Zürcher Krankenheimbewohner 1985 und 1992

Autor(en): **Wettstein, A.**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **- (1992-1993)**

Heft 39

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790411

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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Zürcher Krankenheimbewohner 1985 und 1992

A. Wettstein

Während sich seit 1985 der Pflegeaufwand nicht veränderte, ist der Anteil Demenzkranker von 68% auf 60% gesunken dank weniger leichten Demenzen. Dafür konnten zur Entlastung der Spitäler mehr Tumor- und Psychiatriepatienten aufgenommen werden. Dies dürfte die Folge der systematischen Förderung von Entlastungsangeboten für Angehörige Demenzkranker sein.

Hintergrund:

Eine detaillierte Untersuchung der 1.206 Bewohner der Zürcher Krankenheime im Jahre 1985 hatte gezeigt, dass bei zwei von drei Patienten eine Demenz der Grund für die Pflegebedürftigkeit war (Wettstein et al, 1986). Gleichzeitig herrschte eine grosse Bettennot für Chronischkranke, die eine Plazierung ausserhalb der Stadt Zürich für viele notwendig machte. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung war ein Ende der Bettennot erst auf die Zeit nach 1992 zu erwarten (Wettstein, Intercura 20, 1987). Die Bettennot hatte früher einmal die Affäre Hämmerli ausgelöst und indirekt die Nichtwiederwahl von Frau Pestalozzi verursacht. Noch 1990 war sie Anlass für eine negative Wahlempfehlung und Forderung zur Suspension im Amt des Autors. Die Anstrengungen des Stadtärztlichen Dienstes zur Optimierung der Betreuung von Demenzpatienten und insbesondere zur Entlastung der Angehörigen, die zuhause Demente betreuen, fand deshalb zunehmend Unterstützung und gipfelte in der Anerkennung der stadtärztlichen 5-Punkte Entlastungsstrategie durch das Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich anlässlich der Eröffnung der Gerontologischen Beratungsstelle (Nigg, Intercura 33, 1991).

Trotz eines unerwarteten weiteren Anstieges des durchschnittlichen Sterbealters um gut ein Jahr gegen Ende der 80er Jahre, endete die Bettennot früher als prognostiziert. So konnten anfangs 1992 erstmals einige Krankenheimbetten in der Stadt Zürich mangels Nachfrage nicht belegt werden, ein Hinweis, dass Angebot und Nachfrage in etwa übereinstimmen. In der Folge konnten Spitalpatienten viel kurzfristiger aufgenommen werden und neu fanden auch terminal Kranke zur palliativen Pflege, sogenannte "Hospizpatienten" Aufnahme in den Krankenheimen.

Gleichzeitig erlangte als neue alterspolitische Forderung der Ruf nach Alternativen zum Grosskrankenheim in Form von betreuten Wohngruppen auch für chronischkranke Betagte immer stär-

kere Beachtung. Der Stadtärztliche Dienst plant, angelehnt an die guten Erfahrungen in Wetzikon und im Berner Seeland, die Errichtung ähnlicher Wohngemeinschaften für Chronischkranke in Personalhäusern von Krankenheimen und erwägt bei zukünftigen Umbauten von Krankenheimen, den Betrieb in "Pflegefamilien" von etwa 10 Patienten aufzuteilen, anstelle von Abteilungen mit 25 - 30 Patienten, und bei weiter bestehender zentralisierter Haushaltinfrastruktur einen Teil der Haushaltaufgaben in enger Zusammenarbeit mit den Patienten im Rahmen der Pflegefamilie zu besorgen (Romagnoli, Intercura 36, 1992).

Fragestellung:

Da wiederholt Zweifel an der Realisierbarkeit dieser Forderungen angemeldet worden sind, wurde im Juni 1992 erneut eine systematische Untersuchung der Zürcher Krankenheimbewoh-ner durchgeführt mit der folgenden Fragestellung:

1. Wie ist im Vergleich zu 1985 das Patientengut heute zusammengesetzt bezüglich Pflegebedürftigkeit und Hirnleistung?
2. Wieviele Patienten nehmen an Aktivitäten ausserhalb der eigenen Abteilung teil?
3. Wieviele Krankenheimbewohner könnten und wieviele möchten Haushaltaktivitäten übernehmen?
4. Wieviele Krankenheimbewohner könnten gegebenenfalls in Altersheimen betreut werden und wieviele davon wünschen gegebenenfalls eine Verlegung?

