

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

Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen

Band: 46 (1975)

Heft: 9

Artikel: Zur sozialmedizinischen Politik für alte Menschen : das "Winterthurer-Modell". 2. Teil

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-806494>

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: 09.01.2026

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

mehr müssen die Belange der Gesellschaft immer auch mitbedacht werden, soll das Sexualverhalten wirklich human sein. Für die Resozialisierung verhaltengestörter Mädchen wird darum wichtig sein, dass sie ihre soziale Verantwortung wahrnehmen lernen und so zum Beispiel nicht andere Ehen zu Schaden bringen. Aber ebenso wird darauf zu achten sein, dass die verhaltengestörten Mädchen nicht «Freiwild» morbider Bürger werden, und dass in der Gesellschaft jene Strukturveränderungen vorangetrieben werden, die eine Resozialisierung erst möglich und sinnvoll machen.

4.5. Der Reifungsprozess

Der Weg zu einer rechten geschlechtlichen und gesamt menschlichen Reifung ist langdauernd und oft recht mühsam. Viele auch sogenannte «normale» Menschen werden erst auf Umwegen und

über Teilziele der ihnen gestellten Aufgabe gerecht. Wieviel mehr wird dies für verhaltengestörte Mädchen gelten müssen. Auf ihrem Weg zur Integration der Sexualität wird es entwicklungs- und Reifungsstufen geben, aber auch Krisen und Regressionen. Was dabei im Einzelfall jeweils richtig und gut und was sinnwidrig und falsch ist, lässt sich nicht durch eine ausgeklügelte Kasuistik festlegen. Eine gewisse Entdramatisierung wird hier unerlässlich sein, wenn das ohnehin angeschlagene Selbstwertgefühl dieser Menschen nicht noch mehr in Mitleidenschaft gezogen werden soll. Eine grosse Einfühlungsgabe, eine Riesengeduld, ein Hoffen oft wider alles Hoffen und hie und da wohl auch der Mut zum Wagnis werden hier unerlässlich sein.

Adresse des Verfassers:

Dr. P. Kajetan Kriech, Moraltheologe
Kapuzinerkloster Solothurn

Zur sozialmedizinischen Politik für alte Menschen

Das «Winterthurer-Modell»

(2. Teil)

Wir werden in den folgenden Nummern die angeführten Arbeitshypothesen aus dem Modell «Alter», wiederum mit freundlicher Genehmigung der «Winterthurer-Versicherungen», veröffentlichen:

1. Sozialmedizinische Aspekte des Alterns,
2. Fürsorge-Aspekte,
3. Kommunikations-Aspekte,
4. Aspekte der Planung/Architektur,
5. Finanzielle Aspekte.

Red.

1. Sozialmedizinische Aspekte des Alterns

Einleitung

In der ersten Phase der Zusammenarbeit im Experten-Gremium formulierten die Experten Arbeitshypothesen zu ihren Fachbereichen. Es handelt sich um Postulate und Forderungen grundsätzlicher Art, die bei der Planung und Realisierung des vorliegenden Modells berücksichtigt werden sollten. Diese Arbeitshypothesen sind demnach im Sommer 1972 entstanden und dienten als Grundlagen zur Erarbeitung der ganzen Konzeption.

Gesundheit im Alter

1. Den besseren Lebensbedingungen, der Hygiene und den Fortschritten der kurativen Medizin verdanken wir eine wesentlich grössere durchschnittliche Lebenserwartung als unsere Vorfahren. Noch um die Jahrhundertwende hatte ein neugeborener Knabe eine Lebenszeit von 49 und ein neugeborenes Mädchen eine solche von 51 Jahren vor sich. Heute hingegen erreicht die durchschnittliche Lebensdauer der Männer 70 und diejenige der Frauen 75 Jahre. Daraus darf nicht geschlossen werden, dass das menschliche Leben, das heisst die biologische Lebensdauer verlängert wurde, sondern lediglich, dass heute viel mehr Menschen das biologische Alter erreichen und weniger vorzeitig, das heisst vor Erreichen des Greisenalters sterben.

2. Von der Schweizer Bevölkerung sind heute rund 10 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen über 65 Jahre alt; also nahezu eine Million sind Betagte, sind Rentenbezüger der AHV. In nicht allzu ferner Zukunft dürften 12 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen im «biblischen Alter» stehen.

