

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

Herausgeber: Schweizerische Stiftung Für das Alter

Band: 47 (1969)

Heft: 4

Artikel: Die Rehabilitation des alten Menschen = La riabilitazione delle persone anziane

Autor: Jucker, P. / Pisani, S.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-721656>

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: 15.03.2025

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

Die Rehabilitation des alten Menschen

Anlässlich der letzten Abgeordnetenversammlung der Stiftung «Für das Alter» vom 20. Oktober 1969 in Basel hat Herr Dr. med. P. Jucker, Chefarzt der Altersheime des Bürgerspitals Basel einen vielbeachteten Vortrag über das Thema «Die Rehabilitation des alten Menschen» gehalten. Seine interessanten Ausführungen, insbesondere auch seine Meinung über die Schaffung eigentlicher Rehabilitationszentren, seien nachfolgend wiedergegeben, wobei es der Referent in liebenswürdiger Weise übernommen hat, im Hinblick auf den Druck verschiedene Abänderungen und Ergänzungen vorzunehmen.

Das Zentralsekretariat hat mich gebeten, über die Rehabilitation des alten Menschen zu sprechen. Diesem Thema war, wie die Leser unserer Zeitschrift «Pro Senectute» (Nr. 2/1969) wissen, die Tagung der Evangelischen Akademie der Deutschen Bundesrepublik in Hofgeismar gewidmet, an der ein Hauptreferat Herr Prof. Steinmann aus Bern gehalten hat. Herr Prof. Steinmann hat sich ja in der Rehabilitation alter Menschen, vor allem der Hemiplegiker, besondere Verdienste erworben.

Rehabilitation ist ein heute viel gebrauchtes Wort, bei uns besonders seit der Einführung der Invalidenversicherung. In ähnlicher Bedeutung wie heute wurde es aber schon vor 125 Jahren gebraucht, und zwar vom Badischen Staatsrechtler *Ritter von Buss*, der verlangt: «Vielmehr soll der heilbare Kranke vollkommen *rehabilitiert* werden, er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war, er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder gewinnen und mit ihr ein neues Leben ¹⁾.» Dieser Ausspruch ist heute so modern wie 1844, ganz besonders mit seiner Betonung der Wiedergewinnung der menschlichen Würde.

In der von *Weber, Oppikofer und Belart* herausgegebenen Broschüre «Rehabilitationsaufgaben des Arztes ²⁾» wird als *Invalidität im weiteren Sinne* die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Beeinträchtigung jeder zu einem normalen Leben gehörenden Tätigkeit bezeichnet, als *Invalidität im engeren Sinne* des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung nur die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Dementsprechend wird auch unterschieden zwischen einer *Rehabilitation im umfassenden Sinne*, die sich auf alle zum Leben gehörenden Tätigkeiten bezieht und einer *Rehabilitation im engeren Sinne* des Invalidenversicherungsgesetzes, die nur die Wiedergewinnung der Erwerbstätigkeit im Auge hat.

Dass die Rehabilitation in dem erwähnten engeren Sinne nicht nur für den Menschenfreund, sondern auch für den Fiskus inter-

essant ist, leuchtet ein, wenn man von *Hoske* (zitiert nach Bialonski) erfährt, dass in den USA 64 000 Behinderte vor der beruflichen Rehabilitation 16 Millionen, nach ihr 116 Millionen Dollar verdienen. Die Rehabilitationskosten betragen 22,1 Millionen, die im ersten Jahre abgeführten Steuern 10,4 Millionen Dollar. Man rechnet, dass für einen Dollar Rehabilitationskosten etwa zehn Dollar an den Staat zurückfließen. — Damit würde unsere Milchsuppe geradezu zu einer Goldgrube für den Staat! Bei der Rehabilitation alter Menschen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, kann es natürlich nur um die Rehabilitation im weiteren Sinne gehen. Es wäre aber falsch zu glauben, sie läge — wenigstens zum Teil — nicht auch im öffentlichen Interesse. Sobald es nämlich gelingt, einen pflegebedürftigen Menschen aus einem Spital oder einem Pflegeheim in ein Altersheim, oder gar nach Hause zu entlassen und damit einen Pflegeplatz freizuhalten, ist für die Allgemeinheit schon viel gewonnen. Die Rehabilitation des alten Menschen erstrebt das nie erreichbare Ziel, ihn so lange fit zu erhalten, dass ihm wegen der immer noch beschränkten menschlichen Lebensdauer gar keine Zeit zu einem langen Krankenlager mehr übrig bleibt. Das tönt sehr utilitaristisch, liegt aber durchaus auch im wahren Interesse des Einzelnen und hilft seine Würde wahren.

Die Aktivierung

Und wenn nun, um in die Realität zurückzukehren, die Untersuchung eines Patienten ergibt, dass trotz aller Rehabilitationsversuche die physischen und psychischen Kräfte nie mehr zu einem Aufenthalt zu Hause oder auch nur in einem Altersheim ausreichen werden, *darf* man ihn dann einfach zum passiven Pflegeobjekt machen oder *soll* man es sogar, um ihn nicht, wie man meinen könnte, unnötig zu strapazieren und um nicht die Zeit der Pflegerinnen, Heilgymnastinnen und Beschäftigungstherapeutinnen unnützerweise zu beanspruchen?

Wir sind mit diesen Fragen auf der, so möchte ich sagen, alleruntersten Stufe der Rehabilitation angelangt und um sie zu beantworten, möchte ich Ihnen zuerst über Untersuchungen berichten, die *Prof. Melville Arnott* ³⁾ 1953 in England durchgeführt hat, um die Auswirkung der Bettruhe auf den Körper zu studieren. Er immobilisierte junge Leute für sechs Wochen im Bett und stellte folgendes fest: Die *Stickstoffbilanz* als Ausdruck des Eiweissan- bzw. -abbaues betrug durchschnittlich minus 54 g, ent-

sprechend 325 g Eiweiss; an Kalzium gingen 9 g bis 24 g verloren, entsprechend etwa 40—100 g fettfreiem trockenem Knochen. Die hohe Kalziumausscheidung prädisponierte zu Steinbildung in den Harnwegen. Das Blutvolumen nahm ab, ebenso die vasomotorische Kontrolle, d. h. die Regulation der Blutverteilung entsprechend der Körperlage, so dass die Leute beim Aufstehen in Ohnmacht fielen. Der Körper baut eben an Substanz und Funktionen ab, was für die Existenz bei einer bestimmten Lebensweise nicht nötig ist. Bis die materiellen und funktionellen Verluste wieder aufgeholt waren, brauchten diese jungen Leute wiederum sechs Wochen, also ebenso lang wie sie das Bett gehütet hatten. Wenn nun junge, vitale und regenerationskräftige Körper für die Restitution ebenso viel Zeit brauchten wie der Abbau gedauert hatte, wieviel mehr wird denn ein alter Körper hierzu benötigen!

Die Bettruhe hat, wie Prof. Arnott schreibt, ihre bestimmten Indikationen, nämlich akute Krankheitszustände. Ueberdosiert wirkt sie giftig. Die Gefahr der Ueberdosierung droht besonders den alten und chronischkranken Menschen, die dazu noch diesem Gift gegenüber besonders empfindlich sind.

Betrachten wir nun die Auswirkungen der Bettruhe auf die verschiedenen Organsysteme:

Sie haben gehört, dass der *Knochen* abgebaut wird, und das ist für einen alten Menschen besonders fatal, ist doch der Substanzverlust des Skelettes im Alter — auch ohne Immobilisation — überaus häufig, besonders bei Frauen und unter dem Namen Osteoporose heute allgemein bekannt. Sie ist der Grund, weshalb ein leichter Sturz zur Schenkelhalsfraktur führen kann und ganze Wirbel in sich zusammenbrechen. Je länger also die Bettruhe, desto grösser die Gefahr von Knochenbrüchen nach Remobilisierung.

Der Stickstoff- bzw. Eiweissverlust geschieht in erster Linie auf Kosten der Muskulatur. Die Folgen brauchen nicht weiter diskutiert zu werden.

Soviel zum *Substanzverlust am Stütz- und Bewegungsapparat*. Zu ihm kommt noch die Tatsache, dass besonders bei Patienten, die unter den Folgen einer Hirnarteriosklerose leiden, die Gelenke, besonders Knie und Hüfte, sich als Folge einer zunehmenden Verkürzung der Beugemuskeln immer mehr beugen und schliesslich in dieser Stellung fixiert werden. Diese für die Pflege denkbar schlechte Stellung erschwert die intime Toilette und begün-

stigt das Wundliegen, die Entstehung der gefürchteten Decubitalgeschwüre. Der natürliche Reiz für die Auslösung einer Streckbewegung in den Beinen ist aber ihre Belastung durch das Stehen. Nun zum *Kreislauf*: Die körperliche Bewegung beschleunigt den Blutstrom, die Tätigkeit der Muskeln massiert in den mit Klappen versehenen Venen das Blut aus und verschiebt es herzwärts. Verlangsamung der Zirkulation, wie sie die Bettruhe mit sich bringt, ist einer der Hauptfaktoren für die Entstehung der Thrombosen, d. h. der Blutgerinnung in den Gefäßen, vor allem in den Venen. Eine unangenehme Folge der Thrombose von Beinvenen ist die venöse Stauung mit Oedemen, die ihrerseits eine vielleicht schon mangelhafte arterielle Durchblutung noch weiter verschlechtern; die schlimmste Folge der Thrombose aber ist eine nicht selten tödliche Lungenembolie.

