Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz

Band: 81 (1972)

Heft: 1

Artikel: Der Kranke in seiner Umwelt : Vortrag gehalten an der Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege in Bern

Autor: Isenschmid, H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-974392

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.09.2025

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

Der Kranke in seiner Umwelt

Vortrag gehalten an der Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege in Bern

Dr. med. H. Isenschmid

Die Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege hat mich gebeten, als Arzt zu ihren Gesprächen etwas beizutragen und mitzuhelfen, Begriff und Wesen der Gruppenpflege zu klären. Ich gehe dabei nicht von der Gruppenpflege aus, sondern vom Begriff der umfassenden Pflege, und es bleibt Ihnen vorbehalten, diese beiden Gesichtspunkte der Krankenpflege zueinander in Beziehung zu setzen.

Der Begriff «umfassende Pflege» ist ein Superlativ, ein Maximum, und deshalb ein Leitbild, ein Wegweiser, der einem helfen soll, möglichst alle Faktoren zu berücksichtigen. Umfassende Pflege in diesem Sinne hundertprozentig zu realisieren, wäre also wohl ein unrealistisches Vorhaben. Das hohe Leitbild soll uns aber nicht davon abhalten, uns immer und überall um die Verwirklichung zu bemühen.

Das Umfassende an unserem Begriff stellt gleichsam einen Kreis dar. Man kann den Kreis auflösen in einzelne Sektoren, die jeder für sich auf Ganzheit hinzielen, indem sie alle vom Mittelpunkt bis zur Peripherie reichen. Zur Bildung des ganzen Umfassungskreises müssen sich alle Sektoren zusammenfinden. Ich sehe folgende Sektoren:

den Kranken
die Krankenschwester
die Beziehung Kranker/Schwester
die Krankheit
die Umgebung des Kranken
die Zusammenarbeit

Ich möchte meinen Vortrag in Anlehnung an diese sechs Punkte aufbauen. Sie haben nicht alle gleiches Gewicht. Es geht mir darum, Ihnen die Schwerpunkte und allfällig vorhandene Lücken aufzuzeigen, was wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit oft nur stichwortartig geschehen kann.

Der kranke Mensch

Ganzheitsmedizin ist ein Schlagwort, und wie alle Schlagwörter wird auch dieses oft gebraucht, ohne dass dahinter eine brauchbare Vorstellung steht. Der Mensch ist immer als Ganzes krank. Das ist zwar eine Binsenwahrheit; und doch sind sehr viele Grundlagen unserer heutigen Medizin und damit auch der Krankenpflege auf einer völlig einseitigen Anschauung des Menschen aufgebaut. Es ist leicht, den menschlichen Körper mit den Sinnesorganen wahrzunehmen. Die menschliche Seele hingegen kann man weder sehen noch riechen, noch greifen, noch hören. Sie ist gezwungen, sich eines indirekten Weges zu bedienen, um wirksam zu werden. Und zwar ist es auch wieder die körperliche Erscheinung, die der Seele als Wirkungsmedium dient. Die traurige Stimmung eines Menschen erkennen wir an seinen Tränen, an seinem Gesichtsausdruck, an seiner Körperhaltung und am Ton seiner Stimme. Seelisches bleibt oft im Hintergrund, scheint weniger wirklich als Körperliches und ist weniger klar fassbar. Dies ist wohl der Grund dafür, dass die moderne wissenschaftliche Medizin zur Hauptsache immer noch eine einseitige Heilkunde des menschlichen Körpers ist. Mit viel Mühe muss heute versucht werden, den seelischen Bereich in das wissenschaftliche Bild vom kranken Menschen einzubauen. Die psychosomatische Betrachtungsweise der Krankheiten ist ein Versuch in dieser Richtung. Dabei wird deutlich, dass nicht so sehr die verstandesmässigen seelischen Funktionen als vielmehr die emotionalen, also das, was wir mit Stimmung, Gefühl und Triebhaftigkeit bezeichnen, am Krankheitsgeschehen beteiligt ist; und zwar verursachend oder verschlimmernd im negativen und verhütend oder heilend im positiven Sinn. Für uns heisst das, dass wir die ungeheure Macht seelischer Einflüsse auf den kranken Menschen erkennen und ernst nehmen müssen, falls es uns daran gelegen ist, diesen in seiner Ganzheit zu erfassen. Ferner müssen wir den naheliegenden Fehler vermeiden, die Gefühls- und Triebwelt zugunsten des Verstandes zu unterschätzen. Der heutige Mensch gibt sich als Verstandeswesen. Die Entwicklung des Intellekts ist weit vorangeschritten. Viele Errungenschaften haben wir dem Verstand zu verdanken. Unglücklicherweise geht diese Entwicklung auf Kosten unserer Gefühlskräfte. Mit Trieb und Gefühl wissen wir weit weniger sicher umzugehen als mit dem Verstand. Die ursprüngliche Äusserung des Arterhaltungstriebes, also die Sexualität, und des Selbsterhaltungstriebes, also die Aggressionen, sind für den vom Verstand geprägten modernen Menschen ein unvertrautes Gebiet und schwer zu ertragen. Viele Gefühle, und zwar gerade die stärksten, werden deshalb ins Unbewusste verdrängt. Die Erfassung des ganzen Menschen, ganz besonders des Kranken, ist deshalb nicht möglich ohne Berücksichtigung der Existenz unbewusster seelischer Schichten und von Kräften, die der Bewusstwerdung Widerstand leisten.

