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

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1990)

Heft: 32

Artikel: Qualitätsaspekte der Langzeitpflege

Autor: Selz-Keller, Beat

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790397

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: 25.12.2025

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

Qualitätsaspekte der Langzeitpflege

Dr. med. Beat Selz-Keller, Leitender Arzt, Abteilung Rehabilitation und Geriatr. Med., Bürgerspital, 4500 Solothurn

Wovon sprechen wir?

Der Tod ist nicht die grösste Tragödie des Lebens. Die grösste Tragödie ist der Persönlichkeitsverlust; sterben in einer sterilen und abweisenden Zone, getrennt von seelischer Nahrung, von der Berührung einer liebenden Hand, getrennt vom Verlangen nach Erlebnissen, die das Leben lebenswert machen, getrennt von der Hoffnung (Cousins).

Von vier behinderten älteren Menschen leben drei in ihrem angestammten Bereich in der Gemeinde. Einer von den vieren ist jedoch infolge der für jeden Menschen individuellen, lebensgeschichtlichen Kumulation von Alter, Gesundheitsstörungen und sozialer Vereinzelung gezwungen, in einer Form von gemeinschaftlichem Wohnen und Leben Zuflucht zu suchen. Die Selbständigkeit ist in unterschiedlichem Ausmass verloren; ist es auch die Wahlfreiheit? Sind trotz der Abhängigkeit von der Hilfe Dritter noch Ressourcen erreichbar, die dem Leben auch auf der mit Leid und Verzicht beladenen Endstrecke einen Sinn geben können?

Seit den Achtzigerjahren gibt es ein – allerdings langsam – wachsendes Bewusstsein, dass wir es hier mit einem Problem von grossen gesellschaftspolitischen Dimensionen zu tun haben. Der soziale Wandel mit anderen Geschlechterrollen, anderen Berufs- und Arbeitsbedingungen, anderen Erwartungen vom eigenen Lebensweg und entsprechend veränderten Strukturen in Familie und Nachbarschaft führt dazu, dass in nie gekanntem Ausmass gemeinschaftliche Anstrengungen für die Bewältigung der Probleme auf der Endstrecke des Lebens nötig werden. Dem Zeitgeist gemäss wurden Spitäler von Asylen zu technischen Anstalten entwickelt, in denen es vielen nicht mehr wohl ist, weil das Individuelle und das Menschliche zu kurz kommen und mit immer grösseren Anstrengungen im Bereich bio-psycho-sozialer Phänomene immer geringeren Nutzen bringt. Ungeachtet allen Aufwands bleibt ein nicht mit interventionellen sondern nur mit menschlichen Kräften zu bewältigender Hilfsbedarf. Lange dachte man auch hier vorwiegend an Unterbringung. Unter dem Druck der Umstände wächst die Erkenntnis, dass Bauinvestitionen allein nicht mehr genügen. Das Problem und mögliche Lösungen müssen von Grund auf neu gedacht werden.

Versuch einer Definition

Langzeitpflege ist eine soziale Aufgabe mit dem Ziel, stabile Einschränkungen der körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Integrität durch ambulante oder stationäre Dienste zu ersetzen oder zumindest zu lindern, wobei es um Pflege und Betreuung, menschliche Zuwendung und Erhaltung verbleibender Funktionen geht. Es handelt sich um eine schwergewichtig soziale Tätigkeit mit von Fall zu Fall unterschiedlichem medizinischem Einschlag, welche hauptsächlich in den Gemeinden zu tragen ist. Sie ist nur aus historischen Gründen heute noch teilweise im Spital angesiedelt.

Was sind legitime Bedürfnisse?

