

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

Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen

Band: 40 (1969)

Heft: 8

Artikel: Altersfragen in evangelischer Sicht II : lang leben will jeder, alt werden keiner

Autor: Cunz, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-807110>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.04.2026

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

Lang leben will jeder, alt werden keiner

Von Dr. med. H. Cunz, St. Gallen *

Altersfragen in evangelischer Sicht: Das heisst, dass wir uns vom Evangelium her zeigen lassen müssen, welches die spezielle Not dieser Alten ist und wie wir unsere Hilfsmittel am besten einsetzen. Dieses Zeigenlassen gilt für uns alle gleich, für Theologen, Fürsorger, Heimleiter, Schwestern, Pfleger oder Aerzte.

Es gilt dies erst recht für die Aerzte, die Medizin. Sie wissen, dass die Wissenschaft gerade auch auf dem Gebiet der Alterskrankheiten in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht hat, so dass es zu einem Spezialgebiet, zur sogenannten Geriatrie gekommen ist — auf deutsch Altersheilkunde. Es gelingt effektiv mehr wie früher, das Leben vieler Alten zu erleichtern und namentlich zu verlängern.

Aber im Herzen manchen Arztes steigt nun auch eine gewisse Verlegenheit auf im Hinblick auf diese Verlängerung. Und im Vorwort eines kürzlich erschienenen Lehrbuches über Alterskrankheiten habe ich gelesen, es sei nötig, dass das durch unser Bemühen verlängerte Leben auch einen Sinn und Inhalt habe.

Worin besteht dieser Sinn? Es ist schon so, dass gerade hier im Alter, da der Tod quasi vor der Türe steht, die Frage nach dem Sinn dieses Lebens sich auch für den Arzt kritisch stellt, denn seine Arbeit kommt im Tode eben auch zum Ende. Es wäre ausserordentlich wichtig, wenn alle Beteiligten, die Alten und ihre Aerzte und die Pflegenden, sich klar darüber wären, was der Tod ist. Aber davon sind wir weit entfernt. Offiziell ist der Tod das Letzte, mit ihm hört alles auf. Man glaubt eben an den unwahren Spruch, «dass noch keiner zurückgekommen ist», und man lässt jenen, der wirklich zurück gekommen ist, Christus, höchstens zuständig sein in Fragen des Diesseits oder als ganz letzten Trost. Und gerade darum, gestehen wir es ruhig ein, tönt es auch in ärztlichen Diskussionen um die sogenannten Randfragen, um die Ethik der Geriatrie, meist reichlich konfus.

Die gerade hier aufbrechenden Fragen, z. B. von Lebensverlängerung, vom Erhalten des Lebens um jeden Preis, von Euthanasie, auch von der Wahrheit am Kranken- und Sterbebett, zeigen, dass die menschliche Weisheit allein am Ende ist, und dass wir gerade in dieser Altersfrage auch ärztlich nur dann sinnvoll handeln und reden können, wenn wir das eine gelten lassen: Christus ist auferstanden von den Toten. Der Tod ist wohl noch, aber er ist *überwunden*. Es gibt nicht zwei getrennte Reiche. Der Erlöser ist auch unser Schöpfer; darum hat Krankenpflege und ärztliche Arbeit einen Sinn.

Unser Sterben ist wohl eine biologische Tatsache, aber die Schöpfungsordnung unseres Lebens wird

durch den Tod nicht ungültig, sondern in ganz neuer Weise erst bekräftigt und beglaubigt durch die Gegenwart des Auferstandenen in der Welt. Er ist die Zukunft unserer eigenen Geschichte, und so auch jener der Alten, der Randgestalten, aller Einsamen, der Untüchtigen und der Asozialen.

