

Wer gehört ins Altersheim?

Autor(en): **Walder, A. / Ernst, Cécile**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **46 (1975)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-806457>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

LEMPP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Verlag Huber, Bern, Stuttgart, 1964.

LEMPP, R. und WACKER, H.: Anamnestische und katanamnestische Untersuchungen über die Folgen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. In Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Band V, 1967.

MUELLER-KUEPPERS, M.: Das leicht hirngeschädigte Kind. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1969.

STAEDELI, H.: Die leichte frühkindliche Hirnschädigung. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1972.

STUTTE, H. und KOCH, H. (Hrsg.): Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1970.

Anschrift des Verfassers:

Dr. H. Städeli, Chefarzt am ostschweiz. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, St. Gallen

Wer gehört ins Altersheim?

Soll ein Altersheim Pensionäre aufnehmen, welche noch jung und rüstig sind, oder soll es denen reserviert bleiben, die nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Haushalt zu führen oder keine passende Wohnung mehr finden können? Können sich überhaupt noch jüngere, rüstige Pensionäre in einem Altersheim wohlfühlen?

Diese Fragen werden heute oft gestellt, sowohl von Betagten als auch von Heimeltern und Trägerschaften von Altersheimen. Wir möchten auf diese Fragen eingehen, indem wir in dieser Nummer verschiedene Meinungen zu Worte kommen lassen: Dem Zweckartikel der Heimordnung der Stadt Zürich stellen wir die Meinung eines Heimleiters gegenüber, dem Seufzer eines «jungen» Pensionärs das Lob einer Pensionärin. Aus psychiatrischer Sicht behandelt Frau Dr. med. und phil. Cécile Ernst das Thema. Red.

In der Heimordnung für die Altersheime und Alterswohnheime des Wohlfahrtsamtes der Stadt Zürich wird in Art. 1 der Zweck der Heime wie folgt umschrieben:

«Die Altersheime bieten betagten Einzelpersonen und Ehepaaren, die über keine zweckmässige Wohngelegenheit verfügen oder keinen eigenen Haushalt mehr führen wollen, Unterkunft und Verpflegung.»

Die Alterswohnheime bieten betreuungs- und zeitweise pflegebedürftigen, dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesenen betagten Einzelpersonen und Ehepaaren Unterkunft, Verpflegung und Betreuung.»

Wer gehört ins Altersheim?

Aus der Sicht eines Heimleiters

Herr M ist schon mehr als 70 Jahre alt. Mit seinem Herr M. ist schon mehr als 70 Jahre alt. Mit seinem

in den beiden Restaurationsbetrieben, die noch ihm gehören, die Abrechnungen mit den Geranten vorzunehmen. Abends kehrt er zurück ins Altersheim. Vor wenigen Wochen, nachdem er aus der Zeitung von einem Autounfall mit tödlichen Folgen gelesen hatte, verkaufte er spontan sein eigenes Auto und fährt nun regelmässig mit dem «Goldküstenexpress» in die Stadt.

Gehört dieser Mann ins Altersheim?

Die Dame ist 75 Jahre alt, die noch regelmässig an der Volkshochschule Sprachkurse besucht, eine Seniorengruppe leitet und betreut, zu ihren Kindern reist, um Baby-Sitter-Dienste des Nachts zu übernehmen und jährlich ein bis zwei Monate unterwegs ist. So vor anderthalb Jahren auf einer Reise nach Japan.

Gehört diese Dame ins Altersheim?

Bevor die Frage «Wer gehört in ein Altersheim?» beantwortet werden kann, muss die Gegenfrage gestellt werden: «Welche Aufgaben hat das Altersheim für die Oeffentlichkeit zu erfüllen?» Soll das Altersheim nur jenen betagten Mitmenschen dienen, die gebrechlich sind, ihren Haushalt nicht mehr selber besorgen können, keine Bekannten und Verwandten haben, die diesen Dienst allenfalls übernehmen könnten? Also kurz, all denen, die der Betreuung, der Pflege und der Fürsorge bedürfen. Oder soll das Altersheim auch jenen Betagten offenstehen, die ohne äusseren Grund ihre bisherige Wohnung aufgeben möchten, noch kerngesund sind und geistig rege, welche bereit sind, eine neue Lebensphase anzutreten und gerne die Annehmlichkeiten eines Altersheims mit den besonderen Dienstleistungen schon frühzeitig in Anspruch nehmen?

Zurzeit beurteilen wir die Aufnahmekriterien doch immer nur aus der Sicht der überfüllten Wartelisten und mit dem Hintergrund der beschränkten Aufnahmemöglichkeiten. Wenn aber der Bau von

Altersheimen noch weiter gefördert wird (und dies sollte unbedingt geschehen, eventuell auch mit Mitteln, die aus dem Wohnbau-Förderungs-Gesetz zur Verfügung stehen), kann diese Frage sachlicher beantwortet werden.

Nach meiner Auffassung sollte jedermann, der das 60. oder 65. Altersjahr überschritten hat, die Möglichkeit haben, aus freien Stücken in ein Altersheim einzuziehen. Gerade dadurch wird das Altersheim nicht zum Ghetto. Das gemeinsame Leben im Heim wird interessanter, anregender und vielgestaltiger. Die gegenseitigen Dienstleistungsmöglichkeiten werden vielfältiger, und dadurch wird auch das Zusammenleben beglückender. Je mehr wir vom «Muss-Eintritt» ins Altersheim zum freiwilligen, selbst gewählten Entschluss durch den alten Menschen kommen, um so freier und froher wird die Atmosphäre des Heims. Deswegen brauchen wir bei weitem noch nicht den Namen «Altersheim» in «Alterspension» oder «Altershotel» umzuwandeln. Was der Betagte sucht, ist das «Heim» mit seiner Geborgenheit, Sicherheit und der ihm darin gebotenen persönlichen Freiheit.

