



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Komplexe Krisen und Störungen

Herausgegeben von Prof. Dr. Günter H. Seidler, Heidelberg, PD Dr. Jonas Tesarz, Heidelberg, und Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer, Göttingen/Berlin

Die Reihe setzt sich zur Aufgabe, wichtige psychische Leidenszustände und Störungen in kurzer, überblickshafter und dennoch tiefgehender und wissenschaftlich umfassender Weise darzustellen. Dazu gehören auch solche, die in den modernen Diagnoseschemata keine Berücksichtigung (mehr) finden, deren Konzepte für ein tieferes Verständnis dennoch wichtig sind. Die Bände dieser innovativen Reihe bieten hier klinische Orientierung. Große Bedeutung wird der Phänomenologie und der Theorie zum Verständnis des jeweiligen Störungsbildes beigemessen. Die jeweilige Behandlungslehre gibt eine Übersicht über die jeweils in Frage kommenden therapeutischen Möglichkeiten.

Die Autoren sind meist jüngere, in ihren Fachbereichen aber durchaus ausgewiesene Experten. Adressaten sind die große Zielgruppe der angehenden Fachärzte unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete, insbesondere Psychiater und Psychosomatiker und Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen.

Die Herausgeber:

Günter H. Seidler, Prof. Dr. med., war Leiter der Sektion Psychotraumatologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Lehranalytiker, Gruppen-Lehranalytiker und EMDR-Supervisor.

Jonas Tesarz, PD Dr. med., Arzt und Wissenschaftler am Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik.

Annette Streeck-Fischer, Prof. Dr. med., war Chefärztin der Abteilung »Klinische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen« in Tiefenbrunn, ist Psychoanalytikerin, Ärztin für Kinderpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und Hochschullehrerin an der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Jan van Loh)
(bereits erschienen)

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (Vjera Holthoff-Detto)
(bereits erschienen)

Psychosomatische Schmerztherapie (Jonas Tesarz)

Ängste bei Kindern und Jugendlichen (Lydia Kruska)

Weitere Bände in Vorbereitung

Vjera Holthoff-Detto

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

Klett-Cotta

In dem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Da Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, wird jeder Anwender aufgefordert, alle Dosierungsangaben auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Verantwortung des Benutzers.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Cattari Pons/photocase.de

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-94947-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische

Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Geleitwort der Reihenherausgeber	9
Einleitung	11
TEIL 1 Kommunikation und Setting	15
Zugang zu Menschen mit Demenz in der Behandlungssituation	
1 Akutsituationen bei Menschen mit Demenz erfassen ...	17
2 Akutes Erleben und akute Affekte von Menschen mit Demenz erfassen	23
3 Gemeinsame Kommunikationsebene schaffen und Informationen vermitteln	29
4 Angehörigenbegleitung in der Akutsituation	34
5 Kommunikation im Behandlungsverlauf	40
6 Kommunikation in besonderen Situationen	46
6.1 Unbekannte Situationen	46
6.2 Schamgefühl	47
6.3 Mangel an Gefühl, umsorgt zu sein	48
6.4 Erleben von Verlust und Hilflosigkeit	48
6.5 Suche nach einer würdevollen Rolle und persönlicher Integrität	49
6.6 Einsamkeit und das Gefühl, verlassen zu sein	50
6.7 Körperliche Versehrtheit und Angst	51
6.8 Körperliche Wärme und das Gefühl, behütet zu sein ...	52
6.9 Ablehnung und Misstrauen gegenüber bestimmten Menschen	52

TEIL 2 Strategien der Diagnosestellung und Behandlung	55
7 Strategie der Diagnosestellung	57
7.1 Verdacht auf kognitive Störungen – und jetzt?	60
7.2 Kontaktaufnahme und Diagnostikstrategie – wie gehe ich vor?	63
7.2.1 Mini-Mental State Test (MMST)	72
7.2.2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	73
7.2.3 DemTect	73
7.3 Sekundäre Demenzsyndrome und Differential- diagnosen	74
7.4 Leichte kognitive Störungen (Mild Cognitive Impairment, MCI): Mögliche Vorstufe der Demenz	81
7.5 Primäre Demenzen: erste Hinweise, Lokalisation der Pathologie, klinisches Syndrom	85
7.5.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	88
7.5.2 Vaskuläre Demenz	92
7.5.3 Gemischte Demenz	94
7.5.4 Frontotemporale Demenz	95
7.5.5 Demenz bei Parkinson-Syndrom	104
7.5.6 Lewy-Körperchen-Demenz	107
7.6 Delir bei alten Menschen: Differentialdiagnose oder Komplikation bei Menschen mit Demenz	111
7.6.1 Symptomprofile, Risikofaktoren und Prävention des Delirs	116
7.6.2 Diagnostik bei Delir	119
7.7 Depression bei alten Menschen: Differentialdiagnose oder Komplikation bei Menschen mit Demenz	125
8 Strategie des Multikomponentenprogramms für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	128
8.1 Strategien der pharmakologischen und psychosozialen Behandlung	131
8.1.1 Diagnoseübermittlung: Wie gehe ich vor?	131

8.1.2	Diagnose von Veränderungen in Verhalten, Affekt und Wahrnehmung und Anleitung der Angehörigen	136
8.1.3	Indikation und Ziele der Multikomponententherapie: pharmakologische und psychosoziale Behandlungsstrategien	140
9	Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz	157
10	Palliative Situation bei Menschen mit Demenz	159
11	Rechtliche Aspekte bei Menschen mit Demenz	163
11.1	Fahrtauglichkeit	163
11.2	Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz	169
11.3	Rechtliche Vorsorge	172
11.3.1	Vorsorgevollmacht in Form einer Generalvollmacht	172
11.3.2	Betreuungsverfügung	173
12	Vorbereitung einer stationären Krankenhausbehandlung	175
13	Rehabilitation bei Menschen mit Demenz	178
14	Räumliche Anpassung für Menschen mit Demenz	180
15	Häufig gestellte Fragen	185
15.1	Verhaltensveränderungen führen zum Konflikt: meint mein Angehöriger das so?	185
15.2	Sobald ich denke, dass ich unser Leben im Griff habe, kommt die nächste Herausforderung	185
15.3	Wir sind immer so gerne verreist: Ist Reisen zu gefährlich?	186
15.4	Was ist, wenn ich die die Pflege zu Hause nicht mehr schaffe?	186

