Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 58 (1987)
Heft: 9

Artikel: "Leitbild für das Alter im Heim" : die ärztliche Betreuung im Pflegeheim
Autor: Baumann, Felix
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-810610

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die ärztliche Betreuung im Pflegeheim

Von Dr. med. Felix Baumann, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, Luzern

«Leitbild für das Alter im Heim» hiess der Titel der letztjährigen Fortbildungsveranstaltung für Altersheimleitung und Kaderpersonal, die am 11./12. November 1986 in Muttenz (BL) durchgeführt wurde. In der Überzeugung, dass ein Leitbild möglichst breit abgestützt sein muss, wurde das Tagungsthema aus anthropologischer Sicht, aus medizinischer Sicht, aus der Sicht des modernen Managements und schliesslich auch aus theologisch-religiöser Sicht betrachtet. Dr. med. Felix Baumann, leitender Arzt des Pflegeheims Eichhof in Luzern, leitete in seinem Referat aus der allgemeinen ärztlichen Berufsverpflichtung ein Leitbild für die Pflege, Behandlung und Betreuung von betagten Patienten im Pflegeheim her, für Patienten also, bei denen nicht mehr so sehr die Heilung im Vordergrund der ärztlichen Bemühungen steht als vielmehr eine medizinisch sinnvolle und menschlich warme Begleitung bis zum Sterben. Das Referat von Dr. Baumann wird hier im Wortlaut wiedergegeben, einige Zwischentitel sind von der Redaktion gesetzt. Die diesjährige Fortbildungstagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal findet am 10./11. November in Wattwil statt, ihr Thema sind die «Psychosomatischen Merkmale des Alterns». Nähere Angaben finden Sie auf Seite 511 dieser Ausgabe.

Berufsverpflichtung und Berufsziel des Arztes

Mit Abschluss des Medizinstudiums und Eintritt in die ärztliche Berufstätigkeit unterzieht sich der junge Arzt bestimmten Verpflichtungen. Nach wie vor ist der *Eid des Hippokrates* von grosser Aktualität und hat seine Gültigkeit. Ich zitiere daraus:

. . .

Meine Verordnungen werde icht treffen zu Nutz und Frommen der Kranken.

. . .

sie schützen vor allem, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte. Nie werde ich, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödlich wirkendes Gift verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.

Gleiche Gewichtung und Aktualität kommen dem *Genfer Ärztegelöbnis* von 1948 zu. Daraus zitiere ich:

. . .

Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausüben. Die Gesundheit meines Patienten wird meine erste Sorge sein. Ich werde das Geheimnis dessen, der sich mir anvertraut, wahren.

. . .

Auf den juristischen Stellenwert dieser Verpflichtungen möchte ich nicht eingehen. Die Aussagen sind mit ihrer Einfachheit nach wie vor eine tragende Stütze für die Berufsausübung des Arztes.

Die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* hat sich 1981 in den medizinisch-ethischen Richtlinien mit den *Richtlinien für die Sterbehilfe* eines besondern Themas angenommen. Auch daraus einige wichtige Stellen:

. . .

Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.

. . .

Beim Sterbenden... lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

Diese letzten Sätze haben aus gegebenen Gründen für den geriatrisch tätigen Arzt eine besondere Bedeutung. Ich komme später darauf zurück.

Nach diesen verschiedenen Zitaten versuche ich nun eine persönliche Formulierung eines Leitbildes für die ärztliche Tätigkeit (die Unvollständigkeit ist gegeben, und ich bitte Sie jetzt schon, sie zu entschuldigen).

Ziel der ärztlichen Tätigkeit

Der Patient, der Hilfe sucht, ist anzuhören und zu untersuchen (mit oder ohne technische Hilfsmittel, Spezialisten, Spitäler, Spezialkliniken usw.), um die Ursache seines Leidens zu erkennen und die Krankheit zu diagnostizieren, und ihm (dem Patienten) sind die nötige Hilfe und Behandlung zu geben, damit der leidende Patient die Sicherheit und die Geborgenheit findet, um unterstützt durch die Behandlung (mit oder ohne alle chemischen und medizinisch-technischen Möglichkeiten) die Krankheit zu überwinden und die volle Gesundheit wieder zu finden.

