

**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:** - (1989-1990)

**Heft:** 28

**Artikel:** Blick über die Grenzen : "Die Betreuung von Pflegeheim-Patienten"

**Autor:** Libow, L.S. / Starer, P. / Wettstein, A.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-790210>

### **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:** 15.01.2025

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

---

## **Blick über die Grenzen: «Die Betreuung von Pflegeheim-Patienten»**

---

**Ein Artikel unter der Rubrik «Moderne Konzepte in der Geriatrie» aus dem New England Journal of Medicine vom Juli 1989 von Dr. med. L.S. Libow und Dr. med. P. Starer.**

**Übersetzung von Dr. med. A. Wettstein, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich**

Pflegeheime spielen eine immer grösser werdende Rolle in der Patienten-Betreuung. Dies bedingt ihre Anerkennung als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens. Obwohl Pflegeheime in den Vereinigten Staaten insgesamt 1,5 Millionen Betten aufweisen und über ein Budget von mehr als 40 Milliarden US-Dollar verfügen (Schweiz: ca. 22'300 Betten mit einem Budget von 1,2 Milliarden Sfr., Schätzung des Übersetzers), sind sie wahrscheinlich der am meisten falsch-verstandenen und nicht korrekt gebrauchte Teil des Gesundheitswesens der Vereinigten Staaten und werden oft von der Ärzteschaft und von der Gesellschaft als ganzes gemieden.

Das Fehlen von Spital-Technologie und die beschränkten personellen Ressourcen in Pflegeheimen haben die zugleich schwierige wie auch lohnende Aufgabe für Ärzte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens geschaffen, kostengünstige Pflege mit engagierter klinischer Betreuung zu kombinieren. Trotzdem existieren weiterhin Pflegeheime, die nicht angemessene Betreuung anbieten, und deren Anzahl ist grösser als die der guten Pflegeheime in den Vereinigten Staaten. Ermutigend ist, dass verschiedene Pflegeheime ihren Verantwortungsbereich ausgedehnt haben und in ihrem Angebot ausser dem klassischen Heimbetrieb auch ambulante Patientenbetreuung und Spitexdienste anbieten, ebenso wie sie Lehr- und Forschungsverpflichtungen nachkommen und die verschiedenen schwierigen ethischen Dilemmas ihrer Arbeit zu lösen versuchen. Dass immer mehr Pflegeheime mit Universitäten zusammenarbeiten und dass die Geriatrie allgemein an Bedeutung zunimmt, erhöht den Professionalismus in diesen Institutionen und langfristig die Betreuungsqualität in allen Pflegeheimen.

Obwohl zu einem bestimmten Zeitpunkt nur 5 Prozent aller über 65-jährigen Amerikaner in Pflegeheimen lebt, wird doch ein Viertel aller

über 65-Jähriger wenigstens einen Teil seiner Lebenszeit in solchen Institutionen verbringen. Einzelne dieser Patienten kehren nach einem kurzfristigen Rehabilitationsaufenthalt oder nach der Rekonvaleszenz nach einer akuten Krankheit nach Hause zurück. Dennoch beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen 2,9 Jahre. Für die Kosten der Pflegeheim-Betreuung kommen die Patienten selbst zu 51 Prozent auf, währenddem die Krankenkassen nur 2,1 Prozent bezahlen und die staatlich verbilligten Krankenversicherungen für Bedürftige 41 Prozent. Gegenwärtig gibt es noch zwei Systeme von Pflegeheimen: sogenannte Krankenhäuser (skilled nursing facilities) und einfache Pflegeheime (intermediate care facilities). Vom 1. Oktober 1990 an wird es jedoch nur noch eine Kategorie geben, die durch eine einheitliche staatliche Gesetzgebung reglementiert ist.