15.5	Wie gestalte ich ein ärztliches Gespräch mit einem Paar, von dem einer an einer schweren Demenz leidet, ohne dass dieser sich von mir unbeachtet fühlt, auch wenn er dem Gespräch nicht folgen kann?	188
15.6	Patient hat wiederholt keinerlei Krankheitseinsicht und verweigert wichtige Maßnahmen	188
15.7	Fremde Hilfe wird nicht angenommen.....	189
15.8	Darf ich bei der Suche nach Aktivierung auch Kinderspielzeug nehmen, ist das nicht würdelos?	189
15.9	Kann ich einen Menschen mit Demenz mit seinem Vornamen ansprechen?	190
15.10	Wie berate ich Familien, in denen Menschen mit Demenz große Freude an Tätigkeiten haben, die Gefahren in sich bergen?	190
15.11	Was mache ich bei sexueller Enthemmung?	190
16	Zusammenfassung	192
	Anhang	194
	Literatur	205
	Angaben zur Autorin	214

Geleitwort der Reihenherausgeber

In unserer sich rasch verändernden Welt tauchen häufig Fragestellungen auf, die sich schwer beantworten lassen, und Probleme, mit denen schwer umzugehen ist. Welche Auswirkungen hat etwa die rasant wachsende Internetwelt, in der Virtualität und Realität nicht selten ineinander übergehen, auf die Trieborganisation von Menschen, auf ihre Werte, ihre Wünsche und Beziehungsgestaltungen und damit auch auf die »Krankheiten«, die einzelne Individuen entwickeln mögen? Oder: Was ist, wenn der Körper in seinen einzelnen Funktionen versagt und medizinisch durchaus hilfreiche Eingriffe möglich sind, die aber das Leben und Erleben des Betroffenen völlig auf den Kopf stellen? Welche Bedeutungen haben zunehmende Entgrenzungen in Bezug auf Alter, Geschlecht und gesellschaftliches Leben von Menschen, etwa durch Medizin und Gesetzgebung?

Diagnosen für Krankheitsbilder werden nach der jeweils aktuellen Ausgabe der ICD und des DSM vergeben. Für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen ist das selbstverständlich; sie sind darin von Beginn ihrer Aus- und Weiterbildung an geschult worden. Ältere Kolleginnen und Kollegen wissen, dass es auch anders geht.

Die Orientierung an den großen Manualen bietet ohne Zweifel viele Vorteile. Eine standardisierte Diagnose etwa ist die Voraussetzung für internationale Studien, die dasselbe Krankheitsbild betreffen. Nur mit ihrer Hilfe sind Aussagen über Inzidenz- und Prävalenzzahlen definierter Krankheitsbilder, ihre Verläufe und über die Ergebnisse therapeutischer Interventionen möglich.

Nun gibt es zahlreiche Lebens- und Erlebensbereiche, die sich in ihrer krankhaften Form der Zuordnung zu lediglich einer ICD- oder DSM-Nummer entziehen. Im Einzelfall kann das sehr unterschied-

lich bedingt sein: Ein Leidenszustand kann derart viele Lebensbereiche umfassen, dass es nicht möglich ist, ihn nur einer Person als individuelle Krankheit zuzuschreiben. Es kann aber auch sein, dass eine sich sehr schnell verändernde Welt bislang nicht beschriebene und vielleicht auch nicht mit den bisherigen Ansätzen beschreibbare »Störungsbilder« hervorbringt. Stößt möglicherweise der bisherige Krankheitsbegriff (auch) hier an seine Grenzen?

Mit unserer Buchreihe versuchen wir, uns dieser schwierigen Thematik anzunähern. Es geht uns darum, Leidenszustände oder »Störungsbilder« zu beschreiben, die mit ihren vielen Aspekten nur unzureichend mit lediglich einer – oder additiv mit mehreren – ICD- oder DSM-Nummern abgebildet werden können. Eine sicherlich immer gegebene Nähe zu den entsprechenden Darstellungen in den großen Manualen soll so weit wie möglich deutlich gemacht werden. Es wird aber auch immer einen Bereich geben, der über die »offiziellen« Beschreibungen der jeweiligen Störungsbilder hinausgeht.

Die Reihe bewegt sich mit ihren Themen in Grenzbereichen zwischen Normalität und Pathologie. Es geht um Fragen an der Grenze zwischen Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie und Gesellschaft, die unser alltägliches Leben bestimmen.

Unser Anliegen besteht darin, mit jedem Band und zu jeder Thematik Anregungen und Informationen zu geben, die einen hilfreichen Umgang mit der jeweils relevanten Problematik unterstützen.

Günter H. Seidler (Dossenheim/Heidelberg)

Jonas Tesarz (Heidelberg)

Annette Streeck-Fischer (Göttingen/Berlin)

Einleitung

Der Umgang mit Menschen mit Demenz ist eine Frage der inneren Haltung, die Diagnoseerhebung und die Therapieplanung eine Frage des spezifischen Wissensstandes zu Alterserkrankungen und die Freude an der Altersmedizin eine Frage der Erfahrung. Die Demenzerkrankung trifft, wie jede andere schwere Erkrankung auch, den Patienten und sein Umfeld. Dieses Buch soll Sie befähigen mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen oder professionell Pflegenden zu kommunizieren, um Ihnen die Diagnostik und Therapieplanung zu ermöglichen und die Betroffenen zu beraten und zu begleiten. Eine wichtige Voraussetzung für diese Arbeit ist es, die Perspektive des Betroffenen anzunehmen und einen Weg zu finden, mit ihm so zu kommunizieren, dass seine Bedürfnisse und Wünsche erkannt und seine persönlichen Ziele unterstützt werden können.

