

geborene Fröhlich ist, bin ich öfter auf den Gedanken gekommen, beim Signieren der Einfachheit halber bloß zu schreiben: Ernst Fröhlich!

Noch habe ich viel mehr Pläne und angefangene Arbeiten, als ich nach menschlicher Voraussicht werde ausführen können, und ich wollte nicht, daß es anders wäre.

Solche Heiterkeit der Seele schenkt das Leben, das weit erfolgreicher, viel tätiger, lebensvoller, ereignisreicher und beglückender gewesen ist, als der kleine Dorfschneidersbub jemals hat erwarten dürfen. Im Rückblick auf die siebenzig Jahre, im Rückblick auf liebe Brüder und Freunde, im Blick auch auf die eigene Partei und die Staatsbürger im allgemeinen, im Blick auf die unermesslichen Werte der Kultur und der Künste und die jeden Tag erneute, herzbewegende Schönheit der Natur, bleibt mir am Lebensabend nur ein Gefühl, von dem ich in tiefster Seele erfüllt bin: Es ist das Gefühl der Dankbarkeit.

Zur Unterbringung der alten Chronischkranken

Von Dr. *Adolf L. Vischer*, Arlesheim*

Aus den vielen Problemen, welche das Altwerden und das Alter des Menschen in unserer Zeit umkreisen, kristallisieren sich mit der Zeit die dringlichsten heraus.

Einerseits drängt sich die Frage in den Vordergrund: wie können die noch leistungsfähigen alten Menschen in ihrem eigenen seelischen und körperlichen Interesse und auch zum Nutzen der Gemeinschaft beschäftigt werden, so daß man von einem erfüllten und sinnvollen Alter sprechen kann? Diese Frage stellt sich für eine relativ große Zahl von alten Menschen. Man darf annehmen, daß etwa ein Drittel der Siebzigjährigen sich einer guten Gesundheit erfreuen und als leistungsfähig zu betrachten sind.

Auf der andern Seite haben wir das Problem der Alten, die an chronischen Krankheiten leiden und dauernd als invalid und pflegebedürftig zu betrachten sind; dies dürfte bei etwa 7 Prozent aller Menschen, die über 60 Jahre alt sind, der Fall sein. Die neuzeitlichen Wohnungsverhältnisse und die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen bringen es mit sich, daß es immer schwieriger wird, diese Patienten in ihrer Häuslichkeit zu pflegen. Wir müssen sie in Spitälern und Heimen unterbringen. Ihre Unterbringung ist heute die große Sorge der Krankenhaus- und Fürsorgebehörden.

In einer Weisung des Zürcher Stadtrates vom 14. September 1956 über die Schaffung eines Heimes für Chronischkranke wird ausgeführt, daß die Zahl der

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

bei der Bettenvermittlungsstelle des Stadtärztlichen Dienstes zur Aufnahme in ein Krankenhaus oder in eine Abteilung für Chronischkranke des Stadtspitals Waid angemeldeten Patienten dauernd zwischen 600 und 800 schwankt. Die Wartefristen betragen 1955 für das Stadtspital Waid durchschnittlich 91,2 Tage, für die städtischen Krankenhäuser 149,6 Tage.

Nach einer Mitteilung der Direktion des Basler Bürgerspitals registrierte dessen Fürsorgestelle am 4. März 1955 93 Einzelpersonen und 5 Ehepaare, am 6. März 1956 129 Einzelpersonen und 2 Ehepaare, die wegen Pflegebedürftigkeit ins Altersheim aufgenommen werden sollten. Die Direktion des Bürgerspitals bemerkt dazu: «Nur die Patienten selbst, ihre Angehörigen und die Hausärzte wissen wirklich, was diese Zahlen bedeuten.»

