

Kapitel 6.1, Workshop 1: Prävention von psychischen Dekompensationszuständen in stationären Einrichtungen,

Kapitel 6.2, Workshop 2: Psychiatrische Versorgung in somatischen Krankenhäusern und

Kapitel 6.3, Workshop 3: Informationstransfer im Behandlungs- und Pflegeprozess.

Zu Beginn sind jeweils die Referate der Moderatoren der Workshops wiedergegeben. Es folgen die Darstellungen der Arbeitsprozesse und Diskussionen. Jeweils am Ende der Kapitel sind die Handlungsempfehlungen abgedruckt.

Sie wurden abschließend von den Moderatoren im Plenum der Fachtagung präsentiert.

Handlungsempfehlungen

Diese Ergebnisse sind Handlungsempfehlungen an die Politiker/innen im Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt Düsseldorf. Sie werden im Anschluss an die Fachtagung der Düsseldorf Gesundheitskonferenz und der Pflegekonferenz vorgelegt. Diese Fachgremien befassen sich mit den Ergebnissen der Fachtagung und beauftragen in der Regel ihre Arbeitsgruppen, Wege der Umsetzung der Empfehlungen zu erarbeiten bzw. sie umzusetzen. Die von den Fachgremien beschlossenen Empfehlungen werden dann an den Ausschuss für Gesundheit und Soziales weitergeleitet. Die Handlungsempfehlungen befinden sich jeweils am Ende der Kapitel 5.1 bis 5.3.

Workshop 1

Prävention von psychischen Dekompensationszuständen in stationären Einrichtungen

Moderation:

PD Dr. Herbert F. Durwen, Klinik für Akut-Geriatrie, St. Martinus-Krankenhaus, Düsseldorf

Dr. Barbara Höft, Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Einleitung:

Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt beständig an, ohne dass dabei die Anzahl krankheitsfreier Jahre in gleichem Maße zunimmt. Der hieraus resultierende erhöhte Versorgungsbedarf in unserer Gesellschaft erfordert eine stetige Verbesserung unseres Gesundheitssystems. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass mit zunehmendem Lebensalter das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen, also Multimorbidität, zur Regel wird. Die Berücksichtigung dessen sollte wesentlicher Bestandteil eines interdisziplinär arbeitenden Behandlungssystems sein. In vielerlei Hinsicht sind diesbezüglich in den letzten Jahren schon Fortschritte erzielt worden. Hinsichtlich der Komorbidität psychischer Störungen bei somatischen Erkrankungen bestehen in der adäquaten Versorgung jedoch noch weiterhin erhebliche Defizite. Komorbide psychische Störungen liegen sehr häufig vor, werden aber nur selten adäquat diagnostiziert und behandelt. Komorbide psychische Störungen, insbesondere depressive Störungen, können sich in besonderem Maße ungünstig auf die Umsetzung von Behandlungsempfehlungen durch die Patienten auswirken. Darüber hinaus sind sie mit einer erhöhten somatischen Morbidität und Mortalität, erhöhten Versorgungskosten sowie

einer geringeren Lebensqualität verbunden. Insgesamt ist festzustellen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei somato-psychischen Erkrankungskombinationen im Vergleich zu somato-somatischen noch erheblich nachsteht und demzufolge ein hohes Verbesserungspotenzial aufweist.

Häufigkeit komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen:

Auch wenn unser heutiger Kenntnisstand hinsichtlich der Komorbidität von psychischen und somatischen Erkrankungen noch viele Fragen offen lassen muss, konnten in den letzten Jahren dennoch erste Grundlagen zu diesem Themenkreis erarbeitet werden. So konnte unter anderem gezeigt werden, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Körperliche Erkrankungen, die sich häufig mit psychischen Komorbiditäten assoziiert finden, sind bei Frauen muskuloskeletale Krankheitsbilder oder auch Atemwegserkrankungen, während bei Männern eher Herzerkrankungen aber auch Atemwegserkrankungen im Vordergrund stehen. Weitere häufig mit psychischer Komorbidität assoziierte somatische Erkrankungen sind Schmerzerkrankungen, Diabetes mellitus und Schilddrüsenerkrankungen.

Häufige psychische Alterationen bei somatischen Erkrankungen stellen die depressiven Störungen dar. Dies gilt insbesondere für Frauen. Aber auch Angststörungen, einschließlich Zwangsstörungen, treten deutlich überzufällig häufig auf. Weitere häufige psychische Störungen sind somatoforme Störungen und Substanzmissbrauch. Psychische Störungen bei Personen mit chronischen körperlichen Erkrankungen sind relevant höher als bei körperlich Gesunden. Die hier beschriebenen Zusammenhänge gelten vor allem für die höheren Altersgruppen, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die körperlichen Erkrankungen mit dem Alter stark zunehmen.

Ursachen komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen:

Zum Verständnis der Entwicklung einer Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen gilt es unterschiedliche Assoziationsmöglichkeiten und Bedingungsgefüge zu berücksichtigen. Insgesamt kann man von fünf grundlegenden Wechselwirkungsbedingungen ausgehen.

Eine somatische Erkrankung bzw. diesbezüglich eingesetzte Medikamente lösen auf biologischer bzw. physiologischer Ebene die psychische Störung aus. Als Beispiel für diesen Mechanismus kann eine Schilddrüsenunterfunktion herangezogen werden, die auf somati-

scher Basis eine depressive Symptomatik auslöst.

Eine somatische Erkrankung geht der Entwicklung einer psychischen Störung bei genetisch vulnerablen Personen zeitlich voraus. Als Beispiel für einen solchen Mechanismus kann ein Morbus Cushing herangezogen werden, der der Episode einer Major Depression vorausgeht.

Eine psychische Störung entwickelt sich als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und ihre Behandlung. Als Beispiel hierfür kann eine Krebserkrankung angeführt werden, die eine schwere Anpassungsstörung auslöst.

Eine psychische Störung geht dem Beginn körperlicher Symptome bzw. Erkrankungen voraus und/oder kann sie ungünstig beeinflussen. Als Beispiel hierfür mag eine unbehandelte depressive Störung dienen, die den Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen verstärkend beeinflusst.

Eine somatische Erkrankung und eine psychische Störung sind nicht kausal miteinander verbunden, sondern treten lediglich zeitlich koinzident auf. Als Beispiel hierfür sei das zufällig gleichzeitige Auftreten von posttraumatischer Belastungsstörung und einer rheumatischen Arthritis genannt.

Grundlagen interagierender Bedingungsgefüge (komplexe Dispositions- und Vulnerabilitätsmodelle):

Grundlage für die verschiedenen vorgenannten Wechselwirkungsmodelle stellen unterschiedliche Kausalfaktoren dar, die je nach individueller Situation des Betroffenen allesamt gleichzeitig oder partiell zusammentreffen und damit die klinische Manifestation determinieren können. Hierzu gehören im Wesentlichen vier einzelne Grundfaktoren:

- Genetische Faktoren (z. B. familiäre Disposition zur Depression etc.)
- Neurobiologische Faktoren (z. B. hirnanorganische Veränderungen, schlechtes Hören und Sehen etc.)
- Psychologische Faktoren (z. B. Gefühl der Insuffizienz, Verlust des Partners, Konflikte mit den Angehörigen etc.)
- Soziale Faktoren (z. B. materielle Knappheit, erzwungener Umzug etc.)

Jeder dieser einzelnen Faktoren kann zum Auftreten psychischer Alterationen im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen disponieren.

Klassifikation psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen:

Beim Auftreten psychischer Störungen muss grundsätzlich zwischen akuten und chronischen Manifestationen unterschieden werden.

