

Novembertagung im Kongresshaus Zürich : humane medizinische Betreuung im Heim : praktische Richtlinien

Autor(en): **Haemmerli, Urs**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **62 (1991)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-810223>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Humane medizinische Betreuung im Heim: praktische Richtlinien

Von Prof. Dr. med. Urs Peter Haemmerli, Chefarzt der Medizinischen Klinik,

Stadtspital Triemli, Zürich, und Dr. med. Albert Wettstein, Chefarzt des Städtischen Dienstes und der städtischen Krankenhäuser in Zürich

(überarbeitete Fassung des Tagungsreferates)

Grundsatz 1: Der Wille des Patienten (bei eingeschränktem Bewusstsein oder Kommunikationsunfähigkeit sein mutmasslicher Wille) sind oberstes Gebot der medizinischen Betreuung und in dieser Form klar juristisch definiert.

Der juristisch zwingende Wille des Patienten bildet die Grundlage jedes Patienten-Arzt-Verhältnisses, als sogenanntes Auftragsverhältnis nach Obligationenrecht, das heisst das Vertragsverhältnis, das in den meisten Berufen zwischen Kunden und Anbietern gilt. In einem solchen Auftragsverhältnis ist der Patient Auftragsgeber und der Arzt hat die sorgfältige Durchführung des Auftrages zu garantieren.

Daraus geht klar hervor, dass *der Wille des Patienten und nicht seine Gesundheit die massgebende Richtschnur für medizinisches Handeln* ist. Es muss auch klar daraus abgeleitet werden, dass der Patient jederzeit ihm vorgeschlagene ärztliche Massnahmen ablehnen kann. Gemäss dem Gesetz *ist auch die Krankenpflege ein Auftrag des Patienten, und auch die Krankenpflege hat sich, genau so wie die ärztliche Betreuung, nach dem Willen des Patienten zu richten*. Dies gilt nicht nur für jede Krankenschwester, sondern auch für die pflegende Institution als Ganzes.

Nun kann aber jede Institution beim Eintritt des Pensionärs oder Patienten einen *Vertrag* mit diesem abschliessen, in dem gewisse pflegerische Abläufe und auch Regeln des Zusammenlebens vereinbart werden, wobei davon ausgegangen wird, dass der Pensionär oder Patient freiwillig einen solchen Vertrag eingeht und somit mit diesen Hausregeln einverstanden ist. – In Heimen des öffentlichen Rechtes handelt es sich nicht um Verträge, die der Patient mit dem Heim abschliesst, sondern um *hoheitlich erlassene Verordnungen*, denen der Patient durch seinen Eintritt zustimmt. Wer mit den Regeln nicht einverstanden ist, kann nicht in die Institution aufgenommen werden.

Ein Grundgedanke solcher Heimverträge respektive Verordnungen über Rechte und Pflichten von Pensionären und Patienten ist der Grundsatz, dass die Willensfreiheit jedes einzelnen Patienten dort seine Grenze hat, wo Gefahr besteht, dass das Verhalten eines Patienten andere beeinträchtigt. Es sind somit die gleichen Freiheitseinschränkungen, die allem Zusammenleben zugrunde liegen. In einem Heim, wo viele Patienten eng zusammenleben, ist es oft nötig, die individuelle Freiheit stärker einzuschränken als bei Durchschnittsbürgern, die weniger eng miteinander zusammenleben.

Neben dem Recht des Patienten/Pensionärs besteht selbstverständlich auch das Recht des Mitarbeiters. Genauso wie Betreute beispielsweise nicht geschlagen oder sexuell belästigt werden dürfen, muss sich auch kein Heimangestellter körperliche Misshandlung oder sexuelle Belästigungen körperlicher oder verbaler Art gefallen lassen. Beide, der Patient und der Mitarbeiter haben also

das Recht, Forderungen des «Vertragspartners» abzulehnen. Arzt und Pflegepersonal dürfen nur solche Behandlungsaufträge annehmen und ausführen, die den anerkannten Berufsregeln und der Berufsethik entsprechen.

Für abgebaute und demente Patienten ist diese Rücksichtnahme auf die Rechte anderer nicht immer einfach, weil Demente ja klare Verhaltensregeln oft nicht verstehen und schon gar nicht behalten können. In solchen Situationen ist individuell abzuwägen, was dem Wohl des Patienten besser entspricht, was der Patient für sich entscheiden würde, wenn er nicht dement wäre, zum Beispiel die Verlegung in eine Psychiatrische Klinik oder eine Sedation gegen seinen Willen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine Zwangsbehandlung, zum Beispiel mit Beruhigungsmitteln, gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten juristisch umstritten ist und eigentlich nur in Institutionen, in die der Patient gegen seinen Willen mittels fürsorglichen Freiheitsentzugs gemäss ZGB Art. 397 eingewiesen wurde, juristisch gerechtfertigt werden kann.

