Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Verantwortlich für diese Rubrik: Dirk K. Wolter, Haderslev/DK; Hans Gutzmann, Berlin

Anmerkungen zum Beitrag „Demenzstationen stellen keine sinnvolle Spezialisierung dar – Pro und Kontra

Psychiat Prax 2015; 42: 178 – 180 [1, 2]

1.

Wenn demenzkranke Mitmenschen heute in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen werden, so geschieht das nur noch aufgrund von ausgeprägten Verhaltensproblemen, die den Rahmen der ambulanten oder Heimbetreuung sprengen, nicht selten im Rahmen eines Delirs. Einer der Hauptgründe für die Aufnahme ist die Überlastung der betreuenden Angehörigen, deren Pflegemotivation in enger Kooperation mit der Klinik eine nachhaltige Verstärkung erfahren sollte, damit eine Basis für die Weiterführung der Pflege in der Häuslichkeit geschaffen wird. Dass dies gelingen kann, zeigt eine Analyse der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, nach der aus den Abteilungspsychiatrien weniger Patienten wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen wurden als aus den gerontopsychiatrischen Fachabteilungen, obwohl dort die Patienten älter und multimorbider waren [3]. Die Kunst des gerontopsychiatrischen Teams besteht darin, die Menschen mit Demenz so zu behandeln, dass ihre sie selbst und andere belastenden Symptome nachlassen, wobei die Behandlung sie so wenig wie möglich gefährden und in ihrer Würde verletzen darf; ihre verbliebenen Fähigkeiten sollen gefördert, das kognitive Niveau und die Stimmung verbessert, zumindest aber stabilisiert werden. Gleichzeitig sollen die Angehörigen Entlastung und Stützung erfahren. Das ist beileibe keine leichte Aufgabe, und die Pro-Kontra-Debatte macht deutlich, dass weder „Demenzstationen“ noch eine integrierte Behandlung auf gemischten Stationen automatisch die Gewähr dafür bieten, dass sie gelingt.

2.

Es heißt, dass Demenzstationen die Atmosphäre von Siechenstationen ausstrahlen können, wie sie vor der Psychiatrie-Enquete regelhaft gefunden wurden. Das kann Ausdruck fachlich unzureichender Behandlung und Pflege (eben nicht „good clinical practice“) sein, geschuldet etwa dem Umstand, dass ältere psychiatrische Patienten weit weniger – wenn überhaupt, dann wesentlich später – von den Segnungen der Enquete profitiert haben als jüngere [4]. Ein weiterer Umstand muss in diesem Kontext berücksichtigt werden: Spezialisierte gerontopsychiatrische Abteilungen behandeln Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Erkrankungen und multimorbid Demenzkranke, die man in Abteilungspsychiatrien praktisch nicht findet. Diese Patientenselektion spiegelt sich in der unterschiedlichen Alters- und Diagnosenzusammensetzung wider: Die schwerer kranken Patienten werden in den spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen behandelt [4, 5]. Nicht wenige dieser Patienten sind so immobil und teilweise bettlägerig, dass ein Pflegestuhl die maximalen Möglichkeiten einer Mobilisierung absteckt; gleichwohl weisen diese Patienten so belangvolle psychiatrische Symptome auf, dass ihnen hochspezialisiertes gerontopsychiatrisches Know-how nicht vorenthalten werden darf.

3.