Bei der Akutmanifestation handelt es sich um die sogenannten akuten Verwirrheitszustände bzw. ein Delir. Insbesondere ältere, multimorbide Patienten sind davon betroffen. Sehr häufig treten solche Zustände nach Operationen in Form eines Durchgangssyndroms auf.

Die Ursachen solcher deliranter Zustände sind vielfältig. Die häufigsten kontribuierenden Faktoren sind in der nachfolgend aufgeführten Merkleiste zusammengestellt.

Delir-Ursachen: „**ACHTE DIESE**“

Alkohol/Drogen/Mediamente
Cardio-/cerebrovasculär
Hypoxie/pulmonal
Traumatisch/Hirnläsion
Endokrin/Metabolisch

Degenerativ
Infektion/Entzündung
Ernährung/Dehydration
Schwermetalle/toxisch
Epilepsie

Bei den chronischen Manifestationen unterscheidet man im wesentlichen die nachfolgend aufgeführten Krankheitsentitäten:

Affektive Störungen (Depression, dysthyme Störung, organisch affektive Störung), Angststörungen, Somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung, somatoforme Schmerzstörung), Störungen durch Alkohol- oder anderen Substanzmissbrauch, Organische Störungen (z. B. neurodegenerative und vaskuläre Demenz), Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (z. B. bei Tumorerkrankung).

Die häufigsten chronischen Manifestationen psychischer Störungen bei somatischen Erkrankungen sind depressive Störungen und Angststörungen.

Bedeutung der Erkennung komorbider psychischer Störungen:

Wie bereits mehrfach dargelegt, besteht insbesondere im zunehmenden Lebensalter sehr häufig die Komorbidität von psychischen und somatischen Krankheitsbildern. Leider wird diese Koexistenz nur sehr selten erkannt und dann auch einer adäquaten Behandlung zugeführt. Dieser Mangel führt dann bedauerlicherweise zu nicht unerheblichen negativen Entwicklungen in der Krankheitsentwicklung eines Patienten. Wesentliche ungünstige Entwicklungen sind:

Negativer Einfluss auf den weiteren Verlauf einer Erkrankung (Chronifizierung), negativer Einfluss auf die Ergebnisse von Behandlungsmaßnahmen, negativer Einfluss auf die Behandlungsdauer, negativer Einfluss auf die Lebensqualität des Erkrankten und negativer Einfluss auf die Behandlungskosten

Vor diesem Hintergrund liegt es sowohl im Interesse des einzelnen betroffenen Patienten als auch der Solidargemeinschaft zwingend nahe, das Erkennen und Behandeln von psychischen Komorbiditäten bei somatischen Erkrankungen zu optimieren. Diesem Ziel ein Stück näher zu kommen war ungeteilte Absicht der gemeinsamen Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheits- und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008.

Maßnahmen zur Prävention psychischer Dekompensationszustände:

Die stationäre Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch in Pflegeeinrichtungen ist eine zentrale Säule unserer medizinischen Versorgung. In den vergangenen Jahren ist es zu einem erheblichen Anstieg der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, aber auch stationärer Pflege durch die wachsende Zahl der älteren Menschen gekommen. Als Ursachen für die Krankenhausbehandlungen der älteren Menschen sind chronisch degenerative Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems zu nennen.

Es ist bekannt, dass vor allem bei Aufnahmen in somatischen Fachabteilungen die häufig ebenfalls vorhandenen psychischen Störungen, insbesondere Depressionen und Demenzerkrankungen und die besonderen Probleme dieser Komorbidität, zu wenig beachtet werden.

Benötigt werden klare Kriterien und Handlungsalgorithmen, die es ermöglichen, psychische Störungen bei somatischen Erkrankungen zu erkennen und insbesondere akute Dekompensationszustände (Delirien) in ihrer Auftretenshäufigkeit zu vermindern, sie schnell und sicher zu erkennen und effektiv zu behandeln.

Dabei müssen alterstypische Veränderungen im Erscheinungsbild vieler Erkrankungen beachtet werden. Exemplarisch sei hingewiesen auf die Unspezifität einerseits und die geringe Prägnanz von Symptomen im Alter, etwa von Infektionen oder Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes andererseits. Eine erhebliche Erschwerung in der Diagnostik entsteht zudem durch Einschränkungen in der Kooperationsfähigkeit vieler Patienten, die aus vielfältigen körperlichen Störungen resultieren können (Immobilität, sensorische Beeinträchtigung, etc.). In diesem Zusammenhang verwundert es nicht, dass bei z. B. einem beträchtlichen Anteil von Menschen mit kognitiven Einbußen zu dem Zeitpunkt, zu dem sie in gerontopsychiatrische Behandlung kommen, relevante körperliche Leiden noch nicht diagnostiziert sind.

Zentrales Ziel des Workshops ist eine Zusammenstellung von Basismaßnahmen im Sinne einer „Checkliste“, um eine psychische Dekompensation - und das bedeutet letztlich das Auftreten lebensbedrohlicher deliranter Zustände - zu minimieren.

Ein Basisprogramm zur Diagnostik sollte folgende Maßnahmen enthalten:

- Sorgfältige Anamnese,
- Fremdanamnese (wann immer möglich), Einschätzung der Kognition (z. B. CAM),
- körperliche Untersuchung einschl. Erfassung basaler physiologischer Parameter (wie Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, Blutzucker). Dokumentation möglicher vegetativer Zeichen, wie Mundtrockenheit, Schwitzen, Pupillenweite, etc.

Zentral gerade bei der Aufnahme in eine stationäre Krankenhausbehandlung, aber auch bei Umzug auf eine andere Station im (Kranken-)Haus bzw. in den Wohnbereich einer Pflegeeinrichtung ist zudem die Sicherstellung einer ausreichenden Trinkmenge und Nahrungsaufnahme (Beachtung des bestehenden Hilfebedarfs).

Evidenz findet sich dafür, dass bei Verordnung von mehr als sechs Medikamenten gleichzeitig das Risiko für das Entstehen eines Dekompensationszustandes im Sinne eines Delirs wesentlich erhöht ist.

Unter der Vielzahl der Medikamente sind solche besonders zu beachten, die eine erhöhte delirogene Potenz aufweisen (z.B. aufgrund anticholinergischer Wirkung).

Folgende Substanzgruppen können benannt werden:

- Opiate (Schmerzbehandlung)
- Aminophyline (Asthmabehandlung)
- Ofloxazin (Antibiotika)
- Antihistaminika (Allergiebehandlung)
- Biperiden, L-Dopa (Parkinson-Mittel)
- Steroide (z. B. Rheumabehandlung)
- Lithium/trizyklische Antidepressiva (Depressionsbehandlung)
- Kardiaka (Herzmittel, z. B. Beta-Blocker, Digitalis)

Grundlegend ist die Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Für die Prüfung der Kognition hat sich im Rahmen der Intensivmedizin derzeit die Confusion Assessment Method (CAM) etabliert.

Es werden vier Kriterien geprüft:

- Akuter Beginn einer Störung bzw. deutliche Verschlechterung bei vorbestehenden Einbußen, zur Bewertung ist in der Regel eine Fremdanamnese erforderlich
- (Un-) Aufmerksamkeit (mit Fluktuation, während des Gesprächs leicht ablenkbar, Patient kann nicht über längere Zeit den gestellten Fragen folgen)
- Inkohärentes (desorganisiertes) Denken (Abschweifen, Sprünge, nicht nachvollziehbar, beschleunigt)
- Bewusstseins (-Störung) wie übermäßige Wachheit, Benommenheit, Somnolenz, Koma

Als pathologisch eingestuft wird die CAM, wenn die Punkte 1 und 2 positiv gewichtet werden müssen und einer der Punkte 3 oder 4 ebenfalls positiv bewertet werden muss.