Die Atmungsorgane: Die durch körperliche Tätigkeit vertiefte Atmung belüftet alle Lungenpartien und trägt zur Herausbeförderung des mit Bakterien und Schmutz beladenen Bronchialschleimes bei. Bei dauernder Rückenlage werden die hinteren unteren, d. h. zu tiefst gelegenen Anteile der Lungen besonders schlecht entfaltet, schlecht gereinigt, und vom liegenbleibenden, bakterienhaltigen Bronchialsekret kommt es zur Entzündung der Lunge, zur Bronchopneumonie.

Die Verdauungsorgane: Leichte Bewegung fördert die Verdauung — *post coenam stabis sen passes mille meabis*, d. h. nach dem Essen sollst Du stehen oder 1000 Schritte gehen — und, da es angenehmer ist zu gehen als zu stehen, zieht man eben das Gehen vor. Ruhe führt zu Darmträgheit. Die überfüllten Därme lösen allgemeines Unbehagen aus und beengen Lungen und Herz in ihrer Funktion. Der Stuhlkomplex alter Leute, über den man sich gern lustig macht, ist gar nicht so selten berechtigt, wie die rectale Untersuchung immer wieder erweist.

Die Harnorgane: Wohl das lästigste Leiden des alten Menschen ist die Inkontinenz, d. h. die Unfähigkeit zur bewussten Kontrolle der Blasenfunktion. In den meisten Fällen ist sie zwar Ausdruck des cerebralen Abbaues. So nun, wie man das Kind dadurch vom Bettnässen entwöhnt, dass man es aus dem Bett nimmt und auf den Topf setzt, so versucht man durch die gleiche Massnahme den alten Menschen vor dem Rückfall auf diese primitive Stufe zu bewahren oder gar ihn wieder von ihr emporzuheben. Man weiss auch, dass die Kräftigung des Beckenbodens durch die im Stehen auf ihm lastenden Baucheingeweide auch den Schliess-

muskel der Blase funktionstüchtig erhält und damit überhaupt die Voraussetzung zur Kontinenz schafft. Horizontallage entlastet und schwächt den Beckenboden und den Schliessmuskel. Viele alte Frauen realisieren die Inkontinenz durchaus, besonders wenn diese mehr durch eine Schwäche des Schliessmuskels bedingt ist, als durch Demenz und schämen sich ihrer zutiefst. Wenn wir oben im Sinne des Ritters von Buss als ein Ziel der Rehabilitation die Wiedergewinnung der persönlichen Würde betont haben, dann gilt das ganz besonders in diesem Bereich.

Die auch nur zeitweilig eingenommene senkrechte Körperlage ist ferner ein guter Schutz gegen das gefürchtete Aufsteigen einer Infektion von der Blase über die Harnleiter in die Nierenbecken, sehen wir doch diese Komplikation bei Katheterträgern, die ja immer auch eine Blaseninfektion haben, solange sie herumgehen viel seltener, als wenn sie bettlägerig geworden sind.

Soviel zu den negativen Einflüssen der Bettruhe auf den Körper. Jene auf die *Psyche* sind nicht geringer: Macht man einen alten Menschen zum passiven Pflegeobjekt, wird man sehen, dass nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen Regungen und Funktionen absterben, wie alles, was nicht gebraucht wird, und dass der geistige Zerfall vom Moment der Bettruhe an rascher fortschreitet. Der Horizont engt sich auf die Bettumrandung ein, der Patient versinkt in Apathie. Hat er noch den Wunsch zur Kommunikation, reagiert er paranoid, weil er glaubt, niemand wolle mehr etwas mit ihm zu tun haben.

Das — meine Damen und Herren — sind die Gründe, weshalb auch wir unseren Patienten die sogenannte *aktivierende Pflege* angedeihen lassen. Das bedeutet, dass wir sie, wenn immer möglich, aus dem Bett nehmen, sie nun aber nicht etwa im Schlafrock oder gar im Nachthemd belassen, sondern sie richtig anziehen. Erst in ihren eigenen, persönlichen Kleidern werden sie wieder sich selbst, werden zu Persönlichkeiten, gewinnen die Selbstachtung — eben ihre Würde — wieder zurück, nehmen sich zusammen, auch hinsichtlich der Beherrschung ihrer Körperfunktionen. Das Sprichwort «Kleider machen Leute» gilt auch im Altersheim. Lässt man hingegen die Patienten in ihren Nachthemden im Bett, so verschmelzen sie zu einer uniformen Masse, in der jede Lebensregung erlischt. Diese aktivierende Pflege lag mir seit jeher so sehr am Herzen, dass ich jedes Jahr in einer Statistik über die Pflegebedürftigkeit und die Mobilität unserer Altersheim-Insassen ihre Erfolge zu erfassen suche: Wurden

1957 von 198 Immobilen, also nicht gehfähigen Patienten 134 im Bett belassen, 64 aufgenommen, so waren es 1965 von 214, also nicht viel mehr Immobilen 120, also zweimal, 1967 von 210 Immobilen gar 157, d. h. zweieinhalbmal soviel, die aufgenommen wurden.

Dieses Behandlungsprinzip stellt an die Initiative der Ober-schwwestern und an die Hingabe und Einsatzbereitschaft der Pfl-e-gerinnen und Pfleger viel grössere Ansprüche, als wenn die Patienten im Bett belassen würden; es verlangt auch, dass man den Patienten alle Verrichtungen selber tun lässt, deren er fähig ist, was oft mehr Zeit braucht, als wenn die Pflegerin es tut, und was nicht selten das Missfallen der Angehörigen erregt, die glauben, die Pflegerin sei zu bequem zur — anscheinend — selbstverständlichsten Hilfeleistung. Da ist es Pflicht des Arztes, die Angehörigen aufzuklären.

Die aktivierende Pflege wirkt sich nun aber nicht nur auf die Patienten positiv aus, sondern auch auf das Pflegepersonal, auf die Besucher — kurz auf die ganze Atmosphäre einer Abtei-lung, auf ihr Gesicht möchte ich sagen.

Damit, meine Damen und Herren, habe ich etwas besprochen, das mir als Arzt an einem Pflegeheim besonders wichtig ist, und von dem Sie glauben könnten, es gehe Sie, die Sie hauptsächlich mit noch mehr oder weniger selbständigen Leuten zu tun haben, wenig oder nichts an. Aber Sie haben wahrscheinlich auch mit Pflegeheimen Kontakt und bekommen Einblick in solche oder können gar Einfluss auf deren Führung nehmen, und so glaube ich, dass diese Ausführungen nicht fehl am Platze waren.

Diese *aktivierende Pflege* lassen wir als *Grundpflege* prinzipiell jedem unserer Patienten angedeihen und ausser akuten, fieberhaften Krankheiten, frischen Frakturen, Decubitalulcera oder — was auch vorkommt — der hartnäckigen Weigerung des Patienten das Bett zu verlassen, gibt es nichts, was uns davon abhält, auch Immobile in den Fahrstuhl oder doch in einen Liege-wagen zu setzen, wodurch die Lokomotion und damit die Aen-derung der Umgebung erleichtert werden. Für viele stellt sie bereits die höchst erreichbare Stufe der Rehabilitation — wenn man das so nennen darf — dar, weil damit die Grenzen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit erreicht sind.

Als nächste Stufe kommt die *Beschäftigungstherapie* zur Anwen-dung und zwar in Form der früher als ablenkend bezeichneten Beschäftigungstherapie. Das Wort sollte zum Ausdruck bringen,

dass durch Beschäftigung der Patient von sich selber und von trüben Gedanken abgelenkt wird. Viel besser ist die heutige Bezeichnung «*aktivierende Beschäftigungstherapie*», die ihren an und für sich positiven Wert zum Ausdruck bringt und sie nicht zum blossen Ausgleich eines traurigen Zustandes degradiert. Ueber die Aufgaben der Beschäftigungstherapie und ihre Bedeutung im Rahmen der Rehabilitation hat in ausgezeichneter Weise Herr Dr. H. Isenschmid⁴⁾ vom stadtärztlichen Dienst in Zürich an der Regionalen Präsidentenkonferenz des Schweizerischen Roten Kreuzes am 20. März 1969 in Zürich berichtet. Aus seinem sehr lesenswerten Referat möchte ich besonders die Aussage hervorheben, dass die aktivierende Beschäftigungstherapie immer auch eine *sozialisierende Behandlung* sei, wo grosser Wert auf die Beschäftigung in Gruppen gelegt wird. Sie wirkt damit der Neigung des alten Menschen zur Isolierung entgegen.

Die Rehabilitation

Die bis jetzt beschriebenen rehabilitativen Massnahmen im weitesten Sinne, die aktivierende Pflege und die aktivierende Beschäftigungstherapie können wir zusammenfassend als *Aktivierung* bezeichnen. Selbstverständlich haben auch sie unter ärztlicher Kontrolle und Ueberwachung zu geschehen. Die Aktivierung ist natürlich für einen ursprünglich bettlägerigen Patienten die Voraussetzung für die nächste, dritte Stufe mit der die eigentliche Rehabilitation einsetzt. Ihrer Besprechung seien ein paar Bemerkungen über die *Besonderheiten der gesundheitlichen und der Krankheitssituation alter Menschen* vorausgeschickt.

