

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA

Band: 62 (1991)

Heft: 3

Artikel: Qualitätsaspekte in der Langzeitpflege : Probleme auf der Endstrecke des Lebens

Autor: Selz-Keller, Beat

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-810224>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Qualitätsaspekte in der Langzeitpflege: Probleme auf der Endstrecke des Lebens

An der Tagung «Die ältere Generation in der heutigen Gesellschaft», vom 27. bis 29. September in Davos, wurden unter anderem auch pflegerische Aspekte erörtert. So befasste sich Dr. med. Beat Selz-Keller, Geriatrische Medizin am Bürgerspital Solothurn, mit «Qualitätsaspekten der Langzeitpflege». Dr. Reimer Gronemeyer, vom Institut für Soziologie an der Universität Giessen, stellte sich für seine Ausführungen die Frage: «Können Dienstleistungen von Institutionen die Lebensqualität beeinflussen?» und setzte den Untertitel: «Der Pflegeroboter klopft an». Befinden wir uns demnach bereits auf dem Weg zu einer rein rationell-mechanisch ausgeführten Pflege, ohne zwischenmenschliche Wärme, ohne «Daheim im Heim»?

Wovon sprechen wir?

Der Tod ist nicht die grösste Tragödie des Lebens. Die grösste Tragödie ist der Persönlichkeitsverlust; sterben in einer sterilen und abweisenden Zone, getrennt von seelischer Nahrung, von der Berührung einer liebenden Hand, getrennt vom Verlangen nach Erlebnissen, die das Leben lebenswert machen, getrennt von der Hoffnung (Cousins).

Von vier behinderten älteren Menschen leben drei in ihrem angestammten Bereich in der Gemeinde. Einer von den vier ist jedoch infolge der für jeden Menschen individuellen, lebensgeschichtlichen Kumulation von Alter, Gesundheitsstörungen und sozialer Vereinzelung gezwungen, in einer Form von gemeinschaftlichem Wohnen und Leben Zuflucht zu suchen. Die Autonomie ist in unterschiedlichem Ausmass verloren; ist es auch die Wahlfreiheit? Sind trotz der Abhängigkeit von der Hilfe Dritter noch Ressourcen erreichbar, die dem Leben auch auf der mit Leid und Verzicht beladenen Endstrecke einen Sinn geben können?

Seit den achtziger Jahren gibt es ein – allerdings langsam – wachsendes Bewusstsein, dass wir es hier mit einem formidablen Problem von gesellschaftspolitischen Dimensionen zu tun haben. *Die bekannten Veränderungen im Altersaufbau unserer Gesellschaft und die zur Bewältigung der Folgen einzusetzenden Strategien sind zu einem Thema der zeitgenössischen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion geworden.* Die Bedürfnisse im Bereich der Gesunderhaltung einerseits, in der Bewältigung von Krankheit und Verlust der Selbständigkeit andererseits, nehmen zu. Der soziale Wandel mit anderen Geschlechterrollen, anderen Berufs- und Arbeitsbedingungen, anderen Erwartungen vom eigenen Lebensweg und entsprechend veränderten Strukturen in Familie und Nachbarschaft führt dazu, *dass in nie gekanntem Ausmass gemeinschaftliche Anstrengungen für die Bewältigung der Probleme auf der Endstrecke des Lebens nötig werden.*

Dem Zeitgeist gemäss wurden Spitäler von Asylen zu technischen Anstalten entwickelt, in denen es vielen nicht mehr wohl ist, weil das Individuelle und das Menschliche zu kurz kommen und der Grenznutzen im Bereich bio-psycho-sozialer Phänomene nicht denselben Gesetzen unterliegt wie in der Technik. Ungeachtet allen Aufwands bleibt ein nicht mit interventionellen, sondern nur mit menschlichen Kräften zu bewältigender Hilfsbedarf. Lange dachte man auch hier vorwiegend an Unterbringung. Unter dem Druck der Umstände wächst die Erkenntnis, dass Bauinvestitionen allein nicht mehr genügen. Das Problem und mögliche Lösungen müssen von Grund auf neu gedacht werden.