Die Prüfung der Kognition umfasst die Abklärung der Orientierung zu Zeit, Raum/Ort, Situation und Person sowie eine Prüfung des Gedächtnisses. Die Beschreibung der Wahrnehmung, die Beschreibung von psychomotorischen Auffälligkeiten, wie Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Reaktionsfähigkeit und von Stimmung und Antrieb kommt hinzu.

Dies kann z. B. geschehen durch den Abbreviated Mental Test. Dieser ist der Mini Mental State Examination (MMSE) sehr ähnlich und umfasst die Fragen nach dem aktuellen Lebensalter, der aktuellen Zeit und Stunde.

Zudem wird eine Adresse (bestehend aus drei Elementen) zum Nachsprechen und späteren Erinnern, wie z. B. Max Müller, Parkstr. 10, München genannt.

Es wird das aktuelle Jahr abgefragt, der Name der Einrichtung, in der man sich befindet, das Geburtsdatum, der Beginn und das Ende des Ersten Weltkrieges, der Name des aktuellen Bundeskanzlers. Anschließend wird gebeten, von 20 nach 1 rückwärts zu zählen und als letztes wird wiederum nach der Adresse gefragt.

Neben diesen Basismaßnahmen sind für die Prävention psychischer Dekompensationszustände entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen in den Einrichtungen erforderlich. Im Qualitätsmaßstab „Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung“ des Modellprojektes „Referenzmodelle zur Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen“, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 2006 werden diese zentralen Rahmenbedingungen genannt. Beispielhaft für die dort umfassend beschriebenen Basismaßnahmen sollen hier genannt werden:

- Im Erstgespräch sollen Pflege- und betreuungsrelevante Basisinformationen erfasst werden. Z. B. der körperliche Status und die kommunikative und kognitive Leistungsfähigkeit. Dies gilt als essenziell, will man im Verlauf der nächsten Tage und Wochen Änderungen erfassen.
- In vielen Untersuchungen als extrem wichtig erwiesen hat sich die Benennung eines Hauptansprechpartners für die erste Phase des Wohnens in der Pflegeeinrichtung von vier bis sechs Wochen.
- Während der ersten vier bis sechs Wochen nimmt der Hauptansprechpartner oder seine Vertretung regelmäßig, nach Möglichkeit täglich, Kontakt zum neuen Bewohner auf. Erst durch diese Maßnahmen kann sichergestellt werden, dass eine reliable Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder auch von Störungen im Affekt und Antrieb sichergestellt wird.

Im Rahmen der Diskussion der Workshopteilnehmer wurde darauf hingewiesen, dass trotz entsprechender Erfassung der Lebensgeschichte als Grundlage des biographischen Arbeitens beim Einzug in stationäre Pflegeeinrichtungen wichtige Informationen aus den Erstgesprächen z. B. deshalb verloren gehen, weil bei der Aufnahme diese Informationen als bekannt vorausgesetzt werden.

Als notwendig wird angesehen, dass die Koordination aller Interventionen der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte optimiert wird.

Zentraler Punkt ist dabei wiederum die Verordnung der Medikation einschließlich der Verlaufskontrolle der Medikation bzgl. Verträglichkeit und unerwünschter Wirkungen. Medikamente mit delirogener Potenz sollten noch häufiger als bereits geschehen, Gegenstand von Schulungen sein.

Aus der Sicht der Mitarbeiter in somatischen Krankenhäusern ist ein verbesserter Konsiliardienst erforderlich und im Rahmen dieser Konsile konkrete therapeutische Empfehlungen im Einzelfall gewünscht. Als essentiell für eine präventive Arbeit erachtet wird die Berücksichtigung der Abläufe im Krankenhaus, z. B. perioperativ. Hier wurde das Projekt im St. Franziskus-Hospital Münster, vorgestellt durch Dr. S. Gurlit, als Impuls gebend bewertet. Alle Workshopteilnehmer erachteten dabei die eigens dafür zusätzlich eingesetzten Pflegekräfte als entscheidend für die Effizienz der Maßnahme. Dasselbe Vorgehen wird als praktikabel für eine Verbesserung der Vorbereitung des Um- und Einzugs in Pflegeeinrichtungen eingeschätzt. Hingewiesen wurde auf die notwendige systematische Einbeziehung der Umfeldfaktoren in den Einrichtungen in die Maßnahmen zur Prävention, wie z. B. die Orientierung erschwerende bauliche Gegebenheiten.

Alle Workshopteilnehmerinnen und Teilnehmer sind sich einig, in den Handlungsempfehlungen für die Region Düsseldorf Verbesserungen in der Zusammenarbeit aller relevanten Berufsgruppen zu fordern. In den Einrichtungen sollte der Fokus vermehrt auf das Thema „Prävention von psychischen Dekompensationszuständen bei somatischen Erkrankungen“ gelenkt werden.

Durch die Bildung eines Arbeitskreises und die Veranstaltung von Fortbildungsmaßnahmen sollte ein Programm präventiver Maßnahmen initiiert werden.

Bemängelt wurde das Fehlen von Datenmaterial für die Landeshauptstadt Düsseldorf zu diesem wichtigen Thema.

Sinnvoll erscheint ein Projekt, in dem in einer ersten Phase Datenmaterial gesammelt wird und in einem zweiten Teil der Entwurf der Checkliste zur Prävention von psychischen Dekompensationszuständen in stationären Einrichtungen überprüft wird.

Unterstützt wird weiterhin eine Optimierung des Informationstransfers im Rahmen des Überleitungsmanagements, wie es bereits im Rahmen einer Arbeitsgruppe zwischen Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz Düsseldorf auf den Weg gebracht ist.

Ergebnisse des Workshop 1:


Die Problematik der Komorbidität psychischer Störungen bei somatischen Erkrankungen wurde im Rahmen der gemeinsamen Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz sowohl in Form von Impulsreferaten als auch in engagierten Diskussionen während der Workshops ausführlich aufgearbeitet und durchleuchtet. Der Workshop 1 befasste sich in diesem Zusammenhang vor allem mit der Fragestellung der Prävention von psychischen Dekompensationszuständen.

Um den Aspekt der Prävention ausreichend zu berücksichtigen, wurde eine

Workshop 1
Prävention von psychischen Dekompensationszuständen

Checkliste 1. Stufe:
1. Überprüfung disponierender Faktoren:

- Risikofaktoren für eine **akute** Verwirrtheit (v.a. postoperativ):
Lebensalter >75, Multimorbidität, Kognitive Einschränkungen, Suchterkrankungen.
- Unzureichende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- Polypharmakotherapie



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Barbara Höft / Herbert F. Durwen / Silke Lua

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

gestuft aufgebaute Check-Liste verabschiedet, die alle am therapeutischen Prozess beteiligten Berufsgruppen in die Lage versetzen soll, psychische Dekompensationszustände frühzeitig zu detektieren und einen Patienten ggf. rechtzeitig einer ärztlichen Behandlung zuzuführen. Die Check-Liste ist zweistufig aufgebaut und soll einen groben Orientierungsrahmen darstellen.