Mehr noch als bei der Behandlung — weil wir ja doch nicht jede Organveränderung klinisch erfassen können — wird uns Aerzten bei der Sektion eines alten Menschen eindrücklich vor Augen geführt, dass meistens mehrere Organe irgendwelche Defekte nach durchgemachten Krankheiten aufweisen. Das ist durchaus verständlich, denn je älter ein Mensch wird, desto länger ist er eben allen möglichen äusseren krankmachenden Einflüssen ausgesetzt, wie den Erregern von Infektionen und Infektionskrankheiten, Unfällen, und desto wahrscheinlicher werden in seinem Körper chronisch verlaufende krankhafte Prozesse zu Organstörungen und Veränderungen führen, wie die Arteriosklerose oder der Diabetes. Man findet aber bei einer Autopsie nicht nur die Folgen dieser Krankheiten, gewissermassen ihre

Narben — was noch mehr erstaunt ist die Tatsache, dass nicht selten mehrere aktive Krankheitsprozesse nebeneinander hergehen, so dass es oft fast unmöglich ist zu sagen, an welchem der Kranke nun eigentlich gestorben ist — ja oft ist es so, dass die Frage, wie denn diese vielen Organveränderungen überhaupt mit dem Leben vereinbar waren, jene, warum sie zum Tode geführt haben, in den Hintergrund treten lässt.

So ist denn auch die Gesundheit eines älteren Menschen etwas durchaus Relatives und besser kann man sie wohl kaum umschreiben als es *Dr. A. L. Vischer*⁵⁾ in seinem «ABC für alte Menschen» tut, wenn er sagt: «Der alte Mensch darf sich so lange als gesund betrachten, als für die Aufgaben seines Daseins noch ausreichende Anpassungs- und Ausgleichskräfte im Widerstand gegen Abnützung und Rückbildung vorhanden sind. Einfacher gesagt: Der alternde Mensch ist so lange gesund, als er mit den Gebrechen und Einbussen des Alters fertig wird. Wenn auch das ‚Fertigwerden‘ einerseits vom Ausmass der Altersveränderungen abhängig ist, so wird es doch weitgehend von den vorhandenen *geistigen* Kräften bestimmt. Diese sind es, die uns über die körperlichen Einbussen hinweghelfen und uns trotz diesen gesund erhalten. Im Alter wird der Geist zum ‚Dennoch‘ des Körpers . . . Die geistigen Kräfte regen sich nicht selten dann, wenn Widerstände überwunden werden müssen», soweit *A. L. Vischer*. Aufgabe der Fachleute für Rehabilitation, nämlich des Arztes, der Heilgymnastin, Beschäftigungstherapeutin, Sprachtherapeutin, oft auch des Psychologen und Sozialarbeiters ist es nun, dem Patienten zu zeigen, wie er auf dem kürzesten Weg und ohne untaugliche Versuche diese Einbussen kompensiert. *Mead*⁶⁾ definiert denn auch die Rehabilitation folgendermassen: «Rehabilitation ist eine vorübergehende Episode, während welcher einem Menschen mit einer physisch/psychologischen Beeinträchtigung die Gelegenheit geboten wird, in ihm selber latent vorhandene Möglichkeiten zu grösserer Unabhängigkeit im Handeln und in der Sorge für sich selber zu realisieren.» Diese sehr allgemeine Definition der Rehabilitation möchte ich auf alte Menschen angewandt dahingehend abändern, dass es oft nicht bei der Episode bleiben darf, sondern dass zur Erhaltung des Erreichten dauernde rehabilitative Behandlungen nötig sind, wenn auch in grösseren zeitlichen Abständen als am Anfang. Die Voraussetzung für jede Rehabilitation ist aber, dass der Patient den Wunsch nach mehr Selbständigkeit hat und den

Willen, bei der Rehabilitation aktiv mitzumachen. Wo diese fehlen, ist es Aufgabe der Fachleute der Rehabilitation zu versuchen, diesen Wunsch und Willen zu wecken. Eine weitere Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient über so viel geistige Kräfte verfügt, dass er begreift, was von ihm verlangt wird. Ob und in welchem Umfange diese Voraussetzungen im einzelnen Fall erfüllt sind, ist gar nicht immer leicht festzustellen, und so ist es denn am besten, man probiert die Rehabilitation, wenn auch nur die entfernteste Möglichkeit besteht, dass man dem Patienten damit nützt. Da aber Heilgymnastinnen und Beschäftigungstherapeutinnen Mangelberufe sind, ist es Sache des die Rehabilitation überwachenden Arztes, den Versuch beizeiten abzubrechen, wenn er keinen Erfolg verspricht. Ein Versuch gegen den ausdrücklichen Wunsch und Willen des Patienten ist natürlich von vornherein zum Scheitern verurteilt.

Die oben erwähnte Polymorbidität alter Leute verlangt selbstverständlich, dass der Rehabilitation eine gründliche ärztliche Untersuchung vorausgeht mit einer Bestandaufnahme der noch vorhandenen körperlichen und geistigen Kräfte und Möglichkeiten, des Rehabilitationspotentials, wie *Steinmann* es nennt. Sie muss namentlich auch feststellen, ob eine geistige Veränderung auf einem irreparablen Hirnschaden beruht oder aber Folge eines extra-cerebralen Schadens ist, der behoben werden kann. So kann sich eine Kreislaufinsuffizienz in Form eines Verwirrtheitszustandes zuerst am Gehirn manifestieren, dann nämlich, wenn dessen Durchblutung ohnehin an der unteren Grenze des Sollwertes liegt; der Patient kann ausgetrocknet sein, er kann eine Harnvergiftung, eine Urämie haben oder er hat nicht adäquate Beruhigungsmittel oder das richtige in zu hoher Dosis bekommen. Nicht selten liegt einer scheinbaren geistigen Einengung und Verarmung eine Depression zugrunde.

Wer immer mit Rehabilitation bei alten Menschen sich befasst, stellt *die Apoplexie, den Schlaganfall* bzw. deren Folge, die Halbseitenlähmung in den Vordergrund oder bespricht die Rehabilitation anhand dieses Beispiels. Ich erinnere an den Beitrag von *Mead*⁶⁾ in dem bekannten Vielmännerbuch von *Cowdry* «The care of the geriatric patient», an die Monographie von *Steinmann und Imhof*⁷⁾, an den sehr ausführlich geschriebenen Abschnitt, den *W. Ferguson Anderson*⁸⁾ in seinem Lehrbuch «Practical Management of the Elderly» dem Schlaganfall und besonders dessen rehabilitativer Behandlung widmet. Das kommt nicht

von ungefähr, denn wohl bei keinem anderen, so häufigen und so oft zu Invalidität führenden Krankheitsereignis ist es für das Ausmass des bleibenden Schadens gleich wichtig, dass von Anfang an das Richtige getan wird.

Im März dieses Jahres wurde ein 64 Jahre alter, angeblich ganz bettlägeriger Patient auf unsere Pflegeabteilung eingewiesen. Er hatte im vergangenen Oktober einen Schlaganfall erlitten, war auf der rechten Seite gelähmt, wenn auch nicht vollständig. Die Sprache hatte relativ wenig gelitten, doch löste jeder negative Affekt Weinen aus und die schüchternsten Versuche, den rechten Arm im Ellbogen oder gar in der Schulter zu bewegen, stiessen auf heftige ängstliche Abwehr. Er war von seiner um ihn rührend besorgten Frau als Bettpatient ausgezeichnet gepflegt worden, auch das Essen hatte sie ihm eingegeben. Von dieser Aengstlichkeit abgesehen, waren seine Reaktionen durchaus adäquat und vernünftig und er war zeitlich und örtlich voll orientiert. Beim Eintritt erklärten wir ihm sogleich, dass er bei uns nicht erwarten könne, dass wir ihm das Essen eingäben, vielmehr müsse er sich nun seiner linken Hand bedienen. Da er das gelähmte Bein gut handbreit von der Unterlage abheben konnte, gaben wir ihm die bestimmte Versicherung, dass er wieder gehen können — dies, obschon eine leichte Beugekontraktur im Knie bestand und obschon er mit der rechten Hand keinen Stock halten konnte. Das Selberessen ging schon vom ersten Tag an. Der Orthopäde, *Dr. Morscher*, fand, die Kontraktur im Knie sei nicht so schwer, dass sie eine Halteschiene erfordere, dass man aber wegen des Adduktorensasmus, der ein Ueberkreuzen der Beine beim Gehen zur Folge hatte, im Bett den Patienten mit abduzierten Beinen lagern müsse. Herr M. machte eifrig mit und erzielte ausgezeichnete Fortschritte — wenigstens punkto Gehfähigkeit. Bald konnten wir ihm erlauben, das Wochenende zu Hause zu verbringen, was einen weiteren Ansporn bedeutete. Mehr Schwierigkeiten machte der rechte Arm: Er war in der Schulter schmerzhaft versteift, so dass der Patient die teilweise wieder zurückgekehrte Kraft der rechten Schultermuskulatur gar nicht voll zur Wirkung bringen konnte. Die Schulter ist das Gelenk, das am raschesten versteift, eventuell schon innerhalb von Tagen, deshalb die Vorschrift, nach einem Schlaganfall schon vom 1. Tag an alle Gelenke passiv in ihrem vollen Bewegungsumfang durchzubewegen und zwar nicht nur die der kranken, sondern auch die der gesunden Seite. Das ist keine neue Erkenntnis, vielmehr schreibt schon der römische Arzt *Celsus*⁹⁾ in seinen «Artes», geschrieben in den Jahren 23 bis 30 n. Ch. im Abschnitt über die Apoplexie: «Es ist besonders gut, wenn der Kranke die aktiven Bewegungen wieder aufnimmt. Das gelähmte Glied muss womöglich durch eigene Kraft oder, wenn dies nicht geht, durch einen anderen bewegt und zwar durch eine gewisse Gewalt in seinen ursprünglichen Zustand gebracht werden.» Auf die Injektion von Corticosteroiden, die auf den Rat des Rheumatologen, *Dr. Steiger*, hin vorgenommen wurde, besserten sich die Schmerzen in der rechten Schulter etwas. Die Bemühungen unserer Heilgymnastin und Beschäftigungstherapeutin, mit Eis die verkrampfte Muskulatur der rechten oberen Extremität zu lockern und die Hand mit adäquaten Aufgaben zu trainieren, milderten zwar die ängstliche Abwehr gegen passive Bewegungen, trotzdem konnte der Patient die rechte Hand aber kaum gebrauchen: Forderte man ihn auf, sie zu reichen, so blickte er verzweifelt auf den steifbewegungslos herunterhängenden rechten Arm und Tränen der Scham und Enttäuschung traten ihm in die Augen. Unbewusste und Mitbewegungen waren indessen in beträchtlichem Umfang möglich. Wir dachten an eine sogenannte

