

## Strukturiertes Angehörigen Gespräch bei Demenz:

### ■ Der Demenz-Würfel

#### Zusammenfassung

Im Bereich einer Geriatrischen Krankenhausabteilung fallen regelhaft Angehörigen-Gespräche zum Thema Demenzerkrankung an. Um diese Gespräche sinnvoll und zeitsparend zu strukturieren, wurde das Kommunikationsmodell des Demenzwürfels entwickelt. Die Angehörigen-Gespräche mit dem Modell des Demenzwürfels führen durch die Strukturierung zu einer Zeitersparnis, ohne dass es zu inhaltlichen Einbußen kommt.

#### Einleitung

Angehörigen-Gespräche zum Thema Demenz sind aufwendig. Oftmals kommt es zum Angehörigen-Arztkontakt, wenn sich die Versorgungssituation krisenhaft zuspitzt. In dieser Situation haben die Angehörigen einen Bedarf, ihre Erlebnisse mit dem Demenzkranken umfassend mitzuteilen, während der Arzt das Problem hat, dass er einerseits fremdanamnestiche Angaben benötigt, um die Diagnose stellen zu können, andererseits aber auch unter Zeitdruck steht.

#### Entwicklung des Demenz-Würfels

In Laienvorträgen wurde zur Visualisierung des Gedankens, dass jeder einen anderen Blick auf den Demenzkranken hat, ein überdimensionaler (Schaumstoff-)Würfel verwandt. Wenn der Vortragende den Würfel hochhielt und zum Beispiel auf eine 1 blickte, dann sah das Publikum die Gegenseite nämlich eine 6. Das Auditorium rechts schaute auf eine andere Zahl, als die links sitzenden Zuhörer. Es entstand die Idee, jeder Würfelseite eine Überschrift zuzuordnen, um ein standardisiertes Gespräch zum Thema Demenz zu entwickeln.

Über 6 Monate wurde seit Anfang 2011 im Anschluss an Angehörigen-Gespräche zum Thema Demenz ermittelt, welche Inhalte das einzelne Gespräch hatte. Zu jedem Gespräch wurde auch überlegt, welche Inhalte in der Dokumentation fehlten. Von einer ursprünglich 11 Punkte-Liste wurde auf die 6 wichtigsten Punkte reduziert bzw. verdichtet. Dieses Modell wurde in der 2. Hälfte des Jahres 2011 bei entsprechenden Angehörigen-Gesprächen zu Grunde gelegt. Das Kommunikations-Modell Demenzwürfel hat folgende Leitbegriffe, die den sechs Würfelseiten zugeordnet werden:

Das Gespräch mit den Angehörigen wird etwa mit folgender Erklärung eingeleitet: „Um die Krankheitssymptome besser im Hinblick auf eine (mögliche) Demenzerkrankung einteilen zu können, möchte ich Ihnen jetzt einige Fragen stellen. Im Anschluss daran möchte ich mit Ihnen zusammen den Schweregrad der Erkrankung ermitteln.“

**1. Gedächtnis:** „Welche wesentlichen Gedächtnisprobleme sind Ihnen in letzter Zeit beim Patienten aufgefallen?“ Wenn nur Kleinigkeiten als Gedächtnis-Probleme benannt werden, kann man die Frage nochmals auf den Punkt bringen, indem man es schärfer formuliert.

„Was war denn das schlimmste Problem mit dem Gedächtnis, das Sie beim Patienten bisher erlebt haben?“

Stichwortartig werden zwei Beispiele für die Gedächtnisbeeinträchtigung dokumentiert mit der Zusatznotiz, wie lange relevante Gedächtnisbeeinträchtigungen schon beobachtet werden. Dabei ist es wichtig zu erfragen, ob dies Symptom seit mehr als sechs Monaten mindestens zurückverfolgt werden kann.

**2. Problem lösen:** Wer ein Problem lösen will, muss es zuerst einmal erkennen und im zweiten Schritt nach einer Lösung suchen. Verdichtet ist die Sequenz *Problem erkennen - Problem lösen* mit Problem lösen ausreichend dargestellt.

„Kennen Sie Beispiele, bei denen erhebliche Probleme entstanden sind, weil Ihr Angehöriger ein Problem nicht erkannt hat oder es aufgrund der Demenz nicht angemessen lösen konnte? Ist vielleicht dadurch etwas Gefährliches passiert?“ Auf diese Frage wird als Antwort oft die vergessene Herdplatte oder Probleme bei Geldgeschäften angegeben. Auch der Abschluss von nicht benötigten Verträgen ist ein häufiges Beispiel bei dieser Fragestellung.

**3. Sozial belastendes Verhalten:** „Haben sich in letzter Zeit für Sie oder andere Menschen beim Patienten belastende Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, die Sie beispielhaft benennen können?“ Häufig ist das sozial belastende Verhalten das Problem, das Angehörige dazu führt, mit dem Arzt sprechen zu wollen. Aggressives Verhalten, ungerechtes Beschuldigen, motorische Unruhe, gestörter Tag-/Nachtrhythmus sind typische Beispiele, über die berichtet wird.