Wir können den Abschnitt über den kranken Menschen nicht abschliessen, ohne mit einigen Worten auf die Besonderheit des heutigen Menschen hinzuweisen. Er ist ein Verstandeswesen und in Gefühlsangelegenheiten zurückgeblieben. Diese Einseitigkeit löst ihn von seinem biologischen Fundament und macht ihn unsicher. Auch mancher andere Sicherheitsfaktor fällt aus; so etwa die Hingabefähigkeit, die Glaubensfähigkeit, die Möglichkeit, sich in eine intakte soziale Gruppe einzuordnen oder aus einer solchen, also aus der intakten Familie, hervorzugehen. Wenige nur haben das Urvertrauen mitbekommen, das aus einer ungetrübten Beziehung des Säuglings und Kleinkindes zu seinen Eltern gewonnen wird. Diese Mängel können auch durch eine noch so raffinierte Technik nicht behoben werden. Im Gegenteil; die Technik gibt Anlass zu einer Komplizierung des Lebens, der nur mit Hilfe der Spezialisierung begegnet werden kann. Spezialisierung aber ist Einengung und damit ein weiterer Unsicherheitsfaktor. Der Mensch lebt also in gehäufter Unsicherheit. Er reagiert mit zahlreichen Anstrengungen, sich zu sichern, zu versichern, in vermeintliche Sicherheit hineinzuflüchten, sich schwach und hilflos zu stellen, wo er stark sein sollte, oder unreif zu blei-

ben, wo Entwicklung zur Reife gefordert wäre. Unter anderem bietet sich hier die Krankheit an, insofern sie als Regression, als Rückschritt in einen unreifen Zustand, als unbewusste Flucht aus der unsicheren Realität verstanden werden kann. Wer umfassende Krankenpflege anstrebt, muss die Unsicherheit des heutigen Menschen erkennen und muss den Blick schärfen für sein mehr oder weniger legales Streben nach Sicherheit. In einem Leitbild des zukünftigen Menschen wird die Fähigkeit, Unsicherheit zu ertragen und also mit der Unsicherheit zu leben, einen wichtigen Platz einnehmen. Wer das lernen will, muss offen, beweglich und anpassungsfähig bleiben.

Die Krankenschwester

Alles was bisher gesagt wurde, gilt ebenso für die Schwester. Auch sie ist ein einseitiges Verstandeswesen, das zur Verdrängung ihrer Affekte neigt, auch sie überschätzt die Körperlichkeit auf Kosten des Seelischen, und auch sie ist unsicher. Nun spielt der Mensch am Krankenbett, innerhalb des Spitals und innerhalb der menschlichen Gesellschaft eine ganz bestimmte Rolle, durch die sein Verhalten, ja sein ganzes Wesen modifiziert wird. Das Berufsbild der Krankenschwester befindet sich heute im Umbruch. Es ist noch belastet durch längst überholte Vorstellungen. In der früheren, unrealistischen, unehrlichen Vorstellung war ja auch recht viel falsche Autorität versteckt. Die Schwester ist in unseren Tagen kein Übermensch mehr. Es werden partnerschaftliche Beziehungen zum Kranken und zum Mitarbeiter angestrebt. Die Rolle als solche verliert dabei einen Teil ihrer Bedeutung. Der Graben zwischen Sein und Schein wird ausgefüllt. Konflikte, deren Ursprung in der Spannung zwischen Rolle und wirklichem menschlichem Dasein lag, verschwinden. Verschwinden wird schliesslich auch die in ihrer Rolle starr, hart und unglücklich gewordene Krankenschwester.

Jede Rolle schützt ihren Träger aber auch vor manchem Konflikt. Wenn sie ihre Bedeutung verliert, werden neue, aber wahrscheinlich produktivere Konflikte auftauchen. Die alte, starre Rolle der Krankenschwester bot Schutz gegen allzustarkes gefühlsmässiges Engagement. Dieses wurde gezwungenermassen verdrängt. Heute wird sich die Krankenschwester ihrer Gefühlsreaktionen bewusst. Hieraus erwachsen die neuen Konflikte, vor denen man sich nicht mehr wie ehedem hinter die schützende Rolle zurückziehen kann. Jeder muss, sofern er gesund und ehrlich ist, zuerst einmal selber mit der Tatsache fertig werden, dass er am Bett des Kranken und Sterbenden zutiefst ergriffen ist. Der seelisch gesunde Mensch kann lernen, mit seinen Gefühlen richtig umzugehen. Was heisst das? Das heisst, die Gefühle weder verdrängen, noch sich von ihnen hinreissen lassen. Beides, die Verdrängung wie das unbesonnene Reagieren, bewirkt, dass wir unsere Arbeit nicht mehr richtig tun können. Die Gefühle aushalten, sich ergreifen lassen und in dieser gefühlsmässigen Ergriffenheit besonnen und sachlich handeln, erzeugt eine neuartige innere Spannung, die es auszuhalten gilt. Aus solcher Spannung erwachsen produktive Kräfte, die sowohl uns selber als auch unseren Patienten zugute kommen. Das offene Gespräch mit Mitarbeitern, Freund oder Freundin kann wesentlich dazu helfen, die geschilderten Spannungen ertragen zu lernen. Wenn es innerhalb eines Pflegeteams gelingt, diejenige Stimmung zu schaffen, auf Grund deren solche emotionalen Äusserungen möglich sind, ist sehr viel gewonnen. Ich sehe darin eine wichtige Aufgabe von Gruppenleiterinnen.