3. Viele alte Leute bedeuten leider auch viel Altersleiden. Nicht nur die direkt mit dem Alter zusammenhängenden Krankheiten werden entsprechend der Ueberalterung der Bevölkerung zuneh-

men, sondern auch — dank der Kunst der Medizin — viele akute und chronische Krankheiten, die früher bereits in jungen Jahren zum Tode geführt hätten. Man könnte auch sagen, dass jene chronischen Krankheiten, die durch medizinische Massnahmen zwar nicht geheilt, aber am Fortschreiten verhindert werden können, heute zusätzlich zu den eigentlichen Alterskrankheiten den Gesundheitszustand vieler Betagter beeinträchtigen.

4. Da das Altern ein kontinuierlicher Rückbildungsprozess ist, treten bei jedem Menschen früher oder später psychische und körperliche Alterserscheinungen auf. Sie werden dann manifest, wenn sie die Leistungsfähigkeit des Individuums so beeinträchtigen, dass die Anforderungen des täglichen Lebens nicht mehr erfüllt werden können.

5. Der Uebergang von zunehmender Funktionseinbusse der verschiedenen Organsysteme zu manifeste Krankheit ist unter Umständen so schleichend, dass er von der betroffenen Person gar nicht realisiert wird. Der alternde Mensch kann erstaunlich gut Leistungsverminderungen durch Routine und Erfahrung kompensieren. Erst das «Versagen», das scheinbar plötzlich eintritt und nichts anderes als eine funktionelle Dekompensation darstellt, wird vom Individuum schmerzlich empfunden.

6. In der heutigen bewegungsarmen Zeit ohne grosse körperliche Leistungsanforderungen wird nicht so sehr die Abnahme der körperlichen Funktionstüchtigkeit, sondern eher die Abnahme des psychischen Leistungsvermögens auffallen und zu entsprechenden Reaktionen beim Individuum selbst als auch bei seiner Umwelt, seinen Mitmenschen, führen. Die für alternde Leute charakteristischen Verhaltensweisen sind vermutlich ebenso sehr dem Verhalten der Umwelt den Betagten gegenüber als auch dem eigentlichen Altersprozess zuzuschreiben.

Aus diesen Feststellungen lässt sich vorerst einmal ableiten, dass wir uns dieses Sachverhaltes bewusst sein und alles unternehmen müssen, um den Betagten ihre körperlichen und seelischen «Unzulänglichkeiten» nicht bewusst werden zu lassen.

7. Die Betagten müssen deshalb in unserer Gesellschaft verwurzelt bleiben, sie müssen — wenn sie es nicht mehr sind — integriert werden. Der Tatsache, dass Betagte durchaus in der Lage sind, nützliche Arbeit zu verrichten, sei es auch nur durch die Uebernahme eines Sonderauftrages (zum Beispiel Kinderhüten), muss Rechnung getragen werden.

8. Auch die besonderen Gefahrenmomente, die leicht zu einer Dekompensation führen könnten, müssen in Betracht gezogen werden. Im Vordergrund steht diesbezüglich der Verlust des Lebenspartners, der die Zukunft hoffnungslos erscheinen lassen und zu Kurzschlussreaktionen führen kann.

9. Die körperlichen Gebrechen alter Leute betreffen vorwiegend den Bewegungsapparat und das

Herz- und Kreislaufsystem. In bezug auf die Aktivitätseinschränkung sind beide Gruppen von Leiden ungefähr gleichbedeutend, in bezug auf die Sterblichkeit jedoch stehen die Herz- und Kreislaufkrankheiten mit ihrem Anteil bei über 70jährigen von 50 Prozent, gefolgt von den Krebskrankheiten mit rund 20 Prozent, an erster Stelle.

10. Zu den Behinderungen und Gebrechen bei Betagten kommt noch die erhöhte Anfälligkeit für Unfälle und akute Krankheiten hinzu. Erhebungen haben ergeben, dass die 65—75jährigen Personen jährlich während mindestens 35 Tagen nicht ihrer üblichen Beschäftigung nachgehen bzw. die alltäglichen Verrichtungen selbst ausführen können.

