

## Don't disturb – be patient

Es könnte so schön sein. Ein laufendes System, ruhiges Abarbeiten, Funktionieren von reibungslosen Prozessen – wenn er nicht wäre: der Patient.

Er kennt seinen Namen nicht (Fall Nr. 129602), er trinkt Desinfektionsmittel statt Wasser (Fall Nr. 119440), er schluckt die Medikamente mit Blister (Fall Nr. 125531), hat Angst vor Ärzten (Fall Nr. 72176) oder verschwindet wie im berichteten Fall 122603 spurlos samt Bett im Krankenhaus. Fazit: Das Krankenhaus und die Arztpraxen könnten so schön sein ohne Patienten. Dabei sollte doch gerade er im Mittelpunkt stehen, aber sobald er kognitiv eingeschränkt oder sogar dement ist, scheint er dem reibungslosen Ablauf einfach nur im Wege zu stehen.

Was können wir tun? Noch bessere, noch ausgefeiltere, umsichtiger, komplexere Prozesse schaffen? In der Analyse der oben genannten Fehler wird auch klar: Je mehr wir mit unseren Patienten „machen“, desto mehr verlangen wir Ihnen auch ab, desto besser müssen sie „mitmachen“. Von dieser Mitarbeit gehen wir erst einmal aus, und wir verlassen uns auch darauf, dass mitarbeitende Patienten sich bei Problemen oder Fehlern melden.

Sind unsere Patienten aber multimorbide, kognitiv eingeschränkt oder dement, ist die Gefahr groß, dass unsere Abläufe sie überfordern, und meistens werden sie uns das auch nicht mitteilen können. Dann kommt es zu typischen Folgekomplikationen dekompensierter Multimorbidität wie Stürzen, Gewichtsverlust oder akuten Verwirrheitszuständen (Delir) und oft zum bleibenden Verlust von Selbständigkeit und Eigenmobilität.



© Woessner, [www.f-woessner.de](http://www.f-woessner.de)

Was macht die Einschätzung dieser Patienten so schwierig, warum fällt diese „Vulnerabilität“ oft erst durch „Katastrophen“ wie die obigen Fehler auf? In der Regel ist nicht die kognitive Einschränkung oder die chronische, noch kompensierte Multimorbidität der Grund für eine stationäre oder ambulante Behandlung, sondern eine davon unabhängige, andere Erkrankung oder ein Unfall.

Die multimorbiden oder kognitiven Einschränkungen dekompensieren dann oft erst unter der Summe der Belastungen durch die akute Erkrankung oder den Unfall, durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und durch das Fehlen von gewohnter Umgebung, Strukturen und Kontakten.

Geriatrische Risiken können aber schon frühzeitig durch symptom-unabhängige Überprüfungen (Assessments) z. B. der Bereiche Selbsthilfefähigkeit, Ernährung, Eigenmobilität, Kognition, Emotion und soziale Unterstützung erkannt werden und zu entsprechenden Prophylaxemaßnahmen führen, damit Komplikationen vermieden werden. Ein geriatrisches Screening und Assessment ist deshalb im Krankenhausplan NRW 2015 für alle stationären Patienten ab 75 Jahren vorgegeben. Die Ergebnisse des geriatrischen Assessments können außerdem helfen, mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen die Ziele und die Risiken belastender Maßnahmen in jedem Einzelfall besser einzuschätzen.

Bei Patienten mit bereits eingeschränkten Fähigkeiten ist die Aktivierung verbliebener Alltagskompetenzen auch im Krankenhausalltag besonders wichtig, weil sich durch Immobilität und Deprivation der funktionelle und kognitive Status sonst schnell weiter verschlechtert bis hin zu akuter Verwirrtheit (Delir), bei der weitere Folgekomplikationen durch beruhigende Medikamente oder Fixierung drohen. Von Demenzbegleitern über „demenzsensible“ Teams und Krankenhäuser bis hin zu Demenzstationen, abteilungsübergreifenden altersmedizinischen Zentren und multiprofessionellen geriatrischen Diensten haben sich dazu viele Ansätze etabliert, in deren Mittelpunkt der einzelne Patient steht, und die damit eine eher prozessgesteuerte Behandlung einer Diagnose ergänzen. Prozesse sind gut und wichtig, um unser System sicherer zu machen. Aber Sie „funktionieren“ umso schlechter, je weniger sie zu den Patienten passen, und sie können die persönliche Kommunikation mit dem Patienten selbst nie ersetzen.

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital Münster  
Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Dr. Michael Gössling, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln