

## Was sollte der Arzt vor der Behandlung über einen kognitiv beeinträchtigten Patienten wissen?

Univ. Prof. Dr. med. Peter Brühl, Bonn

Heute wird leider *pauschal* von „Menschen mit Behinderung“ bzw. „mit Beeinträchtigung“ gesprochen, - ohne dabei zu unterscheiden, ob es um geistig, - psychisch, - sinn - oder körperbehinderte Menschen geht. Eine Unterscheidung ist unumgänglich, auch wegen der unterschiedlichen rhetorischen Fähigkeiten. Was ein körperbehinderter Mensch ohne Problem sprachlich einfordern kann, wird für einen Menschen mit Beeinträchtigung des Erkennens, des Wahrnehmens und des Denkens zum Problem. Er hat in der Regel das Merkzeichen **B** und **H** im Schwerbehindertenausweis. Er ist auf Begleitung und Hilfe angewiesen. Derjenige, der schlechtere gesundheitliche Ausgangsbedingungen hat als andere, hat ein besonderes Anrecht auf Unterstützung und Förderung. Das entspricht auch der Logik der Solidarität.

Wir haben daher beim heutigen Thema Probleme des kognitiv eingeschränkten Patienten in Klinik und Praxis in den Vordergrund gestellt. *Einerseits* fordert die UN-Behindertenrechtskonvention eine inklusive Gesellschaft mit Sicherstellung einer gemeindenahen, bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung im regulären medizinischen Versorgungssystem. Das ist seit März 2009 in Deutschland geltendes Recht. Dieser Aspekt gewinnt bei der Regelversorgung durch forcierte, politisch gewollte Umwandlung stationärer Groß- und Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe zu Gunsten einer Gemeinwesen orientierten, wohnortnahen Dezentralisierung und Ambulantisierung eines übrigens an Lebensalter stetig zunehmender Klientel immer mehr an Bedeutung. *Andererseits* wird der zunehmende Verlust an kognitiven Fähigkeiten im Fall fortschreitender Demenz Hochbetagter durch den soziodemographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt ohnehin eine zunehmende Herausforderung der ärztlichen Praxis.

Menschen mit geistiger Behinderung weisen nicht selten ein stigmatisierendes Anderssein und Besonderheiten der *Kommunikations-* und *Kooperationsfähigkeit* auf. Ärzte und Assistenzberufe sind häufig schlecht auf den Umgang mit dieser Klientel vorbereitet. *Zusätzliche* körperliche Beeinträchtigungen - Mehrfachbehinderungen -, spezifische Krankheitsrisiken und Besonderheiten im Krankheitsverlauf sowie psychische Erkrankungen, die bei diesem Personenkreis drei bis vier Mal häufiger vorkommen, als in der Allgemeinbevölkerung, benötigen fachliche Kompetenz und angemessene Rahmenbedingungen im stationären und ambulanten Bereich. Das entspricht ihrem rechtlichen Anspruch auf spezifischen Unterstützungsbedarf nach Artikel 25 der UN-Konvention. Sie sollen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite erhalten, wie Menschen ohne Behinderung. Angehörige der Gesundheitsberufe werden verpflichtet, „durch Schulungen das Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen zu schärfen“. Dabei geht es nicht zuletzt um eine Sensibilisierung für behindertenspezifische Probleme in Klinik und Praxis. Ein sog. „Behindertenpolitischer Teilhabeplan“ muss nicht zuletzt als Qualitätsziel fordern, den Service in der Patientenbetreuung den Bedürfnissen anzupassen.

Bereits 2004 hatte der Deutsche Ärztetag in *Bremen* an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte appelliert, ihre Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei Menschen mit Behinderung in besonderem Maße auf deren

spezifische Belange auszurichten. Die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz kritisierten in ihrer Pressemitteilung, die alltägliche Behandlungspraxis werde den legitimen Anforderungen dieser Zielgruppe nicht gerecht. So stellt die Fähigkeit zur *Kommunikation* bzw. *Interaktion* mit Menschen, deren Möglichkeit, sich adäquat mitzuteilen eingeschränkt oder gar nicht vorhanden ist, keineswegs eine Querschnittskompetenz der Heil- und Gesundheitsberufe dar. Das gilt vor allem von dem Lebensalter ab, in dem diese nicht mehr von Kinder- und Jugendärzten betreut werden und den Kontakt zu den früher zuständigen Ärzten verlieren. Der Ausschluss eines Patienten von unserer gängigen sehr komplexen *Kommunikationsstruktur* birgt zahlreiche Probleme. Oft reden wir und wissen genau, was wir meinen – und unser Gegenüber? Versteht er oder sie, was ich sage oder wie ich es meine? Sind Wortwahl und Ausdrucksweise auf das Verständnis des Patienten eingestellt? Wiederhole ich meine Aussagen, bis der Patient wirklich versteht, was ich meine? Setzen wir uns zum Patienten hin, um ihm das Gefühl zu geben: Jetzt habe ich Zeit, ich bin nicht schon wieder auf dem Sprung; aber auch, um psychologisch den Abstand und den Höhenunterschied sichtlich auszugleichen? Eine intellektuelle Barriere kann der Arzt – Patient -Kontakt darstellen, wenn sich der Betroffene nicht ernst genommen fühlt. So können ungewollt Missverständnisse entstehen, die Unmut bei allen Beteiligten auslösen.

