

# Zeitschrift für Präventivmedizin Revue de Médecine préventive

bisher « Gesundheit und Wohlfahrt »

précédemment « Revue suisse d'Hygiène »

---

## Eine neue Wissenschaft: Die Gerontologie, ihr Wesen und ihre Aufgaben

Von Dr. A. L. Vischer, Chefarzt des Altersheims der Stadt Basel und Ehrendozent für Gerontologie an der Universität Basel

Da es immer alte Menschen gegeben hat, so müssen wir uns fragen, warum man erst in der allerletzten Zeit von Altersmedizin und Altersforschung spricht. Die Antwort ist sehr einfach: In fast allen Ländern Europas und Amerikas gibt es heute sowohl absolut als relativ mehr alte Menschen als dies je bei einem Volke in der Geschichte der Menschheit der Fall gewesen ist. Jeder zehnte Einwohner ist heute über 60jährig. Nehmen wir die Zahlen für die Schweiz: Im Jahre 1900 zählte unser Land bei einer Bevölkerung von 3,3 Millionen 307 000 Einwohner von über 60 Jahren und 193 000 Einwohner von über 65 Jahren. Im Jahre 1950 war bei einer Gesamtbevölkerung von 4,6 Millionen die Zahl der über 60jährigen auf 645 000, diejenige der über 65jährigen auf 438 000 angestiegen. Eine solche Verschiebung im Aufbau der Bevölkerung wirkt sich nach den verschiedensten Seiten aus. Man wird sich bewußt, daß es für das Volksganze keineswegs gleichgültig ist, wie es einer an Zahl so großen und immer größer werdenden Bevölkerungsgruppe körperlich und seelisch ergeht, ob die immer zahlreicher in unserer Mitte lebenden alten Mitmenschen in ihrer Mehrzahl mißgestimmt, verbittert, unglücklich sind, ob sie sich als wertlos und nutzlos halten, ob sie unter ihrem Beiseitegesetzsein leiden oder ob sie sich als beachtete und geachtete Glieder der Gemeinschaft fühlen.

Schon seit geraumer Zeit hat sich die Einsicht durchgesetzt, daß die Allgemeinheit den Alten finanziell zu Hilfe kommen muß. Es gibt heute kaum ein Land, das nicht in irgendeiner Form Altersversicherung, Altersrenten, Altersbeihilfe eingeführt hat, so wenig es größere Betriebe gibt, die nicht ihre Pensionskassen haben. So wichtig es ist, die Alten von ihren dringendsten Existenzsorgen zu befreien, so steht doch fest, daß damit nicht alles getan ist, um den Betagten zu helfen und ihr Los zu verbessern.

Da ja gerade die Verlängerung der Lebenserwartung nicht zum wenigsten den Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft zu verdanken ist, so

darf diese sich der Aufgabe nicht entziehen, dem Altersproblem ihre ernste Aufmerksamkeit zu schenken. Die Mächte, die den Menschen buchstäblich mehr ins Leben hineinstoßen, müssen ihren Beitrag leisten, damit das erweiterte Alter sowohl für das Volksganze als auch für den Einzelnen nicht nur eine Last, sondern auch Gewinn, nicht nur Schicksal, sondern auch Erfüllung wird. Im Gefühl dieser Verantwortung haben sich in den meisten Ländern, zuerst in England und Amerika, Ärzte und Psychologen zu Studiengruppen und Gesellschaften zusammengeschlossen, um die Probleme der Gerontologie und der Geriatrie zu erforschen. Mit Gerontologie bezeichnet man die Lehre vom Alter und Altern im weitesten Sinne, während sich für die klinische Beschäftigung mit den Alterskrankheiten der Name Geriatrie eingebürgert hat. Nun hängt aber das Ergehen und Befinden der alten Menschen nicht nur von ihrer körperlichen und seelischen Verfassung ab, sondern auch weitgehend von ihrer Umgebung, von ihren Wohnverhältnissen, von ihren mitmenschlichen Beziehungen und ihrer Stellung in der Gemeinschaft. Deshalb erstrecken sich die Bestrebungen der Gerontologie weiter über das Ärztliche und Medizinische hinaus in die Gebiete der Sozialpolitik, des Wohnungsbaus, der geistigen Hygiene und der Soziologie. Die Erforschung der Biologie des Alters führt dazu, daß man sich auch mit den Altersvorgängen beim Tier befaßt. Es ist auch wertvoll, zu erfahren, wie es den Betagten in früheren Epochen erging, wie es mit ihrem Ergehen in andern Kulturkreisen und bei primitiven Völkern bestellt ist; die Gerontologie muß sich also auch in der Völkerkunde und in der Kulturgeschichte orientieren.