Versuch einer Definition

Langzeitpflege ist eine soziale Aufgabe mit dem Ziel, stabile Einschränkungen der körperlichen, geistigen, seelischen und sozia-

len Integrität durch ambulante oder stationäre Dienste zu ersetzen oder zumindest zu lindern, wobei es um Pflege und Betreuung, menschliche Zuwendung und Erhaltung verbleibender Funktionen geht. Es handelt sich um eine schwergewichtig soziale Tätigkeit mit von Fall zu Fall unterschiedlichem medizinischem Einschlag, welche hauptsächlich in den Gemeinden zu tragen ist. Sie ist nur aus historischen Gründen heute noch teilweise im Spital angesiedelt.

Was sind legitime Bedürfnisse?

Es besteht die Gefahr, dass sich viele Diskussionsteilnehmer anstelle von Wissen und Erfahrung auf Vorurteile abstützen (müssen). In der Tat besteht ein grosses Defizit an methodisch guten sozial-wissenschaftlichen Untersuchungen, in der deutschen Schweiz noch mehr als in der welschen. Die Medizin ihrerseits hat in unserem Land diese komplexen Problemkreise noch kaum als Arbeitsgebiete anerkannt. Die Geriatrie hat allerdings nicht in erster Linie mit Allokationsproblemen zu tun. *Das Herzstück einer geriatrischen Ethik ist die Güterabwägung einer optimalen medizinischen Versorgung, mit besonderer Berücksichtigung der Ethik von Selbstbestimmung.* Für geriatrische Ethik gelten nach McCulloch und Lipson vier auch sonst gültige Prinzipien der medizinischen Ethik, hier aber in ihrer besonderen Ausprägung in der Geriatrie: *Fürsorge und Wohltun, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Familienverantwortlichkeit.*

Woran sollen wir uns halten?

Offensichtlich besteht auch ein *Problem der sozialen Gerechtigkeit.* Unter Umgehung der philosophischen Abgründe dieses Begriffs kann man diesen im praktischen Leben unter dem Aspekt der «Rückerstattung» oder «Kompensation» (nach erlittenem Unrecht oder Schaden) oder aber unter dem Aspekt der «Verteilung» (von Mitteln) betrachten. Voraussetzung dazu ist eine faire Identifikation der Bedürfnisse. Damit verkoppelt ist das praktisch erhärtete rechtsphilosophische Prinzip, wonach sich die Gesellschaft zur Gewährleistung ihres Zusammenhalts zu einer bestimmten Anzahl unverzichtbarer Pflichten zu bekennen hat.

Altersdiskrimination

Ein chronisch-kranker älterer Mensch hat mindestens vier stigmatisierende Qualitäten: 1. sichtbare Symptome; 2. mögliche mentale Störungen; 3. hohes Alter per se; 4. Minderheitszugehörigkeit (Purtilo).

Ältere und behinderte Menschen sind ausgegrenzt, insofern sie keine Möglichkeit zur Mitsprache in zentralen Entscheidungen über ihr Leben und Wohlergehen haben. Aufgrund ihrer Verletzlichkeit hat sich eine weitläufige Literatur entwickelt, welche sich

mit der moralischen, sozialen und legalen Verantwortlichkeit der Gesamtgesellschaft gegenüber den wohlverstandenen Interessen dieser besonderen Minderheit befasst (Branch).

Chronisch-krank und behinderte ältere Menschen – als Kollektiv – präsentieren sich nicht als Individuen, welche in der Lage sind, einen positiven Beitrag an die Gesellschaft zu leisten, in dem Sinne, dass sie ökonomisch oder funktionell nützlich werden könnten. Verletzliche Randgruppen werden deshalb leicht als unwürdige und unnutzige Gesellschaftsglieder angesehen. *Es sind vergleichsweise zu kurz gekommene Mitbürger, Verlierer in der Lebenslotterie.* In der politischen Arena ist ihre Basis für die Beanspruchung eines Anteils an den beschränkten Ressourcen lediglich die Tatsache, dass sie Bedürfnisse haben, die ohne den Einsatz und die Unterstützung der Mächtigeren nicht befriedigt werden können. Die Vorstellung, dass Gerechtigkeit mit der Verteilung von Mitteln zu tun habe, betrifft auch die angemessene Befriedigung von Bedürfnissen der Randgruppen. Bei der Verteilung muss davon ausgegangen werden, dass gewisse Personen einen Vor- oder Zuschuss zugute haben, gewissermassen als Abgeltung für schicksalhafte Nachteile.

