

Die kranken und gebrechlichen Alten

Autor(en): **Vischer, A. L.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Pro Senectute : schweizerische Zeitschrift für Altersfürsorge, Alterspflege und Altersversicherung**

Band (Jahr): **32 (1954)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-722020>

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.

PRO SENECTUTE

Revue suisse pour l'aide aux vieillards,
la séniculture et l'assurance-vieillesse

32^e année

Nr. 2

Juin 1954

Die kranken und gebrechlichen Alten

Wir möchten heute ein Thema des Altersproblems besprechen, dem man in der breiten Oeffentlichkeit gern aus dem Wege geht, dem aber die Spitalbehörden, die Aerzte und die medizinische Wissenschaft bisher noch nicht die genügende Aufmerksamkeit schenkt; es geht um die Frage: Wie hilft man den kranken und gebrechlichen Alten? Wo und wie sind sie am besten untergebracht?

Zuerst wollen wir die Frage stellen: Wie viele unserer alten Mitmenschen sind gebrechlich und pflegebedürftig? Merkwürdigerweise sind wir über den Gesundheitszustand der Alten im allgemeinen noch sehr unvollständig orientiert. Es dürfte interessant sein, über eine amerikanische statistische Aufstellung zu berichten, die sich mit dem Gesundheitszustand der Siebzigjährigen befasst; sie bezieht sich auf den Gesundheitszustand von tausend Rentenbezü gern: 24,4 % zeigten keine Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit, 53,3 % waren leicht angeschlagen, konnten sich aber noch frei bewegen, 17,4 % waren ans Zimmer gebunden und 4,9 % waren invalid und pflegebedürftig. Mit Hilfe des Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung konnte in Basel eine Enquete über die Lebensweise, die Leistungsfähigkeit und auch über die Pflegebedürftigkeit der alten Einwohner durchgeführt werden; die Ergebnisse dieser Untersuchung werden jetzt bearbeitet und ich hoffe, in nicht allzu langer Zeit darüber berichten zu können. Schon jetzt weiss man und zwar durch die Arbeit von Fräulein Dr. Vettiger †, dass in Basel ca. 5 % der über Sechzigjährigen als pflegebedürftig in Heimen untergebracht sind; es konnte nachgewiesen werden, dass diese relative Zahl seit 1900 gleichgeblieben ist, während die absolute Zahl infolge der stetigen Zunahme der

Zahl der alten Einwohner gewaltig angestiegen ist. Je grösser die Zahl der alten Menschen in den oberen Altersklassen, desto grösser wird die Zahl der Pflegebedürftigen. Es ist also anzunehmen, dass ihre Zahl in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen wird. Unsere Spital- und Sanitätsbehörden, sowie die Aerzte stehen also vor einer grossen und unausweichlichen Aufgabe. Wer irgendwie mit der Fürsorge des Alters vertraut ist, weiss um die langen Wartelisten von alten Kranken, die sich sehnlich um die Aufnahme in ein Pflegeheim oder in eine Spitalabteilung bemühen.

Welche krankhaften Zustände sind es, die im Alter zu Invalidität und Pflegebedürftigkeit führen? Im Vordergrund sind es die durch Arteriosklerose bedingten Schädigungen des Kreislaufapparates und ihre Folgen wie Lähmungen durch Hirnschlag und Durchblutungsstörungen der Gliedmassen, ferner die manigfaltigen Krankheiten des Zentralnervensystems und des Bewegungsapparates, die bösartigen Geschwülste sowie die Stoffwechsel- und Blutkrankheiten. Dies sind die krankhaften Zustände, die im Alter zur Invalidität führen und die man auch die chronischen Krankheiten nennt. Dieser Name hat einen düsteren Klang, da er gleichbedeutend mit unheilbar ist. Die Amerikaner haben die Bezeichnung *long term disease* und die Franzosen *maladie de longue durée* eingeführt. Ein passender entsprechender deutscher Name muss noch gefunden werden. Diese Schwierigkeit der Benennung gibt den Anlass, uns mit der Einstellung gegenüber diesen Krankheiten auseinanderzusetzen.