Wie können diese Ziele beim betagten Patienen erreicht werden? Um der Antwort auf diese Frage näher zu kommen, leite ich auf den zweiten Abschnitt über.

Der betagte Patient

Wie vielfältig und unterschiedlich das Altern beim einzelnen Menschen auch vor sich geht, mit zunehmendem Alter treten körperliche, funktionelle und geistig-seelische Veränderungen ein. Die körperlichen Veränderungen zeigen

25 Jahre ans

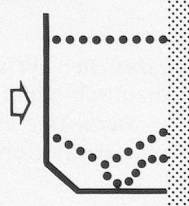
SIC

Das vollständige Programm für den modernen Ausgussraum

Le programme complet pour le local vidoir moderne

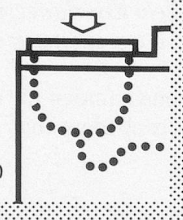
Beckenspülautomaten
Appareils lave-vases

Wandmodell
Modèle mural



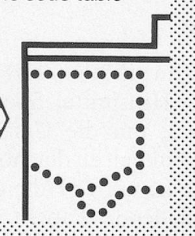
Serie SM 20

Tischmodell
Modèle sur-table



Serie SM 10

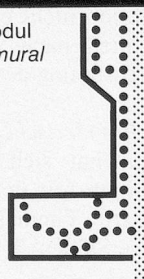
Untertischmodell
Modèle sous-table



Serie ZK

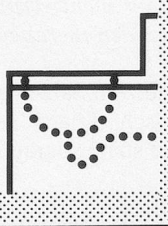
Ausgusseinheiten
Vidoirs

Wandmodul
Module mural



Type SM 22

Einschweissmodell
Modèle à souder



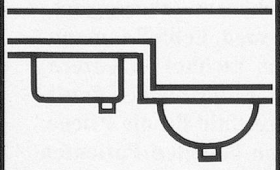
Type SM 12

Konsolenmodell
Modèle à supports

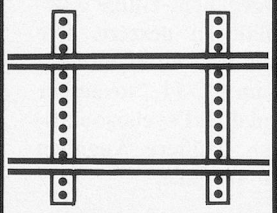
Type S-21

Kombinationen
Combinaisons

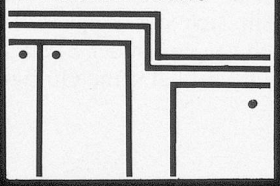
Abdeckungen 18/8
Tables inox



Tablare 18/8
Etageres inox

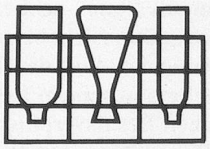


Schrankmöbel
Meubles sur mesure

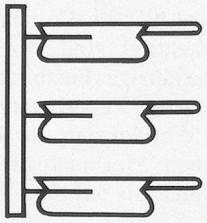


Zubehör
Suppléments

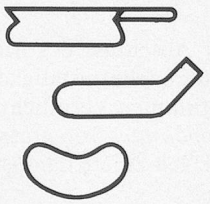
Einsatzkörbe
Paniers



Lagergestelle
Stockage



Pflegegefässe
Ustensiles de soins



Der moderne Ausgussraum muss hohe Anforderungen in Bezug auf rationellen Arbeitsablauf, Hygiene, Qualität und Zuverlässigkeit erfüllen. Dabei muss eine gute Lösung immer an die örtlichen Gegebenheiten angepasst sein.
Als schweizer Hersteller sind wir in der Lage auf Ihre Wünsche einzugehen. Dabei ermöglicht unsere grosse Erfahrung und ein komplettes Produktsortiment die umfassende und objektive Beratung. Stellen Sie uns auf die Probe – wir freuen uns auf Ihre Anfrage.