Ziel sollte es sein, diese gestufte Check-Liste breit gestreut und mit Unterstützung möglichst vieler verschiedener Berufsgruppen zum Einsatz zu bringen, um auf diese Weise eventuelle psychische Dekompensationen frühzeitig zu erkennen und einer adäquaten ärztlichen Behandlung zuzuführen. Die Entwicklung und Implementierung dieser Check-Liste könnte somit eine erste konkrete Maßnahme zur Optimierung der Versorgung psychischer und somatischer Komorbiditäten darstellen. Um der Komplexität der Thematik jedoch

Workshop 1

Prävention von psychischen Dekompensationszuständen



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Checkliste 2. Stufe:

II. Systematische Überwachungs- bzw. Evaluationsmaßnahmen (nach Bedarfslage)

- Strukturierung der Abläufe
- Benennung von und Begleitung durch Bezugspersonen
- Überwachung der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- Überprüfung der Pharmakotherapie und ggf. Modifikation
- Überprüfung des Nachtschlafes und ggf. Unterstützung / Strukturierung
- Temperatur-, Puls- und Blutdruckkontrollen
- Ggf. laborchemische Überprüfungsmaßnahmen (kleines Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, BZ, CRP)
- Ggf. Einsatz von Screening – Instrumenten

Barbara Höft / Herbert F. Durwen / Silke Lua

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

Workshop 1

Prävention von psychischen Dekompensationszuständen



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Handlungsempfehlungen

- Forum zur Etablierung einer verbesserten Zusammenarbeit (z.B. Arbeitskreis der Pflege- und Gesundheitskonferenz, erneuter Workshop nach einem Jahr, evtl. gemeinsame Fortbildungen)
- Entwicklung eines Präventionsprojektes
 - Erhebung von Daten für Düsseldorf (evtl. beispielhaft in einzelnen Einrichtungen)
 - Implementierung einer Checkliste
 - Entwicklung einer Handreichung „Dekompensationsverhinderung“
- Optimierung des Informationstransfers (z.B. in Zusammenarbeit mit Workshop 3)

Barbara Höft / Herbert F. Durwen / Silke Lua

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

vollständig Rechnung zu tragen, wurden ein paar wesentliche Handlungsempfehlungen für die Zukunft formuliert, in denen sich die Implementierung der Checkliste als Teilaspekt eines übergeordneten Präventionsprojektes wiederfindet. Ziel der Formulierung dieser Handlungsempfehlungen ist es, sowohl der Multidimensionalität der Problematik als auch ihrer nachhaltigen Verfolgung gerecht zu werden.



Literatur

Alzheimer-Gesellschaft Braunschweig: Merkblatt für Angehörige für den Falle eines Krankenhausaufenthaltes c/o Ambet e.V. Trifftweg 73, 38118 Braunschweig.

Gesundheit im Alter: Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen, Entschließung der 16. Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalen, Landesgesundheitskonferenz NRW 2007.

Gurlit, S (2008) Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Vortrag im Rahmen der Fachtagung: Psychische Störungen bei somatischen Erkrankungen. Gemeinsame Fachtagung der Gesundheitskonferenz und der Pflegekonferenz der Landeshauptstadt Düsseldorf

Gutzmann, H.: Delir: www.Charité.de/Psychiatrie/Lehre/Delir

Workshop 2

Psychiatrische Versorgung in somatischen Krankenhäusern

Moderator:

Dr. med. Wolfgang Wittgens M.A.

Abteilung für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie, Krankenhaus Elbroich, Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH, Düsseldorf

Situation

Nach entsprechenden Studien bedürfen ca. 10 % der somatischen Patienten eines Akutkrankenhauses einer konsiliarischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung. Maximal wird dies jedoch nur zu 1 bis 2 % realisiert. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur ist die Forderung aufgestellt worden, dass, im Falle der Unterschreitung einer 5-prozentigen psychiatrischen Konsilrate in einem somatischen Krankenhaus, automatisch ein externes Audit stattzufinden hat, um die Ursachen zu verifizieren (Diefenbacher, 2006). Von dieser Forderung sind die meisten Krankenhäuser weit entfernt.

Begriffsklärung

Was versteht man unter Konsiliar-Psychiatrie? Gemäß Definition von Diefenbacher (2006) ist dies „die Herbeiziehung eines Psychiaters durch einen nicht psychiatrisch oder nicht psychotherapeutisch spezialisierten Arzt“ zur Untersuchung und Versorgung eines somatisch kranken Patienten.

Häufige Krankheitsbilder im psychiatrischen Konsiliardienst allgemein

- Hirnorganische Störungen – insbesondere delirante Syndrome
- Alkoholerkrankungen
- Depressive Erkrankungen



VIKKD

Besondere Schwerpunkte bei Alterspatienten

1. Delirante Zustände – insbesondere postoperativ
2. Demenzerkrankungen – insbesondere bei Auftreten von Unruhe oder Verhaltensstörungen
3. Ungeklärte psychosoziale Situationen- Notwendigkeit der Einrichtung einer Betreuung
4. Depressive Erkrankungen
 - prämorbid
 - Reaktion auf das akute Krankheitsgeschehen (z.B. Krebs, Amputationen)



VIKKD

Besondere Schwerpunkte bei Alterspatienten, derentwegen der entsprechende Facharzt im somatischen Krankenhaus hinzugezogen wird, sind delirante Zustände, insbesondere postoperativ, Demenzerkrankungen, vor allem bei Auftreten von Unruhe und

Verhaltensstörungen, ungeklärte psychosoziale Situationen, wie beispielsweise die Frage zur Notwendigkeit der Einrichtung einer Betreuung, aber auch schwere depressive Zustände, die bereits im Vorfeld der akuten somatischen Erkrankung bestanden haben oder aber als Reaktion auf das Krankheitsgeschehen auftreten, z. B. nach Krebsoperationen, Schlaganfällen oder Amputationen.

Psychiatrische Konsiliarversorgung in Düsseldorf

Die psychiatrische Konsiliarversorgung der Akutkrankenhäuser in Düsseldorf ist sehr unterschiedlich geregelt. Zum Teil erfolgt sie durch die Institutsambulanzen der Rheinischen Kliniken und der Kaiserswerther Diakonie, aber auch der psychiatrischen Fachabteilung des Krankenhauses Elbroich und darüber hinaus durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Unmittelbar bezogen auf die Düsseldorfer Situation bestehen folgende Problembereiche:

- in der Regel besteht keine 24-Stunden-Versorgung,
- fehlende Vernetzung der konsiliarisch Tätigen,
- fehlende oder unzureichende Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Konsiliarpsychiatrie in den Akutkliniken,
- fehlender Fokus Alterspsychiatrie und
- fehlende Statistiken.

Psychiatrische Konsiliarversorgung der Akutkrankenhäuser in Düsseldorf	
Universitätsklinikum Krankenhaus Gerresheim	Institutsambulanz der Rhein. Kliniken/Psychiatr. Uni-Klinik
St. Vinzenz-Krankenhaus Augusta-Krankenhaus Marienkrankenhaus Krankenhaus Elbroich	Psychiatrische Fachabteilung des Krankenhauses Elbroich
Marien-Hospital Martinus-Krankenhaus Ev. Krankenhaus Benrather Krankenhaus Heerdter Krankenhaus	Niedergelassene psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte




Bewertung im Workshop

Die Teilnehmer/innen des Workshops diskutierten die psychiatrische Konsiliarversorgung in Düsseldorf. Sie stimmten überein, dass die Häufigkeit psychischer Störungen bei Alterspatienten in somatischen Akutkrankenhäusern Anlass gibt, im Rahmen einer patientenorientierten und qualitätsbewussten ganzheitlichen Behandlung entsprechende Versorgungsstrukturen und Vernetzungen weiterzuentwickeln und zu optimieren. Allein aufgrund der Demografie unserer Bevölkerung werden die Herausforderungen auf diesem Gebiet sukzessive steigen.