Alvar Myrdal sagt dazu folgendes (eigene Übersetzung): «Gleichheit bedeutet, dass dort wo die Natur grosse und grundlegende Unterschiede in den Fähigkeiten geschaffen hat, diese nicht die Chancen des einzelnen im Leben bestimmen dürfen; vielmehr sollte die Gesellschaft den Ausgleich herstellen. Die Unterschiede in der Form körperlicher oder geistiger Nachteile können nie zum Verschwinden gebracht werden; sie können aber in einem grosszügigen Klima gemindert werden und man kann dagegen arbeiten, dass sie zu gesellschaftlicher Diskriminierung führen. *Von der Natur auferlegte Nachteile sollten nicht als etwas hingegenommen werden, wogegen wir nichts zu tun vermögen.*»

Demgegenüber hat der amerikanische «surgeon general» schon 1979 als Vorgabe für die achtziger Jahre verlangt, dass messbare und realisierbare Voraussetzungen in Gesundheit, Mobilität und Unabhängigkeit älterer Menschen durch Programme der Krankheitsvorsorge und Gesundheitsförderung erzielt werden sollten. Diese hätten eine 20prozentige Reduktion der Krankheitstage dieser Personengruppe hervorbringen müssen.

Wahlfreiheit als Grundhaltung

Zu Recht wurde von dem vorgenannten amerikanischen Arzt die Erhaltung der Gesundheit und gegebenenfalls die Wiedererlangung von Lebensperspektiven als andere Seite der Medaille deklariert. Erst wenn Vorkehrungen getroffen sind, dass die notwendigen Mittel auch in diesem Bereich gerecht verteilt sind (Gesundheits- und Lebensberatung; Rehabilitation, Akutstationen für geriatrische Medizin), schliesst sich der Kreis. Anderenfalls gerät der unreflektierte Weiterausbau von stationären und ambulanten Langzeitfazilitäten in den Verdacht, als Element einer Abwehrstrategie gegenüber den ungewollten Erscheinungsformen des Alters zu wirken. Der integrale Respekt für Selbstbestimmung und wirkliche Bedürfnisse der Betroffenen ist nur dann gewährleistet, wenn überall, wo dies möglich ist, eine *echte persönliche Wahl die Gestaltung der letzten Lebensphasen mitbestimmt.*

Integrale geriatrische Dienste?

Der Aufbau einer in ihren Elementen gegenseitig gewichteten, kontinuierlichen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskette als Antwort auf das skizzierte Kontinuum der Bedürfnisse ist die unerlässliche Voraussetzung, um die Qualitätsdiskussion anschliessend mit Fug auf einzelne Sektoren (Spitalaufgabe im Sinne von Rehabilitation und geriatrischer Medizin; ambulante

Dienste, stationäre soziale Langzeitpflege) beschränken zu können. *Das System muss nicht perfekt und lückenlos sein, aber menschenfreundlich und verlässlich.* Nur auf diese Weise ist zu gewährleisten, dass geriatrische Patienten nach denselben Qualitätskriterien untersucht und behandelt werden können, wie sie für alle anderen ärztlichen Disziplinen als selbstverständlich gelten. *Eine korrekte Abklärung und proaktive Intervention (Butler), welche an Gerechtigkeit und Selbstbestimmung orientierte Behandlungsmöglichkeiten sucht, hat jeder Heimplatzierung voranzugehen.* Qualität im gesamten Gebiet der Geriatrie wird erst gesichert sein, wenn dieses Grundpostulat erfüllt ist. Nur nebenbei sei darauf hingewiesen, dass nur auf diese Weise die nötige Vielfalt von Arbeitsplätzen entsteht, um in Konkurrenz mit der Wirtschaft genügend und menschlich geeigneten Nachwuchs rekrutieren zu können. Auch das ein Qualitätsmerkmal. Ebenso sei erwähnt, dass die hier skizzierte systematische Schau geriatrischer Dienste zu einer drastischen Aufwertung von Führung und Organisation verhelfen würde, auch zu einer Verbesserung von Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Pflegeberufen und Arzt. Beides sind Kernpunkte zur Verbesserung der Berufszufriedenheit und Minderung von Stress im Pflegebereich (Widmer). Wiederum alles Qualitätsmerkmale. Erst wenn diese prinzipielle Übereinkunft über die Unerlässlichkeit einer umfassenden Problemidentifikation besteht, darf man sich erlauben, seine Anstrengungen zu unterteilen und zeitlich zu etappieren. In der deutschen Schweiz wird die ethische, gesellschaftliche, gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Dimension dieses Sachverhaltes weitgehend verkannt. Dies hat zur Folge, dass weiterhin Fehl- und Vorurteile, Ignoranz, Gleichgültigkeit oder Zufall die Entwicklung bestimmen. Damit könnten sich die anstehenden Aufgaben nach der Jahrhundertwende als unlösbar erweisen. Der politische Handlungsbedarf ist gross. Veränderungen werden sich nur um den Preis psychologischen Geschicks und unerschöpflicher Beharrlichkeit einstellen (Baumberger). Nochmals Qualitätsmerkmale!