Ich habe in vielen Jahren meiner Arbeit in der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie viele Patienten mit Demenzerkrankung behandelt und begleitet. Die Demenz trifft die überwiegende Anzahl der Erkrankten, ihre Partner und Freunde in einem Lebensalter, in dem Regelmäßigkeit, Übersicht und Lebenserfahrung Sicherheit vermitteln, die Kräfte und Belastbarkeit nachlassen und die Herausforderungen des Alltags und möglicher physischer Defizite zunehmend das Leben bestimmen können. Menschen im hohen Lebensalter wünschen sich Selbständigkeit im Alltag, Selbstbestimmung, soziale Beziehungen, einen wachen Geist, gesunde Sinne und Mobilität.

Nicht wenige haben mir gestanden, dass die Demenzerkrankung sie überfordert und die Familien entzweit. Andere haben ihre Erschöpfung und Trauer beschrieben und wie sehr sie tröstet, dass

sie die Zeit gemeinsam gemeistert haben, so wie sie es sich versprochen hatten. Nicht wenige haben mir gestanden, dass sie sich eine Krebserkrankung für den Betroffenen gewünscht hätten, weil ihnen in ihrem sozialen Umfeld Mitgefühl und offener Umgang mit der Erkrankung sicherer gewesen wäre. Alle haben beschrieben, welche Sprengkraft die Demenzerkrankung entwickelt, wenn sie ausbricht.

Ich habe über viele Jahre einen emeritierten Professor für Physik behandelt, bei dem wir im Alter von 72 Jahren die Diagnose einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit stellten. Seine Ehefrau begleitete, betreute und pflegte ihn. Als er verstarb, fasste sie das Leben mit ihm vor und nach der Demenzerkrankung als Schifffahrt auf einem Fluss zusammen: Vor der Demenzerkrankung gab es langsame und schnellere Passagen, Kurven und Gabelungen, die eine Wahl eröffneten, schöne Weiten und bedrängende Engen, mit und ohne viel Zeit sie sich anzuschauen, mit unterschiedlichen Schiffsbesatzungen neben ihrem Mann und ihr. Der Ausbruch der Demenz veränderte die Fahrt: Das Team wurde neu zusammengesetzt, der Fluss enger und es fehlten Gabelungen, die Zeit sich umzuschauen wurde selten, die Erfahrungen trugen sie beide nicht mehr so sicher über den Fluss und die Stromschnellen bedrohten ihren Mann und sie. Sie seien nicht gekentert, und das sei ein großer Trost für sie. Familien berichten auch, wie wichtig und wie viel einfacher das Leben für Menschen mit Demenz und ihre Familie mit der Erkrankung gewesen wäre, wenn ihnen im Alltag bekannte und auch fremde Menschen mit mehr Verständnis und Freundlichkeit begegnet wären. Das hätte sie zu mehr Partizipation am sozialen Leben ermutigt und sie vor der Einsamkeit schützen können, die schwere Erkrankungen, so auch die Demenz, für alle Beteiligten auslösen können.

Wenn ich Teams auf gerontopsychiatrischen Stationen oder Pflegeheimen beobachte, dann zeichnet sich der Umgang und damit auch Zugang zu den Patienten mit Demenz dadurch aus, dass sie ihnen mit großer und sichtbarer Freundlichkeit, Ruhe und Geduld begegnen. Humor und eine positive Einstellung trotz der kognitiven Leistungsminderung und der Zunahme an Abhängigkeit sollten viel

Raum bekommen. Das sagen Betroffene im Frühstadium selber: Die Entwicklung der zunehmenden Defizite könnten sie nicht aufhalten, aber an einer positiven Haltung wollten sie festhalten können. Dabei erleben sie es nicht als hilfreich, wenn ihnen ihre Defizite klinisch erklärt und in manchen Alltagssituationen auch vorgehalten werden. Zu einer positiven inneren Haltung der Erkrankten trage eine unkommentierte Hilfestellung und positive Anleitung bei, wie es jetzt für sie weitergehen könnte (Mitchell 2016). Ich möchte Sie sehr ermutigen, diese Perspektive sowohl bei den Menschen mit Demenz als auch bei ihren Angehörigen einzunehmen.

In diesem Buch sehen Sie bereits an dem Aufbau, dass die Kommunikation mit Menschen mit Demenz eine notwendige Voraussetzung für Ihr Tun ist und daher den Inhalt des ersten Teils bestimmt. Je mehr praktische Erfahrungen Sie in der Behandlung gewinnen werden, desto leichter wird es Ihnen fallen, die Hinweise des Buches umzusetzen. Sie werden verstehen, welchen Stellenwert einerseits das Setting und andererseits die ersten Momente der Begegnung dabei haben. Sie werden lesen können, welche besonderen Fragen sich in akuten Krisen und im Behandlungsverlauf ergeben können und was Sie dazu wissen sollten.

Die klinische Arbeit finden Sie praxisnah und übersichtlich in Teil 2 des Buches dargelegt. Dabei ist mir wichtig, dass Sie in Ihrem diagnostischen und therapeutischen Denken eine transparente Strategie verfolgen und damit auch befähigt sind, in einem multiprofessionellen Team zum Nutzen des Betroffenen zu arbeiten und sich multiprofessionell untereinander abzustimmen. Die Therapiestrategien sind multimodal und sind einmal durch die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen bestimmt; gleichzeitig verfolgen sie auch klinische Notwendigkeiten, für die auch nicht selten Kompromisse gefunden werden müssen.

Das Buch soll Ihnen das Wissen vermitteln, was zu der Behandlung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zwingend gehören sollte, und kann Sie anleiten, wichtige Aspekte dabei nicht zu übersehen. Die wissenschaftlichen Grundlagen sind dabei genauso berücksichtigt wie klinische, gerontopsychiatrische Erfahrung, auf die wir im klinischen Alltag immer auch zurückgreifen sollten.

Das Buch kann daher nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben und ersetzt nicht das notwendige Studium aktueller Leitlinien und weiterführender Fachliteratur.

Berlin, im November 2017

Vjera Holthoff-Detto

TEIL 1

Kommunikation und Setting

**Zugang zu Menschen mit Demenz
in der Behandlungssituation**

Akutsituationen bei Menschen mit Demenz erfassen

Hintergrund

Akutsituationen bei Menschen mit Demenz, denen wir im klinischen Alltag begegnen, sind häufig das Ergebnis von Krisen und sind überwiegend das Resultat akuter Reaktionsweisen der Patienten auf das von ihnen wahrgenommene Geschehen. Ihre Wahrnehmung kann sich krankheitsbedingt erheblich von unserem Blick unterscheiden und ist damit für uns oft nicht sofort nachvollziehbar.