Handlungsempfehlungen

Die Diskussion mündete in folgende Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Alterspatienten/innen in den somatischen Krankenhäusern der Stadt Düsseldorf:

Workshop 2
Psychiatrische Versorgung in somatischen Krankenhäusern



- Notwendigkeit psychiatrischer Fortbildung in Akutkrankenhäusern
- Qualifizierung von Berufsgruppen innerhalb der somatischen Kliniken
- Vernetzung der psychiatrischtätigen Berufsgruppen in der Versorgung
- Anpassung der Krankenhaus-Strukturen
- Psychiatrische Versorgung als Qualitätskriterium

Dr. Wolfgang Wittgens

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

Literatur:

Diefenbacher, A.: Erkrankungen im Grenzbereich von Psyche und Soma aus konsiliar-liaison-psychiatrischer Sicht. Die Psychiatrie 2006; 3: 24 - 9

Workshop 3

Informationstransfer im Behandlungs- und Pflegeprozess

Moderator:

Dr. med. Andre Schumacher



Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Düsseldorf

Situation

In Düsseldorf befasst sich seit einigen Monaten eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz- und der Pflegekonferenz mit der Erarbeitung und Umsetzung eines Konzeptes zur Patientenüberleitung für die Stadt Düsseldorf. Sie bedient sich hierzu der Erkenntnisse und Erfahrungen der Gesundheits- und der Pflegekonferenz der Stadt Essen. Das Essener Konzept wurde in Fachkreisen vorgestellt und findet landesweit Anerkennung und Akzeptanz. Es wurde weitgehend übernommen und den Ansprüchen und Verhältnissen in Düsseldorf angepasst.

Konzept der Patientenüberleitung

Zu Beginn des Workshops stellte Herr Dr. Schumacher das Konzept vor. Es soll dazu dienen, Versorgungsbrüche zu vermeiden, die Belastungen von Patienten/innen, Angehörigen und den in verschiedenen Bereichen beteiligten Fachkräften zu verringern. Außerdem hilft es, Kosten zu reduzieren.





Patientenüberleitung in Düsseldorf

Vorteile

- Erleichterung und Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der am Versorgungsprozess beteiligten Professionen
- nahtlose medizinische, pflegerische und soziale Betreuung und somit
- Vermeidung von Versorgungsbrüchen und unnötigen Belastungen von Patienten und Angehörigen
- positive gesundheitsökonomische Auswirkungen (z. B. durch weitestgehende Beibehaltung der Medikation)

1




Patientenüberleitung in Düsseldorf

Ziele *

- Kommunikation erleichtern – Koordinationshilfen für alle Beteiligten
- Interdisziplinäre Kooperation fördern zwischen Medizin, Pflege und sozialen Diensten
- Formularflut einschränken – Informationen bündeln, Versorgungsbrüche vermeiden
- Patienten/innen und Bezugspersonen einbeziehen
- Folgekosten verringern
- gesundheitliche Risiken mindern

* übertragen aus Essen

2




Patientenüberleitung in Düsseldorf

Instrumente der Patienten überleitung

- ⚡ Faxantwort* bei stationärer Aufnahme
- ⚡ Checkliste zum Entlassmanagement – Bedarfserkennung und Ablaufgestaltung
- ⚡ Patienten überleitungsbogen* mit ärztlichem Kurzbericht*

* Bögen bidirektional einsetzbar!

3



Patientenüberleitung in Düsseldorf

Gremien/Institutionen in der Expertengruppe:

<ul style="list-style-type: none"> • Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Düsseldorf • Ärztekammer Nordrhein • Institut für Qualität im Gesundheitswesen • Hausarztnetz Düsseldorf e.V. • Krankenhausverband Düsseldorf Pflege/Medizin/Sozialdienst • Universitätsklinikum Düsseldorf • Düsseldorfer Gemeinschaft der privaten ambulanten Pflegeanbieter • Arbeitsgemeinschaft freie ambulante Krankenpflege e.V. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alten-/Pflegeheime • Kurzzeitpflegeheime • Wohlfahrtsverbände • Arbeiterwohlfahrt • Caritas • Diakonie • DRK • AG der Behindertenverbände • Seniorenbeirat • AOK Rheinland/Hamburg • Heimaufsicht • Pflegekonferenz • Gesundheitsamt • Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
---	---

4

Die Überleitungsbögen wurden gemeinsam von Vertreter/innen aller Bereiche erarbeitet, die an Patientenüberleitungen beteiligt sind. Sie sind geeignet, Patienten/innen mit allen wichtigen Informationen auszustatten, wenn sie vom ambulanten zum stationären und in den

Rehabilitations-Bereich wechseln bzw. von dort zurück überwiesen werden (bidirektional einsetzbar).

Instrumente

Die Bögen orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten/innen. Sie beziehen medizinische, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Bestandteile ein. Es sind der Überleitungsbogen, der ärztliche Kurzbericht und die Faxanfrage mit Rückantwort, des Weiteren die Checkliste mit Ablaufplan zum Entlassmanagement.

Frau Herr

 Name, Vorname geb. am

 Straße PLZ Ort

 Krankenkasse Patienten-Telefon

Überleitung am: Uhrzeit:

An: amb. Pflegedienst Krankenhaus Pflegeheim Reha Hospiz Häuslichkeit Name/Einrichtung:

Kurzzeitpflege Wunde Haut Tagespflege

Aktuell bestehende MRSA - Besiedelung/Infektion Wunde Haut Nase Sputum Sanierungs-/behandlungsbedürftig
 Aktuell bestehende Infektionen: Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C HIV Sonstige

Soziale Aspekte alleinstehend Minderjährig Gesetzlicher Betreuer Vermögensverwaltung Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung
 Muttersprache: Religion:

Angehörige / Hauptbezugsperson
 Name Vorname Telefon
 (Verwandtschaftsgrad z.B. Frau, Sohn, ...) Straße PLZ Ort
gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter / Erziehungsberechtigter
 Name Vorname Telefon
 Straße PLZ Ort

Wertsachen/Dokumente/Hilfsmittel mitgeben
 Haus Schlüssel Geldbörse Uhr Kreditkarte richtiger Beschlus
 Versichertenkarte Organspendeausweis Patientenverfügung Vorsorgevollmacht
 Zahnprothese oben unten Hörgerät rechts links
 Brille Sonstiges:

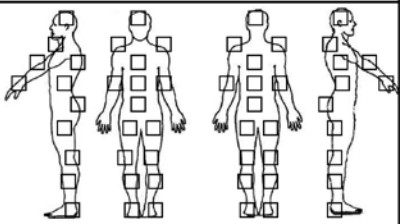
Pflegebereitschaft der Bezugsperson: ja nein
 Bisherige Versorgung: selbstständig Bezugsperson am Platz Pflegeheim
 Einübung Pflegeversicherung: nein beantragt am:
 Reha-Maßnahme ja beantragt am:

Patientenüberleitung

© Düsseldorf Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz
angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Logo

Allgemeine Pflege	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Stuhl / Dusche	Waschbecken	Ausscheidungen
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeitsablenkung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gastrokontrolle
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Urinfische <input type="checkbox"/> Stuhlbecken <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlgang <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausrüstung
Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhinkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Kanülen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
An / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versorgungssystem: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> Juckreiz				<input type="checkbox"/> transur. Blasenkatheeter <input type="checkbox"/> suprapub. Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/> CH
Sonstiges								<input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Einmalinkontinenzartikel <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Pflegemittel								Gelegt / gewechselt am: <input type="text"/>
Mobilität	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe			bisher versorgt mit: <input type="text"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Beimstehen: <input type="text"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Prophylaxen
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Kontakt <input type="checkbox"/> Demibus <input type="checkbox"/> Stur / Parallell <input type="checkbox"/> Thrombose
Toiletengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Obstipation
Sitzen auf dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Dekubitus
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation, Größe = Grad siehe Grafik)
Bemerkung								Risiko gemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel	Unterarmgehülfe	Gehstock	Rollstuhl	Rollator	Toilettenstuhl			Schlaf
v = vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nichtstabile Urinheuteinhalte
b = beantragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Schlafphasen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Rücken
Sonstiges								Beimstehen: <input type="text"/>
Bettlage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Lagerungswinkel								
Lagerungswinkel / Häufigkeit								