Ungefähr die Hälfte aller Pflegeheim-Patienten werden aus einem Spital aufgenommen (wie in Zürich). In den vergangenen Jahren hat die Anzahl von Verlegungen terminal kranker Patienten aus den Spitälern in Pflegeheime zugenommen, als Folge der neuen Krankenkassen-Tarife (in der das Spital nicht für geleistete Pflegetage, sondern pauschal für jeden Krankheitsfall je nach Diagnose durch einen festen Betrag entschädigt wird). Eine solche Verlegung terminal Kranker verschlechtert oft deren Zustand und führt zu Unzufriedenheit, Angst und dem Gefühl, verlassen und abgeschoben zu werden. Familien reagieren darauf oft mit Traurigkeit, Schuld- und Schamgefühlen und empfinden die Aufnahme ihres Angehörigen in ein Krankenhaus als Omen des nahen Todes. Dennoch besuchen die Familien ihre Angehörigen auch im Pflegeheim regelmässig, nur eine Minderheit (30 Prozent, gleichviel wie in Zürich) bleiben ohne Besuche.

Die Rolle des Arztes im Pflegeheim beinhaltet zwei Aufgaben: die individuelle Patientenbetreuung einerseits und die Qualitätskontrolle der Betreuung in der ganzen Institution. Staatliche Regulationen schreiben die minimale Häufigkeit von Arztbesuchen vor und verlangen die dauernde Erreichbarkeit eines Arztes. In Heimen mit freier Arztwahl ist der sogenannte «medizinische Direktor» verantwortlich für die Formulierung der Betreuungskonzepte und für die Kontrolle darüber, ob alle Regierungserlasse betreffend die Patientenbetreuung eingehalten werden. Ausserdem muss er alle aussergewöhnlichen Ereignisse, welche Patienten betreffen, untersuchen, die Angestellten weiterbilden und deren Gesundheitszustand überwachen.

Die Beziehung zwischen Arzt und Krankenpflegerin im Pflegeheim setzt ein geriatrisches Modell voraus, das nicht dem klassischen Spitalmodell entspricht. Entscheidend ist dabei die Team-Arbeit, wobei die Pflegerin den zentralen Teil dieses Teams bildet. Diplomiertes Pflegepersonal leistet



EINMAL TÄGLICH



für sekretfreie Atemwege

(Ambroxol)  
**Mucosolvon<sup>®</sup>**  
**75 mg retard**

Kassenzulässig

Ausführliche Informationen zu Mucosolvon<sup>®</sup>  
entnehmen Sie bitte dem  
Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.  
Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH, 4002 Basel  
Peter Merian-Strasse 19/21. Telefon 061/23 23 83

**Boehringer  
Ingelheim**





nur einen beschränkten Anteil der direkten Pflege, die Hilfsschwwestern leisten die Hauptarbeit der Pflege. In den Vereinigten Staaten sind Hilfsschwwestern gewöhnlich zu wenig gut ausgebildet, zu wenig gut beaufsichtigt und zu wenig gut bezahlt, was zum einem dauernden Stress und jährlich zur Kündigung von 70 bis 100 Prozent dieser Personal-Gruppe führt. Es ist die Pflicht des Arztes, etwas von seiner Autonomie, nicht jedoch von seiner Verantwortung, an das gesamte Pflorgeteam des Heimes abzugeben. Der Einsatz des Teams ist entscheidend für die geriatrische Betreuungssituation. Je nach Situation beinhaltet das Team ausser Pfleger/Innen und Arzt/Ärztin, Sozialarbeiter/In, Diätberater/In, Pharmazeuten/In, Therapeuten/In, Psychiater/In und Heimleiter/In.

Eine detaillierte Krankengeschichte legt die Individualität jedes Patienten offen: nur die Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenserfahrungen wird einer Person nach einem langen Leben gerecht. Im Durchschnitt sind in den Vereinigten Staaten Pflegeheim-Patienten 86-jährig und Frauen sind 2,5 mal häufiger anzutreffen als Männer. Sie haben gleichzeitig mehrere Leiden, psycho-soziale Schwierigkeiten und nehmen eine grössere Anzahl verschiedener Medikamente regelmässig ein. Trotz mehreren bekannten medizinischen Grundleiden werden sie meist nicht deshalb, sondern wegen Funktionsstörungen wie Gangstörungen, Falltendenz, Demenz, Inkontinenz oder Unselbständigkeit in ein Pflegeheim eingewiesen, weil die Familie oder Nachbarschaft, die nötige Unterstützung, Pflege und Betreuung nicht leisten kann. Ärzte und andere Teammitglieder müssen ständig auf der Hut sein, dass Pflegeheim-Patienten nicht vermeidbare Komplikationen erleiden, wie Nebenwirkung von zu vielen verschiedenen Medikamenten, Medikamenten-Vergiftung, Dekubital-Ulzera, Mangelernährung, Depression und Infektionen. Im Gegensatz zur Atmosphäre in Akutspitälern muss in Langzeit-Institutionen besondere Sorgfalt darauf verwendet werden, eine stimulierende Umgebung für den Patienten zu schaffen, welche die Lebensqualität des Heimbewohners vergrössert.