Während ein 20—30jähriger Mensch jährlich im Durchschnitt nur 5 Tage bettlägerig ist, muss ein Betagter 20 Tage pro Jahr krankheitshalber das Bett hüten. Die über 75jährigen sind ferner während mindestens 45 Tagen pro Jahr in ihrer üblichen Tätigkeit stark eingeschränkt. Ungefähr zwei Drittel der Männer und drei Fünftel der Frauen, stehen unter regelmässiger ärztlicher Betreuung, und ein grosser Teil davon ist auf die ständige Einnahme von Medikamenten angewiesen.

11. Der im Alter oft reduzierte Gesundheitszustand bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die sozialen Kontakte des Betagten und seine Stellung in unserer Gesellschaft. Eine Erhebung der Gesellschaft für praktische Sozialforschung hat ergeben, dass bei zwei Dritteln der über 65jährigen Personen das Gehen und besonders das Treppensteigen erschwert ist und zu einer eindeutigen Abnahme des Aufsuchens von Freunden, Bekannten oder Begegnungsstätten führt. Als Folge dieser vermindernten Kontaktmöglichkeiten kommt es zu der bekannten Erscheinung, dass Betagte vermehrt ihren eigenen Gedanken nachhängen und ihr Denken viel häufiger auf die Vergangenheit als auf die Zukunft, die «nichts Gutes zu versprechen scheint», ausrichten.

Die Krankheitsverhütung und die Gesundheitsvorsorge im Alter

12. Viele der chronisch-degenerativen Leiden, aber auch Krebserkrankungen sind verhütbar. Da jedoch zwischen dem ursächlichen Einfluss bzw. dem gesundheitsschädigenden Verhalten und dem Auftreten der Krankheit ein Intervall von Jahren oder Jahrzehnten liegt, lässt sich leicht folgern, dass eventuelle spezifische prophylaktische Massnahmen bereits in jungen Jahren getroffen werden müssen, um Gesundheitsschäden im höheren Alter zu verhüten. Mit anderen Worten, im Alter kann vieles getan werden, um krankhafte Prozesse zu verlangsamen und die Auswirkungen chronisch-degenerativer Leiden zu beheben; die Aussichten eigentlicher Heilung und der Wiederherstellung der Gesundheit sind jedoch gering. Der alte Mensch muss lernen, mit Behinderungen und Gebrechen zu leben, und wir müssen ihm dabei behilflich sein.

13. In Anbetracht der Tatsache, dass sowohl medizinische als auch soziale Massnahmen bessere Erfolgsaussichten zeitigen, wenn sie möglichst früh, das heisst wenn möglich schon vor dem Auftreten der eigentlichen Krankheitserscheinungen getroffen werden, sind Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitskontrollen bei Betagten wichtiger als bei jungen Personen. Die Geroprophylaxe, die Verhütung von Gesundheitsstörungen im Alter beruht zur Hauptsache auf der Früherkennung und Frühbehandlung von chronisch-degenerativen Leiden. Der Schwerpunkt der Massnahmen liegt nicht nur in sozialmedizinischen, sondern ebenso sehr in sozialpsychologischen und sozialen Vorfahren. In diesem Zusammenhang sei festgehalten, dass nur der Vorbereitung auf das Alter ein eigentlicher prophylaktischer Wert zukommt.

Sozialmedizinische Zielvorstellungen für Betagte

Sozialpsychologische Massnahmen:

14. Die Anforderungen im Beruf müssen der psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer Rechnung tragen.

15. Eine stufenweise Pensionierung ist der endgültigen, auf das kalendarische Alter gestützten Pensionierung vorzuziehen. Die Arbeitnehmer sollten rechtzeitig auf die Pensionierung vorbereitet und für altershalber Entlassene sollten Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden.

16. Als Ersatz für verlorenes Familienleben (Verlust des Partners, Wegzug der Kinder) sollten Altenklubs gebildet werden. Weiterbildungsmöglichkeiten für Pensionierte sind vorzusehen.

Soziale Massnahmen:

17. Den Betagten sollten Beratungsdienste verschiedenster Art zur Verfügung stehen: so zum Beispiel Rechts- und Finanzberatung, Fürsorgeservice und Arbeitsvermittlung.