Für sehr viele Menschen ist das Alter überhaupt ein höchst unangenehmes Thema, von dem man nicht gern spricht und dem man möglichst aus dem Wege geht. Wie könnte man da noch Interesse erwarten für die kranken Alten? So waren diese die Stiefkinder der Aerzte, der medizinischen Wissenschaft, der Krankenpflege sowie der Spital- und Fürsorgebehörden. Die Wissenschaft vermag oder vermochte für die Krankheiten des Alters wenig Interesse aufzubringen, man sieht in diesen nur End- und Dauerzustände, die nicht mehr beeinflussbar sind und bei denen eine aktive Behandlung keine wesentliche Aenderung mehr herbeiführen kann. Die medizinische Wissenschaft fängt erst an, sich mit der Altersfrage und mit der Erforschung der Alterskrankheiten zu befassen. Es wäre von grösster Wichtigkeit, mehr von den Entstehungsursachen dieser Leiden zu wissen. Nach den neue-

sten wissenschaftlichen Erkenntnissen stehen wir heute diesen Krankheiten nicht mehr so hoffnungslos gegenüber wie ehemals. Es besteht eine nicht unbegründete Hoffnung, dass es sich nicht immer und nicht ausschliesslich um Abnutzungsschäden handelt, sondern dass auch Momente mitspielen, die ins Gebiet der Infektion und Ernährungsschäden gehören. Wenn es also gelingt, beizeiten manche Infektionsschäden zu beseitigen und eine unrichtige Ernährung auszuschalten, so werden nicht nur viele Menschen am Leben erhalten, sondern es wird auch der Entstehung von Arterienbeschäden vorgebeugt. Selbstverständlich handelt es sich um Massnahmen, die schon in den jüngeren Lebensjahren getroffen werden müssen. Man hört heute oft den Ausspruch, man soll Krankheiten nicht bloss *heilen*, es sei viel wichtiger, sie zu *verhüten*. Zweifellos weisen die Alterskrankheiten auf eine der wichtigsten Aufgaben der vorbeugenden Medizin. Man hört zuweilen von Ärzten, dass die Behandlung von Chronischkranken eine undankbare Aufgabe sei, die sich eigentlich nicht lohne und die wenig interessant sei. Nun wird aber jede menschliche Tätigkeit interessant, wenn sie eingehend und vertieft ist. Von diesem Standpunkt aus gibt es keine interessanten und uninteressanten Krankheiten. Gewiss handelt es sich um ein Gebiet, in welchem den therapeutischen Bestrebungen des Arztes Grenzen gesetzt sind. Jedes ärztliche Handeln hat hier einen doppelten Zweck: einmal gilt es, dem Patienten in seinem Leiden Linderung zu verschaffen und ihm über böse Tage hinwegzuhelfen und dann, ihm durch das Eingehen auf seine körperlichen und seelischen Zustände und durch die ärztlichen Bemühungen zu zeigen, dass er auch in dieser letzten Lebensphase nicht für wert- und nutzlos gehalten wird. Eine gewissenhafte ärztliche Behandlung gibt dem Alten etwas wieder von seiner menschlichen Würde, an der er sonst verzweifelt. Hier ist die Gelegenheit, dass sich der Arzt seines wahren Berufes bewusst wird:

«Was der Arzt,
der sich nur der heilbaren Krankheiten annähme,
und überliesse die andern ihrer Trostlosigkeit und Schmerzen?»