Name _____ Vorname _____		Bewusstseinslage			
Geb. Datum _____		<input type="checkbox"/> wach / ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> komatös			
Ernährung		Kommunikation		Orientierung / Psyche	
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mündigere Zubereitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe		mit Einschränkung mit Einschränkung teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sprachverständnis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Zeitlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ortlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Situativ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wegaufmerksamkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Letzte Mahlzeit _____		Gehör _____		Ortlich _____	
<input type="checkbox"/> Diät Wähe: _____		Geruch _____		Situativ _____	
Sondentyp _____ Sonde gelegig am: _____		Schrift _____		Wegaufmerksamkeit _____	
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/> Spritze		Atmung			
tägliche Menge Sonderkost: ml Tee: ml		<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> kardialer Stau <input type="checkbox"/> Schwellen <input type="checkbox"/> tägliche Kalorienzufuhr: kcal <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Verschleimung <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Orale Ernährung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/>			
Orale Ernährung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Silberkanüle <input type="checkbox"/> Silberkanüle <input type="checkbox"/> tägliche BE: _____ tägliche Trinkmenge ml: _____ BMI: _____ <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Kanielengröße <input type="checkbox"/> Parentale Ernährung <input type="checkbox"/> Nahrungskanäle <input type="checkbox"/> Trachealkanäle selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken			
Spezielle Aspekte		Spezielle Überwachung			
Palliativpflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Allergien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Allergienpass vorhanden <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Blutzucker <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Einfuhr <input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Temperatur <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Gewicht			
Art _____		Therapien			
Plazidation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation siehe Grafik) Wunden z.B. OP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation siehe Grafik) Wundheilverzögerung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzte Kontrolle am: _____		<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie			
Medikamente		Schulung			
Einnahme <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme letzte Medikation / Uhrzeit _____ Injektion <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme Insulinverabreichung per: <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Insulinpumpe Blutzuckerkontrolle <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends Häufigkeit: _____ x täglich _____ x wöchentlich		Art der Anleitung: _____ Wer wurde geschult: _____			
Bisherige Versorgung / Bemerkung / Besonderheiten / (z.B. Behinderungen, biographische Merkmale / Vorlieben-Abneigungen):					
Lokalisationsschema, Grad und Größe:					
					
Hinweis: Diagnosen aus der ärztlichen Dokumentation entnehmen.					
Telefon-Nummer _____ Datum _____		Name / Unterschrift der Pflegefachkraft _____			

ADK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BKK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VKK <input type="checkbox"/>	ADV <input type="checkbox"/>	KES <input type="checkbox"/>
Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> geb. am <input type="text"/>						
Straße <input type="text"/>		PLZ <input type="text"/>		Ort <input type="text"/>		
Kassen- Nr. <input type="text"/>		Versicherten- Nr. <input type="text"/>		Status <input type="text"/>		
Adressfeld weiterbehandelnde Praxis						

Ärztlicher Kurzbericht

© Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz
angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Ausführender Bericht folgt: ja nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus

Station

Name / Telefon & Fax- Nr.

Krankenhausaufenthalt von: bis:

Aufnahmegrund:

Diagnosen	ICD-10 - Codierung
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Medikation Aufnahme					Medikation Entlassung					nach Abgleich mit Aufnahmemedikation				
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts				

Befunde

EKG Röntgen Labor Sono Echo Doppler CT MRT Endoskopie OP

Sonstige

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose) vorliegen.

Datum Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Patientenerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die für meine weitere Versorgung erforderliche/n Stelle/n (z.B. Reha-Einrichtung, Pflegedienst, ...) weitergegeben werden!

Name / Unterschrift Patientin / Patient / gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter

Die Unterlagen wurden der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Überleitungsbögen persönlich.

Mitgegebene Unterlagen Labor Vorberichte Bilder Arztbrief Sonstiges: z. B. ausführliche Befunddarstellung für Geriatrie/Psychiatrie auf 2. Blatt

Pflegestufe beantragt

Reha beantragt/eingeleitet

..

3 von 3

ADK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BRK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VGKK <input type="checkbox"/>	AEV <input type="checkbox"/>	KRK <input type="checkbox"/>
Name <input style="width: 100%;" type="text"/>						
Vorname <input style="width: 50%;" type="text"/>		geb. am <input style="width: 40%;" type="text"/>				
Straße <input style="width: 60%;" type="text"/>			PLZ <input style="width: 20%;" type="text"/>		Ort <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Kassen-Nr. <input style="width: 30%;" type="text"/>		Versicherten-Nr. <input style="width: 40%;" type="text"/>			Status <input style="width: 30%;" type="text"/>	

Faxantwort

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Logo / Stadtwappen

Datum

Ansprechpartner

Abteilung/Station

Telefon Fax

Eilt!
An die Praxis

Bitte dringend antworten Rückruf erbeten

Ihr(e) o.g. Patient(in) wurde am: **als Notfall aufgenommen**

Aufnahmegrund / Diagnose:

Der Zustand ist zur Zeit: stabil lebensbedrohlich verstorben am:

Bitte faxen Sie diesen Bogen mit ausgefülltem anliegendem Ärztlichen Kurzbericht.
Wir benötigen außerdem noch **folgende Unterlagen:**

EKG/LZ Laborwerte Vorberichte (Facharzt / Krankenhaus)

Besondere Fragestellung:

Unser ärztlicher Kurzbericht geht Ihnen möglichst vor Entlassung zu.

Wenn beim Empfang dieser Nachricht Probleme auftreten, rufen Sie bitte an.
Vielen Dank für Ihre Kooperationsbereitschaft.

Rückantwort:

mit anliegendem ärztlichen Kurzbericht

Weitere Eigenberichte / Befundberichte beigelegt

Veranlassen Sie bitte, dass eine Bezugsperson Unterlagen in meiner Praxis abholt.

Bitte rufen Sie mich an.

Patient hier unbekannt / letzter Patientenkontakt liegt vor mehr als 10 Jahren

○ ————— Ablage ————— ○

○ ————— Patiententasche ————— ○

Checkliste zum Entlassmanagement

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Ärzte	Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Pflege															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Name des Arztes/der Ärztin</th> <th style="width: 40%;">Datum</th> </tr> <tr> <td colspan="2"> 1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 2. Besteht nach Entlassung ein ambulanter Hilfebedarf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfenittel, welche: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 3. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit vollstationärer Unterbringung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre Hospizversorgung nötig macht? (z.B. ALS, langgeschrittene Tumorerkrankung, AIDS) wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 5. Leidet der Patient an einer demenziellen Erkrankung oder lebt in unklarer sozialer Situation? (z.B. alleinlebend, Überforderung der Bezugsperson?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 6. Leidet der Patient an einer Suchterkrankung? wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 7. Bereitigt der Patient Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </td> </tr> </table>	Name des Arztes/der Ärztin	Datum	1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		2. Besteht nach Entlassung ein ambulanter Hilfebedarf ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfenittel, welche: _____		3. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit vollstationärer Unterbringung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre Hospizversorgung nötig macht? (z.B. ALS, langgeschrittene Tumorerkrankung, AIDS) wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		5. Leidet der Patient an einer demenziellen Erkrankung oder lebt in unklarer sozialer Situation ? (z.B. alleinlebend, Überforderung der Bezugsperson?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		6. Leidet der Patient an einer Suchterkrankung ? wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		7. Bereitigt der Patient Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name des Arztes/der Ärztin	Datum															
1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär																
2. Besteht nach Entlassung ein ambulanter Hilfebedarf ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfenittel, welche: _____																
3. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit vollstationärer Unterbringung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre Hospizversorgung nötig macht? (z.B. ALS, langgeschrittene Tumorerkrankung, AIDS) wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
5. Leidet der Patient an einer demenziellen Erkrankung oder lebt in unklarer sozialer Situation ? (z.B. alleinlebend, Überforderung der Bezugsperson?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
6. Leidet der Patient an einer Suchterkrankung ? wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
7. Bereitigt der Patient Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																

