

Martina Schmidl

Umgang mit Demenzkranken: ethische Anforderungen an Ärzte

Looking after Patients with Dementia: Ethical Demands on Physicians

Zusammenfassung

Die Alltagsethik bestimmt maßgeblich, wie wir uns Kranken gegenüber verhalten. Sie ist Grundlage unserer unzähligen kleinen und kleinsten Entscheidungen, die wir tagtäglich treffen. Im Getriebe des medizinisch-pflegerischen Alltags gelingt es allerdings häufig nicht, einen fürsorglichen und vertrauensvollen Kontakt zu den dementen Menschen herzustellen. Die Gefahr ist groß, emotional stumpf zu werden, sich von den Nöten der Kranken nicht mehr „anrühren“ zu lassen. Gute Kenntnisse in der Kommunikationsmethode „Validation“ und die kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team sind wichtige Voraussetzungen für die qualitativ hochwertige Bewältigung der komplexen und herausfordernden Aufgabe. Darüber hinaus bedarf es von Zeit zu Zeit der Ruhe, aber auch des Mutigen und der Wahrhaftigkeit, um darüber nachzudenken, ob wir noch zum „Wohle der Patienten“ handeln und entscheiden.

Schlüsselwörter: Demenz, Haltung, Kommunikation, Ethische Entscheidungen, Palliative Care

Abstract

“Everyday ethics” have a crucial impact on our behavior towards patients. It is the basis for the innumerable small decisions we make every single day. In the stress and turmoil in doctors’ or nurses’ everyday work it has often proved impossible to establish a caring contact and a relationship of trust with demented persons. So there is a risk of becoming insensitive towards the needs of the sick and weak. Excellent communication skills such as “Validation” and the continuous care of the multidisciplinary team of professionals are important requirements to master the challenging and complex task. Once in a while we should set aside time for a period of peace and quiet to give some thought to whether we are still acting for the benefit of the patients.

Keywords: dementia, attitude, communication, ethical decisions, palliative care

Dr. Martina Schmidl, MAS (Palliative Care)
Ehemals Oberärztin im „Pflegewohnhaus Liesing“
der Stadt Wien
Haeckelstr 1A, A-1230 Wien
martina.schmidl@gmx.at

„Verletzungen der persönlichen und kollektiven Würde stellen vielleicht eine noch nicht erkannte pathogene Kraft dar, die das physische, mentale und soziale Wohlergehen ebenso beeinträchtigen kann wie Viren oder Bakterien.“

Jonathan Mann (Epidemiologe, Harvard)

Als ich als Ärztin zu arbeiten begann, stellte ich rasch fest, dass ich im Verlauf meiner medizinischen Ausbildung mit allerlei Fertigkeiten und Wissen (skills and knowledge) ausgestattet worden war, dass jedoch der Bereich „ärztliche Haltung“ (attitude) weitgehend ausgespart worden war. Fragen tauchten auf: Wie werde ich eine „gute“ Ärztin, auf Basis welcher inneren Haltung oder Einstellungen komme ich zu „guten“ Entscheidungen, an welchen Werten und Zielen soll ich mich orientieren? Es fanden sich nur wenige Kollegen,¹ von denen ich in dieser Hinsicht lernen oder an denen ich mich orientieren konnte.

Eine besondere Brisanz bekam diese Frage, als ich begann, ausschließlich alte, chronisch Kranke und demente Menschen zu betreuen. In der Hektik des Alltagsgetriebes, in dem meist unter Zeitdruck gearbeitet werden musste, hatte ich jedoch zunächst nicht mehr die Kraft und die Ruhe, mich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen. Mit der Zeit fiel mir auf, dass ich zunehmend routiniert – nach den vorgegebenen Richtlinien und Standards – Patienten behandelte, am Ende jedoch viel zu selten darüber nachdachte, ob die unzähligen Entscheidungen, die ich ununterbrochen treffen musste, auch „richtig“ waren: Handelte ich noch zum Wohle des Patienten? Nahm ich den Kranken als einzigartige Person noch fürsorglich wahr oder „versorgte“ ich ihn professionell, aber mechanisch? Ging mir noch irgendetwas oder irgendjemand nahe, oder war ich – ohne es selber zu merken – emotional bereits stumpf und unempfindlich gegenüber den Nöten der Patienten geworden? Nahm ich die Sehnsucht der Patienten nach einer „Person“, nach einem Mitmenschen wahr? Und inwieweit war ich selber dafür verantwortlich,