Körperschemastörung, bei der der Patient die innere Beziehung zu einem Körperteil, besonders zu einer Extremität, verliert, so dass er, ohne Hinzu-
sehen, über seine Lage nicht orientiert ist. Der Neurologe, *Dr. Stricker*, konnte
indessen eine solche ausschliessen.

Herr M. fand solchen Gefallen an seinen Wochenenden, dass er und seine
Frau bald einmal den bestimmten Wunsch nach Heimkehr äusserten, dem wir
am 8. Juli 1969 stattgegeben haben — nicht mit gutem Gewissen, da man
sich von einer Fortführung der Behandlung eine weitere Besserung versprechen
konnte. Ja, wir fürchteten sogar, dass das Erreichte unter den übertriebenen
fürsorglichen Hilfeleistungen von Frau M. bald schwinden würde. Da der
Patient in der Nähe des Felix Platterspitals wohnte, erwogen wir eine Ueber-
weisung an dessen Tagesspital, das unseren, d. h. den Altersheimabteilungen
des Bürgerspitals angeschlossen ist. Das wünschten aber weder der Patient
noch seine Frau, da er dann wieder fast den ganzen Tag von zu Hause weg
gewesen wäre. So besprachen wir die Situation mit Herrn Dr. Steiger, dem
Leiter der Beschäftigungstherapie im Felix Platterspital. Er erklärte sich bereit,
den Patienten ambulant dort behandeln zu lassen und die ärztliche Ueber-
wachung zu übernehmen. Dreimal pro Woche kommt er nun zu Fuss in Be-
gleitung seiner Gattin ins Felix Platterspital. Es ist vorgesehen, dass er auch
heilgymnastisch behandelt wird. Das Hauptproblem stellt nach wie vor der
rechte Arm bzw. die rechte Hand, und man wird versuchen müssen, zu er-
reichen, dass Herr M. sie wieder in seine bewusste Kontrolle bekommt, dass
er lernt, sie zum Essen und zur Bedienung von Türfallen und Schaltern, evtl.
gar zum Schreiben zu gebrauchen.

Ich habe die Geschichte dieses Patienten so ausführlich geschil-
dert, weil sie so typisch ist und auch zeigt, welcher Aufwand für
eine Rehabilitation nötig ist. Sie zeigt auch, dass *Rehabilitations-
zentren für Ambulante* erwünscht sind, wo diese unter ärztlicher
Kontrolle behandelt werden.

Nicht immer gestaltet sich die Entlassung nach Hause so einfach,
wie in diesem Fall, wo eine Gattin die Rückkehr ihres Gatten
sehnlichst erwartet. Ueber diesen, *den sozialen Teil der Rehabili-
tation* wissen Sie besser Bescheid als ich, da das eine Ihrer täg-
lichen Aufgaben ist.

Oft muss man froh sein, wenn die Rehabilitation so weit gelingt,
dass der Patient den Anforderungen eines Altersheimes ohne
Pflegermöglichkeit genügt; nicht wenige bleiben aber auf fremde
Hilfe angewiesen. Auch diese werden aber zu möglicher Selbst-
ständigkeit erzogen, und ich begrüsse sehr die Bestimmungen
der *Lähmungsversicherung*, einer Art Rückversicherung für die
Krankenkassen, die ihre Leistungen nicht davon abhängig macht,
ob es gelingt, einen Patienten voll, d. h. bis zur Selbständigkeit
zu rehabilitieren, sondern sie schon ausrichtet, wenn das Ziel
kürzer gesteckt ist und z. B. nur eine beschränkte Selbständigkeit
— etwa im Essen — oder auch nur die Erhaltung eines bestehen-
den vom Verfall bedrohten Aktivitätszustandes erstrebt wird.

Alle Bemühungen der Heilgymnastinnen und Beschäftigungstherapeutinnen haben neben ihrer eigentlichen spezifischen eine ganz eminent *psychologische Bedeutung*. Sie zeigen dem Patienten, dass wir ihm mehr geben wollen, als die blosse Pflege und Verpflegung, dass jemand sich ihm zuwendet, sich um ihn bemüht, nach Kräften in ihm sucht, die zu wecken und zu nutzen es sich lohnt. Wir verlangen allerdings von ihm, dass er selber auch aktiv mitmacht und nicht einfach um passives Massiertwerden bittet.

Ganz Erstaunliches haben wir bei Sprachstörungen nach einem Schlaganfall von der *Sprachtherapie* gesehen. Ich stand ihr im Anfang eher skeptisch gegenüber, bis ich es erlebt habe, dass ein Patient, dem nur noch das Wort «saumässig» zur Verfügung stand, ganze Sätze sprechen lernte. Der Versuch sollte immer gemacht werden: Wie grauenhaft muss es sein, wenn man sich nicht verständlich machen, seine Ängste, Sorgen und Wünsche nicht äussern kann. Ein paar Worte, nur schon ja und nein helfen viel, wenn sich die Mitmenschen die Zeit nehmen, die Fragen so zu stellen, dass der vorhandene Wortschatz zur Beantwortung ausreicht. Auf keinen Fall darf man in Gegenwart eines Menschen, der nicht sprechen kann, auch nicht vor einem, der anscheinend nichts versteht, also an einer sensorischen Aphasie leidet, über ihn sich unterhalten, da man nie wissen kann, wieviel er effektiv noch erfasst. Nicht selten ist beides gestört, sowohl das Verstehen wie das Sprechen, wobei die Störung bald der einen, bald der anderen Komponente mehr im Vordergrund stehen kann. Alle, die mit einem solchen Patienten zu tun haben, sollten viel mit ihm sprechen, ihn mit Worten auf die Handlungen (Betten, zur Toilette bringen), die nun an ihm vorgenommen werden, vorbereiten mit Sätzen wie: «So Herr Weber, jetzt gehen wir auf den Abort . . .» usw. Wenn er es versteht, dann um so besser, wenn nicht, dann lernt er vielleicht dadurch Gesehenes oder Erlebtes mit den Worten in Verbindung zu bringen und auf alle Fälle merkt er die menschliche Zuwendung und dass er für voll genommen wird. Drastisch führt *Mead* dem ärztlichen Leser seines Beitrages im Lehrbuch von Cowdry die Situation des Aphantikers vor Augen, wenn er ihn eine Apoplexie mit Aphasie im Krankenhaus passiv erleben, d. h. erleiden lässt. «Thank heaven, that stroke was not real», mit diesem Satz schliesst *Mead* dieses Kapitel.

Gerade in der Sprachtherapie wird das zu Beginn gesetzte Ziel 134

der Rehabilitation: Dem Menschen seine Würde wieder geben, besonders deutlich. Die Sprache, sagt man ja, unterscheidet den Menschen vom Tier.

Sie sehen, meine Damen und Herren, auch mir kam die Apoplexie zupass, um auf einige allgemeine Fragen der Rehabilitation einzugehen. Ihre Besprechung war mir aber besonders deswegen wichtig, weil schon in den ersten Tagen durch Unterlassung der Mobilisierung, besonders der Schulter, Entscheidendes verpasst werden kann.