Es genügt eben nicht, daß man den Alten zu zusätzlichen Jahren verhilft und sie länger leistungsfähig erhält. Viele Alte wissen gar nicht, was sie in der verlängerten Lebensspanne anstellen sollen. Man muß den Betagten ein Milieu bieten, in dem es sich sinnvoll leben läßt. Die weite Aufgabe der Gerontologie ist im Leitspruch der amerikanischen Gerontologischen Gesellschaft trefflich zusammengefaßt: *To add life to years, not just years to life.* Wir müssen die Jahre mit Leben erfüllen, nicht bloß dem Leben zusätzliche Jahre anhängen. Die verlängerte Lebensspanne darf nicht zu einem sinnlosen Anhängsel, nicht zu einem *medicated survival* werden, das Alter muß einen positiven Inhalt haben.

Nun wäre es aber doch nicht richtig, wenn man im Geist der heutigen Spezialisierungstendenz aus der Gerontologie eine neue Sonderdisziplin machen würde. Einmal schon darum nicht, weil das Alter kein scharf abgrenzbarer Lebensabschnitt ist. Die Kindheit ist gegen das Erwachsenenalter durch den Abschluß des Wachstums deutlich abgegrenzt. Eine solche Abgrenzung findet sich beim Alter gegenüber den vorausgehenden Lebensabschnitten nicht. Gewisse Altersvorgänge beginnen bereits in der Jugend. Das Alter steht am Ende von Wandlungen, denen die Zusammensetzung der Gewebe und der Körpersäfte und damit auch ihrer Funktionen während des ganzen Lebenslaufs unterworfen ist. Das Studium der Altersvorgänge muß sich folglich über den

ganzen Lebenslauf erstrecken. Das Alter ist in vieler Hinsicht das Endprodukt, das Resultat der vorangegangenen Lebensphasen.

Wir betrachten die Gerontologie nicht als ein Sonderfach, wir erblicken in ihr ein Programm. Ihre Aufgabe ist gewissermaßen eine vorläufige: Sie soll bei den Ärzten, bei den Vertretern der verschiedenen medizinischen Fächern das Interesse für das Alter, für das Altern wecken, sie soll auf die Wichtigkeit und auf die Notwendigkeit der Altersforschung aufmerksam machen; möglichst viele Ärzte sollen «gerontologically-minded» werden.

Vergegenwärtigen wir uns, was in den letzten Jahrzehnten von Ärzten, Erziehern, Psychologen geleistet worden ist, um das Wohlbefinden der Kinder zu fördern, wie man sich aufs Ernsthaftigste um die «Seele deines Kindes» bemüht. Wenn man nur mit einem Teil dieser Bemühungen und dieses Aufwandes und mit der gleichen Liebe und mit dem gleichen Interesse des Alters annehmen würde, dann wäre es mit ihrem Los besser bestellt.

Nach diesem allgemeinen Überblick möchten wir heute einige sozialmedizinische Aufgaben besprechen, die sich unmittelbar aus der heutigen Situation des Altersproblems ergeben. Wir stehen vor zwei Tatsachen: 1. Sämtliche Krankenhäuser leiden an Überfüllung. Während früher der Prozentsatz der übersechzigjährigen Patienten knapp 10% betrug, so ist er heute auf 30% gestiegen. Krankheiten im Alter haben eine längere Heilungsdauer, zudem nehmen sie sehr häufig einen chronischen Charakter an. Zudem sind die Betagten in steigendem Maße Unfällen ausgesetzt, deren Heilung eine lange Zeit beansprucht, man denke nur an die Schenkelhalsfraktur. 2. Die Pflege- und Altersheime, welche für die alten Chronischkranken bestimmt sind, sind alle überfüllt und weisen große Wartelisten auf. Aus sozialmedizinischen Enqueten wissen wir, daß etwa 7% der Übersechzigjährigen chronischkrank und pflegebedürftig sind. Mit der numerischen Zunahme der oberen Altersgruppen wird sich die Zahl der alten Chronischkranken beständig vergrößern.