Die innere Unsicherheit des heutigen Menschen zeigt sich unter anderem auch in der Einstellung zur Verantwortung. Wer sich seiner Unsicherheit bewusst ist, wird sich nicht zur Übernahme von Verantwortung drängen, obwohl vielleicht gerade er am ehesten fähig wäre, sie zu tragen. Ein anderer setzt sich forsch über seine Unsicherheit hinweg oder verdrängt sie. Er wird seine Grenzen oft verkennen und Verantwortung übernehmen, ohne die dazu notwendige Kompetenz und Selbstkontrolle zu besitzen. Der Kranke wird im allgemeinen nicht in der Lage sein, die Kompetenzen der verschiedenen Pflegepersonen gegeneinander abzugrenzen. Er bringt seine Bedürfnisse dort an, wo es sich ergibt, also bei demjenigen, der gerade an seinem Bett steht. Es ist nun an diesem «Nächsten», sich so zu verhalten, dass der Kranke geborgen bleibt und die Nahtstellen zwischen den Kompetenzen von Schwestern und Pflegerinnen nicht als tiefe Gräben erlebt. In unserer arbeitsteiligen Welt ist die Gefahr gross, dass jeder die Verantwortung abschiebt. Hüten wir uns im Interesse des Patienten davor, dieses verbreitete üble Spiel auch im Spital mitzuspielen. Im Team ist Arbeitsteilung notwendig; ja das Team erhält von dort her seine Berechtigung. Damit ist immer auch eine Aufteilung der Kompetenzen und der Verantwortung verbunden. Wer am Krankenbett steht, hat aber zuerst einmal die ungeteilte Verantwortung zu übernehmen. Er hat dafür zu sorgen, dass Bedürfnisse des Patienten und Beobachtungen über seinen Zustand lückenlos, mit der richtigen Dringlichkeit und an die dafür zuständige Stelle rapportiert werden. Wer das nicht kann, gehört nicht ans Krankenbett.

Von Schwester und Pfleger her ist zu sagen, dass nur derjenige Mensch mit Freude und Einsatz arbeitet, dem im Rahmen seiner Fähigkeiten das Maximum an Selbständigkeit und Verantwortung zugestanden wird. Der reine Befehlsempfänger wird bald erlahmen. Wer sich als Objekt fühlen muss, ist als Mensch abgewertet. Die in ihm schlummernden Fähigkeiten werden ungenützt verkümmern.

Die Beziehung zwischen Patient und Krankenschwester

Diese Beziehung ist dann richtig, wenn sie einerseits alle die verschiedenen Schichten und Seiten beider beteiligten Menschen umfasst, also Verstand, Gefühl, Bewusstsein und Unbewusstes, und wenn anderseits das sachlich festgelegte Ziel, das Wohlergehen und die Heilung des Kranken, nie aus den Augen verloren wird. Für das Gelingen dieser Beziehung ist in erster Linie die Schwester verantwortlich. Mit zunehmender Genesung soll aber auch der Kranke Verantwortung an dieser Beziehung übernehmen. Wir dürfen nicht vergessen, dass beide Partner eine ganz bestimmte Rolle spielen. Auch wenn die Rolle der Krankenschwester, wie schon erwähnt, sich wesentlich wandelt und ihren starren Charakter weitgehend verloren hat, kann sich niemand der Tatsache entziehen, dass ein Beruf eine ganze Welt von Vorstellungen und Bildern um sich herum schafft. Die Schwester kann sich noch so sehr bemühen, ihre Beziehungen zum Kranken als Partnerschaft zu gestalten; sie wird trotzdem die Verantwortliche, die Wissende, die Geschickte, die Starke in diesem Verhältnis sein müssen. Es wird ihre Aufgabe sein, das Bild, das sich der Kranke von einer Schwester macht, mit den eigenen Bestrebungen und Notwendigkeiten in Einklang zu bringen. Der Kranke seinerseits ist in einer Not, ist genötigt, mehr oder weniger freiwillig ein Stück seiner Verantwortung, seiner Freiheit und seiner Selbständigkeit aufzugeben. Er braucht und sucht in der Regel echte Autorität, also eine Autorität, die auf Können und Persönlichkeit und nicht auf den Äusserlichkeiten einer Rolle beruht. Insofern darf eben die Schwester nicht nur Rolle sein, sondern muss über ihre Rolle hinauswachsen. Wenn sie das kann, wird ihr der Kranke seine Selbständigkeit und Freiheit gerne vorübergehend in Obhut geben. Die besondere Leistung, ja die Kunst der Krankenschwester besteht nun aber vor allem darin, dem Kranken entsprechend seiner fortschreitenden Genesung die Verantwortung, Freiheit und Selbständigkeit stufenweise zurückzugeben. Gelingt ihr das nicht, ist die echte Heilung in Frage gestellt. Leider wird diese Rückführung des Kranken in seine Rechte oft unterlassen, oder sie gelingt trotz entsprechender Anstrengung nicht. Die Gründe dafür liegen sowohl beim Kranken als auch bei der Schwester.