Ein besonders bei Frauen nicht seltenes Leiden ist die *primär chronische Polyarthrit*, die zu grauenhaften Verstümmelungen führen kann. Die Krankheit verläuft in Schüben. Während eines solchen ist Ruhe geboten, zu Zeiten des Stillstandes der Krankheit passive und aktive Bewegungsübungen. Finger und Handgelenk werden über Nacht auf einer leichten Schiene fixiert, um Fehlstellungen der Fingergrundgelenke entgegenzuwirken. In den letzten Jahren haben die operativen Methoden einen grossen Ausbau erfahren. Sie bezwecken nicht nur die Korrektur von Fehlstellungen, wozu gelegentlich ganze von der Krankheit zerstörte gelenkbildende Knochenenden entfernt und durch Metallteile ersetzt werden. Man erreicht auch in vielen — leider nicht in allen Fällen — mit der Entfernung der wuchernden und das Gelenk zerfressenden Gelenkinnenhaut einen Stillstand der Krankheit, zum mindesten an dem betreffenden Gelenk. Diese chirurgischen Massnahmen dürfen auf keinen Fall als letzte, gewissermassen verzweifelte therapeutische Möglichkeit gewertet werden, zu der man erst greift, wenn nichts anderes hilft und es bereits zu schwersten Verstümmelungen gekommen ist. Dann sind meistens auch die operativen Resultate enttäuschend. Wenn es aber auch nur gelingt, einen bettlägerigen oder immobilen Patienten wieder dazu zu bringen, dass er mit dem Fahrstuhl sich fortbewegen und seine persönliche Pflege selber übernehmen kann, dann ist schon sehr viel gewonnen.

Wiederum bei Frauen häufiger als bei Männern ist die *Osteoporose* — das Poröswerden der Knochen durch Schwund von Knochensubstanz. Für ihre Entstehung wurden von *Albright* hormonale Einflüsse verantwortlich gemacht, neuerdings hat *Nordin* die Kalkmangeltheorie aufgestellt. Kalzium nehmen wir vor allem mit der Milch auf (1 g in 1 l). Man muss aber wissen, dass von den Milchprodukten wohl der Käse, der durch Labgerinnung gewonnen wird, Kalzium enthält, nicht aber der

Quark, der als Eiweiss-Spender für Kauuntüchtige so wertvoll ist. Bei der Quarkgewinnung wird nämlich das Eiweiss durch Säure gefällt, wobei das Kalzium in Lösung bleibt.

Die Osteoporose führt unter der normalen Gewichtsbelastung zu Frakturen der Wirbelkörper und des Schenkelhalses, d. h. zu sogenannten Spontanfrakturen oder zu Frakturen nach geringem Unfallereignis. Das Zusammenbrechen der Wirbel kann zu starken Schmerzen führen, die den Patienten natürlich veranlassen, sich ins Bett zu legen. Das ist wohl nach frischer Fraktur nötig, Sie haben aber eben gehört, dass Bettruhe, d. h. Nichtgebrauch und Nichtbelastung den Knochenabbau fördert. Sehr schön konnten wir das einmal auf dem Röntgenbild einer Patientin mit Schenkelhalsfraktur rechts sehen, die nicht genagelt worden war: Nach ein paar Jahren waren die ganze Beckenhälfte und der Oberschenkel auf der rechten Seite viel ärmer an Knochensubstanz als auf der linken, die beim Stehen allein belastet wurde. Deshalb die Weisung, mit einem Korsett die Wirbelsäule zu stützen und Osteoporose-Patienten zu mobilisieren.

Ein häufiges und das wohl folgenschwerste Ereignis bei der Osteoporose ist die Schenkelhalsfraktur. Sie ist durchaus nicht immer die Folge eines Sturzes, vielmehr kann der Patient auch hinfallen, weil der Schenkelhals spontan, d. h. unter der physiologischen Belastung gebrochen ist. Um die Gefahren der Bettruhe zu vermeiden, wird der Bruch *genagelt*, was erlaubt, den Patienten nach zwei Wochen aus dem Bett zu nehmen, nach zirka vier Wochen ohne, nach acht Wochen unter zunehmender Belastung gehen zu lassen. Das Gehen ohne Belastung braucht schon eine ziemliche Körperbeherrschung, die viele alte Leute nicht mehr aufbringen. Früher nur bei medialen Schenkelhalsfrakturen mit der Gefahr des Absterbens des schlecht ernährten Kopfstückes, jetzt aber mit immer weitherzigerer Indikation ersetzen die Chirurgen den Schenkelhals und -kopf durch eine *Metallprothese*, die es dem Patienten erlaubt, schon am zweiten Tag das Bein zu belasten.

Diese Gefahren der Bettruhe, gerade nach Operationen waren den alten Aerzten durchaus bekannt. Kürzlich ist in einem Bändchen in Sudhoffs «Klassiker der Medizin» die Rede veröffentlicht worden, die der Leibarzt der Kaiserin Maria Theresia, *Gerhard Freiherr von Swieten*¹⁰⁾, im Jahre 1751 als Festvortrag anlässlich der Jahresfeier zur Eröffnung der neuen Wiener Universität gehalten hat unter dem Titel «Oratio de senum valetudine 136

tuenda». Da sagt er: «Nichts aber verhindert mehr die Steifheit der Glieder als deren häufiges Dehnen und Biegen. Denn nur die Bewegungslosigkeit bewirkt die Steifheit, ja sogar die Verkrümmung der Glieder auch schon im blühenden Alter. Die Chirurgen wissen, wie oft das eintritt, wenn Patienten zur Heilung von Knochenbrüchen unbeweglich im Bett liegen müssen.» Besonders von der von van Swieten angeführten *Verkrümmung* bedroht ist beim Bettliegen gerade das *Hüftgelenk* und zwar wegen der weichen, tief eindrückbaren Matratzen, wie sie heute im Gebrauch sind. Das Gesäss sinkt ein, und die Folge ist eine dauernde Beugstellung der Hüfte. Besonders fatal wirkt sich das nach Amputationen aus, wie sie bei Verschlüssen einer Beinarterie nötig werden. Dadurch, dass das den Oberschenkel durch sein Gewicht untenhaltende restliche Bein fehlt, wird durch das sich eingrabende Gesäss der Stummel nach oben gedrückt, und auch die beste Heilgymnastin vermag in den vielleicht zweimal 15 Minuten, in denen sie das Hüftgelenk streckt, die 23½ Stunden Beugelage nicht zu kompensieren. Es kommt zur Beugekontraktur und damit zu einer enormen Erschwerung der Rehabilitation mit Hilfe einer Prothese. Frisch Amputierte sollten flach auf fester Matratze gelagert werden, wobei natürlich der Decubitusverhütung besondere Sorgfalt zu widmen ist. Um die Zeit der Bettruhe und der Untätigkeit zu verkürzen und der Kontraktur am Hüftgelenk vorzubeugen, werden heute sogenannte myoplastische Operationen mit sofortiger Prothesenversorgung vorgenommen.

Nicht selten führt die *abnehmende Sehkraft* im Alter zur Invalidität. Im Jahresbericht unseres Augenspitals berichtet Herr Prof. *Rintelen*, dass die Operation des grauen Stars dank der Anwendung der Kryoextraktion, d. h. der Extraktion der getrübten Linse mit dem Gefrierstift, sicherer geworden ist und dass die Photoakoagulation das einzige, wenigstens bremsend wirkende Mittel ist, um das Fortschreiten der Netzhauterkrankung bei schwerer Zuckerkrankheit zu verhindern. — Wenn man bedenkt, dass jeder sechste unserer A.H.-Patienten zuckerkrank ist und dass der Diabetes im Begriffe ist, zur häufigsten Erblindungsursache zu werden, vermag man die Bedeutung dieser Feststellung zu ermessen.

Was wir als wünschenswert dargestellt haben, scheint ohne Schwierigkeiten realisierbar, wenn das Pflegeheim in einer Stadt liegt oder gar, wie unser Altersheim, in nächster Nähe der Uni-

versitätskliniken steht, so dass ohne grosse Umtriebe und ohne Zeitverlust kompetente Fachvertreter aller Spezialgebiete zu einem Konsilium gebeten werden können und wenn das Pflegeheim so gross ist, dass es sich lohnt, Räume für Beschäftigungstherapie und Heilgymnastik einzurichten und das entsprechende Fachpersonal einzustellen. Wie soll aber die Forderung, jeden alten und chronischkranken Menschen, bei dem es sinnvoll ist, der Rehabilitation zuzuführen, in ländlichen Verhältnissen und in kleinen Pflegeheimen verwirklicht werden? Das könnte durch Schaffung von Rehabilitationszentren auf kantonaler oder Bezirksbasis geschehen, denen die Patienten nach Ueberwindung der akuten Krankheitsphasen zugewiesen werden, ähnlich etwa wie die Paraplegiker der deutschen Schweiz unserem Zentrum in der Milchsuppe oder aber indem Pflegeheime Akutspitälern angegliedert werden, die über die genannten Einrichtungen und über das entsprechende Personal bereits verfügen. Bei Neuplanungen sollte den Pflegeheimen eine Grösse gegeben werden, dass sich dieser Aufwand rechtfertigt, und dass die für die Rehabilitation nötigen Institutionen voll ausgelastet werden. Ich möchte annehmen, dass ein solches Pflegeheim über mindestens 150 Betten verfügen sollte, was etwa der Grösse unserer Leimenklinik entspricht. Mit der Bettenzahl allein ist indessen die räumliche Grösse eines solchen Hauses nicht festgelegt. Vielmehr muss man wissen, dass in einem Pflegeheim oder Spital für Alte und Chronischkranke die Betten so weit voneinander abstehen sollten, dass die Pflegerinnen mit dem Portolift sich frei bewegen können, und dass, wenn rehabilitiert werden soll, für jeden Patienten ausser einem Bett- auch ein Sitz- bzw. ein Platz für einen Fahrstuhl vorhanden sein soll. Nebst solchen für Beschäftigungstherapie und Heilgymnastik müssen Räume für gemütliches Zusammensein und für gesellschaftliche Anlässe vorgesehen werden. Ein «aktives» Pflegeheim bzw. Spital für Chronischkranke ist eben nicht bloss ein einfach (Steinmann u. a.¹¹) eingerichtetes Akutspital sondern etwas spezifisch anderes. Was ein Akutspital an Platz für Laboratorien und Spezialinstitute braucht, benötigt ein Haus für Chronischkranke für die obengenannten Zwecke.