Die Lösung dieser Kalamität sehen wir in der Schaffung von Abteilungen für alte Chronischkranke im Bereich der großen Krankenhäuser und Kliniken. Diese Lösung hat sich im Stadtspital Waid in Zürich und am Bürgerspital Basel bewährt. Das moderne Krankenhaus, dessen Erstellung und Betrieb mit seinen komplizierten diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen immer kostspieliger wird, soll ausschließlich für solche Kranke reserviert werden, welche zu ihrer Wiederherstellung dieser Einrichtungen bedürfen. Die Abteilungen für Chronischkranke sollen einen Heimcharakter haben, aber ebenfalls attraktiv ausgestattet sein, sie bedürfen aber nicht des kostspieligen klinischen Apparates. Ihre Aufgabe ist in erster Linie eine pflegerische. Ihre Angliederung an die Krankenhäuser und Kliniken hat den Vorteil, daß die Verlegung erleichtert wird; zudem besteht die Möglichkeit einer zeitweiligen Rückverlegung, wenn eine besondere Behandlung eine solche nötig macht. Der ärztliche Dienst ist dann auch besser gewährleistet als in selbständigen Pflegeheimen. Zwischen

den Pflegestationen und dem Krankenhaus kann sich ein anregender Kontakt entwickeln; ein weiterer Kreis von Ärzten wird mit den chronischen Krankheiten, die im allgemeinen Krankheitspanorama hervortreten, vertraut gemacht. Es ergeben sich auch Möglichkeiten der Forschung. Den Ärzten der Pflegeabteilungen steht der Rat der Spezialärzte der Polikliniken jederzeit zur Verfügung, ebenso die Untersuchungsmöglichkeiten in den Laboratorien und Röntgeninstituten der Kliniken. In unserem Lande befinden sich viele Pflegeheime auf dem Lande, manchmal sogar abseits und ferne von Ortschaften. Eine solche Isolierung ist höchst unerwünscht. Bei den Patienten wird das Gefühl der Einsamkeit, der Abgeschnittenheit vom früheren Leben und von der Allgemeinheit überhaupt verstärkt. Dabei bestehen auch vermehrte Personalschwierigkeiten. Es gibt auch recht zahlreiche Anstalten, denen es an einem genügenden ärztlichen Dienst fehlt. Sehr oft ist der ärztliche Dienst nur nebenamtlich. Darunter leiden nicht nur die Patienten, sondern auch das Personal, das ohne Kontakt, ohne Weiterbildung und ohne Ermunterung seinen schweren Dienst versehen muß. Solche Anstalten müssen leicht erreicht werden können. Besuche der Patienten sind von größter Wichtigkeit, sie dürfen nicht durch die Lage der Anstalt erschwert werden.

Die ärztliche Tätigkeit bei Alten und Chronischkranken kann nur fruchtbar sein, wenn sie eingehend und vertieft ist, dann erst wird sie anregend und interessant. Gewiß sind dem Arzt bei seinen therapeutischen Bestrebungen bei alten Kranken Grenzen gesetzt. Aber jegliches ärztliches Handeln hat hier seinen doppelten Sinn: Einmal, den Menschen Linderung zu verschaffen und ihm Hilfe zu bringen und dann, ihm durch das Eingehen auf seinen körperlichen und seelischen Zustand und eben durch seine Bemühungen zu zeigen, daß er auch in dieser letzten Lebensphase nicht für wert- und nutzlos gehalten wird.

Die gewissenhafte ärztliche Behandlung gibt dem alten Menschen wieder etwas von seiner menschlichen Würde, an der er sonst verzweifelt. Gerade bei Chronischkranken kann sich wahres Arzttum entfalten. Ich erlebe das sehr oft bei den Assistenten, die zum ersten Male auf die Pflegeabteilung kommen. Der Anblick der gehäuften körperlichen und seelischen Hinfälligkeit und des Leidens löst bei vielen zuerst eine seelische Erschütterung aus, deren Überwindung eine gewisse Zeit erfordert. Erst durch die Einsicht, daß die letzte Lebensphase ein integraler Teil des menschlichen Lebenslaufs ist und sich unter den festen Ordnungen alles natürlichen Geschehens vollzieht, gewinnt der junge Arzt den nötigen Abstand. Dann eröffnen sich ihm eine Fülle von Erkenntnissen und die ärztliche Tätigkeit gestaltet sich interessanter, reichhaltiger und befriedigender als er es je erwartet hatte.

Als ein erfreuliches Zeichen der Zeit im Sinne einer neuen, ärztlichen Einstellung gegenüber den Chronischkranken erblicke ich die Ausführungen, die Prof. J. Klaesi in seiner Berner Rektoratsrede 1950 «Der unheilbare Kranke und seine Behandlung» niedergelegt hat. Er sagte: «Krankheit bedeutet An-

passungsunfähigkeit an die Anforderungen des Lebens, Verminderung oder Aufhebung der Arbeits- und Genußfähigkeit infolge von Störungen und Ausfällen körperlicher oder geistiger Funktionen, oder körperlicher *und* geistiger. Mit solcher Begriffsfassung sind, wie man sofort erkennt, der Therapie ungeheuer fruchtbare Blickfelder eröffnet, handelt es sich doch jetzt nicht nur darum, den ursprünglich gesunden Zustand und Funktionserfolg wieder herzustellen und zu sichern, sondern da, wo eine Restitutio ad integrum nicht mehr möglich ist, die Anforderungen des Lebens der veränderten Leistungs- und Genußfähigkeit anzupassen. Damit ist auch der für die Hilfesuchenden wie für den Helfer verhängnisvolle Trennungstrich zwischen Heilbaren und Unheilbaren verwischt, wenn nicht gar ausgelöscht – denn es hängt nun von der Erfindungs-, Verhandlungs- und Erziehergabe des Arztes ab, wie weit ein unheilbarer Kranker noch zu einer gewissen Arbeits- und Genußfähigkeit zu bringen ist und den Anforderungen des Lebens genügen machen kann. »