Da die obere Altersgruppe unserer Bevölkerung ständig an Zahl zunimmt, so wird damit auch mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen zu rechnen sein. Die Unterbringungsmöglichkeiten dieser Pflegebedürftigen sind aber heute noch beschränkt, folglich müssen viele Patienten dieser Kategorie in den Kliniken und Krankenhäusern verpflegt werden. Auch ein Grund, warum die Spitäler dauernd überfüllt sind und man die größte Mühe hat, akute Fälle einzuweisen. Die Krankenhäuser und Kliniken werden ohnehin von Patienten der höheren Altersklassen viel stärker in Anspruch genommen als früher. Noch vor 30 Jahren betrug der Prozentsatz der über Sechzigjährigen der Spitalpatienten auf den allgemeinen Abteilungen um 10 %, heute aber zwischen 40 und 50 %. Erfahrungsgemäß haben Krankheiten und Unfälle bei Betagten eine längere Heilungsdauer; ein Teil davon nimmt einen chronischen Charakter an. So bleiben Patienten mit chronischen Leiden auf den Abteilungen liegen, weil sie nicht beizeiten in ein Pflegeheim verlegt werden können. Das moderne Krankenhaus, dessen Erstellung und Betrieb mit seinen kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen teuer ist, sollte aber in erster Linie für solche Patienten reserviert werden, welche zu ihrer Wiederherstellung dieser Einrichtungen bedürfen.

Wo werden bis heute diese Pflegebedürftigen untergebracht? Seit altersher gab es Altersheime, Versorgungshäuser, Asyle, Siechenhäuser, in denen Alte, die einerseits aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen ihre Heimstätte verloren hatten oder wegen Invalidität pflegebedürftig wurden, Unterkunft fanden. Solche Anstalten werden staatlich geführt, oder sie sind religiöse oder wohltätige Stiftungen. Es sei auch nicht verschwiegen, daß in sehr vielen solchen Anstalten die alten Patienten mit großer Aufopferung und treuer, selbstloser Hingabe fern von äußerer Anerkennung und Lob verpflegt werden.

Die negativen Seiten der heutigen Situation sind aber nicht zu übersehen, ganz abgesehen, daß die Zahl der vorhandenen Pflegebetten nicht ausreicht. Als Nachteile möchte ich hervorheben, erstens die Isolierung dieser Anstalten. Schon die örtliche Isolierung wirkt sich nachträglich aus. Viele der Anstalten

befinden sich auf dem Lande, oft sogar abseits und fern von Ortschaften. Besuche von Angehörigen sind daher erschwert. Bei den Patienten wird dadurch das Gefühl der Einsamkeit, der Abgeschiedenheit vom früheren Leben und von der Allgemeinheit verstärkt. In solchen Anstalten verfallen die Insassen oft einer lähmenden Apathie.

Den zweiten großen Nachteil erblicke ich in dem oft ganz ungenügenden ärztlichen Dienst. Es gibt noch viele Pflegeheime in unserem Lande, sogar solche mit über 100 Betten, die von einem Arzt im Nebenamt besorgt werden. Diese Anstalten und damit die Chronischkranken leiden unter ihrer Isolierung vom medizinischen Leben, sie werden von den Ärzten und der ärztlichen Wissenschaft übersehen. Den Studenten der Medizin werden solche Patienten gar nie vor Augen geführt, sie erfahren nichts vom Dasein dieser Anstalten. Angesichts dieser Sachlage wird man an den Mahnruf von Prof. Manfred Bleuler erinnert, den er vor nicht allzulanger Zeit unter dem Titel «Die Zukunft unserer psychiatrischen Anstalten» in der Schweizerischen Ärztezeitung erhob; ein Mahnruf, der auch in bezug auf die Unterbringung der alten Chronischkranken gilt. «Die Grundlagen unseres psychiatrischen Anstaltswesens», so schreibt Prof. Bleuler, «sind hundert Jahre alt geworden. Bei der gewaltigen Entwicklung, die die Medizin in dieser Zeit durchgemacht hat, sollte man annehmen können, daß die Umgestaltung und Anpassung dieser Grundlagen an die heutigen Verhältnisse eine brennende und aktuelle Aufgabe der Ärzteschaft bedeute, 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 allgemeinärztlichen wie der fachärztlichen Diskussion weitgehend entrückt und wie wenig Arbeit an ihrer Modernisierung im Gange ist. 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 sein müssen, die diese Reformen planen».