dass ich meine Arbeit oft seelenlos „abspulte“? Erlaubte es der medizinische Betrieb überhaupt – Kranken wie Mitarbeitern – sich als „Mensch“ mit Ängsten, Zweifeln und Hoffnungen zu erleben? Zu diesem Zeitpunkt wurde mir bewusst, dass mich „große“ ethische Entscheidungen am Lebensende viel seltener beschäftigten als die unzähligen kleinen und kleinsten Entscheidungen in den alltäglichen Begegnungen mit hilflosen und dementen Menschen, dass jede Entscheidung über mein persönliches Verhalten den Patienten gegenüber eine ethische Entscheidung war. Ich kam zu dem Schluss: Ethik ist nicht nur etwas, mit dem sich vor allem „Experten“ befassen, sondern Ethik geht jeden einzelnen tagtäglich, Stunde für Stunde und Minute für Minute etwas an.

Herr Leopold: Ein Beispiel aus der Praxis

Herr Leopold war 81 Jahre alt, als er im Pflegeheim aufgenommen wurde. Wie die meisten Pflegeheimpatienten litt Herr Leopold unter mehreren schweren und einigen weit fortgeschrittenen chronischen Krankheiten: Mittelgradige Demenz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Depression, Hypertonie, höhergradige Durchblutungsstörung (PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit) und Zustand nach Oberschenkelamputation vor einigen Monaten wegen einer Osteomyelitis (infektiöse Entzündung des Knochenmarks).

Herr Leopold kam zuhause – noch dazu ohne Angehörige – nicht mehr zurecht. Er benötigte aufgrund seines beeinträchtigten Allgemeinzustandes und der praktischen Immobilität nach Oberschenkelamputation Hilfe rund um die Uhr. Bei der Aufnahme wirkte der Patient mürrisch, unglücklich und ablehnend. In den nächsten Tagen stellten sich bei dem Patienten Vertreter der verschiedensten Berufsgruppen ein: Der Orthopäde passte die Prothese an, die Physiotherapeutin half später beim Anlegen der Prothese und der Mobilisation, der Dermatologe begutachtete die Haut des Amputationsstumpfes, die ein wenig gerötet war, die Stationsärztin begann mit

der Einstellung von Blutdruck und Blutzucker, eine Schmerztherapeutin befasste sich mit den Schmerzen, die er im Amputationsstumpf angab, Pflegepersonen maßen regelmäßig Blutzucker und Blutdruck und boten ausgewählte Speisen und Getränke an etc. Kurz gesagt: Jeder bemühte sich nach allen Regeln der Kunst sorgfältig um das Wohl von Herrn Leopold. Doch Herr Leopold – bei der Aufnahme zwar unwirsch und ablehnend, insgesamt jedoch relativ ausgeglichen – geriet zunehmend außer Kontrolle: Er beschimpfte jeden, der in seine Nähe kam, ließ sich von niemandem mehr anfassen, schrie den ganzen Tag, rief immer wieder mit sehr lauter Stimme „Schneidet mir den Stumpf ab!“, lehnte seine Medikamente ab, aß nichts mehr, verlor daher Gewicht und der Blutzucker wurde schließlich unkontrollierbar. Derartige Herausforderungen stellen Ansprüche, denen nur ein Team gerecht werden kann. Deshalb wurde eine multiprofessionelle Besprechung einberufen, an der Pflegepersonen, Arzt und Therapeuten teilnahmen, um gemeinsam darüber nachzudenken, was Herrn Leopold so verstörte.

Ergebnis der Teamsitzung: eine in Validation² ausgebildete Pflegeperson sollte mit Herrn Leopold sprechen. Tatsächlich gelang es ihr – nach einigen anfänglichen Schwierigkeiten – Kontakt zu dem Patienten herzustellen und ein Gespräch zu führen, in dessen Verlauf sein großer seelischer Schmerz mit den Worten: „Alles dreht sich nur um meinen Stumpf, aber wer schaut auf mich?“ aus ihm herausbrach. Bei der nachfolgenden Teambesprechung wurde dieser Aufschrei wie folgt interpretiert: Keiner nimmt mich als Person wahr, ich werde anscheinend nur als „Problem“ wahrgenommen, nur einzelne Körperteile (Amputationsstumpf!) werden angesehen, nur Daten über meinen Körper gesammelt; aber wo bleibe ich als Person?