Wer Erfahrung in der Behandlung von schwer demenzkranken Mitmenschen hat, weiß, dass die einschlägigen Leitlinien – vor allem die medizinischen Leitlinien auf S3-Niveau – auf die drängenden praktischen Fragen vielfach Antworten schuldig bleiben. Die Anwendung von Leitlinien ist angesichts der Multimorbidität in der Altersmedizin generell problematisch. Im 6. Altenbericht der Bundesregierung wird zur Anwendung von Leitlinien angesichts der häufigen Polypharmazie formuliert: „Eine schlichte Addition diagnosespezifischer Leitlinien entspricht nicht einer angemessenen Behandlung von Multimorbidität. Sie … kann aufgrund möglicher Interaktionen die Lebensqualität beeinträchtigen und sogar die Gesundheit gefährden“ [6]. Dies gilt angesichts der Komplexität nichtkognitiver Symptome bei Demenzkranken umso mehr. Die Formel von der leitliniengerechten Behandlung wird heute oft von jungen Ärztinnen und Ärzten wie ein Automatismus verwendet und ersetzt als Schablonendenken zunehmend die sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Individuum. Unter erfahrenen Klinikern und im wissenschaftlichen Diskurs wird sie zunehmend als gefährliche Floskel entlarvt [7]. Für die therapeutische Intervention steht eine ganze Palette nichtmedikamentöser Interventionen zur Verfügung, die jedoch allesamt nur bei einem Teil der Patienten in unterschiedlichem Umfang wirksam sind [8]. Darüber hinaus verfügen wir über eine ganze Reihe von pharmakologischen Optionen, deren Wirksamkeit jedoch eher noch begrenzter ist [9] – und die darüber hinaus fast ausnahmslos mit dem Problem der Off-label-Anwendung behaftet sind. Dort, wo vergleichende Untersuchungen angestellt wurden, zeigte sich, dass das Therapieangebot der spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen besser und spezifischer [10], die somatischen Untersuchungen umfassender und die Pharmakotherapie sicherer [11] sind. Auch für den Heimbereich sind die Vorteile einer spezialisierten Dementenbetreuung eindrucksvoll belegt [12].

4.

Der pflegerische Umgang mit verhaltensauffälligen demenzkranken Mitmenschen ist keine leichte Aufgabe. Soll er gelingen, verlangt er als notwendige, aber noch keinesfalls hinreichende Voraussetzung, dass man über positive innere Bilder von alten Menschen verfügt, die eine positive Übertragung ermöglichen. Das ist beileibe nicht bei allen in der Psychiatrie Tätigen der Fall (die gleichwohl mit anderen Patientengruppen sehr wertvolle Arbeit zu leisten vermögen). Wie einfach wäre es, wenn sich Angst, Unruhe, wahnhafte Si-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

tuationsverkennung, stereotype Vokalisationen usw. einfach aus der Welt schaffen ließen, indem den Patienten *„Platz am Tisch des Dienstzimmers angeboten wird“* [1]. Differenzierte Verfahren wie Validation, Dementia-Care-Mapping, Marte Meo usw. fliegen einem nicht einfach so zu, sie wollen erlernt, gefördert und gepflegt sein [8].

Tenter [2] hat in seinem Debattenbeitrag die Entwicklung der gerontopsychiatrischen Professionalität skizziert, wobei Deutschland im internationalen Vergleich sicher noch Nachholbedarf hat.

5.

Als Gerontopsychiater machen wir oft die Erfahrung, dass allgemeinpsychiatrische Klinikleiter der Alterspsychiatrie immer noch und immer wieder mit Gleichgültigkeit und Unkenntnis, mitunter sogar Arroganz und feindseliger Ignoranz begegnen. Weit verbreitet ist hierzulande die Attitüde, dass man, da man ja seit Jahren „auch alte Patienten“ behandle, als gestandener Psychiater die Alterspsychiatrie doch „mit links“ nebenbei erledigen könne. Bemerkenswerterweise wächst dann oft mit zunehmendem eigenen Alter das Interesse an der Gerontopsychiatrie, was im Einzelfall vielleicht auch als der Versuch einer späten Wiedergutmachung verstanden werden kann. Mit der eigenen Erfahrung des Alterns nähert man sich dann dem internationalen Konsensus, dass es problematisch sein kann, 19- und 90-jährige Patienten mit demselben Team unter denselben Bedingungen zu behandeln: „The care of frail older adults with complex needs on wards for younger adults is usually inappropriate“ [13].

6.

Dass jenseits aller notwendigen – und international inzwischen unstrittigen – Spezialkompetenz, allein schon die Umgebung einer kritischen Analyse hinsichtlich ihres Beitrags zum Behandlungserfolg zu unterziehen ist, macht ein weiteres Zitat aus dem 6. Bundesaltenbericht deutlich: „Die Verwirklichung von Lebensqualität bei Demenz setzt eine Umweltgestaltung voraus, die sich an den spezifischen Bedürfnissen der Person orientiert“. Welche das im Einzelfall sein können, macht ein Entwurf für ein demenzfreundliches Krankenhaus des Dementia Service Development Centre der Universität Stirling (UK) deutlich [14], in dem alle wesentlichen Elemente einer Krankenhausabteilung bis hin zum Fahrstuhl entsprechend gestaltet sind. Dass das noch nicht überall umgesetzt ist, kann nicht bestritten werden. Dass aber ein fundamental-integrativer Ansatz, wie er in der „Pro“-Position vertreten wird, den Ansprüchen von Menschen mit Demenz auf eine angemessene, ganzheitliche Versorgung nicht gerecht werden kann, sollte einleuchten.

