

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2006-2007)

Heft: 96

Artikel: Empowerment im Akutspital : Empower the Un-Empowerable?

Autor: Grob, Daniel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-789843>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.05.2025

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

Empowerment im Akutspital: Empower the Un-Empowerable?

von Daniel Grob³

Referat am Jubiläums-Symposium Albert Wettstein
(Modifizierter Text)

Grundlagen – zum Empowerment-Begriff

Unter "Empowerment" im Kontext der Gesundheitsförderung versteht man einen Prozess, durch den Menschen „eine grössere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen.“⁴

Man unterscheidet individuelles und gemeinschaftsbezogenes Empowerment:

Ersteres steht im Akutspital im Zentrum, letzteres ist relevant z.B. in der gemeindenahen Sozialarbeit.

Gemeinschaftsbezogenes Empowerment bezieht Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, damit sie mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft gewinnen.

Individuelles Empowerment hingegen bezieht sich auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das persönliche Leben zu haben. Im Zentrum der Empowerment-Strategie steht damit die Befähigung von Menschen zu selbstbestimmtem Handeln im Interesse ihrer eigenen Gesundheit.

Empowerment anerkennt und fördert die Kompetenz und Mündigkeit eines Menschen. Empowerment-Prozesse werden nicht einfach von Professionellen durchgeführt und kontrolliert. Vielmehr geschehen sie täglich mit unterschiedlichen Personen, Gruppen und Strukturen. Professionelle können Empowerment-Prozesse jedoch anstossen, begleiten und unterstützen. Empowerment ist

³ Dr. med. Daniel Grob, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid,; Präsident Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie

⁴ WHO 1998 zitiert in: www.gesundheitsfoerderung.ch

damit mehr als nur „Beratung“; es beginnt beim Verstehen des einzelnen Menschen in seiner derzeitigen gesundheitlichen und allgemeinen Lebenssituation.

Empowerment-Prozesse und das moderne Akutspital

Empowerment-Prozesse sind eingebettet in die individualisierten, patientenzentrierten Behandlungsprozesse. Sie sind interaktiv: Der oder die PatientIn sind einbezogen in die Entscheidungsprozesse. Keinesfalls sind Empowerment-Strategien irgendwie gearbete custodial-patriarchale Beratungsleistungen, in denen „von oben herab“ dem Patienten etwas empfohlen wird. Sie sind vielmehr Ausdruck der gemeinsamen Suche nach einem (oft neuen) Weg in die Zukunft.

Folgende Voraussetzungen müssen prinzipiell im Akutspital erfüllt sein, dass dieser Prozess überhaupt stattfinden kann:

1. Eine symmetrische, gleichwertige, respektvolle Beziehung zwischen Professionellen und PatientInnen.
2. Ein Zustand des Patienten, welcher prinzipiell eine Auseinandersetzung mit sich selber zulässt. Wie ist es mit demenzten Menschen? Wie mit schwer kranken Menschen? Oft ist - gerade zu Beginn einer Hospitalisation - der/die PatientIn zu krank, um überhaupt an einer intensiven persönlichen Interaktion teilnehmen zu können.
3. Kenntnis des Patienten/der Patientin betr. Ressourcen (und Defizite) -> Nicht nur die Defizite des Patienten (gesundheitliche, funktionelle) müssen bekannt sein, sondern ebenso seine gesunden Anteile (Ressourcen, auf denen man aufbauen kann).
4. Ein Spitalmilieu, welches Interaktionsprozesse zulässt: Offenheit der Mitarbeitenden, Zeit und Räume, eine bestimmte „Geisteshaltung“ des Behandlungsteams, welche von Toleranz geprägt ist und offen für spezielle, individualisierte Lösungen.

In der Klinik für Akutgeriatrie stellen sich die Probleme noch umfassender, da etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme mehr oder weniger kognitiv eingeschränkt ist; dies kann Ausdruck einer bereits vorbestehenden dementiellen Erkrankung

sein, Folge einer körperlichen Erkrankung oder im Rahmen eines akuten Verwirrheitszustandes.

Zudem sind rund zwei Drittel unserer Patientinnen und Patienten alleinlebend und haben sehr variable bis manchmal fehlende Netze von Bezugspersonen. Dies sind manchmal Kinder, aber auch Geschwister resp. nahe stehende Bekannte und Freunde.

Alle sind aber zu Beginn akut krank oder verunfallt und zunächst pflege- und hilfsbedürftig.

Das folgende Beispiel soll zeigen, dass - gerade im Akutspital - die Patientinnen und Patienten zunächst in einen Zustand zu bringen sind, welcher Empowerment-Prozesse überhaupt zulässt. Dies setzt gute Diagnostik und Therapie voraus und auch genügend Zeit, damit sich die hochbetagten, gebrechlichen Menschen erholen können.