J. Klaesi

Ich habe es sehr oft bei jungen ärztlichen Mitarbeitern erlebt, wenn sie zum erstenmal auf die Pflegeabteilung kommen, dass der Anblick all der körperlichen und seelischen Hinfälligkeit bei ihnen

zuerst ein Gefühl der Erschütterung auslöst. Es braucht einige Zeit, um dieses Gefühl zu überwinden. Erst durch die Einsicht, dass dieser letzte Abschnitt ein integraler Teil des ganzen menschlichen Lebenslaufs ist und sich unter den festen Ordnungen alles natürlichen Geschehens vollzieht, gewinnt der junge Arzt den nötigen Abstand. Dann eröffnet sich ihm eine Fülle von Erkenntnissen und die ärztliche Tätigkeit gestaltet sich interessanter, mannigfaltiger und befriedigender, als er es je erwartet hätte. Hier ist ihm Gelegenheit geboten, etwas von der Kunst des Arzttums zu erlernen. Hier müssen neue Wege gefunden werden, um die Beziehungen zwischen Arzt und Patient fruchtbar zu gestalten. «Die therapeutische Absicht des Arztes geht zuerst einmal dahin, mit den chronischen und 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 nähern und weitem Umgebung zu und erweitert seine Gefühlswelt und seinen geistigen Gesichtsbereich.» (J. Klaesi.)

Das meiste, was über den ärztlichen Dienst gesagt wurde, gilt für das Pflegepersonal, dem chronische Patienten anvertraut werden. Dr. H. O. Pfister, Stadtarzt von Zürich, sagte in einem Referat über die Spitalpflege von Chronischkranken:

«Es ist bedauerlich, dass nur zu oft die Fähigsten und Tüchtigsten unter den Schwestern die Pflege von Chronischkranken als eine demütigende und untergeordnete Aufgabe betrachten und dass gewisse Pflegerinnenschulen diese Auffassung teilen.»

Bevor wir diese Auffassung kritisieren, wollen wir versuchen, sie zu verstehen. Schuld daran trägt nicht zum kleinen Teil die Haltung der Aerzte. Wenn der Arzt kein Interesse aufbringt für die kranken Alten und es an Sorgfalt und Hingabe fehlen lässt, wie kann man dann vom Pflegepersonal verlangen, dass es mit Freude seiner Aufgabe nachkommt. Das Beispiel des Arztes ist hier entscheidend. Die Aufgabe der Pfleger und Pflegerinnen, die den ganzen Tag über um die Kranken sind, ist sicher schwer; an sie werden grosse körperliche und seelische Anforderungen gestellt. Wenn bei jüngeren Patienten auch die grösste Mühe durch den glücklichen Ausgang einer Krankheit reichlich belohnt wird und

tiefe innere Befriedigung gewährt, wozu sich nicht selten die aufrichtige Dankbarkeit des geheilten Menschen gesellt, so ist ein solches Erlebnis bei alten Kranken sehr selten. Es erfordert kein geringes Mass an Geduld und Einfühlung, um Persönlichkeit und Charakter des alten Kranken zu erfassen. Jeder alte Mensch ist infolge seines besondern, durch sein individuelles Leben geformten Charakters und seinen durch die Lebenserfahrung bedingten Lebensgewohnheiten ein eigenes Problem. Man spricht heute viel von Problem-Kindern, die Eltern und Erziehern viel zu schaffen machen. Problem-Alte stellen ihre Umgebung vor nicht leichtere Aufgaben. Hier muss der Arzt einsetzen, er muss durch sein Beispiel beim Pflegepersonal das Verständnis für die Patienten wecken und fördern und was ebenso wichtig ist, er muss der pflegerischen Arbeit lebendiges Interesse entgegenbringen, sowie die Leistung des Personals würdigen und schätzen. Auf keinem Gebiet der Krankenpflege ist es so notwendig, dass der Arzt mit dem Pflegepersonal sich zu einer Gemeinschaft zusammenschliesst. Diese Gemeinschaft umfasst dann auch die Patienten und diese fühlen sich in ihr aufgehoben und geborgen. Dass gerade für dieses Pflegepersonal ausgiebig für Freiheit und Ferien gesorgt werden muss, ist selbstverständlich.