Le local vidoir moderne doit répondre aux hautes exigences de rationalité, d'hygiène, de qualité et de sureté. En outre une bonne solution doit toujours s'adapter aux données locales.
Comme producteur suisse, nous sommes en mesure d'aller à la rencontre de vos souhaits. Notre expérience et notre gamme complète de produits nous permettent de vous conseiller objectivement et intégralement. Mettez-nous à l'épreuve, nous nous réjouissons d'être à votre service.

SIC

SIC AG
Wartenbergstrasse 15
4020 Basel
Telex 62640

sich in den verlangsamten Körperfunktionen, im Rückgang der maximalen Funktionsfähigkeit und in der erhöhten Anfälligkeit auf äussere oder innere Schädigung. Die Krankheitsanfälligkeit wird grösser und die Abwehrmöglichkeiten sind kleiner oder verzögert. Das Erlernte bleibt zwar erhalten, doch eine gewisse Abnahme des Frischzeitgedächtnisses und eine etwas verlangsamte psychische Reaktionsfähigkeit wird früher oder später jeder altwerdende Mensch bei sich feststellen. Glücklicherweise kann ein ganz grosser Teil dieser Einschränkungen durch Erfahrungen, Ausgeglichenheit und besonnener Urteilsfähigkeit kompensiert werden.

Für den kranken, betagten Menschen ist die *Polymorbidität* (die Vielfacherkrankung) sehr chrakteristisch. Nicht eine Krankheit lastet auf dem Patienten, sondern mehrere oder oft viele Krankheiten sind gleichzeitig da. Eine Behinderung beeinflusst die andere, oder ist Ausgangspunkt für zusätzliche Erkrankungen. Die medizinischen Behandlungen (nicht nur die medikamentösen), so wünschbar und begründet sie auch sind, sind häufig mit Nebenwirkungen gepaart und können den Patienten sehr belasten. Eine *Heilung* der Krankheit im strengen Sinn ist in vielen Fällen *nicht möglich,* sondern es muss als Erfolg gewertet werden, wenn der Krankheitsprozess aufgehalten oder verlangsamt werden kann und die Krankheitszeichen (die Symptome) angegangen oder gar beseitigt werden können. Sehr häufig bleibt eine Behinderung bestehen oder die Beschwerden halten an, unterschiedlich stark, aber immer präsent. So charakteristisch die Polymorbidität so typisch ist auch die Neigung zur *Chronizität* der Krankheiten.

Lebensgeschichte und Altersbeschwerden

Es ist immer wieder eine eindrückliche Feststellung, wie unterschiedlich Krankheiten und Beschwerden von alten Menschen getragen werden. Die einen akzeptieren die körperliche Einschränkung, sie können Abstand nehmen zur eigenen Körperlichkeit, zu Schmerzen und Behinderungen und finden andere Lebensinhalte, andere Werte und sinnvolle Tätigkeitsbereiche. Andere kommen nicht und nie weg von der eigenen Gebrechlichkeit. Das Denken dieser Patienten dreht sich fast ausschliesslich um die Schmerzen und die Unzulänglichkeiten und Funktionsstörungen des Körpers. Hier ist der Schritt zum Jammern und zum Klagen über ungenügende Pflege, nicht wirksame Behandlungen mit Vorwürfen an die Mitmenschen nicht sehr weit.

Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn man sich Zeit nimmt und mit diesen unglücklichen und geplagten Patienten über die aktuelle Lebenslage und die vergangenen Lebensabschnitte redet, erfährt man fast immer viel Trauriges, Unschönes, mit wenig glücklichen Erfahrungen und Erinnerungen. Berichte über schwere Lebensabschnitte, Erniedrigungen und Unvermögen, sich zu entfalten und sich als zufriedener Mensch zu behaupten, gehen meistens bis in die Kindheit zurück. Wer immer viel zu tragen hatte und sich in seiner Umgebung nie ganz aufrichten konnte, dem wird der Rücken, wenn das Alter die Anatomie verändert, ständig wehtun. Medikamente und Physiotherapie und andere medizinisch-technische Massnahmen können hier wenig und nur vorübergehend Linderung bringen. Geduld und Zeit, auf die Lebensgeschichte des Patienten einzugehen, Zuhören und Miterleben, bringen mehr Erleichterung. Eine dauernde Beschwerdefreiheit oder gar Heilung werden wir aber wohl nie erleben. Das zurückgelegte lange Leben kann nicht vergessen gemacht werden, es hat die Persönlichkeit geprägt und bestimmt jetzt die Fähigkeit, Beschwernisse und Krankheiten zu tragen, zu überwinden oder zu kompensieren.