Es besteht die Gefahr, dass sich Viele anstelle von Wissen und Erfahrung auf Vorurteile abstützen (müssen). In der Tat besteht ein grosses Defizit an methodisch guten sozial-wissenschaftlichen Untersuchungen, in der deutschen Schweiz noch mehr als in der welschen. Die Medizin ihrerseits hat in unserem Land diese komplexen Problemkreise noch kaum als Arbeitsgebiete anerkannt. Das Herzstück einer geriatrischen Ethik ist die Güterabwägung einer optimalen Versorgung, mit besonderer Berücksichtigung der Selbstbestimmung. Für geriatrische Ethik gelten nach Mc Cullogh und Lipson vier auch sonst gültige Prinzipien der medizinischen Ethik, hier aber in ihrer besonderen Ausprägung in der Geriatrie: Fürsorge, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Familienverantwortlichkeit.

Woran sollen wir uns halten?

Offensichtlich besteht auch ein Problem der sozialen Gerechtigkeit. Voraussetzung dazu ist eine faire Identifikation der Bedürfnisse. Damit verkoppelt ist das praktisch erhärtete rechtsphilosophische Prinzip, wonach sich die Gesellschaft zur Gewährleistung ihres Zusammenhaltes zu einer bestimmten Anzahl unverzichtbarer Pflichten zu bekennen hat.

Altersdiskrimination

Ein chronisch-kranker älterer Mensch hat mindestens vier stigmatisierende Qualitäten:

1. sichtbare Symptome
2. mögliche mentale Störungen
3. hohes Alter per se
4. Minderheitszugehörigkeit (Purtilo)

Ältere und behinderte Menschen sind ausgegrenzt, insofern sie keine Möglichkeit zur Mitsprache in zentralen Entscheidungen über ihr Leben und Wohlergehen haben. Aufgrund ihrer Verletzlichkeit hat sich eine weitläufige Literatur entwickelt, welche sich mit der moralischen, sozialen und gesetzlichen Verantwortlichkeit der Gesamtgesellschaft gegenüber den wohlverstandenen Interessen dieser besonderen Minderheit befasst (Branch).

Chronisch-kranke und behinderte ältere Menschen – als Kollektiv – präsentieren sich nicht als Individuen, welche in der Lage sind, einen positiven Beitrag an die Gesellschaft zu leisten, indem sie ökonomisch oder funktionell nützlich werden könnten. Verletzliche Randgruppen werden deshalb leicht als unwürdige und unnütze Gesellschaftsglieder angesehen. Es sind vergleichsweise zu kurz gekommene Mitbürger, Verlierer in der Lebenslotterie. Bei der Verteilung muss davon ausgegangen werden, dass gewisse Personen einen Vor- oder Zuschuss zugute haben, gewissermassen als Abgeltung für schicksalshafte Nachteile.

Alvar Myrdal sagt dazu folgendes: :Gleichheit bedeutet, dass dort wo die Natur grosse und grundlegende Unterschiede in den Fähigkeiten geschaffen hat, diese nicht die Chancen des Einzelnen im Leben bestimmen dürfen; vielmehr sollte die Gesellschaft den Ausgleich herstellen. Die Unterschiede in der Form körperlicher oder geistiger Nachteile können nie zum Verschwinden gebracht werden; sie können aber in einem grosszügigen Klima gemindert werden und man kann dagegen arbeiten, dass sie zu Diskriminierung führen. Von der Natur auferlegte Nachteile sollten nicht als etwas hingenommen werden, wogegen wir nichts zu tun vermögen.»

Wahlfreiheit als Grundhaltung

Zu Recht wurde vom höchsten amerikanischen Arzt, dem «surgeon general», die Erhaltung der Gesundheit und gegebenenfalls die Wiedererlangung von Lebensperspektiven als andere Seite der Medaille deklariert. Erst wenn Vorkehrungen getroffen sind, dass die notwendigen Mittel auch in diesem Bereich gerecht verteilt sind (Gesundheits- und Lebensberatung; Rehabilitation, Akutstationen für geriatrische Medizin) schliesst sich der Kreis. Anderenfalls gerät der unreflektierte Weiterausbau von stationären und ambulanten Langzeitfazilitäten in den Verdacht, als Element einer Abwehrstrategie gegenüber den ungewollten Erscheinungsformen des Alters zu wirken. Der integrale Respekt für Selbstbestimmung und wirkliche Bedürfnisse der Betroffenen ist nur dann gewährleistet, wenn überall wo dies möglich ist, eine echte persönliche Wahl die Gestaltung der letzten Lebensphasen mitbestimmt.