Wird auf Hospitalisation verzichtet — ein Schlaganfall, bei dem keine akute Lebensgefahr besteht, kann an sich durchaus zu Hause behandelt werden —, dann ist es Sache des behandelnden Arztes, der Gemeindeschwester und den Familienangehörigen die

entsprechenden Instruktionen zu geben; damit lässt sich wenigstens irreparabler Schaden verhüten.

Sie haben gehört, dass es sogar bei uns in dem geschilderten Fall nicht ganz einfach war, die ambulante Weiterbehandlung in die Wege zu leiten. Sie haben dabei auch das Wort *Tagesspital* gehört: Tatsächlich ist seit einem Jahr der Leimenklinik und den Altersheim-Abteilungen des Bürgerspitals im Felix Platterspital je ein Tagesspital angeschlossen, in denen je etwa 20 bis 25 Patienten betreut und, wo nötig, auch rehabilitiert werden. Sie wissen wohl auch, dass die Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige im Egliseeholz ein Tagesspital geschaffen hat, das dem gleichen Zwecke dient. In ihm werden zurzeit — bei einer Kapazität von 50 — etwa 40 Patienten betreut. Erst seit wir sie haben, wird uns so recht bewusst, wie eine segensreiche Einrichtung die Tagesspitäler sind, die tatsächlich Altersheimplätze sparen helfen. Obschon wir zurzeit, wie Sie gehört haben, etwa 80 bis 90 Patienten in ihnen betreuen, lechzt Fräulein Staeheli, die Leiterin der zentralen Bettenvermittlungsstelle, nach mehr Tagesheimplätzen.

In Ihrer fürsorgerischen Tätigkeit kommen Sie nicht selten in Kontakt mit alten Leuten, die an einer chronisch progredienten

Müde?

Spannen Sie jetzt aus

im gepflegten Evang. Familienhotel am schönen Thunersee. Einzigartig schöne, milde Lage direkt am See.

Gutgeheizte Zimmer, alle auf Sonnenseite. Nach Wunsch Diät.

Spezialpreise für Dauergäste über Winter. Günstige Winterpensionspreise ab Fr. 14.50.

Anfragen an:

Parkhotel am See, 3654 Gunten, Telefon (033) 51 22 31.



Krankheit leiden und ihr Kreuz mit stiller Resignation tragen oder in verbohrttem Pessimismus sich weigern, einen Arzt aufzusuchen, weil ja doch nicht zu helfen sei. Da ist es Ihre Aufgabe, ihnen unter Hinweis auf neue Behandlungsmöglichkeiten Mut zu machen, sie zunächst seelisch so weit zu rehabilitieren, dass sie einer körperlichen Rehabilitation positiv gegenüberstehen und sich in ärztliche Behandlung begeben. Es ist dann Sache des Arztes, je nach seiner Kompetenz die Rehabilitation selber zu übernehmen oder dem Patienten den richtigen Weg zur Rehabilitation zu weisen.

Die Nicht-Rehabilitationsfähigen und die psychische Rehabilitation des Pflegepersonals

Meine Damen und Herren, ich habe einleitend gesagt, dass das Wort Rehabilitation heute in aller Munde ist. Es liegt so viel Hoffnung und Erwartung darin, dass es mit nur positiven Affekten verbunden ist.

Was aber geschieht mit Patienten, die nicht mehr rehabilitiert werden können, namentlich mit denen, deren geistiger Zustand so ist, dass alle Bemühungen um Besserung der Situation zum Scheitern verurteilt sind, d. h. also mit den *Dementen*, deren Zahl in so erschreckendem Masse zunimmt? Mit ihnen lassen sich keine spektakulären Erfolge erzielen, keine Lorbeeren ernten. Nicht selten sind sie *körperlich noch rüstig*, ihre Unfähigkeit, sich in Zeit und Raum zu orientieren, verbietet es aber, ihrem Wunsch nach körperlicher Bewegung nachzugeben, und sie frei ausgehen zu lassen und damit den Gefahren des Verkehrs auszusetzen. Sie werden, wenn wie so oft, ein umzäunter Park oder Garten fehlt, eingesperrt und der ungestillte Bewegungsdrang führt zu schwerster Unruhe, besonders nachts, zu Verwirrtheit und macht sich in den unsinnigsten Handlungen Luft, Und die *pflegebedürftigen Dementen*? Wir lehren unsere Pflegerinnen akut bedrohliche Situationen rechtzeitig erkennen, den Decubitus verhüten und verlangen von ihnen, dass sie ihre Kenntnisse verwerten, auch bei den Dementen, die so weit abgebaut sind, dass nicht einmal mehr die vitalen Bedürfnisse, wie Hunger und Durst, sich melden, so dass wir uns fragen, ob nicht die Natur selber damit einem vollendeten Leben ein Ende zu setzen versuche, wenn schon keine Krankheit sich zu diesem Liebesdienst bereitfindet. Die tägliche Arbeit der Pflegerin vollzieht sich hier in einem Konflikt, der geeignet ist, ihr die

Freude an der Arbeit zu nehmen. Mit blosser Logik ist diesem Widerspruch nicht beizukommen, ich glaube aber, dass es auch in dieser Situation unsere selbstverständliche Pflicht ist, dem Menschen, auch dem anscheinend von keiner differenzierten Seele mehr belebten menschlichen Körper, seine Würde zu erhalten. Wir sind schliesslich alle in christlicher Kultur und mit christlichem Gedankengut aufgewachsen, sehen im Menschen das Ebenbild Gottes und empfinden bewusst-unbewusst die Verpflichtung, dieses Bild so schön, so würdig, zum mindesten so intakt wie möglich zu erhalten, auch wenn es nurmehr um die körperliche Erscheinung geht.

Es ist klar, dass mit dieser etwas konstruierten Aussage das Problem auch nicht befriedigend gelöst wird.

Sie werden gemerkt haben, dass es mir jetzt nicht nur um den Patienten, sondern ebensosehr um die Pflegerin geht, darum, ihr die Freude an ihrer Arbeit und an ihrem Beruf zu erhalten, anders gesagt, um die *psychische Rehabilitation der Pflegerin*. Zu meinem Erstaunen habe ich erst vor kurzem bemerkt, dass manche Pflegerin gerade an die wegen ihrer Demenz völlig hilflosen innerlich sich bindet und über deren Tod tief betrübt ist — sicher eine positive Verwirklichung des Bedürfnisses zu mütterlicher Zuwendung, die ihr die Arbeit erleichtert und über die wir froh sind. Trotzdem sollte jede Pflegerin einige Patienten betreuen können, mit denen ein Kontakt von Mensch zu Mensch möglich ist, und die noch rehabilitiert werden können, und das ist der Grund, weshalb ich — nun ergänze ich früher Gesagtes — gegen die Schaffung eigentlicher Rehabilitationszentren Bedenken habe, weil damit dem Pflegepersonal auf Alters- und Chronischkrankenstationen die Rehabilitationsfähigen entzogen und durch Demente ersetzt werden. Die lebensbejahende Atmosphäre, die die Rehabilitation schafft, überträgt sich auf das ganze Haus; sie gibt der Pflegerin die Möglichkeit, zu einer wesentlichen und dauerhaften Besserung des Zustandes ihres Schützlings beitragen zu dürfen, eventuell bis zur Entlassung — ein freudiges Erlebnis, das der Schwester auf den Akutstationen fast täglich, der Pflegerin für Alte und Chronischkranke so selten zuteil wird, das aber auch sie braucht — eben zu ihrer eigenen Rehabilitation. Daher auch mein Rat, Pflegeheime so gross zu planen, dass sich Einrichtungen zur Rehabilitation lohnen oder sie dann einem Spital anzugliedern, in dem die Möglichkeiten zur Rehabilitation bestehen.

Meine Damen und Herren, ich bin am Ende meiner Ausführungen.

Sie haben einige greifbare Feststellungen und Anweisungen zum Thema der Rehabilitation vorgetragen bekommen, mehr aber noch, wie ich nun, am Ende angekommen, mit einiger Beklemmung feststelle, Allgemeinheiten, die man mit Wohlwollen als prinzipiell, bei Anlegung eines strengeren Massstabes vielleicht als Gemeinplätze bezeichnen mag.