Was bestimmt Qualität in der Langzeitpflege?

Eine einfache Antwort ist offensichtlich unmöglich. *Im Zentrum stehen Werte, lebenskundliche Aspekte, ein Bild vom Menschen, die Sinnfrage.* Das tägliche Tun und Lassen muss sich daran orientieren können, wenn es nicht zu einem Ver- oder Entsorgungsakt verkommen soll. Leben und erleben, Mitmenschlichkeit, Freude und Hoffnung gehören dazu, aber auch das Scheiden und Loslassen, Konfrontation und Konflikt, die dezidierte Auseinandersetzung: Lebenswelt, Perspektiven für alle. Der hilfsbedürftige ältere Mensch, seine Angehörigen und die pflegerische Aufgabe sind ein untrennbares Ganzes. Dieses bildet einen schwer entwirrbaren Klügel von Motiven, Stimmungen und Einstellungen.

Pflege enthält unausweichlich ein autoritatives Element. Gerade dieses Element kann die Pflege auch in ihr Gegenteil verkehren: *Misshandlung.* Diese moralische Sprengkraft macht den Beruf zusammen mit den mentalen und physischen Anforderungen ebenso anspruchsvoll wie kostbar. Pflegepersonal, das bereit ist, an der Erhaltung der Lebensqualität älterer Menschen mitzutragen, strengt sich an, auf die verschiedenen Persönlichkeiten einzugehen und ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Besonders wichtig scheint, dass sie auch versuchen, unzulängliche Teile der institutionellen Struktur, Führungsschwäche der Vorgesetzten, Unverstand und Widerstand von anderen Berufsgruppen zu kompensieren. Dass dies zu sichtbaren und messbaren Konsequenzen für die betreuten Betagten führt, muss nicht hervorgehoben werden (Käppeli).

Auch nicht betont zu werden braucht die Tatsache, dass das für jeden Patienten persönliche Muster von Abhängigkeit selbstgestrickt ist. Darin drückt sich ein Selbstbild aus, welches bestimmt, ob der betreffende Mensch schwer oder leicht zu pflegen ist.

Zu beachten ist die besondere Stellung der Pflegerin FA SRK. Nicht alle haben ausdrücklich gewählt, Pflegerin zu werden. Oft wollten sie Krankenschwester/-pfleger werden, genügten den Anforderungen nicht und merkten erst im nachhinein, dass sie damit auf dem zweiten Platz gelandet waren. Mit den Augen der technischen Erfolgswelt gesehen, besteht ein Gefälle im Ansehen der Akutpflege gegenüber der Langzeitpflege. Erst wenn man deren gesellschaftliche und lebenskundliche Pluselemente in die richtige Perspektive bringt, ergibt sich ein Ausgleich. Die ganze «Geriatric» muss immer wieder gegen solche Formen der Zurücksetzung ankämpfen. Wenn weiterhin auch im Gesundheitswesen (das schon im Begriff einen Mangel an Lauterkeit erkennen lässt, handelt es sich doch zurzeit weitestgehend um ein Krankheitswesen) das für die zeitgenössische Schweiz bestimmende Quantum von kaltem Eigennutz eine der obersten Bestimmungsgrößen bleibt, dann wird es in der Tat schwer sein, nach und nach den dringend nötigen Wertwandel herbeizuführen. Wie sollen auch die Krankenpflege-Schulen diesen Ansprüchen gegenüber ihren Schülern gerecht werden ohne Resonanz in der Gesellschaft? Wie sollen es die Institutionen? Hier wird Qualität bestimmt: Vom gesellschaftlichen Klima. Die Freiheit der Eier von Salmonellen ist der kleine, indessen vielsagende Widerhall des Generalkonzerts.