Ein Anfang solcher Reformen zeichnet sich erst langsam ab. Am Internationalen Krankenhauskongreß 1951 in Brüssel, an welchem das Problem der Unterbringung der alten Chronischkranken zur Diskussion stand, wurde allgemein die Forderung ausgesprochen, daß die alten Chronischkranken in Pflegeabteilungen gehören, die nicht isolierte, getrennte Anstalten sind, sondern den großen Krankenhäusern und Kliniken angegliedert sein sollen. Damit wird schon rein äußerlich bekundet, daß diese Patienten nicht vom allgemeinen Krankenwesen und vom ärztlichen Bereich sozusagen ausgeschieden und abgesondert sind.

Diese Angliederung hat ganz offenkundige Vorteile. Organisatorisch: die Betten können rationell ausgenützt werden, indem Verlegungen je nach momentanem Bedarf kurzfristig angeordnet werden können. Die Verlegungen der chronischen Fälle aus den Kliniken und Krankenabteilungen würde

erleichtert, zudem besteht die Möglichkeit einer Rückverlegung, wenn irgendwelche Komplikationen eine solche erheischen.

Als finanzieller Vorteil fällt ins Gewicht, daß die verschiedenen diagnostischen und vor allem therapeutischen Einrichtungen der Kliniken und Krankenhäuser auch den Pflegeabteilungen zur Verfügung stehen. Für isolierte Häuser sind zusätzliche Anschaffungen notwendig.

Für den Patienten selbst liegt der Vorteil einmal darin, daß er nicht den Eindruck erhält, er werde abgeschoben, er werde aufgegeben und in eine Anstalt der Unheilbaren verlegt. Es ist erfahrungsgemäß viel leichter, ihn in dem einmal von ihm gewählten Spital auf eine andere Abteilung zu verlegen, als in ein ganz anderes Spital. Dies gilt gerade für ältere Patienten.

In einer solchen, den Kliniken und Krankenhäusern angegliederten Pflegestation wird sich der ärztliche Dienst auch ganz anders gestalten. Durch die Verbindung wird die ärztliche Tätigkeit auch bei diesen Kranken vertieft und kann anregend gestaltet werden. Oberflächlich betrachtet finden die Chronischkranken wenig Interesse, eine ernsthafte wissenschaftliche Beschäftigung mit ihnen bietet eine Fülle von Anregungen; es lassen sich hier die wertvollsten Einsichten gewinnen.

Gewiß sind dem Arzt im Pflegeheim bei seinen therapeutischen Bestrebungen Grenzen gesetzt. Aber jedes therapeutische Handeln hat hier seinen doppelten Sinn; einmal, dem Menschen in seinem Leiden Linderung zu verschaffen und ihm Hilfe zu bringen, und dann, ihm durch das Eingehen auf seine körperlichen und seelischen Zustände vor allem durch diese Bemühungen zu zeigen, daß er auch in seiner letzten Lebensphase nicht für wert- und nutzlos gehalten wird.

Es ist wichtig, daß gerade die jungen Ärzte es erlernen, mit solchen Patienten umzugehen. Diese Aufgabe hat Prof. Klaesi in seiner Berner Rektoratsrede 1950 eindrücklich geschildert: «Krankheit bedeutet Anpassungsunfähigkeit 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 ist, wie man sofort erkennt, das Therapie umgehende fruchtbare Blickfeld eröffnet, handelt es sich doch jetzt nicht nur darum, den ursprünglich gesunden Zustand und Funktionserfolg wiederherzustellen 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 den Hilfesuchenden wie für den Helfer verhängnisvolle Trennungsstrich zwischen Heilbaren und Unheilbaren verwischt, wenn nicht gar ausgelöscht – denn es hängt von der Empfindungs-, Verhandlungs- und Erziehungsgabe des Arztes ab, wie weit ein unheilbarer Kranker noch zu einer gewissen Arbeits- und Genußfähigkeit zu bringen ist und den Anforderungen des Lebens genügen kann . . . »

Heute beherrschen die sogenannten degenerativen Krankheiten immer mehr das ärztliche Panorama. Diese Krankheiten sind es, welche zu chronischen Leiden führen. Es scheint uns wichtig, daß die Ärzte mehr als bisher sich gerade mit der Entstehung und dem Verlauf dieser Krankheiten vertraut machen.