Die Frage, worunter Herr Leopold besonders litt und welche Ziele er für wichtig hielt, beantwortete er folgendermaßen: Am meisten litt er unter dem vollgestopften Tagesplan. „Alle wollen

etwas von mir!!“. Er hätte am liebsten seine Ruhe. Er wollte diese Prothese nicht. Die Anpassung und die Mobilisationsversuche versetzten ihn in Stress. Er meinte, er wäre völlig damit zufrieden, selbständig mit dem Rollstuhl auf der Station herumzufahren. In den nächsten Tagen bekam Herr Leopold „seine Ruhe“. Es wurde akzeptiert, dass er nicht mehr „selbständig gehfähig“ werden würde. Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen wurden auf das Notwendigste eingeschränkt. Darüber hinaus bemühte sich jeder Mitarbeiter – zumindest hin und wieder – aus der jeweiligen Funktion als Arzt/Pflege/Therapeut herauszutreten, um Herrn Leopold sozusagen als „Mitmensch“ zu begegnen. Tatsächlich dauerte es nicht sehr lange, bis er sich entspannte und sich am Ende als ein humorvoller und warmherziger Mensch zeigte.

Hochbetagte und demente Menschen sind im höchsten Ausmaß stressgefährdet

Mit dem Fortschreiten der Demenz verlieren die Patienten zunehmend die Fähigkeit, sich neuen Situationen anzupassen. Ein Umgebungswechsel, der Verlust von vertrauten Personen, gewohnten Gegenständen und Abläufen werden als bedrohlich und Furcht einflößend erlebt. Das ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass demente Menschen in einer unverständlichen und verfremdeten Welt leben müssen. Wird aufgrund einer verstärkten Pflegebedürftigkeit eine Einweisung in ein Pflegeheim notwendig, versteht der Demenzkranke häufig nicht sofort, was mit ihm geschieht und hat Angst. Demenzkranke Personen reagieren in Stresssituationen häufig mit Verhaltensauffälligkeiten, die sich zu einem manifesten Delir steigern können. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem „Relokationssyndrom“³ oder „Verlegungsstresssyndrom“. Jede Verhaltensänderung oder Verhaltensauffälligkeit eines dementen Menschen muss daher ernst genommen werden. Tatsächlich werden Demenzkranke nicht ohne Grund verhaltensauffällig. Unsere gemeinsame multiprofessionelle Aufgabe besteht darin,

mögliche Ursachen für das geänderte Verhalten zu erkennen und gegebenenfalls zu beheben. Leider werden die uns zunächst unverständlichen und beunruhigenden Verhaltensweisen des Kranken häufig zuerst dem Fortschreiten der Demenz zugeordnet oder als „psychiatrische Begleitsymptomatik“ gedeutet. Doch kann man die Signale, die die Patienten durch ihren Körper und ihr Verhalten aussenden, auch als Kommunikationsversuche von Menschen verstehen, die in ihren kommunikativen Möglichkeiten stark eingeschränkt sind. Ihre „Botschaften“ in Form von „Verhaltensauffälligkeiten“ stellen oft die letzte verbliebene Möglichkeit dar, sich ihrer Umwelt mitzuteilen. Herr Leopold befand sich nach der plötzlichen Pflegeheimweisung in einer manifesten Lebenskrise, die er mit seinen gewohnten Bewältigungsstrategien nicht mehr zu meistern in der Lage war. Die vielen unerwarteten und überfordernden Aktivitäten im Heim bedeuteten für Herrn Leopold eine nicht endende Abfolge von Stresssituationen. Führen wir uns exemplarisch lediglich folgende Situation vor Augen: Der alte, schwindlige, schwache und kognitiv beeinträchtigte Patient sollte sich plötzlich an eine Oberschenkelprothese gewöhnen, d.h. sie sich anlegen lassen, aufstehen und später mit ihr gehen lernen. Was für eine jüngere und kognitiv intakte Person bereits eine Herausforderung darstellt, bedeutet für einen dementen und körperlich geschwächten Menschen eine unabsehbare und beängstigende Zeit der Mühen und Plagen. Es ist leicht nachvollziehbar, wenn Herr Leopold Angst hatte zu fallen, zu versagen und sich für diese Aufgabe zu müde und schwach fühlte. Ein Teufelskreis begann: Die stets vorhandene Angstbereitschaft und Stressgefährdung des dementen Mensch nahm aufgrund der kontinuierlichen Überforderungen stetig zu, das Verhalten des Patienten geriet am Ende aus den Fugen.