Stellen Sie sich folgende Situation in Ihrem persönlichen Leben vor: Sie gehen mit Freunden in ein Kino, das Licht geht aus und Sie schauen zunächst Reklame und Filmmankündigungen an. Das Licht geht vor dem Beginn des Hauptfilms wieder an und Sie bemerken, dass Ihr blauer Rucksack mit für Sie wichtigen Dingen wie Handy, Papieren, Geldbörse, Brille und Haustürschlüssel verschwunden ist. Sie sind sehr erschrocken und geben Ihren Freunden und neben Ihnen sitzenden Kinobesuchern Bescheid, was passiert ist. Keiner von ihnen springt jedoch auf und hilft Ihnen bei der Suche nach dem Rucksack. Stattdessen hören Sie Folgendes: Hattest Du den Rucksack überhaupt dabei? Bist Du sicher, dass Du einen Rucksack dieser Farbe besitzt? Der Film geht gleich los, lass uns doch erst einmal das Ende des Films abwarten, danach schauen wir, was wir machen? Reg Dich nicht so auf und mach hier nicht alle verrückt, wer soll denn hier den Rucksack genommen haben? Das kann doch gar nicht sein.

Ihre persönliche Reaktion auf diese Situation wird zunächst geprägt sein von Erschrockenheit über den Verlust des Rucksacks und der darin befindlichen wichtigen Dinge, sowie der Sorge, ob Sie ihn wiederfinden werden. Die Reaktion der anderen wird für Sie in Anbetracht Ihrer persönlichen Notlage dazu führen, dass Sie verzwei-

felt versuchen werden, die anderen von Ihrer Not zu überzeugen und sie für Ihre Unterstützung zu gewinnen. Bei fortwährender Verständnislosigkeit wird Ihre Stimmung verzweifelt und wütend werden und Sie werden sich natürlich nicht auf das Filmende vertrösten lassen.

Genau so können Sie sich die Situation eines Menschen mit Demenz vorstellen, der davon überzeugt ist, dass er etwas vermisst, das ihm soeben abhanden gekommen ist, auch wenn die Realität für den kognitiv gesunden Menschen sich anders darstellt.

Es ist daher von großer Bedeutung, dass wir in diesen Situationen den folgenden Fragen nachgehen, um den Betroffenen mit Demenz helfen zu können:

1. Welche Situation erlebt der Mensch mit Demenz jetzt akut?
2. Welcher Affekt herrscht jetzt bei ihm in dieser akuten Situation vor?
3. Wie gestalte ich eine gemeinsame Kommunikationsebene?
4. Wie gehen wir jetzt gemeinsam im Behandlungsprozess weiter?

Aus der Klinik

Fallvignette eines 79-jährigen Mannes, Herrn W. Fröhlich
Ehemaliger Inhaber eines KFZ-Meisterbetriebs, lebt mit seiner 75-jährigen Ehefrau Susanne in einer Wohnung, seit 55 Jahren verheiratet, 2 Töchter und 5 Enkelkinder in der Stadt, regelmäßiger Kontakt, seit 5 Jahren ist bei W. Fröhlich eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit bekannt

Aktuelle Situation:

- Seit 3 Tagen zunehmende Fehlhandlungen, beispielsweise füllt er das Kaffeepulver in den Wasserbehälter der Kaffeemaschine, wenn er am Morgen, wie immer, für die Kaffe Zubereitung zuständig ist
- Zunehmende Reizbarkeit
- Schlaflosigkeit und psychomotorische Unruhe

- Verbale Bedrohung der Ehefrau, wenn sie ihm zur Hand gehen möchte
- Akute Bedrohung, als sie ihm vorschlägt, den Hausarzt zu informieren
- Ehefrau verständigt über den Notruf 112 den Rettungsdienst
- W. Fröhlich ist voller Wut und Aggression, wehrt sich und schlägt Rettungsassistenten
- Verzweifelt bittet er seine Ehefrau um Hilfe
- Rettungsassistenten haken ihn an beiden Seiten ein, bringen ihn zum Rettungswagen
- Wütend und erschöpft fährt W. Fröhlich mit
- Er weigert sich vor dem Krankenhaus auszusteigen
- Aufnahmeschwester betritt Rettungswagen und setzt sich neben ihn

Das Gespräch läuft wie folgt ab:

I. Kraft: Guten Tag, Herr Fröhlich. Ich bin die Aufnahmeschwester im Stadt-Krankenhaus. Ich heiße Inge Kraft. Sie sind mit dem Rettungswagen von zu Hause gekommen. Ihre Frau weiß, dass Sie hier sind. Ich sehe, dass Sie sich sehr ärgern, dass der Rettungswagen Sie hierher gebracht hat, in das Stadt-Krankenhaus. Deswegen hat mich der Rettungsassistent geholt. Jetzt bin ich auch besorgt um Sie, wir möchten Sie nicht verärgert wissen. Darf ich Sie zu einem Tee in mein Zimmer einladen, damit wir besprechen können, wie es weitergeht, bitte?

Rettungsassistent: Herr Fröhlich, Ihre Frau ist in großer Sorge um Ihre Gesundheit. Deswegen hat sie uns gerufen. Sie hat gezittert vor Sorge, als wir kamen. Sie ist wirklich sehr um Ihre Gesundheit besorgt und wir auch.

H. Fröhlich: Ich werde nicht mitkommen. Das ist doch alles Unfug, was Sie mir hier vorleiern. Sie haben doch keine Ahnung. Sie kennen mich doch gar nicht. Das ist doch nur dummes Gewäsch, was Sie da von sich geben. Meiner Gesundheit geht es prächtig. Das ist eine Frechheit, ich rufe die Polizei. Ich muss schnell zurück, meine Frau ist sicher in großer Sorge und sucht mich.

I. Kraft lässt ihn aussprechen und sagt ruhig: Das ist gut zu hören, dass Sie Ihre Gesundheit als prächtig einschätzen. Dazu haben Sie sicher einiges getan: Wie alt sind Sie jetzt, Herr Fröhlich?