Im folgenden sind einige der wichtigsten Problembereiche geschildert, mit denen der Arzt in Pflegeheimen immer wieder rechnen muss:

### **Stürze und Umgebung ohne Einschränkung der Bewegungsfreiheit**

Stürze sind eine dauernde Bedrohung für Pflegeheim-Patienten, die durchschnittlich ungefähr einmal jährlich die Hälfte aller Patienten trifft. Sie resultieren häufig in Frakturen oder in einem sogenannten Post-Fall-Syndrom. Dieses ist charakterisiert durch Angst, einer Tendenz sich an Objekte anzuklammern und nur zögernde Fortbewegung. Die Präven-

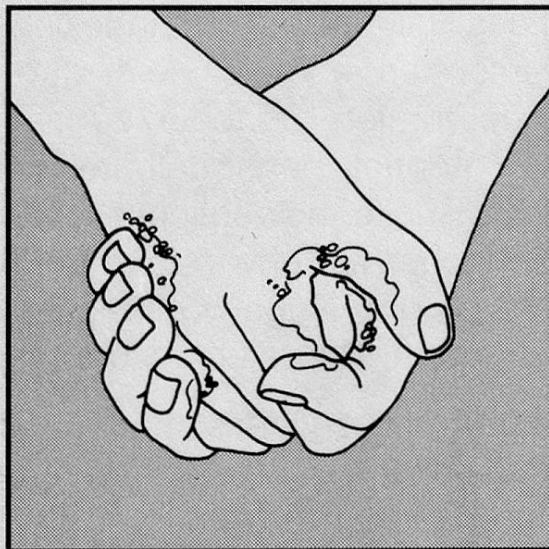
tion von Stürzen muss das Heim selbst miteinbeziehen und alle Risikofaktoren auszuschalten versuchen, ebenso wie es darum geht, die üblichen kardio-vaskulären und cerebralen Ursachen zu klären und möglichst zu behandeln versuchen. Potentiell behandelbare individuelle Sturzrisikofaktoren sind verminderte Rückenbeweglichkeit, verminderte Kraft in den Beinen, verminderte Sehschärfe, Schwindel nach Nackenbewegungen, orthostatische Hypotension und Nebenwirkung von Medikamenten wie Anti-Depressiva, Schlafmitteln, Neuroleptika und Vaso-Dilatatoren.

Verschiedene Faktoren führen dazu, dass durch Zwangsmassnahmen die körperliche Beweglichkeit von Pflegeheim-Patienten häufig eingeschränkt wird. Mechanische Mittel können dazu verwendet werden, um Pflegeheim-Patienten vor selbst verursachten Unfällen zu schützen und um die Menge von Psychopharmaka zur Ruhigstellung zu vermindern. Die schwierige Entscheidung, die Bewegungsfreiheit eines Pflegeheim-Patienten physisch einzuschränken, sollte immer zwischen dem Arzt, den Pflegepersonen, dem Patienten und seiner Familie besprochen werden. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit bedarf einer ärztlichen schriftlichen Verordnung, welche die Indikation und den genauen Typ der Einschränkung umschreiben muss, ebenso die notwendigen Massnahmen, um Hautläsionen zu verhindern. Verschiedene architektonische Hilfen können die Bedürfnisse nach physikalischer Einschränkung und gleichzeitig die Häufigkeit von Stürzen reduzieren: Handläufe entlang der Wände, gleitsichere Fussböden, optimale Möblierung. Eine spezifisch klinische Massnahme ist der Gebrauch von speziellen Sturz-Konsultationsteams. Wenn angezeigt, soll der Arzt die Einwilligung von beiden, dem Patienten und den Familienangehörigen, einholen, wenn entschieden werden soll, auf physikalische Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu verzichten.