Umfragen und Gespräche haben gezeigt, dass aus der Sicht des älteren Menschen heraus die wohlgemeinte Theorie von der Betreuung durch eigene Kinder oder Verwandte und auch das Zusammenwohnen in grösseren Wohneinheiten mit der jüngeren Generation gar nicht begehrt ist — ja sogar abgelehnt wird. Der ältere Mensch will für sich sein, seine Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit bewahren. Dies kann er oft besser im Heim als im Kreise seiner lieben Angehörigen.

Ein baldiger Eintritt ins Altersheim bringt auch für die jüngere Generation wesentliche Vorteile und Erleichterungen. So wurden im Quartier Zürich-Wollishofen durch den Eintritt von 87 Pensionären ins Altersheim folgende Wohnräume zur Wiederbelegung frei:

Anzahl Zimmer	Anzahl Wohnung.	Bewohnt bisher von betagten Personen	Neubelegung mit	
			Erwachsenen	Kindern
1	6	6	8	—
2	23	24	28	—
2 ^{1/2}	5	5	9	—
3	18	25	37	7
4	16	18	29	14
4 ^{1/2}	1	1	4	—
5	5	1	8	7
6	1	6	2	3
Total	75	86	125	31

aufgenommen am 10. November 1973

Wie schon angedeutet, sollte das Leben und Wohnen im Altersheim nicht mehr als ein notwendiges Uebel hingenommen, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit als eine neue Möglichkeit des gemeinsamen Lebens im Alter gesehen werden. Dies

allerdings nicht nur für den bereits etwas behinderten und gebrechlichen Betagten, sondern auch für den noch geistig und körperlich rüstigen älteren Menschen.

Das heisst und bedeutet, dass wir als Heimleiterinnen und Heimleiter weiterhin das Leben im Altersheim attraktiv gestalten und damit für uns ein offenes und grosses, aber auch schönes und segensreiches Tätigkeitsfeld vor uns haben.

A. Walder, Diakon, Heimleiter

Die Meinung eines Pensionärs zum Thema «Wer gehört ins Altersheim» aus «Der Zürcher Oberländer»:

«Älter werden ist nicht leicht»

Was soll ich machen, hier heraus komme ich nur noch mit den Füßen voraus. Dabei will ich nicht klagen, man sorgt für mich, und wohin soll ich denn sonst? Es war halt voreilig, die Wohnung so rasch zu räumen, aber was sollte ich tun? Ja, zu wenig überlegt habe ich es mir. Die Frau war geschaffig und tüchtig im Haushalt, der Gedanke ist mir gar nicht gekommen, ich könnte das vielleicht auch. Und daran, dass ich noch viel zu rüstig bin für die vielen alten Menschen hier im Heim, daran habe ich auch nicht gedacht. Es war halt plötzlich etwas fertig mit mir, als die Frau starb. Hier denken sie nur ans Essen und an ihre Gebrechen... ich bin einfach zu jung für hierher.

Als ich noch die Wohnung hatte, habe ich immer zwei Gärten besorgt, die Leute waren zufrieden mit mir, nie ein Unkraut und immer alles tiptopp. Und beim Bauer Wälti half ich im Winter den Wald besorgen, holzen sagt man dem, das hat mir immer Spass gemacht, und es war ganz gleich, wenn abends der Rücken weh tat. Bin sowieso nicht für das ewige Jammern. War damals auch nie krank, jetzt habe ich einen Pfnüsel nach dem anderen und Heiserkeit, und Pfeife rauchen soll ich auch nicht, da reklamieren die alten W... Doch als ich noch rauchte, hatte ich nie etwas am Kehlkopf. Aber man vergönnt einem jede Freude, und wenn sie nicht jammern, sind sie damit beschäftigt, sich gegeneinander auszuspielen. Ich komme auch dran, ist mir aber gleich. Bin der Jüngste, und da gibt es Eifersüchteleien, wenn ich einmal mit einer ein Wort wechsle. Auch sind sie hässig, dass ich so viel beim Fräulein S. stecke, doch die ist klug und lebendiger als zehn andere miteinander, und Bücher hat sie und erzählen kann sie.

Manchmal frage ich den Gärtner, ob ich helfen kann, habe so Hunger nach Luft und Bewegung, denn ich habe immer gearbeitet, und spazieren gefällt mir gar nicht immer. Doch ich darf fast nie helfen, manchmal ein wenig rechnen. Wenn der Gärtner es nicht sieht, rupfe ich hie und da ein wenig Unkraut, es wachsen jetzt die ersten Blumen. Immer habe ich gearbeitet, das Essen schmeckt mir nie so recht vom Nichtstun. Man hat mir nie gesagt,

wie es ist ohne Frau, ohne Arbeit. Dabei wäre ich noch rüstig . . . Jakob

Die Stimme einer «jungen», rüstigen Pensionärin:

Frühzeitig schon beschäftigte ich mich mit dem «Was» nach Aufgabe der Berufstätigkeit: Beibehalten der Wohnung (mit dem Gedanken spielend, dass dies noch jahrelang möglich sein werde); Uebersiedlung in ein Altersheim und Aufgabe vieler persönlicher Freiheiten? Es brauchte geraume Zeit, um klar zu sehen. Ich entschloss mich für das Altersheim und habe dies nie bereut, denn ich fand mein Heim.

Mit 63 Jahren und bei guter Gesundheit zog ich um. Schwierigkeiten bereitete die Umsiedlung kaum, da ich mich damit intensiv beschäftigt und erkannt hatte, alles unvoreingenommen an mich herankommen zu lassen und dann eine Lösung zu suchen.

Nun hatte ich die Möglichkeit, meinen Naturhunger zu stillen, den Wechsel der Jahreszeiten zu beobachten, in Ruhe zu wandern und geniessen. Daneben tauchen beiseitegelassene Hobbies auf: Handarbeiten, Sprachstudien, Fragen der Politik u. a. Ich darf auch altern und kränklichen Pensionären behilflich sein, Besorgungen ausführen, vorlesen, plaudern. Auf alle Fälle habe ich nie das Gefühl, auf einem Abstellgeleise zu stehen und vom Weltablauf ausgeschlossen zu sein.

