Wenn alte, kognitiv beeinträchtigte Patienten ins Krankenhaus müssen

Die richtige Kommunikation mit Patienten hat enormen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Besonders bei älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist es häufig schwierig, ein erfolgreiches Gespräch zu führen. Verständnisprobleme oder ein falscher Umgangston können bei diesen Patienten schnell zu Frust oder gar zu Aggressionen führen. Dabei gibt es einige Möglichkeiten, wie Sie Ihre Kommunikation verbessern können.

Gute Kommunikation – zufriedene Patienten |

Kaum etwas führen Ärzte und Pfleger so häufig aus wie Gespräche mit ihren Patienten. Für den Patienten ist die Kommunikation das wichtigste Kriterium, um eine Behandlung zu beurteilen – denn sie bestimmt maßgeblich sein Befinden und das seiner Angehörigen. Eine gelungene Kommunikation trägt in überragender Weise zur Zufriedenheit des Patienten bei. Umgekehrt führt ein misslungenes Gespräch häufig zu Enttäuschung und Unzufriedenheit. Obwohl bekannt ist, welche bedeutende Rolle das ärztliche Gespräch einnimmt, wird die Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung nur wenig gelehrt. Schwierige Gespräche werden oft vermieden und die Atmosphäre des Krankenhauses, die von hohem Zeitdruck und einer komplexen Organisation geprägt ist, ist für ein gutes Gespräch nicht förderlich.

Der hochbetagte Patient wird zum Normalfall |

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der alte Patient, insbesondere im Krankenhaus, zum Normalfall [5, 6]. Ein Drittel der über 80-jährigen Patienten entwickelt ein demenzielles Syndrom, das in unterschiedlichen Schweregraden auftreten kann – beginnend mit der leichten kognitiven Beeinträchtigung bis hin zur schweren Demenz.

Zustand wird im Krankenhaus schlechter | Einfluss auf diese Entwicklung hat auch die zunehmende Komorbidität der Demenz mit somatischen Erkrankungen. Außerdem kann der „Apparat Krankenhaus“ mit seinem strammen Zeittakt, seinen komplexen Organisationsabläufen, Personalfluktuations sowie der Technisierung den sensuell und kognitiv beeinträchtigten Patienten überfordern. Dies kann zu einer akuten Verschlechterung seines kognitiven Zustandes bis hin zum Delir beitragen. Verstärkt wird dies durch den Ortswechsel, die fremde Umgebung, Operationen, Narkose und Intensivmedizin. Das Personal somatischer Krankenhäuser ist im Umgang mit diesen Patienten unerfahren und reagiert nicht selten unfreundlich bis aggressiv.

Sensuelle Defizite überprüfen

Oft vergessen: Brillen und Hörgeräte | Längst nicht alle Kommunikationsprobleme sind kognitiver Natur. Die meisten älteren Patienten benötigen Sehhilfen, 75 % der über 65-jährigen hören schlecht. Sehhilfen und Hörgeräte werden in der Eile der Krankenhausaufnahme häufig vergessen.

Das nachlassende Hörvermögen betrifft vor allem die höheren Frequenzen, sodass weibliche Stimmen schlechter verstanden werden als männliche.

Kommunikation im Schreiten ist nicht empathisch und fördert Aggressionen. Behelfen kann man sich zur Not mit einfachen Mitteln, wie z. B. mit einem Stethoskop, das man zum Hörgerät umfunktioniert (► Abb. 1). Eine Beurteilung der sensorischen und kognitiven Funktionen bei der Krankenhausaufnahme ist noch keineswegs üblich. Dabei ersparen Sie sich viele Probleme, wenn Sie das Hör- und Sehvermögen gleich zu Beginn überprüfen und eventuelle Defizite durch Sehhilfen und Hörgeräte ausgleichen.