Nur mit ganz bescheidenen Worten kann ich jetzt darauf hinweisen, was das bedeutet für unsere ärztliche und pflegerische Alltagsarbeit an den alten Menschen. Es bedeutet doch, dass wir unsere Pfleglinge gar nie ansprechen dürfen auf das, was sie nicht mehr sind, was sie vielleicht einmal waren in ihren besseren, jüngeren Zeiten, was ihnen jetzt aber fehlt, körperlich oder geistig, sondern auf das müssen wir sie ansprechen und davon ausgehen, was sie in Wirklichkeit *auch* und vor allem sind: Nicht nur Sterbende, sondern vor allem und trotz allem Lebende, Zukünftige. Ich denke z. B. an die grossen Bemühungen Professor Benedettis in Basel um die Schizophrenen. Was kommt da alles zum Vorschein an noch Vorhandenem oder längst verloren Geglaubtem! Oh denken wir uns doch einfach einmal eine alte, hilflose Frau, die es zu betreuen gilt in ihrer Wohnung oder im Pflegeheim. Welch riesigen Unterschied macht es, wenn wir sie, allerdings unter Aufwand von Zeit und Liebe, richtig anziehen, jeden Tag anziehen, anstatt sie den ganzen Tag im Morgenrock herumsitzen zu lassen. Und wie enorm wichtig ist in jedem Fall immer wieder der Besuchsdienst, der den Leuten bezeugt, dass sie zu uns und wir zu ihnen gehören. Dass der Spielraum ihrer eigenen Entscheidungen, und sei er auch noch so klein geworden, immer noch gewährleistet ist.

Sehr viele Patienten, von denen man annahm, sie seien senil, dement, haben sich als behandlungsfähig erwiesen. Ein Teil von ihnen litt vielleicht an nicht-diagnostizierten Körperkrankheiten, und über 50 Prozent der wegen Senilität in eine psychiatrische Klinik Eingewiesenen werden als Depressionen erkannt, und das hat eine wichtige Konsequenz, nämlich: Sie können medikamentös mit Erfolg behandelt werden. Manche andere, auf den ersten Blick Senil-Demente, leiden in Wirklichkeit an akuter vorübergehender Verwirrtheit oder an Spätschizophrenie oder eben immer wieder auch an Depression. Ein grosser Teil von ihnen kann deshalb in relativ kurzer Zeit wesentlich gebessert werden.

Nun nimmt ja die Zahl der Alten ständig zu, und sie wird in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen. Die meisten Patienten der Aerzte mit allgemeiner Praxis sind in älteren Jahren. Die Zahl der Betten in Alters- und Pflegeheimen wird aber auf lange hinaus viel zu knapp bleiben, so dass wir alle Massnahmen an die Hand nehmen und ausbauen müssen, welche den Alten ein möglichst langes Bleiben in ihrer Wohnung ermöglicht.

* Vortrag gehalten an der Abgeordnetenversammlung des Schweizerischen Verbandes für Innere Mission und Evangelische Liebestätigkeit am 28. April 1969 in Aarau; Tonbandaufzeichnung.

Wir müssen Hand bieten zum Ausbau der Hauspflege, der Abgabe warmer Mahlzeiten, der quartierweisen Betreuung.

— Zum Beispiel sollte bei grösseren Neubauten die Möglichkeit erwogen werden, im Erdgeschoss zweckmässig eingerichtete kleine Wohnungen für alte Leute zu erstellen, damit sie im Quartier bleiben können.

Ein guter Vorschlag aus Basel betrifft die sogenannten *Gästewohnungen*. Relativ wenige haben ja das grosse Glück, in ein Heim zu kommen, wo man sich um ihr Los richtig kümmert. Viele Alte möchten dazu nicht gern *nur* unter Alten sein. So denkt man an mehrere, über die Stadt verstreute Doppelwohnungen, welche eine Kirchgemeinde finanzieren oder mitfinanzieren helfen könnte. In einem Teil der Wohnung lebt die Gastgeberin — eine Frau allein oder mit Mann und Familie — im anderen die ihr anvertrauten «Randgestalten», Gäste verschiedenen Alters. Die Doppelwohnung bezweckt, dass das eigene Privatleben nicht zu kurz kommt (vor allem die Familie), dass Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sind, auch wenn die «Gäste» immer im Haus mitleben und am Tisch mitessen dürfen.

Auf diese Weise könnten zahlreiche Alte aus ihrem harten, einsamen Dasein herausgenommen werden, und die noch Tüchtigen und Arbeitsfähigen werden verantwortungsbewusst und mittragend.

Das Verbleiben eines Alten in der *eigenen Familie*, zusammen mit der jüngeren Generation, scheint auf den ersten Blick der Idealfall zu sein — wenn man gut zusammen harmoniert. Aber alle, welche häufig mit dieser Situation zu tun bekommen, müssen sich Rechenschaft davon geben, wieviel Pflege der Alte bzw. der Kranke beansprucht. Seelische Störungen bei alten Menschen, die in ihren Wohnungen leben, gibt es häufig. Zudem, seien wir uns klar darüber, gibt es überhaupt viel mehr kranke alte Leute zu Hause als in Heimen und Spitälern, so dass deren Pflege nun zu Lasten der Familie und der Hauspflegedienste geht. Und die Schwierigkeit, in einem Heim Platz und Behandlung zu finden, führt mit dazu, dass sich gerade Alterspatienten häufig ein allzu pessimistisches Bild von ihrer Behandlungsmöglichkeit machen.