Das bedeutet für den Arzt

Restriktive Anordnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, die mit einem Umgebungswechsel oder anderen Belastungen einhergehen: Die erhöhte Stressempfindlichkeit von dementen Menschen zwingt den Arzt dazu – noch viel sorgfältiger als bei kognitiv intakten Patienten – zu prüfen, ob der erwartete Nutzen der gewünschten medizinisch-technischen Diagnostik oder der potentiellen Therapien tatsächlich größer ist als die vorhersehbaren Belastungen für den Kranken: der unangenehme Transport, die erwartete Dauer der Untersuchung, mögliche Schmerzen, Übelkeit, Angst, Scham etc. Ist es vertretbar, das Risiko einer gravierenden Stresssituation einzugehen und in der Folge womöglich ein Delir auszulösen? Sind die Untersuchungen tatsächlich unaufschiebbar, oder kann man noch zuwarten? Welche Konsequenzen werden die Untersuchungsergebnisse möglicherweise haben? Und können diese dem Patienten gegebenfalls zugemutet werden?

Demenzkranken sind in höchstem Ausmaß verletzlich

Institutionen – seien es Pflegeheime, Krankenhäuser, aber auch Arztpraxen – haben ein enormes Arbeitspensum mit meist wenig Personal zu bewältigen. Die Mitarbeiter sind daher in der Regel vollauf damit beschäftigt, tagtäglich ihre pflegerische, medizinische oder therapeutische Arbeit in möglichst guter Qualität zu erledigen. Für das genauere Kennenlernen der Kranken, die einfühlsame Beobachtung und das Herstellen einer tragfähigen Beziehung fehlen scheinbar die Ressourcen. In der Hektik des Alltags ist es infolgedessen nicht ungewöhnlich, dass Berührungen und Worte häufig ausschließlich dazu dienen, Informationen zu sammeln oder Daten zu erheben (Blutdruck messen, Blut abnehmen, Prothesen anpassen oder die Lunge, das Herz, den Bauch untersuchen, etc.), Patienten anzuleiten, den Arm auszustrecken, sie aufzufordern, jetzt nicht zu atmen, den Tupper fest zu halten, sich dort und dort hinzubegeben und

vieles mehr. Worte klingen meist „professionell versorgend“ und Berührungen fühlen sich viel zu selten „fürsorglich zweckfrei“ an.

An eine persönliche Kontaktaufnahme, sozusagen „von Mensch zu Mensch“, ist in dieser eher unpersönlichen und angespannten Umgebung offenbar nicht zu denken. Doch nicht nur die „Zeitnot“ der Ärzte (und anderer Berufsgruppen) verhindert eine auf den Demenzkranken zugeschnittene adäquate Begegnung: Die notwendige empathische Haltung, Geduld und das ehrlich empfundene Mitgefühl für den besonders hilflosen Demenzkranken ist häufig nicht optimal entwickelt. Darüber hinaus fehlt in der Regel die kommunikative Kompetenz, um mit dementen Menschen Kontakt aufzunehmen und in Beziehung zu treten. Dieser Umstand ist besonders deswegen bedauerlich, da insbesondere für Demenzkranke (aber nicht nur diesen!) das Begründen einer vertrauensvollen Beziehung die Basis jeder gelungenen ärztlichen Behandlung und Begleitung bedeutet.

Das bedeutet für den Arzt

Beziehung und Kommunikation sind Dreh- und Angelpunkt für die gelingende Betreuung von Demenzkranken. Grundkenntnisse in der Kommunikationsmethode Validation sind daher unverzichtbar.

Als ich anfang, ausschließlich demente Menschen zu behandeln, scheiterte ich häufig schon bei der ersten Kontaktaufnahme. Das lag nicht nur an den widrigen Umständen, sondern auch an meiner kommunikativen Inkompetenz, die zu einer erheblichen Distanz zu den Kranken führte. Da es für mich unter keinen Umständen infrage kam, den Rest meines ärztlichen Daseins damit zu verbringen, Patienten als ein nie endendes Heer von „Fällen“ ohne menschliches Antlitz „abzuarbeiten“, bestand für mich kein Zweifel: Ich hatte die „Sprache“ der Demenzkranken zu lernen.

Die Beschäftigung mit der Kommunikationsmethode „Validation“ verbesserte meinen alltäglichen Umgang mit den dementen Menschen tatsächlich erheblich. Doch das versierte Anwenden

von Kommunikationstechniken alleine reichte noch lange nicht aus, um das Vertrauen der Kranken zu gewinnen. Ich musste bereit sein, mich ein Stück weit auf den Patienten einzulassen, um mich von den Sorgen des Kranken „anrühren“ zu lassen. Das erforderte eine Menge Fingerspitzengefühl, Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion. Der – zu den üblichen Erhebungsinstrumenten – ergänzende Einsatz meiner Person als lebendiges, fühlendes „Instrument“, brachte mich dem Kranken und seinen Nöten schließlich erheblich näher als das weitgehend automatisierte und routinierte Abspulen von – im besten Fall nur teilweise – sinnvollen Regelwerken, Checklisten und dergleichen.

