

Der alte Patient im Krankenhaus
Pflegerische, ärztliche, ethische und soziale Herausforderungen
Adelheid Müller-Lissner

36. Workshop Medizinethik, St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof, 9. März 2013

Wenn das Leben langsamer wird

Der 36. Workshop Medizinethik widmete sich der Herausforderung, die eine große, aber besondere Gruppe im Klinikalltag darstellt: „Der alte Patient im Krankenhaus“

Das Alter, schrieb Goethe in seinen „Maximen und Reflexionen“, sei ein „stufenweises Zurücktreten aus der Erscheinung“. Es gilt heute wie vor 200 Jahren: Anders als die viel beschworenen „rüstigen Rentner“, die sich in Ehrenämtern engagieren, Seniorenstudiengänge absolvieren oder in ferne Länder reisen, leben Hochbetagte meist zurückgezogen. Doch es gibt Orte, an denen Ältere und sehr Alte das Bild bestimmen. Neben Seniorenwohnheimen und Pflegeeinrichtungen sind das unsere Krankenhäuser. Der 36. Workshop Medizinethik, zu dem die Evangelische Akademie zu Berlin und das St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof am 9. März wieder gemeinsam geladen hatten, stellte sich deshalb einem immens wichtigen Thema: „Der alte Patient im Krankenhaus. Pflegerische, ärztliche, ethische und soziale Herausforderungen“.

Was ist „besonders“ an den Menschen, die doch auf vielen Stationen eines Krankenhauses längst die Mehrheit stellen? Die Ärztin und Theologin Dr. med. Henriette Krug von der Klinik für Neurologie der Berliner Charité setzte bei den langsamer werdenden Lebensvollzügen an – die zur Hektik des modernen Medizinbetriebs so gar nicht passen wollen. „Alte Menschen brauchen mehr Zeit, sie beanspruchen mehr Zeit und sie haben in ihrem Alltag auch mehr Zeit.“ Im Unterschied zu Heranwachsenden, die jeden Tag geschickter und routinierter werden, weniger Hilfe brauchen, werden sie hilfsbedürftiger: Involution statt Evolution, so nannte es die Neurologin. Dazu komme, dass Hochbetagte meist nur wenige soziale Kontakte haben, bis hin zur Vereinsamung. „Die wenigen zwischenmenschlichen Beziehungen, die ihnen erhalten bleiben, gewinnen dadurch erhöhte Bedeutung.“ In der Klinik sind sie plötzlich mit einer großen Anzahl bisher Unbekannter konfrontiert. „Beschränkt sich dann auch noch alles auf einen Zwei-Minuten-Kontakt, dann produziert das bei alten Patienten besonders viel Enttäuschung.“

Der Geriater Dr. med. Johannes Bruns ist in der privilegierten Situation, sich für seine Patienten mehr Zeit nehmen zu können. Er ist Oberarzt in der Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Hubertus in Berlin-Zehlendorf. „Wir dürfen unsere Patienten 20 Tage behalten“, so Bruns. Weil in diesem Fall andere Abrechnungsmodalitäten gelten als auf „normalen“ internistischen Stationen, konnte Bruns sogar sagen: „Der geriatrische Patient rechnet sich unter dem Strich.“

Doch wer ist ein geriatrischer Patient? Das kalendarische Alter allein ist nicht entscheidend, so erläuterte Bruns. Seine Patienten sind nicht nur über 70, sie leiden auch alle an mehreren Krankheiten. „Diese Multimorbidität ist entscheidend“, so Bruns. Sie wird in einer ausführlichen Diagnostik erhoben, dem geriatrischen Assessment, bei dem es vor allem um die charakteristischen sechs „großen I“ geht: Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, Intellektueller Abbau, Iatrogene Störungen. Zu letzteren, den erst durch die medizinische Behandlung verursachten Problemen, gehört die Vielzahl von Tabletten, die viele alte Patienten einnehmen. „Wir sind als immer wieder Altersmediziner bestrebt, das eine oder andere Medikament wegzulassen.“