Unsere Heimleitung gibt sich grosse Mühe, uns aktiv zu betätigen. Wir turnen, basteln, besuchen Konzerte, haben die Möglichkeit, im Hause Aufgaben zu übernehmen und daneben die Freiheit, jede gewünschte Verbindung ausserhalb des Hauses zu pflegen. Die jährlichen Hausausflüge per Schiff und Car bringen allseits grosse Freude. Stünde ich nochmals vor der Entscheidung, ob ich die eigene Wohnung behalten oder ins Heim eintreten solle, würde ich mich wieder für das letztere entschliessen, und dies so früh wie möglich. n. s.

Alte Menschen brauchen Verantwortung

(Aus: «Altenhilfe» Berlin, 3/75)

Der Direktor der Kieler Medizinischen Universitätsklinik, Prof. Ludwig Weisbecker, kritisierte scharf die derzeit übliche Führung von Altersheimen. Nach seinen Darstellungen müssen die Bewohner oft mit Spielereien, Singstunden und Ausflügen ihre Zeit «totschlagen». Dies sei aber das Schlimmste, was man älteren Menschen unter psychologischen Aspekten antun könne.

Wie auch schon andere Wissenschaftler wies er darauf hin, dass der **Intelligenzquotient beim alten Menschen keineswegs abnehme. Mit zunehmendem Alter erweiterten sich nach wie vor Erfahrungs-**

wissen, Wortschatz und Assoziationsvermögen. Auch die Denkgenauigkeit präge sich immer mehr aus, wenn auch die Denkgeschwindigkeit abnehme und das Lernen nach anderen Methoden erfolgen müsse.

Sowohl für die geistige Arbeit als auch für die körperliche Leistungsfähigkeit gelte auch beim alten Menschen: niemals aufgeben! Körperliche Schonung begünstige den Muskelschwund und beschleunige die «Materialermüdung». Auch die Erkenntnisse einer altersgerechten Ernährung älterer Menschen finden nach Auffassung des Mediziners noch längst nicht in ausreichendem Masse Beachtung.

Die Heimunterbringung alter Menschen – psychiatrisch gesehen

Von Dr. med. et phil. Cécile Ernst, Zürich
aus «Schweizer Journal» 1/75

In der Körpermedizin und in der Psychiatrie ist der Begriff «Hospitalismus» bekannt. Er bedeutet: Schädigung eines hospitalisierten Patienten durch die Hospitalisierung selber. Wenn ein junger Mann, der mit einem offenen Beinbruch in ein Spital eingewiesen wird, sich dort mit spitaleigenen, gegen bestimmte Medikamente widerstandsfähigen Bakterien infiziert und an einer Vereiterung des Knochenmarks erkrankt, so ist das Hospitalismus im körperlichen Bereich. Psychischer Hospitalismus, das heisst die Schädigung des Gefühlslebens und/oder des Intellektes durch die Hospitalisierung, ist in der klinischen Psychiatrie seit vielen Jahrzehnten bekannt.

Gibt es bei alten Leuten psychische Schäden durch die Unterbringung in Alters- und Pflege- oder Chronischkrankenheimen, das heisst durch die sogenannte Institutionalisation? Ein Versuch, diese Frage zu beantworten, heisst — sofern sie nicht verneint werden kann — Kritik an bestehenden Institutionen. Wodurch ist die Schreibende zu dieser Kritik legitimiert? Jeder Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik hat sich ständig mit dem psychischen Hospitalismus der Patienten auseinanderzusetzen. Dieser kommt nicht nur in schlecht geführten Anstalten vor, sondern auch in modern und freiheitlich geführten psychiatrischen Spitälern — und bestände er nur darin, dass manche Patienten jeden Versuch, sie zu entlassen, mit einem Rückfall in die Krankheit beantworten, weil ihnen die Klinik zum Beispiel mehr menschlichen Kontakt bietet als die einsame Freiheit, aus der sie gekommen sind . . . Die psychiatrische Klinik kann uns eine Art Modell des psychischen Hospitalismus geben. In einem zweiten Schritt kann man sich fragen, ob Institutionen, die alte Leute aufnehmen, unter bestimmten Bedingungen bei diesen einen psychischen Hospitalismus hervorrufen. Das ist vor allem in englischen sozialpsychiatrischen Studien untersucht worden.

Hospitalismus in einer schlecht geführten amerikanischen Mammutklinik

1961 erschien in den USA eine Studie über den psychischen Hospitalismus, die rasch weltberühmt werden sollte: «Asylums» von Erving Goffman (1). Sie schildert eine psychiatrische Klinik mit 7000 Betten, ein sogenanntes «State Hospital». Wie wurden die Patienten in dieser Klinik behandelt?

Bei der Aufnahme wurde erregten Patienten alles abgenommen: Geld, Schriften, Handtasche, Kosmetika, Brille, Prothese. Statt der eigenen Kleidung erhielten sie eine unschöne Anstaltsuniform, die nach jeder Wäsche neu zugeteilt wurde. Das heisst, dass der Eintretende von der neuen Umgebung nicht so gesehen werden kann, wie er gewohnt ist und wie er wünscht gesehen zu werden. Das «Image», das er sich aufgebaut hat, geht verloren, und damit ist er nicht mehr ganz derselbe, der er vor dem Eintritt gewesen ist. Der Eintretende verliert einen Teil seiner Identität. Das wurde in Goffmans Spital dadurch unterstrichen, dass die Patienten nicht mit der gewohnten Höflichkeitsform, sondern mit dem Vor- oder einem Spitznamen angesprochen wurden.

