

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

Band: - (1995-1996)

Heft: 49

Artikel: Exzellenzförderung durch Entflechtung? : Einige Anmerkungen zum Editorial von Intercura 48

Autor: Latzel, Günther

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790349>

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: 22.11.2024

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

Exzellenzförderung durch Entflechtung?

Einige Anmerkungen zum Editorial von Intercura 48
Zuschrift von Dr. Günther Latzel, BRAINS, Zürich:

Wer wollte schon das Streben nach Exzellenz kritisieren? So wie A. Wettstein den Begriff in seinem Editorial in Intercura 49 verwendet, gibt er allerdings Anlass zu einigen Anmerkungen. Wenn man davon ausgeht, dass das einzige Ziel von Exzellenz im stationären Langzeitbereich optimale Lebensqualität für die im Krankenhaus lebenden alten Menschen ist, dann kann der Vorschlag, den Bereich zu entflechten, nicht ungeprüft übernommen werden. Empfohlen wird das selbst in der Akutmedizin nicht mehr unbestrittene, auf rein naturwissenschaftlichem Denken beruhende Rezept der Spezialisierung. Ob sich dieser technokratische Ansatz für Krankenhäuser eignet, ist zumindest fragwürdig.

Dazu einige Hinweise: Alterskrankheiten werden durch ihre Komplexität charakterisiert, vieles ist diffus, oft sind Mehrfachbehinderungen vorhanden. Die Aussage im Editorial, dass 60% der Krankenhauspatienten mehr oder weniger dement sind, bestätigen dies. - Welche Patientenkategorien sollen durch Entflechtung gebildet werden? Und wievielmals wird ein Patient umgeteilt, bis er schliesslich auf der untersten Stufe der Spezialisierung, der geschlossenen Abteilung, landet? Wieviel Störung ist erlaubt, bis ein alter Mensch in die Abteilung der störenden Dementen verlegt wird? Wo bleibt der zentrale Wunsch alter Menschen, nicht mehr umziehen zu müssen, wenn sie schon gezwungen sind, in ein Heim einzutreten? Und ist es tatsächlich bedarfsgerechter, wenn versucht wird, unterschiedliche Patienten wie Leichtpflegepatienten und Hemiplegiepatienten zusammenzumischen, damit sie auf das vorhandene Angebot passen

Damit wir uns recht verstehen: In der Pflege und Betreuung alter Menschen werden ausgezeichnete Spezialisten benötigt, von Gerontologen, Gerontopsychiatern über Ergotherapeuten, Logopäden bis zu Altenpflegern, die in Rehabilitation geübt sind, und Sozialarbeitern. Aber besteht ihre Exzellenz nicht gerade darin, dass sie in der Lage und bereit sind, ihre jeweiligen Spezialkenntnisse so gut zu kombinieren,

dass sie den Krankenheimbewohnern eine dem individuellen Bedarf entsprechende Pflege und Betreuung garantieren können? Wäre eine nach dem Bedarf differenzierte Personalzuweisung an die einzelnen Pflegegruppen und die Möglichkeit, weitere Spezialisten zuzuziehen, nicht eine Alternative zur Entflechtung?

Ich will nicht ausschliessen, dass die Lebensqualität bestimmter Patienten erhöht werden kann, wenn sie in geeignete Gruppen eingeteilt werden. Aber ein Konzept muss danach beurteilt werden, wie es mit Grenzfällen umgeht. Und da befürchte ich, dass auf der Suche nach Exzellenz mit dem Konzept der Entflechtung über das Ziel hinausgeschossen würde.

Replik von A. Wettstein:

Mit seinen Anmerkungen trifft G. Latzel sicher einen wunden Punkt: Entflechtung technokratisch systematisiert und generell angewendet, würde zu grossen Nachteilen führen. Die Schwachpunkte der systematischen Entflechtung nach Schweregrad der Krankheit wurden in der Belletristik - z.B. von Remarque in TB-Sanatorien - eindrücklich beschrieben. Ich bin mit G. Latzel einig, dass die Mehrzahl der Langzeitpatienten nicht in eine Spezialabteilung gehört, sondern auf einer allgemeinen Pflegeabteilung am besten betreut werden kann, sofern dort interdisziplinär nach einer individualisierten und optimalisierten Pflegeplanung gearbeitet wird.