Hier stellt sich nun die Frage: wieweit kann in das im ersten Abschnitt diskutierte Berufsverständnis auch der betagte Patient eingeschlossen werden? In den Hauptgrundsätzen muss dies möglich sein und kann auch verwirklicht werden, doch müssen die Ziele anders gesetzt werden, die zeitlichen Abläufe anders eingeteilt und die Erwartungen in andere Dimensionen gelenkt werden. Spektakuläre Erfolgserlebnisse werden nicht häufig sein, und der Arzt ist vermehrt der Gefahr ausgesetzt, die eigene Hilflosigkeit vor der Krankheit und vor dem unabwendbaren Verlauf derselben zu spüren. Dafür wird er belohnt durch immer wieder neue zwischenmenschliche Beziehungen zu Patienten, die ein langes Leben hinter sich haben, die viel erlebt haben, Gutes und Schlechtes, Trauriges und Fröhliches, Wertvolles und Überflüssiges, – und die in vielen Belangen ihm weit voraus sind und auch dem grossen Geheimnis des Sterbens nähergerückt sind und vielleicht schon mehr davon wissen . . .

Medizinische Betreuung und Behandlung von betagten Patienten

Ich wage folgende *Zielsetzung* für die betagten, pflegebedürftigen Patienten zu formulieren, Ziele, die nie ganz erreicht werden, die aber anzustreben sind, um Teilerfolge (evtl. nur ganz kleine) zu erreichen: *Wohlbefinden, Zufriedenheit, sinnvolle Selbstverwirklichung, Zuversicht für die Zukunft.*

Es muss das Bestreben aller an der Betreuung, Pflege, Diagnostik und Behandlung Beteiligter sein, dass der Patient sich so wohl wie möglich fühlt, also dass er keine Schmerzen, keine Atemnot, keinen Durst und keinen Hunger haben muss, dass seine Mobilität erhalten bleibt, dass er ruhig schlafen kann, dass er sich nicht vergessen und verlassen fühlen muss und dass er keine Angst haben muss. Der Patient soll fröhlich und munter sein können, keine Langeweile verspüren müssen, und er soll die Möglichkeit haben, seine Gefühle (auch die schlechten) auszudrücken. Er soll sich selber, mit seiner eigenen Persönlichkeit, bleiben können, auch wenn diese eigenwillig, unvernünftig, schwierig und mühsam ist. Es muss angestrebt werden, dass der Patient eine Zukunft sieht und sich Ziele setzen kann. Diese Ziele können sehr naheliegend sein (die nächste Mahlzeit, der Besuch am Nachmittag, die Gestaltung der nächsten Tage), sie können auf einen bestimmten Zeitpunkt ausgerichtet sein (der nächste grosse Geburtstag, die Geburt eines Enkels, der Tag des

> Wer über gewisse Dinge
> den Verstand nicht verliert,
> der hat keinen zu verlieren.
>
> LESSING

Austrittes aus dem Spital). Zukunft kann aber auch heissen, mit Zuversicht und mit Würde sterben können.

Ich habe bewusst ein schönes, fast ideales Wunschbild aufgebaut. Ganz erreicht werden kann es nicht, es anzustreben, das ist möglich.

Ebenfalls habe ich bewusst das Recht des Patienten auf zeitgemässe, umfassende und situationsgerechte ärztliche Diagnostik und Behandlung nicht hervorgehoben. Nicht dass es weniger wichtig wäre, aber der Stellenwert ist anders, differenzierter, das heisst, ganz besonders abhängig vom einzelnen Patienten in seiner persönlichen Lebenslage. Es gehört zur schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgabe eines Arztes, zu Massnahmen ja, aber auch *nein* sagen zu können. Dies erfordert Ausbildung und umfassendes Wissen, auch der modernen medizinischen Errungenschaften, es erfordert das Erfassen des Patienten als Menschen mit seinen Beschwerden, seiner Krankheit, seiner Persönlichkeit, seinem Umfeld, seiner Prognose und seiner Zukunft.