In einem Alters- oder Krankenhaus, wie auch im Spital, muss der kommunikationsfähige Patient aufgeklärt werden, dass er die Alternative hat, eine nicht gewollte Therapie abzulehnen, aber es ist ihm auch mitzuteilen, welche Konsequenzen dies für ihn haben wird (zum Beispiel Einweisung mittels fürsorglichen Freiheitsentzugs in eine Psychiatrische Klinik).

Aus all diesen Gründen gilt:

Grundsatz 2: Kein Patient darf gegen seinen Willen zu irgend einer Behandlungs- oder Pflegemassnahme gezwungen werden.

Diese Grundsätze gelten aber auch über die medizinisch-pflegerischen Belange hinaus ganz allgemein:

Grundsatz 3: Keinem Patienten dürfen gegen seinen Willen aus medizinischen Gründen seine bisherigen Lebensgewohnheiten (Essen, Trinken, Rauchen) verboten werden.

Wie oben dargelegt, gilt dies natürlich nicht für Einschränkungen, die notwendig sind, um das friedliche Zusammenleben anderer Heimbewohner, sogar das Recht zu leben, zu schätzen.

So sind Rauchverbote in gewissen Räumen, zum Beispiel in Pensionärzimmern, wegen der Feuergefahr, nicht nur statthaft, sondern notwendig, weil das Recht auf Rauchen ein weniger schützenswertes Rechtsgut ist, als das Recht der Mitpensionäre auf Leben, das durch eine Feuersbrunst, verursacht durch Rauchen im Bett, gefährdet werden könnte.

Ähnliches gilt auch für Alkoholkonsum in grossen Mengen: Es gibt keine Rechtsgrundlage, einem Pensionär exzessiven Alkoholkonsum zu verbieten, es sei denn dieser verursache nach solchen Exzessen Ruhestörungen oder belästige andere Mitbewohner. In einem solchen Fall ist der Alkoholkonsum auf Mengen zu beschränken, bei denen es nicht zu solchen Beeinträchtigungen der Mitbewohner kommt.

Selbstverständlich ist jedoch jede Institution frei im Verfassen der Hausordnung und kann beispielsweise in deren Rahmen ein vollständiges Rauch- und Alkoholverbot in der Institution aussprechen. Ähnliches gilt für spezielle Speiseregeln aufgrund religiöser oder kultureller Gebote. Solche Einschränkungen der persönlichen Freiheit sind jedoch nur für private Institutionen denkbar; für Institutionen öffentlichen Rechts sind sie – wenn sie nicht zum Schutz der Mitbewohner notwendig sind – unverhältnismässig und deshalb unzulässig.

Grundsatz 4: Das Prinzip des Erkennens des mutmasslichen Willens des Patienten gilt auch für senile Demente, verwirrte oder erregte Patienten. Auch diese können durch Gebärden oder Verhaltensweisen klar erkenntlich ihren Willen ausdrücken!

Auch ein schwerst verwirrter Patient, der Gesprochenes nicht mehr versteht, empfindet gewisse Therapien als subjektiv lästig oder schmerzhaft und hat das Recht, sie zu verweigern. Dazu gehören zum Beispiel Infusionen, die herausgerissen werden, oder das Ausspucken von Tabletten. In dieser Absolutheit gilt das Ausgeführte bezüglich Massnahmen für langfristige Probleme und allgemeine Pflege zur Lebenserhaltung.

Für medizinisch behebbare, kurzfristige Erkrankungen wie akute Verwirrtheit wegen Flüssigkeitsmangels bei Hitze oder Durchfallerkrankung kann der Arzt die Ablehnung von Behandlung von senilen und verhaltensgestörten Patienten missachten und sich dabei auf das Prinzip des mutmasslichen Willens des Patienten stützen. Denn ein verwirrter oder dementer Patient würde die Behandlung eines in kurzer Zeit heilbaren Leidens nicht ablehnen, wenn er diese gute Prognose voll erfassen könnte. Diese Ausnahmeregel gilt jedoch nicht für solche Patienten, von denen bekannt ist, dass sie schon seit längerer Zeit aufs Sterben warten. In solchen Situationen ist die Missachtung des mutmasslichen Willens der Patienten nur dann angemessen, wenn die akute Erkrankung die Folge einer möglicherweise strafbaren Handlung ist. Solche Beispiele sind Salmonellenerkrankungen wegen Fehlern in der Handhabung von Nahrungsmitteln in der Küche oder Unterzuckerung wegen fahrlässiger Überdosierung von antidiabetischen Medikamenten. In solchen Situationen mag das Rechtsgut des Verursachers zur Schadenminimierung höher gewertet werden als der Wille des Opfers, sich gegen die Minimierung des Schadens zu wehren.