Methode:

Um gültige Antworten auf diese Fragen zu erhalten, ist es nicht notwendig, alle Krankenheimbewohner zu befragen. Dazu genügt eine hinreichend grosse Zufallsstichprobe. Deshalb wurde aus allen städtischen Krankenheimen und den von Stadtärzten des Stadtärztlichen Dienstes betreuten privaten Heimen Erlenhof und Schimmelstrasse am Stichtag 15.6.1992 eine Stichprobe von Bewohnern untersucht, nämlich je die ersten 20% der alphabetisch geordneten Krankengeschichten. Zusätzlich wurden als Beispiel für die Patientengruppe, bei denen Entlastungsangebote den Krankenheimeintritt verzögern sollen, auch die 25 Teilnehmer der Spitexferienwochen für Demenzkranke in der Chesa Ruppaner in Samedan vom Mai 1992 auf die gleiche Art untersucht.

Neben Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, hielt der Heimarzt von jedem erfassten Patienten die für die Pflegebedürftigkeit verantwortlichen medizinischen Diagnosen (maximal drei) fest, sowie die Hirnleistungsfähigkeit gemessen mit dem Zürcher Mini-Mental-Status (MMS). Zusammen mit der zuständigen Abteilungsschwester wurde die Pflegebedürftigkeit mit der Skala der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Brodie beschrieben. ATL und MMS waren bereits in der Untersuchung von 1985 verwendet wor-

den. Gemeinsam wurde ebenfalls beurteilt, ob der Bewohner fähig wäre, in ein städtisches Altersheim überzutreten und ob er gegebenenfalls dazu motivierbar wäre. Gleichzeitig wurde festgestellt, ob er an Aktivitäten ausserhalb der Abteilung, auf der er lebt, teilnimmt, sowie abgeschätzt, ob und gegebenenfalls welche Haushaltsaktivitäten er durchzuführen in der Lage wäre und auch durchführen möchte, respektive bereits durchführt.

Resultate:

Insgesamt wurden 1992 in den Krankenheimen 270 Patienten untersucht, 27% Männer und 73% Frauen, sowie die 25 Teilnehmer der Spitexferienwochen in der Chesa Ruppaner, 68% Männer und 32% Frauen. Das Durchschnittsalter erhöhte sich von 82,6 Jahren 1985 auf 83,6 Jahre 1992, wobei der Anteil von unter 80-Jährigen von 30% auf 26% sank und der Anteil von über 90-Jährigen von 19% auf 22% stieg.

Die Aufenthaltsdauer der Krankenheimbewohner 1986 und 1992 ist in Tabelle 1 festgehalten.

Die Patienten mit 3 - 10 Jahren Aufenthaltsdauer haben dabei um 11% zugenommen, jene mit 1 - 2 jährigem Aufenthalt entsprechend abgenommen. So ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 2 Jahren 10 Monaten im Jahr 1985 auf 3 Jahre 4 Monate 1992, also um 6 Monate oder 16% gestiegen.

Aufenthaltsdauer n = 261 KH Pat.	1992	1985	(92-85)
0-6 Mte.	22%	20%	2%
0.5-1.4 J.	11%	29	- 7%
1.5-2.4 J.	14	19%	- 4%
2.5.-5.4.J.	26%	21%	+ 5%
5.5.-10.4.	13%	7%	+ 5%
10.5.-20.0 J.	2%	3%	- 1%
> 20 J.	1%	1%	0