Man ist erstaunt zu vernehmen, dass mehr als die Hälfte der Auskunftspersonen angeben, dass die Sorge um den Alten sie seelisch, emotional, aus dem Gleichgewicht gebracht habe. Gesellschaftliches Leben, wird gesagt, und Freizeitbeschäftigung seien in der Hälfte dieser Familien eingeschränkt, und in einem Viertel der Fälle habe die Familie eine Einkommensbusse. Kurzum, es gibt offenbar viele, gerade auf solche Weise belastete Familien, die man beraten muss.

Die soeben gestreiften Fragen und Aufgaben gehören nun allerdings mehr in den sozialen Bereich. Aber gerade dieser lässt sich ja gar nicht trennen von den eigentlichen ärztlichen Fragen. Das sehen wir z. B. an der sehr verbreiteten Schwermut. Seelischer Gesundheitsschutz ist gewiss einer der wichtigsten Gesichtspunkte bei der ärztlichen Behandlung alter Menschen. Die Depressionen sind im Zunehmen, nicht nur bei den alten, auch bei den jüngeren Jahrgängen. Und wenn wir den Ursachen davon nachgehen, werden wir gerade einen umfassenden Blick tun können in die Nöte der Alten.

Lang leben möchte heute eigentlich jeder, aber alt werden keiner,

denn Alter ist Abstieg und verminderte Leistung und damit, besonders in heutiger Zeit, verbindet sich die Vorstellung von Wertlosigkeit, die sich bei manchen schockartig auswirkt. So spricht man vom Pensionierungstod. Es ist erstaunlich, was für ein Wandel sich vollzogen hat in der Wertschätzung des Alters gegenüber früherer Jahrhunderte oder auch gegenüber dem biblischen Menschenbild.

Das Gefühl, als nutzlos auf die Seite gestellt zu sein, ist für viele vernichtend. In allen Altersklassen ist das eigene Wertgefühl der meisten eben davon abhängig, was andere von einem halten, oder was man selbst von sich hält. Demgegenüber tun wir alle, die wir mit Alten zu tun haben, diesen einen ganz wichtigen und notwendigen Dienst, wenn wir immer wieder danach trachten, ihnen zu erklären, sie darauf hinzuweisen, dass jedes vor Gott, vor dem himmlischen Vater, einen ganz grossen und einmaligen Wert hat, ob nun jung oder alt, ob arbeitsfähig oder invalid.

In manchen Schweizerstädten wird die sogenannte «Aktion P», Aktion für die Pensionierten, mit Erfolg durchgeführt. Basierend auf einer Umfrage bei den 60- bis 70-Jährigen wird festgestellt, ob nach ihrem altersbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben das Bedürfnis nach Uebernahme von irgendwelchen Aufgaben noch besteht. Das Echo auf diese Umfrage ist vielerorts sehr positiv. Für viele Männer und Frauen wird also die zweite Lebenshälfte deshalb schwierig, weil sie kein volles Ja zu diesem Lebensabschnitt finden können. So bleibt, wie wohlbekannt, der Blick so vieler in die Vergangenheit gekehrt, und man kommt in grosse Gefahr, dem Heute, der Gegenwart, mit Vorurteil und Misstrauen zu begegnen.

Gemütsdepressionen äussern sich nicht immer so, dass man sogleich daran denkt. Darum wird oft auch die nötige dringende Hilfe unterlassen und verpasst. Selbstmord des alten, depressiven Menschen ist relativ häufig, und oft hätte er verhütet werden können. Eine Depression kann auch verdeckt sein hinter Grobheit, hinter Geiz, Härte, Teilnahmslosigkeit. Oft wird gemurmelt über andere unbedeutende Gesundheitsstörungen, vielfach steht auch Angst im Vordergrund.

Gewiss leben viele allein, aber das heisst nicht notwendig auch vereinsamt. Schwer vereinsamt sind oft auch jene, die vor kurzer Zeit einen geliebten Menschen verloren haben. Wo wir von solcher Verlassenheit hören, sollte ohne Verzug ein Besuch gemacht werden. Damit lässt sich oft Schweres verhüten. Kürzliche Verwitwung eines älteren Menschen ist eine Notlage, die wir nie übersehen und immer ernst nehmen sollten.