Und weiter: «Die therapeutische Absicht des Arztes geht zuerst einmal dahin, mit den chronischen oder unheilbaren Kranken eine Gemeinschaft zu gründen: Er bringt und empfängt, belehrt und lernt, richtet auf und wird wieder aufgerichtet, denn nichts erhebt so sehr wie keimendes Vertrauen und das Bewußtsein stützender Kraft. Des Gewinns reiner Anteilnahme inne geworden, wendet sich der Kranke bald auch suchend und mitfühlend den Geschöpfen seiner näheren und weiteren Umgebung zu und erweitert seine Gefühlswelt und seinen geistigen Gesichtsbereich. »

Vieles, was eben über den ärztlichen Dienst gesagt wurde, gilt für das Pflegepersonal, dem chronische Patienten anvertraut sind. Die Pfleger und Pflegerinnen, die den ganzen Tag über um die Kranken sind, haben in der Tat keine leichte Aufgabe; an sie werden die größten körperlichen und seelischen Anforderungen gestellt. Sie müssen auf die schönsten Seiten der Krankenpflege verzichten. Wenn bei jungen Patienten auch die größte Mühe durch den glücklichen Ausgang einer Krankheit reichlich belohnt wird und eine tiefe innere Befriedigung auslöst, wozu sich nicht selten die aufrichtige Dankbarkeit des geheilten Menschen gesellt, so ist bei Chronischkranken ein solches schönes Erleben höchst selten. Jeder alte Kranke ist infolge seines besonderen, durch sein individuelles Leben geformten Charakters und seiner durch die Lebenserfahrung bedingten Lebensgewohnheiten ein eigenes Problem. Es erfordert kein geringes Maß an Geduld und Einfühlung, um die alten Persönlichkeiten zu erfassen, sie zu verstehen und ihnen zu helfen. Es muß immerfort Aufgabe des Arztes sein, beim Pflegepersonal das Verständnis für die Patienten zu wecken und zu fördern und auch der pflegerischen Arbeit lebendiges Interesse entgegenzubringen und seine Leistungen zu würdigen. Daß gerade für dieses Pflegepersonal für Freizeit und Ferien ausgiebig gesorgt sein muß, ist selbstverständlich.

Was die Ausbildung dieses Personals betrifft, so müssen die Abteilungen

für Chronischkranke von diplomierten Schwestern geleitet werden. Sie werden mit Vorteil von geeigneten Hilfskräften unterstützt, die von ihnen weiter unterrichtet und ausgebildet werden. Meistens bildet sich dann ein Grundstock von zuverlässigen und tüchtigen Kräften, die in dieser Arbeit ihre Lebensaufgabe finden, neben denen solche arbeiten, die nur vorübergehend für kürzere oder längere Zeit tätig sind. Bei dem Mangel an Schwestern, der sich immer mehr geltend macht, dürfte es kaum möglich sein, zur Pflege der Chronischkranken ausschließlich diplomiertes Personal zu finden.

Die Pflege der Chronischkranken ist eine hervorragende Schule für das angehende Krankenpflegepersonal, und es wäre sehr zu empfehlen, daß die Lernschwestern von Pflegerinnenschulen einen Teil ihrer Probezeit auf einer solchen Abteilung absolvieren müßten. Bis jetzt hat sich diese Anregung noch nicht bei allen Leitungen solcher Schulen durchgesetzt. Der verdiente Stadtarzt von Zürich, Dr. H. O. Pfister, schreibt darüber in einem Referat am letzten Internationalen Krankenhauskongreß in Brüssel: «Es ist bedauerlich, daß nur zu oft die fähigsten und tüchtigsten unter den Schwestern die Pflege von Chronischkranken als eine untergeordnete und demütigende Aufgabe betrachten, und daß gewisse Pflegerinnenschulen diese Auffassung teilen.» Dies ist ein Zeichen dafür, daß die Diskriminierung des Chronischkranken als Patienten zweiter oder dritter Klasse noch nicht überall verschwunden ist. Auch bei der Unterbringung dieser Kranken macht sich diese bemerkbar. Das klingt schon aus den Bezeichnungen heraus, die solche Anstalten tragen, «Versorgungshaus, Siechenhaus, Asyl für Unheilbare» usw.