W. Fröhlich: Ich bin 79 Jahre alt.

I. Kraft: Was haben Sie beruflich gemacht?

W. Fröhlich: Ich war KFZ-Meister und hatte meine eigene Werkstatt. 40 Jahre lang, jeden Tag außer sonntags war ich in meiner Werkstatt.

Rettungsassistent: Herr Fröhlich, Sie waren KFZ-Meister. Das wollte ich auch immer lernen. Inzwischen ist so viel Elektronik in den Autos, das ist wohl nicht mehr die Arbeit wie noch zu Ihrer Zeit. Da musste man wirklich Autos mit den Händen und Erfahrung reparieren.

W. Fröhlich: Alle haben mir ihren Wagen gebracht. Ich kannte sie alle: Opel Rekord, VW-Käfer, sogar Borgward Isabella und Mercedes 190 und 220 habe ich repariert und natürlich Ford Taunus.

W. Fröhlich findet aufmerksames Gehör bei dem Rettungsassistenten und der Aufnahmeschwester.

I. Kraft: Herr Fröhlich, darf ich Sie jetzt zu einem Tee in mein Zimmer einladen, damit wir dort das Gespräch fortsetzen können? Ich finde, wir beide brauchen erst einmal einen ruhigen Ort. Wir haben uns einen Tee verdient. Und den Rettungswagen schicken wir beide jetzt mal zum Weiterarbeiten.

Spätere Anamnese

- Stationäre Aufnahme für 5 Tage
- Diagnosen:
 - Fieberhafte Zystitis
 - Hyperaktives Delir bei Demenz
 - Remission nach antibiotischer Therapie



Im Fokus

Folgende Schritte sind in der Fallvignette von W. Fröhlich beschrieben:

- Frage 1: Welche Situation erlebt der Mensch mit Demenz jetzt akut?
 - Obwohl er sich gesund fühlt, wird er unerwartet vom Rettungsdienst abgeholt und in das Stadt-Krankenhaus gefahren
 - Zuvor betreten zwei fremde Männer (Rettungsassistenten) seine Wohnung und seine Frau hilft ihm nicht, als er von diesen mitgenommen wird
 - Im Stadt-Krankenhaus angekommen, gibt es für ihn keine Veranlassung auszusteigen, er wird freiheitsberaubt
 - Er möchte sofort nach Hause, da er gesund ist und er seine Frau Susanne zurückgelassen hat

- Frage 2: Welcher Affekt herrscht jetzt bei W. Fröhlich in dieser akuten Situation vor?
 - Verärgerung über das Verhalten der anderen
 - Misstrauen gegenüber der Aufnahmeschwester
 - Wut und Aggression wegen der Freiheitsberaubung und seines Verlusts an aktueller Selbstbestimmung
 - Sorge um seine Frau Susanne, die ahnungslos ist

- Frage 3: Wie gestalte ich eine gemeinsame Kommunikationsebene mit W. Fröhlich?
 - Orientierung in der aktuellen Situation geben (Name, Ort, Geschehen kommentieren)
 - Beruhigung (Ehefrau Susanne weiß Bescheid)
 - Empathie und Verständnis für seine psychische Verfassung in dieser Situation signalisieren
 - Zugang zu W. Fröhlich über das persönliche Gespräch zu wichtigen Eckpunkten seines Lebens (Beruf)
 - Signalisieren von Interesse durch emotional positiv besetztes Thema (Arbeit in der Werkstatt, Wertschätzung seiner Expertise)

- Gesprächsatmosphäre entspannen und Beziehungsaufbau beginnen
 - Atmosphäre der Ruhe schaffen, auch ohne dass W. Fröhlich die aktuelle Situation schon ausreichend überblicken kann
- Frage 4: Wie gehen wir jetzt gemeinsam im Behandlungsprozess weiter?
- Jetzt:
- Zusammen in die Notaufnahme gehen

Im Folgenden:

- Behandlungsnotwendigkeit erklären
- Behandlung gemeinsam planen
- Bereitschaft, klinisch vertretbare Kompromisse mit W. Fröhlich zu vereinbaren
- Ehefrau Susanne in die Behandlung einbeziehen

KAPITEL 2

Akutes Erleben und akute Affekte von Menschen mit Demenz erfassen

Hintergrund

Demenzen sind spezifische Syndrome, denen unterschiedliche Pathophysiologien zugrunde liegen (beispielsweise die Demenz bei Alzheimer-Krankheit, Frontotemporale Demenz, Vaskuläre Demenz oder Demenz bei Parkinsonerkrankung; siehe Teil 2). Sie führen klinisch zu pathologischen Störungen in spezifischen neuronalen Netzwerken und zu Funktionsveränderungen in der Kognition, im Verhalten und in anderen nichtkognitiven Domänen wie beispielsweise dem Essverhalten und Schlaf-Wach-Rhythmus.

Die biologische Anfälligkeit für Störungen der Hirnfunktion (Vulnerabilität) ist bei Menschen mit Demenz gegenüber Gleichaltrigen ohne Demenz erhöht. Die hohe zerebrale Vulnerabilität entsteht bei Menschen mit Demenz einmal durch biologische Alterseffekte und zusätzlich durch die zerebralen Störungen, die durch die pathologischen Veränderungen in der Hirnstruktur durch die Demenzerkrankung entstanden sind (beispielsweise pathologische Eiweißablagerungen, Substanzverlust durch Infarkte oder Neuronenverlust). Ferner ist bei Menschen mit Demenz auch von einer höheren psychologischen Vulnerabilität und Irritierbarkeit auszugehen, da die veränderte Wahrnehmung und Bewertungen von Alltagssituationen dazu prädisponieren. Es ist beispielsweise gut nachzuvollziehen, dass Erinnerungsschwierigkeiten und daraus resultierende Missverständnisse zu Angst, Ärger oder Verzweiflung führen können. Je nach Demenzerkrankung stehen unterschiedliche Symptome im Vordergrund des klinischen Bildes. Es gibt jedoch eine Reihe von

Gemeinsamkeiten, die Menschen mit unterschiedlichen Demenzformen aufweisen und die wir für unsere Kommunikation berücksichtigen müssen, sobald die Verdachtsdiagnose einer Demenz im Raum steht.