Beispiel

Der 86-jährige, allein lebende Patient wurde im Juli 2006 nach Sturz und längerer Liegedauer zu Hause notfallmässig in das Spital eingewiesen. Er wurde zunächst eine Woche auf einer internistischen Klinik betreut.

Diese vorbehandelnde Klinik führte einen Test durch in Bezug auf kognitive Leistungsfähigkeit durch (Mini-Mental-Status, MMS), in dem der Patient 18 von max. möglichen 30 Punkten erreichte.

Aufgrund dieser Befunde wurde dann die Diagnose eines dementiellen Syndroms gestellt. Da zudem ein hoher Pflegebedarf bestand (Barthel-Index 40 von maximal möglichen 100 Punkten), wurde eine Einweisung in ein Pflegeheim in Betracht gezogen. Da sich der Patient aber mehrfach dezidiert gegen eine Pflegeheimeinweisung aussprach, wurde ein Antrag auf Beistandschaft gestellt aufgrund „der fehlenden Krankheitseinsicht und der dementiellen Entwicklung“ und der Patient dann in die Klinik für Akutgeriatrie zur weiteren Behandlung überwiesen.

Bei Eintritt in unsere Klinik stand eine ausgeprägte Schwäche im Vordergrund und eine schwere Unterernährung (der Patient wog bei einer Körpergrösse von 160 cm noch 31.4 kg). An der Haut

konnten multiple, in Abheilung begriffene Schürfwunden festgestellt werden und es bestand eine ausgeprägte Blutarmut.

In unserer Klinik erholte sich der Patient gut. Die im Verlauf durchgeführte Demenzabklärung inkl. bildgebendem Verfahren des Gehirns und neuropsychologischer Testung ergab die Diagnose eines "Mild Cognitive Impairment", d.h. einer nur geringgradigen Beeinträchtigung der Kognition. Der Minimalstatus betrug nun 27 von max. möglichen 30 Punkten. Retrospektiv ist davon auszugehen, dass die zu Beginn vermutete „Demenz“ lediglich Ausdruck eines passageren Delirs war. Der Neuropsychologin fiel auch auf, dass der Patient während mehr als eineinhalb Stunden motiviert und kooperativ mitarbeitete.

Nach insgesamt 7-wöchiger Hospitalisation betrug das Körpergewicht des Patienten 36.7 kg, er nahm also in dieser Zeit über 5 kg Gewicht zu.

Ein diffuser Hautpilz wurde mitbehandelt.

Der Pflegebedarf war ebenfalls massiv rückläufig (der Barthel-Index stieg von 40 auf 90 Punkte).

Weiterhin äusserte sich der Patient dezidiert gegen jegliche Pflegeheimeinweisung - die Option einer Entlassung erschien nun (im Gegensatz zum Zeitpunkt bei Aufnahme in unsere Klinik) aber durchaus denkbar im Hinblick auf den nur noch sehr marginal vorliegenden Pflegebedarf und die sich gut erholte kognitive Leistungsfähigkeit.

So wurde ein Hausbesuch („differential-diagnostischer Ausgang“) durchgeführt: Eine unserer Ärztinnen ging in Begleitung mit einem Studenten und natürlich dem Patienten zu ihm nach Hause.

Hier stellte man fest, dass seine 2-Zimmer-Wohnung sehr spartanisch eingerichtet und in desolatem Zustand war: Überall türmten sich schmutzige Kleider, Gebrauchsgegenstände, Zeitungen, Plastiksäcke, Batterien; Elektrische Kabel hingen von den Wänden und waren z.T. mit Klebeband umwickelt. Ein Kühlschrank fehlte ebenso wie auch ein Vorratsschrank. Der Kochherd war mit Plastiksäcken verstellt. Ausser zwei Schüsseln fand sich kein Geschirr: Der Patient erzählte, er habe aus diesen zwei Schüsseln jeweils etwas Suppe gegessen, gekocht habe er sonst eigentlich nie.

Nach diesem Hausbesuch konnten wir die Fragen der Vormundschaftsbehörde (es lief ja noch aus der erstbehandelnden Klinik ein Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft) beantworten:

Unseres Erachtens war der Patient geistig hinreichend klar und willens einer geeigneten Person oder Stelle eine Vollmacht zu erteilen sowie die Handlungen des Bevollmächtigten hinreichend nachzuvollziehen und zu prüfen. Aus ärztlicher Sicht erschien uns die Errichtung einer Beistandschaft wohl vorteilhaft. Diese Frage wurde mit dem jetzt urteilsfähigen Patienten besprochen, er hat sich damit aber nicht einverstanden erklärt. Zur Gewährleistung hinreichender Betreuung des Patienten erschien uns ein dauernder Heim- oder Klinkaufenthalt aber als nicht zwingend notwendig.