In einigen Fällen kann das die Verwirrtheit mildern. Weil die Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu entwickeln, mit zunehmendem Alter steigt, bleibt dieses Thema trotzdem die wichtigste Herausforderung für die Altersmedizin. Die Neuropsychologin Britta Stieglitz widmete sich in ihrem Vortrag der Frage, wie gute Kommunikation mit alten, leicht bis schwer dementen Patienten im Stationsalltag gelingen kann. Eine Herausforderung stellt das schon deshalb dar, weil Pflegekräfte und Ärzte das Verhalten dieser Patienten selbst als herausfordernd und anstrengend erleben. Stieglitz wünscht sich, dass aus dem zähen Ringen tendenziell ein entspannter Tanz werden möge. Wie kann das gelingen? Wichtig sei zunächst die Einsicht, die wir dem bekannten US-Kommunikationsforscher Paul Watzlawick verdanken: Man kann nicht nicht kommunizieren. Auch wenn ein Pfleger oder eine Ärztin schweigen: Ihre Mimik, ihr Tonfall verraten sie. „Selbst schwer demente Menschen können differenziert Emotionen wahrnehmen, sie achten zum Beispiel stark auf den Tonfall.“ Gelassenheit, Ruhe, angemessener Humor, Respekt und Achtung: Alles, was im Umgang mit jedem Patienten richtig ist, gewinnt hier besondere Bedeutung. „Wir sollten immer wieder versuchen, das Verhalten eines dementen Patienten zu verstehen: meistens ist es sinnvoll.“ Oft ist das leichter gesagt als getan. Stieglitz plädiert deshalb dafür, dass für eine Entlastung der Mitarbeiter gesorgt wird, durch Fallbesprechungen im Team, durch Supervision und eine „Kultur der Fehlerfreundlichkeit“. Zudem wichtig, wenn auch oft vergessen: „Jeder von uns braucht einen Ausgleich zum Beruf.“

Das gilt auch für Mitarbeiter einer Klinik, die sich auf dem Weg zum Ehrentitel „seniorenfreundliches Krankenhaus“ befinden. „Diese Zertifizierung gibt es noch nicht, aber wir werden sie erfinden!“, versicherte beim Workshop Dr. med Dietmar Wittek von den Kliniken des Landkreises Neumarkt in der Oberpfalz. Der Anästhesist und Ethikberater hat in seinem Haus nicht nur fachspezifische Neuerungen wie eine besondere Betreuung rund um operative Eingriffe zum Schutz vor einem Delir eingeführt, das bei Hochbetagten nach einer Narkose besonders häufig eintritt. Wichtigste Neuerung ist möglicherweise das Ethikforum, in dem neben Klinikmitarbeitern auch Bürger sitzen. „Wir brauchen sie, weil sie nicht betriebsblind sind.“ In Neumarkt gibt es zudem seit kurzem mit Unterstützung des Diakonischen Werks ein bundesweit bisher einmaliges Angebot: Patienten, die keine unterstützenden Angehörigen haben, werden auf Wunsch von ehrenamtlichen Entlassungspaten nach Hause begleitet. „Sie bringen die Patienten nach Hause, gehen auf dem Heimweg beim Hausarzt vorbei, lösen das Rezept in der Apotheke ein und kaufen nebenbei noch Milch und Brot.“ Die Paten helfen damit beim Start ins neue Leben zuhause, das sich die meisten Patienten schon sehnlichst herbeigewünscht haben.

Doch gerade für Hochbetagte kann dieser Wunsch nicht immer Wirklichkeit werden. Sybille Kraus, Leiterin des Sozialdienstes und des Case Managements im St. Hedwig Krankenhaus der Alexianer in Berlin-Mitte, forderte in ihrem Vortrag, mit den Gedanken an die Entlassung und das Leben danach müsse schon vor der Aufnahme begonnen werden. „Das gehört zu einer ganzheitlichen Behandlung.“ Handlungsleitend sei dabei immer der Wille des Patienten, der auch im Gespräch mit den Angehörigen im Mittelpunkt stehe. „Alle Versicherten haben Anspruch auf ein solches Versorgungsmanagement, zu dem auch eine individuelle Pflegeberatung gehört.“

Gibt es eine besondere christliche Perspektive, der sich konfessionelle Häuser verpflichtet fühlen sollten – über gesetzliche Vorgaben und ermutigende „Best Practice“-Beispiele hinaus? Dieser Frage näherte sich Pfarrer Dr. Herbert Gillissen von der English-speaking Roman Catholic Mission in St. Bernhard in Dahlem ausgehend vom Jesus-Wort „Ich war krank, und Ihr habt mich besucht“ (Matthäus 25, 31-40). Zum christlichen Menschenbild gehöre die Überzeugung vom unendlichen Wert jedes einzelnen Menschen, „so alt und schwach er ist“. Gillissen, der zuvor lange in der Krankenhaus-Seelsorge gearbeitet hat, hob besonders die „heilende Kraft des Wahrgenommen-Werdens“ hervor.