 | Name der Pflegefachkraft | Datum | |---|-------| | 1. Besteht nach der Entlassung ein Pflegebedarf ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege | | | 2. Hat der Patient eine Pflegestufe ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | | | 3. Geht der Patient in eine bereits bestehende Pflegesituation zurück? (Pflege durch Bezugsperson, amb. Pflegedienst, Tagespflege, Heim, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____ | | | 4. Befindet sich der Patient in unklarer sozialer und/oder beruflicher Situation ? (z.B. Obdachlosigkeit, pflichterfüllend mit versorgungspflichtigen Kindern, keine Versorgung durch Bezugsperson, berufliche Probleme) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | || Wenn mindestens eine Frage mit „ja“ beantwortet wird, bitte umgehend das Entlassmanagement in Gang setzen (siehe umsichtiges Ablaufschema) | |

© Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz Essen

Ablaufschema zum Entlassmanagement

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

	Datum	Hz.		Datum	Hz.
Sozialdienst eingeschaltet?	<input type="checkbox"/>		Rehabilitation:		
Entlassung nach Hause:			1. Befundbericht geschrieben?	<input type="checkbox"/>	
1. Hilfenittel vorhanden?	<input type="checkbox"/>		2. Risikoprüfung bekannt?	<input type="checkbox"/>	
Entlassung mit Pflege:			Wenn ja, welche? _____		
1. Pflegeeinrichtung vorhanden?	<input type="checkbox"/>		Termin: _____		
I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>			Transport geklärt? <input type="checkbox"/> Taxifahrer ausgestellt?	<input type="checkbox"/>	
2. Pflegeeinrichtung notwendig?	<input type="checkbox"/>		Abholung durch die Klinik?	<input type="checkbox"/>	
3. Behandlungspflege notwendig?	<input type="checkbox"/>		3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>	
4. Info / Verordnungsvorschlag an Hausarzt erfolgt?	<input type="checkbox"/>		4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>	
5. Pflegedienst vorhanden?	<input type="checkbox"/>		Heim / Kurzzeitpflege / Hospiz:		
Wenn ja, welcher? _____			1. Pflegeeinrichtung eingeschaltet?	<input type="checkbox"/>	
6. Pflegedienst informiert?	<input type="checkbox"/>		2. Pflegeeinrichtung bekannt?	<input type="checkbox"/>	
7. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche? _____		
8. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>		3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>	
			4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>	
			Info an Patient / Bezugsperson erfolgt?	<input type="checkbox"/>	

© Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz Essen

○ ————— Patiententasche ————— ○

○ ————— Ablage ————— ○

Verfahren

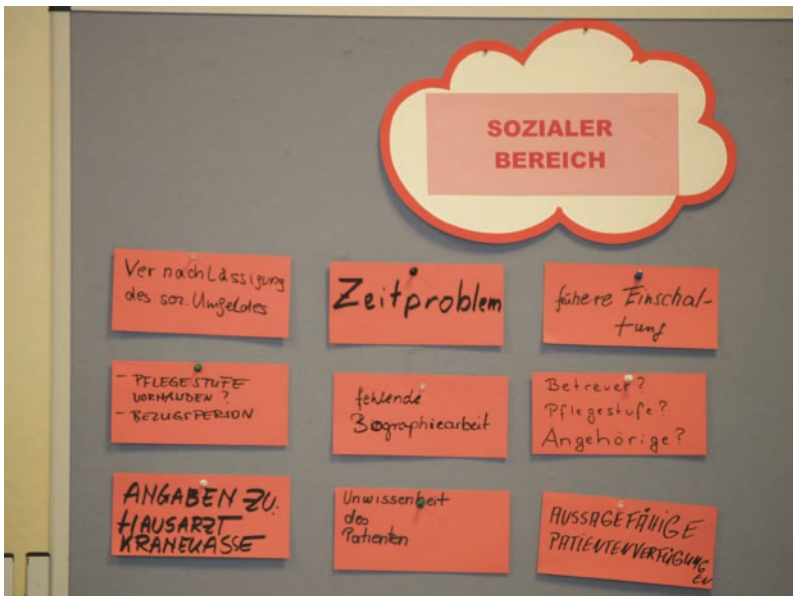
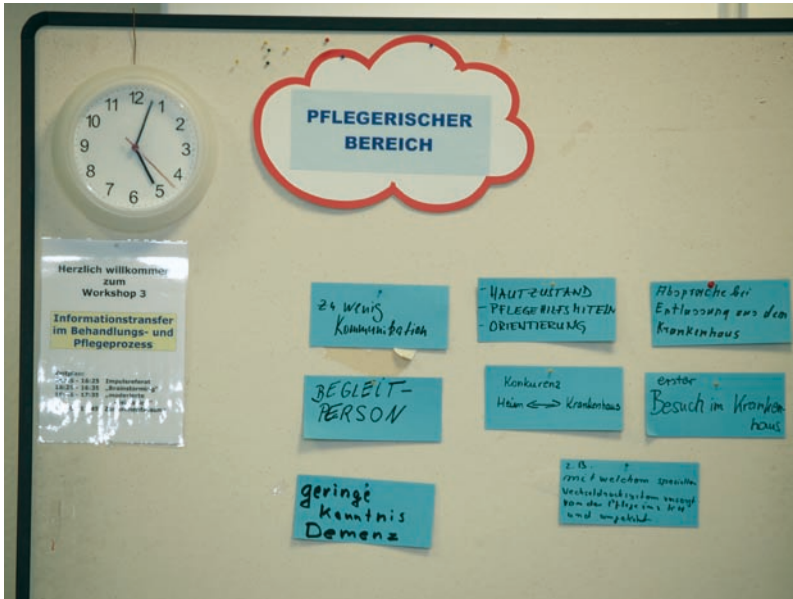
Beabsichtigt ist, dass alle an der Patienten/innen-Überleitung Beteiligten in Düsseldorf sich bereit erklären, die Bögen zu verwenden. Bei allen planbaren Überleitungen der Patienten/innen sollen die Bögen im Vorfeld der Überleitung ausgefüllt werden und spätestens mit den Patienten/innen gemeinsam in der nachversorgenden Einrichtung eintreffen. Die Checklisten dienen in der Klinik dazu, den Bedarf für ein Patienten/innen-Überleitungsverfahren zu ermitteln. Außerdem regen die Listen zu einem einheitlichen Verfahren an. Mit der Faxantwort soll die aktuelle medizinische Versorgung zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten zeitnah kommuniziert werden.