Der Grundsatz bei der Entscheidung für oder gegen die Einschränkung der physikalischen Bewegungsfreiheit soll sein, dass das Verhindern von Stürzen keinesfalls die Lebensqualität vermindern darf. Dies ist umso wichtiger zu wissen, als bekannt ist, dass 1-2 Prozent aller Stürze zu Frakturen des Schenkelhalses führen, unabhängig davon, ob die Bewegungsfreiheit des Patienten durch spezielle Massnahmen eingeschränkt war oder nicht. Die chirurgische Behandlung der Schenkelhalsfraktur ist die häufigste Behandlungsart, obwohl die nicht-chirurgische Behandlungsart von Patienten, die schon vor dem Sturz nicht mehr selbständig gehen konnten, sicherer und klüger sein kann.

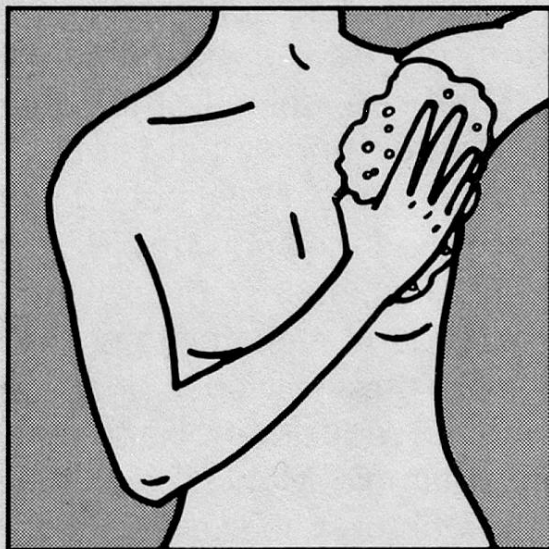


**Für alle  
Medizinal-  
personen**



**Hände-  
desinfektion**

**und für den  
Patienten**



**prä-operative  
Ganzkörper-  
desinfektion**

Über 50%  
weniger  
post-operative  
Infektionen

# HIBISCRUB®

4% Chlorhexidinglukonat + Detergens

Das Waschdesinfiziens mit der spürbaren Verträglichkeit und der umfassenden Wirksamkeit gegen alle medizinisch wichtigen Bakterien sowie gegen HIV-Virus.

Literatur und ausführliche Angaben über HIBISCRUB®, Original-Chlorhexidin, (Vorsichtsmassnahmen etc.) siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz oder auf Anfrage.



## ICI-Pharma

Landenbergstr. 34 6002 Luzern

## **Gewichtsverlust, Essen und Sonden-Ernährung**

Gewichtsverlust von Pflegeheim-Patienten ist oft begleitet von erhöhter Erkrankungshäufigkeit und verminderter Überlebensdauer und muss deshalb näher untersucht und behandelt werden. Die Evaluation beinhaltet die Registrierung der Anzahl der aufgenommenen Kalorien, eine Evaluation der Kau- und Schluckmechanismen durch einen Zahnarzt, gegebenenfalls durch einen ORL-Fachmann und die Beurteilung der Handfertigkeit bei der Einnahme des Essens durch einen Ergotherapeuten. – Appetitlosigkeit kann das Resultat von Medikamenten sein, einer Depression oder einer andern Krankheit.