Zusammenarbeit in der Betreuung betagter Patienten

Es versteht sich von selbst, dass eine umfassende Hilfe nicht die Aufgabe eines einzelnen sein kann, sondern sich auf die Zusammenarbeit eines ganzen Netzes von Helfern abstützen muss. Ein einfaches, unvollständiges Helfernetz sei hier vorgestellt.

FREIW. HELFER

ARZT PFLEGEPERSONAL

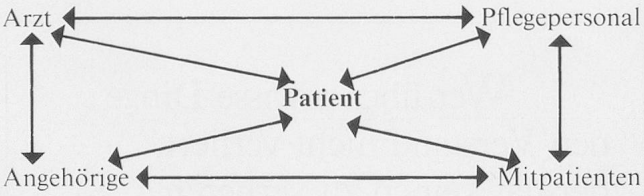
SOZIALDIENSTE VERSICHERUNG **PATIENT** VERWALTUNG HAUSDIENST

ANGEHÖRIGE MITPATIENT

SEELSORGE

Im Zentrum steht der Patient und darum herum sind die direkt und indirekt Beteiligten (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige usw.).

Diese Darstellung ist bekannt und bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Erläuterungen. Auf was ich eingehen möchte, sind die Interaktionen zwischen den einzelnen Personen.



Die Pfeile bedeuten *Zusammenarbeit* einerseits, *Konfliktfläche* anderseits, eigentliche Dreiecksverhältnisse sind möglich.

Als Beispiel einer solchen Gruppierung möchte ich die folgenden hervornehmen:

Patient – Arzt – Pflegepersonal

Arzt und Pflegepersonal sind besorgt um den Patienten, am besten in gegenseitiger Absprache und mit Wissen über des andern Tätigkeit. Wie soll sich aber der Arzt verhalten bei einer Konfliktsituation Schwester-Patient? Soll er Partei nehmen, und dann für wen? Ausgehend von den vorangegangenen Abschnitten meines Vortrages muss der Schluss gezogen werden, dass vorerst der Arzt seine Verpflichtung gegenüber dem Patienten hat. Dessen Wohl muss ihm wichtig sein. Um dies zu erreichen, ist er auf die Mithilfe des Pflegepersonals angewiesen. Eine loyale Zusammenarbeit ist Voraussetzung.

Dieser Konflikt muss ausgetragen werden können, mit Gesprächen und gemeinsamen Besprechnungen, aber auch mit Konzessionen, evtl. Opfern. Die schlechteste aller Lösungen ist, wenn alle drei Parteien leiden müssen und es schliesslich dem Patienten schlechter geht. Dies muss verhindert werden.

Patient – Angehörige – Arzt und Pflegepersonal

Es kann sehr beglückend sein, zu erleben, wie die Angehörigen mithelfen und die Betreuung und Pflegearbeit erleichtern und bereichern. Die Angehörigen sehen aber oft nur ihren Patienten und wollen für ihn das beste. Sie wollen (unbewusst) nicht wahrhaben, dass alle andern Patienten auch der Zuwendung und Pflege bedürfen, und dass den medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten Grenzen gesetzt sind. Forderungen, unwirkliche Wünsche und leider gelegentlich auch unangemessene Kritik sind fast immer Ausdruck der eigenen Hilflosigkeit oder Ausdruck des schlechten Gewissens gegenüber den kranken Angehörigen. Auch hier können klärende Gespräche und viel Geduld die erwünschte Beruhigung bringen.