Das passive Kranken-Dasein, das Gepflegt-Werden ist für manchen Menschen eine Versuchung. In der heutigen Zeit ist es schwer, reif und erwachsen zu werden und sich den vielen Spannungen des Lebens immer wieder auszusetzen. Flucht aus der harten Wirklichkeit in die Krankheit ist entsprechend häufig. Dieses Krankheitsmotiv ist bei zahlreichen sogenannten psychosomatischen Leiden besonders wichtig. Aber auch bei rein körperlichen Krankheiten und bei reif und seelisch gesund erscheinenden

Erwachsenen finden sich solche regressiven, unreifen Züge. Sie sind durchaus menschlich. Wenn wir sie einfach verurteilen, wenn wir einem solchen Kranken einfach ins Gesicht sagen: «Das ist ja nur psychisch, Sie wollen ja gar nicht gesund werden!», dann verfehlen wir unser Ziel mit Sicherheit und werden unserer Aufgabe nicht gerecht. Wir verhelfen diesem Menschen kaum zur Gesundheit, geschweige denn zu grösserer Reife, sondern stossen ihn weiter in seine Not hinein. Die Not solcher Kranker liegt weniger auf dem Gebiet der Krankheit als auf demjenigen der Unreife. Hier kann nur helfen, wer behutsam vorgeht und sowohl psychologisches Können als auch seine überlegene und tolerante Persönlichkeit in die Waagschale zu werfen hat. Die Schwester wird bei solcher Hilfe, die schon eher der Psychotherapie zuzurechnen ist, höchstens unterstützende Funktionen ausüben können.

Das andere Hindernis, das uns bei der stufenweisen Aktivierung der Kranken immer wieder nach unten zu ziehen droht, liegt in uns selbst. Es ist das Bestreben, die starke Position dem andern gegenüber beizubehalten. Viele Schwestern bemuttern ihre Kranken weit über das notwendige Mass hinaus. In der Haltung beherrschender Mütter ihren Kindern gegenüber findet man eine Parallele. Man spricht von «Over-Care» oder «Over-Protection», von übertriebener Sorge. Aus der Entwicklungspsychologie wissen wir um die riesigen Schwierigkeiten, die Kindern in den Reifejahren aus einer solchen Haltung der Mutter erwachsen, wenn es darum geht, sich zu lösen und wirklich reif zu werden. Die Schutzbefohlenen loslassen können, ihnen durch Verzicht auf eine persönliche Bindung helfen, das ist eine wichtige und schwere Aufgabe nicht nur der Eltern, sondern auch von Sozialarbeitern und Pflegepersonal. Es geht hier eben um dieses stufenweise Gewähren von Freiheit und Selbstbestimmung. Gerade die engagierte, von ihrem Beruf begeisterte Schwester vergisst hier manchmal das wirkliche Bedürfnis ihrer Patienten, schafft Bindungen, wo Loslassen richtig wäre und zeigt damit eine Ichsucht, die sich leicht hinter einer altruistischen Fassade versteckt. Sie meint es ja so gut! Aber mit diesem Gutmeinen will sie nur ihrer eigenen Einsamkeit entfliehen. Sie täte besser daran, persönliche Beziehungen nicht unter ihren Kranken, sondern auf Grund des freien Wettbewerbs zu suchen.

Der Kranke soll – auch im modernen Spital – als Mensch mit seinen vielerlei verschiedenen Bedürfnissen im Mittelpunkt der Pflegetätigkeit stehen.

Hier zeigt sich auch die Spannung, die im Verhältnis zwischen Patient und Schwester in bezug auf Nähe und Distanz immer wieder auftaucht. Der Kranke in seiner Schwäche und Unsicherheit sucht menschliche Nähe in Form persönlicher Bindung. Das ist mehr als die Schwester geben soll. Sie hat zwar echtes Interesse und wendet sich dem Kranken menschlich zu. Gerade der unreife Neurotiker ist oft ein Künstler, wenn es darum geht, eine Krankenschwester in eine persönliche Bindung hineinzumanövrieren. Die sachliche Haltung, die zur Lösung der Aufgaben am Krankenbett nötig ist, erfordert eine gewisse Distanz. Das heisst keineswegs Gefühlskälte. Mitgefühl darf, ja muss durchaus mitschwingen, darf aber nicht in Identifikation und persönliche Bindung abgleiten, da das Mitgefühl dadurch zum Feind unserer Aufgabe würde. Die Spannungsfelder zwischen Nähe und Distanz und zwischen Mitgefühl und Verstand erfüllen die Beziehung zwischen Patient und Schwester. Es gilt, diese Spannungsfelder bewusst zu erleben und auszuhalten, ja sich darin wohlzufühlen. Allein auf sich gestellt wird das schwerer fallen als in einem Team, das sich gemeinsam auf diese Aufgaben besinnt und sich darüber offen aussprechen kann.