Es gelang mir mit der Zeit, die Kranken in ihrem „normalen“ Verhalten besser kennen zu lernen, sodass mir Verhaltensänderungen häufiger auffielen. Da ich vertrauter mit ihren Wünschen und Bedürfnissen war, gelang es mir, individuellere, mehr auf den einzelnen Menschen zugeschnittene Therapiepläne zu erstellen. Wenn wir als Ärzte nicht genauer wissen, woran dieser spezielle demente Patient zu diesem Zeitpunkt subjektiv am stärksten leidet, sind wir außerstande, unser Wissen und unsere Kompetenzen effizient zum Wohle dieses Menschen anzuwenden.⁴

Mir wurde meine Macht über den Patienten bewusst: Es lag an mir und meinem Verhalten, ob sich der Kranke nach der Visite angenommen und verstanden fühlte. Ich achtete vermehrt auf mein Verhalten im Patientenzimmer: Betrat ich das Zimmer ruhig, machte ich mich bemerkbar und näherte ich mich dem Kranken langsam, damit er nicht erschreckte? Sprach ich mit dem Patienten, während ich ihn untersuchte, sagte ich ihm, was ich als nächstes vorhatte („ich höre jetzt aufs Herz“)? Oder hantierte ich stumm an ihm herum? Sprach ich leise mit Dritten „über ihn hinweg“? Und in welchem Tonfall redete ich den Kranken an?

Selbstverständlich unterliefen mir immer wieder Fehler. Kein Mensch kann sich rund um die Uhr „ideal“ verhalten, aber das macht nichts. Gottlob verzeihen uns die Kranken in der Regel

unsere Fehler. Die Praxis zeigte mir, dass es hilfreich war, hin und wieder innezuhalten, einen Schritt zurückzutreten, um mich zu fragen: „Tue ich noch das Richtige?“

Der ehemalige Klinikchef der Nürnberger Onkologie, Walter Gallmeier, der beklagte, dass die Qualitätssicherung nur der naturwissenschaftlichen Medizin gelte, betont: „Die Medizin ... hat zwei (!) wichtige Säulen, die naturwissenschaftliche und die Beziehungsmedizin.“⁴⁵ Die Kunst der Kommunikation mit Demenzkranken muss also Teil des ärztlichen Berufsbildes werden. Gelingt es dem Arzt nicht, dem Kranken mitfühlend zu begegnen, droht er zu einem Rädchen im Medizinbetrieb zu werden, das eher als Reparatereinrichtung mit Fabrikcharakter erscheint. In diesem System hat es wenig Bedeutung, das Leid des anderen wahrzunehmen und der Appell des Patienten „Sei mit Mir!“⁴⁶ trifft auf taube Ohren.

Demenzkranken sind chronisch Kranke

Über viele Jahre wurden Ärzte – aber auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen – im Wesentlichen dafür ausgebildet, akute Krankheiten zu erkennen und zu behandeln. Die Beschäftigung mit chronischen Krankheiten hingegen war eher „ungeliebt“, weswegen man ihnen in der Ausbildung deutlich weniger Zeit und Aufmerksamkeit schenkte. Doch die Zeiten haben sich geändert. Wir befinden uns heute in einer historisch einmaligen Situation, die uns eine Neuorientierung abverlangt: Noch nie haben so viele Menschen ein so hohes Alter erreicht. Die Anzahl derer, die über 65 Jahre alt sind, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Der Schwerpunkt im Gesundheitswesen hat sich daher langsam aber stetig von der Akutmedizin zu einer, wie Klaus Dörner es ausdrückt, „Chronisch-Krankenmedizin“ verschoben. Das bedeutet, dass chronisch Kranke zunehmend zum Regelfall werden. Die veränderte Realität verpflichtet demzufolge alle im Gesundheitswesen tätigen Personen dazu, herkömmliche Prioritäten, Werthaltungen und gewohnte Denkweisen

zu überprüfen, um neue, adäquatere Zugänge in der Behandlung von chronisch Kranken zu entwickeln. Diese Veränderungen zu ignorieren oder auf die leichte Schulter zu nehmen, kann gefährliche Auswirkungen in der Praxis haben: „Solange wir (...) in unseren Köpfen noch die akute Erkrankung als typischen Fall und als Maßstab für die Wahrnehmung und Behandlung der Patienten aufrechterhalten und damit die Heilung als das höchste Gut und Ziel ärztlichen Tuns ansehen, sind wir in Gefahr, den Patienten mit chronischem Verlauf für etwas Minderwertiges zu halten.“⁴⁷