Henriette Krug hatte in ihrem Vortrag am Vormittag schon aus medizinischer wie theologischer Sicht jedes menschliche Leben als „Leben in Beziehungen“ gekennzeichnet. Sie hatte aber auch auf die erschwerten Bedingungen hingewiesen, denen sich die Kommunikation im Alter durch körperliche und kognitive Einschränkungen oft ausgesetzt sieht. Sie hatte zudem betont, dass alte gebrechliche Patienten die Endlichkeit des Lebens besonders sichtbar machen – auch für professionelle Mitarbeiter eines Krankenhauses. Dabei hatte sie auch das „Recht des Menschen auf Unvollkommenheit“ stark gemacht.

Schon wegen der Grenzen, die Mangel an Zeit und finanziellen Ressourcen heute ziehen, muss dieses Recht auch für die Krankenhäuser selbst gelten. Verbesserungen setzen nicht zuletzt gute Datenerhebungen voraus. Zusammen mit dem Institut für Gerontologie und Ethik der Evangelischen Hochschule in Nürnberg haben die Kliniken des Landkreises Neumarkt kürzlich eine Erhebung über die Zufriedenheit von Patienten über 65 Jahre und ihren Angehörigen mit dem Krankenhaus durchgeführt, von der Aufnahme prozedur bis zur Entlassung. Die Beurteilung sei überwiegend positiv gewesen, berichtete Wittek. Er habe seine Mitarbeiter jedoch gemahnt, bei aller Genugtuung darüber bescheiden zu bleiben. „Freut euch nicht zu früh. Das ist die Generation, die noch nicht meckert!“

„Gemeckert“ wird landauf landab allerdings seit Jahren über die wenig anheimelnde, die Orientierung gerade im Alter erschwerende Architektur vieler Krankenhäuser. Der Karlsruher Architekt Linus Hofrichter von der Planungsgesellschaft Sander-Hofrichter zeigte Beispiele dafür, wie es gelingen kann „wegzukommen von den schrecklichen langen Krankenhausfluren, hin zu kommunikativen Marktplätzen“. Neben solchen Treffpunkten seien viel Tageslicht und wohltuende Farben gerade für alte Menschen wichtig. „Der menschliche Maßstab sollte nicht nur für die Komfortstationen entscheidend sein.“ Dabei müsse nicht jeder Patient ein Einzelzimmer haben – was viele Senioren gar nicht wünschen. „Doch im Mehrbettzimmer sollte es persönliche Reviere geben, die den Rückzug ermöglichen.“

In einem solchen Krankenhaus würde sich hoffentlich auch Herr Müller wohlfühlen. Nicht ihn selbst, aber seine Angehörigen hatten die Teilnehmer gleich zu Beginn des Workshops durch ein kleines szenisches Spiel des neu konstituierten Arbeitskreises Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses kennengelernt: Die 73-jährige Frau Müller beriet sich dort mit ihrer Tochter. Es ging darum, ob ihr 87-jähriger Mann sich wegen seiner schweren Arthrose wirklich ein künstliches Hüftgelenk einsetzen lassen sollte. Zwar sei der ehemalige Schuldirektor geistig sehr präsent, so hörten wir, doch selbst kleinste Störungen im Ablauf seines Alltags machten ihn in letzter Zeit unsicher und auch etwas widerspenstig. Würde er den Krankenhausaufenthalt und die anschließende Reha gut verkräften? Während die Ehefrau alles aufzählte, was gegen einen Krankenhausaufenthalt sprechen könnte, gab die Tochter zu bedenken, dass ihr Vater ohne Operation mit seiner Arthrose in der rechten Hüfte immer unbeweglicher werden würde. „Außerdem ist es doch heute ganz normal, noch mit 90 operiert zu werden.“

Der 36. Workshop Medizinethik machte deutlich, dass es für die Krankenhäuser eine Herausforderung bleiben wird, sich auf diese Normalität des Umgangs mit dem Besonderen einzustellen.

Adelheid Müller-Lissner

„Der Alte verliert eines seiner größten Menschenrechte: er wird nicht mehr von seinesgleichen beurteilt.“