Integrale geriatrische Dienste

Der Aufbau einer in ihren gegenseitig gewichteten, kontinuierlichen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskette ist die unerlässliche Voraussetzung, um die Qualitätsdiskussion auf einzelne Sektoren Geriatrischer Spital-Medizin; ambulante Dienste, stationäre soziale Langzeitpflege beschränken zu können. Das System muss nicht perfekt und lückenlos sein, aber menschenfreundlich und verlässlich. Nur auf diese Weise ist zu gewährleisten, dass geriatrische Patienten nach den selben Qualitätskriterien untersucht und behandelt werden können, wie sie für alle anderen ärztlichen Disziplinen als selbstverständlich gelten. Eine korrekte Abklärung und eine Intervention (Butler), welche gerechte und selbstbestimmte Behandlungsmöglichkeiten sucht, hat jeder Heimplazierung voranzugehen. Qualität im gesamten Gebiet der Geriatrie wird erst gesichert sein, wenn dieses Grundpostulat erfüllt ist. Nur nebenbei sei darauf hingewiesen, dass nur auf diese Weise die nötige Vielfalt von Arbeitsplätzen in der Alterspflege entsteht, um in Konkurrenz mit der Wirtschaft genügend und menschlich geeigneten Nachwuchs rekrutieren zu können. Auch das ein Qualitätsmerkmal. Ebenso sei erwähnt, dass die hier skizzierte systematische Schau geriatrischer Dienste zu einer drastischen Aufwertung von Führung und Organisation verhelfen würde, auch zu einer Verbesserung von Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Pflegeberufen und Arzt. Beides sind Kernpunkte zur Verbesserung der Berufszufriedenheit und Minderung von Stress im Pflegebereich (Widmer). Auch dabei handelt es sich um Qualitätsmerkmale. In der deutschen Schweiz wird die ethische, gesellschaftliche, gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Dimension dieses Sachverhaltes weitgehend verkannt. Dies hat zur Folge, dass weiterhin Fehl- und Vorurteile, Ignoranz, Gleichgültigkeit oder Zufall die Entwicklung bestimmen. Damit könnten sich die anstehenden Aufgaben nach der Jahrhundertwende als unlösbar erweisen. Der politische Handlungsbedarf ist gross. Veränderungen werden sich nur um den Preis psychologischen Geschicks und unerschöpflicher Beharrlichkeit einstellen (Baumberger).

Was bestimmt Qualität in der Langzeitpflege

Eine einfache Antwort ist offensichtlich unmöglich. Im Zentrum stehen Werte, lebenskundliche Aspekte, ein Bild vom Menschen, die Sinnfrage. Das tägliche Tun und Lassen muss sich daran orientieren können, wenn es nicht zu einem Ver- oder Entsorgungsakt verkommen soll. Leben und erleben, Mitmenschlichkeit, Freude und Hoffnung gehören dazu, aber auch das Scheiden und Loslassen, Konfrontation und Konflikt.

Der hilfsbedürftige ältere Mensch, seine Angehörigen und die pflegerische Aufgabe sind ein untrennbares Ganzes. Dieses bildet einen schwer entwirrbaren Klüngel von Motiven, Stimmungen und Einstellungen.

