

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: - (2003-2004)

Heft: 83

Artikel: Falsch verstandene Palliation

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790177>

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: 23.12.2024

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

Falsch verstandene Palliation

Fallschilderung

Hans Müller¹ lebte seit einigen Jahren in einem Altersheim, wo er regelmässig von seinem Sohn besucht wurde. Er genoss dies und das Leben mit mehr oder weniger gut kompensierter Herzinsuffizienz und äusserte immer wieder Dankbarkeit für das hohe Alter von 91 Jahren. Im Frühling 2002 war es ihm schlecht gegangen. Er litt an Atemnot und karchelnder Atmung, und er schien dem Pflorgeteam sterbenskrank. Er wurde deshalb mit Pulmex behandelt. Die Hausärztin wurde nicht benachrichtigt. Als diese zufällig im Heim war, erkundigte sie sich nach dem Befinden des Patienten. Als sie von seinem Zustand erfuhr, untersuchte sie ihn und stellte ein beginnendes Lungenödem fest und hospitalisierte den Patienten im nahen Spital, von wo er nach 10 Tagen in gutem Zustand ins Heim zurück kehren konnte und das Leben weitere 1 ½ Jahre geniessen konnte.

Im Herbst 2003 wurde er zunehmend schwächer und weitgehend bettlägerig. Er bekam einen sakralen Dekubitus. Seine letzten 4 Lebenswochen schildert der Sohn in einem Brief an die Hausärztin wie folgt: „Einen Monat vor seinem Tod hatte sich unser Vater bitter beklagt mit den Worten: „Ihr macht Euch keinen Begriff, was ich gestern durchmachen musste. Ich musste quer über das Bett liegen, dann haben sie an mir herumgeschnäfelt. Es tat mir furchtbar weh. Ich habe geschrien. Ich meinte, in jener Nacht zu sterben“. Mein Vater war kreideweiss und sah zum ersten Mal wirklich sterbenselend aus. Das war am Sonntag. Am Montag beschwerte ich mich beim Pflegedienst. Nach dieser Tortur ging es unserem Vater rasant sehr viel schlechter. Am Telefon wurde mir erklärt, dass es von nun an nicht mehr genüge, alle Sonntage unseren Vater zu besuchen, wir müssten mehr kommen und ich sollte mit meinem Vater über den Tod sprechen. Ich gab ihr zur Antwort: „Das kann ich nicht“. In belehrendem, fast anklagendem Ton meinte sie: „An meiner Stelle würde ich dies auf jeden Fall tun.“ Am Sonntag sahen wir, dass es dem Vater schlecht ging, darum besuchte ich ihn wieder am Montag und machte den zaghaften Versuch mit der Bemerkung: „Gäll, es ist doch gut, dass Du hier in Deinem Zimmer sein kannst.“ Ich dachte, vielleicht sagt er etwas wie „es sei gut, er möchte hier sterben“. Aber

¹ Namen und nähere Umstände sind aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes verändert

nein! Nichts von dem, er antwortete: „Ich halte die Schmerzen nicht mehr aus, ich muss ins Spital!“ Sofort ging ich dies der Pflege melden. Mit grossen Augen, fast entsetzt, meinte sie: „Ja, aber das gibt nur eine Kostenexplosion.“ Ich fühlte mich richtig in die Ecke gedrängt. Ebenso wollte sie nichts davon wissen, dass mein Vater Flüssigkeitsinfusionen brauche. Das sei nicht nötig und ziehe nur alles in die Länge. Alte Leute brauchen nicht mehr soviel Flüssigkeit, man sei davon abgekommen, Infusionen bei so alten Leuten zu machen. Es sei nicht wahr, dass sie deswegen mehr leiden müssen, dies alles habe sie nun gerade aus einem Seminar mit dem Stadtarzt gehört.