Patient – Mitpatient – Arzt und Pflegepersonal

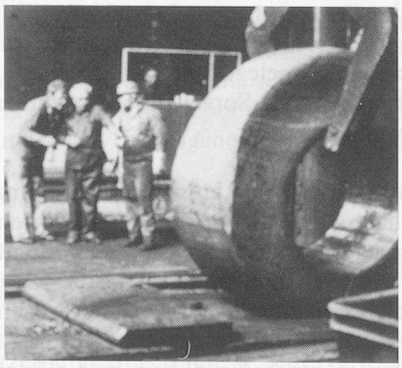
Jeder Patient ist einerseits Einzelperson, aber immer auch ein Teil eines Kollektivs (Mehrbettzimmer, Pflegeeinheit, Pflegestation, Spital oder Heim). Das Zusammenleben der Patienten ist oft nicht gut durchschaubar und die Beziehungen untereinander sind nicht erkennbar. Bekannt sind Eifersüchteleien, Streitigkeiten, unerwünschtes Einmischen in des andern Privatbereich bis hin zum Tyrannisieren. Man kann aber auch rührende Zuneigung und aufopferndes gegenseitiges Unterstützen beobachten. Auch Patienten, die nicht mehr fähig sind, ihre Gefühle und Gedanken mit Worten auszudrücken, sind noch zu sehr engen Bindungen fähig, wie folgendes eindrückliches Beispiel zeigt:

> Ein 90jähriger Patient mit einem schweren senilen psychoorganischen Syndrom lebte während mehrerer Jahre im Pflegeheim. Am Anfang waren das Essen und wenige Schritte noch selbständig möglich, das Reden aber war nur noch mit wenigen Worten (ja, nein, danke) möglich. Alle hatten den Patienten gern. Er führte mit dem Mitpatienten kein Gespräch, und man hatte den Eindruck, dass eine Kontaktaufnahme nicht mehr möglich sei.

VSA-Arbeitstagung für Leiter und Mitarbeiter aller Heime
sowie Mitglieder von Heimkommissionen und sonstige Interessierte

Bauen und Wohnen

26./27. Oktober 1987 im Schloss Hünigen, Konolfingen
Leitung und Mitarbeit: Dr. Imelda Abbt; Roland Leu, Architekt



Thema **Privatheit und Öffentlichkeit**

Das diesjährige Seminar «Bauen und Wohnen» will sich dem Spannungsfeld «Privatheit und Öffentlichkeit» widmen und insbesondere sich auf bauliche Aspekte auch im Kontakt- und Übergangsbereich konzentrieren.

Als das Konzept für das Seminar zustande kam, krachte es in der Höhenklinik Braunwald, alte Wände, Mauerstück um Mauerstück, wurden eingerissen, im alten Gebälk stürzten alte Decken mit Geprassel zu Boden, dichte Staubwolken überall. Altes Gemäuer wird neu aufgebaut, Tür- und Wandöffnungen versetzt, veraltete Installationen ersetzt, das alte Sanatorium soll einer neuen, modernen, freundlich gestalteten Höhenklinik zugeführt werden.

An ausgewählten Beispielen werden jene Erkenntnisse zusammengetragen, die uns alle bei unserer täglichen Arbeit im Bauwerk, aber auch beim Gedanken der Neuplanung beschäftigen. So wird auch die Umnutzung, Neunutzung, immer wieder im Vordergrund stehen, vor allem darum, weil wir erkennen, dass unser Wohnen als Prozess aufgefasst, ein fortwährend neues Planen und allenfalls ein tatsächliches neues Bauen beinhalten.

Termin Montag, 26. Oktober, 10.00 Uhr, bis Dienstag, 27. Oktober 1987, 16.00 Uhr

Ort Schloss Hünigen, 3510 Konolfingen

Kurskosten Fr. 180.–
12 % Ermässigung für TeilnehmerInnen mit persönlicher Mitgliedschaft aus VSA-Heimen
9 % Ermässigung für TeilnehmerInnen aus VSA-Heimen
3 % Ermässigung für TeilnehmerInnen mit persönlicher VSA-Mitgliedschaft
Unterkunft und Verpflegung im Schloss Hünigen separat, Kosten zirka Fr. 100.–

Anmeldung bis 10. Oktober 1987 an das Kurssekretariat VSA, Seegartenstr. 2, 8008 Zürich, Tel. 01 252 47 07 (nur vormittags)

Angemeldeten Teilnehmern, die eine Unterkunft bestellt haben, muss bei Rückzug der Anmeldung vor Tagungsbeginn eine Annulationsgebühr von Fr. 50.– berechnet werden.