Die Defizite in der zerebralen Informationsverarbeitung und kognitiven Leistungsfähigkeit können bei den Erkrankten dazu führen, dass beispielsweise zwischenmenschliche Begegnungen oder alltägliche Situationen anders als früher wahrgenommen, verarbeitet und individuell bewertet werden. Es ist notwendig, die Perspektive des Erkrankten einzunehmen, um seine Realität so weit wie möglich zu verstehen. Der Schlüssel zur Kommunikation ist es, die beiden Realitäten (Erlebniswelten des Menschen mit Demenz und seines Gegenübers) einander anzunähern. Für den Gesunden bedeutet es, die Realität so zu gestalten und transparent zu machen, dass der Mensch mit Demenz sich darin bewegen kann. Je länger der Zustand der Verunsicherung für Menschen mit Demenz anhält, desto ausgeprägter kann die Reaktion werden und desto schwieriger eine Auflösung des Zustandes. Ziel ist es daher immer, den Patienten so schnell wie möglich wieder in seine vertraute Umgebung zurückbringen zu können.

Wir sollten daher ambulanten Betreuungsstrategien, wann immer klinisch möglich, gegenüber stationären Aufnahmen den Vorzug geben und stationäre Aufenthalte kurz halten. Ein schwerwichtiges Symptom einer Vielzahl von Demenzerkrankungen ist die Einschränkung der verbalen Kommunikation durch Einbußen im Sprechen und Verstehen. Da das Erkennen von Mimik und Gestik sowie Sprachmodulation eine sehr frühe Erfahrung in der Lebensentwicklung und damit eine sehr alte Erfahrung ist, bleibt diese bei Demenzerkrankten lange erhalten. Das erklärt sich aus dem Fakt, dass im Zuge des neurodegenerativen Prozesses Gedächtnisinhalte in umgekehrter Reihenfolge auf dem Zeitstrahl des Lebens verloren gehen, d.h. zunächst neuere und erst bei sehr fortgeschrittener Demenz auch die sehr alten Erinnerungsinhalte.

Setzen Sie daher während der Kommunikation immer gezielt Mimik und Gestik ein. In unserer Wahrnehmung sollten Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in akuten Situationen nicht als

zufällig oder mutwillig, sondern als Konsequenz einer bestimmten Wahrnehmung gewertet werden, die durch die Demenzerkrankung in den spezifischen Situationen geprägt ist. Das ist sehr wichtig, denn bei allem Verständnis für Erkrankte mit Demenz werden wir mit un schönen Situationen in unserem Tun konfrontiert, in denen uns ein Verhalten durch die Patienten entgegengebracht wird, das Beleidigungen, Beschimpfungen und Herabwürdigung beinhaltet und uns persönlich zu schaffen machen kann und das wir gerade dann den spezifischen Aspekten der Demenzerkrankung zuordnen sollten.



Im Fokus

■ Investieren Sie in die Wahl der aktuellen Bezugsperson in der Situation

- Investieren Sie Zeit in den jeweiligen Kontaktaufnahmen, das zahlt sich aus
- Einigen Sie sich darauf, wer jetzt für die nächsten Schritte die Bezugsperson sein wird (beispielsweise Pflegeteam, Arzt, Angehöriger)
- Bezugsperson ist die Person, die dem Menschen mit Demenz in dem Moment der Unsicherheit ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann, sie muss nicht identisch sein mit der Person, die die anstehenden Tätigkeiten ausführt

■ Investieren Sie in die spezifische und notwendige Kommunikation

- Kommunikation gelingt über die Ebene der emotionalen Kontaktaufnahme
- Nehmen Sie die Perspektive des Menschen mit Demenz ein
- Nähern Sie die unterschiedlichen Realitäten einander an (die des Erkrankten/die Gegenwart)
- Bedenken Sie: Akute Verhaltensweisen sind Konsequenz seines Erlebens und nicht schlechtes Benehmen oder eine unangenehme Primärpersönlichkeit
- Auch wenn Sie in Eile sind, vermittelt der Augenblick des langsamen Betretens des Raums dem Patienten Ruhe und Zeit

- Blickkontakt ist wichtig und verstärkt das Signal, dass Sie interessiert und ernsthaft zugewandt sind
 - Bitten Sie den Patienten auch, Sie anzuschauen (*Schauen Sie mich bitte an, damit ich Ihre Augen sehen kann.*)
 - Wenn möglich, halten Sie auch immer wieder die Hand und lächeln Sie den Patienten an
 - Wenn der Patient sehr erregt und abweisend ist, setzen Sie sich ruhig hin, halten Sie Abstand, vermeiden Sie, dass der Patient sich bedrängt fühlt
 - Klar, laut, deutlich, langsam, sanft sprechen
 - Sprechen Sie den Patienten immer wieder mit seinem Namen an
 - Lassen Sie immer wieder den aktuellen Ort einfließen
 - Emotionen zeigen (Mimik: beispielsweise Freundlichkeit, Besorgtheit)
 - Kommunizieren Sie, auch wenn die Sprache nicht verstanden wird (Intonation und Mimik vermitteln Emotionen und beruhigen)
 - Immer kurze Sätze machen, mit maximal einem Nebensatz (das ist nicht identisch mit Babysprache)
 - Pausen machen, beobachten, ob Ihr Gegenüber Sie verstanden hat
 - Wenn Sie die Aufmerksamkeit des Patienten nicht haben, identifizieren Sie, wo er seine Aufmerksamkeit gerade hat, und greifen Sie das für die Kontaktaufnahme auf
 - Verwenden Sie eindeutige, nicht wertende Wörter, um das Vertrauen herzustellen
 - *Sie waren sehr verärgert und haben sich gewehrt. Und nicht: Sie haben den Rettungsassistenten aggressiv angegriffen.*
 - Affekte, die Sie wahrnehmen, ansprechen
- I. Kraft zu W. Fröhlich: Ich sehe, dass Sie verärgert sind. Sie wollen nicht hier sein. Sie konnten gar nichts vorbereiten. Ich wäre auch verärgert. In Ihrem Fall ist es jedoch ausgezeichnet, dass Sie so pünktlich gekommen sind. Die Behandlung kann schnell beginnen und schnell fertig sein. Ich bitte Sie um Ihr Vertrauen. Ich möchte auch eine zügige Behandlung.*