Pflege enthält unausweichlich ein autoritatives Element. Gerade dieses Element kann die Pflege auch in ihr Gegenteil verkehren: Misshandlung. Diese moralische Sprengkraft macht den Beruf zusammen mit den mentalen und physischen Anforderungen ebenso anspruchsvoll wie kostbar. Pflegepersonal, das bereit ist, an der Erhaltung der Lebensqualität älterer Menschen mitzutragen, strengt sich an, auf die verschiedenen Persönlichkeiten einzugehen und ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Besonders wichtig scheint, dass sie auch versuchen, unzulängliche Teile der institutionellen Struktur, Führungsschwäche der Vorgesetzten, Unverstand und Widerstand von anderen Berufsgruppen zu kompensieren. Dass dies zu sichtbaren und messbaren Konsequenzen für die betreuten Betagten führt, muss nicht hervorgehoben werden (Käppeli).
Auch nicht betont zu werden braucht die Tatsache, dass das für jeden Patienten persönliche Muster von Abhängigkeit selbstgestrickt ist. Darin drückt sich ein Selbstbild aus, welches bestimmt, ob der betreffende Mensch schwer oder leicht zu pflegen ist.

Zu beachten ist die besondere Stellung der PflegerIn FA SRK. Nicht alle haben ausdrücklich gewählt, Pflegerin zu werden. Oft wollten sie Krankenschwester/-pfleger werden, genügten den Anforderungen nicht und merkten erst im nachhinein, dass sie damit auf dem zweiten Platz gelandet waren. Mit den Augen der technischen Erfolgswelt gesehen, besteht ein Gefälle im Ansehen der Akutpflege gegenüber der Langzeitpflege. Erst wenn man deren gesellschaftliche und lebenskundliche Pluselemente in die richtige Perspektive bringt, ergibt sich ein Ausgleich. Die ganze «Geriatrie» muss immer wieder gegen solche Formen der Zurücksetzung ankämpfen. Wenn weiterhin auch im Gesundheitswesen der kalte Eigennutz eine der obersten Bestimmungsgrössen bleibt, dann wird es in der Tat schwer sein, nach und nach den dringend nötigen Wertwandel herbeizuführen. Wie sollen auch die Krankenpflege-Schulen diesen Ansprüchen gegenüber ihren Schülern gerecht werden ohne Rückhalt in der Gesellschaft. Wie sollen es die Institutionen? So wird Qualität vom gesellschaftlichen Klima abhängig. Es färbt ab, dass es Massenmorde durch Todesengel oder eine Salmonellenepidemie im Altersheim braucht, bis Institutionen der Alterspflege in den Medien Beachtung finden.