Da die Zahl der alten Kranken, wie wir eingangs schon dargetan haben, ständig zunimmt und anderseits in unserem Lande ein grosser Mangel an Schwestern herrscht — dieser wird von kompetenter Seite auf 30 % geschätzt — so wird es unmöglich sein, eine genügende Zahl von diplomierten Schwestern und Pflegern zu finden. Im Altersheim der Stadt Basel mit seinen 500 Insassen hat sich die folgende Organisation durchgesetzt und bewährt, und ich glaube, dass man auch anderswo dies als den besten Ausweg erkennt: die einzelnen Abteilungen werden von diplomierten Schwestern geleitet, das übrige Personal aber wird dort selbst ausgebildet, teils durch praktisches Anlernen, teils durch theoretische Kurse, die von den Aerzten durchgeführt werden. In diesem Personal finden sich nicht wenige Frauen jeden Alters, die irgendwo schon in der Krankenpflege tätig waren, aber aus verschiedenen Gründen kein Diplom erwerben konnten. So hat sich mit der Zeit ein Grundstock von Hilfsschwestern entwickelt, die eine erfreuliche Einstellung zu ihrer besondern Pflegeaufgabe an den Tag legen und in dieser eine befriedigende Lebensaufgabe gefunden haben. Die Pa-

tienten fahren dabei sicher nicht schlecht; auffallend ist, dass bei ihnen gerade jüngere Hilfskräfte besonders beliebt sind.

Und nun kommen wir zu der überaus wichtigen Frage: Wo werden die alten Chronischkranken am besten untergebracht? Bevor wir an die Beantwortung dieser Frage gehen, sei hier wiedergegeben, was Prof. Dr. Manfred Bleuler kürzlich über die «Zukunft unseres psychiatrischen Anstaltswesens» geschrieben hat:

«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 Grundlagen an die heutigen Anschauungen eine brennende und aktuelle Aufgabe der Aerzteschaft 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 allgemeinärztlichen wie der fachärztlichen Diskussion weitgehend entrückt scheinen 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 Aerzte es sind, die diese Reformen planen müssen.»

Das meiste, was hier über das psychiatrische Anstaltswesens gesagt wird, gilt meiner Ansicht nach für die Unterbringung der alten Chronischkranken. Wenn nun an dem bisherigen Zustand Kritik geübt wird, so sollen damit in keiner Weise die bisherigen Leistungen, die von viel Opferwillen und Menschenliebe früherer Generationen getragen sind, übersehen oder gar heruntergemacht werden. Die Zeiten und die äussern Umstände änderten sich und verlangen nach neuen, bessern Lösungen.

Als negative Seiten der heutigen Situation betrachten wir:

1. Sehr viele dieser Anstalten befinden sich auf dem Land, abseits und ferne von Ortschaften. Besuche von Angehörigen sind daher erschwert. Durch das Fehlen des Kontakts mit den Angehörigen und mit der Aussenwelt überhaupt werden die Einsamkeit und das Gefühl der Wertlosigkeit und Verlassenheit, diese seelischen Plagen des Alters, verstärkt. Unter solchen Umständen verfallen die Patienten oft in eine lähmende Apathie. Es kommt in unserem Lande immer wieder vor, dass leerstehende Hotels oder Pensio-

nen, die sich in einer erhöhten Lage ausserhalb menschlicher Siedlungen befinden, in Alters- und Pflegeheime umgewandelt werden ohne jegliche Rücksicht auf die besonderen psychologischen und körperlichen Gegebenheiten der alten Menschen, die dort wohnen sollen. Eine solche Isolierung ist auch für das Personal höchst ungünstig. Viele Anstalten und Abteilungen für Chronischkranke haben unglückliche Bezeichnungen (Versorgungshaus, Asyl für Unheilbare usw.) und tragen den Charakter von Absonderungshäusern. Ihre Insassen werden damit als Patienten eines mindern Ranges abgestempelt.