Als Folge der sog. Regelleistungsvolumina besteht bei Vertragsärzten, die sich in der *Praxis* vielen dieser Menschen widmen, die Gefahr einer Verkürzung der sozialen und *kommunikativen* Anteile im Behandlungsprozess, wenn sie nicht in Konflikt mit den betriebswirtschaftlichen Zwängen der Praxisführung geraten wollen. Zudem bleibt In der Morbidität/Diagnosestatistik für den sog. Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi -RSA) kognitive Beeinträchtigung weitgehend unberücksichtigt, obwohl im Krankheitsfall ein überdurchschnittlicher Bedarf an Heil- und Arzneimitteln besteht. “Wer nicht kodiert, verliert“! Im *Krankenhaus* decken diagnosebezogene Fallpauschalen überdurchschnittlichen Hilfebedarf nicht ab, -weniger die medizinischen, als die *kommunikativen* Bedürfnisse des Menschen mit kognitiver Einschränkung werden zum potentiellen Störfaktor im beschleunigten Ablauf.

Besonderheiten im *Kommunikations-* und *Kooperationsverhalten* des kognitiv eingeschränkten Patienten erschweren in Klinik und Praxis zunächst Angaben zur Anamnese, die nur eingeschränkt oder gar nicht gemacht werden können. Auch ist es in deutschen Krankenhäusern heute nicht ungewöhnlich, dass Patienten vom behandelnden Arzt wegen Sprachbarrieren nicht verstanden werden. Die körperliche Untersuchung ist häufig erschwert, wenn der Patient völlig ungewöhnlich reagiert. Bei Wahrnehmungsstörung können sich somatische Schmerzen als Verhaltensstörungen darstellen - also Unruhe und Aggressionen auf Schmerzen beruhen. Diagnostisch verwertbare Symptome können fehlen oder verändert sein. Bestimmte angstbesetzte Untersuchungen können oft nur mit einem deutlich höheren Aufwand sinnvoll durchgeführt werden.

Angehörigen oder aber Mitarbeitern bzw. rechtlichen Betreuern wird daher eine subtile Beobachtungsgabe abverlangt, um Verhaltensauffälligkeiten im Alltag rechtzeitig zu erkennen. Zur Vorbereitung einer stabilen Arzt – Patient -Beziehung ist die Weitergabe rascher und verständlicher Informationen an Arzt und auch Assistenzberufe erforderlich. Bei der Vorstellung in Klinik und Praxis ist daher die *informierte Begleitperson* für Auskünfte unverzichtbar. Bei ungenügenden personalen Ressourcen mit täglich neu angepassten Exceltabellen in den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und Seniorenbetreuung kann jedoch der Informationsfluss über Vorbefunde, insbesondere bei Arztwechsel, kompliziert werden. Dann ist die zeitaufwendige Befragung einer nicht ausreichend informierten Begleitperson erforderlich. Es muss eine mitgebrachte umfangreiche, nicht immer gut geführte Dokumentationsakte studiert und nicht vorgelegte Befunde mit zusätzlichem Zeitbedarf beschafft werden.

Der *Selbsthilfebereich* als eine Säule im Versorgungssystem hat eine nicht geringe Bedeutung für die Ausgestaltung und Optimierung von Patientenorientierung als Qualitätsziel. Durch Zusammenarbeit mit *Selbsthilfegruppen* soll nicht zuletzt der kurzfristige Informationsbedarf von Ärzten und Assistenzberufen in Klinik und Praxis optimiert werden.

Zu diesem Zweck legt der LVEB als Anlage Ärzten und Assistenzberufen eine EDV-gestützte *Handreichung* für Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung vor, die sich in ähnlicher Weise andernorts bereits bewährt hat. Hiermit können aktuelle, personenbezogene Informationen zu Art und Ausmaß der Behinderung, zur Vorgeschichte und zur aktuellen Gesundheitsproblematik schon bei Terminvereinbarung der Praxis oder Klinik als Datei bzw. per Fax übersandt, oder als Ausdruck von der Begleitperson mitgebracht werden., um das Augenmerk der Ärzte und Assistenzberufe zu bahnen. Wir verbinden damit die Hoffnung, bei dem skizzierten Zeitaufwand bei der Versorgung dieser Klientel, Ärzten und Assistenzberufen in Klinik und Praxis mehr Zeitreserven für die *Zuwendung* zum Patient mit Behinderung zu ermöglichen.