Das bedeutet für den Arzt

Selbstreflexion: Welche Sprache gebrauche ich im inneren oder äußeren Dialog, wenn ich Demenzkranke beschreibe? Welche inneren Bilder habe ich von schwachen, chronisch kranken, hochbetagten Menschen? In welcher Werthaltung begegne ich ihnen? Muss ich meine Routinen, Denkweisen, Prioritäten überdenken? Bin ich mir im Klaren darüber, dass ich meine Haltungen „atmosphärisch“⁴⁸ der Umgebung mitteile?⁹

Überdenken des Berufsbildes: Das Berufsbild des Arztes muss sich in Anbetracht der veränderten Umstände den Gegebenheiten unverzüglich anpassen, denn: „Je akuter die Erkrankung eines Menschen, desto mehr wird der Umgang mit ihm geprägt von den typischen Merkmalen der jeweiligen Krankheit; je chronischer die Erkrankung eines Menschen, verlieren diese typischen Krankheitsmerkmale für den Umgang an Bedeutung und desto mehr werden die sonstigen persönlichen Bedingungen und Beziehungen des Menschen entscheidend“.¹⁰ Das heißt: In der Begegnung mit chronisch Kranken und dementen Menschen ist der Arzt nicht nur in seiner medizinischen Kompetenz, sondern vor allem als Person gefragt und gefordert. Dafür sind die Wenigsten ausreichend ausgebildet.

Arbeiten im multiprofessionellen Team: Eine Berufsgruppe alleine ist der komplexen und fordernden Betreuung, Behandlung und Begleitung von Demenzkranken bei Weitem nicht gewach-

sen. Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist somit unentbehrlich, wenn man jedem einzelnen Kranken als einzigartiger Person gerecht werden will.

Kontinuierliche Betreuung der Kranken durch dieselben Personen: Die kontinuierliche Betreuung der Patienten durch denselben Arzt/dasselbe Team ist unabdingbar, um mit den Patienten „vertraut zu werden“. Pooldienste oder Leihärzte, wie sie jetzt mehr und mehr modern werden, scheinen von der grundsätzlich falschen Ansicht auszugehen, dass Arzt und Patient beliebig austauschbar sind. Beziehung zwischen Patient und Arzt werden damit erschwert oder völlig ausgeschlossen. In ausschließlicher punktueller Begegnungen kann ein Arzt kein „Gefühl für den Patienten“ und seine „Eigenartigkeit“ entwickeln. Infolgedessen ist er viel zu häufig gezwungen, nach „Schema F“ zu behandeln. Das Erstellen eines für den speziellen Patient maßgeschneiderten Therapieplans wird unter den gegebenen Umständen schwierig bis unmöglich.

Demenzkranken sind meist hochbetagt

Obwohl in unseren Breiten in absehbarer Zeit alte Menschen die größte Bevölkerungsgruppe stellen werden, scheint das Alter kaum als ein eigener Lebensabschnitt mit ganz speziellen Befindlichkeiten, Prioritäten, Bedürfnissen und Zielen wahrgenommen zu werden. Im Gegenteil: Das in der Öffentlichkeit, den Medien oder in der Werbung vorherrschende Bild zielt im Wesentlichen auf Konzepte wie „Anti-Aging“ ab, ist häufig verbunden mit Slogans wie „für immer jung“ (alles mit dem Verweis auf entsprechende Warenangebote!) oder präsentiert Bilder von angeblich hundertjährigen Marathonläufern oder hochbetagten Fallschirmspringern, die offenbar unsere Vorbilder sein sollen. Man bekommt den Eindruck, dass das Alter als eine Fortsetzung der Jugend, lediglich eben als eine „schlechtere“ Jugend, vorgestellt wird. Das Alter folgt jedoch seinen eigenen Regeln und Gesetzen.