Ein Pflegeheim ist kein Spital

Auch die fakultäre Medizin wird sich nach und nach inne, dass die Beschränkung auf die mit heutigen technischen Methoden erfassbaren biologischen Vorgänge ganze Domänen menschlichen Seins unbeachtet lässt. *Der Mensch ist keine Maschine und unter keinen Bedingungen je auf eine solche zu reduzieren.* Die Ausweitung der Schau auf ganze Menschen und die Gesamtheit der Lebensvorgänge ergibt erst eine wahrhaftig «wissenschaftliche» Auffassung von gesund und krank. Im Pflegeberuf werden diese Widersprüche zunehmend stärker wahrgenommen und systematischer ausgedrückt, weil eine wahrhaftige Krankenpflege nur bestehen kann, wenn sie auf die Ganzheit des Menschen ausgerichtet ist. Wieweit sich dies auf die in mancher Hinsicht mit dem interventionell-technischen Modell erfolgreiche Praxis der Medizin auswirken wird, bleibe dahingestellt. In den Spitälern wird der Gegensatz zwischen medizinischem Berufsbild und Pflegephilosophie noch lange anhalten. Hingegen könnte viel unnötiger Schleiss abgebaut werden, wenn wenigstens in der Langzeitpflege

die massgeblichen Wertorientierungen der beteiligten Berufe in grundsätzlichen Fragen speditiv zur Deckung gebracht würden. Dies setzt allerdings eine mentale Befreiung der Beteiligten voraus, mit entsprechenden berufsbildlichen Konsequenzen. Vielleicht fällt es allen leichter, wenn immer bedacht wird, dass Lebensqualität direkt von Pflegequalität abhängt und umgekehrt.

An Autonomie und Partizipation orientiertes Handeln steht auch in engem Zusammenhang mit architektonischen Strukturen (Welter). Auch dies ein weites, in unserem Land eher wenig beachtetes Feld. *Die Architektur von Gemeinschaftsbauten ist ein getreuliches Abbild des Klimas, welches der Bevölkerungsgruppe entgegengebracht wird, für die gebaut wird.* Solange Schulhäuser aussehen wie Kasernen, werden Heime aussehen wie Spitäler. Auch hier wird ein ziemlich radikales Umdenken und Abgehen von tradierten Modellen unumgänglich, wenn je in der innern und vielleicht sogar noch in der äusseren Architektur das in der Institution angestrebte Beziehungsklima angebahnt, beziehungsweise ausgedrückt werden soll.

So ist es in mancher Hinsicht die klossige Haltung der Allgemeinheit vielen Altersfragen gegenüber, welche der Grund vieler Qualitätsprobleme in der Langzeitpflege ist. Der Prozess des Aufbaus und Reifens ist im Gang, aber langsam.

Knappheit der Mittel

Nicht eine Explosion, sondern lediglich eine völlig normale Expansion der Kosten hat stattgefunden. Sie ist die Folge von Professionalisierung und Spezialisierung im Pflege- ebenso wie im Arztberuf, von Anspruchsinflation, Alterspyramide und Technisierung sowie der teilweise unangepassten Anwendung interventioneller Methoden auf ältere Menschen. Wenn man indessen das Ausgabenwachstum mit anderen Sparten staatlichen Tuns vergleicht, darf man es mit Rücksicht auf die erwähnten Entwicklungen als verhältnismässig bezeichnen. Die Zukunftsperspektiven gelten als besorgniserregend, weil trotz der bisherigen Entwicklung weiterhin gewichtige Postulate im Bezug auf das Angebotspektrum ebenso wie auf die berufspolitische Seite unbefriedigt sind. Auch die Langzeitpflege steht unter diesem Druck, verschärft um die Probleme schwieriger Betriebskulturen und geteilten Ansehens in der Öffentlichkeit. Die anständige Behauptung im Verteilungskampf um angemessene Mittel ist ein weiterer Pfeiler der Qualitätsdiskussion in der Langzeitpflege.