18. Wohnungsdienst: Die Unterbringung der Betagten in zweckmäßig eingerichteten, auch für Gebechliche geeigneten Kleinwohnungen im angestammten Quartier bzw. in der Nähe von Verwandten ist der Versorgung in Alterssiedlungen vorzuziehen. Es ist dabei auf günstige Verkehrsverhältnisse und die Nähe ärztlicher und sozialer Dienste zu achten. Die evtl. speziell für die Betagten zu schaffenden Gemeinschaftseinrichtungen (Aufenthaltsräume, Schwimmhallen usw.) sollten für Betagte leicht erreichbar sein. Zur Verrichtung von Arbeiten im Haushalt, die die Betagten selbst nicht mehr ausführen können oder die sie gesundheitlich gefährden würden, sollten stundenweise Haushaltshilfskräfte eingesetzt werden.

19. Ernährung und Mahlzeitendienst: Da sich Betagte, besonders aber alleinstehende Männer

schlecht oder ungenügend zu ernähren pflegen, muss die Versorgung mit hygienisch einwandfreien, ernährungspsychologisch richtig zusammengesetzten Mahlzeiten sichergestellt werden.

Alte Leute sind selten kalorisch unterernährt (sie brauchen ohnehin 20 bis 30 Prozent weniger Kalorien als junge Erwachsene); hingegen lässt die qualitative Zusammensetzung der Nahrung zu wünschen übrig. Ein zu hoher Fettanteil bei gleichzeitigem Mangel an Vitaminen und gewissen Mineralstoffen dürfte eine weitverbreitete Form der Fehlernährung bei Betagten sein.

Es ist für Betagte eine Ernährungsberatung zu fordern und für gefährdete Personen ein Mahlzeitendienst einzurichten, der Gewähr bietet, dass alle Betagten mindestens einmal täglich eine optimal zusammengesetzte Mahlzeit erhalten.

Gesundheitliche und ärztliche Betreuung:

20. Einen wichtigen Teil der Gesundheitsvorsorge im Alter bilden die Lebensweise und die Ernährungsgewohnheiten der Betagten selbst. Der Belehrung und Aufklärung über gesundes Verhalten muss deshalb besondere Beachtung geschenkt werden. Eine Gesundheitsschwester, die gegebenenfalls auch kleinere Pflegeleistungen erbringen kann, soll mit der gesundheitlichen Betreuung der Betagten beauftragt werden.

21. Der eigentliche ärztliche Dienst ist von den praktizierenden, wenn möglich geriatrisch geschulten Aerzten, zu besorgen. Dabei sind der erhöhte Bedarf der alten Leute an ärztlichen Konsultationen und die durch eventuelle Gebrechen bedingten Schwierigkeiten, den Arzt aufzusuchen, in Betracht zu ziehen.

22. Der Heimpflege kommt insofern grosse Bedeutung zu, als sie ermöglicht, Heimeinweisung und Hospitalisierung zu vermeiden oder hinauszuschieben.

23. Neben der häuslichen Krankenpflege durch Angehörige, die wenn immer möglich anzustreben ist, sollten Hauspflegerinnen und Laienhelper, die über eine spezifische Ausbildung verfügen und sich zum Teil auch aus den Reihen der Aelteren rekrutieren, eingesetzt werden.

24. Die ambulante Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Spitalleistungen (inkl. physikalische Therapie) ist wie auch der Arztbesuch durch einen Transportdienst zu erleichtern.

25. Ueber die Grössenordnung der Einrichtungen und des Personals für Dienstleistungen an Betagten variieren die Ansichten.

26. Auf 150 bis 200 Betagte sind ein Aufenthalts- und ein Arbeits- oder Bastelraum vorzusehen. Auf 600 bis 800 Betagte soll ein Altersheim und auf

über 1000 ein Tagesspital entfallen. Erfahrungsge- mäss verbringen ungefähr 5 Prozent der über 65jährigen Personen die letzte Zeit ihres Lebens in einem Heim oder Krankenhaus. Dieser Prozentsatz kann bei guter ambulanter Betreuung gesenkt werden. Das setzt jedoch voraus, dass für rund 50 Betagte eine vollamtliche Hilfskraft, für 300 eine Krankenschwester und für 600 ein Arzt zur Verfü- gung stünden. Der Personalaufwand für andere Dienstleistungen (Mahlzeitendienst, Sozialberatung, Gesundheitserziehung, Pédicure usw.) hängt

von den lokalen Gegebenheiten und den bereits be- stehenden Institutionen ab.

27. Die Betagten machen einen Sechstel unserer Bevölkerung aus. Sie müssen integriert bleiben, und sie sollen ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend Anteil am Leben der Gemeinschaft haben.