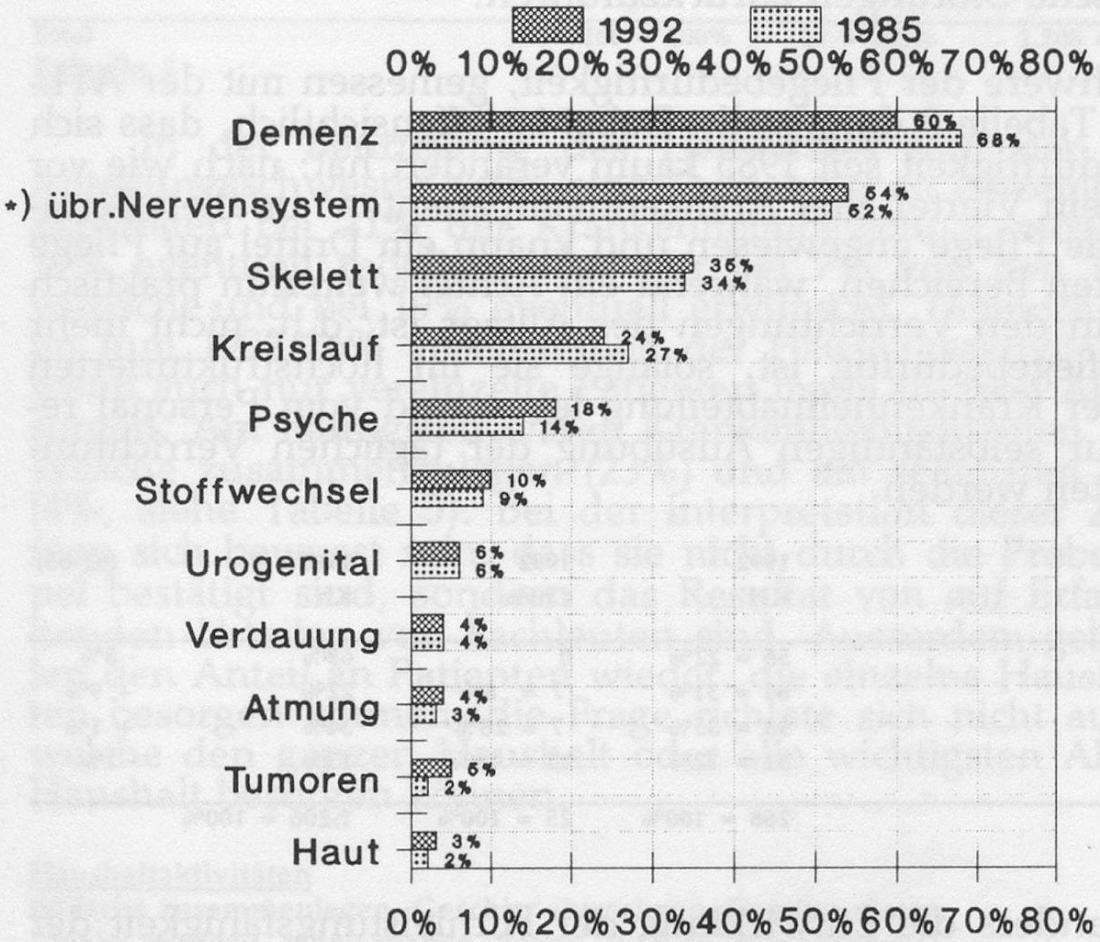
Tabelle 1

Die Gründe der Pflegebedürftigkeit sind in Figur 1 für die Jahre 1985 und 1992 festgehalten.

Die Zunahme der Anzahl Diagnosen pro Patient von 2.1. auf 2.4. ist unwesentlich, ist doch der Umstand willkürlich, ob der Arzt neben der Hauptdiagnose auch Nebendiagnosen aufführt, die zu Pflegebedürftigkeit beigetragen haben. Einzelne Aerzte geben meist nur eine, andere jedoch oft drei Diagnosen an. Bedeutend ist hingegen die Reduktion der Anzahl Demenzen um 8% und eine Zunahme der psychiatrischen Diagnosen und Tumorleiden um 4%, respektive um 3%. Dies wird in Tabelle 2 verdeutlicht, wo festgehalten ist, wieviele Patienten an einer Demenz, wieviele Nichtdemente an einer anderen neurologischen oder psychiatrischen

Krankheit, die zu Pflegebedürftigkeit führt, leiden und wieviele weder dement noch neuropsychiatrisch krank sind oder waren.