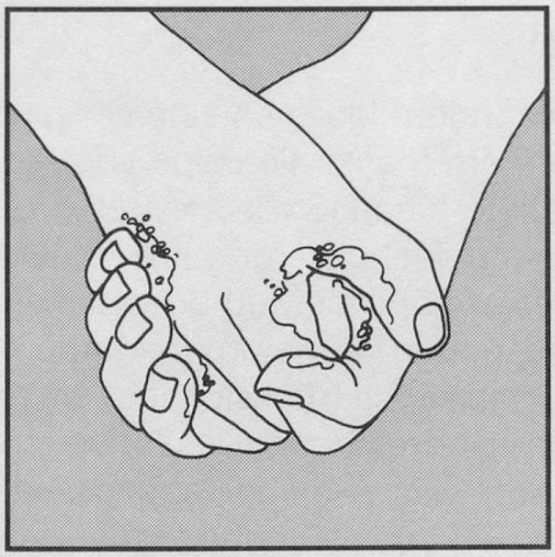
Ein Pflegeheim ist kein Spital

Auch die Medizin an den Universitäten wird sich nach und nach inne, dass die Beschränkung auf die mit heutigen technischen Methoden erfassbaren biologischen Vorgänge ganze Domänen menschlichen Seins unbeachtet lässt. Der Mensch ist keine Maschine und unter keinen Bedingungen je auf eine solche zu reduzieren. Die Ausweitung der Schau auf ganze Menschen und die Gesamtheit der Lebensvorgänge ergibt erst eine wahrhaftig «wissenschaftliche» Auffassung von gesund und krank. Im Pflegeberuf werden diese Widersprüche zunehmend stärker wahrgenommen und systematischer ausgedrückt, weil eine wahrhaftige Krankenpflege nur bestehen kann, wenn sie auf die Ganzheit des Menschen ausgerichtet ist. Wieweit sich dies auf die in mancher Hinsicht mit dem interventionell-technischen Modell erfolgreiche Praxis der Medizin auswirken wird, bleibe dahingestellt. In den Spitälern wird der Gegensatz zwischen medizinischem Berufsbild und Pflegephilosophie noch lange anhalten. Hingegen könnte viel unnötiger Verschleiss abgebaut werden, wenn wenigstens in der Langzeitpflege die massgeblichen Werte der beteiligten Berufe in grundsätzlichen Fragen zur Deckung gebracht würden. Dies setzt allerdings eine mentale Befreiung der Beteiligten voraus, mit entsprechenden berufsbildlichen Konsequenzen. Vielleicht fällt es allen leichter, wenn immer bedacht wird, dass Lebensqualität direkt von Pflegequalität abhängt und umgekehrt.

An Selbst- und Mitbestimmung orientiertes Handeln steht auch in engem Zusammenhang mit architektonischen Strukturen (Welter). Auch dies ein weites, in unserem Land eher wenig beackertes Feld. Die Architektur von Gemeinschaftsbauten ist ein getreuliches Abbild des Klimas, welches der Bevölkerungsgruppe entgegengebracht wird, für die gebaut wird. Solange Schulhäuser aussehen wie Kasernen, werden Heime aussehen wie Spitäler. Auch hier wird ein ziemlich radikales Umdenken und Abgehen von tradierten Modellen unumgänglich, wenn je in der innern und vielleicht sogar noch in der äussern Architektur das in der Institution angestrebte Beziehungsklima angebahnt, beziehungsweise ausgedrückt werden soll.

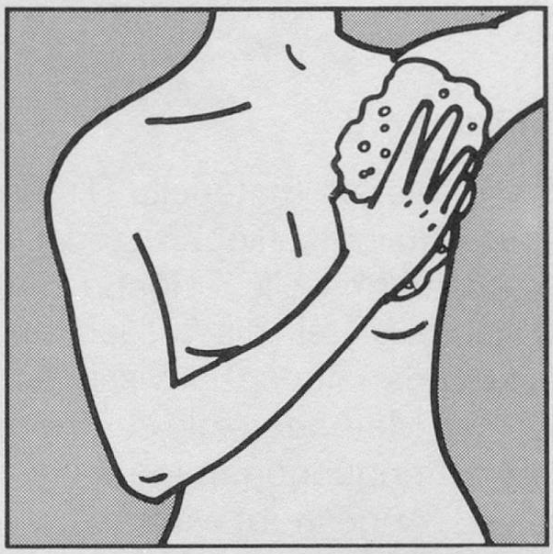
So ist es in mancher Hinsicht die klossige Haltung der Allgemeinheit vielen Altersfragen gegenüber, welche der Grund vieler Qualitätsprobleme in der Langzeitpflege ist. Der Prozess des Aufbauens und Reifens ist im Gang, aber langsam.

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

ICI-Pharma

Landenbergstr. 34 6002 Luzern

Knappheit der Mittel

Nicht eine Explosion sondern lediglich eine völlig normale Expansion der Kosten hat stattgefunden. Sie ist die Folge von Professionalisierung und Spezialisierung im Pflege- ebenso wie im Arztberuf, von Anspruchsinflation, Alterspyramide und Technisierung sowie der teilweise unangepassten Anwendung interventioneller Methoden auf ältere Menschen. Wenn man indessen das Ausgabenwachstum mit anderen Sparten staatlichen Tuns vergleicht, darf man es mit Rücksicht auf die erwähnten Entwicklungen als verhältnismässig bezeichnen. Die Zukunftsperspektiven gelten als besorgniserregend, weil das Angebot ebenso wie die berufspolitische Seite unbefriedigt sind. Ausgeglichenheit im Verteilungskampf um angemessene Mittel ist ein weiterer Pfeiler der Qualitätsdiskussion in der Langzeitpflege.