Bleiben wir beim persönlichen Besitz. Es gab nur wenige Schränke; sie waren unverschliessbar oder galten als unsicher. Briefe, Geschenke, Esswaren konnten nicht aufbewahrt werden. Es gab grosse Schlafsäle und unwirtliche, überfüllte Tagräume, aber keine Möglichkeit, sich aus der Menge der Patienten in ein eigenes Territorium zurückzuziehen. Die Erweiterung und Bestärkung der eigenen Persönlichkeit, die nur schon dadurch gegeben ist, dass jemand von einer Schublade sagen kann: sie gehört mir, und von einem Winkel: hier bin ich zuhause, fiel weg.

Die Beziehung zu früheren Umgebungspersonen war weitgehend unterbrochen, teils durch Besuchsverbot und Besuchsbeschränkung, teils durch die Unmöglichkeit, mit einem Besucher allein sprechen zu können, teils weil manche Patienten nicht in «Anstaltsaufmachung» von ihren Angehörigen und Freunden gesehen werden wollten.

Die Entscheidungsfreiheit der Patienten war aufs äusserste eingeschränkt. Dinge, die für einen Erwachsenen selbstverständlich sind — telefonieren, einen Brief schreiben, ein Bad nehmen, einen Kaffee trinken — wurden plötzlich zu komplizierten und reglementierten Handlungen, die erlaubt oder verboten und als Belohnung — oder im Entzugsfall als Bestrafung — eingesetzt werden konnten. So sieht sich der Patient einer komplizierten Welt von Geboten und Verboten gegenüber, wobei die Autorität durch viele verschiedene Personen — Pflegepersonal, Aerzte, Hauspersonal — vertreten ist, die verschiedene Kompetenzen haben und die Vorschriften jeweils etwas verschieden interpretieren. Auch bei gutem Willen ist der Patient dauernd in Gefahr, eine Vorschrift zu übertreten. Er steht, mit verändertem Aussehen, ohne seine persönlichen Besitztümer, ohne seine früheren Be-

ziehungen und damit ohne seine gewohnte Identität einer neuen Welt gegenüber.

Seine früheren Rollen — als Berufsmann, Familienmitglied, Freund, Vereinskamerad — gelten nicht mehr. Seine frühere Art sich zu geben, Beziehungen anzuknüpfen oder von sich abzuhalten, ist hinfällig geworden. Er muss vom Nullpunkt aus neu beginnen und versuchen, mit einer neuen Welt zu einem neuen Kompromiss zu kommen.

Goffman zählt die verschiedenen Möglichkeiten auf, sich mit einer solchen Institution auseinanderzusetzen: übertriebene Gefügigkeit, durch die allerhand Privilegien erreichbar sind, Auflehnung und Rückzug. Vor allem chronische Schizophrene sind zur letzten Form der Anpassung an eine unbefriedigende Umgebung prädisponiert. Es kann so weit kommen, dass sie jahrelang nicht mehr sprechen und sich mit stereotypen Bewegungen und seltsamen Ritualen eine eigene Unterhaltung von nur ihnen bekannter Bedeutung aufbauen. Man hat lange angenommen, dass solche Verhaltensweisen Symptome der Schizophrenie seien, bis man entdeckte, dass sie in jeder Umgebung — im Spital und in der Familie — auftreten, in der Schizophrene sich selber überlassen und nicht immer wieder zur Mitarbeit und Mitentscheidung aufgefordert werden.

Eine weitere Möglichkeit, sich mit der genannten Institution auseinanderzusetzen, ist das Erreichen von Unerlaubtem auf Schleichwegen. Erstrebt wird Privateigentum und ein eigenes Territorium — was zeigt, wie wichtig beides dafür ist, dass man sich als sich selber fühlen kann. Goffman schildert die Bündelchen, die die Patienten seines Spitals mit sich trugen: sie enthielten Gewürze für das Essen, Süssigkeiten, Zigaretten, Toilettenpapier, Waschlappen und Seife, Kosmetik, Lektüre. Und zum Drang nach dem eigenen Territorium: in allen möglichen unbeobachteten Winkeln hatten sich Patienten häuslich eingerichtet, unter anderem in einem verlassenen Keller. Dort war jeder Verschlag zu einem Refugium geworden, ausgestattet mit einem zerbrochenen Stuhl oder einigen Säcken, einem Rauchwarendepot und zerfetzten Illustrierten. Bündelchen und Territorium sind ein Ansatz zum Wiederaufbau der verlorenen Identität. Bei langem Aufenthalt zeigen Patienten in solchen Spitälern bestimmte Persönlichkeitsveränderungen. Die Interessen engen sich ein. Der Klatsch, vor allem der Klatsch über das Personal, und die eigene Lebensgeschichte sind beinahe einziger Gesprächsstoff. Der Klatsch ist eine verdeckte Rache. Das ständige Sprechen von der eigenen Vergangenheit kommt davon, dass sich die Patienten in dieser Umgebung erniedrigt, gescheitert und hoffnungslos fühlen. Sie haben das Bedürfnis, ihren Mitpatienten zu erklären, warum sie sich in dieser Lage befinden und sich vor ihnen — und vor sich selber — zu rechtfertigen. Darum legen sich die meisten eine Geschichte zurecht, die die Hospitalisierung mit Ausdrücken wie «Uebearbeitung» oder «Nervenzusammenbruch» erklärt. Diese Geschichte wird jedem, der zuhören will, vorgetragen. Die Zuhörer

sind geduldig, wenn auch skeptisch: der Preis für ihre Anteilnahme ist der, dass sie nachher mit ihrer eigenen Geschichte an die Reihe kommen. In einer Situation, die die Patienten alle Entscheidungen beraubt und sie zugleich sich selber überlässt, entsteht ein ständig nagendes Rechtfertigungsbedürfnis, das das Interesse auf die eigene Person fixiert.