**4. Depression? Halluzination? Delir? Wahn?** Es ist wertvoll, gezielt diese Symptomkonstellationen zu erfragen: „Haben Sie in letzter Zeit eine auffällige Niedergeschlagenheit beim Patienten bemerkt? Hat Ihr Angehöriger Ihnen schon einmal über Trugbilder oder ähnliches berichtet? Haben Sie in den letzten Tagen eine deutliche Zunahme von Verwirrtheitssymptomen bemerkt? Haben Sie beobachtet, dass der Patient eine unrealistische Wahrnehmung oder Interpretation seiner Umgebung hat?“

**5. Fast-Reisberg-Stadium:** Praktikabel ist es, ein Kurzschemata nach Fast-Reisberg dem Angehörigen in die Hand zu geben (vgl. Abb.). Um rasch zu einem Ergebnis zu kommen, lohnt es sich, die Aufmerksamkeit auf das Stadium 7 zu lenken. „Sie sehen anhand der Übersicht, dass im Stadium 7 schwerste Pflegebedürftigkeit

#### Die sechs Seiten der Demenz



**Gedächtnis**



**Probleme lösen**



**Belastendes Sozialverhalten**



**Psychiatrische Störbilder**

(Depression? / Halluzination? / Wahn? / Delir?)



**Stadieneinteilung nach FAST-Reisberg**



**Was verbessern?**

S. Reinecke, 2012

FAST-Reisberg Kurzversion		
FAST = Functional Assessment Staging		
Reisberg Stadium	Leitsymptome	Schweregrad
1	Keine Symptome	Normales Altern
2	Beklagt Vergesslichkeit	Normales Altern
3	Versagen bei komplexen Aufgaben (Reise)	Leichte Demenz
4	Hilfe bei schwierigen Aufgaben (Einkaufen, Einladung, Buchhaltung)	Leichte Demenz
5	Hilfsbedarf bei alltäglichen Entscheidungen (Kleidungswahl, Entscheidung wann baden)	Mittelschwere Demenz
6	Benötigt ADL Hilfen a) Hilfe beim Ankleiden b) Hilfe beim Baden c) Hilfe bei der Toilette d) Urininkontinenz e) Stuhlinkontinenz	Schwere Demenz
7	Benötigt bei allen ADL Hilfe a) Sprechen bis 6 Worte b) Kann nicht sprechen c) Kann nicht gehen d) Kann nicht sitzen e) Kann nicht lachen f) Kann nicht Kopf halten	Endstadium einer Demenz

Reisberg B et al.: Ann NY Acad Sci 1984; 481 483

besteht. So schlimm ist es bei Ihrem Angehörigen offensichtlich noch nicht. Vergleichen Sie bitte Stadium 5 und Stadium 6. Welches halten Sie für zutreffender?"

**6. Was verbessern?** Diese Frage hat ein breites Betrachtungsspektrum, nämlich die Patientenperspektive, die Angehörigenperspektive und die Perspektive der professionellen Helfer. Aus der Sicht des Betroffenen ist zu überlegen, was dem Kranken nutzen kann. Die Angehörigenperspektive kann im Einzelfall im Gegensatz zu den Vorstellungen des Kranken stehen (z.B. wann ist die Platzierung in einer Pflegeeinrichtung notwendig/unumgänglich). Der professionelle Helfer denkt vielleicht über die Gabe von Antidementiva nach oder glaubt, dass die Angehörigen mehr Ent-

lastung benötigen. Punkt 6 des Demenzwürfels muss nicht gleich im ersten Anlauf abschließend geklärt werden. Im Angehörigengespräch sollte vielmehr angeboten werden, dass der Angehörige seine Wünsche und Erwartungen an die medizinische Behandlung formulieren kann.

### Ergebnis

Es zeigte sich, dass die Gespräche ohne das Demenzwürfel-Modell vorher im Schnitt 45 Minuten dauerten und durch die Strukturierung der Zeitbedarf auf unter 25 Minuten absank. Die Dokumentation erwies sich unter Nutzung des Demenzwürfels als vollständiger. Punkt 4 - also gezieltes Fragen nach psychiatrischen Symptomkonstellationen - wurde im Vorfeld häufiger unterlassen und auch der Ansatz „Was verbessern?“ ließ sich aus früheren Dokumentationen nicht immer ableiten.

### Diskussion/Erfahrungen mit dem Modell Demenzwürfel

Das Kommunikationsmodell des Demenzwürfels strukturiert ein Angehörigengespräch. Mit etwas Übung lässt sich ein Angehörigengespräch besser kanalisieren, indem Punkt für Punkt von 1 bis 5 die Fremdanamnese durchlaufen wird. Bewährt hat es sich bei den Beispielen pro Punkt nur je zwei Beispiele zuzulassen, mit Verweis darauf, dass noch weitere wichtige Punkte besprochen werden müssen. Im Berufsalltag ist es wünschenswert, dass ein oder zwei Demenztests (zum Beispiel der Uhrentest oder MMST) vor dem Gespräch durchgeführt werden. Das Modell kann aber auch vor einer Testung angewandt werden. Das Kommunikationsmodell soll keine Leitlinie ersetzen, soll kein Schnittbild vom Kopf überflüssig erscheinen lassen. Labor und körperliche Untersuchung des Kranken sind weiterhin notwendig. Wer es nutzt, wird aber die Chance nutzen, dass er mehr wertvolle Informationen in kürzerer Zeit gewinnt. Wertvoll zeigt sich im praktischen Umgang auch, dass der Angehörige in die Diagnosefindung mit einbezogen wird und dass mit dem Einordnen nach FAST-Reisberg Angehöriger und professioneller Helfer den funktionellen Schweregrad der Erkrankung gemeinsam einschätzen.



**Dr. med. Siegfried Reinecke**  
**Arzt für Innere Medizin,**  
**Diabetologie, Geriatrie,**  
**Physikalische Therapie,**  
**Akupunktur, Naturheilverfahren,**  
**Homöopathie, Palliativmedizin**

**Nassauerstraße 13-19**  
**59065 Hamm**

**E-Mail: [siegfried.reinecke@marienhospital-hamm.de](mailto:siegfried.reinecke@marienhospital-hamm.de)**