Sie werden aber, so hoffe ich, aus meinen Ausführungen herausgehört haben, dass es mir darum ging, die Rehabilitation nicht nur als eine für den Fiskus rentable und Pflegeplätze sparende Massnahme hinzustellen, noch auch als eine Massnahme zur Belebung der Atmosphäre einer Abteilung für Alte und Chronischkranke und damit zur psychischen Rehabilitation der Pflegerinnen, sondern ebenso sehr als ein Mittel zur Wahrung oder gar Wiedergewinnung der Würde eines Menschen, auch des alten Menschen, ja auch des alten und dementen Menschen.

Literaturverzeichnis:

- 1) von Buss: zitiert nach Dierkes von H. Bialonski auf Seite 2 in Rehabilitation, Umschauverlag, Frankfurt a. M. (1965).
- 2) Weber G., Oppikofer K. und Belart W.: Rehabilitationsaufgaben des Arztes, Verlag H. Huber, Bern (1964).
- 3) Arnott Melville: Lancet, II, Seite 1191 (1953).
- 4) Isenschmid H.: Schweizerisches Rotes Kreuz, Heft 5, Juli (1969).
- 5) Vischer A. L.: ABC für alte Menschen, 2. Auflage, Verlag Georg Thieme (1968).
- 6) Mead S.: Kapitel Rehabilitation in E. V. Cowdry: The care of the geriatric Patient, 3. Auflage, The C. V. Mosby Company, St. Louis (1968).
- 7) Steinmann B. und Imhof P.: Die Behandlung der Hemiplegie, Verlag H. Huber, Bern (1955).
- 8) Anderson W. F.: Practical Management of the Elderly, Blackwell Scientific Publications, Oxford and Edinburgh (1967).
- 9) Celsus A. C.: Artes (24—30 nach Chr.), übersetzt von E. Scheller, Verlag Vieweg und Sohn (1906).
- 10) Van Swieten G.: Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise, Sudhoffs Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften, Verlag J. A. Barth, Leipzig (1964).
- 11) Vgl. Vorträge an der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie vom 11. Oktober 1969 in Genf über das Thema: «Bauprobleme für gesunde und kranke Betagte».

La riabilitazione delle persone anziane

La parola riabilitazione si sente attualmente molto spesso e specialmente in Svizzera da quando è stata introdotta l'assicurazione contro l'invalidità. Questa parola, già 125 anni or sono, veniva adoperata da un cultore di Diritto pubblico, il Cav. von Buss di Baden quando egli diceva: «L'ammalato, suscettibile a guarigione, deve essere completamente riabilitato, egli deve nuovamente rialzarsi dalla posizione in cui è caduto e deve nuovamente recuperare coscienza della sua dignità personale e quindi una nuova vita.»

La riabilitazione delle persone anziane aspira allo scopo — invero mai realizzabile — di mantenere questi uomini in «forma» il più lungo possibile in modo che, data la limitata durata della vita umana, non abbiano tempo ad una degenza forzata e lunga.

In primo luogo cerchiamo di trattare quello che è il primo grado della riabilitazione e che noi chiamiamo

Attivazione

Segnaliamo l'importanza dei danni e pericoli cui vanno incontro i vari organi delle persone anziane quando esse, per una malattia immobilizzatrice, sono costrette a rimanere per lungo tempo a letto.

Si deve sapere che il corpo umano, quando non è in grado di muoversi, col passare del tempo le capacità funzionali dei suoi vari organi e sistemi si limitano e si abbassano. Ciò comporta di conseguenza che numerose *trabecole ossee* si disgregano, l'osso diventa poroso e nello stesso tempo fragile. C'è subito da dire che in molte donne anziane il processo di osteoporosi si instaura più lentamente che negli uomini della stessa età e che il riposo a letto non fa quindi che aggravare il processo stesso. La *muscolatura del corpo* deperisce. Mentre la posizione eretta del corpo rinvigorisce i muscoli estensori delle gambe quella coricata o di riposo forzato li indebolisce. I muscoli raggrinzandosi si fissano in posizione di flessione alla articolazione del ginocchio ed a quella dell'anca il che, oltre tutto, favorisce l'insorgenza di ulcere da decubito. Il riposo forzato comporta ancora una condizione di rallentata circolazione sanguigna e ciò facilita la formazione di *trombi venosi*. Questo vuol dire una coagulazione di sangue nelle vene cosichè i trombi venosi frequentemente sono causa di embolia polmonare mortale. Inoltre, in quella condizione

di riposo, anche la respirazione viene interessata. Infatti gli atti respiratori diventano superficiali e questo vuol dire una cattiva *ventilazione polmonare*. Tutto ciò concorre a far sì che il contenuto batteriologico del secreto bronchiale scende fin nelle parti più declivi dei polmoni facilitando l'insorgenza di processi bronco-pneumonitici. Camminando o muovendosi il corpo è sottoposto a vibrazioni le quali promuovono una più facile *digestione intestinale*, la mancanza di esse conduce ad una limitata attività respiratoria e cardiaca, aria e contenuto intestinale si accumulano nell'addome e questo diventa costipato. Quando il corpo è in posizione eretta il pavimento pelvico si carica e si rinforza e così anche i muscoli sfinterici della vescica. L'ipotonia di questi muscoli nonché l'orinazione a letto nel «pappagallo» favoriscono *l'incontinenza urinaria*. Viene da considerare ancora, cosa più grave, che la posizione orizzontale rende più difficoltoso il normale deflusso dell'urina dai reni alla vescica e questo comporta che i batteri possano più facilmente, in senso retrogrado, risalire dalla vescica verso l'alto con conseguente insorgenza di *fatti pielitici e pielo-nefritici*. Questi ultimi, in definitiva, possono condurre spesso dopo lunga malattia a morte. Molte volte lo spazio in cui si trovano a vivere questi uomini anziani, costretti per lungo tempo alla quasi immobilità, si riduce alla loro camera di degenza ed infine al loro letto. Per essi ogni stimolo esterno diventa sempre più raro e col tempo finisce completamente. Sopraggiunge sovente in queste condizioni un intorpidimento mentale ed una dissociazione spirituale.

Scopo delle *cure attive* è di prevenire ed allontanare tutti questi danni e malesseri. Queste cure vogliono pretendere che tutti i pazienti, anche quelli incapaci di camminare, possano riprendersi, possibilmente rialzarsi e deambulare vestendo i propri abiti civili (si intende non quelli dell'Ospedale). E' bene anche lasciarli fare tutto da se (per es. mangiare) e permettere loro di compiere alcune faccende pur se questo non è un guadagno di tempo per gli infermieri. Quando si è raggiunto questo traguardo allora essi riacquistano la loro personalità, la stima e la fiducia in se stessi crescono sempre di più, essi vogliono essere nuovamente qualcuno, appaiono più diligenti anche per quanto riguarda il controllo di alcune funzioni dell'organismo. In definitiva essi riacquistano la coscienza della propria dignità.

La nostra statistica annuale riguardante la mobilità dei degenti presso la nostra Casa dimostra in modo chiaro lo sviluppo a cui

si è arrivati. Infatti nel 1957 su 198 pazienti immobili 64 hanno ripreso ad alzarsi, nel 1965 su 214 erano 120 e nel 1967 su 210 erano 157. Quindi due volte e mezza in più. Gran parte di questo successo, a dire il vero, è dovuto alle iniziative dell'infermiera caposala ed allo spirito di abnegazione ed all'impegno di tutto il personale ospedaliero. In un reparto di simili degenti molti anni fa la speranza di riabilitare era scarsa per cui il lavoro a cui si dedicava il nostro personale era ingrato. Oggi, invece, i loro molteplici sacrifici sono appagati moralmente perchè vedono che una gran percentuale di ammalati possano finalmente riacquistare la mobilità e recuperare la propria personalità.

Per principio questa cura attiva viene attuata a tutti i nostri pazienti come cura fondamentale. In secondo grado usiamo la terapia attiva di occupazione i cui principi sono stati eccellentemente descritti ultimamente dal Dr. Isenschmid.

Se già la semplice attivazione richiede la sorveglianza ed il controllo medico, la vera riabilitazione pretende ancora molto impegno.

Riabilitazione

Il medico ha la particolare competenza di prendere in considerazione tutti quei fattori che lo portano a conoscere gli aspetti della salute e della malattia della persona anziana. Nel trattare le malattie dei vecchi l'esperienza clinica e specialmente le autopsie ci mostrano insistentemente che da un lato spesso molti organi sono ammalati e più processi morbosi sussistono l'uno accanto all'altro e che dall'altro lato la salute di una persona anziana è del tutto relativa. «L'uomo vecchio si sentirà sano e così a lungo finchè riesce a risolvere e superare gli acciacchi della vecchiaia. Superare questi malesseri dipende dalle dimensioni delle alterazioni che la vecchiaia comporta. Però molto dipende dalle condizioni delle forze di spirito.» (A. L. Vischer)

Il compito della riabilitazione non è solamente recuperare questi uomini vecchi dal punto di vista fisico e psichico ma cercare anche, da un lato, di riportare alla luce della coscienza quelle forze morali che, forse, il tempo e pregiudizievoli opinioni avranno seppellito e nascosto, e, dall'altro lato, aiutare a far capire che quelle forze sono significative ed importanti per loro. Il medico competente stabilirà, in base a questo proponimento, un piano di riabilitazione e durante la sua applicazione controllerà se i compiti affidati al paziente saranno dosati nella giusta misura.