Sondenernährung mag in Erwägung gezogen werden, dazu muss jedoch anerkannt werden, dass das Risiko einer Aspirationspneumonie beim Anlegen eines Gastrostomie-Tubus oder eines nasogastrischen Tubus gleich gross ist. Dehydration ist oft durch das verminderte Durstempfinden bedingt, weshalb Betagte oft zu wenig trinken, was als Hinweis auf eine inadäquate Pflege gelten kann. Besonders das Verordnen von Diuretika in Gegenwart von Fieber kann zu einer schweren Dehydration beitragen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Sondenernährung bei Hochbetagten mit Demenz oder anderen schweren Beeinträchtigungen zu schwer lösbaren ethischen und klinischen Dilemmas führt. Offene Aussprache über diese Probleme und die divergierenden Meinungen des Patienten, der Familie, des Pflege- und Hilfspflege-Personals und des Arztes bezüglich Sondenernährung ist wesentlich um die Probleme zu lösen. (Anmerkung des Übersetzers: In Zürich führt diese Aussprache erfahrungsgemäss meist dazu, dass in der Krankenheim-Situation keine Sondenernährung erwünscht ist).

## **Urin-Inkontinenz**

Ungefähr die Hälfte aller Pflegeheim-Patienten ist inkontinent. Dennoch erscheint dieser Befund oft nicht im Eintritts-Status des Arztes. Der nicht-hinterfragte Gebrauch von Windeln kann ein voreiliges Akzeptieren der Situation signalisieren. Gesteigerte Blasen-Hyperreflexie ist die häufigste behandelbare Ursache von Inkontinenz von solchen Patienten, auch wenn mehrere Faktoren die Inkontinenz begünstigen können. Wenn eine Inkontinenz auftritt, muss der Arzt die angemessenen Untersuchungsschritte festlegen und durchführen lassen. Andernfalls besteht die Gefahr, behandelbare Ursachen, wie Überlaufblase oder chronische Verstopfung zu verpassen. Auch die Behandlung verlangt verschiedene Schritte wie Toilettentraining, Gangschulung, bessere Kennzeichnung der Toiletten, Re-Evaluation der Einschränkung der Beweglichkeit durch Bettgitter oder



andere physikalische Mittel und gegebenenfalls der Einsatz von speziellen Medikamenten.

## **Infektionskrankheiten**

In einem Pflegeheim leiden jeweils ca. 15 Prozent der Bewohner an Infektionskrankheiten wie Pneumonie, Infektionen des Urogenital-Traktes oder infizierten Dekubitalulzera. Oligo-symptomatische Pneumonien sind häufig, besonders bei solchen Patienten, die vorgängig mit Antibiotika behandelt worden sind. Sputum-Produktion ist selten.

Asymptomatische Bakteriurie besteht bei etwa der Hälfte aller Pflegeheim-Patienten, besonders bei solchen, die schwerer beeinträchtigt sind. Asymptomatische Bakteriurie im Pflegeheim sollte jedoch nicht behandelt werden. Die erhöhte Mortalität, die damit verbunden ist, ist nämlich nicht die Folge der Bakteriurie sondern der zugrundeliegenden, nicht behandelbaren Krankheit.

Die Einschränkung von Infektionskrankheiten in Pflegeheimen sollte eine regelmässige Überwachung aller Patienten, spezifische Untersuchung auf Tuberkulose und Impfaktionen beinhalten. Obwohl die Influenza-Impfung für Betagte immer wieder empfohlen wird, ist deren Schutzwirkung für Pflegeheim-Patienten ungewiss. Ausser bei Komplikationen sollte eine prophylaktische Behandlung gegen Influenzatyph A mit Amantadine im Pflegeheim begonnen werden, sobald ein wahrscheinlicher Ausbruch von Influenza A erwartet wird. Um das Toxizitätsrisiko zu reduzieren, sollte die Dosis niedrig gehalten werden, unter 100 mg täglich. Die gezielte Untersuchung auf Tuberkulose muss routinemässig bei allen Pflegeheim-Patienten durchgeführt werden, sowohl bei Patienten als bei Angestellten, denn die Ausbreitung von Tuberkulose in Pflegeheimen ist eine konstante Gefahr.