Prof. Bleuler äußerte sich vor nicht langer Zeit über die Zukunft unseres psychiatrischen Anstaltswesens: «Die Grundlagen unseres psychiatrischen Anstaltswesens sind hundert Jahre alt geworden. Bei der großartigen Entwicklung, die die Medizin in dieser Zeit durchgemacht hat, sollte man annehmen können, daß die Umgestaltung und Anpassung dieser Grundlage an die heutigen Anschauungen eine brennende und aktuelle Aufgabe der Ärzteschaft bedeuten, dies um so mehr, als es an Unzufriedenheit mit den psychiatrischen Anstalten nicht fehlt. So ist es erstaunlich, festzustellen, daß im Gegenteil wenig an diesen Grundlagen unseres Anstaltswesens gerüttelt wird, wie sie der allgemein-ärztlichen und fachärztlichen Diskussion weitgehend entrückt scheinen und wie wenig Arbeit an ihrer Modernisierung im Gang ist.» Prof. Bleuler erhebt dann die Mahnung: «Meine Ausführungen sollen die Kollegen daran erinnern, daß die Zeit und die fortschreitende Erkenntnis gebieterisch grundsätzliche Reformen der Anstalten verlangen und daß wir Ärzte es sind, diese Reformen planen zu müssen.»

Was Prof. Bleuler über die psychiatrischen Anstalten sagt, gilt mindestens so sehr für die Unterbringung der alten Chronischkranken. Am Internationalen Krankenhauskongreß in Brüssel 1955, an welchem das Problem der Chronischkranken zur Diskussion stand, wurde allgemein der These zugestimmt, daß die

Chronischkranken nicht in isolierte, selbständige Anstalten gehören, sondern in Pflegeabteilungen, welche den großen Krankenhäusern und Kliniken angegliedert sind.

Nun wird es nicht möglich sein, alle alten Menschen, die aus irgendeinem Grunde nicht mehr fähig sind, ein selbständiges Leben zu führen, und alle alten Pflegebedürftigen in Pflegeheimen und Altersheimen unterzubringen. Schon der Mangel an Pflegepersonal wird der unbeschränkten Hospitalisierung alter Menschen eine Grenze setzen. Wir müssen uns auch bewußt sein, daß für viele Alte der Eintritt in ein Heim und damit die Trennung vom altvertrauten Hausrat und die Aufgabe der Selbständigkeit eine schwere seelische Belastung ist. Zudem verlangt die Versetzung in ein fremdes, ungewohntes Milieu eine Anpassungsfähigkeit, die alte Menschen nicht mehr aufbringen. Die Unterbringung in einem Heim soll nur für pflegerisch schwierige und ungenügend betreute Kranke in Frage kommen; sie ist eine sozialbedingte Notlösung. Alten Menschen, deren Wohnung zu groß oder denen die Führung eines Haushaltes zu beschwerlich wird, bieten Alterswohnungen eine gemäße Unterkunft. Es handelt sich um Kleinwohnungen, die in besonderer Weise den Bedürfnissen und Behinderungen der Betagten angepaßt sind. Entweder sind sie in Wohnblocks meistens im Erdgeschoß eingestreut oder sie sind zu eigentlichen Siedlungen zusammengefaßt. In Schweden werden Genossenschaftsbauten nur dann subventioniert, wenn sie auch Alterswohnungen enthalten. In den Alterssiedlungen bestehen gewisse Gemeinschaftseinrichtungen für Heizung, Wäsche und Badegelegenheit und eventuell Betreuung durch eine Krankenschwester; im übrigen ist den Bewohnern ein vollkommen selbständiges individuelles Dasein gewährleistet. Die erste schweizerische Alterssiedlung wurde 1932 in Genf erstellt, 1952 folgte Zürich mit dem Espenhof. In Basel wurde eine solche Ende letzten Jahres dem Betrieb übergeben, eine weitere ist im Bau begriffen.

