

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Heimwesen = Revue suisse des établissements hospitaliers
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 50 (1979)
Heft: 3

Artikel: Ursula Lehr : was ist Gero-Interventionismus? : Neue Ergebnisse der Altersforschung und ihre Bedeutung für die Praxis
Autor: Lehr, Ursula
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809624>

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: 06.02.2026

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

Ob als Erzieher in einem Heim, als Elternteil Kindern gegenüber, als Partner in einer Beziehung, überall, wo der natürliche Gang des Lebens Versagungen und Nein-Situationen unvermeidlich aufkommen lässt, ist es von entscheidender Wichtigkeit, diesen Frustrationen jene Prägnanz zu geben, welche dem betroffenen Partner eine gezielte Aktivierung und Neuorientierung erlaubt. Praktisch heisst das aber immer auch, dass auf seiten des Frustrators eine Leistung erbracht werden muss, nämlich: Das Aufgeben vager und diffuser Beziehungsansprüche. Wie schwierig das im Alltag allerdings sein kann, zeigte das Beispiel von Philips Mutter. Philip kann sich seinerseits von der Mutter verabschieden und sich auf

einer neuen Ebene der Selbständigkeit bewegen, nachdem *sie* es auf sich genommen hat, ihm adieu zu sagen. Diese Verabschiedung stellt zwar eine klare Versagung dar. Aber gerade weil sie unmissverständlich, begrenzt und klar erfassbar ist, schafft sie freien Raum für einen konstruktiven Entwicklungsschritt.

Beide betroffenen Partner erfahren sich auf einem neuen Niveau der Selbständigkeit, das sie sich vorher nicht zugetraut hatten.

Adresse des Verfassers:

PD Dr. B. Rutishauser, Scheuchzerstr. 163, 8057 Zürich

Ursula Lehr: Was ist Gero-Interventionismus?

Neue Ergebnisse der Altersforschung und ihre Bedeutung für die Praxis

Auf Einladung der Philosophischen Fakultät I hielt Prof. Dr. Ursula Lehr, Inhaberin eines Lehrstuhls für Entwicklungspsychologie in Bonn, am 12. Januar 1979 an der Universität Zürich eine Gastvorlesung: «Neuere Ergebnisse der psychologischen Altersforschung und ihre Bedeutung für die Praxis». Frau Professor Lehr, in der modernen Gerontologie eine Wissenschaftlerin von Rang und Namen («Psychologie des Alters», Heidelberg 1974), redete in ihrer Zürcher Vorlesung dem sogenannten Interventionismus stark das Wort und gab auch eine Uebersicht über die vor allem in den Vereinigten Staaten ausprobierten neueren Aktivierungstherapien. Der Vortrag wurde von zahlreichen Hörern auf Tonband aufgenommen. Bei den hier abgedruckten Ausführungen handelt es sich um die (leicht gekürzte) Abschrift einer solchen Tonbandaufnahme. Es gibt an der Universität Zürich eine Arbeitsgruppe für Altersforschung, die allen interessierten Kreisen offensteht. Kontaktpersonen dieser Gruppe, die gern weitere Auskünfte erteilen, sind Pfr. Dr. G. Albrecht, Präsidium, Gustav-Maurer-Strasse 11, Zollikon, und PD Dr. H. D. Schneider, Sozialforschungsstelle, Nägelistrasse 7, Zürich.

Red.

Wenn man von der Aktualität ausgeht, verdient ein Ergebnis der psychologischen Altersforschung besondere Beachtung: der Durchbruch, bzw. der Brückenschlag von der Wissenschaft zur Praxis, das heisst die Anwendung der ontopsychologischen Erkenntnisse im alltäglichen Leben.

Gesetz gegen Altersdiskriminierung in Amerika

Als Anfang April 1978 der amerikanische Präsident Carter das Zusatzgesetz zum Gesetz gegen die Altersdiskriminierung unterzeichnete, demgemäss eine Entlassung aus dem Dienstverhältnis (Arbeitsverhältnis) aus Gründen des Lebensalters vor dem 70. Lebensjahr in den Vereinigten Staaten nicht mehr möglich ist, wurde dieses Ereignis von den internationalen gerontologischen Gesellschaften und den verschiedenen in den USA sehr aktiven Altersverbänden bis zu den Grauen Panthern und auch von grossen Teilen der Bevölkerung als wesentlicher Markstein in

der gesellschaftlich-sozialen Entwicklung gefeiert — als Markierungspunkt in einem Land, in dem die Arbeitslosenquote 7 bis 8 Prozent beträgt. Trotzdem setzt man sich in Amerika dafür ein, dass keiner aus Altersgründen vor dem 70. Lebensjahr pensioniert wird, das heisst den Beruf aufgeben muss!