7.

Ein letztes Wort noch zum Thema Gewalt. Im „Pro“-Beitrag wird behauptet, es sei *„bekannt, dass es gerade auf Demenzstationen zu einer erhöhten Rate von Gewaltvorkommnissen in Form von Fixierungen wegen aggressiven Patientenverhaltens oder durch Anwendung von Bettgittern wegen Sturzgefährdung kommt“* [1]. Es wird eine Publikation zitiert, in der mit keinem einzigen Wort die Themen Fixierungen oder Demenzstationen erwähnt werden, vielmehr beschäftigt sie sich mit der Frage, wie es Demenzkranken mit nichtkognitiven Symptom im Allgemeinkrankenhaus ergeht. Dabei kommen die Autoren zu folgender Schlussfolgerung: „Our results provide strong evidence for the necessity of specialist interventions for BPSD in the acute hospital setting, and for psychiatric liaison teams and specialists in dementia care, to support hospital staff in managing these“ [15], d.h. sie sprechen sich explizit dafür aus, dass spezifisches gerontopsychiatrisches Know-how vorhanden sein muss. Im britischen National Audit of Violence wird Gewalt im Kontext integrierter Stationen auf der Basis von Erhebungsdaten dargestellt und damit das hier diskutierte Problem noch präziser beleuchtet. Darin wird auf die steigende Zahl von aggressiven Akten auf sogenannten „mixed pathology wards“ hingewiesen, also dem im „Pro“-Beitrag favorisierten Modell, wobei besonders die bei Menschen mit Demenz häufig zu beobachtende Verletzung der Annäherungsschwelle anderer als Grund für Konflikte zwischen Patienten angeführt wird [16]. Auch in puncto Gewalt kommt man wohl an der Vorteilen der Spezialisierung nicht vorbei.

Literatur

1 *Nyhuis W.* Demenzstationen stellen keine sinnvolle Spezialisierung dar – Pro. Psychiat Prax 2015; 42: 178 – 179
2 *Tenter J.* Demenzstationen stellen keine sinnvolle Spezialisierung dar – Kontra. Psychiat Prax 2015; 42: 179 – 180
3 Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser. Bericht über den Stand der klinisch-gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BAG; 1997
4 *Gutzmann H.* Versorgungsstrukturen und versorgungsrechtliche Aspekte: Gerontopsychiatrie. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A, Hrsg. Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer; 2014: 686 – 693
5 *Staedt J, Sparfeld F, Otto A* et al. Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken. Teil 1: Patientencharakteristik. Psychiat Prax 2003; 30: 242 – 247
6 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode; Drucksache 17/3815; 17.11.2010
7 *Wehling M.* Wer schützt Ärzte und Patienten vor Leitlinien? Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2560 – 2561
8 *Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M* et al. Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); 2009
9 *Kimchi EZ, Lyketsos CG.* Dementia and Mild Neurocognitive Disorders. In: Steffens DC, Blazer DG, Thakur ME, ed. Textbook of Geriatric Psychiatry. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2015: 177 – 2742
10 *Staedt J, Sparfeld F, Otto A* et al. Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken. Teil 2: Diagnosen und Behandlung. Psychiat Prax 2003; 30: 248 – 255
11 *Godemann F, Hauth I, Gutzmann H* et al. Gerontopsychiatrie versus Allgemeinpsychiatrie bei stationärer Behandlung von Depressionen im höheren Lebensalter. Psychiat Prax 2009; 36: 270 – 272
12 *Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I.* Evaluation of special and traditional dementia care in nursing homes: results from a cross-sectional study in Germany. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25: 1159 – 1167
13 Audit commission. Forget me not: Developing mental health services for older people in England. London: Audit Commission Publications; 2002
14 DSDC. The Virtual Hospital. http://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-hospital
15 *Sampson EL, White N, Leurent B* et al. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. Br J Psychiatry 2014; 205: 189 – 96
16 Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. Healthcare Commission National Audit of Violence 2005-7. Final Report – Older people's Services. London: Royal College of Psychiatrists; 2008

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.