Wir sind alle sehr froh, dass Sie unseren Vater in der Folge ins Spital eingewiesen haben. In allem Elend hatten wir grosses Glück, dass er auf diese so gute Abteilung kam. Da waren die Ärzte und das Pflegepersonal sehr liebevoll und aufmerksam zu unserem Vater. Es wurde wirklich alles Menschenmögliche für ihn getan. Alle nahmen seinen Wunsch, noch leben zu können, ernst. Auch uns Angehörige haben sie verständnisvoll mit Anteilnahme unterstützt und getragen. Wir können nur loben, ja es war geradezu überwältigend! Auch der Chef der Pflege und die Abteilungsärztin haben sich immer wieder Zeit genommen, mit uns zu reden. Wir haben dies sehr geschätzt. Gegen die starken Schmerzen wurde alles unternommen, um sie zu lindern. Mein Vater hatte Momente, wo er ohne Schmerzen war. Ja, er hat sich durchgekämpft und durchgelitten. Wenige Tage vor dem Tod begrüßte er uns mit den Worten: „Jetzt chan i nüme!“ Nun ist er erlöst. Er starb zwei Wochen nach der Einweisung im Spital.

Kommentar

Das Pflegeteam des Heims hatte schon im Frühling 2002 einen Grundsatz der Palliativpflege nicht beachtet, nämlich die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit von Pflege- und Arztdienst und der offenen Kommunikation mit Patienten und Familie. Eine lebensbedrohliche Verschlechterung hätte mit dem geistig sehr regen Patienten, seinem engagierten Sohn und dem Hausarzt besprochen werden müssen. Nur wenn eine dekompensierende Herzinsuffizienz schon früh dem Arzt gemeldet und die Medikation angepasst wird, kann eine Hospitalisation oder ein – in diesem Fall vom Patienten eindeutig nicht erwünschter – frühzeitiger Tod vermieden werden.

Im Herbst 2003 versäumte das Team nicht nur, rechtzeitig sich mit dem Hausarzt abzusprechen, sondern es „vergass“ auch den wichtigsten Grundsatz der Palliation, dass Schmerzfreiheit höchste Priorität hat.

Es ist erschütternd, dass vom Seminar über Palliation vom Sommer 2003, an dem sowohl die Hausärztin, als auch fast alle Pflegenden des betroffenen Pflgeteams teilgenommen hatten, vor allem technische Details, aber nicht die Kernbotschaft hängen geblieben sind.

Deshalb nochmals in Kürze die zwei wichtigsten Kernbotschaften einer guten Palliation:

Im Zentrum der palliativen Pflege steht das Wohlbefinden der Patienten, das heisst, Bemühungen um Linderung aller Beschwerden, vor allem Schmerzen, aber auch Atemnot oder Übelkeit.

Gute Palliation heisst enge Zusammenarbeit aller Beteiligten. Offener Informationsaustausch zwischen Pflegenden und Arztdienst ist dazu zwingend nötig. Entscheidend ist der Wille der leidenden Person.

Es ist sehr erfreulich, dass palliative Pflege einen festen Platz im Leistungsrahmen für die Spitexkerndienste der Stadt Zürich bekommen hat. Um es dabei nicht bei Lippenbekenntnissen bewenden zu lassen, ist es sehr erfreulich, dass verschiedene Spitexorganisationen sich zusammengeschlossen haben und zusammen mit anderen Fachpersonen das Netzwerk Palliative Care bilden. Einige wenige Pflegeexpertinnen oder -experten, die speziell gut in Theorie und Praxis der palliativen Pflege ausgebildet sind, sollen allen Pflgeteams zur Verfügung stehen, um sie zu beraten und zu unterstützen. Es ist zu hoffen, dass so Fehlleistungen wie beim obigen Fallbeispiel immer seltener werden und dass in Zürich, wie von den Entscheidungsträgern Gesundheitswesen und der Bevölkerung erwünscht, palliative Pflege flächendeckend von hoher Qualität angeboten werden kann.