Praktische Qualitätsförderung

Die menschliche ebenso wie die materielle Dimension veranlassen den Staat, eine gesetzliche Aufsichtspflicht zu erlassen. Deren praktische Durchführung ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die keineswegs mit bürokratischen oder polizeilichen Mitteln als Aussenkontrolle wahrgenommen werden darf. In Frage kommen nur sozialwissenschaftlich bewährte, verständliche und verlässliche Methoden, die auch eine gewisse Bürgernähe haben. Eindruckliche Anstrengungen machte beispielsweise der Kanton Bern (Güntert; Schweizer). Angestrebt wird die Objektivierung einer Diskussionsgrundlage. Darauf soll eine fortgesetzte, angstfreie Auseinandersetzung über angestrebte Ziele und Ausmass der Verwirklichung abstellen. Das Messinstrument besteht aus sach- und lebenskundigen Menschen, die sich anhand zum voraus festgelegter Kriterien mit einer repräsentativen Anzahl Betroffener unterhalten. Die Betriebskultur soll qualitativ und quantitativ beurteilt werden, zusammen mit einer Positionierung der Institution bezüglich Umfeld, Bau und Führung. Daraus ergibt sich eine vertiefte Diskussion im Sinne eines reflexiven Kreisprozesses, welcher zur Identifikation von Stärken und Schwächen und daraus abgeleiteten Massnahmen führt. Ein solcher Prozess bindet auch die Trägerschaft in die Verantwortung für die

Kurs-/Ferienhaus Sommerau 6063 Stalden

In Stalden ob Sarnen auf 850 m Höhe vermieten wir das Kurs-/Ferienhaus Sommerau mit 42 Betten in 1er- bis 4er-Zimmern, 1 Essraum, 1 gut ausgebaute Küche, Rollstuhldusche und WC, Gruppenräume, 1 grosse Sonnenterrasse, 3000 m² Umschwung mit altem Baumbestand. Im 1991 noch einige Daten frei.

Anfragen an: Rütimattli, 6072 Sachseln
Tel. 041 66 42 22

Qualität der Dienstleistung ebenso wie der angebotenen Arbeitsplätze ein. Die Überprüfung und Neudefinition von Zielen wird zu einem alltäglichen, interaktiven Kommunikationsvorgang gemacht, der in erster Linie zu einer Optimierung im Einsatz umschriebener Mittel führen soll. Ein solcher Prozess wird allerdings auch Lücken offenlegen, deren Schliessung unverzichtbar ist. Eine Einigung hierüber sollte einfacher sein, weil sie sich definitionsgemäss auf im Vorhinein vereinbarte und allgemein anerkannte Kriterien stützt und nicht auf im Dienstweg nach oben gereichte Anträge unterer Stufen, welche oben nicht verstanden werden. Dieses partizipative Element sollte auch die Akzeptanz in atmosphärischer Hinsicht positiv zu beeinflussen vermögen. Es braucht nicht besonders gesagt zu werden, dass man durch eine solche im Alltagsbetrieb institutionalisierte Qualitätsförderung überdies wichtige Hinweise für alle Komponenten von Aus-, Weiter- und Fortbildung bekommen kann.

Wir müssen weiterhin damit rechnen, dass die Gesellschaft vielen Aspekten der Altersproblematik zwiespältig gegenüber steht. Die Mittel werden beschränkt bleiben, der Patient oft ausserstande, sich für seine Rechte einzusetzen, seine Angehörigen befangen. Qualitätsförderung auf Gegenseitigkeit ist eine aktuelle Form, diese Widersprüche mit vertretbarem Aufwand und soliden Ergebnissen aufzulösen. Gerade aufgrund der absehbaren weiteren Verknappung personeller und materieller Mittel ist eine solche Demarche gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich nötig, ethisch und rechtlich unerlässlich.

Dr. Beat Selz-Keller

Literatur

Baumberger J.: Thesen zu Erfolgsstrategien und Misserfolgsgründen für Reformen im Gesundheitswesen (1989). Referat an der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik vom 23. 8. 1989 in Zürich, zitiert nach Spitex 3/1989.

Butler R. N.: Principles of Care in the Nursing Home; The Practice of Geriatrics; Calkins E., Davies P. J., Ford A. B. (eds.), Saunders (1986).

Cousins N.: Anatomy of an Illness; Bautam (1981).