Einer der bedeutendsten amerikanischen Psychiater der Gegenwart, *Penda*, hat vor einigen Jahren ein Buch geschrieben, mit dem Titel: «*Der Mensch im Zeitalter der Lieblosigkeit*». Man kann es jetzt auch als Taschenbuch haben. Er weist darin nach, wie sehr gerade Lieblosigkeit in allen ihren Erscheinungen einen Krankheitsfaktor erster Ordnung darstellt im Leben der einzelnen und der heutigen Gesellschaft.

Manche sind einfach *verbraucht*, aufgebraucht von allzuvieler Arbeit, wenn sie in dieses Alter kommen. Andere waren schon vorher resigniert, hoffnungslos. Es

ist sehr auffallend, wie viele Menschen heute in ärztliche Behandlung kommen wegen sogenannter chronischer Müdigkeit. Sehr oft steckt dahinter aber nicht etwa Ueberarbeitung, sondern ständiger Widerstreit mit Leben und Schicksal. Dort wo man zu scheitern droht, stellt sich Müdigkeit ein. Und aus diesen Dauerspannungen heraus entstehen nicht nur Abnützung und Krankheiten des Nervensystems, sondern auch aller übrigen Organe, vor allem des Kreislaufes, so die Arteriosklerose. Es gibt über die Müdigkeit eine sehr wichtige Stelle im Neuen Testament im 2. Korintherbrief am Anfang des 4. Kapitels. Paulus schreibt dort: «Weil mir Erbarmung widerfahren ist, werde ich nicht müde.» Diese Stelle ist für mich immer wieder sehr wichtig.

Und schliesslich gibt es unter den Depressiven auch viele Süchtige. Der Abgespannte, Sorgenvolle, wir wissen es alle, sucht Betäubung und Vergessen. Alkoholismus, und in gewissem Masse auch Tablettensucht, namentlich Sucht nach Schlaftabletten, ist unter alten Leuten nicht selten. Sucht ist gerade hier oft auch wieder Ausdruck von grosser Einsamkeit und Isoliertheit. Solche falsche Bindung jedoch entfremdet noch mehr von der Umgebung. Das Vertrauen schwindet und das Misstrauen, auch dem Arzt gegenüber, zeichnet ja gerade den Süchtigen, auch den alten Süchtigen aus; und deshalb wiederum ist die ärztliche Aufgabe an diesen Menschen so oft erschwert.

Viele klagen über grosse Langeweile, wenn man sie besucht. Sie wissen nicht was anfangen. Und Langeweile ist ein ganz übler Feind. Wenn das Ich leer ist, scheint die Zeit stillzustehen. Leere Zeit muss man mit Zeitvertreib vertreiben. Bei manchen Aeltern mit noch gut erhaltener Intelligenz ist die Langeweile nichts Harmloses, sondern eine wahre Gestalt des Abgrundes, die zu Depressionen mit grosser Angst führen kann. Die Zeit steht still, das Nichts wird irgendwie als seelischer Zustand persönlich erlebt.

Gerade früher sehr unabhängige, selbständige Männer und Frauen sind nun oft in Gefahr, im Alter noch einsamer als früher zu werden. Daran wird zu wenig gedacht. Dann ist es überaus wichtig, dass diese Menschen nun jemanden haben, den sie lieben können. — Oder denken wir an so manche Frauen, die sich früher immer aufgeopfert haben, vielleicht in der Gemeinde oder anderswo, und sich selbst nie für lebenswert hielten. Wenn ihre Dienste nun nicht mehr gebraucht werden, gehen sie manchmal einer Depression entgegen. Darum dürfen wir, müssen wir ihnen sagen, dass sie nun wirklich weniger Verantwortung für andere haben und ihr Eigenleben führen dürfen.

Resignation ist eine besondere Versuchung des Alters. Schicksal, Zufall, die Atombombe, sind darin oft die lähmenden Vorstellungen und Gewalten. Es ist ja sicher so, dass das Alter als Krise an den Menschen herantritt, als Wandlung. Aber nicht bei allen tritt sie gleichstark in Erscheinung. Ihre Intensität hängt sehr ab vom früheren Lebensinhalt.

Der Hauptakzent in der neuen Lebensperiode muss aber auf dem Kommenden liegen. Der Gegensatz zwischen jung und alt ist im Grunde genommen nebensächlich. Klar und eindeutig sollte der Gegensatz zwischen alt und neu sein. Alt ist alles Vergangene, neu

ist das Jetzt, das Heute, das der Herr mit seiner Gegenwart erfüllt.