Gründe der Pflegebedürftigkeit nach Diagnosegruppen



Figur 1

Diagnose-Hierarchie	1992 KH	1992 Chesa	1985 Kh	(92-85)
Demenz +	162 = 60%	23 = 92%	68%	- 8%
and.neuropsych.Leiden*	82 = 31%	2 = 8%	22%	+ 9%
nur andere **	2 = 9%	0	10%	- 1%
Total	268 = 100%	25 = 100%	1.206 = 100%	0

\+ d.h. alle Patienten mit einer Demenzdiagnose

* d.h. alle Patienten mit neurolog. od.psychiatr.Erkrankung, abzüglich Demenzpatienten

** d.h. alle Patienten, die weder an Demenz noch an andern neuropsych. Leiden erkrankt sind

Tabelle 2

Auffällig ist dabei die deutliche Abnahme der Demenzen von 68% auf 60% zugunsten anderer neuropsychiatrischer Diagnosen. Die Zunahme der neuropsychiatrischen Diagnosen von 22% auf 31% ist auf eine Zunahme der Gangstörungen und der psychiatrischen Diagnosen wie schizophrene Restzustände, Depressionen und neurotische Störungen zurückzuführen.

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit, gemessen mit der ATL-Skala, ist in Tabelle 3 dargestellt. Dabei ist offensichtlich, dass sich die Pflegebedürftigkeit seit 1985 kaum verändert hat: nach wie vor sind knapp ein Viertel aller Krankenheimpatienten in allen Bereichen auf volle Pflege angewiesen und knapp ein Drittel auf Pflege in den meisten Bereichen, während ein Achtel weiterhin praktisch selbständig in den Verrichtungen des Alltags ist, d.h. nicht mehr eigentlich pflegebedürftig ist, solange sie im hochstrukturierten Rahmen einer Krankenheimabteilung leben und vom Personal regelmässig zur selbständigen Ausübung der täglichen Verrichtungen angehalten werden.

A T L	1992 KH	1992 Chesa	1985 Kh	(92-85)
0 - 7 Punkte	58 = 22%	0	68%	- 8%
8 - 14 Punkte	84 = 31%	7 = 8%	22%	+ 9%
15 - 21 Punkte	93 = 35%	7 = 28%	34%	+ 1%
22 - 28 Punkte	31 = 12%	11 = 44%	13%	- 1%
Total	268 = 100%	25 = 100%	1.206 = 100%	

Tabelle 3

Ganz anders die Entwicklung der Hirnleistungsfähigkeit der Krankenheimpatienten (siehe Tab. 4): 1992 sind weniger Patienten leicht dement, während die Anzahl Schwer- und Schwerstdementer, aber auch die Anzahl Nichtdementer je zugenommen hat. 1992 sind also weniger Krankenheimbetten von Leichtdementen belegt und entsprechend mehr Betten stehen einerseits für schwere Demenzfälle und andrerseits für Patienten mit andern Diagnosen als Demenz zur Verfügung. Die Resultate der Mental-Status-Untersuchung bestätigen so die Befunde der Diagnosestatistik, die eine Abnahme der Demenzkranken und eine Zunahme von Patienten mit Tumoren und nicht-dementiellen psychiatrischen Diagnosen ergeben haben, die meist mit normalen Hirnleistungen verbunden sind.

Entsprechend dem hohen Anteil von 48% schwer- und schwerstdementer Patienten in den Krankenheimen 1992, ist es nicht erstaunlich, dass 53% aller Patienten ihr Leben voll auf die Abteilung, auf der sie leben, beschränken und höchstens in seltenen Ausnahmen, wie die jährlichen Osterfeste der Heime, ihren vertrauten Lebensraum "Abteilung" verlassen.

M M S	1992 KH	1992 Chesa	1985 Kh	(92-85)
0	41 = 15%	7 = 28%	14%	+ 1%
0.4 - 1.5	84 = 32%%	4 = 16%	28%	+ 4%
15.2 - 25	95 = 36%	9 = 36%	45%	- 9%
> 25	44 = 17%	5 = 20%	13%	+ 4%
Total	268 = 100%	25 = 100%	1.206 = 100%	0%