## **Psychiatrische Störungen**

Obwohl Verhaltensstörungen, Demenz und Schlafstörungen häufig sind in Pflegeheimen, werden diese oft nicht optimal behandelt. Der Arzt sollte bei seiner Eintrittsuntersuchung einen Mental-Status Test einschliessen und diesen auch periodisch wiederholen. Ähnlich wichtig ist eine Überwachung für depressive Verstimmung und Verhaltensstörungen. Wichtig ist die Suche nach behandelbaren oder zumindest modifizierbaren Ursachen von Depression, Verwirrtheit, Demenz, Schlaflosigkeit, Angst, Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Erregtheit. Solche behebbare Ursachen sind in erster Linie Drogeneinwirkungen, neue Erkrankungen wie

Stoffwechsel-Entgleisungen oder akute Infektionen, nicht angemessene psychosoziale Betreuung sowie Familienprobleme, Schwierigkeiten im Pfl egeteam oder unter den Mitbewohnern im selben Zimmer. Der gezielte Gebrauch von Psychopharmaka und Elektroschock-Therapie, Psychotherapie und Schmerzmitteln ist oft notwendig. Auch Beta-Blocker können mit Erfolg eingesetzt werden, um aggressives Verhalten von betagten Dementen zu behandeln. Die Möglichkeit, einen erfahrenen Psychiater beiziehen zu können, ist das Zeichen von hervorragenden Pflegeheimen.

### **Ethische Dilemmas**

Pflegeheim-Patienten sind oft im Fokus von ethischen Dilemmas, bedingt durch ihre Gebrechlichkeit, ihr hohes Alter und dem Umstand, dass sie in einem Pflegeheim leben. Immer wieder bewegen folgende Schritte die Patienten, das Heimpersonal und die Familien:

Die Einleitung von speziellen Behandlungen (z.B. mit Antibiotika), die Verlegung in ein Spital, die Entscheidung zu einer lebensverlängernden Massnahme, nicht Massnahmen zur Hydratation oder zur Ernährung, wenn dies auf natürlichem Weg nicht mehr möglich ist. Der wichtigste Grundsatz ist dabei, dass eine Entscheidung, eine bestimmte Behandlung nicht durchzuführen, nicht gefolgt sein darf von generellem Aufgeben des Patienten. Die Entscheidung muss individuell sein und darf nicht bestimmt sein durch übersimplifizierte Regeln und Richtlinien, die auf sturen Altersgrenzen oder dem Schweregrad einer Behinderung beruhen. Es hat sich als immer sinnvoller erwiesen und wird immer mehr von Gerichten verlangt, dass man zum vornherein mit dem Patienten und seinen Angehörigen über die Wünschbarkeit von lebensverlängernden Massnahmen sprechen sollte. Ebenfalls hilfreich ist die Etablierung von institutionalisierten ethischen Komitees, klinischen Visiten und Konsultationen, die auf ethische Themen konzentriert sind.

### **Neue Entwicklungen der Pflegeheim-Betreuung**

Das Pflegeheim kann ein sehr effizienter Ort sein, um die Selbständigkeit von Betagten zu erhalten und um in einzelnen Fällen eine Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Die Öffnung des Heimes in Richtung Gemeinde kann ambulante Beratung, Tagesheim, allgemeine Weiterbildungs-Veranstaltungen und ambulante Rehabilitation als Dienstleistungen, die ein Heim für die allgemeine Bevölkerung anbietet, umfassen. Die Betreuung von Patienten mit AIDS ist eine neue und zunehmende Aufgabe von Pflegeheimen.



Einzelne Pflegeheime haben eigentliche Hospiz-Programme entwickelt und bieten in Zusammenarbeit mit Spitälern und Spitex-Diensten die Pflege von moribunden Patienten an in einer Umgebung frei von der High-Tech-Atmosphäre moderner Spitäler.

In Zukunft wird in den Vereinigten Staaten ein immer grösserer Anteil der Pflegeheim-Betreuung durch private Versicherungen gedeckt sein.

Die Universitäts-assoziierten Pflegeheime ermöglichen es, dass die Betreuung Chronischkranker auch Teil der Ausbildung von Medizinstudenten und Assistenzärzten wird. Die Fähigkeit, klinische Forschung in diesen Heimen zu betreiben, wird wachsen und im Fokus der Untersuchungen stehen die häufigen klinischen Probleme der Chronischkranken. So können Pflegeheime zur Gesundheit und Ausbildung vieler beitragen, weit über die Mauern der Heime hinaus.

(Die Liste der 53 Referenzen können beim Übersetzer angefordert werden).