Das bedeutet für den Arzt

Selbstreflexion: Um hochbetagte und demente Menschen besser zu verstehen, war es für mich hilfreich zu versuchen, mich in ihre Befindlichkeiten einzufühlen: Was wäre mir an ihrer Stelle wichtig? Was würde ich von meiner Zukunft erhoffen? Welches wären meine Befürchtungen? Welche Prioritäten würde ich setzen und für welche Ziele wäre ich bereit, meine schwindenden Kräfte zu mobilisieren?

Vorsicht angesichts der Ungewissheit dessen, was das „Richtige“ für den hochbetagten, dementen Menschen ist: Antworten werden vor allem dann wichtig, wenn Ärzte (idealerweise gemeinsam, mit Angehörigen, Pflegenden und Therapeuten) Entscheidungen mit oder für Patienten treffen müssen, die sich in einer Lebensphase befinden, die wir aus eigenem Erleben überhaupt nicht kennen. Sind wir uns dieser Anmaßung bewusst? Wir waren ja noch nie dement, alt oder sterbend! Wenn ich mir vorstelle, dass ein wesentlich jüngerer Mensch (und unsere Patienten sind ja oftmals viele Jahrzehnte älter als wir selber), Entscheidungen für mich trifft, und wenn ich im Weiteren bedenke, wie sich meine eigenen Einstellungen, Werte und Ziele so gut wie in jedem Lebensjahrzehnt verändert haben, beschleicht mich ein gewisses Unbehagen. Zum besseren Verständnis der Besonderheiten der zweiten Lebenshälfte verhalf mir folgender Gedankengang von C. G. Jung: „Wir können den Nachmittag des Lebens nicht nach demselben Programm leben wie den Morgen, denn was am Morgen viel ist, wird am Abend wenig sein, und was am Morgen wahr ist, wird am Abend unwahr sein.“¹¹

Ziele definieren, Entscheidungen treffen

Frau Viktoria, eine Patientengeschichte

Frau Viktoria war 89 Jahre alt, als sie ins Pflegeheim kam. Die Aufnahme erfolgte, weil Frau Viktoria mehrmals täglich (und auch nachts) stürzte. Die weiteren Diagnosen waren eine beginnende Demenz, Hypertonie und Schwindel. Zudem hörte

und sah die Patientin schlecht. Frau Viktoria konnte aufgrund ihrer Gebrechlichkeit zu Hause nicht mehr alleine leben. Angehörige gab es keine.

Nachdem die Patientin schlecht sah, ließ sie sich (auf eigenen Wunsch) augenärztlich untersuchen. Es wurde ein „grauer Star“ diagnostiziert. Einige Tage später fanden sich Blutspuren im Harn. Der Urologe äußerte den Verdacht auf einen möglicherweise malignen Tumor und schlug eine (evtl. nur palliative) Abtragung des Tumors vor. Bei der Befundbesprechung (morgens war die Patientin relativ gut geordnet) lehnte die Patientin beide Eingriffe ab. Sie sagte: „Wer weiß, wie die Operation ausgeht und welche Zustände und Leiden ich nachher habe! Jetzt habe ich keine größeren Beschwerden, aber wer garantiert mir, dass es mir hinterher besser geht? Ich bin schon so alt und werde bald sterben. Das ist eben so.... Ich habe ja auch niemanden mehr!“ Die Aufklärung über den relativ harmlosen Eingriff am Auge mit dem vergleichsweise geringen Risiko, aber mit dem großen Nutzen einer besseren Sicht, ließ sie über sich ergehen. Sie winkte ab, wollte sich auf keinen Fall operieren lassen. Nach ihren Wünschen befragt, sagte sie: „Ich möchte einfach hier bleiben. Hier ist meine Heimat, hier kenne ich jeden ... Ich möchte meine Ruhe haben, nicht ins Krankenhaus gehen. Ich will hier bleiben und auf jeden Fall keine Schmerzen haben, kein Martyrium...“. Selbstverständlich wurde sie in entsprechenden Abständen wiederholt befragt, ob sie ihre Meinung geändert hatte. Sie lehnte bis zuletzt jeden Eingriff ab. Beschwerden hatte sie keine. Sie starb viele Monate später an einer Pneumonie.

Das bedeutet für den Arzt

Den Patienten nach seinen Wünschen und Zielen fragen: Es lohnt sich unbedingt, demente Menschen nach ihren Zielen und Wünschen zu befragen. Das Ausmaß der Autonomie, das ein Demenzkranker eben noch wahrnehmen kann, lässt sich jedoch nur feststellen, wenn die Kommunikation mit ihm gelingt. Frau Viktoria konnte im Gespräch ihre Vorstellungen äußern.