Tabelle 4

In der Beurteilung des Heimarztes und der zuständigen Abteilungsschwester wäre eine Teilnahme an einzelnen Haushaltaktivitäten bei 21% der Krankenheimbewohner möglich und bei 19% eventuell möglich, aber nur bei 7% von den Patienten erwünscht und bei 19% eventuell erwünscht. Dennoch sind bereits im Juni 1992 16% an einzelnen der Haushaltsaktivitäten beteiligt, wenn auch nur vereinzelte Patienten mehr als zwei Aktivitäten besorgen. Am häufigsten wären Krankenheimpatienten in der Lage, Wäsche zusammenzulegen (23%) und am seltensten Staubsaugen (4%, siehe Tabelle 5). Bei der Interpretation dieser Zahlen muss man sich bewusst sein, dass sie nicht durch die Probe aufs Exempel bestätigt sind, sondern das Resultat von auf Erfahrung beruhenden Urteilen von Fachleuten sind. Ausserdem geben die Zahlen den Anteil an Patienten wieder, die einzelne Haushaltsaktivitäten besorgen können, die Frage richtete sich nicht auf Patienten, welche den ganzen Haushalt oder alle wichtigsten Aktivitäten im Haushalt besorgen können.

Haushaltaktivitäten
(Wäsche zusammenlegen, Geschirr abtrocknen, Gemüse rüsten Lavabo reinigen, Menu planen, Betten, Kochen, Staubsaugen*)

	KH n = 270		Chesa n = 25	
wäre möglich	21%	40%	36	42%
wären eventuell möglich	19%		16	
sind nicht möglich	56%		40%	
sind vom Betroffenen erwünscht	7%	26%	-	
sind eventuell erwünscht	19%		-	
sind nicht gewünscht	51%		-	

*)Reihenfolge nach Häufigkeit

Tabelle 5

Zum Zeitpunkt der Befragung, die oft Jahre nach dem Eintritt ins Krankenheim und nach langen intensiven Rehabilitationsbemühungen mittels aktivierender Pflege erfolgte, könnten nach dem Urteil von Heimarzt und Abteilungsschwestern sicher 6%, und eventuell 8% aller Krankenheimpatienten in einem Altersheim leben. Sie seien in den Verrichtungen des täglichen Lebens selb-

ständig und könnten ohne Hilfe den gemeinsamen Essraum regelmässig aufsuchen. Doch nur 2% wären tatsächlich motivierbar für einen Uebertritt, falls ein konkretes Angebot vorhanden wäre und 7% könnten eventuell für einen Uebertritt motiviert werden. Das heisst, dass die meisten eigentlich wieder altersheimfähigen Krankenheimbewohner im Krankenheim, das ihnen zu soviel Lebensqualität und Selbständigkeit verholfen hat, bleiben wollen und sich einer erneuten Verlegung widersetzen.

Diskussion:

Nach wie vor sind Patienten ohne neuro-psychiatrische Leiden in Zürcher Krankenheimen selten und die Betreuungskonzepte haben sich vor allem auf Demenzkranke auszurichten. Da die Gesamtzahl Dementer in unserer Stadt von 1985 bis 1992 weiter zugenommen hat und auch im nächsten Jahr nur geringfügig abnehmen wird, müssen Strategien zur Verminderung der Nachfrage nach Krankenheimbetten noch immer vor allem auf Demenzkranke ausgerichtet sein. Dass heute weniger Demenzkranke leichten Grades in den Krankenheimen leben, darf sicher als Hinweis dafür gewertet werden, dass die seit Jahren vom Stadtärztlichen Dienst geförderten Entlastungsangebote für Angehörige, die Demente betreuen, die angestrebte Wirkung tatsächlich erreicht haben und Demente so länger zu Hause bleiben können. So können vermehrt Patienten, die wegen anderen neuro-psychiatrischen Diagnosen in Spitälern oder Psychiatrischen Kliniken teure Akutbetten belegen, in die Krankenheime eintreten. Dies kann das heute arg gestresste Gesundheitsbudget entlasten, denn Krankenheimbetten sind viel kostengünstiger im Betrieb als Akut-Spitalbetten. Ausserdem können im Krankenheim Chronischkranke für den Rest ihres Lebensabends bleiben, wissen, dass sie willkommen sind, denn der ganze Alltag ist darauf ausgerichtet, ihnen trotz ihrer Behinderung das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten.

Dass die Lebensqualität in den Krankenheimen in der vergangenen sieben Jahren eher zugenommen hat, darf wahrscheinlich davon abgeleitet werden, dass die durchschnittliche Ueberlebensdauer in den Krankenheimen dank der bewussteren Ausrichtung auf das wichtigste Defizit, die Demenz, und die Förderung der vorhandenen Ressourcen durch aktivierende Pflege, um sechs Monate auf drei Jahre und acht Monate gestiegen ist.