Sprechtempo und -technik | Stimme und Sprechtempo müssen den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden. Insbesondere in lauter Umgebung mit zahlreichen Stör- und Nebengeräuschen fällt es älteren hörbehinderten Patienten schwer, das Gesprochene zu verstehen. Auch hinsichtlich der Sprechtechnik sind einige Grundregeln zu beachten:

- Das Gespräch sollte man mit einigen inhaltlich weniger wichtige Sätzen beginnen, damit sich der Patient auf die Sprachmelodie und Stimme einstellen kann.
- Der Patient sollte Mund, Mimik und Gestik des Sprechenden beobachten, um so zusätzliche Informationen zu gewinnen. Deshalb sollte man diese Patienten möglichst nicht von hinten oder von der Seite ansprechen [2].

- ▶ Man sollte bewusst ruhig, deutlich und langsam sprechen und zwischen den Sätzen Pausen einlegen.
- ▶ Nach wenigen Sätzen sollte man sich durch Nachfragen vergewissern, ob der Patient die Informationen verstanden hat.

Sprachstil anpassen

Konkret und klar sein | In kurzen und einfachen Sätzen sollten nur konkrete Sachverhalte angesprochen werden. Vermeiden sollten Sie:

- ▶ offene Fragen
- ▶ Metaphern
- ▶ übertragene Bedeutungen
- ▶ Ironie
- ▶ Wortspiele
- ▶ mehrdeutige Formulierungen

Wird bei der Anamneseerhebung in rascher Folge nach Übelkeit, Sodbrennen, Erbrechen, Oberbauchschmerzen, Durchfällen, Meteorismus oder Blut im Stuhl gefragt, kann ein Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung diese Reihung nicht verarbeiten – und er wird allenfalls auf den letzten Begriff eingehen. Geben Sie nur Teilanweisungen mit bewussten Wiederholungen.

Äußert sich der Patient unverständlich oder fehlen ihm Worte, bieten Sie ihm Vorschläge an.

Den Patienten ernst nehmen | Äußerungen alter Patienten mit kognitiven Defiziten zu verharmlosen oder zu bagatellisieren, kann für den Patienten sehr kränkend sein. Auch Floskeln und Satzhülsen sind wenig empathisch und stören die Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu gehören Sätze wie:

- ▶ „Das ist halb so schlimm.“
- ▶ „Es wird schon wieder werden.“
- ▶ „Das kriegt fast jeder ältere Mensch.“
- ▶ „Wir sind eben keine 20 mehr.“
- ▶ „Alte Menschen weinen nicht.“
- ▶ „Das kennen wir.“

Vorsicht mit Duzen

„Du“ oder „Sie“? | Es ist ein weit verbreitetes Phänomen, dass Patienten mit kognitiven Defiziten im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen rasch geduzt werden. Dahinter steckt meistens keine Freundlichkeit, sondern eine gewisse Geringschätzung und Entmündigung des Patienten, und letztlich eine Manifestation der Machtverhältnisse. Allerdings kann man einen besseren Zugang zum Patienten bekommen, wenn man seinen Vornamen benutzt. Manche Patienten haben nämlich ihren Geburts- oder angeheirateten Namen vergessen. Bei demenzkranken Patienten sind gerade Erinnerungen aus der frühen Kindheit besser zugänglich als später Erlerntes. Ein Kind lernt als

Bildnachweis: H. Fießl

Abb. 1 Das Stethoskop kann auch als Hörgerät dienen.

Erstes seinen Vornamen und spricht erst später von sich als „ich“.

Ein Kompromiss könnte somit sein, den Patienten mit seinem Vornamen und „Sie“ anzusprechen.

Hier sollte man vorsichtig vorfühlen und individuelle Lösungen finden.

Nonverbale Kommunikation

Wichtig, aber schwer zu kontrollieren | Nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten sind äußerst wichtig für den Empfänger, um die gehörten Informationen interpretieren zu können. Dazu zählen:

- ▶ Mimik
- ▶ Blickkontakt
- ▶ Gestik
- ▶ Berührungen
- ▶ Körperhaltung
- ▶ Tonfall der Stimme

Tatsächlich entfallen nur 10% unserer Kommunikation auf den verbalen und 90% auf den nonverbalen Anteil. Demenzkranke Patienten sind länger in der Lage, nonverbal kommunizierte Informationen wahrzunehmen als verbale.