Die Unterzeichnung des Gesetzes war nur möglich dank den Erkenntnissen psychologischer Grundlagenforschung, denen zufolge das Lebensalter keine entscheidende Variable bei der Bestimmung der Leistungsfähigkeit darstellt, weil ein grosses Mass individueller Variabilität besteht und differenzielle Aspekte der Gerontologie stärker als bisher zu beachten sind. Diese Erkenntnisse und Ergebnisse werden auch in europäischen Ländern und auch bei uns in der Bundesrepublik gepredigt, scheinen aber — wenn Sie die politische Diskussion um die Herabsetzung der Altersgrenze in letzter Zeit verfolgt haben — weder richtig verstanden worden zu sein noch richtig verstanden zu werden.

Vier Hauptergebnisse der Altersforschung

Ich habe vor, meinen Vortrag in zwei Hauptteile zu gliedern. Zunächst geht es einmal darum, die wichtigsten Erkenntnisse psychologischer Altersforschung mehr oder weniger deutlich herauszustellen, so da sind: die Korrektur des negativen Altersbildes (Defizitmodell), die stärkere Beachtung differenzieller Aspekte, die mehrfache Determinierung von Alterszuständen und Altersprozessen, die Bedeutung der kognitiven Repräsentation (des subjektiv unterschiedlichen Erlebens bestimmter Situationen). Sodann, gewissermassen als Ueberleitung, einige bevölkerungspolitische Ueberlegungen anhand ausgewählter Statistiken. Und schliesslich möchte ich im zweiten Hauptteil praktische Massnahmen, Konsequenzen für die Praxis, besprechen, die seit 1973 unter dem jetzt wieder modern gewordenen Stichwort: «Interventionsgerontologie» behandelt werden. Ich versuche zu übersetzen: Seit dem Afrikanischen Kongress von 1973 hat man sehr deutlich herausgestellt, dass es nicht genügt, wenn die Wissenschaftler Altersvorgänge nur beobachten, sie beschreiben, sie bestimmten Kategorien zuordnen, sondern dass es endlich einmal darauf ankommt, die praktischen Konsequenzen zu ziehen; dass es darauf ankommt, einmal zu fragen, wie man Altersprozesse beeinflussen kann.

Wie kann man intervenieren? Was lässt sich für die Praxis gewinnen? Es war Professor P. B. Baltes, der jetzt am Gerontologischen Forschungsinstitut von Los Angeles forscht und lehrt, der die Interventionsgerontologie kreiert und herausgestellt hat, was damit gemeint ist. Worauf kommt es an, wenn ein Altersprozess beeinflusst werden soll?

Es kommt erstens auf die Optimierung an, das heisst auf das Vorhandensein möglichst günstiger Entwicklungsbedingungen von Kindheit an. Zweitens ist die Prophylaxe, die Prävention wichtig, die gezielte Vorbeugung gegen etwaige Abbauerscheinungen. Es kommt, drittens, auf die Rehabilitation an, auf das Rückgängigmachen von eingetretenen Alterserscheinungen. Und viertens nennt Baltes das Management von Problemsituationen, das heisst das Sich-Zurechtfinden in Situationen, die sich zum Beispiel nach Schlaganfällen einstellen können. Mir wurde erklärt, dass Sie vor allem an der Praxis interessiert seien. Deshalb werde ich den ersten Teil des Vortrags etwas kürzer halten, um im zweiten Teil ein bisschen ausführlicher zu werden.

Korrektur des negativen Altersbildes

Ich nehme an, Sie kennen die Argumente gegen das negative Altersbild, und ich denke hier zuerst an die Untersuchungen von PD Dr. H. D. Schneider (Zürich). Jetzt sei nur erwähnt, dass auch die neuesten Untersuchungen der letzten drei Jahre die gut begründete These vertreten, es gebe keinen mit dem Lebensalter zusammenhängenden generellen und universellen Abbau der Leistungsfähigkeit. Die er-

schienenen Untersuchungen in Ost und West zeigen, dass die Leistungsfähigkeit, von der Intelligenz bis zur Psychomotorik, nicht nur vom Lebensalter abhängig ist. Sie kann sogar durch ein intensives Training, durch ein lebenslanges Ueben derart beeinflusst werden, dass sie — einige kleine Gebiete ausgenommen — auch im hohen Alter noch vorhanden ist.