Viele alte Patienten ziehen es vor, zu Hause in ihrer Familie gepflegt zu werden. Hier kann die Pflege individueller gestaltet, den Wünschen und Gewohnheiten des alten Menschen besser Rechnung getragen werden. Deshalb muß die Pflege in der Familie gefördert und mit allen Mitteln unterstützt werden. Wir haben in fast allen größeren Ortschaften unseres Landes Gemeindegewestern und Hauspflegeorganisationen, die aus privater, meist konfessioneller Initiative hervorgegangen, seit langer Zeit eine segensreiche Tätigkeit entfalten. Sie erfüllen die wichtige Aufgabe, den Kranken in ihrem Heim die Sorge um die Haushaltung zu erleichtern oder abzunehmen. In neuester Zeit sind Bestrebungen im Gang, die Hauspflege auch nach der pflegerischen Seite auszubauen. In Zürich werden vom stadtärztlichen Dienst Kurse durchgeführt, in denen die Organe der Hauspflege mit den Grundzügen der Krankenpflege vertraut gemacht werden. Sehr beachtenswert ist die Haushaltalterspflege, die vom Fürsorgedienst der Medizinischen Klinik in Zürich ins Leben gerufen wurde und bald die ganze Stadt erfaßt. In England wurde als wertvolle Unter-

stützung der Hauspflege der «Meals on wheels Service» eingeführt. Equipen, die vom Roten Kreuz und freiwilligen Frauendienst organisiert sind, bringen invaliden Alten eine warme Mahlzeit täglich ins Haus. Zweifellos sind noch weitere Maßnahmen denkbar, um alten Kranken das Leben zu Hause zu erleichtern und auch zu erheitern. In verschiedenen Ländern gibt es freiwillige Vereinigungen, die es unternehmen, die Kranken zu besuchen, ihnen Lesestoff zu vermitteln, ihre Korrespondenz zu erledigen und ihnen die Wäsche- und Flickarbeiten zu besorgen. Bei uns werden ähnliche Ziele von den Organisationen «Das Band» und «Pro Infirmis» verfolgt. Hier würde gerade pensionierten, aber noch leistungsfähigen alten Menschen Gelegenheit geboten, ihren weniger begünstigten Altersgenossen wertvolle Dienste zu leisten und damit auch ihr eigenes Alter sinnvoll zu gestalten.

Es wäre sicher nützlich, wenn in unseren großen Ortschaften und in einzelnen Bezirken unseres Landes sich Wohlfahrtsausschüsse für das Alter — in England bestehen schon seit geraumer Zeit solche «Old People's Welfare Committees» — gebildet würden, welche über die Bedürfnisse und Nöte der Alten und Kranken orientiert sind und nach Mitteln und Wegen suchen, um Hilfe zu bringen.

Nach diesem kurzen Überblick über die Bestrebungen der Gerontologie in bezug auf die kranken und pflegebedürftigen alten Menschen möchte ich noch einige Worte beifügen, welche das Verhältnis der Gemeinschaft zu den Betagten überhaupt betrifft. Das Ergehen der Alten ist im weitesten Sinne abhängig von der Art des geistigen Klimas, in dem sie leben. Jede menschliche Persönlichkeit kann in einem gleichgültigen oder gar feindseligen Klima nicht gedeihen und sich nicht entfalten. Deshalb ist die Grundeinstellung der unmittelbaren Umgebung der Alten und der Volksgemeinschaft für ihr Befinden von entscheidender Bedeutung. Ohne Verständnis und ohne Liebe wird alle Hilfe ihren Zweck nicht erreichen. Es ist nicht ohne weiteres leicht, die Alten zu verstehen. Wir müssen zuerst untersuchen, wo die Ursache ihrer Klagen und Nöte liegen. Erst dann werden wir auch die richtigen Mittel und Wege finden, um ihnen wirklich zu helfen und ihnen ein erfülltes Leben zu verschaffen. Ich bin überzeugt, daß, so gut sich Kinderfehler vermeiden lassen, sich auch manche Fehlhaltungen und Fehlhandlungen bei Alten vermeiden lassen. Man spricht heute von Problemkindern und meint damit Kinder, deren Verhalten gegenüber den Eltern, den Erziehern und der Mitwelt besondere Schwierigkeiten macht. So gibt es auch Problemalte, die sich im Alter nicht zurechtfinden, die sich an ihre veränderte Gesundheit, an ihre veränderten äußeren Verhältnisse, an die veränderte Welt nicht anpassen können. Der Umgang mit alten Menschen will erlernt sein, aber auch die Alten muß man lehren, wie sie besser durchs Leben kommen, wie sie sich in bezug auf ihre Kinder und auf ihre weitere Umgebung einstellen sollen. Gerade im Verhältnis zu den Kindern ließen sich viele Fehler vermeiden. Das Verhältnis der Generationen unter-

einander hat ja zu allen Zeiten zu reden gegeben. In unserer heutigen Zeit mit ihrem gesteigerten Tempo und Rhythmus, wo sich die Lebensauffassungen und der Lebensstil ununterbrochen verändern, mit ihren neuen Wohnungsverhältnissen, ist es für die ältere Generation doppelt schwierig, nachzukommen und nicht nur die Jugend, sondern auch die ganze Mitwelt zu verstehen. Über diese Dinge sollte man mehr reden, sich mit den Problemen frei und rückhaltlos auseinandersetzen. Gewiß lassen sich nicht alle Lebensschwierigkeiten beseitigen. Das Alter bleibt die letzte Lebensphase mit allen seelischen und körperlichen Auswirkungen; aber irgendwie gewinnt jede Lebensschwierigkeit ein anderes Gesicht, wenn man sich darüber ausspricht, wenn man ihren Ursachen nachgeht und wenn man sich bewußt wird, wie unzählige Menschen vor uns sich in den gleichen Schwierigkeiten befunden haben und mit ihnen fertig geworden sind.