Die nonverbale Kommunikation wird also umso wichtiger, je mehr die kognitiven Fähigkeiten nachlassen.

Allerdings sind z. B. Mimik und Tonfall schwerer zu kontrollieren als Gesprochenes. Stimmen verbale und nonverbale Kommunikation nicht überein, empfindet der Patient dies als verstörend [7, 9]. Man sollte sich also immer wieder bewusst machen, wie man nonverbal „auftritt“. Versteifen Sie sich aber nicht zu sehr darauf – Ihr spontanes und natürliches Verhalten sollten Sie nicht verlieren.

Vorsicht mit Berührungen im Gesicht | Berührungen können demenzkranke Patienten als Eindrin-

Prof. Dr. med. Hermann Sebastian Fülls
ist Internist und Gastroenterologe und ehemaliger Leitender Arzt am Klinikum München Ost in München-Haar

gen in die Intimsphäre oder als Aggression auffassen. Man sollte sie daher sehr vorsichtig einsetzen und die Bedürfnisse des einzelnen Patienten berücksichtigen. Vor allem Berührungen im Gesicht ohne Vorwarnung können heftige Aggressionen hervorrufen – insbesondere, wenn der Patient gerade döst oder schläft. Zu verbalen oder sogar körperlich aggressiven Handlungen kommt es meistens bei pflegerischen Tätigkeiten. In diesem Fall sollte man sich dem Patienten langsam – in seinem Blickfeld – nähern, dabei sprechen und einen freundlichen Gesichtsausdruck zeigen.

Handmassagen können helfen | Berührungen der Hände werden hingegen von den meisten Patienten als angenehm und beruhigend empfunden. Eine Handmassage erhöht die Toleranz gegenüber pflegerischen und medizinischen Maßnahmen [3].

Äußerst hilfreich: Kinderlieder

„Zeigt her eure Füßchen“ | Die Kooperation bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme kann sich verbessern, wenn Kinderreime und -lieder, die der Patient aus seiner Kindheit kennen, aufgesagt bzw. gesungen werden (z. B. das Lied „Zeigt her eure Füßchen“). Durch diese Lieder gelingt in vielen Fällen ein Zugang zum Patienten, wie er sonst mit keinem anderen Mittel möglich ist [9].

Hilfreich ist außerdem, dem Patienten pantomimisch zu demonstrieren, welches Verhalten von ihm gewünscht wird. Das kann z. B. die Essens- und Flüssigkeitsaufnahme erleichtern.

Modellprojekte und Spezialstationen

Versorgung verbessern | Es ist wahrscheinlich unvermeidlich, dass im Jahr 2020 rund 20% aller älteren Krankenhauspatienten an einer Demenz leiden werden [10]. Daher sind in den letzten Jahren Modellstationen und Projekte entstanden, die mit baulichen, organisatorischen und personellen Maßnahmen die Versorgung kognitiv beeinträchtigter Patienten verbessern sollen. Seit dem Jahr 2000 wurden über 20 Spezialstationen in geriatrischen Kliniken in Deutschland etabliert. Zusätzlich sind Spezialangebote für bestimmte Erkrankungen entstanden [1]. Dazu gehören:

- ▶ Stationen nach dem Silviahemmet-Konzept (z. B. St. Hildegardis-Krankenhaus Köln)
- ▶ interdisziplinäre Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestationen für akut erkrankte ältere Menschen (z. B. Albertinen-Krankenhaus Hamburg) [4]
- ▶ perioperative OP-Teams zur Prophylaxe perioperativer Delire (z. B. St. Franziskus Hospital Münster) [11]

Auf Vollnarkose verzichten | Gerade bei operativen Eingriffen ist das Risiko sehr hoch, dass Pati-

enten mit primär leichten kognitiven Defiziten einen akuten deliranten Zustand entwickeln. Das Risiko lässt sich durch ein Aufnahme-Screening einschätzen, das die kognitive Leistung erfasst. Ein Altenpfleger begleitet die Patienten vor und nach der Operation. In einem Modellprojekt ist es gelungen die Delir-Rate bei Hüft-TEP-Operationen von 40 auf 7% zu senken, indem auf eine Vollnarkose (wenn möglich) verzichtet und dafür eine Spinalanästhesie eingesetzt wurde. Auch der Einsatz von Benzodiazepinen wurde vermieden.