Dass jedoch eine spezielle Behandlung der Minderheit von weglaufgefährdeten und verhaltensgestörten Demenzpatienten tatsächlich etwas bringt, belegt der dieser Replik folgende Auszug aus dem Jahresbericht des Krankenhauses Bombach, wo der Heimarzt Dr. Hafner über die Erfahrungen bei der Verlegung von Demenzpatienten von der bisherigen regulären auf die neue Demenzabteilung berichtet.

Ich bin überzeugt davon, dass neben der Minderheit von Patienten mit Verhaltensstörungen auch die kleinen Gruppen von Hemiplegie- und Leichtpflegepatienten von der Entflechtung der allgemeinen Pflegeabteilung profitieren können, wenn dies nicht stur bürokratisch, sondern individuell und selbstverständlich nach Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen selber geschieht. Ob eine Gruppe von Leichtpflegepa-

tienten und eine Gruppe von Hemiplegiepatienten am besten auf der gleichen Abteilung untergebracht wird, oder ob Leichtpflegepatienten separat, z.B. in einer Pflegewohnung als betreute Wohngemeinschaft oder in einem an diese Patienten angepassten Personalhaus, betreut werden, wird die Erfahrung zeigen. Auf jeden Fall darf die Suche nach Exzellenz in der Pflege von Langzeitpatienten nicht zu einer bürokratisch perfekten Entflechtung führen und Grenzfälle dürfen nicht zwischen Stuhl und Bank fallen.

Wenn die Mehrzahl der Patienten jedoch - und das war meine Vorstellung - interdisziplinär in allgemeiner Langzeitpflege gepflegt würde, überwiegen die Vorteile einer human durchgeführten Entflechtung die möglichen Nachteile.

Aus dem Jahresbericht 1994 des Krankenhauses Bombach

von Dr. M. Hafner, Stadtarzt im Krankenhaus Bombach

"Die Demenz wird auch als "die Krankheit der Angehörigen" bezeichnet. Die praktische Erfahrung in der Betreuung von Demenz-Patienten in geriatrischen Institutionen hat gezeigt, dass nicht bloss Angehörige unter den Verhaltensstörungen der Kranken leiden, sondern auch Mit-Patienten.

Sowohl Angehörige wie auch Mit-Patienten reagieren nun ihrerseits auf die Persönlichkeitsstörungen von Dementen, so dass ein Teufelskreis entsteht. Nun ist es aber so, dass die Reaktionsweisen von Angehörigen und Mit-Patienten sich grundsätzlich unterscheiden: Angehörige entwickeln nicht selten Depressionen bei welchen oft quälende Schuldgefühle im Vordergrund stehen. - Mit-Patienten (speziell hirngesund) hingegen beginnen, die Dementen zu meiden oder aber (und noch schlimmer) fortzuwünschen. Deshalb entsteht auf einer Abteilung oft wegen der negativen Interaktion zwischen hirnleistungsschwachen und hirngesunden Patienten eine schlechte Atmosphäre, welche auch beim Betreuungspersonal negative Reaktionen bewirkt, so dass die Lebensqualität für alle Beteiligten sinkt.

Praktische Erfahrungen:

Auf der 1994 neueröffneten Spezialabteilung werden vor allem Patienten betreut, welche im Rahmen einer Demenz ausgeprägtere Verhaltensstörungen entwickelt haben.

Die Erfahrungen, die wir im Laufe dieses Jahres gesammelt haben, sind nun durchaus positiv. Interessanterweise lassen sich zwei Effekte dokumentieren: Erstens: die Lebensqualität der Demenz-Kranken ist auf dieser Abteilung eindeutig besser. Diese Feststellung widerspiegelt sich in der Tatsache, dass häufig die verordneten beruhigenden Medikamente reduziert oder sogar ganz abgestellt werden können:

Zweitens: Dank der Verlegung eines verhaltensgestörten Patienten kommt es zu einer Entlastung der betreffenden Abteilung, so dass die Lebensqualität der anderen Patienten (und des Betreuungspersonals) indirekt steigt. Diese synergistischen Effekte konnten wir anlässlich von Patienten-Verlegungen wiederholt feststellen:

Im Verlaufe des Jahres wurden insgesamt 15 Patienten von anderen Abteilungen auf die Spezialabteilung für Verhaltensstörungen verlegt. Die Gründe für die Verlegungen setzen sich wie folgt zusammen:

1. Weglaufgefahr (drei Patienten)

Im Rahmen der Desorientierung, verursacht durch die Gedächtnisstörung, entwickelt der Patient eine örtliche Orientierungsstörung, so dass er sich im Haus oder - falls er sich vom Krankenhaus entfernt - in der Stadt verirrt. "Verlorengegangene Patienten verursachen immer eine ausgeprägte Unruhe und begreiflicherweise grosse Besorgnis beim Betreuungspersonal..

2. Wandern (Umherlaufen auf der Station, vier Patienten)

Wegen der Desorientierung findet der Patient sein Zimmer nicht mehr. Im Rahmen der allgemeinen Wesensveränderung, verbunden mit Distanzlosigkeit, kollidiert der Patient mit der Privatsphäre der Mitpatienten, wenn er z.B. fremde Kasten, Schubladen usw. öffnet oder fremde Gegenstände benutzt.

4. Enthemmung, Schreien (vier Patienten)

Im Rahmen der Demenz kommt es zu einem Zellzerfall in Hirnbereichen welche das Sozialverhalten des Menschen steuern. Die in diesen Bereichen vor allem angesiedelten hemmenden Effekte fallen daher weg, so dass der Patient eine sogenannte psychomotorische Unruhe entwickelt, welche die Betreuung und Pflege stark belasten kann.

5. Gerontopsychiatrische Probleme (drei Patienten)

Zu den schwersten reaktiven Verhaltensstörungen im Rahmen der senilen Demenz gehören Angstzustände und Wahn-Syndrome. Wahnhafte Patienten leiden unter krankheitsbedingter Fehlbeurteilung der Realität, welche durch bestimmte Wahninhalte geprägt sind. Am häufigsten sehen wir Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Wegen der charakteristischen Unkorrigierbarkeit des Wahnzustandes ist die Betreuung dieser Patienten besonders anspruchsvoll und schwierig. Nicht selten leiden sie zusätzlich noch unter Vergiftungsideen, so dass nicht einmal Medikamente verabreicht werden können.

5. Aggressivität (sechs Patienten)

Aggressivität heisst, "auf jemanden zugehen in feindlicher Absicht". Sie ist die schwerste Verhaltensstörung und bedeutet somit höchste Belastung für das Pflegepersonal wie auch für die Angehörigen. Falls bei einem Patienten ein erhöhtes Aggressionspotential beobachtet wird, gilt es, die Gründe dafür zu suchen und zu beheben. Meistens finden sich äussere oder innere Faktoren, welche diese Ausnahmestände erklären mögen, z.B. chronische Schmerzzustände, negative zwischenmenschliche Beziehungen oder psychische Krankheit (Angstzustände, Depression). Leider kann es sein, dass es im Rahmen der Demenz wegen der fixierten Hirnstruktur oft nicht befriedigend möglich ist, eine Behandlung durchzuführen. Solche "nicht behandelbaren" Aggressionszustände sind denn auch der häufigste Grund für die Verlegung eines Patienten aus einem Krankenhaus in eine Psychiatrische Klinik. Diese unangenehmste Massnahme musste im Krankenhaus Bombach nur bei einem einzigen Patienten angewandt werden (extreme Weglaufgefahr verbunden mit starker Erregung, Selbstgefährdung).

Verlauf:

Generell kann festgehalten werden, dass sich die Lebensqualität bei den meisten der auf die neue geschlossene Abteilung verlegten Patienten ohne Zweifel verbessert hat. Bei sieben Patienten ist der Verlauf als "gut bis sehr gut", bei vier als "befriedigend" zu bezeichnen. Eine Patientin konnte nach Hause entlassen werden, und eine andere musste leider in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Lediglich bei zwei Patienten war der Verlauf unbefriedigend, einerseits wegen der Schwere der Hirnschädigung (schwere Demenz) andererseits wegen zusätzlich vorliegenden psychosozialen Problemen.