Die Anmeldung wird nicht bestätigt, die Kursunterlagen erhalten Sie spätestens 1 Woche vor Kursbeginn.

Teilnehmer und Heimträgerschaften sind aufgerufen, Fragen und Probleme im eigenen Planungs- und Baubereich umgehend dem Kurssekretariat VSA einzuschicken (bautechnische, architektonische und baurechtliche Fragen), damit diese im Rahmen des Seminarprogramms eingebaut und behandelt werden können.

Anmeldetalon (Schloss Hünigen 87, «Bauen und Wohnen»)

Name, Vorname _____

Arbeitsort (Name + Adresse des Heims) _____ Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

VSA-Mitgliedschaft des Heims ☐
Persönliche VSA-Mitgliedschaft ☐
Unterkunft im Schloss Hünigen erwünscht ☐
} Zutreffendes bitte ankreuzen

In der langen Heimzeit erlebte unser Patient mehrere Male die Verschlechterung der Gesundheit und den Tod des Mitpatienten im Zweierzimmer. Dabei trat jedesmal eine grosse psychische Veränderung ein. Unser Patient ass fast nichts mehr, konnte keine Fröhlichkeit mehr zeigen, der Gang wurde schlechter und die Inkontinenz ausgeprägter. Eine Erholung trat erst nach einigen Wochen des Zusammenlebens mit einem neuen Patienten ein, weiterhin bei scheinbar fehlendem Kontakt zu dem Mitpatienten.

Es ist die Aufgabe des Pflegeteams und des Arztes, die Gemeinschaft der Patienten zu unterstützen, sie aber nicht zu erzwingen.

Ein kritischer Zeitpunkt ist immer, wenn in einem Mehrbettzimmer ein Patient zum Sterben kommt. Ich vertrete die Ansicht, dass die Mitpatienten möglichst offen informiert werden, gegebenenfalls gefragt werden, ob sie mit dabei sein wollen oder Angst vor der Situation hätten und sich gerne in ein Ausweichzimmer zurückziehen möchten. Ich findes es immer beglückend, wenn ein Patient an seinem angestammten Platze auch sterben kann. Ist der Patient dann gestorben, ist es der Zimmernachbar und Mitpatient, der in erster Linie der Hilfe und der Unterstützung bedarf.

Dies gibt mit die Gelegenheit zum letzten schwierigsten Abschnitt zu kommen, und ich erschrecke fast über meinen Mut, zum Thema «der Patient am Lebensende» zu sprechen.

Der Patient am Lebensende

Es ist nicht meine Absicht (ich würde es auch nicht wagen), hier eine theologische oder philosophische Abhandlung vorzutragen, sondern ich will einige, vielleicht recht nüchtern wirkende Erfahrungen und Gedanken zur Diskussion stellen.

Fast alle Patienten in einem Pflegeheim leben in diesem bis zu ihrem Lebensende. Der Tod von Patienten ist etwas Natürliches, Dazugehörendes. Es ist der letzte Gang in einem langen Leben und der Abschluss einer Behinderung oder Krankheit.

Dazu einige Beobachtungen:

- Das Sterben eines Patienten ist immer wieder anders, und es bringt immer wieder neue Erfahrungen und Erkenntnisse. Prognosen zu machen, ist nicht möglich, schon gar nicht in der Geriatrie.
- Der Sterbeprozess ist von sehr verschiedener Zeitdauer. Er kann ganz kurz sein (einige Minuten), aber auch Wochen, Monate, ich möchte behaupten, Jahre dauern. Das ist nicht voraussehbar, nicht «planbar». Vielleicht ist der gelegentliche Wunsch der Angehörigen an den Arzt, Hilfe zu geben, aber gleichzeitig mit der Bitte, nichts zu tun, Ausdruck einer gewissen Erschöpfung. Er ist sicher aber in einer einfühlbaren Hilflosigkeit begründet.
- Der Tod eines Patienten, wie gerechtfertigt, erwartet oder gar ersehnt er auch ist, ist immer ein Abschied von einem Menschen, zu dem durch die jahrelange Pflege eine enge Beziehung bestanden hat. Der Abschied macht nicht unglücklich, aber nachdenklich und traurig. Das soll auch so sein.