2. Der ärztliche Dienst ist oft ungenügend und dürftig. Es gibt noch viele Anstalten mit mehr als hundert Betten, die von einem Arzt im Nebenamt versorgt werden. Dadurch leiden nicht nur die Patienten, sondern auch das Personal, das ohne Kontrolle, ohne Weiterbildung, ohne Ermunterung arbeiten muss.
3. In den grossen Kliniken und Krankenhäusern befinden sich zu viele Chronischkranke; deshalb die allgemeine Klage über die Ueberfüllung unserer Krankenhäuser, die zu einer eigentlichen Kalamität geworden ist.

Am Internationalen Krankenkongress in Brüssel 1951, an welchem das Problem der Chronischkranke zur Diskussion stand, wurde allgemein die Forderung ausgesprochen, dass die Chronischkranke in Pflegeabteilungen gehören, die aber nicht selbständige Anstalten sind, sondern den grossen Krankenhäusern und Kliniken angegliedert sind. Dadurch wird einmal die Verlegung der chronischen Fälle aus den Kliniken erleichtert, aber es besteht doch die Möglichkeit, sie wieder zurückzuverlegen, wenn die Behandlung dies erheischt. Der ärztliche Dienst in diesen Abteilungen ist besser gewährleistet als in selbständigen Pflegeheimen. Erstens einmal wird ein anregender Kontakt aufrechterhalten mit den Aerzten der Klinik. Der Rat der Spezialärzte in den Polikliniken steht jederzeit zur Verfügung, ebenso Untersuchungsmöglichkeiten in den Laboratorien und Röntgeninstituten der Kliniken. Der Heimcharakter dieser Abteilungen soll aber in keiner Weise geschmälert werden.

Diesen neuen Anschauungen ist bei der Planung des Zürcher Stadtspitals Rechnung getragen worden. Dieses Krankenhaus enthält neben einer medizinischen und chirurgischen Abteilung mit 116 resp. 121 Betten eine Abteilung für Chronischkranke mit 243

Betten. Alle Einrichtungen dieser Abteilung sind den speziellen Bedürfnissen und Behinderungen der Chronischkranken angepasst. So weisen die Zimmer im Erdgeschoss Fenstertüren auf, damit die Patienten in ihren Betten auf die vorgelegte Terrasse ins Freie gebracht werden können. Die gehfähigen Kranken und jene, die sich in Rollstühlen vorwärtsbewegen, haben die Möglichkeit, sich durch Nebenausgänge entweder in den Einfahrtshof oder in den Garten zu begeben. Diese Bewegungsfreiheit ist für die oft jahrelang hospitalisierten Patienten ausserordentlich wohltuend und wird sich auf ihre seelische Verfassung günstig auswirken. Wer über eine Erfahrung mit solchen Patienten verfügt, weiss, wie die Stimmung gegen das Ende des Winters absinkt und dann in den Frühlingstagen oft schlagartig bessert, wenn die Kranken sich wieder ins Freie begeben können.

Wenn nun eine solche Pflegeabteilung, die speziell für die Chronischkranken eingerichtet ist, ihren Betrieb aufnimmt, so ist es nicht verwunderlich, wenn gerade viele schwere Fälle eingewiesen werden. Diese schweren Fälle sind eben an andern Orten nicht befriedigend untergebracht. Es ist leichter, ein Altersheim mit Alten zu belegen, die beim Eintritt sich einer leidlichen Gesundheit erfreuen und nur in beschränktem Masse auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Situation in solchen Heimen wird dann schwierig, wenn der eine oder andere Insasse invalid und bettlägerig wird, es aber für die Pflege an den nötigen Einrichtungen und an Personal fehlt. Das sind die Fälle, die in die speziellen Abteilungen für Chronischkranke eingewiesen werden.