Praktische Qualitätsförderung

Die menschliche ebenso wie die materielle Dimension veranlassen den Staat, eine gesetzliche Aufsichtspflicht zu erlassen. Deren praktische Durchführung ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die keineswegs mit bürokratischen oder polizeilichen Mitteln als Aussenkontrolle wahrgenommen werden darf. In Frage kommen nur sozialwissenschaftlich bewährte, verständliche und verlässliche Methoden, die auch eine gewisse Bürgernähe haben. Eindrückliche Anstrengungen machte beispielsweise der Kanton Bern (Güntert; Schweizer). Angestrebt wird die Objektivierung der Diskussion. Darauf soll eine fortgesetzte, angstfreie Auseinandersetzung über angestrebte Ziele und Ausmass der Verwirklichung abstellen. Das Messinstrument besteht aus sach- und lebenskundigen Menschen, die sich anhand zum voraus festgelegter Kriterien mit einer repräsentativen Anzahl Betroffener unterhalten. Die Betriebskultur soll qualitativ und quantitativ beurteilt werden, zusammen mit einer Analyse der Institution bezüglich Umfeld, Bau und Führung. Daraus ergibt sich eine vertiefte Diskussion, welche zur Identifikation von Stärken und Schwächen und daraus abgeleiteten Massnahmen führt. Ein solcher Prozess bindet auch die Trägerschaft in die Verantwortung für die Qualität der Dienstleistung ebenso wie der angebotenen Arbeitsplätze ein. Die Überprüfung und Neudefinition von Zielen wird zu einem alltäglichen Vorgang gemacht, der in erster Linie zu einer Optimierung im Einsatz der Mittel führen soll. Ein solcher Prozess wird allerdings auch Lücken offenlegen, deren Schliessung unverzichtbar ist. Eine Einigung hierüber sollte einfach sein, weil sie sich definitionsgemäss auf im vorhinein vereinbarte und allgemein anerkannte Kriterien stützt. Es braucht nicht besonders gesagt zu werden, dass man durch

eine solche im Alltagsbetrieb institutionalisierte Qualitätsförderung überdies wichtige Hinweise für alle Komponenten von Aus-, Weiter- und Fortbildung bekommen kann.

Wir müssen weiterhin damit rechnen, dass die Gesellschaft vielen Aspekten der Altersproblematik zwiespältig gegenüber steht. Die Mittel werden beschränkt bleiben, der Patient oft ausserstande, sich für seine Rechte einzusetzen, seine Angehörigen befangen. Qualitätsförderung auf Gegenseitigkeit ist eine aktuelle Form, diese Widersprüche mit vertretbarem Aufwand und soliden Ergebnissen aufzulösen. Gerade aufgrund der absehbaren weiteren Verknappung personeller und materieller Mittel ist ein solches Vorgehen gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich nötig, ethisch und rechtlich unerlässlich.

Der vorliegende Artikel ist eine gekürzte Version eines Vortrages von Dr. Selz am Forum Davos 1990. Er ist ungekürzt und mit Literaturangaben in der Buchreihe des Forums Davos publiziert worden mit dem Titel «Die ältere Generation in der heutigen Gesellschaft», und wird im Buchhandel oder direkt beim Forum Davos für ca. Fr. 30.– erhältlich sein.

---

mediwar ag

Fachgeschäft für Spital-, Heim- und Arztbedarf
Krankenpflegeartikel, Fahrstühle und Rehabilitationsgeräte

Detailverkauf mit Ausstellungsraum
mediwar das Spezialgeschäft für **Krankenpflege** zu Hause

Ortopedia Rollstühle

ORTOPEDIA
BERATUNG
VERKAUF
SERVICE

mediwar ag Birmensdorferstrasse 360, 8055 Zürich
Tel. 01 - 462 18 11 und 01 - 461 06 30

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 8–12 Uhr und 14–18 Uhr
Samstag geschlossen