- **Investieren Sie in die notwendige aktuelle Milieugestaltung**
 - Milieu der Sicherheit und Verlässlichkeit (Bezugsperson), Zuwendung (Hand halten) und Respekt (immer wieder mit Namen ansprechen)
 - Reizabschirmung ist in der Akutsituation notwendig (Ruhe, Helligkeit, Übersicht)
 - Idealerweise ist eine vertraute Person bei ihm: Pflegende Angehörige sind Experten im Umgang und können die besten Helfer sein
 - Ist die notwendige Sehhilfe, das eigene Hörgerät vorhanden?
 - Ist der Patient ausreichend gekleidet, ist die Unterhose durch Urin oder Kot verunreinigt (Scham)?
 - Halten Sie dazu Augenkontakt und die Hand etwas länger bei Ihrer Verabschiedung, das signalisiert dem Patienten Ihr Interesse und Ruhe, auch wenn Sie wenig Zeit haben

+ Aus der Klinik

- Fallvignette eines 81-jährigen Patienten, mittelschwere Vasculäre Demenz, Behandlung auf der Gerontopsychiatrischen Station
- Einweisung erfolgte wegen Aggressivität und Schlagen des Personals im Pflegeheim
- Beobachtung auf Station ergab: Aggressivität, wann immer sich sein Tagesablauf veränderte
- Therapieplanung: Tagesplan sehr genau beachten und einhalten; bei unvermeidbaren Veränderungen den Patienten darauf vorbereiten und berücksichtigen, dass das für ihn, im Gegensatz zu uns, erheblich in seine Tagesorientierung eingreifen wird
- Sobald das beachtet wurde, kam es bei dem Patienten zu keiner aggressiven Verhaltensweise mehr und er zeigte sich freundlich und hilfsbereit

Ich sprach ihn in meiner Visite an, als er sich, mit einem Putztuch ausgestattet, bemühte die Tische im Aufenthaltsraum abzuwischen:

Herr Meyer, vielen Dank. Sie unterstützen uns hier so hilfsbereit, wie schön. Sie möchten, dass alles ordentlich aussieht. Die Schwestern freuen sich darüber. Ich erinnere mich an Zeiten, da erschienen Sie mir unzufrieden und verärgert.

Herr Meyer antwortete: Das passiert, wenn sich jemand nicht an den Plan hält.

KAPITEL 3

Gemeinsame Kommunikations- ebene schaffen und Informationen vermitteln

Hintergrund

Die Sprache, die wir wählen sollten, richtet sich zum einen nach der individuellen kognitiven Leistungsfähigkeit und zum anderen nach dem emotionalen Zustand des Betroffenen. Der Untersucher sollte in Betracht ziehen, dass der Patient in dieser Situation vor Erregung, Angst oder Unruhe weniger aufnehmen wird, als er es trotz seiner kognitiven Defizite sonst könnte. Sie müssen es sich so vorstellen, als seien die Patienten in einer Prüfung, in der Prüflingen auch so manches von dem nicht einfällt, was sie zuvor in Übungssituationen wohl beantworten konnten. Wenn wir die Übersicht des Patienten in den jeweiligen Situationen unterstützen, schaffen wir Vertrauen und die unterschiedlichen Erlebniswelten werden überbrückbar. Kommunikation, Diagnostik und Therapie werden möglich, indem wir Gedanken und Überlegungen dann teilen können.

Der Fokus liegt hier nicht auf der Vollständigkeit der übermittelten Fakten. Der Umfang an Informationen soll ausreichend sein, um dem Menschen mit Demenz das Gefühl der Übersicht und den nächsten notwendigen Schritt zu ermöglichen. Dabei ist es wichtig, wie bei allen Patienten, darauf zu achten, dass wir nicht unwahre Angaben machen, mit dem Ziel den Patienten dadurch zu beruhigen oder zuversichtlich zu machen. Es macht also keinen Sinn zu sagen, dass ein Patient nicht stationär aufgenommen werden muss, wenn eine Aufnahme absehbar erscheint, nur weil er seine Ablehnung dazu wiederholt zum Ausdruck bringt.

Anders ist das Vorgehen bei den Patienten, die über sprachliche

Kommunikation nicht mehr erreichbar sind, beispielsweise bei der akuten Aufnahme eines Patienten mit schwerer Demenzerkrankung. In einer solchen Situation ist es das Setting der Station, das Ruhe und Übersicht schaffen muss, um eine Behandlung zu ermöglichen. Inhaltliche Absprachen erfolgen dann mit dem jeweiligen gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten.

Es wird regelhaft vorkommen, dass Sie in der Akutsituation abwägen müssen, ob Sie nach klinischer Indikation alle notwendigen Untersuchungen gleich machen müssen oder ob es vertretbar ist, dass Sie zum Schutze des Patienten auch Untersuchungen vertagen oder sie dem Patienten ganz ersparen. Im Vordergrund einer solchen Entscheidung stehen der individuelle Beziehungsaufbau und das Wohlbefinden des Patienten. Dieses Vorgehen kann zunächst einem leitliniengerechten Vorgehen widersprechen. Was dabei jedoch nicht passieren darf, ist eine Minimierung notwendiger Diagnostik unter dem Vorwand der zu großen Belastung des Patienten: Eine umfangreiche Literatur weist nach, dass bei Menschen mit Demenz in der Notfallversorgung mehr somatische Erkrankungen unerkannt und nicht diagnostiziert bleiben und eine Behandlung folglich nicht eingeleitet wird (Stephens et al. 2014). Das wiederum führt zu wiederholten Vorstellungen in den Notaufnahmen und zu einer hohen Belastung der Patienten und auch der Notaufnahmeteams.