Die Krankheit

Für eine umfassende Pflege sind auch einige Besonderheiten der Krankheiten, wie sie sich in der heutigen Zeit darstellen, von grosser Bedeutung. Die Verantwortlichkeit des einzelnen und der menschlichen Gesellschaft als Ganzes für das Krankheitsgeschehen nimmt zu. Zwar gibt es auch heute noch Krankheit als unentrinnbares Schicksal. Es wäre falsch, die Augen davor zu verschliessen. Ich denke etwa an die multiple Sklerose und an manches Krebsleiden. Wenn uns aber da und dort ein Kranker fragt, was er wohl in seinem Leben falsch gemacht habe, dass ausgerechnet ihn diese Krankheit getroffen habe, dann ist das nicht immer nur auf seine depressive Stimmung zurückzuführen. Hinter dieser Frage steht doch oft mehr, und zwar ein Verantwortungsgefühl, das mehr geahnt als klar erkannt wird. Wir könnten diesem Kranken heute oftmals eine recht klare Antwort geben. Die Zusammenhänge zwischen Überernährung, Zuckerkrankheit und Arteriosklerose oder zwischen Rauchgewohnheit und Lungenkrebs sind heute zu offensichtlich, um einfach ausgeklammert zu werden. Süchtiges Verhalten in jeder Form wirkt auf den menschlichen Körper, einmal direkt durch Vergiftung, das andere Mal indirekt auf dem Weg des psychosomatischen Zusammenhanges. Vergessen wir nicht die Verkehrsunfälle mit ihren zahlreichen Opfern oder den Alkoholismus, eine Sucht, deren Ausmass und Folgen bei uns immer noch nicht in den richtigen Proportionen gesehen werden und die bei uns immer noch ganz erschreckend sa-

lonfähig ist. Die Beispiele liessen sich vermehren. Sie zeigen, dass es heute zahlreiche Krankheiten gibt, deren Ursachen bekannt und vermeidbar wären. Damit wächst die Verantwortung des einzelnen und der Gemeinschaft. Denn es fehlt ja nicht an der Erkenntnis und an Information. Offenbar ist es zu schmerzlich, die Konsequenzen aus den Kenntnissen zu ziehen. Viele wissen es wohl, bringen aber die nötige Disziplin nicht auf. Sie beklagen sich zwar über ihre schlechte Gesundheit und rufen nach Hilfe. Letztlich lassen sie sich kaum helfen, weil sie selber das Wesentlichste dazu beitragen müssten. Voll schlechten Gewissens rutschen sie mehr und mehr in den Teufelskreis von Sucht und Krankheit hinein. Wir stossen hier auf eine Kategorie von Patienten, die sich kaum helfen lassen. Bei wirklich gutem Willen kann heute jeder Kranke die bestmögliche Hilfe bekommen. Wenn er sich aber nicht darum bemüht oder wenn er mit Ärzten, Krankenschwestern und hilfsbereiten Angehörigen und Bekannten ungeschickt umspringt, dann wird die sachgemässe Hilfe immer wieder verunmöglicht, und es fragt sich dann jeweils, ob hier nicht eine neurotische Fehlhaltung dem Kranken verbietet, gesund zu werden. Solche Zusammenhänge klar zu erkennen, hilft uns, nicht unnötigerweise unserer unwirksamen Hilfsversuche wegen ein schlechtes Gewissen zu bekommen. Was hier aber vor allem gesagt werden sollte: Jeder Kranke, der gesund werden will, muss selber etwas dazu beitragen, muss innerlich bereit sein, gesund zu werden und muss die nötigen äusseren Schritte dazu unternehmen oder doch geschehen lassen.

Eine weitere Wandlung der Krankheiten liegt im Umstand, dass heute psychische Schädigungen häufiger sind und häufiger erkannt werden als früher. Die Technisierung, der Leistungswettbewerb, die Hilflosigkeit in Gefühlsdingen und viele andere Unsicherheitsfaktoren des heutigen Menschen machen ihn anfällig für alle funktionellen Störungen. Wir wissen, dass die Ärzte in ihren Sprechzimmern einen grossen Prozentsatz von Kranken zu sehen bekommen, die an solchen funktionellen oder psychosomatischen Krankheiten leiden. Ja, auch das Erlebnis der Krankheit selbst ist ein verunsichernder Faktor und kann mithelfen, eine an sich rein organische Krankheit zu verschlimmern und ihre Heilung hintanzuhalten.

Den seelischen Hintergründen und Begleitumständen, die bei keiner Krankheit fehlen, nicht hilflos gegenüberzustehen, sondern durch psychologische Kenntnisse und noch viel mehr durch richtigen Umgang mit dem Kranken sich dieser schwierigen Aufgabe gewachsen zu zeigen, ist ein Hauptfaktor der umfassenden Pflege.

