

Die präventive Bedeutung der häuslichen Betreuung Betagter

H. O. Pfister

Aus dem Städtischen Dienst, Walchestr. 33, Zürich

Artikel eingegangen am 2. Oktober 1970

Zusammenfassung

Die häusliche Pflege der Betagten, die den Kontakt mit dem Alltag aufrechterhält, stimuliert die Gesundheit, auch wenn Behinderung und Gebrechen das Leben zu Hause und ohne die mannigfachen Hilfsmittel des Spitals oder Krankenhauses beschwerlich machen. Da die häusliche Pflege betagter Chronischkranker die Krankenanstalten entlastet, wirkt sie der verspäteten Diagnostik und Therapie von akut auftretenden Erkrankungen anderer Patienten entgegen und ist daher auch in diesem Sinne von präventivmedizinischer Bedeutung.

Präventivmedizinische Überlegungen beim Betagten und Alterskranken können nur noch der Verhütung von Exazerbationen, Rezidiven und Komplikationen gelten. Für eine allgemeine Gesunderhaltung ist es meistens zu spät, da die Folgen durchgemachter Krankheiten und die dem Organismus in der Jugend unwissend und mutwillig zugefügten Schäden im vorgerückten Alter nicht mehr gutzumachen sind. Es lohnt sich, vom Standpunkt einer so aufgefaßten Gerohygiene aus die Möglichkeiten und Aussichten der häuslichen Pflege zu betrachten und sie den geriatrischen Bemühungen in Spitälern und Chronischkrankenheimen gegenüberzustellen. Das Ziel aller Vorbeugungsmaßnahmen beim alternden und alten Menschen ist eine Minimalisierung der somatischen und psychischen Beschwerden sowie eine Maximalisierung des objektiven und subjektiven Wohlbefindens. Sozialmedizinisch ist zu erstreben, daß der Betagte der Allgemeinheit mit seinen Leiden möglichst wenig zur Last fällt.

Eines der hervorstechendsten Merkmale der kurativen Medizin unserer Zeit ist der Zug nach dem Krankenhaus, der Wunsch, bei Erkrankung sich in Spitalbehandlung begeben zu können. Während noch im letzten Jahrhundert die Spitäler eher gefürchtet und gemieden wurden, ist heute die Ansicht weit verbreitet, daß nur der hospitalisierte Patient einer kunstgerechten Behandlung teilhaftig werde. Das mag für die meisten akuten und

komplizierten Krankheitsverläufe gelten, namentlich wenn ausgedehnte Laboratoriums-, Röntgen- und Nuklearuntersuchungen notwendig sind. Auch für die Reanimation, die Intensivbehandlung, die chirurgischen Operationen und wohl auch für die gesamte Geburtsmedizin kann man auf die Hospitalisation nicht verzichten. Die Spitalbehandlung ist in der Regel aber überflüssig, wenn der Patient diagnostisch abgeklärt und sein Krankheitsbild im Sinne einer Invalidität stationär geworden ist. Solche betagte Chronischkranke sind in der eigenen Familie zu belassen. Fehlen pflegende Angehörige oder gebricht es an ausreichendem Wohnraum, dann haben sich Krankenhäuser der alten Patienten anzunehmen und so einen Ersatz für die häusliche Pflege zu bilden. Auf keinen Fall dürfen die alten Chronischkranken in den Akutspitälern liegenbleiben. Die präventive Bedeutung dieser ersten unserer Forderungen betrifft somit nicht den Alterskranken selbst, sondern alle jenen akut erkrankten Patienten jeglichen Alters, denen man mit frühzeitiger Spitalbehandlung weit wirksamer beistehen könnte, als wenn wegen Überbelegung der Krankenhäuser lange Wartefristen entstehen und die medizinischen Hilfeleistungen sich verspäten oder ausbleiben. Der Drang zum Spital ist sozialmedizinisch auch im personellen Bereich folgenscher. Die ungenügende Ausnützung der hochgradig spezialisierten Spitalfachleute durch die alten Chronischkranken sei nur nebenbei erwähnt. Bedeutsamer erscheint mir die drohende Verkümmern der hausärztlichen Praxis. Gilt beim Patienten nur noch der Spitalarzt als medizinisch kompetent, dann macht die ärztliche Abwanderung zur spitalärztlichen Betätigung und zum Spezialistentum noch weitere Fortschritte. Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung wird dadurch ungenügend. Schon heute mangelt es vielerorts an Notfallärzten, was die Qualität der lebensrettenden Eingriffe und die rechtzei-

tige Verhütung von Komplikationen oft benachteiligt. Eine mit zweckmäßiger Aufklärung geförderte häusliche Pflege der Betagten vermag das Ansehen des Hausarztes zu erhalten und ist damit ebenfalls für die Gesamtbevölkerung von großer präventiver Bedeutung.