Die Altersforschung, die ja weitgehend mit der Erforschung der Arteriosklerose zusammenhängt, steht noch ganz in den Anfängen. Bis jetzt war es vornehmlich die biologische Richtung, welche durch Beobachtung an Tieren sich vermehrte Kenntnisse und Einsichten in den Altersvorgang zu verschaffen suchte. Nun ist aber der menschliche Altersprozeß etwas Spezifisches. Es bleibt fraglich, ob wir mit der experimentellen Forschung bei Tieren der Erfassung der menschlichen Altersvorgänge näher kommen werden. Ich glaube, daß der genauen klinischen Beobachtung der Alten und dem Studium der Alterskrankheiten die wichtigste Rolle zukommt. Bei den alten Chronischkranken haben wir es mit pathologisch-anatomischen Veränderungen und funktionellen Störungen zu tun, wie wir sie bei allen betagten Menschen, wenn auch nur andeutungsweise und in leichter Form, antreffen. Es gibt ja kaum einen Menschen über 60 Jahre, bei dem nicht irgendwelche Veränderungen nachzuweisen sind.

Eine Pflegestation wird aber letztlich ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie auch den Charakter eines Heimes bewahrt. Hier stellt sich dem Arzt eine besondere Aufgabe. Ich zitiere nochmals Prof. Klaesi: «Die therapeutische Absicht des Arztes geht zuerst einmal dahin, mit dem chronischen und unheilbaren Kranken eine Gemeinschaft zu bilden, 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.»

Nun werden Sie mit Recht einwenden, es ist leicht, neue Spitalabteilungen und Pflegestationen zu planen. Wo holen wir das Pflegepersonal her, um die Patienten dieser Abteilungen zu betreuen? Dieser Einwand ist zweifellos bei dem herrschenden Mangel an Pflegepersonal in allen Krankenanstalten sehr berechtigt. Wenn ich mich aber für eine vermehrte Mitarbeit und ein vermehrtes Verstehen für die Chronischkranken ausgesprochen habe, so ist es mir sofort bewußt, daß der Pflege dieser Patienten die wichtigste Aufgabe zukommt.

Vieles, was aber für den ärztlichen Dienst gesagt wurde, gilt auch für das Pflegepersonal, dem die chronischen Patienten anvertraut sind. Die Pfleger und Pflegerinnen, die den ganzen Tag über nur diese Kranken sehen, stehen in einer schweren Arbeit; es werden große körperliche und seelische Anforderungen an sie gestellt. Sie müssen auf die schönsten Seiten des Krankenpflegeberufes verzichten. Wenn bei jüngeren Patienten auch die größte Mühe durch den glücklichen Ausgang einer Krankheit reichlich belohnt und damit eine tiefe innere Befriedigung ausgelöst wird, wozu sich nicht selten die aufrichtige

Befriedigung des geheilten Menschen gesellt, so ist ein solches Erlebnis bei den Chronischkranken höchst selten. Jeder alte Mensch 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 Einfühlung und Geduld, 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 was enorm wichtig ist, der pflegerischen Arbeit lebendiges Interesse entgegenzubringen und die Leistungen des Personals zu würdigen. Nun wird es aber kaum möglich sein, zur Pflege der Chronischkranken ausschließlich diplomiertes Personal zu finden. Es scheint für die Spitalleitung ganz unmöglich, eine genügende Zahl von diplomierten Schwestern zu rekrutieren, und es wäre gänzlich verfehlt, dem schweizerischen Spitalwesen soviel diplomiertes Personal wegzunehmen. Auch in dieser Beziehung muß man sich vor Augen halten, daß das Altersproblem nur als Gemeinschaftsproblem gelöst werden kann.

Die Stationen für Chronischkranke müssen von diplomierten Schwestern geleitet werden. Sie werden mit Vorteil von geeigneten Hilfskräften unterstützt, die von ihnen weiter ausgebildet und unterrichtet werden. An dieser Weiterbildung müssen sich auch die Ärzte intensiv beteiligen. Nach den Erfahrungen in den Pflegeabteilungen des Altersheimes am Basler Bürgerspital hat es sich gezeigt, daß man auf diese Weise solche Abteilungen ohne weiteres befriedigend, in verschiedener Weise sogar besser führen kann.