Aus der hohen Zahl von Patienten, die bereits heute an Haushaltsaktivitäten teilnehmen, kann abgeleitet werden, dass die Konzepte der aktivierenden Pflege tatsächlich realisiert werden. Die Erhöhung der Aufenthaltsdauer ist wahrscheinlich auf die tatsächlich gestiegene Lebensqualität und nicht auf eine Intensivierung unerwünschter lebensverlängernder Massnahmen zurückzuführen, denn gleichzeitig wurde im Arztdienst der Krankenheime

systematisch darauf verzichtet, prinzipiell solche Massnahmen bei Schwerkranken zu treffen. Generell werden lebensverlängernde Therapien nur eingeleitet, wenn dies dem Wunsch der Patienten und ihrer Angehörigen entspricht, weil sie dank einer noch mindestens befriedigenden Lebensqualität weiter leben möchten.

Doch auch diese positiven Resultate dürfen nicht dazu verleiten, Anstrengungen zu noch weiteren Verbesserungen der Lebensqualität unserer Krankenheimpatienten zu unterlassen. So ist in Zukunft der Umstand, dass sicher ca. 10% und eventuell sogar bis zu einem Viertel unserer Krankenheimpatienten eine aktive Mitbeteiligung an Haushaltarbeiten wünschen, vermehrt zu berücksichtigen. Die Einrichtung von betreuten Wohngemeinschaften für chronischkranke Behinderte, in denen diese sich aktiv an der gemeinsamen Haushaltführung mitbeteiligen können, ist deshalb wahrscheinlich für gewisse Patienten sehr wünschenswert, wenn auch ebenso klar ist, dass die grosse Mehrheit davon kaum profitieren wird. Es wird deshalb in Zukunft darum gehen, in einigen wenigen solchen Einrichtungen Erfahrungen zu sammeln und diese systematisch auszuwerten, bevor sie in grösserem Umfang verwirklicht werden. Sicher ist jedoch schon heute, dass in solche Wohngemeinschaften die Hauptarbeit im Haushalt nicht von den Patienten, sondern nach wie vor vom Hauspersonal zu erledigen sein wird und deshalb keine Personalkosten eingespart werden können. Der Vorteil der aktiveren Tagesgestaltung liegt vielmehr darin, dass die pflegebedürftigen Patienten sich trotz ihrer Defizite noch an einzelnen Haushaltaktivitäten beteiligen können und sich so subjektiv sinnvoll betätigen können. Denn die gerontologische Forschung hat gezeigt, dass 90% der Betagten zur eigenen Zufriedenheit subjektiv befriedigende Aktivitäten benötigen.

Dass sich die Patientengruppe aus den Spitexferienwoche für Demenzkranken in vielen Belangen von den Krankenheimpatienten unterscheiden, war zu erwarten: sie sind im Durchschnitt neun Jahre jünger und das Geschlechterverhältnis ist fast umgekehrt, denn Männer haben eher die Chance, noch verheiratet zu sein, wenn sie eine Demenz entwickeln, da Witwer viel seltener als Witwen sind. Von den Spitex-Ferienwochen für Demente profitieren deshalb vor allem Frauen als pflegende Partner von dementen Ehemännern. - Die geringe Anzahl von Pflegefällen hat seinen Grund in den Selektionskriterien für die Ferienwochen, wurde doch gefordert, dass die Teilnehmer selbständig mindestens die Treppenstufen bewältigen können. - Die Hirnleistungsschwäche dieser Teilnehmer aber erstreckt sich über ein ähnlich breites Spektrum, wie bei Krankenheimpatienten und reicht von schwersten Demenzen bis zu einer minimalen Einschränkung der Hirnleistung. Die Teilnehmer an den Ferienwochen sind deshalb nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe der Dementen, die von den

Entlastungsangeboten profitiert; insbesondere enthält sie keine alleinstehende, leicht Demente, die dank Spitex und Tagesheim noch nicht in ein Krankenheim eintreten müssen.

*****

OM

Laboratorien OM Genf

mehr als 50 Jahre
im Dienste der Medizin