Zugleich spielen Abwechslungen und Unterhaltungen eine gewaltige Rolle. Die Langzeitpatienten in Goffmans Klinik waren unbeschäftigt oder ungenügend beschäftigt und langweilten sich. Sie hatten das Gefühl, vom wirklichen Leben ausgeschlossen und in einem Wartsaal zu sein — wartend auf eine eventuelle Entlassung, vielleicht auch auf den Tod. Wenn ein Mensch fühlt, dass die Zeit ohne Sinn und Ziel verrinnt, dann bekommen Ereignisse, die sie strukturieren, ihr eine Gestalt, Anfang und Ende geben, eine grosse Bedeutung. Thomas Mann hat das in seinem Buch vom «Zauberberg», der Luxusklinik, in der die Patienten sich selber überlassen sind, genial dargestellt. Dort ist die Musik das Wundermittel, das der leeren Zeit Sinn und Gestalt gibt. Bei einfacheren Menschen ist es die Television, das Radio oder eine Filmvorführung, die in der reizarmen Umgebung eine übermässige Bedeutung erlangen.

Die Folgen für das Personal

Viele Faktoren beeinflussen die Haltung des Personals einer psychiatrischen Klinik zu den Patienten. Einmal die im Volk lebendigen «vorwissenschaftlichen» Vorstellungen über psychische Störungen, dann das, was in der Ausbildung gelernt wurde, und dann — das ist wohl der bedeutsamste Faktor — was aus dem Umgang der Vorgesetzten mit den Patienten, aus der Umgebung, die diesen geboten wird und aus den Regeln, die die Patienten einzuhalten haben, abgelesen werden kann. Wenn in einer psychiatrischen Klinik eine Schwester eine Abteilung kennenlernt, die schlecht riecht und schlecht beleuchtet ist, in der Wände und Tisch verschmiert sind und die Patienten untätig herumsitzen oder ein lieblos serviertes Essen aus Plastiknapfen zu sich nehmen, so vernimmt sie — ohne dass ein einziges Wort gesprochen würde — daraus die Botschaft: diese Menschen verdienen es nicht besser. Sie sind unvernünftig, unberechenbar und stumpf; hübsche Möbel, Vorhänge, Topfpflanzen würden sie gar nicht beachten oder zerstören. Die Schwester braucht sehr viel innere Unabhängigkeit, um eine solche verkappte Aussage nicht anzunehmen. Am wahrscheinlichsten ist, dass sie der Klinik recht gibt und in einer solchen Umgebung lebende Patienten für unvernünftig, unberechenbar und stumpf hält. Sie distanziert sich innerlich von ihnen und beginnt sie für Menschen einer anderen Art zu halten. Dieses Gefühl der Distanz macht einerseits die Weiterarbeit in einer schlechten Institution erst möglich — würde man sich nämlich mit den Patienten identifizieren, müsste man sich für eine adäquatere Umgebung und Behandlung einsetzen. Andererseits macht das

Gefühl der Distanz es unmöglich, auf die Bedürfnisse der Insassen nach Kontakt, Führung und Unterweisung in einer bessern Lebensbewältigung überhaupt einzugehen. Es hindert das Personal daran, durch die Krankheitssymptome hindurch das unzerstörte Individuum zu erfassen.

Eine Folge dieser seelischen Distanz ist, als eigentümliche Parallelerscheinung zum Klatsch des Insassen über das Personal, der Klatsch des Personals über die Insassen. Es wird stillschweigend vorausgesetzt, dass man das Recht hat, die Fehler, Schwächen und allgemeinen Lebensumstände des Patienten und seiner Familie kritisierend zu besprechen. Der Klatsch zementiert wieder die seelische Distanz, denn durch ihn wird das Bild der Patienten noch ungünstiger.

Soziale und seelische Merkmale

Wir verlassen Goffmans Darstellung des Hospitalismus bei unter extrem schlechten Bedingungen hospitalisierten psychiatrischen Patienten. Wir wenden uns englischen und deutschen Untersuchungen über Alters- und Pflegeheimbewohner und Insassen von Chronischkrankenheimen zu (2, 3, 7 siehe Lit.) und fragen uns, ob diese Gruppe möglicherweise schon aufgrund ihrer sozialen Merkmale besonders zum Hospitalismus disponiert ist.

In den westlichen Ländern leben rund 5 bis 6 Prozent der Bevölkerung, die 65 und älter sind, in Institutionen, davon etwa die Hälfte in Altersheimen. Alters- und Pflegeheimbewohner unterscheiden sich in folgenden Merkmalen von privat lebenden alten Leuten:

1. Sie sind durchschnittlich älter.
2. Sie leben durchschnittlich häufiger in ungünstigen finanziellen Verhältnissen und sind Fürsorgeempfänger.
3. Der Anteil der Unverheirateten ist bei ihnen grösser als bei den privat Lebenden, ebenso der Anteil von kinderlos Verheirateten und von Verheirateten mit entfernt lebenden Kindern.

Alters- und Pflegeheimbewohner rekrutieren sich also vorwiegend aus denjenigen alten Leuten, die keine oder nur lockere Beziehungen zu nächsten Familienangehörigen haben. Unter den englischen Alters- und Pflegeheimbewohnern wurde ein relativ hoher Anteil gefunden, der zeitlebens sozial nicht integriert gewesen war und ohne festen Wohnsitz oder in Obdachlosenheimen usw. gelebt hatte.

Alters- und Pflegeheimbewohner treten also schon mit wenigen Beziehungen zu andern Menschen — und wegen ihrer wenigen Beziehungen — in eine Institution ein. Also sind sie durch eine weitere Beziehungsreduktion besonders gefährdet. Vor allem, wenn mit einer Institutionalisierung ein Ortswechsel verbunden ist, gehen die Beziehungen zur Aussenwelt zurück. Ungünstig gelegene Besuchszeiten und die Unmöglichkeit, ohne die Anwesenheit Dritter zu sprechen, wirkt auf die Be-

sucher abschreckend. Neue Freundschaften werden in Institutionen offenbar selten geschlossen (2, 3). Enge Beziehungen zum Personal sind noch seltener. Unter den englischen, daraufhin befragten Altersheiminsassen (2) herrschte der Eindruck vor, dass das Personal zu beschäftigt sei, um sich um die persönlichen Probleme der Insassen zu kümmern. Das Personal seinerseits fürchtete bei intensiverem Kontakt mit bestimmten Pfléglingen die Eifersucht der andern zu erregen — was für einen allgemein verbreiteten Kontakt Hunger sprechen würde! Interviewer von Alters- und Pflegeheiminsassen bemerken in ihren Arbeiten regelmässig, wie gross das Bedürfnis sich auszudrücken und die Befriedigung über die persönliche Zuwendung ist, die mit einem blossen Interview gegeben wird (2, 3, 7, 8, 9).

