

## KRANKENHAUS

# OP gelungen, Patient Pflegefall

Dr. med. Birgit Hibbeler

**W**er es zum ersten Mal miterlebt, versteht die Welt nicht mehr: Eine Operation, eine Narkose, ein Infekt, manchmal nur ein Klinikaufenthalt – und ein alter Patient, der bei Aufnahme noch recht sortiert wirkte, ist plötzlich verwirrt. Früher wurde dieser Zustand „Durchgangssyndrom“ genannt – wohl in der Hoffnung, er werde schon wieder vorübergehen. Heute erachtet man die Bezeichnung „Delir“ als passender. Leider, so weiß man auch, kann ein Delir dauerhaft zu Pflegebedürftigkeit führen, weil danach eben nicht mehr alles so ist wie vorher. Das bisher noch einigermaßen funktionierende System des alten Menschen bricht zusammen wie ein Kartenhaus. Mitunter wird ein Delir nicht einmal als solches erkannt, besonders wenn der Patient eher unauffällig und hypoaktiv ist.

Das Gehirn ist ein besonderes Organ. Allerdings auch in einem negativen Sinn: Keiner fühlt sich dafür zuständig. Ob bereits kognitive Einschränkungen vorliegen, die bisher nicht aufgefallen sind, aber einen Risikofaktor für ein Delir darstellen, interessiert in den meisten Krankenhausabteilungen niemanden. Bei anderen Organen wäre das undenkbar. Man stelle sich vor: Bei einem Klinikaufenthalt wird ein akutes Nierenversagen ignoriert – mit der Begründung, die Organfunktion sei sicherlich schon vorher schlecht gewesen, und das renke sich meist wieder ein. Die Nierenwerte würde man bei Aufnahme erst gar nicht bestimmen. Schließlich sei der Patient nicht wegen der Niere da, sondern wegen seines Oberschenkelhalsbruchs.

Dabei zeigen Modelle – wie im St.-Franziskus-Hospital in Münster –, dass man die perioperative Delirrate deutlich senken kann, wenn man auf bestimmte Narkosemittel verzichtet und die Patienten während des Aufenthaltes einen festen Ansprechpartner haben. Bei der Aufnahme erfolgt ein Screening der kognitiven Fähigkeiten (DÄ, Heft 21/2013).

Doch der alte Patient passt nicht in unser Gesundheitswesen. In einem auf Gewinn ausgerichteten System, das – geprägt von Diagnosis Related Groups – einem durchindustrialisierten Prozess gleicht, kommen

genau die Patienten unter die Räder, die Zuwendung brauchen und nichts einfordern können. Das gilt umso mehr für Patienten, bei denen sich eine Demenz bereits offenkundig manifestiert hat. Insofern ist es zu begrüßen, dass die beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen das Aktionsjahr „Demenz im Blick“ gestartet haben. „In unserem Gesundheitswesen fehlen die entsprechenden Strukturen und auch finanziellen Rahmenbedingungen, Patienten mit Demenz würdevoll und adäquat versorgen zu können“, sagt Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. „Die Gesellschaft entledigt sich hier auf oft würdlose Art eines für sie unbequemen Themas.“ Die Kammern wollen sich für eine bessere Vernetzung einsetzen, gegen Brüche in der Versorgungskette.

Über den demografischen Wandel ist schon so viel geredet worden, dass man meinen könnte, es hätte sich bereits etwas getan. Im Gesundheitswesen ist das vielfach leider nicht der Fall. Dabei geht es nicht vorrangig um die Frage, ob wir nun einen Facharzt für Geriatrie brauchen oder mehr spezielle Altersmedizin im Studium. Die gesamte Medizin – besonders die großen Fächer wie Innere Medizin und Chirurgie – muss sich auf die alten und vielleicht kognitiv eingeschränkten Patienten einstellen. Der alte Patient wird im stationären Bereich zum Normalfall – vielfach ist er es schon.



Birgit Hibbeler  
Redakteurin für Gesundheits- und Sozialpolitik