Sicher unbestritten sind die Vorteile einer Spitalbehandlung bei diagnostisch und therapeutisch gewissenhaft gestellter Indikation. Solche Indikationen ergeben sich in jedem Alter und bei den Betagten auch, ob sie nun bisher gesund oder bereits in irgendeiner Form chronischkrank waren. Wo sind aber die Nachteile einer nicht oder nicht mehr notwendigen Hospitalisation zu suchen? In somatischer Hinsicht sei nur der bakterielle Hospitalismus erwähnt. Trotz äußerster Vorsicht von seiten der Ärzte und des Pflegepersonals sind alle Alterskranken von ihm besonders bedroht. Ihre erhöhte Anfälligkeit zeigt sich vor allem in Form der aufsteigenden Harnwegsinfekte. Die in jedem Krankenhaus ubiquitären pathogenen Keime bemächtigen sich der Alten vor allem wegen der oft ungenügenden persönlichen Hygiene der inkontinent gewordenen Patienten. Im Privathaus sind virulente Erreger viel seltener anzutreffen. Wir haben alte Prostatiker gesehen, die sich jahrelang mit nur notdürftig gereinigtem Instrumentarium zu Hause kateterisierten, ohne die geringste Harnwegsinfektion davonzutragen. Ohne Kritik üben zu wollen, möchte ich auch behaupten, daß Alterskranke in den Akutspitälern einer erhöhten Dekubitusgefahr ausgesetzt sind. Personalmangel bringt mit sich, daß die zu erledigenden Aufgaben nach Dringlichkeit abgestuft werden müssen. Das akute Krankheitsgeschehen hat begreiflicherweise immer den Vorrang. So muß oftmals das Aufnehmen der alten Patienten unterbleiben, und bisweilen fehlt sogar zum Waschen der alten Patienten die Zeit. Zur unerfreulichen und langwierigen Behandlung eines aufgebrochenen

Durchliegegeschwürs mangelt es häufig erst recht an geschultem und gewissenhaftem Pflegepersonal.

Noch schlimmer wirkt sich der psychische Hospitalismus auf jene Alterskranken aus, für die der Spitalaufenthalt nicht mehr bedeutet als inhaltsleeres Warten. Das Leiden beginnt mit psychosomatischen Störungen, mit Inappetenz und Obstipation wegen Veränderung der Essensgewohnheiten und wegen Immobilisierung. Jede Erkrankung macht an sich schon empfindsam, mißtrauisch und reizbar. Die Umstellung auf das viele Neue im Krankenhaus bringt eine zusätzliche nervöse Belastung, die sich in Form von Nörgeleien, Aggressivitäten oder Depressionen bemerkbar macht. Die Angst vor der ärztlichen und pflegerischen Geschäftigkeit kann zu hypochondrischer Selbstbeobachtung führen, Schlafstörungen bewirken und sogar mit Selbstgefährlichkeit enden. Bedrückend wird von den in ihrer Anpassungsfähigkeit stets eingegengten Alterskranken die Fremdheit und Fremdartigkeit der menschlichen Umgebung empfunden. Man ist hilflos dem Wohlwollen der rasch wechselnden, oft ausländischen Pflegepersonen ausgeliefert und nicht selten auch deren Launen ausgesetzt. Das läßt die Trennung von den Angehörigen und das Gefühl der Vereinsamung ganz besonders spürbar werden. Die Anbringung eines Telephonapparates am Krankenbett und die Verlängerung der Besuchszeiten bringen gegen solche Frustrationserscheinungen nur bescheidene Abhilfe.