Im Fokus

Die Zeit, die Sie in den Kommunikationsaufbau investieren, wird sich im Behandlungsverlauf auszahlen: Affekte durch unübersichtliche Situationen werden bei Menschen mit Demenz so minimiert und die Bewältigung genau solcher Situationen nimmt erfahrungsgemäß viel Zeit in Anspruch. Eine unübersichtliche Situation ergibt sich beispielsweise für Menschen mit Demenz dann, wenn etwas passiert, das zunächst nicht erfasst, überblickt und begriffen werden kann:

- Situation entsteht zu schnell (z. B. bei Zeitdruck)
- Situation spielt sich nicht wie gewohnt ab (z. B. Krankenhausbesuch und nicht Besuch in Praxis)

- Situation findet zu ungewohnter Zeit statt (z.B. Duschen nach einem Malheur durch Inkontinenz statt nach dem Abendbrot)
- Situation vereint unbekannte Akteure (z. B. Wechsel des gewohnten Hauspflegemitarbeiters)

Beziehen Sie, wann immer möglich, pflegende Angehörige oder pflegende Professionelle ein: Sie sind häufig Experten für das Verhalten der Menschen mit Demenz und unverzichtbare Informationsquellen. Darüber hinaus werden sie in Sorge um den Betroffenen sein und daher gebührt ihnen gleich nach den Patienten Ihre gezielte Aufmerksamkeit.

+ Aus der Klinik

Fallvignette: In der Interdisziplinären Notaufnahme geht es wie folgt mit Herrn W. Fröhlich und der Aufnahmeschwester I. Kraft weiter. Die Aufnahmeschwester spricht langsam und mit Pausen zwischen den Aussagen, damit W. Fröhlich darauf antworten oder nachfragen kann. Die Ehefrau ist informiert und ist mit ihrer Tochter auf dem Weg in die Klinik. Sobald beide ankommen, weiß der Empfang, dass sie zum Patienten geschickt werden sollen:

Herr Fröhlich, ich weiß, dass Sie verärgert und vielleicht auch sehr überrascht waren. Plötzlich sind Sie hierher in das Stadt-Krankenhaus gebracht worden.

Mir ist es sehr wichtig, dass wir Sie auch bald wieder nach Hause entlassen können. Dort fühlen Sie sich wohl. Dort muss Ihre Arbeit jetzt vorübergehend liegen bleiben.

Erlauben Sie mir, dass ich Ihnen erkläre, wie es zu der Sorge um Ihre Gesundheit gekommen ist?

Ihre Frau hat gemerkt, dass etwas nicht in Ordnung ist. Zum Beispiel haben Sie schlecht geschlafen, anders als sonst. Plötzlich war das Kaffeekochen schwierig, sonst ein Kinderspiel für Sie als Mechaniker. Oder Sie wurden so schnell ärgerlich bei Kleinigkeiten. Ihre Frau sagt, dass Sie ein galanter und sehr höflicher Mann sind. Deswegen ist ihr das sofort aufgefallen.

Das können Anzeichen für eine Entzündung sein oder zu wenig Flüssigkeit, Zucker oder Salz in Ihrem Körper.

Das lässt sich ausgezeichnet behandeln. Das wird im Krankenhaus bequem und zügig gemacht.

Jetzt werde ich Ihnen daher Blut abnehmen. Dann wissen wir bald schon mehr. Ist das in Ordnung?

W. Fröhlich stimmt erst in eine Blutentnahme ein, als die Aufnahmeschwester erklärt, dass der langjährige Hausarzt die Werte erhalten wird. Dem Hausarzt vertraut er offenbar sehr. Erst als seine Frau und seine Tochter kommen und er merkt, dass seine Frau ganz erleichtert ist, dass er eine Behandlung bekommen wird, entschließt er sich, ihr zuliebe zu bleiben.

Bei der Übergabe an die Station wird W. Fröhlich erneut und innerhalb kürzester Zeit einer neuen Situation ausgesetzt. Wir dürfen nicht vergessen, dass er neben seinen üblichen gesundheitlichen Einschränkungen jetzt ein akutes zusätzliches Krankheitsbild präsentiert und doppelt benachteiligt ist, wenn es um die Erfassung der jeweiligen Situationen geht. Zunächst ist er mit dem Zutritt der Rettungsassistenten in seine Wohnung konfrontiert, dann mit dem Transport im Rettungswagen, seiner Ankunft im Stadt-Krankenhaus, der Bekanntschaft mit der Aufnahmeschwester, den Informationen von dieser und schließlich der Ankunft seiner Frau und Tochter in einer unbekanntenen Umgebung, und jetzt noch der Wechsel von der Notaufnahme auf die Station. Die Übergabe an die Station und in die neue Umgebung birgt die Gefahr, dass die gewonnene Sicherheit wieder schwindet, indem der Betroffene wieder den Überblick verliert und die unterschiedlichen Eindrücke ihn nur verwirren. Bis zu dem Zeitpunkt war es I. Kraft, die ihm diese Sicherheit vermittelt hat.

I. Kraft ruft eine Schwester von der Station an und diese kommt in die Notaufnahme, um W. Fröhlich abzuholen:

Lieber Herr Fröhlich, das ist meine Kollegin Frau Becker.

Ich erkläre ihr jetzt genau, was Sie und ich vereinbart haben. Ihre Frau und Tochter können das auch gleich noch einmal mithören.

Frau Becker wird sich sehr gut um Sie kümmern, da bin ich mir sicher.

Frau Becker sagt: Guten Tag, Herr Fröhlich, es ist gut, dass ich alles höre und genau Bescheid weiß. Und gut, dass Ihre Frau und Ihre Tochter auch dabei sind.

Es ist folgendes Vorgehen dabei vorteilhaft, um die Situation für den Menschen mit Demenz übersichtlicher zu machen:

- Begleitung durch die bislang zuständige Bezugsperson und Anwesenheit dieser beim Transfer
- Angehörige mitnehmen und betonen, dass alle gemeinsam die Station sehen werden
- Persönliche Übergabe der Patientengeschichte durch die bislang zuständige Bezugsperson (beispielsweise Arzt oder Schwester) in Anwesenheit des Patienten und in verständlichen Worten an die nächste Bezugsperson von der Station (es geht hier nicht um Vollständigkeit, sondern um die Versicherung des Patienten, dass der gegenwärtige Prozess auf der Station weitergeht und ein Zusammenhang zwischen den Situationen besteht)
- Das kann den nächsten Bezugspersonen die Behandlung sehr erleichtern und vermeiden, dass Absprachen anders laufen und den Patienten irritieren