Grundsatz 5: Bei der Verordnung ärztlicher Massnahmen (vor allem Medikamente) ist bei Alterspatienten vorab die verminderte Lebenserwartung und nicht ein einzelner Befund (Blutzucker, Blutdruck) zu berücksichtigen.

Viele im erwerbsfähigen Alter sinnvolle medizinische Massnahmen beruhen auf der Ausschaltung von sogenannten Risikofaktoren mit dem Ziel, Komplikationen der Grundkrankheit (zum Beispiel Diabetes oder hoher Blutdruck) in 20 oder mehr Jahren zu verhindern.

Mit einer verminderten Lebenserwartung von wenigen Jahren verlieren solche Massnahmen ihren Sinn. Dazu gehören genaue Einstellung einer Zuckerkrankheit, Senkung eines erhöhten Blutdrucks (führt im Alter meist nur zu Schwindel und Gangunsicherheit!) oder medikamentöse Senkung eines hohen Serum-Cholesterinwertes.

Eine direkte Konsequenz dieser Philosophie besteht darin, auch die üblichen Kontrollen durch das Pflegepersonal (Blutdruckmessung, Zuckerbestimmung im Urin) zu unterlassen, wenigstens so lange, als sich der Patient subjektiv in einem guten Zustand befindet. Im hohen Alter sind Blutzuckerwerte zwischen 200 und 300 mg % durchaus tolerabel; die Diabetes-Behandlung soll sich darauf beschränken, hyper- oder hypoglykämische Zustände zu vermeiden.

Grundsatz 6: Die Institution «Heim» ist ein Ersatz für das eigene Heim mit Grossfamilie. Entsprechend soll im Heim medizinisch und pflegerisch nicht mehr gemacht werden, als das, was der betreuenden Familie unter Anleitung des Hausarztes im eigenen Heim möglich wäre.

Wer in ein Heim eintritt, will unter den gegebenen Umständen dort so leben, wie er im Kreise seiner Familie, zu Hause, leben würde, wenn dies möglich wäre, nicht um mit allen pflegerischen und technischen Möglichkeiten am Leben zu bleiben oder um von Krankheiten geheilt zu werden. In dieser Hinsicht unterscheidet sich ein Spitalpatient wesentlich vom Heimbewohner: ohne anderen Auftrag ist anzunehmen, dass er in das Spital eingetreten ist, damit dieses alles tue, um ihm zur Genesung zu verhelfen. Das oben Gesagte kann an zwei Beispielen verdeutlicht werden.

Beispiel 1: Terminale Infektion eines demenzkranken Heimbewohners

Frau Müller lebt seit Jahren wegen zunehmender Hilfsbedürftigkeit infolge einer senilen Demenz vom Alzheimer-Typ im Heim. Als sie noch sprechen konnte, hat sie oft geäussert: «Oh, wenn ich nur sterben könnte!» Plötzlich bekommt sie Fieber und ihr Zustand verschlechtert sich sehr schnell: sie wird kaum mehr ansprechbar und ist unfähig zu essen und zu trinken. Der Arzt vermutet eine Lungenentzündung.

Um einen tödlichen Ausgang zu vermeiden, ist akut – neben einer antibiotischen Therapie – zusätzlich die künstliche Zuführung von Flüssigkeit mittels Infusion oder Sonde nötig. Der Arzt muss also entscheiden, ob er versuchen will, den Tod hinauszuschieben mit einer Antibiotika-Therapie und künstlicher Flüssigkeitszufuhr, oder ob er – in Anbetracht der unheilbaren progressiven Grundkrankheit Demenz – den Spontanverlauf nicht beeinflussen will und sich auf die Linderung der subjektiven Beschwerden – sofern vorhanden – beschränken will.