Ein drittes Charakteristikum heutigen Krankheitsgeschehens darf in dieser Aufzählung keinesfalls fehlen: Die Zahl der Chronischkranken hat zugenommen. Die Hälfte aller Spitalbetten wird heute für diese Kategorie von Kranken gebraucht. Nicht nur die Spitalplanung hat sich dieser Forderung zu fügen, sondern auch die Ausbildung des Pflegepersonals. Die Pflege Chronischkranker unterscheidet sich in manchem Punkt beträchtlich von der Akutpflege. Aktivierung und Ablenkung des Kranken, psychologisches Verständnis und Disziplin der Pflegerin, sorgfältige Berücksichtigung der Grundbedürfnisse des Kranken, alle diese Dinge spielen hier die weitaus grössere Rolle als in der Pflege auf der Akutstation.

Die Besinnung auf die besonderen Anforderungen der Pflege von Chronischkranken und des Umgangs mit ihnen und die Entdekkung der Befriedigung, die daraus erwächst, könnten und sollten unsere Grundeinstellung der Krankheit gegenüber grundsätzlich verändern. Im Umgang mit Chronischkranken kann sich eine Schwester oder Pflegerin wie kaum sonstwo bewähren. Hier ist die Kunst des Umgangs alles; die Technik hat demgegenüber untergeordnete Bedeutung. Der monate- oder jahrelange Umgang mit den Kranken ergibt die grosse Chance, sie und ihre Grundbedürfnisse von Grund auf kennenzulernen und sich auch den langfristigen Problemen von Pflege und menschlicher Beziehung zu widmen. Mangelnder Durchhaltewillen und andere Charakterfehler werden unerbittlich zutage gefördert. Hier sind soziale Fähigkeiten und einwandfreier Charakter unabdingbare Voraussetzungen; Eigenschaften, die wir uns zwar für jede Schwester wünschen, deren Fehlen aber in der Akutpflege viel eher durch technische Betriebsamkeit verdeckt werden kann.

Die Chronischkrankenpflege ist zu Unrecht immer noch mit dem Odium des Trostlosen und Langweiligen behaftet. Wie in wenigen andern Gebieten finden sich bei Chronikern Leiden aus sämtlichen medizinischen Spezialitäten. Die akuten Komplikationen halten einen oft gehörig in Atem. Manche Aufgabe innerhalb der Chronischkrankenpflege weist über Spital und Krankenheim hinaus in die Domäne der ambulanten Hilfe, ins Haus des Kranken. Die engen Beziehungen zur Ergo-, Physio- und Psychotherapie unterstreichen ebenfalls die Lebendigkeit des Bildes.

Die Krankheit wird beim Chroniker wie kaum sonstwo zu einer Lebensform, zu einer Möglichkeit des Lebens, vielleicht des Überlebens; vielleicht auch zu der grossen Chance eines Lebens. Oft weiss man zwar, dass völlige Heilung nicht zu erwarten ist, wird aber um so dankbarer für Linderung und für Hintanhaltung von Verschlimmerungen. Hieraus ergibt sich ein weites Feld für Therapie und Prävention, aber auch für persönlichen Einsatz, und die Erfolge sind grösser als erwartet. Das Beste von allem ist aber das Erlebnis menschlicher Bewährung sowohl auf seiten der Kranken als des Personals.

Wenn die unheilvolle negativistische und passive Grundeinstellung dem chronischen Leiden gegenüber endlich auch bei uns in der Schweiz einer optimistischeren und aktiveren Haltung weichen würde, hätten wir sowohl glücklichere Patienten als auch weniger Personalsorgen.

Die Umgebung des Kranken

Es bleibt ein weiterer Gesichtspunkt zu besprechen, von dem aus wir uns dem Begriff der umfassenden Pflege nähern können: Wie soll die Umgebung des Kranken sein, damit sie dem Ziel der Genesung und des Wohlbefindens am besten dient? Neben der Krankenschwester gibt es ja noch eine ganze Reihe von Personen, die der Umgebung des Kranken zuzurechnen sind, wie Hauspersonal, Mitpatienten, Angehörige, Besucher. Und schliesslich wird die Umgebung auch noch durch die Räume und deren Einrichtung mitgestaltet.

Manches in dieser Umgebung betrachten wir wohl allzuoft als Selbstverständlichkeit. Etwa, dass auch das Hauspersonal die Regeln der Asepsis im Rahmen des Möglichen befolgt oder dass es seine Launen nicht am Kranken abreagiert. Um hier die Situation zu verbessern, ist eine enge Zusammenarbeit mit Hausbeamtin und Verwaltung anzustreben. Wir nehmen wohl auch allzuoft an, dass Angehörige ohne weiteres von sich aus imstande und gewillt wären, unsere Bemühungen um den Patienten zu unterstützen. Enttäuschungen, die wir gerade in dieser Hinsicht immer wieder erleben, sind nicht selten durch mangelhafte Information bedingt. Die Diätvorschriften zum Beispiel können den Angehörigen oft gar nicht bekannt sein.