Es läßt sich in den Spitälern häufig beobachten, daß Patienten, die wirklich gesund werden wollen, auf Frühentlassung drängen. Wer den Kampf im freien Leben aufgibt, hat eine schlechte Prognose. Die spitalbedingte Inaktivierung fördert zusätzlich den gesundheitlichen Zerfall. Selbstsorge und persönliche Verantwortung wirken dort, wo keine schwere prozeßhaft sich entwickelnde Krankheit mehr vorliegt, auch bei sehr alten Men-

schen als aktivierender Streß. Das gibt uns Hinweise auf die präventive Bedeutung der häuslichen Altersbetreuung und der häuslichen Alterskrankenpflege. Allerdings bringt auch die häusliche Alterspflege zahlreiche krankheitsfördernde und krankmachende Momente. Wird bei einer Erkrankung der Arzt zu spät gerufen oder der Patient fehlerhaft gepflegt, so kann sich das verhängnisvoll auswirken. Erwähnt seien bloß die bei fehlender Behandlung rasch zum Tode führenden Pneumonien, die mobilisierend behandelten Thrombophlebitiden, die zu spät diagnostizierten Malignome und die therapeutisch verwahrlosten Diabetesformen. Ungeeignete, uninteressierte oder beruflich überbeanspruchte Angehörige lassen die Betagten oft tagelang im Bette liegen und bewirken damit vorzeitige dauernde Bettlägerigkeit. Es sei aber betont, daß wir aufopfernde Pflegefreudigkeit und Pfliegewilligkeit auch bei recht modern anmutenden Jugendlichen sehr oft zu sehen bekommen. Eines der schwierigsten Probleme der häuslichen Alterspflege ist die Frage zweckmäßiger Ernährung. Mangelernährung der Alleinstehenden ist häufig, denn es fehlt der Ansporn zu richtigem, abwechslungsreichem Kochen und auch der Anreiz des Essens in Gemeinschaft. Fehlt eine einfühlungsfähige Pflegeperson, dann wird auch oft das Essen zu kalt, zuwenig an die schlechte Kaufähigkeit angepaßt und ohne Berücksichtigung der körperlichen Behinderung serviert. Vor allem die in den Händen versteiften Polyarthritiker können manchmal ihr Essen kaum zu sich nehmen. Die Belieferung mit vorgekochten Speisen löst solche Schwierigkeiten oft ungenügend.

Diese und viele andere Nachteile machen aber die positiven Werte der häuslichen Alterspflege keineswegs zunichte. In körperlicher Hinsicht ist es hauptsächlich der Kampf gegen die Inaktivität und Immobilisierung. Wer sich im altgewohnten Lebenskreis auf-

hält, wird immer wieder angestammte Aufgaben sehen und sie trotz aller Mühsal zu bewältigen trachten. Es sind kaum wahrgenommene dauernde kleine Anstrengungen, welche die Festigkeit des Skelettes, die Beweglichkeit der Gelenke, die Kraft der Muskeln, die Tätigkeit der Kreislauforgane und die Lebhaftigkeit der psychischen Reaktionen erhalten. In ähnlicher Weise wird auch auf psychischem Wege die körperliche Leistungsfähigkeit vor Verweichlichung und Zerfall bewahrt. Der Lebenskampf mit den sich allerorts bietenden Widerständen ist nur im freien Leben, und so auch in der häuslichen Pflege, uneingeschränkt wirksam, während im Spital oder Heim die Atmosphäre der Beschirmung beim Dauerpflegling zu allseitiger Erlahmung führt. Sogar die Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen bei Zwistigkeiten sind psychohygienisch nicht immer nur nachteilig zu bewerten, denn sie sind ein Anreiz zur Selbsterhaltung und Selbstbehauptung, ein Ventil der affektiven Entspannung, während in Spitälern und Heimen man sich eher Zurückhaltung auferlegen muß und damit in unheilvolle emotionale Dauerspannung gerät. Die präventive Bedeutung dieser Feststellungen liegt somit in der Verhütung der unliebsamen Aggressivitäten, die wir häufig in Kollektiven der Betagten beobachten können. Streitigkeiten gibt es zwar überall, chronische Streitereien mit unüberwindbaren Nachträgereien aber vor allem bei kasernierten Alten.