Es bildet sich dann ein Grundstock von zuverlässigen, tüchtigen Kräften heran, die in dieser Arbeit ihre Lebensaufgabe finden. Neben denen arbeiten solche, die nur vorübergehend für kürzere oder längere Zeit tätig sind.

Nun wird es kaum möglich sein, alle Chronischkranken in Spitälern und Heimen unterzubringen. Viele Patienten ziehen es vor, zu Hause in ihrer Familie gepflegt zu werden. Hier kann die Pflege individuell gestaltet und den Wünschen und Gewohnheiten der alten Menschen besser Rechnung getragen werden. Hier eröffnet sich eine große Aufgabe für die Hauspflegeorganisationen und ganz besonders für die Haushalthilfe, über die uns eben Herr Prof. Löffler berichtet hat*. Das Beispiel von Zürich hat bereits in andern Schweizer Städten Nachahmung gefunden. Von überall her hört man, wie nützlich und segensreich sich diese Organisation auswirkt und welch großem Bedürfnis sie entspricht.

Ich fasse zusammen: Meine Ausführungen fußen auf meinen langjährigen Erfahrungen als Chefarzt des Altersheims am Basler Bürgerspital. Dieses Altersheim, das heute vorwiegend zu einer Abteilung für alte Chronischkranke geworden ist, war seit jeher mit dem Bürgerspital verbunden; es verwirklicht, was jetzt international als die Lösung des Problems der Unterbringung der

* Der Vortrag von Hrn. Prof. Löffler erscheint in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift.

alten Chronischkranken gefordert wird. Aus meinen Erfahrungen, welche auch diejenigen der Behörden und der Direktion des Bürgerspitals sind, ist diese Lösung die richtige. In Zürich ist man im Städtspital Waid denselben Weg gegangen.

An der Dringlichkeit unseres Problems besteht kein Zweifel. Mögen Ärzte und die Vertreter der medizinischen Wissenschaft sich der bestmöglichen Lösung bewußt werden.

Adresse: Rebqasse 21 Arlesheim BL.

Zusammenfassung

Die Unterbringung des alten Chronischkranken ist eine der wichtigsten und dringendsten Aufgaben im Rahmen des Altersproblems. Im Sinne der Resolutionen des Internationalen Krankenhauskongresses in Brüssel 1950 wird die Schaffung von Pflegestationen postuliert, die an die bestehenden Kliniken und Krankenhäuser anzugliedern sind. Diese Lösung hat sich in Basel organisatorisch, finanziell und medizinisch sehr bewährt. Sie schafft auch die Voraussetzung zur Förderung des klinischen Altersforschens.

Résumé

L'hospitalisation des malades chroniques âgés constitue l'un des problèmes centraux et urgents de la gérontologie. Conformément aux résolutions du Congrès international d'administration hospitalière de Bruxelles (1950), l'auteur exige l'installation de cliniques spéciales annexées aux hôpitaux actuels. Une telle organisation à l'Hôpital de Bâle s'est confirmée efficace et avantageuse tant du point de vue médical que du point de vue financier. Ce procédé fournit aussi les bases nécessaires à l'étude clinique du problème de l'assistance aux vieillards.

Summary

The housing of the old and chronically ill persons is one of the most important and most urgent problems in the care for the aged. In Accordance with the resolutions of the International Congress for Hospitaladministration in Brussels (1950) the author postulates the installment of special wards, which are closely connected with existing clinics and hospitals. This organization has proved to be very effective and satisfactory from the medical and financial point of view. It also provides the basis for clinical research in gerontology.

Expériences suisses en matière de logements pour personnes âgées

Par *Max Amberger*,* Genève

En admettant que tout enfant né de nos jours a une chance d'atteindre l'âge de 70 ans, on confirme par là le résultat des progrès des sciences médicales et l'amélioration des conditions d'existence de notre population. D'ailleurs cette constatation est confirmée par les statistiques démographiques qui, maintenant, alarment les responsables politiques ou sociaux de tous les pays civilisés.

* M. Amberger est président de la Fondation Genevoise « Pour la Vieillesse » 3-5, Place Taconnerie, Genève.