Unerfahrene fordern dann, mit der Begründung, man könne doch keine Patienten verdursten lassen, das Anlegen einer Infusion oder eine Magensonde zur Zuführung von täglich zwei Litern Flüssigkeit. Manche argumentieren auch, die tägliche Zufuhr von zwei Litern Flüssigkeit sei als pflegerische Routine obligatorisch und keine «technische Massnahme», die ärztlich zu verordnen sei. Solche Forderungen widersprechen jedoch dem heutigen Wissen und Konzepten in mancher Hinsicht:

1. Schon gesunde Betagte verfügen nur über ein sehr limitiertes Durstgefühl, wenn ihre Flüssigkeitszufuhr mangelhaft ist, bei

- Dementen ist das noch ausgeprägter. Dies ist ja die Ursache des Phänomens, dass Demente sehr schnell, zum Beispiel bei hoher Temperatur, wegen ungenügendem Trinken austrocknen und deliriant werden.
2. Durst ist ein subjektiver Begriff und an das Empfinden eines Flüssigkeitsmangels gebunden. Wer durstig ist, drückt dies – auch wenn er nicht mehr richtig sprechen kann – mindestens dann aus, wenn ihm Flüssigkeit angeboten wird (zum Beispiel teelöffelweise) oder wenn ihm, im Rahmen der Mundpflege, die Lippen befeuchtet werden durch entsprechende Bewegungen des Mundes und der Zunge (Saug- und/oder Schluckbewegungen). Kranke, die bei der Mundpflege keinerlei Saug- und Schluckbewegungen machen, leiden sicher nicht unter Durst (ausser sie leiden an einer der sehr seltenen neurologischen Krankheiten mit Lähmung der Hirnnerven oder Muskeln). Deshalb wird die terminale Lungenentzündung seit Jahrhunderten «der Freund des alten Mannes» genannt, denn ohne künstliche Intervention führt sie in der Regel zum Tode *ohne* subjektives Leiden.
 3. Im Rahmen der Sterbebegleitung sind Interventionen wie Anlegen einer Infusion oder einer Sonde unnötige technische Manipulationen. Gute Pflege heisst in dieser Situation vielmehr, verhindern von Wundliegen durch entsprechende superweiche Lagerung, optimale Mundpflege durch regelmässiges Befeuchten der Lippen und der Mundhöhle, zum Beispiel mit glyzerinhaltiger Flüssigkeit und nicht allein lassen, mindestens solange der Patient noch zeitweise ansprechbar ist.
 4. Infusion und Sondennahrung sind invasive technische Massnahmen mit entsprechenden Komplikationen und Nebenwirkungen, besonders auch bei Chronischkranken und Hochbetagten. So besteht bei intravenöser Infusion die grosse Gefahr der Kreislaufüberlastung mit kardialer Dekompensation. Bei Sondennahrung besteht unter anderem die Gefahr des Reflux mit sekundärer Aspiration (Rückfluss des Mageninhaltes in den Rachen und von dort in die Lungen). Dazu kommt die

Behinderung des Schluckens von Speichel durch die Sonde mit der dauernden Gefahr, dass dieser in die Lunge gelangt und zu einer erneuten und verstärkten Infektion führt. Die Indikation zur Sondenernährung oder Infusion erfordert deshalb ein genaues Abwägen von Risiko und potentielltem Nutzen durch den Arzt und ist keinesfalls eine pflegerische Routinebehandlung oder gar – Pflicht.

Beispiel 2: Die Weigerung zu essen und zu trinken bei fortgeschrittener Demenz

Frau Meier hat mehrere Hirnschläge hinter sich, der letzte erfolgte vor zwei Jahren. – Seit sie vor einem Jahr ins Heim eingetreten ist, hat sich ihr Zustand auch geistig deutlich verschlechtert. Sie braucht Hilfe in allen Verrichtungen des Alltags. Sie lässt sich seit Monaten nur mit grosser Zuwendung dazu motivieren, wenigstens einen Teil ihrer Mahlzeiten zu essen und zu trinken.

Eines Tages verweigert sie alle Nahrung und alles Trinken. Sie hält den Mund fest verschlossen und schiebt alle Nahrung mit der Hand weg oder spuckt alles Eingeflösste wieder aus. Das gleiche geschieht auch mit dem Lieblingsgericht und dem Lieblingsgetränk, und auch ein Einsatz der Lieblingspflegepersonen zum Eingeben der Nahrung ändert nichts an der Weigerung zu essen und zu trinken. Soll die Patientin jetzt künstlich mittels Magensonde oder Infusion ernährt werden? Beides ist in der Regel nur gegen den physischen Widerstand möglich, und das Anbinden der Hände wird nötig, um ein Herausreissen zu verhindern. Auf der andern Seite muss beachtet werden, dass die Weigerung zu trinken in der Regel innert Tagen zum Tod führt.