Die Methoden, mit denen man dem Informationsmangel begegnen kann, sind vielfältig. Insbesondere kann ein Gespräch zwischen Schwester und Angehörigen manchmal Wunder wirken und kann gleichzeitig weitere, sonst kaum fassbare Probleme des Kranken zutage fördern und klären helfen. Manchmal wird es auch der Arzt sein, der diese Aufgabe übernimmt. Wenn immer möglich, soll die Mitarbeit und die Mitverantwortung der Angehörigen gefördert werden. Man wird zwar bei solchen Bemühungen immer auch gelegentlich auf Unverstand und Dummheit stossen. Die Durchsetzung von Diätvorschriften bei Diabetikern oder Fettsüchtigen lohnt sich bei jüngeren Kranken und bei deutlichen Ansätzen zu eigener Mitarbeit durch Patient und Angehörige. In etlichen anderen Fällen führt rigorose Strenge in eine vergiftete und vertrotzte Beziehung zwischen Kranken und Pflegepersonal hinein, ohne dass sich der Aufwand lohnt. Hier muss man zu Kompromissen bereit sein. Gerade solche Probleme ergeben sich beim Chronischkranken besonders häufig, und sie können nicht ein-

fach durch Entlassung des Kranken gelöst werden.

Die Beziehungen der Patienten untereinander sind ein nicht zu unterschätzender Faktor für Wohlbefinden und Genesung und für die Stimmung auf einer Abteilung. Es ist eine dankbare Aufgabe eines Pflegeteams, diese Beziehung nicht einfach sich selber zu überlassen, sondern sie bewusst zu steuern. Das Ziel wäre Mitverantwortung der Stärkeren und Gesünderen für die Schwachen und Hilfsbedürftigen. Wenn es gelingt, den Sinn für gegenseitige Verantwortung und Hilfe unter den Patienten einer kleinen Pflegeeinheit zu wecken, werden die guten Auswirkungen der Aktivierung, der Ablenkung, der Solidarität und des Mitspracherechts bald zu spüren sein. Ist der Stein einmal ins Rollen gebracht, bewegt er sich fast ohne unser Zutun weiter. Wenige Worte zur rechten Zeit genügen, um ihn in der gewünschten Richtung zu halten. Der neueintretende Patient wird sich gern und rasch der guten Atmosphäre anpassen.

Erlauben Sie mir einige Worte zur Gestaltung der Räume. Wir wollen sie nicht vergessen, auch wenn uns allen klar ist, dass im Vordergrund die von den Menschen geformte Atmosphäre zu stehen hat. Aber auch Ordnung, Sauberkeit und Ausstattung weisen auf den Geist hin, der in den Räumen herrscht. Wir wollen diese Grundbedürfnisse des Menschen nicht missachten. Zur Illustration möchte ich Ihnen über eine persönliche Erfahrung aus meiner Arbeit in Krankenheimen berichten. Ich war zu Beginn meiner Tätigkeit überzeugt, dass alte Menschen sich in modernen, relativ luxuriösen Bauten, wie sie in Zürich in den letzten Jahren erstellt wurden, weniger heimisch fühlen könnten als in Heimen älteren Stils. Ich musste mich unterdessen eines andern belehren lassen. Alte Menschen schätzen in der Regel den modernen Komfort und die neue Linie, weil sie spüren, dass man für sie etwas Besonderes aufgewendet hat, dass man sie nicht nur des Zweitklassigen, sondern des Erstklassigen für würdig erachtet hat. Für den Geist, der in einem solchen Haus herrscht, gibt dieses Gefühl der Insassen eine gute Voraussetzung. Der alte Mensch ist sich heute immer noch zur Genüge daran gewöhnt, aufs Stumpengeleise abgestellt und mit dem bereits Ausgedienten abgespiesen zu werden. Die folgenschwere Altersdepression hat nicht selten hier ihre Wurzeln.

Zur Gestaltung der Räume gehören nicht nur ansprechender Schmuck, sondern die für Kranke und Gebrechliche notwendigen Hilfseinrichtungen. Die sinnlosen Treppenstufen, die zu enge Lifttüre oder der unförmige Handlauf im Korridor oder am Treppengeländer hemmen die Selbständigkeit und damit das Selbstvertrauen des Kranken.

Lassen Sie mich noch einige Gedanken äussern zur sogenannten aktivierenden Pflege. Krankheit ergibt häufig ein Alibi für körperliche oder geistige Inaktivität. Ist die Krankheit gar chronisch, ist die Gefahr des Versinkens in Passivität und Depression besonders gross. Hier müssen gesunde Gegenkräfte so früh als möglich zur Wirkung gelangen. Ganz langsam nur fasst bei uns, im Unterschied etwa zu den angelsächsischen Ländern, der Gedanke Fuss, dass durch Schonung in der Krankenbehandlung im allgemeinen weit mehr Schaden angerichtet wird als durch Aktivierung. Hieraus erwächst ein neues Prinzip der Krankenbehandlung. Es gipfelt in der Beschäftigungstherapie und in der Rehabilitation. Wir dürfen die Anwendung des Prinzips der aktivierenden Krankenbehandlung aber nicht den Spezialinstituten überlassen. Es hat vielmehr wie ein roter Faden durch alle unsere Bemühungen um den kranken Menschen hindurchzugehen. Auch hier gibt es allerlei Widerstände zu überwinden. Sie liegen vor allem im Kranken, der es, wie uns der Alterskranke nicht selten sagt, nun doch endlich auch einmal schön haben will. Schliesslich spürt er dann aber doch, dass eine sinnvolle und seinen Möglichkeiten angepasste Beschäftigung seinem Leben einen neuen Sinn zu geben vermag. Widerstände finden sich aber auch bei Ärzten und Pflegepersonal. Es ist eine nicht immer leichte Aufgabe, die Reserven eines Kranken abzuschätzen. Das damit verbundene Risiko wird nicht immer gerne eingegangen. Erfahrene Ärzte sagen uns, dass es viel kleiner ist, als befürchtet wird. Für das Pflegepersonal bringt die aktivierende Pflege wiederum ein besonderes Engagement, gilt es doch, den Kranken von der Notwendigkeit seiner Mithilfe und seiner Aktivität zu überzeugen und ihn auch durch Misserfolge und Enttäuschungen hindurch zu begleiten. In der angepassten Aktivität des Kranken und des Genesenden haben wir ein echtes, noch vielfach verkanntes Bedürfnis vor uns. Die Zukunft wird auch uns Schweizer zwingen, uns in vermehrtem Masse nach diesem Bedürfnis auszurichten.