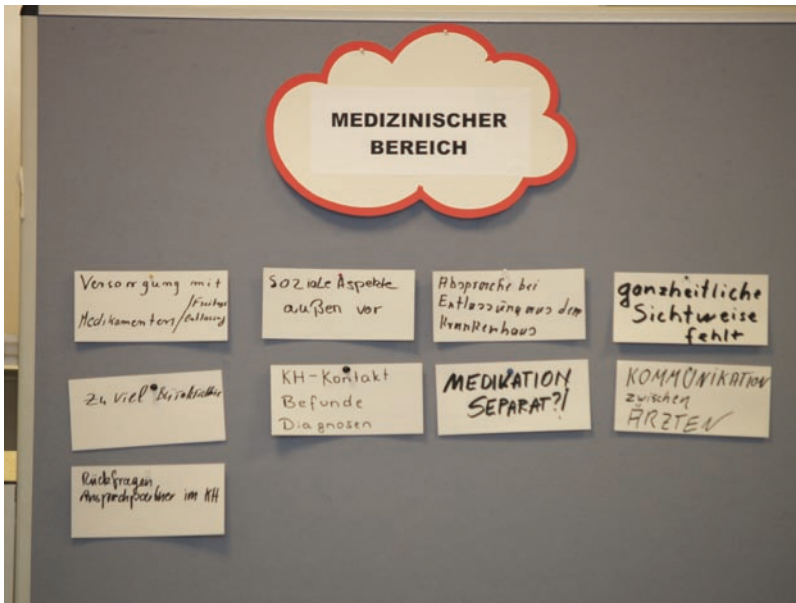
Brainstorming

Mit dem Ziel, über eine Zustandsanalyse Optimierungsvorschläge und Handlungsempfehlungen für Düsseldorf zu erarbeiten, erhielten die Teilnehmer/innen Gelegenheit, Hinweise und Anregungen zur Diskussion zu geben.

Sie bezogen sich auf den „Pflegerischen Bereich“, den „Sozialen Bereich“ und den „Medizinischen Bereich“.



Pinnwände mit Kartenabfragen



Pinnwand mit Kartenabfragen

Gemeinsam mit dem jeweiligen „Verfasser“ der einzelnen Karte wurden die Inhalte und Statements von allen Teilnehmern/innen diskutiert, wobei inhaltsgleiche oder ähnliche Karten zusammengefasst wurden. Folgende Hauptthesen wurden in den verschiedenen Sparten genannt:

Pflegerischer Bereich:

Es erfolge zu wenig Kommunikation mit den betroffenen erkrankten Menschen. Es solle nicht „über den Kopf von Patienten hinweg“ kommuniziert werden.

Als von zentraler Bedeutung für psychisch kranke, insbesondere an Demenz erkrankte Menschen wurde eine möglichst immer gleichbleibende Begleit- und Ansprechperson genannt, die dem Patienten Sicherheit und Konstanz gewährleiste.

In engem Zusammenhang damit wurde, unter gleichzeitigem Appell an die Einrichtungs- und Kostenträger, der derzeit sehr knappe und zu verbessernde Personalschlüssel angesprochen.

Auf den punktuell noch zu verbessernden Kenntnis- und Wissensstand über psychische Erkrankungen und insbesondere auch die Demenzen wurde hingewiesen. Auch die schon im Impulsreferat dargestellte Problematik der Absprachen und Informationsweitergabe z. B. bei Krankenhauseinweisung und Entlassung wurde vertiefend diskutiert. Scheinbar banale Vorgänge wie der Verlust der mitge-

gebenen Krankenversicherungskarte oder persönlicher Sachen führen oft zu großen Ärgernissen. Nur vollständig ausgefüllte Überleitungsbögen sind wirklich informativ! Für die Kontinuität und Qualität der Versorgung werden z. B. Besuche von weiterbehandelnden Pflegediensten und Ärzten im Krankenhaus angeregt; eine Entlassung am Freitagnachmittag löst bekanntermaßen häufig organisatorische Probleme aus und sollte vermieden oder sehr gut vorbereitet werden.

Auf der mehr emotionalen Ebene wurde von Animositäten und einer Art Konkurrenz zwischen „Pflegeheim“ und „Krankenhaus“, also einer Art Spannung zwischen Altenpfleger/innen sowie Krankenschwestern/-pflegern berichtet. Hier könnten verstärkte Kommunikation, viele persönliche Gespräche und z. B. auch gemeinsame „sektorenübergreifende“ Fortbildungen und Qualitätszirkel Abhilfe schaffen.

Sozialer Bereich:

Das Hauptproblem, sich um psychisch Kranke, insbesondere Demenzpatienten richtig kümmern zu können, liege in der fehlenden Zeit.

Hinzu komme, dass infolge umfangreicher werdender Dokumentationsaufgaben immer weniger Zeit für die Patientenversorgung zur Verfügung stehe. Auch müsse bei dieser Patientengruppe, die häufig desorientiert ist, die Biographie und das soziale Umfeld viel stärker in den Vordergrund gerückt werden. Frühere Kontakte, Bezugspersonen und Versorgungsstrukturen müssten eruiert und in die Weiterversorgung integriert werden, um Individualität und Kontinuität zu wahren. Hierzu werden die entsprechenden Rubriken in den Überleitpapieren als sinnvoll und hilfreich angesehen. Aufgrund seiner vielfältigen Aufgaben sei der Krankenhaussozialdienst häufig überlastet und sollte daher bei absehbarem Bedarf rechtzeitig informiert und eingeschaltet werden.

Eine verbesserte und intensiviertere psychosoziale Betreuung von Patienten im Krankenhaus könnte – gesamtwirtschaftlich – Kosten sparen, da es seltener z. B. zu Stürzen und zum Delir komme. Die Wichtigkeit einer aussagefähigen, juristisch einwandfreien „Patientenverfügung“, die dann in entsprechender Situation auch greifbar ist, wird allgemein sehr betont.

Medizinischer Bereich:

Hier bemängeln die Teilnehmer/innen insbesondere, dass bei Ärzten/innen oft der ganzheitlich/psychosoziale Aspekt zu wenig oder gar nicht berücksichtigt werde. Über die Möglichkeiten, die die

Entlassungs- und Überleitungsformulare bieten hinaus, sei in vielen Fällen ein telefonischer Kontakt z. B. zwischen Krankenhausärzten und Hausärzten ergänzend hilfreich und sinnvoll.

Auch im ärztlich-medizinischen Bereich werde durch zunehmende Bürokratie zu viel Zeit absorbiert.

Eine weitere Anmerkung eines Teilnehmers: Man solle nicht mit großem Aufwand immer neue Projekte und Ideen entwickeln, sondern zunächst einmal die vorhandenen Ressourcen und Mittel voll ausschöpfen und optimal einsetzen.

Handlungsempfehlungen

Zum Abschluss der sehr intensiven und engagierten Diskussion wurden die Kernaussagen herausgearbeitet und führten zu den folgenden Handlungsempfehlungen.

Workshop 3 Informationstransfer im Behandlungs- und Pflegeprozess



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Pflegerischer Bereich

- Bessere Kommunikation in allen Ebenen
- Persönliche Begleitung von Patienten z.B. ins KH od. zu Ärzten
- Weiterbildung u. Fortbildung, auch gemeinsam für verschiedene Bereiche
- Realisierung der „Patientenüberleitung“ nach Essener Modell
- Problemvermeidung z. B. Freitagsentlassung

Dr. Andre Schumacher

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

Workshop 3
Informationstransfer im
Behandlungs- und Pflegeprozess



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Sozialer Bereich

- Demenzkranke brauchen viel Zeit u. Zuwendung
- Berücksichtigung der Biografie
- Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht
- Abbau von Bürokratie
- Keine neuen zeitraubenden Projekte

Dr. Andre Schumacher

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

Workshop 3
Informationstransfer im
Behandlungs- und Pflegeprozess



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Medizinischer Bereich

- Ganzheitliche Sichtweise
- Bessere Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten
- Präzise und aktuelle Angaben zur Medikation

Dr. Andre Schumacher

Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 30. Januar 2008