Beim früheren Lebensinhalt, der für die alten Tage bedeutend ist, oder sein soll, wollen wir noch etwas stehen bleiben. Alte Leute klagen ja sehr oft über Vergesslichkeit, sogar der eigene Name wird manchmal vergessen. Meist entschwindet das frisch Erlebte, das Frühere ist geblieben. Aber neue Eindrücke sind sehr bald wieder vergessen. Gerade dies kann ja die Seelsorge an alten Menschen ganz bedeutend erschweren; und man macht immer wieder die Erfahrung, dass dort wo auch in jüngeren Jahren, sagen wir einmal so, nicht mit Gottes Treue gerechnet wurde, wo sein Wort nicht geliebt und bekannt war, dass es da im Alter nur schwer aufgenommen und behalten wird.

Wenn andererseits heute durch den medizinischen Fortschritt viele sehr viel älter werden als früher, muss es deshalb unser Anliegen sein, dass damit gerade das Leben mancher Alten seine Erfüllung findet, indem sie Gott nicht nur als Schicksal erleben, sondern als Erlöser kennen- und liebenlernen. Von plötzlichen Ereignissen, die über einen Menschen hereinbrechen und seine Aufnahmefähigkeit dann ganz aufheben, z. B. durch einen Hirnschlag, ist man immer wieder tief beeindruckt. Die Mahnung des Jesaja, den Herrn beizeiten zu suchen, hat in diesem ganzen Zusammenhang eine eindrückliche, grosse Aktualität: «Suchet den Herrn so lange er zu finden ist.» Wir alle sind gewiss mitberufen, zum Helfen, dass es zu solchem Suchen und Finden kommt.

Es ist nicht zu bezweifeln, dass es einen engen Zusammenhang gibt zwischen Glauben und Gesundheit, vor allem geistiger Gesundheit.

Glaube wirkt erhaltend auf die geistigen Kräfte, speziell auch im Alter. Das erlebt man immer wieder. Selbst bei starkem Abbau und grosser Vergesslichkeit, bleibt ein wesentlicher Kern erhalten; das haben Sie sicher auch schon erlebt. Hinter einzelnen, vielleicht noch bewussten Schriftworten oder Liedversen lebt eben manches unsichtbar. Ich kenne alte Menschen, die auch geistig schwächer geworden sind, aber sie sind nun geprägt von einem Wissen, Christus zu hören; und diese herrliche Bestimmung verleiht ihnen einen Adel, der nicht von ihnen weicht.

Für unser ganzes Dasein überhaupt ist ja die geistige Heimat wichtig. Kürzlich las ich einen Artikel aus der medizinischen Poliklinik der Universität Giessen in Deutschland. Darin steht interessanterweise geschrieben, dass das Gefühl der Zugehörigkeit zur Kirche, meist gemessen an der Häufigkeit des Kirchenbesuchs, stärker die geistige Gesundheit bestimme, sowie auch, dass Protestanten und Katholiken, die nie in die Kirche gehen, sich im Jahr vor ihrer Untersuchung in der Poliklinik doppelt so häufig im Krankenhaus befanden wie Kirchgänger. Eine merkwürdige Tatsache! Aber zum Erstaunen ist das eigentlich doch nicht so sehr, denn die Gesundheit vieler Menschen von heute, das kann man als Arzt bezeugen, hat schwer gelitten durch Ueberforderung, durch Tempo, durch Sorgen, auch durch schrankenlosen Genuss. Und jene, die sich zur Ordnung rufen lassen, leisten sich damit selbst gewiss einen bedeutenden Dienst, auch in gesundheitlicher Hinsicht.

Nun noch ein paar weitere Hinweise zur Betreuung der alten Menschen. Je älter die Menschen werden, ich habe schon angetönt, um so mehr Kranke finden sich unter ihnen. Dies gerade besagt nun aber nicht, dass diese Kranken, diese Alten, spontan über ihre Beschwerden klagen. Nach diesen muss man sie fragen. Alte haben sehr oft viele Gesundheitsbedürfnisse, die nicht befriedigt werden, oft aus einer gewissen fatalistischen Haltung heraus. Der Arzt wird nicht aufgesucht, vielleicht auch, weil die medizinischen Einrichtungen enttäuscht haben, weil auch der Arzt zu wenig Interesse entgegengebracht hat. Gerade die vielen Depressiven weisen das ärztliche Hilfsangebot sehr häufig zurück. Und daran ist zu denken. Denn relativ häufig kommt es vor, dass die erstmalige ärztliche Untersuchung ein schon weit fortgeschrittenes Leiden entdeckt, vielleicht ein Lungentuberkulose- oder ein Herzleiden, als Grund eines sogenannten chronischen Raucherhustens, oder eine Zuckerkrankheit als Ursache chronischer Blasen- und Nierenbeschwerden oder auch eines beginnenden Altersbrandes. Viele der alten Leute sind ärztlich schlecht oder gar nicht betreut; und das sollte doch nicht sein.