Es wurde gezeigt, wie die von Goffman geschilderte Institution den Eintretenden seines Besitzes, seines Territoriums und der Bedeutung seiner früheren Rollen beraubt, so dass er «nicht mehr derselbe» ist. Alte Leute sind durch einen Identitätsverlust aus psychologischen und sozialen Gründen besonders gefährdet.

Aus sozialen Gründen: Wir schätzen die Menschen hoch ein und suchen deren Gesellschaft, die viel leisten und sozial angesehen oder die persönlich anziehend sind. In unserer hochdifferenzierten und hochspezialisierten Industriegesellschaft ist keine offizielle und allgemein anerkannte Rolle vorgesehen, in der sich alte Leute nützlich machen können — sie werden pensioniert. Wenn alte Leute einen Anspruch auf Wertschätzung haben, so muss er sich auf vergangene Leistung gründen, und die Umwelt muss bereit sein, diese anzuerkennen.

Aus psychologischen Gründen: Kinder und Jugendliche haben eine starke unmittelbare Anziehungskraft, die auf ihren Körperformen, ihren Bewegungen, ihren raschen Reaktionen beruht. Mit zunehmenden Jahren schwindet diese unmittelbare Anziehungskraft immer mehr. Wenn alte Leute anziehend bleiben, so sind sie es nicht aufgrund einer unmittelbaren sinnlichen Wirkung, sondern aufgrund von in langen Jahren erworbenen geistigen und seelischen Eigenschaften: Geduld, Freundlichkeit, Verständnis, Menschenliebe, ausgedehnten Kenntnissen. Alte Leute sind darauf angewiesen, dass ihre Umgebung diese Eigenschaften erkennt. Ein hübsches junges Mädchen findet aufgrund seiner unmittelbaren Ausstrahlung überall rasch Anschluss, eine alte Frau nur dann, wenn jemand bereit ist, ihre guten Eigenschaften in längerem Kontakt mit ihr zu entdecken.

Alte Leute sind darauf angewiesen, dass sie unter Menschen leben, die sie kennen und die in ihnen ihre Vergangenheit erkennen. Sie sind in viel höherem Mass historische Wesen als junge Leute. Ihre Identität wurzelt zu einem grossen Teil in der Vergangenheit. Wenn eine Institutionalisierung ihnen ihre Besitztümer, ihr Territorium, ihre wenigen verbliebenen sozialen Rollen nimmt, wenn sie die Alten ihrer über viele Jahre gewachsenen, an

vergangene Ereignisse, langjährige Gewohnheiten und langgebrauchte Gegenstände geknüpften Identität beraubt, so kann das eine Katastrophe sein. Darum ist die Möglichkeit, eigene Möbel in ein Heim mitnehmen zu können, von so grosser Bedeutung. Darum ist in allen Untersuchungen der Wunsch nach dem eigenen Territorium, dem Einzelzimmer, so dringend. Darum gibt es Hinweise in der Literatur, dass sich in den ersten Monaten nach einer Institutionalisierung die Todesfälle häufen (5, 6, 12).

Auf alte Leute wirkt es besonders ungünstig, wenn durch eine Vielzahl von Geboten und Verboten die eigene Lebensgestaltung unnötig stark eingeschränkt wird — etwa wenn Ausgehverbote bestehen oder Zimmerbesuche verboten sind oder wenn auch geistig Gesunde ihr Einkommen nicht selber verwalten können. Durch unnötige Gebote und Verbote wird die eigene Aktivität und die Möglichkeit, Entscheidungen nach eigenem Ermessen zu treffen, eingeschränkt. Eigene Aktivität ist aber die Voraussetzung für die Erhaltung der geistigen Fähigkeiten. In Institutionen, die allzu sehr einengen und isolieren, erfolgt als Anpassungsmechanismus meist ein Rückzug auf sich selber: die Insassen werden immer passiver, leben mit Gedanken und Gefühlen immer mehr in der Vergangenheit und machen schliesslich den Eindruck von Hirnkranken.

Alters-, Pflege- und Chronischkrankenheime sind Einbahnstrassen. Der Aufenthalt in ihnen wird nach menschlichem Ermessen nur durch den Tod beendet. Von ihren Insassen erwarten wir nichts mehr: sie sollen «ausruhen». Aber kann man von einer Arbeit, die man jahrzehntlang getan hat, jahrelang ausruhen? Im Menschen bleibt — ausser er sei schwer krank — ein Bedürfnis nach täglichem Wechsel von Spannung und Entspannung, Aktivität und Ruhe, Kontakt mit anderen und Rückzug auf sich selber, bis ans Lebensende erhalten. Menschen, die keine Möglichkeit haben, sich zu beschäftigen, langweilen sich — auch im Alter. Die Zeit fliesst leer und trág dahin und wird strukturlos. Der Gedanke steigt auf, dass sie sich in einem Wartsaal befinden, aus dem nur der Tod sie abholen wird und dass ihre Existenz für niemanden mehr eine Bedeutung hat. Alte Leute brauchen, genau wie jüngere, eine sinnvolle Tätigkeit. Ohne Tätigkeit gibt es keine wirkliche Ruhe. Wenn in einem Alters- oder Chronischkrankenheim der Tag damit hingeht, dass die Insassen auf die nächste Mahlzeit warten, so erzeugt das Apathie, Depression, Resignation oder Gereiztheit — also psychischen Hospitalismus, Schäden, die durch die Institutionalisierung entstehen. Erfahrungsberichte zeigen dagegen, wie günstig sich eine geregelte Tätigkeit auswirkt (13).