Kurz nach dem Hausbesuch konnte der Patient, seinem Willen entsprechend, nach Hause austreten. Es wurde - immer im Kontakt und Einverständnis des Patienten - eine ambulante Nachbetreuung (Pflegefachpersonen und Hausarzt) etabliert. Die für die weitere Gesundheit des Patienten wichtige, regelmässige Nahrungsaufnahme konnte verbessert werden, indem der Patient bereit war, sich jeweils zuhause abholen zu lassen und zum Mittagessen in ein nahe gelegenes Altersheim zu gehen.

Fazit

Empowerment im Akutspital ist möglich.

Viele auf den ersten Blick „nicht-befähigbare“ Patientinnen und Patienten sind doch Empowerment-Prozessen zugänglich.

Empowerment im Spital ist allerdings, wie das obige Beispiel zeigt, nur unter folgenden Voraussetzungen denkbar:

1. Die PatientInnen müssen sorgfältig abgeklärt und deren Defizite aber vor allem auch Ressourcen und Stärken bekannt sein.
2. Im Behandlungsteam müssen entsprechende Kenntnisse und Methoden bekannt und vorhanden sein (z.B. Assessment-Strategien, kommunikative Fähigkeiten, Methoden des differential-diagnostischen Ausgangs), aber auch der Wille und die Fähigkeit, mit speziellen, hochbetagten Menschen Schritte in eine zu planende Zukunft zu unternehmen (Empathie, respektvolle Beziehung).
3. Es muss ein Minimum an Zeit vorhanden sein: Patientinnen und Patienten im Akutspital sind naturgemäss körper-

lich krank. Diese körperliche Krankheit muss zunächst diagnostiziert und behandelt werden, der Patient sollte zunächst in einen Zustand gebracht werden, in welchem er überhaupt Empowerment-Prozessen zugänglich ist.

4. Es muss eine entsprechende Bereitschaft des Gesundheitssystems vorhanden sein. Wie das Beispiel oben zeigte, sind hochbetagte, vielleicht leicht kognitiv eingeschränkte, manchmal auch eigensinnige PatientInnen oft nicht so einfach zu „managen“: Sie liegen mit ihren Vorstellungen und Wünschen quer im System und können gut geplante, standardisierte Abläufe im Spital völlig durcheinander bringen. Hier braucht es - gerade in einem so hochkomplexen System wie einem Spital - eine positive Haltung der Spital- und Klinikleitung, um die Mitarbeitenden zu ermutigen, kreativ auf die jeweiligen Bedürfnisse der PatientInnen reagieren zu können: Empowerment-Prozesse erfordern Zeit und Ressourcen und sind damit betriebswirtschaftlich teuer. Sie lohnen sich aber sicher aus einer gesamtwirtschaftlichen Sicht und kommunizieren ein Bild, wie das öffentliche Spital (und damit „der Staat“) mit seinen alten, behinderten Bürgerinnen und Bürgern umgeht. Sie zeigen exemplarisch, dass das Spital für die PatientInnen da ist und nicht umgekehrt.

Empowerment lohnt sich - sowohl für den Patienten, wie für die Mitarbeitenden, welche durch einen positiven Verlauf eines Patienten (emotional) belohnt werden, wie für die Gesellschaft. Insofern ist hier ein Dank an die Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich sehr angebracht, welche solche (zeitintensiven, damit nicht billigen) Prozeduren zu Gunsten unserer alten, gebrechlichen, verwahrlosten, vereinsamten aber auch manchmal schwierigen und eigensinnigen PatientInnen zulassen.

Wohlverstandenes Empowerment heisst empathische Toleranz statt kalte Gleichgültigkeit.

Aber nicht alle PatientInnen im Akutspital sind Empowerment-Prozessen zugänglich, weil sie aus Krankheitsgründen körperlich zu schwach oder kognitiv zu stark eingeschränkt und damit nicht mehr in der Lage sind, weitreichendere Entscheidungen

zu treffen und die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu erlangen.

Diese Personen bedürfen unserer gutgemeinten Fürsorge. Man darf nicht hilfsbedürftige Personen, die sich nicht mehr selber helfen können, unter dem Deckmantel der „Selbstverantwortung“ oder einem falsch verstandenen Empowerment-Verständnis sich selber überlassen. Es ist dies eine Frage der Ethik im Gesundheitssystem.

Die Kunst liegt damit im Akutspital darin, jene PatientInnen zu erkennen, die „empowerable“ sind und gemeinsam mit ihnen den Weg zurück ins Alltagsleben zu gehen. Die anderen, die der Fürsorge bedürfen und nicht mehr Selbstverantwortung übernehmen können, haben ebenfalls ein Anrecht auf diese Betreuung und bekommen sie, auch wenn sie „un-empowerable“ sind.