Da aber der normale private Weg des Gesundheitsdienstes bei uns hier vorläufig keine Besserung in Aussicht stellen kann, könnte vielleicht eine Gemeinde, eine Kirchengemeinde, hier helfen, indem z. B. alle Älteren, über 65jährigen der Gemeinde, besonders die Alleinstehenden, besucht würden durch die Gemeindegemeinschaft oder Helfer und Helferinnen. Manche ernsthafte Erkrankung könnte durch nachherige Sichtung durch den Arzt bestimmt erfasst werden.

Manche Alten klagen über Schlaflosigkeit, und dann bringt man gutwillig irgendwelche Tabletten mit. Man muss aber daran denken, dass sich gerade hinter unruhigem Schlaf ein krankes Herz mit Stauungserscheinungen verstecken kann, das erst durch richtige Behandlung bessert. Arterienverkalkung des Gehirns ist sehr häufig. Sie äussert sich in Erregungszuständen und Schlaflosigkeit. In manchen Haushalten gibt es heute eines der modernen Beruhigungsmittel, einen sogenannten Seelenwender, wie man in Deutschland sagt, etwa Librium oder Valium, die man dann dem alten Grossvater oder der Grossmutter gibt. Aber dadurch kann sich der Zustand des Patienten verschlimmern, indem solche Mittel häufig den Blutdruck herabsetzen, was die Durchblutung des Gehirns beeinträchtigt und damit auch wieder eine vermehrte Unruhe provoziert.

Häufig weiss der Arzt auch nicht, ob bei Alleinstehenden die verordneten Medikamente auch regelmässig und richtig eingenommen werden. Ueberwachung durch einen jüngeren Mitbewohner im Haus ist deshalb sehr willkommen, und man sollte viel mehr an diesen Punkt denken.

Schliesslich ist auch ein Blick auf den Speisezettel sehr wichtig. Oft ist ein solcher Blick gerade das Dringlichste, denn viele Alte vernachlässigen sich ja auf diesem Gebiet. Die Kost der alten Leute, nur ganz summarisch erwähnt, enthalte nicht zuviel Fett, aber etwas Fleisch täglich oder jeden anderen Tag und daneben viel Milch, auch als Joghurt oder Käse. Milchprodukte enthalten viel Kalk und Phosphor und können so vorbeugend wirken gegen die Neigung zu Knochenbrüchen

im Alter. Manche vertragen besser Weissbrot als Schwarzbrot. Schwarzbrot ist ja nicht unbedingt gesünder als das weisse Brot. Wichtig ist viel Gemüse und Obst und schliesslich noch ein bedeutender Punkt: ausreichende Flüssigkeit trinken, ist sehr wichtig für eine normale Nierentätigkeit. Viele Alte trinken viel zu wenig. Es sollte täglich 1 bis 1,5 Liter Flüssigkeit getrunken werden, alles miteinander, Suppe, Kaffee, Tee. Weniger abends natürlich, um den Schlaf nicht zu stören.

Nun aber bevor ich schliesse, möchte ich noch eine Frage aufgreifen, die den Aerzten, weniger von den Patienten selbst, als von den Angehörigen oder einem breiteren Publikum vorgelegt wird: «Man lässt ja heute die Alten und Kranken nicht mehr sterben, mit dem Einsatz der vielen modernen Mittel.» Tatsächlich ein wichtiges Thema. Es betrifft das Verhältnis oder die Distanz zwischen den Möglichkeiten der Wissenschaft und der gebotenen Behandlung des einzelnen Kranken. Wie sieht der Arzt die Sinngrenze seines Eingreifens? Wo und wann soll z. B. eine weiter auftretende Komplikation nicht mehr behandelt werden, so dass nun das Leben erlöschen wird? Wiederbelebung und Grenze künstlicher Lebensverlängerung sind zu überdenken. Was kann ich tun und was darf ich tun?