Eine Untersuchung von Alters- und Pflegeheiminsassen aus New York (10) hat gezeigt, dass ein hoher Prozentsatz psychische Störungen, vor allem Alterserkrankungen des Gehirns aufweist. Entsprechende Untersuchungen aus der Schweiz sind nicht bekannt, es ist anzunehmen, dass sie ein ähn-

liches Resultat ergeben würden. Nun ist es eine verbreitete Meinung, dass es bei Hirnkranken nicht mehr so sehr auf die Gestaltung der Umgebung und des Tageslaufs ankomme, weil diese «nicht mehr alles spüren». Das ist aber eine Täuschung. Hirnkranken sind nicht weniger, sondern mehr als Hirngesunde auf ihre Umgebung angewiesen und von dieser abhängig.

In einem grossen Schlafsaal, wo Bett an Bett steht, kann sich der Gesunde zurechtfinden, der Kranke braucht ein Merkmal, das sein Bett von den andern unterscheidet. Eine Haarwäsche, das Einführen von Augentropfen, irgendeine überraschend ausgeführte Handlung wird vom Gesunden verstanden, kann aber den Kranken in Panik und wilde Abwehr ausbrechen lassen. Dieser ist mehr als der Gesunde auf eine geduldige und freundliche Vorbereitung angewiesen. Eine Unfreundlichkeit kann bei einem Hirnkranken zu einem Wutanfall führen, dessen er sich nachher schämt und der sein Selbstbewusstsein schädigt — gerade weil er nicht, wie der Gesunde, den Affekt bremsen und den Unfreundlichen schliesslich verstehen und bei sich entschuldigen kann. Hirnkranken sind noch mehr als Gesunde darauf angewiesen, dass sie zur regelmässigen Tätigkeit angehalten werden, weil sie nicht genug Uebersicht und Initiative haben, um sich selber zu beschäftigen. Durch eine regelmässige, den Kräften angemessene Tätigkeit werden Apathie, Langeweile und Reizbarkeit hintangehalten und möglicherweise der Abbauprozess im Gehirn verzögert.

Das Personal in Alters- und Pflegeheimen

Goffman hat gezeigt, dass im schlecht geführten psychiatrischen Spital sich das Personal von den Patienten gefühlsmässig so stark distanziert, dass es deren Bedürfnisse nach Kontakt und Führung nicht mehr befriedigen kann. Im Alters- und Pflegeheim kommt einer inneren Distanzierung die Tatsache entgegen, dass über alte Leute in der Bevölkerung sogenannte «stereotype Urteile» bestehen, das heisst weitverbreitete Meinungen, die Negativ sind und die grossen Unterschiede zwischen alten Leuten nicht berücksichtigen. In diesem Stereotyp wird das Alter immer und ausschliesslich als eine Periode der Schwäche, Abhängigkeit, Leistungsunfähigkeit und negativen intellektuellen und charakterlichen Veränderungen gesehen. Jüngere Jahrgänge haben offenbar das Bedürfnis, sich vom Alter zu distanzieren und ihm ganz andere Eigenschaften zuzuschreiben als sich selber, so wie man Menschen anderer Hautfarbe — manchmal auch nur anderer Sprache und Kultur — ganz fremde und oft unheimliche Eigenschaften zuschreibt (12, S. 66 ff). Es ist wahrscheinlich eine Folge dieser innern Distanzierung, dass zum Beispiel Depressionen bei alten Leuten weniger ernst genommen und weniger oft einer Behandlung zugeführt werden als bei jüngeren — obschon das subjektive Leiden in beiden Fällen sicher gleich gross ist.

Es scheint, dass die Distanzierung von den Insassen um so ausgeprägter ist, je mehr eine Institution für Langzeitpatienten den Anforderungen eines Akutspitals an Organisation und rationelle Arbeitsteilung zu entsprechen sucht (4, 11). Der Patient im Akutspital wird in seinem eigenen Interesse einer möglichst wirksamen und möglichst kurz andauernden Behandlung unterzogen. Er ist deren passives Objekt, untersteht der notwendigen rationalen Ordnung und weiss, dass er, wenn alles gut geht, nach einiger Zeit wieder in sein normales Leben zurückkehren wird. Für den Chronischkranken ist aber das Kranken- oder Pflegeheim das eigentliche Leben, alles, was er hat und voraussichtlich haben wird. Je mehr er bloss Objekt einer Behandlung oder Pflege ist, je mehr alle Entschlüsse für ihn gefasst und sein Drang nach menschlichen Beziehungen und sinnvoller Beschäftigung ignoriert wird, um so stärker wird sein Rückzug von der Welt — oder aber: um so deutlicher werden seine Eifersucht, seine Klatschsucht, seine Egozentrität. Schwachsinnige Kinder, die in Institutionen erzogen wurden, die nach Art einer Klinik für körperlich schwerkranke Kinder organisiert waren, hatten wegen der streng rationalisierten Arbeit der Schwestern zu diesen fast keine Beziehungen, ja sie waren einer unwahrscheinlich grossen Personalrotation ausgesetzt. Wegen der rationellen, raschen und genauen Arbeitsweise, die verlangt wurde, konnten die Schwestern die Kinder nicht an ihren Arbeiten teilnehmen lassen, und diese lernten nichts. Sie konnten sich nicht waschen, nicht ankleiden, kein Bett machen, keinen Tisch decken. Schwachsinnige Kinder in Kinderheimen, wo weniger auf rationelle Arbeitsweise als auf den Kontakt mit den Kindern Wert gelegt wurde, entwickelten sich besser: sie erwarben die oben genannten Fähigkeiten und konnten wegen ihres Kontaktes mit vollsinnigen Erwachsenen auch besser sprechen (11).

Zwei neuere Schweizer Untersuchungen aus Altersheimen

Alte Leute sind wahrscheinlich besonders anfällig für psychischen Hospitalismus, denn ein Verlust an Beziehungen und Rollen ist durch ihre Situation in einer Gesellschaftsordnung, die für die Alten keine bestimmte Aufgabe hat, schon vorgebildet.