Beim sterbenden Patienten kommt den ärztlichen Verordnungen ein neuer, anders gewichteter Stellenwert zu. Die Erwartung an eine Behandlung und das Behandlungsziel müssen anders gesetzt werden.

Linderung der Beschwerden

Es berührt mich immer schmerzlich, wenn vorgeworfen wird: «Die Ärzte wollen immer das Leben verlängern mit ihren Medikamenten, lasst den Patienten doch sterben». Dieser Vorwurf ist mehrheitlich nicht berechtigt. Meine ärztlichen Anordnungen wollen (bei den hier besprochenen Patienten) nicht eine Abwehr oder Verhinderung eines natürlichen Todes sein. Ich will mit meinen Entscheiden dem Patienten in der gegebenen Lebenslage die ihm zustehende Hilfe geben und den Verpflichtungen, die ich im ersten Abschnitt dargelegt habe, nachleben («die Gesundheit wird meine erste Sorge sein . . . schützen vor Schaden . . .nie werde ich . . .»):

Die Linderung der Beschwerden muss als Behandlungsziel im Zentrum stehen: keine Schmerzen, keine Atemnot, keine Erstickungsgefühle, keine Angst. Der Patient soll Zuwendung und Geborgenheit finden. Um dies zu erreichen, sind oft auch Medikamente angezeigt. Hingegen sind viele Krankheitszeichen und Symptome Ausdruck des natürlichen Verlaufes einer Krankheit und dürfen als solche akzeptiert werden und rechtfertigen keine zusätzlichen Massnahmen, entsprechend den Richtlinien:«. . . der Arzt ist nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen». Ich vertrete aber die Ansicht, dass zur Grundpflege eine genügende Flüssigkeitszufuhr sichergestellt werden muss, wenn der Patient in irgendeiner Form zur Durstempfindung fähig ist. Dies macht bei einigen Patienten eine Infusion oder das Einlegen einer Magensonde unumgänglich. Zieht sich das Leiden über längere zeit (Wochen, Monate) hin, ist auch eine beschränkte Zufuhr von Kalorien gerechtfertigt, weil sonst pflegerische Probleme auftreten, unter denen der Patient sehr zu leiden hat und dies für das Pflegepersonal enorm belastend werden kann. Wichtig ist, dass der Gesundheitszustand immer wieder neu beurteilt wird, und die Massnahmen neu überdacht werden, täglich evtl. halbtäglich, sogar stündlich. Hervorheben möchte ich auch, dass, *wenn man zu einer Massnahme nein gesagt hat, das Dasein für den Patienten und die Betreuung erst richtig anfangen.* Das ist die Pflicht zur Sterbebegleitung.

Die Nähe zum Patienten

Über all den medizinischen und pflegetechnischen Massnahmen müssen die Verbundenheit zum Patienten und die Nähe zu ihm stehen, damit dieser sich geborgen fühlen kann und seine Ängste abgebaut werden können. Diese Zuwendung muss von allen dem Patienten Nahestehenden oder für ihn Verantwortlichen kommen.

Ich habe versucht, meine Gedanken zu einem Leitbild für den Arzt, der mehrheitlich mit betagten und chronischkranken Patienten zu tun hat, darzulegen, aufgebaut auf meinen persönlichen Erfahrungen und Überlegungen. Vieles konnte nur angedeutet oder unvollständig diskutiert werden. Widersprüche oder andere Ansichten werden aufgetaucht sein. Ich hoffe, dass ich eine angeregte Diskussion auslösen konnte.