Auch wenn der Patient durch seine Demenz nicht mehr fähig ist zu sprechen und Gesprochenes zu verstehen, ist seine Willensäusserung bezüglich Trinken doch gültig. Denn zu trinken ist die lebensbehaltende Lebensäusserung, zu der schon Säuglinge fähig sind. Entsprechend erscheint auch ein schwer Dementer berech-



Das Wohlergehen meiner Patienten hängt auch von den richtigen Krankenpflege-Artikeln ab

Mit einer einzigen Kontaktperson habe ich über 2500 Artikel zur Hand.

meyer medical 

Lauetstrasse 39 CH-8112 Otelfingen
Tel. 01 844 47 87 Fax 01 844 25 40

Wir beraten Sie bei Einrichtungen für:

- Altersheime
- Pflegeheime
- Spitex
- Spitin

Rufen Sie uns an

tigt, diese Lebensbejahung zu verneinen. Ihm dazu die Urteilsfähigkeit abzusprechen, hat niemand das Recht.

Auch häufiges Verschlucken ist in der Langzeitpflege Dementer keine Indikation für langfristige parenterale oder naso-gastrische Ernährung. Besonders Demente mit multiplen cerebralen Infarkten, mit der sogenannten Multiinfarkt-Demenz, zeigen häufig Schluckstörungen. Eine Sondenernährung ist höchstens in den ersten Tagen bis Wochen nach einem neuen cerebralen Infarkt indiziert. Später gelingt es der erfahrenen Pflegepersonen eigentlich immer, genügend Nahrung und Flüssigkeit darzureichen, solange der Patient damit einverstanden ist: die cerebral bedingte Schluckstörung ist nämlich vor allem eine Schluckstörung für grobe, sperrige Bissen wie Wurstzipfel und Apfelschnitze und für dünne Flüssigkeiten. Werden jedoch eingedickte (gelierete) Flüssigkeit oder breiige Nahrung korrekt eingelöst (das heisst, in die hintere Mundhöhle gebracht), kommt ein reflektorischer Schluckvorgang zustande, der auch bei schwerer Schluckstörung für Flüssiges kaum zur Aspiration führt. Ja, die Aspirationsgefahr wird geringer als die bei eingelegter Sonde. Mit geeigneten Geliermitteln lassen sich die meisten kalten Getränke eindicken und Wünsche des Patienten können mitberücksichtigt werden.

Aus diesen Überlegungen ist eine Essens- und Trinkverweigerung eines Patienten als bindende Willensäusserung anzusehen, auch wenn dadurch innert Tagen der Tod des Patienten eintritt, und es gibt keine Rechtfertigung, künstlich Nahrung und Flüssigkeit zuzuführen.

Diese Haltung ist jene, die seit dem Amtsantritt der respektiven Chefärzte sowohl in den städtischen Krankenheimen als auch in der Langzeitstation der Medizinischen Klinik am Stadtspital Triemli in Zürich praktiziert wird.

Sie wird von den Patienten, die sich äussern können, von Familienangehörigen, vom Pflegepersonal und den Ärzten gutgeheissen und entspricht – nach immer wieder gemachten Feststellungen – dem Willen der grossen Mehrheit der Heimbewohner. Nur wenn im Verlauf der Aufnahmeuntersuchung oder bei Gesprächen mit den Angehörigen – eine Pflicht in der Evaluation eines Demenzkranken – eine andere Haltung geäussert wird oder zu vermuten ist und es wahrscheinlich ist, dass diese sich mit der Haltung des Patienten deckt, gilt dieser mutmassliche andere Wille des Patienten als Richtschnur, auch in den städtischen Krankenheimen.

Konsequente Achtung dieser Grundsätze und Verzicht auf nicht gewollte lebensverlängernde Massnahmen führt zur Optimierung der subjektiven Lebensqualität und in der Folge auch des Lebenswillens. Entsprechend ist trotz bewusstem Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung paradoxerweise in den letzten vier Jahren die Überlebensdauer der Patienten in den Zürcher Krankenheimen jährlich um 40 Tage angestiegen, obwohl die Patienten beim Eintritt immer intensiver pflegebedürftig geworden sind.