Wir erkennen, dass gegenüber den Heilungs- und Behandlungsbedürftigen das System der sich immer mehr differenzierenden naturwissenschaftlichen Medizin einen gefährlichen Verselbständigungsgrad erreicht hat, so dass dann die erste Aufgabe manchmal paradoxerweise darin bestehen muss, Medizin und Patient einander näherzubringen.

Alle Wissenschaft, und auch die Medizin, ist ja in steter Gefahr, unmenschlich zu werden.

Man weiss längst, dass die Medizin selbst ihren streng naturwissenschaftlichen Horizont erweitern muss. Daran wird allerdings auch gearbeitet. Denn Menschen sind ja über ihre Naturbasis hinaus *historische* Wesen und insofern kein adaequater Gegenstand naiver Naturwissenschaft. Echten Fortschritt auch in der Wissenschaft, gibt es nämlich nur da, wo Wissenschaft auf den *Menschen* bezogen bleibt; und als Christen dürfen wir sagen, wo sie auf den *einen* Menschen bezogen bleibt, Jesus Christus. Bei ihm hört die Wahrheit auf, relativ zu sein, er *ist* die Wahrheit und der Weg.

Den Fortschritt in der Medizin haben wir gewiss zu bejahen, ohne ihm aber zu verfallen. Insofern sich dahinter das Streben nach «Gesundheit um jeden Preis» verbirgt, sollen wir im Einzelfall den Mut haben, zu sagen, dass «weitere Fortschritte» nicht mehr nötig sind. Dies dürfen wir um so eher, als wir ja wissen, dass gerade diese Fortschritte, so wertvoll sie auch sind, nichts hinzufügen können zu unserer Hoffnung, dass die Welt und die einzelnen Kranken, die wir betreten, trotz aller Entwicklung und auch Verwicklung, auf Gottes Reich zugehen.

Wir möchten jetzt nicht vorstossen bis etwa zur Frage der Herzverpflanzung, sondern bei unserem Thema bleiben; und das ist der alte, kranke Mensch, dessen Leben nun bedroht sein kann von einem Versagen des Herzens oder der Lunge, der Niere, des Gehirns. Sehr oft steht die Sache so, dass der Kranke an einem Symptom leidet, z. B. an schwerer Atemnot. Wir werden

dann nach Möglichkeit das tun, was seine Atemnot wegnimmt und werden deshalb das Herz wahrscheinlich behandeln müssen, wodurch wir aber gerade das Leben wieder verlängern, d. h. also: lindern der Beschwerden ist sehr oft gleichbedeutend mit Lebensverlängerung. Und diese Art von Kranken, eben z. B. der chronisch Herzleidende, ist uns immer dankbar für solchen Beistand. Ganz anders wieder stellt sich die Frage in Fällen, bei denen ein schweres Grundleiden eine bedrohliche Komplikation bedingt, z. B. wenn infolge von Schlaganfall oder von multiple Sklerose eine Schlucklähmung besteht und es dadurch gern zur Lungenentzündung kommt, die nun mit Antibiotika bekämpft werden muss. Auch dies kann dann und wann durchaus sinnvoll sein. Wesentlich wird der Entschluss davon abhängen, wie die Grundprognose des Zustandes

aussieht, z. B. bei einer akuten Komplikation bei einem Krebskranken oder bei schwerer Geisteskrankheit.

Zum Glück aber ist nun auch der Arzt nicht allein gelassen. Er ist von den Menschen allerdings zum Hüter des Lebens bestellt, aber er hat ja das Leben der Menschen nicht in der Hand. Das allein hat Christus, der allein ihm den Sieg gibt.

Aber das glauben die meisten Menschen nicht. Sie glauben, um es so auszudrücken, an das Schicksal. Wohlan, dann wollen wir uns aber daran freuen, dass Christus unser Schicksal ist. Das Schicksal eines jeden Menschen, ob er es wisse oder nicht. Und dieses Wissen allein macht uns frei zum Handeln, gerade auch dort, wo wir andere bei ihrem Abschied aus dieser Welt zu begleiten haben.

Echo

Heimvater = Heimmutter

Der Artikel mit obiger Unterschrift im Fachblatt Nr. 7 von Herrn Scheurer geht mich an. Dich natürlich auch, aber mich besonders, denn 42 Jahre lang liess ich mich Vater nennen. Gefordert habe ich es nicht und mich auch nicht darum beworben.