Das Recht auf Gebrechlichkeit und Schwäche anerkennen: Verstand Herr Leopold die Sinnhaftigkeit der anstrengenden Mobilisationsprozeduren überhaupt? War er überhaupt bereit, diese Belastungen mit allen damit verbundenen Ängsten und Anstrengungen auf sich zu nehmen? War ihm das von Arzt/Pflege/Therapeuten/Hausregeln/Standards etc. gesetzte Ziel, nämlich die selbständige Mobilität wiederherzustellen, alle Mühen wert? In der Praxis hat sich bewährt, der Frage: „Habe ich als Arzt/haben wir als Team auch wirklich alles getan?“ eine weitere Frage folgen zu lassen: „Habe ich als Arzt/haben wir als Team auch wirklich alles gelassen, was zu lassen ist?“ Unnötige Belastungen für den Patienten können so reduziert werden.

Fazit

Die Alltagsethik bestimmt maßgeblich, wie wir uns Kranken gegenüber verhalten. Sie ist Grundlage unserer unzähligen kleinen und kleinsten Entscheidungen, die wir tagtäglich, von Stunde zu Stunde und Minute zu Minute treffen. Im Getriebe des medizinisch-pflegerischen Alltags gelingt es allerdings häufig nicht, einen fürsorglichen und vertrauensvollen Kontakt zu den dementen Menschen herzustellen. Es besteht infolgedessen die Gefahr, emotional stumpf zu werden, sich von den Nöten der Kranken nicht mehr „anrühren“ zu lassen und sie daher im Wesentlichen routiniert „abzuhandeln“. Der Einzigartigkeit der Kranken wird man auf diese Weise jedoch nicht mehr gerecht. Gute Kenntnisse in der Kommunikationsmethode „Validation“, die die notwendige Kontaktaufnahme zum Kranken unterstützt, sowie die kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team sind wichtige Voraussetzungen für die qualitativ hochwertige Bewältigung der komplexen und herausfordernden Arbeit. Darüber hinaus bedarf es von Zeit zu Zeit der Ruhe, aber auch des Mutes und der Wahrhaftigkeit, um darüber nachzudenken, ob wir noch zum „Wohle der Patienten“ handeln und entscheiden. Mut brauchen wir insofern, als es sicherlich schmerzhaft wäre, wenn wir am Ende er-

kennen müssten, dass das, was am notwendigsten gebraucht wird, in einem erstaunlichen Ausmaß fehlt: Präsenz, Mitgefühl und Fürsorglichkeit.¹²

Referenzen

- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche Form verwendet. Wie in den Ausführungen deutlich wird, sind jedoch gleichermaßen Frauen und Männer gemeint. Eine geschlechtliche Diskriminierung ist durch die Wortwahl nicht beabsichtigt.
- 2 Validation (nach Naomi Feil): wörtlich „Gültigerklärung“; Methode, um mit desorientierten Hochbetagten zu kommunizieren.
- 3 Knipping C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, Verlag Hans Huber (2006), S. 143
- 4 Kojer M., *Kommunikation-Kernkompetenz in der Palliativen Geriatrie*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, 2. Auflage, Springer Verlag, Wien (2016), S. 9-17
- 5 Gallmeier W., *Süddeutsche Zeitung* Nr. 255, 4.11.1999, in: Gottschlich M., *Medizin und Mitgefühl*, Böhlau Verlag, Wien/ Köln/ Weimar (2007), S. 18
- 6 Gottschlich M., *Medizin und Mitgefühl*, Böhlau Verlag, Wien/ Köln/ Weimar (2007), S. 130
- 7 Dörner K., *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Schattauer, Stuttgart/ New York (2001), S. 112
- 8 ebd., S. 103
- 9 Schmidl M., Weissenberger-Leduc M., *Die „kleine Ethik“ – Überlegungen einer Ärztin und einer Pflegeperson*, in: Kojer M., Schmidl M. (Hrsg.), *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis*, 2. Auflage, Springer Verlag, Wien (2016), S. 287-296
- 10 Dörner K., siehe Ref. 7, S. 112
- 11 Jung C. G., *Die Lebenswende*, in: Kast V., Riedel I. (Hrsg.), *C. G. Jung, Ausgewählte Schriften*, Patmos (2011), S. 210
- 12 Kabat-Zinn J., *Zur Besinnung kommen – Die Weisheit der Sinne und der Sinn der Achtsamkeit in einer aus den Fugen geratenen Welt*, Arbor Verlag, Freiamt im Schwarzwald (2006)