Die Politik reagiert | Die demografische Entwicklung zwingt die Gesundheitspolitik, neue Versorgungsformen einzurichten. Im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen soll ab 2015 ein geriatrisches Screening von Patienten über 75 Jahre in den Notaufnahmen Pflicht sein. Die Gesamtzahl an Betten für Geriatrie soll um 13% wachsen und in Krankenhäusern mit geriatrischen Einrichtungen sollen Behandlungspfade und Kooperationswege installiert werden, die obligat beachtet werden müssen.

Jeder kann betroffen sein

Die Demenz wird als „demokratische“ Erkrankung bezeichnet, weil jeder Mensch von ihr betroffen sein kann. Weiterhin sollte jeder sich verpflichtet fühlen, Betreuungsaufgaben zu übernehmen. Die Demenz entwickelt sich zu einem gesellschaftlichen Massenphänomen, das weder das staatliche noch das private Gesundheitssystem schultern kann. Mittlerweile sind in vielen Krankenhäusern ehrenamtlich tätige Pflege- und Demenzbegleiter unverzichtbar geworden. Die Demenz wird somit zum Prüfstein des bürgerlichen Engagements. Wie auch immer die Versorgung demenzkranker Patienten aussehen wird – die richtige Kommunikation ist ihr Grundstein.

Fazit

- ▶ Bei der Aufnahme sollte überprüft werden, ob der Patient eine Seh- oder Hörhilfe benötigt.
- ▶ Fangen Sie Ihre Gespräche mit weniger wichtige Sätzen an und stellen Sie sich so vor den Patienten, dass er Mund, Mimik und Gestik beobachten kann.
- ▶ Sprechen Sie ruhig und deutlich und vermeiden Sie offene Fragen, Metaphern und Ironie.
- ▶ Duzen Sie Ihren Patienten nicht. Es kann allerdings hilfreich sein, ihn mit seinem Vornamen anzusprechen.
- ▶ Seien Sie vorsichtig mit Berührungen – vor allem im Gesicht. Handmassagen hingegen werden meist als angenehm empfunden.
- ▶ Kinderlieder und Reime können helfen, die Kooperation bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme zu erhöhen.

Vollständiges Literaturverzeichnis unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-101605>

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

DOI 10.1055/s-0041-101605
Dtsch Med Wochenschr 2015;
140: 620–622
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Literatur:

- 1 Hofmann W, Rössler A, Vogel W, Nehen HG. Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47: 136–140
- 2 Kelley AS, Back AL, Arnold RM et al. Geritalk: communication skills training for geriatric and palliative medicine fellows. *J Amer Geriatr Soc* 2012; 60: 332–337
- 3 Snyder M, Egan EC, Burns KR. Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatric Nursing* 1995; 16: 60–63
- 4 Groening M, Schwarz T, Lock G. Hightouch statt Hightech. Erfahrungen mit einer interdisziplinären Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation zur besseren Versorgung insbesondere älterer Notfallpatienten. *Dt Ärztebl* 2013; 110: A262–265
- 5 Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2012
- 6 Hibbeler B. Der alte Patient wird zum Normalfall. *Dt Ärzteblatt* 2013; 110: A1036–1037
- 7 Magai C, Cohen CI, Gomberg D. Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *Int Psychogeriatrics* 2002; 14: 25–38
- 8 Re S. Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren dementiellen Erkrankungen. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 447–453
- 9 Richard N. Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz – die Integrative Validation (IVA). *Unterricht Pflege* 2004; 9: 13–16
- 10 Sampson EL, Blanchard MR, Jones L et al. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 61–66
- 11 Gosch M, Heppner HJ. Das perioperative Management der geriatrischen Patienten. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47: 88–89