Als mich 1924 ein Studienfreund fragte, ob es stimme, dass ich Anstaltsvorsteher werde, sagte ich ihm, nein, das sei nicht mein Wille, jedoch möchte ich bei benachteiligten Kindern Vaterstelle vertreten. Vorsteher, Verwalter, Direktor oder wie die Bezeichnungen heissen sollen, waren mir greuelhafte Namen, die dem Sinn meiner Aufgabe nicht entsprachen. Die Leitung des Heimes hatte ich auch nicht gesucht. Man holte mich einfach aus meiner Schule weg, obschon ich erst 24 Jahre alt und nicht verheiratet war. Mit meiner ältesten Schwester zusammen übernahm ich die Anstalt, wie sie damals noch hiess, weil ich glaubte, dem Ruf folgen zu müssen.

Mit einem listigen Blinzeln in den Augen nannten die Buben und Mädchen mich Vater, obschon einige von ihnen nur 8 Jahre jünger waren als ich. Wer ihnen das geraten hatte, weiss ich nicht. Meine Stellung war damals ganz anders, als wie man es sich heute vorstellt. Welcher Heimleiter nimmt sich heute noch Zeit, wochenlang seine «Kinder» am Morgen selber zu wecken, zu kontrollieren, wenn sie sich waschen und, wenn nötig selber zum Waschlappen zu greifen, mit ihnen am Tisch zu sitzen, sie in der Schule zu unterrichten, nachher jedem seine Arbeit anzuweisen und mit ihnen mit Sense, Gabel oder Karst bewaffnet im Felde zu wetteifern oder in einer Reihe mit ihnen barfuss durch den Kartoffelacker zu schreiten, um Unkraut auszureissen? Wer sitzt mit ihnen zusammen beim Spiel, liest vor, verbindet ihre kleinen Wunden und lässt sich dabei grosse Kümmernisse erzählen, weil ja körperliche Schmerzen oft nur als Vorwand benützt werden, um einen ganz persönlichen Kontakt aufzunehmen? Und welcher Heimleiter sitzt noch am Abend auf einem Bettrand, um mit den Buben zusammen ein Lied zu singen, bevor sie einschlafen?

Es ist klar, dass bei einer so intensiven Tätigkeit auch die Hilfskräfte in ähnlicher Weise beansprucht werden. Verheiratete Leute hatten keinen Platz. Es sollte alles eine Einheit sein, und das kam soweit, dass sogar die Lehrerin mich Vater nannte und das noch, als sie längst in der Stadt ihre eigene Familie betreute.

Auf einem Abendspaziergang durch den Wald fragte schliesslich ein Mädchen: Warum dürfen wir eigentlich nicht «Du» sagen, wenn wir doch Vater sagen dürfen? Ich antwortete damals, das sei ihnen gar nicht verboten, solange sie anständig blieben. Da war es, wie wenn ein Damm gebrochen wäre.

Da aber die Kraft nicht unerschöpflich ist und die Zeit neue Anforderungen stellt, so konnte es nicht immer so weitergehen, und ich musste manche Arbeit delegieren, eine weitere Lehrkraft einstellen und den Schulunterricht fast ganz aufgeben. Die Kinder blieben nur noch ausnahmsweise bis zum 17. Altersjahr im Heim, die Verbindung mit dem Elternhaus wurde nicht mehr unterbunden, sondern enger geknüpft. Dafür wandelte sich der Name Vater allmählich in Aetti.

Mit der familieren Anrede darf man aber nicht versucht sein, sich ein Ehrenkränzlein auf den Kopf zu setzen, denn vielleicht kannst Du auch einem Gestrauchelten eine Hilfe sein, wenn er dich vor den Wärtern im Zuchthaus mit Vater anreden darf oder wenn du dich auf der Strasse freundlich umwendest, wenn eine übel beleumdete Kellnerin vor der Wirtschaft dich mit diesem Namen zurückruft.

Seite 279 in der gleichen Nummer des Fachblattes lesen wir von Erziehungsberater Dr. P. Wyss: «Das heutige Heim verhält sich zur Familie, wie ein künstliches Gebilde zu einem Organismus.» Darum meine ich, dass bei einem Wechsel in der Leitung des Heimes auch der Vater- und Muttername überprüft werden darf. Ich kann mir leicht denken, dass es da und dort ein Hohn wäre, am alten Brauch festzuhalten. Viel darüber zu streiten erscheint mir allerdings weniger wichtig, als dafür zu bitten, dass es der Geist der Liebe sei, der Hauseltern und Erzieher zu den gefährdeten Kindern führt und tagtäglich in der Arbeit leitet. F. Bürgi