Ich weise nochmals hin auf alles, was für die Kinder getan wird. In Amerika und in England hat man angefangen, Beratungsstellen auch für Betagte einzurichten. Hier können die Alten sich beraten lassen bei finanziellen, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, körperlichem Versagen und seelischen Problemen. Die Hauptsache ist wohl, daß es für sie einen Ort gibt, wo sie sich aussprechen können. Solche Beratungsstellen für Alte haben eine ähnliche Aufgabe wie die Kinderberatungsstellen, wie sie ja auch bei uns fast überall bestehen und großen Segen stiften. Der Zweck dieser Einrichtungen ist derselbe: die Förderung der Gesundheit im weitesten Sinne. Der Vergleich hört aber auf, wenn wir bedenken, daß die Kinder in den meisten Fällen von liebenden und hingebenden Müttern und Eltern umgeben sind, denen das Wohlbefinden ihrer Sprößlinge Herzenssache ist. Damit wird die Aufgabe des Arztes und der Fürsorgestelle bei den Kindern unendlich erleichtert. Gerade die modernste Richtung der Kinderheilkunde hat auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen festgestellt, wie wichtig nicht nur für die seelische, sondern auch für die körperliche Gesundheit die mütterliche Obhut und Betreuung, das Gefühl der Geborgenheit bei der Mutter ist. Wenn also Kinderfürsorge und Kinderberatungsstellen notwendig und nützlich sind, wie viel mehr ist es wichtig, daß man auch mehr für die Alten tut. Wie viele Betagte leiden in ihrer frostigen Einsamkeit; wie viele müssen eine liebevolle Betreuung durch Kinder, wenn sie solche überhaupt haben, vermissen. Bei allen großen Fortschritten, die in der öffentlichen Gesundheitspflege gemacht wurden, hat man die Alten zu sehr vergessen, sie sind zu kurz gekommen.

Zum Schluß möchte ich noch auf eine Parallele des hohen Alters mit der frühen Kindheit zurückkommen. Die Ursache vieler seelischer Störungen, asozialen Verhaltens und gestörter Persönlichkeitsentwicklung gehen auf seelisch-traumatische Erfahrungen der ersten fünf Lebensjahre zurück. In allererster Linie steht ein ungetrübtes Mutter-Kind-Verhältnis. Der Londoner Kinderpsychiater John Bowlby hat gezeigt auf Grund langjähriger longitudi-

naler Studien, daß ein Fehlen oder eine Unterbrechung des Mutter-Kind-Verhältnisses den nachhaltigsten *Einfluß hat* auf die Entwicklung der Persönlichkeit, auf die Fähigkeit der Kinder zu freundschaftlichem Anschluß an die Gespielen und zur Bildung mitmenschlicher Beziehungen in späteren Jahren. Mit anderen Worten: Die moderne Psychologie hat die Bedeutung der Mutterliebe für den Menschen nicht nur für seine Kindheit, sondern fürs ganze Leben neu entdeckt.

Irgendwie wird ja der alte Mensch in eine ähnliche Situation gebracht, insofern ihm manche Stützen des Lebensgefühls genommen werden, und er auf fremde Hilfe angewiesen ist. Kinder haben noch keine Stütze, die Alten haben keine Stützen mehr. Gewiß braucht diese Situation nicht für alle alten Menschen gleich verzweifelt zu sein, aber sicher gibt es nur wenige, die ganz in sich geschlossen sind und ohne mitmenschliche Hilfe auskommen können. Nicht umsonst gibt die indische Philosophie den Alten einen Guru bei, einen geistigen Führer, bei dem sie Trost, Hilfe, Mut, Erkenntnis finden können. Diese tiefe Weisheit zeigt, wie hilfsbedürftig der alte Mensch ist. Es gibt eben gewisse seelische Bedürfnisse, ohne die ein Mensch, und ganz besonders ein alter Mensch, nicht bestehen kann. Ich kann nicht umhin, die Sätze zu zitieren, mit denen Sir Almroth Wright, der berühmte englische Bakteriologe, an seinem 75. Geburtstag eine Glückwunschsprache beantwortete. Nachdem er von der Genugtuung des Forschers über seine Arbeit gesprochen hatte, berührte er die Befriedigung gewisser basischer seelischer Bedürfnisse, wie er sie nannte: «So wie ein Mensch des Schlafes bedarf, wenn er müde ist, und der Nahrung, wenn er hungrig ist, und wie er nach einer stürmischen Kanalüberfahrt sich nach dem Festland und nach Ruhe sehnt, so bedarf er für den Frieden und die Beruhigung seiner Seele von seiner Umgebung good will und liebevolle Wertschätzung.» Wenn wir Verständnis für die Alten aufbringen, so ist das schon viel, aber es genügt nicht, es ist damit nicht alles getan. Der Alte kommt ohne Anerkennung, Bestätigung und Geborgenheit nicht aus, so wenig das Kind ohne Mutterliebe gedeihen kann.