Aus: Jubiläumsdokumentation Modell «Alter» der Winterthurer-Versicherungen

Besinnung in unserem Beruf

Von H. Brunner

Immer wieder gilt es, Verschnaufpausen zur Be- sinnung einzuschalten. Aus psychohygienischen Gründen ist dies insbesonders für Heimmitarbeiter doppelt notwendig: Heimmitarbeiter, und das sind alle Personen, die irgendwie und irgendwo im Heim mittätig sind, der Gärtner, der Pfleger, der Leiter, der Erzieher, die Gehilfin, der Lehrer, die Schwester usw., alle diese Menschen stehen ständig im direkten Kontakt mit Mitmenschen. Sie alle drücken nicht nur auf einen Maschinenknopf, eine Schreibmaschinentaste oder auf das Gaspedal. Sie arbeiten mit Menschen zusammen. Sie sind für diese Menschen — durch ihre Arbeit und Hilfestellung — Vorbild, Stütze und Wegbegleiter. Jeder Heimmitarbeiter hat aber noch eine zusätzliche Aufgabe: Er hilft mit, das Fehlende im anvertrauten Mitmenschen aufzubauen. Der Arzt, die Krankenschwester und der Pfleger möchten ihre Patienten möglichst bald gesund heimgehen lassen können. Die Erzieher und der Lehrer möchten die fehlgeleiteten Kinder und Jugendlichen «auf den rechten Weg», fort von der «schiefen Ebene» brin- gen, damit auch sie baldmöglichst selbstständig in der Gemeinschaft leben können. Jeder Heimmitarbeiter muss also nicht nur seine Arbeitskraft geben, sondern auch bereit sein, etwas von seiner Persönlichkeit herzugeben zum Aufbau des Fehlenden im Schützling. Dieses doppelte Engagement verbraucht! Doch ein weises Wort hilft:

«Am reichsten ist nicht, wer am meisten hat, sondern wer am meisten hergeben kann.»

Und Albert Schweitzer zeigt dem Heimmitarbeiter deutlich die Aufgabe:

«In dieser unvollkommenen Welt fröhliche Werk- zeuge der Liebe Gottes zu sein, ist unser Beruf.»

Wir müssen fröhliche Mitarbeiter sein, damit wir die Launen, Untugenden und Unarten unserer

Schützlinge ertragen, übersehen, ignorieren oder schliesslich gar ausmerzen können. Dazu braucht es in erster Linie zwei Erfordernisse:

1. Ausbildung

Alle Mitarbeiter in allen möglichen Heimtypen, vom Spital übers Gefängnis, vom Alters- bis zum Erziehungs-, Schülerheim oder Kinderhort, sollten entsprechend ausgebildet sein. In dieser Richtung hat in den vergangenen Jahren der VSA grosse Anstrengungen unternommen. Die Heimleiter und Mitarbeiter der verschiedenen Heimgattungen werden speziell zusammengefasst und an ent- sprechenden Tagungen für ihre Tätigkeiten aus- gebildet. Ebenso haben die Schulen für soziale Arbeit ihre Programme entsprechend modifiziert. Es ist ein Unding, Mitarbeiter für das gesamte Heimwesen auszubilden; jede Heimmitarbeit be- nötigt andere Voraussetzungen und Vorbildungen. Die Aufgaben im Altersheim sind nie die gleichen wie diejenigen im Kinderheim. Im Sanatorium muss anders vorgegangen werden als im Erzie- hungsheim. Die **Allround-Ausbildung** ist beim heu- tigen Stand der spezialisierten Wissenschaft nicht mehr opportun oder sie muss zumindest durch entsprechendes Fachwissen laufend ergänzt und er- weitert werden. Wir sind deshalb dankbar für die vielen entsprechenden Kurse der Heilpädagogischen Seminarien und Schulen für Soziale Arbeit. Diese ganz spezielle Heilpädagogik sollte mit der Zeit zu einer eigentlichen differenzierten **Heimpädagogik** führen. Sicher, es wird nie zwei gleiche Situationen im Heimleben geben, aber trotzdem wäre eine Zu- sammenfassung der wesentlichen Grundsätze wün- schenswert. Wie die Bücher Hanselmanns und von Paul Moor in der Sonderschulung und Nacherzie- hung von Kindern und Jugendlichen allererste Hilfeleistung erbringen, so sollten allmählich ent-