Als präventive Aufgabe der häuslichen Alterspflege sei kurz noch ein Problem gestreift, dem wir häufig begegnen. Jeder zu Hause gepflegte Betagte steht vor der Möglichkeit, einmal in ein Spital oder Krankenhaus überführt werden zu müssen. Die Angst vor einer solchen Hospitalisation spielt bei manchen Betagten eine große Rolle. Sie erschwert oft während Wochen die Eingliederung der Alterskranken in die neue Lebensgemeinschaft. Schauermärchen, die man ge-

gelegentlich hört und in Romanen auch liest, erzeugen Ängste vor Ärzten und Pflegepersonen, und diese Ängste verursachen ihrerseits Trotz und Abwehrhaltung, Negativismen und Aggressionen. Die Vorbereitung auf eine eventuelle spätere Hospitalisierung sollte daher auf lange Sicht, taktvoll und wohlwollend, niemals aber in Form einer Drohung vorgenommen werden. Niemals darf ein Spital- oder Heimbetrieb der Freiheitsberaubung bezichtigt werden. Um dies zu bekräftigen, lohnen sich Orientierungen und Führungen in solchen Anstalten, wo die Betagten sich selbst davon überzeugen können, daß auf die Erhaltung persönlicher Freiheiten und auf die Schonung der Intimsphäre das größte Gewicht gelegt wird.

Kehren wir nochmals zurück zur häuslichen Pflege der Betagten, und fragen wir uns, was zu ihrer Förderung von öffentlicher und gemeinnütziger Seite getan werden könne. Wir erachten es vor allem als unumgänglich, daß sich die geriatrische Beratung auch mit der Förderung der häuslichen Pflege befaßt und deren gesundheitserhaltende Bedeutung hervorhebt. Unersetzlich ist in der häuslichen Alterspflege der frei praktizierende Hausarzt, sowohl als Therapeut wie auch als permanenter präventivmedizinischer Berater. Gemeindegkrankenschwestern und Hauspflegerinnen sind, da ihr Einsatz immer häufiger bei Betagten erfolgt, in vermehrtem Maße an der Geriatrie und der Gerohygiene zu interessieren und in diesen Fächern auszubilden. In gerohygienischer Richtung sollten auch die Samariterkurse und die Krankenpflegekurse für Laien erweitert werden. Es gibt nicht nur eine unfallmedizinische und chirurgische Prophylaxe. Schließlich ist, um den oft wenig sinnvollen Drang zur Spitalbehandlung zu dämpfen, in Vorträgen und in der populärmedizinischen Journalistik darauf hinzuweisen, daß die Heilbarkeit vieler Altersleiden begrenzt ist, daß man aber auch als betagter Teilinvalider außerhalb der Spitäler

und Heime in häuslicher Pflege einen beglückenden Lebensabend genießen könne.

Behinderte und chronischkranke Alte in häuslicher Pflege sollten aber auch noch viel mehr als bisher mit in den praktischen Unterricht der Lernschwestern und Lernpfleger einbezogen werden. Das Arbeiten unter den erschwerenden Bedingungen des Privathaushalts will geübt sein. Es fehlen dort oft die notwendigsten Einrichtungen und Geräte. Sehr mühsam ist auch die pflegerische Tätigkeit in Anwesenheit kritisch beobachtender, sich oftmals auch unsachlich einmischender Verwandter. Die häusliche Pflege verlangt nicht selten eine außerordentliche Geschicklichkeit im Improvisieren und immer viel psychologisches Einfühlungsvermögen. Im Schulspital bleiben Schülerinnen und Schüler von diesen zusätzlichen Belastungen verschont. Aber auch in Spital- und Heimbetrieben hat die Alterskrankenpflege großen instruktiven Wert. Sie verlangt vor allem Geduld und Durchhaltevermögen, Nachsicht und Güte. Ein jugendlicher Patient ist kaum je so hilflos und mit seinen Krankheitserscheinungen so abstoßend, wie es bei alten Menschen gelegentlich vorkommen kann. Im pflegerischen Einsatz am betagten Chronischkranken geben sich bei Lernschwestern und Lernpflegern jene Charaktere zu erkennen, denen wir die Fähigkeit und Eignung für alle pflegerischen Berufe absprechen müssen. Auch das haben wir als etwas von hervorragender präventivmedizinischer Bedeutung zu werten, denn auch in Zukunft werden Ansehen und Erfolge jedes medizinischen Wirkens sich nicht nur auf das Können der Ärzte, sondern ebenso sehr auch auf die Qualität des Pflegepersonals stützen. Trotz drückendem Personalmangel dürfen wir das pflegerische Niveau auch bei den einfachsten Verrichtungen nicht absinken lassen.

Adresse des Autors:

Dr. med. H. O. Pfister, Chefstadtarzt, Waichestraße 33, 8006 Zürich