In Basel war das Altersheim seit Jahren dem Bürgerspital angegliedert. Das Altersheim hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer Abteilung für Chronischkranke entwickelt. Die pflegebedürftigen Insassen sind seit der Eröffnung des Neubaus der chirurgischen und medizinischen Klinik in den freigewordenen Räumlichkeiten dieser Kliniken untergebracht. Die Verbindung des Altersheims mit dem Bürgerspital hat sich in Basel als vorteilhaft und segensreich erwiesen im Sinne unserer Ausführungen über diese organisatorische Frage.

Nun wird es nie möglich sein, alle alten Chronischkranken in Spitälern und Heimen unterzubringen, besonders da ihre Zahl immer mehr anwachsen wird. Viele Patienten ziehen es auch 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. Der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim ist für viele alte Kranke eine schwere seelische Belastung, es verlangt Anpassungsfähigkeit an ein neues, ungewohntes Milieu, die im Alter oft kaum mehr vorhanden ist. Die Unterbringung in einem Heim soll in Frage kommen; sie ist eine sozialbedingte Notlösung. 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 Gange, 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. In England wurde als wertvolle Unterstützung 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 andern 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.

Zum Schlusse möchte ich noch auf eine neue Organisation aufmerksam machen, die in neuester Zeit in Zürich durch die Initiative der medizinischen Klinik des Kantonsspitals ins Leben gerufen wurde. Es handelt sich um eine Alters-Hauspflege (der genaue Name ist noch nicht festgelegt), die sich in Schweden sehr bewährt hat. Diese Organisation wird vom Zürcher Kantonalen Komitee der Stiftung für das Alter grosszügig unterstützt. Ueber die ersten Er-

fahrungen schreibt Schwester E. Schüler, Leiterin des Fürsorgedienstes: «Die bisherigen Erfahrungen sind ausgezeichnet. Unsere Betreuten sind überglücklich. Das Gespenst der Spitalversorgung ist gebannt, die Vereinsamung und vielerorts auch die zunehmende Verwahrlosung gemildert. Aber auch die Helferinnen bewähren sich fast ausnahmslos.» Wir hoffen, in einer der nächsten Nummern von «Pro Senectute» Näheres über diese Organisation im Dienste der alten Kranken berichten zu können.

Dr. A. L. Vischer

Les vieillards malades et infirmes

Nous nous proposons de parler aujourd'hui d'une question qu'on évite de traiter en public et à laquelle ni les médecins, ni la médecine, ni les administrations des hôpitaux n'ont, jusqu'à présent, prêté une attention suffisante: Comment assister les vieillards malades ou infirmes et où les caser?

Avant d'aborder ce problème, il nous faut savoir combien de nos personnes âgées sont infirmes et dépendent des soins d'autrui. Cela nous fait constater un fait étonnant: nous ne sommes que très insuffisamment renseignés sur l'état de santé des vieilles personnes. C'est pourquoi il est intéressant de considérer une statistique des Etats-Unis se rapportant à l'état de santé des septuagénaires: de 1000 personnes ayant droit aux allocations de vieillesse 24,4 % jouissaient de toutes leurs facultés, 53,3 %, quoique légèrement touchées, continuaient à se mouvoir librement, 17,4% étaient consignées dans leur chambre et 4,9%, invalides, ne pouvaient se passer de soins. Grâce à l'aide du Fonds national Suisse pour recherches scientifiques, une enquête concernant les facultés et la manière de vivre des habitants âgés a pu être entreprise et menée à bonne fin. On est en train d'en classer les résultats, et j'espère être bientôt en mesure d'en présenter le compte rendu. Le travail de Mlle Dr Vettiger nous a toutefois déjà appris qu'à Bâle à peu près 5 % des personnes âgées de plus de 60 ans, ne pouvant plus se passer de soins, se trouvent hospitalisées. Depuis 1900, ce pourcentage ne s'est pas modifié, tandis que, bien en-