Ferguson Anderson W.: The way ahead; Geriatric medicine; Ferguson Anderson W., Judge T. G. (eds.); Academic Press (1974).

Gebert A. J., Kneubühler H. U.: Gutachten zu einem Altersleitbild für den Kanton Luzern; BRAINS, Berater im Gesundheits- und Heimwesen, Zürich, Basel, Bern (1990).

Güntert B. et al.: Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung; Huber (1989).

Käppeli S.: Gewaltanwendung und deren Prävention in der Pflege alter Menschen in Institutionen (1989). Vortrag an der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie.

Mc Culloch L., Lipson S.: A framework for geriatric ethics. Ja: Reichel W. (eds.): Clinical aspects of aging. 3rd edition 1988, Williams und Wilkins, Baltimore.

Myrdal A.: Towards Equality; Prisma, Stockholm (1971).

Purtilo R. B.: Social Justice in Chronic Illness and Long-Term Care; Geriatric Medicine; Cassel Ch. K. und Walsh J. R. (eds.); Springer (1984).

Sass H. M.: Biothik; Springer (1988).

Schaufelberger J.: Meine Arbeit - Mein Problem? Über die Schwierigkeiten, als Krankenschwester zu arbeiten (1990); Institut für Ausbildungs- und Examensforschung, Inselspital, Bern.

Schweizer W. et al.: Das Wohlbefinden der Altersheimpensionäre im Kanton Bern; Kurzfassung; Fürsorgedirektion des Kanton Bern (1985).

Selz-Keller B.: Wichtiges Postulat gegen die soziale Abhängigkeit; Solothurner Zeitung 29, 253 (1989).

Selz-Keller B.: Entwicklung integraler geriatrischer Dienste; Arbeitspapier zuhanden des Solothurnischen Sanitätsdepartementes (1990).

Welter R.: Anregung zur Förderung und Belebung des Wohnens und Betreuens in Heimen; Gottlieb-Duttweiler-Institut (1985).

Widmer M.: Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit; Schriftenreihe des Schweizerischen Krankenhausinstituts; Band 40; Aarau (1988).

Heim und Öffentlichkeit

Das kleine Buch «Heim, Öffentlichkeit und öffentliche Meinung» von Dr. iur. Heinrich Sattler, das 1986 erschienen ist, hat sich in nur wenigen Monaten zu einem Bestseller des VSA-Verlages entwickelt. Ueli Merz, ehemaliger Leiter der Arbeitserziehungsanstalt Uitikon, äussert sich über die neue Schrift wie folgt: «Nun ist» also diese Broschüre im VSA-Verlag erschienen, in welcher der Verfasser «der Frage nach unserem Verhältnis zur Öffentlichkeit und der öffentlichen Meinung in seiner ihm eigenen, sprachlich süffigen Art nachgeht. Ich meine, Sattlers 19fränkige Broschüre gehöre zur Pflichtlektüre für Heimleiter und nicht nur für sie . . .»

Zum Inhalt des Buches von Dr. H. Sattler stellt U. Merz weiter fest:

- Er geht der öffentlichen Meinung und ihren Repräsentanten nach.
- Er untersucht den Begriff Öffentlichkeit in einem viel weiter und differenzierter gefassten Mass, als wir dies gemeinhin tun.
- Er untersucht Meinungen und Meinungsbildungsprozesse dieser Öffentlichkeiten über uns und deutet unsere Reaktionen.
- Und er macht «behutsame Vorschläge für den Umgang mit dem gegenseitigen Ärgernis» und fängt dort eben nicht beim Umgang mit Radio DRS und dem Fernsehen an, sondern bei den kleinen alltäglichen Dingen, die zur Imagebildung jeder Institution viel mehr und viel Nachhaltigeres beitragen, als ein schöner Artikel in einer Wochenzeitung.

Im Verlag VSA sind aus der «Werkstatt» von Dr. H. Sattler ferner erhältlich: «Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» (Musterformulare mit Erläuterungen) und «Versicherungen im Heim».

Bestellschein

Wir bestellen hiermit

.....Exemplar(e) «Heim, Öffentlichkeit und öffentliche Meinung» zu Fr. 19.-

.....«Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» zu Fr. 13.-

.....«Versicherungen im Heim» zu Fr. 15.- (alle drei Broschüren exkl. Versandkosten)

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Unterschrift, Datum _____

Bitte senden an Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.