Grundsatz 7: Höchstes Ziel im Heim soll die Erhaltung der subjektiven Lebensqualität der Bewohner sein, was eine stark individualisierte Betreuung bedingt: «Mehr Leben für die verbleibende Zeit statt mehr Zeit für das verbleibende Leben».

Für die meisten Menschen unseres Kulturkreises gilt, dass hohe Lebensqualität nur möglich ist, wenn man selber aus der grossen

Vielfalt von möglichen Verhalten und Lebensstilen die für sich geeigneten selber auswählen kann. Deshalb erfreuen sich die meisten Senioren einer sehr hohen Lebensqualität, sind sie doch nicht mehr an Zwänge von Arbeitsplätzen und Kindererziehung gebunden und auch materielle Zwänge sind für die Mehrheit gering. Die Lebensqualität wird jedoch massiv eingeschränkt durch chronische Krankheiten, welche die Bewegungsfreiheit, die Fähigkeit, Dinge aufzunehmen, etwas zu unternehmen oder auch nur passiv zu konsumieren, je nach Art der Behinderung massiv einschränken kann. Es sind in erster Linie solche Behinderungen, die Betagte veranlassen, in ein Heim einzutreten, ausserdem versprechen sie sich vom Heim Sicherheit, falls sich die Behinderungen verstärken. Dafür nehmen sie in Kauf, dass das Zusammenleben in einem Grosshaushalt gewisse zusätzliche Einschränkungen bedingt, zum Beispiel fixierte Essenszeiten. *Wenn das Heim optimale Bedingungen zur subjektiv bestmöglichen Lebensqualität bieten will, muss es möglichst viel Wahlfreiheit den Bewohnern selbst belassen.* Bei Pflegebedürftigkeit bedingt dies eine individuelle Pflegeplanung. Dabei sind die individuellen Vorlieben und Gewohnheiten höher zu werten, als die allgemeine Erkenntnis, was für den Patienten gesund sei.

Die im Heim gegenüber dem Haushalt aufgezwungene Inaktivität durch Übernahme der meisten Haushaltarbeiten durch das Heimpersonal führt nicht selten zu zusätzlicher Passivität. Vom Heim vorgeschlagene Aktivitäten erscheinen den Senioren oft sinnlos. Sie haben deshalb oft, für viele von uns einfühlbar, die Überzeugung, für niemanden mehr nützlich zu sein und verlieren damit ihren eigentlichen Lebensinhalt und ein Lebensziel.

Im Rahmen der individuellen Pflege- und Betreuungsplanung geht es vielmehr darum, in direkter Absprache mit dem Patienten, oder falls er dazu nicht mehr fähig ist, in Kenntnis seiner Lebensgeschichte, seiner Vorlieben und Gewohnheiten, für ihn sinngebende Aktivitäten anzubieten. Für den einen Patienten können dies Botengänge sein, für andere Hausarbeiten wie das Bett machen, das Lavabo putzen, Strümpfe waschen, oder ähnliche häusliche Aktivitäten. Besonders wichtig ist es, Patienten zu ermuntern, vorübergehend Kranken beizustehen und ihnen kleine Dienste zu erweisen. Gerade regelmässige Besuche von Bettlägerigen und Sterbenden können für sonst selbst in verschiedenen Bereichen auf Pflege angewiesene Patienten sinngebend wirken.

Da in der Schweiz fast alle gerne spazieren, viele dies jedoch selber nicht mehr können, sei es, weil sie einen Rollstuhl benötigen, sei es, weil sie sich nicht mehr getrauen oder weil sie wegen Orientierungsstörungen sich nicht mehr zurecht finden würden, ist besonders das gemeinsame Spazieren von Heimbewohnern eine von vielen Patienten geschätzte sinngebende Aktivität. Regelmässig mit einem Mitbewohner spazieren zu gehen, ist wahrscheinlich ein viel stärkeres Antidepressivum als stärkste Medikamente. Auch die Nebenwirkungen dürften geringer sein! Für gehbehinderte Patienten ist deshalb eine Physiotherapie mit intensiver Gangschulung oft die beste Psychotherapie.

Grundsatz 8: Der Begriff «Gesundheit» ändert im Alter die übliche Bedeutung. Gesund im Alter ist:

- alles, was Beschwerden (unabhängig von Diagnose) lindert oder verhütet;
- alles, was den Senioren in den verbleibenden Lebensjahren Genuss und Freude bereitet.

Referenzen: Für Referenzen und weiterführende Darstellung verweisen wir auf das Buch: Wettstein A.: Senile Demenz. Hans Huber Verlag, Bern, 1991.