Le prime indagini devono chiarire per prima cosa se un danno della funzione psichica o uno stato confusionale non possano essere determinati da fattori extracerebrali. Questi potrebbero essere scovati in una insufficienza circolatoria o in una essiccasi oppure in una insufficienza renale o in errati ed elevati dosaggi di farmaci sedativi. Il giudizio sulla probabilità di successo della riabilitazione si può solamente formulare dopo una corretta terapia medica. Spesso un impoverimento dello spirito si poggia su una depressione psichica.

Nelle persone anziane la riabilitazione non si può limitare ad un lasso di tempo. Essa sarà ancora mantenuta attraverso un proseguimento terapeutico finchè non si saranno raggiunte alcune condizioni, finchè non si sarà accertato che il livello del paziente sia ritornato più o meno quello di prima. In tema di riabilitazione noi medici siamo costretti a ricorrere spesso all'aiuto della fisioterapia ed all'assistenza medica ausiliaria. Tutte queste premure, accanto al loro valore intrinseco, tendono più determinatamente a raggiungere una grande importanza psicologica. Esse mostrano al paziente che noi desideriamo dargli qualcosa di più che non la semplice e scarna sussistenza. Per il paziente ha molto valore il fatto che qualcuno si occupi di lui affinché egli possa ritrovare quelle forze che lo aiutano a recuperare la propria dignità.

Particolare riabilitazione

In caso di ictus (apoplezia) la terapia di riabilitazione viene attuata subito e consiste nel muovere per due-tre volte al giorno le articolazioni di tutto l'organismo e specialmente l'articolazione scapolo-omerale. L'articolazione della spalla può dopo un paio di giorni immobilizzarsi per poi andare incontro ad una invincibile resistenza. Quando il paziente sarà nuovamente con il sensorio presente e senza più disturbi di ipotensione arteriosa, quando egli può nuovamente sedersi al bordo del letto senza accusare vertigini, allora egli deve al più presto possibile alzarsi sotto la sorveglianza del medico. Noi spesso chiediamo consigli al neurologo e se sarà possibile una correzione della posizione viziosa o una compensazione dei muscoli paralizzati chiediamo anche il parere dell'ortopedico. Sarebbe molto desiderabile un Centro di riabilitazione ambulatoriale perchè ciò porterebbe a non avere più tanti pazienti ospedalizzati. Come Centri ambulatoriali potrebbero essere utilizzati dei «Tagesspitäler». A Basilea noi siamo aggregati alla «Leimenklinik» ed al «Felix Platter-

spital». Ognuno di essi può ospitare da 20 a 25 pazienti. Un Ospedale del tipo come lo intendiamo noi è stato realizzato dal Comitato della Salute pubblica a Egliseeholz che assume circa 50 ammalati.

I pazienti, che a causa di una apoplezia perdono la capacità di parlare (*afasia*), dovrebbero essere inviati in ogni caso presso medici competenti o presso tecnici per la terapia del linguaggio. Il trattamento tecnico può qualche volta dare dei risultati sorprendenti.

Nei casi di *poliartrite cronica primaria* le articolazioni devono essere sottoposte a movimenti attivi e passivi. Di notte le articolazioni della mano e delle dita dovrebbero essere fissate leggermente ad una ferula. Da un paio di anni è in uso un nuovo metodo di operazione con prospettive terapeutiche buone. Questi pazienti dovrebbero essere messi a conoscenza di questa nuova terapia inviandoli presso i competenti specialisti per maggiori informazioni. Si è già detto che il carico del corpo sulle ossa e l'uso degli arti come pure il movimento della colonna vertebrale non favoriscono l'osteoporosi. Per quanto riguarda questa è presto detto. C'è da

Mami, für Dich

Elchina stärkt und hilft zuverlässig. Es gibt neue Kraft und Energie. Elchina enthält wichtige Aufbaustoffe, die der Körper braucht, um seinen Aufgaben wieder voll zu entsprechen.

Elchina

Elchina mit Eisen

Elchina mit Vitaminen

Ihr Apotheker und Drogist berät Sie gerne bei der Wahl

Probeflasche Fr. 7.80

Kurpackung Fr. 23.50



provvedere ad un certo approvvigionamento di Calcio. Ciò può essere risolto con un consumo di latte (per i soggetti predisposti latte magro) e di prodotti del latte, soprattutto formaggi. La ricotta contiene scarse quantità di Calcio. Le ossa con osteoporosi, specialmente le vertebre ed il collo del femore, possono facilmente andare incontro a fratture anche se sottoposte al normale carico del corpo o in seguito ad insignificanti cadute. Per evitare una lunga degenza a letto oggi i chirurghi, in caso di frattura del collo o della testa del femore, arrivano ad una osteosintesi dell'osso usando chiodi e placche metalliche. Negli ultimi tempi si è data la preferenza sempre di più all'applicazione di placche metalliche. Dopo un'amputazione di una gamba — soprattutto a causa di disturbi circolatori delle arterie — il paziente deve rimanere a letto in posizione supina su un materasso duro. Oggi vengono generalmente usati materassi su cui le masse glutee si affondono, il tronco rimane sollevato e la conseguenza per un paziente è la contrattura dell'articolazione dell'anca per cui la riabilitazione affronta difficoltà.

L'attuazione delle proposte sopradette viene facilitata se la Casa per vecchi intraprende un'attiva collaborazione con Ospedali per acuti. Ciò permetterebbe senza molte difficoltà di chiedere consigli ai medici delle varie specialità. Ma se La Casa per i vecchi ha la possibilità di installare nei suoi locali delle sale per la fisioterapia e per la terapia di occupazione e se ha la possibilità di assumere del personale specializzato, la riabilitazione potrebbe essere attuata negli stessi Asili. Secondo la mia opinione non si dovrebbero costruire Case per vecchi aldisotto di 150 posti letto. Diversamente queste Case si dovrebbero appoggiare ad un Ospedale per acuti il quale è in grado, sia per il personale specializzato, sia per gli ambienti che per l'attrezzatura, di praticare questo tipo di riabilitazione. Sugli aspetti caratteristici su cui ci si dovrebbe basare per costruire delle Case per persone anziane o per ammalati cronici si è discusso tra gli esperti che hanno preso parte all'ultimo congresso della Società svizzera di Gerontologia a Ginevra l'11.10.69.

*Pazienti non più riabilitabili e
riabilitazione del personale di assistenza*

Spesso lo stato psichico di un paziente non permette la minima riabilitazione. Si è notato che il numero dei sofferenti di *demenza* dappertutto è aumentato. Se questi pazienti fisicamente sono in

forma, si capisce che è molto difficile soddisfare i loro desideri di movimento. Secondo il loro stato psichico sarebbe adatto un Sanatorio con molti giardini o con un grande parco. Ma una città come Basilea dove dovrebbe trovare questo spazio di verde?

I pazienti dementi ed abbisognevole di cure costituiscono un problema preoccupante: la loro assistenza da parte del personale e dei medici si effettua in un continuo conflitto. Noi insegniamo agli infermieri di riconoscere a tempo delle situazioni pericolose, di evitare decubiti e li obblighiamo di usare il loro bagaglio di conoscenze anche nei casi di dementi che non hanno più alcuna speranza di riabilitazione. Questo conflitto può portare il personale di assistenza al punto di perdere la fiducia nel suo lavoro e nella sua missione. Per evitare dei risentimenti psicologici, per evitare questa perdita di fiducia e per far sì che il suo lavoro abbia un aspetto utile e positivo si dovrebbero affidare, per compensazione, dei pazienti con i quali si possa avere un contatto umano, dei pazienti insomma a cui le cure, le premure e gli sforzi a loro dedicati diano un giorno quel meritato successo che è la completa riabilitazione del paziente. Creare in definitiva dei Reparti misti, cioè pazienti recuperabili e inguaribili. Mentre il personale sanitario degli Ospedali per acuti giornalmente ha la soddisfazione di aver contribuito alla guarigione del «suo paziente» perchè lo vede ritornare a casa ristabilito, al contrario agli infermieri delle Case per vecchi ciò non accade quasi mai. E questo è un aspetto psicologico del personale da tenere presente. Ecco perchè il consiglio di costruire Asili grandi, in modo da permettere tutte le installazioni per la riabilitazione, non vuole favorire solamente il bene fisico e mentale dei recuperati ma anche quello del personale. Ciò faciliterebbe anche la possibilità di trovare con meno preoccupazioni infermiere ed infermieri disposti a dedicarsi a questo particolare tipo di lavoro.

Le mie argomentazioni non vogliono solamente cercare di mostrare la riabilitazione come risparmio di denaro e di posti letto e nemmeno a rendere più vivo l'ambiente in un reparto per cronici e per vecchi e con questo «riabilitare psichicamente il personale», ma soprattutto mirano a conservare o recuperare la dignità dell'uomo, del vecchio e del vecchio demente.