Zusammenarbeit

Auch wenn ich in meinem Vortrag nicht von der Gruppenpflege, sondern vom Begriff der umfassenden Pflege ausgegangen bin, muss ich noch kurz über die Zusammenarbeit am Krankenbett sprechen. Wenn wir mit unserer Pflege dem Kranken Sicherheit und Geborgenheit vermitteln wollen, müssen sich alle an der Pflege Beteiligten zu einem Team zusammenfinden. Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit ist heute mehr denn je die bestimmende Voraussetzung zum Arbeitserfolg. Abgesehen von den Voraussetzungen, die jedes Mitglied einer Arbeitsgruppe mitbringt, ist echte Zusammenarbeit nur möglich, wenn durch genügende Information innerhalb des Teams eine «unité de doctrine» entsteht. Die Aufgaben der Mitglieder müssen klar abgegrenzt und gegenseitig bekannt sein. Das Rapportwesen muss gut organisiert und instruiert werden. Wie schon früher gesagt, darf aber die Aufgabenteilung nicht zum Abschieben der Verantwortung Anlass geben. Ein gutes Arbeitsteam lebt davon, dass alle Beteiligten immer von neuem versuchen, miteinander über die im Alltag auftauchenden Schwierigkeiten zu sprechen. Das gute Team ist nicht perfektionistisch; wohl erkennt es das hohe Ziel, lässt sich aber durch die Fehler und die Schwierigkeiten, die allem Menschlichen anhaften, nicht lähmen, sondern ist bereit, daraus zu lernen. Der Leiter einer Arbeitsgruppe muss echte Autorität anstreben und darf sich nicht durch eigene unbewusste Machtansprüche oder Ängste leiten lassen.

Die Gedanken, die ich hier zur umfassenden Pflege geäussert habe, sind sicher unvollständig und von meinem Standpunkt als Arzt, der es vor allem mit Chronischkranken zu tun hat, geprägt. Ich liess mich leiten von gewissen, immer wieder auftauchenden Schwierigkeiten, die ich als Lücken im Kreis der umfassenden Pflege empfinde. Dabei ist den seelischen Hintergründen von Krankheit und Pflege grosses Gewicht zugekommen. Wenn Sie sich selbst fragen, wo die häufigsten alltäglichen Schwierigkeiten im Krankenhaus ihre Wurzeln haben, dann werden Sie wahrscheinlich, ähnlich wie ich, den Schwerpunkt in diesen Aspekten des menschlichen Umgangs erkennen. Der Kranke hat Anspruch auf menschliche Zuwendung und auf Geborgenheit. Krankheit ist aber nicht nur Schicksal, sondern hat immer auch mit der Selbstverantwortung des einzelnen und mit seiner menschlichen Reife zu tun. Es wäre deshalb falsch, menschliche Zuwendung und Geborgenheit mit spannungsloser Verwöhnung zu verwechseln. In der echten, von Mitgefühl getragenen Autorität einer Krankenschwester wird sich der Kranke eher geborgen fühlen als im verwöhnenden Gewährenlassen, auch wenn ihm dabei mancher auf seine Unreife zurückzuführende Wunsch versagt werden muss. Nur so spürt er, dass er ernst genommen wird und dass man ihm wirklich helfen will. Die Haltung des Pflegepersonals, die allein diese Art von Geborgenheit ermöglicht, ist alles andere als bequem; sie ist spannungsgeladen und nur durch fortwährende Selbstbesinnung und durch offenes Gespräch sowohl mit den Kranken als auch mit den Mitarbeitern zu erlangen. Nur sie führt aber in der heutigen Zeit zu einem echten Fortschritt in der Krankenpflege. Dabei wollen wir uns nicht darüber hinwegtäuschen, dass es in der Krankenpflege und im Spitalbetrieb noch zahlreiche andere, materielle Probleme und Schwierigkeiten gibt, die die umfassende Pflege und die Zusammenarbeit beeinflussen. Alle diese Probleme lassen sich aber nur dann richtig lösen, wenn der Mensch mit seinen echten Bedürfnissen im Mittelpunkt steht.