Diese Vermutung wird durch zwei neuere Untersuchungen aus Schweizer Altersheimen bestärkt (wobei allerdings ein Vergleich mit nichthospitalisierten Kontrollgruppen fehlt): beide zeigen die geringen Aussenkontakte von Altersheimbewohnern und die grossen Schwierigkeiten, untereinander mehr als oberflächliche Beziehungen zu gewinnen. Beide weisen auf die leeren Tage hin, das Warten auf Abwechslung und auf das durchdringende Gefühl, überflüssig zu sein. Beide zeigen auch die strenge Kontrolle, die vor allem weibliche Insassen durch ihre Klatschsucht ausüben, beide auf das Bedürfnis, dass die «rechtfertigende Geschichte» immer wieder erzählt und angehört wird. Die welsche Arbeit zeigt ausserdem bei vielen

Insassen den Wunsch nach einer Tätigkeit — und den hohen Anteil von psychisch gestörten, aber nur selten einer adäquaten Behandlung zugeführten alten Leuten. Diese Arbeit zeigt auch, dass es manchenorts immer noch einschränkende und demütigende Hausordnungen, ja eigentliche Strafsysteme in Altersheimen gibt (8, 9).

Alte Leute ertragen Institutionen wahrscheinlich besonders schlecht. Darum erscheint in der Literatur über Altersheime immer wieder der Wunsch, diese möchten einerseits durch ambulante Dienste, die ein möglichst langes Verbleiben in der gewohnten Umgebung gewährleisten und andererseits durch Pflegeheime ersetzt werden, in welche die alten Leute eintreten würden, wenn die ambulanten Dienste nicht mehr genügen. Eine andere Lösung wäre die, dass sich die Jüngeren unter den Älteren bei noch gutem Gesundheitszustand zu selbständigen Wohngemeinschaften zusammenschließen würden, in der schwächer und unselbständiger werdende Mitglieder verbleiben könnten — also Selbsthilfe statt Institution.

Was können wir hier und jetzt tun? Massnahmen ergreifen, die den Insassen von Alters-, Pflege- und Chronischkrankenheimen möglichst viel Entscheidungsfreiheit und eigene Aktivität sowie einen strukturierten Tageslauf sichern. Vielleicht sollten wir davon ausgehen, dass für den alten Menschen ein eigenes Territorium eine Notwendigkeit ist — und ihm auch im Krankenheim wenigstens einen Winkel geben, den er zeitweise gegen unerwünschte Einblicke schützen kann, um mit Angehörigen, dem Seelsorger oder dem Arzt unter vier Augen zu sprechen oder auch einfach einmal mit sich selber allein zu sein. So könnten psychische Schäden durch Hospitalisierung vermindert oder vermieden werden.

Literatur:

- 1 GOFFMAN, E.: Asyle. Ueber die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1973. (Amerikanische Erstausgabe: Asylums, 1961.)
- 2 TOWNSEND, P.: The last refuge. A survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales. Routledge and Kegan, Paul London, 1964.
- 3 LOHMANN, S.: Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge. Vinzenz, Hamburg, 1970.
- 4 MILLER, D., LIEBERMANN, M. A.: The relationship of affective state and adaptive capacity to reactions to stress, in Chown, S. M.: Human ageing. Penguin books 1972, 337—349.
- 5 RADEBOLD, H., BECHTLER, H., PINA, I.: Psycho-soziale Arbeit mit älteren Menschen. Lambertus, Freiburg i. Br., 1973, S. 48 ff.
- 6 VIGNAT, J. P.: Le Vieillard, l'hospice et la mort. Masson et Cie., Paris 1970.
- 7 MILLER, E. J., GWYNNE, G. V.: A life apart. A pilot study of residential institutions for the physically handicapped and the young chronic ill. Tavistock publications, J. B. Lippincott, London 1972.
- 8 ROHRER, H., WILLIMANN, Ch.: Soziale Kontakte in einem Altersheim. Diplomarbeit der Schule für soziale Arbeit, Bern 1973.
- 9 VAUCHER, A.: La situation des personnes âgées en milieu institutionnel. Diplomarbeit der Schule für soziale Arbeit, Luzern 1972.
- 10 GOLDFARB, A. J.: Mental health in the institution. Gerontologist 1 (1961), 178—184.
- 11 KING, R. D., RAYNES, N. V., TIZARD, J.: Patterns of residential care, sociological studies in institutions for handicapped children. Routledge and Kegan Paul, London 1971.
- 12 SCHNEIDER, H. D.: Aspekte des Alterns. Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung. Fischer, Athenäum-Taschenbücher, 1974, S. 154 f.
- 13 NOAM, E.: Im Altenheim leben. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt 1971.

«Die Fertigmacher», Roman von Arthur Honegger

Heime und Anstalten als fragwürdige gesellschaftliche Institutionen waren immer in bestimmten Zeitabschnitten Zielscheibe kritischer Journalisten und Schriftsteller, die in sachlicher oder polemischer Art Mißstände anprangerten.

Unter den Schriftstellern ist C. A. Loosli zu nennen, der seine Jugendzeit als Verdingbub in einer Armenanstalt verbrachte und folgende Kampfschriften verfasste: Betrachtungen und Gedanken eines ehemaligen Anstaltszöglings, 1924; Ich schweige nicht, 1925; Erziehen, nicht erwrüngen, 1929.

In der gleichen Zeit hat Jakob Schaffner in seinem Roman: «Johannes» seine Erlebnisse in einer pietistischen Armenanstalt beschrieben. (1922, Neuauf-lage 1952.)

Und jetzt ist es Arthur Honegger, der ebenfalls autobiographisch mit einem Roman «Die Fertigmacher» einen Beitrag an notwendige Heimreformen leisten möchte.

Im Gegensatz zu Jakob Schaffner, der mit einem ausgesprochenen psychologischen Feingefühl die