### Zusammenfassung

Verfasser unterscheidet die Aufgaben der Gerontologie (Lehre vom Alter und Altern im weitesten Sinne) und der Geriatrie (die klinische Beschäftigung mit den Alterskrankheiten). Die Gerontologie soll aber kein Spezialfach werden, sie ist vielmehr ein Programm, indem sie die Ärzte und die medizinische Wissenschaft auf die Bedeutung des Altersproblems hinweist und auf die Notwendigkeit, der körperlichen und seelischen Gesundheit dieser immer größer werdenden Altersgruppe. Speziell wird dann auf die Unterbringung der invaliden und pflegebedürftigen Alten (etwa 7% aller Menschen über 60 Jahre alt) eingegangen. Diese Patienten sind bis jetzt weitgehend einer intensiven ärzt-

lichen Beobachtung und Behandlung entzogen. Sie sollten nicht in isolierten Anstalten untergebracht werden, sondern in Pflegeabteilungen, welche den großen Kliniken und Krankenhäusern angegliedert sind. Schließlich werden die neuen Bestrebungen besprochen, die helfen sollen, um möglichst vielen Alten zu ermöglichen, daß sie in ihren Familien verbleiben können.

*Résumé:*

L'auteur distingue entre la gérontologie (science de la vieillesse et de la sénescence) et la gériatrie (traitement clinique des maladies de la vieillesse). La gérontologie ne doit pas devenir un domaine spécialisé, mais plutôt un programme qui rappelle aux médecins et aux investigateurs l'importance du problème de la sénescence et la nécessité de procurer le bien-être physique et psychique aux personnes âgées. L'auteur mentionne, en particulier, la question du placement des vieillards infirmes ou malades (représentant environ le 7% des personnes au-dessus de 60 ans). Jusqu'à présent, la plupart de ces malades ont échappé à une surveillance médicale approfondie. Ils ne devraient pas être placés dans des asiles isolés, mais dans des cliniques appropriées annexées aux grands hôpitaux. Enfin, l'auteur parle des efforts entrepris ces derniers temps qui ont but de procurer aux personnes âgées la possibilité de rester dans leurs familles.

**Literatur:**

- Erich Stern*, Der Mensch in der zweiten Lebenshälfte. Rascher-Verlag, Zürich, 1955  
*A. L. Vischer*, Das Alter als Schicksal und Erfüllung. 3. Auflage, Benno Schwabe Verlag, Basel, 1954.  
*Jerome Kaplan*, Das Alter als soziales Problem. Rascher Verlag, Zürich, 1956.

## **Über Asthma bronchiale und asthmoide Bronchitis in der chemischen Industrie**

Von Prof. Dr. *Heinrich Bueß*, Basel, und Dr. *Robert Lerner*, Brooklyn, N.Y.

Aus dem fabrikärztlichen Dienst der CIBA Aktiengesellschaft, Basel.

Dem aufmerksamen Beobachter der jüngsten Entwicklung in der Arbeitsmedizin kann nicht entgehen, daß sich das Schwergewicht der Betrachtung von länger bekannten auf bisher weniger studierte Berufskrankheiten verschoben hat. Beherrschten noch vor zehn Jahren die Schädigungen durch Schwermetalle, durch Quarz und durch die kanzerogenen Amine durchaus die Diskussion der Gewerbeärzte, so treten in letzter Zeit die Lösungsmittel (samt Kunstlacken und Kunstharzen) und die auf die Lungen wirkenden chemischen Agentien stark in den Vordergrund. Es dürfte nicht von ungefähr sein, daß im Zeitraum etwa eines Jahres (Herbst 1954 bis Herbst 1955) in den Fachorganen der verschiedensten Länder eine stattliche Reihe von Aufsätzen über das Asthma bronchiale in den verschiedenen Zweigen der Industrie erschienen ist. Diese Häufung von Berichten ist sicher nicht nur auf eine Zunahme dieses