Dennoch, obwohl eine deutliche Zurückweisung des Defizitmodells in der internationalen Literatur in Ost und West feststellbar ist in den letzten Jahren, ist gleichzeitig festzustellen, dass — vor allem liegen hier amerikanische Untersuchungen vor — trotzdem die Einstellung zum alten Menschen, das Altersbild, das Image des alten Menschen *vor allem bei Aerzten und beim Pflegepersonal* sehr negativ ist. In diesen Kreisen gilt der alte Mensch auch 1976 und 1977 überwiegend noch als unbeweglich, teilnahmslos, passiv. Man erwartet diese Teilnahmslosigkeit und verstärkt damit dieses Verhalten unter den Erwartungen des Disengagements. Die Verhaltenserwartungen der Umwelt beeinflussen nämlich, psychologische Studien haben das gezeigt, das Verhalten des einzelnen. Hier ist also eine Korrektur des Altersbildes unter Medizinern und Pflegepersonal dringend nötig.

Wir wissen: Die kalendarische Bedingtheit des Altersprozesses ist in Frage zu stellen. Die Zahl 65 besagt gar nichts. Ebenso wissen wir, dass die einseitige biologische Bedingtheit psychischer und sozialer Altersvorgänge in Frage zu stellen ist. Desgleichen ist die Irreversibilität dieser Vorgänge in Frage zu stellen. Auch das wissen wir heute. Konsequenzen für die Praxis:

1. Man kann einen Altersabbau verhindern, zumindest modifizieren, zum Teil sogar rückgängig machen.
2. Lediglich medizinische Massnahmen allein auf der Ebene medikamentöser Beeinflussung genügen nicht, um Altersprozesse, die durch die Umwelt mit bestimmten Verhaltenserwartungen verursacht und ausgelöst worden sind, zu ändern und allenfalls sogar rückgängig zu machen.

Kleine Anmerkung: Das negative Bild der alten Frau ist leider noch weit stärker verankert als das Bild des alten Mannes. Und dies aber nicht nur in unserer Zeit, sondern ebenso deutlich schon früher. Die Geltung der alternden Frau ist ohnehin problematischer: Welche Eigenschaften schreibt die Oeffentlichkeit im Querschnitt dem «idealen» Mann zu? Tüchtigkeit, Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein — Dinge also, die durchaus auch in höherem Lebensalter erhalten bleiben. Fragt man aber, wie die «ideale» Frau aussieht, bekommt man Antworten wie: sportlich, attraktiv, hübsch, nett. Die «ideale» Frau wird von der Gesamtheit der Bevölkerung so beschrieben, wie das bestenfalls für die Zwanzig- bis Dreissigjährigen zutrifft, während der «ideale» Mann mit Verhaltensweisen charakterisiert wird, die auch für den Fünfzig- oder Sechzigjährigen noch gelten. Doch dies nur am Rande.

Stärkere Beachtung differenzieller Aspekte

Hinweise auf die Individualität des Alterszustandes, also auf die Tatsache, dass dem chronologischen Alter nahezu keine Aussagekraft als Markierungspunkt zukommt, liegen bereits seit mehr als zehn Jahren vor. Leute gleichen Alters — nehmen wir an: Sechzigjährige — haben unterschiedliche Ausprägungsgrade von Verhaltensweisen, Leistungsfähigkeit und dergleichen. Das Erfordernis einer differenziellen Einschätzung und das Erfordernis, von einer Generalisierung abzugehen, wurde gerade in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren hervorgehoben. Dabei wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass es keinen generellen, das heisst alle Bereiche betreffenden Altersabbau gibt, auch keinen universellen, das heisst alle Personen gleich betreffenden Abbau von Tätigkeit. Gerade die verschiedenen Längsschnittstudien (Beobachtung von Personen über mehrere Jahre hinweg) haben gezeigt, dass es interindividuell unterschiedliche Verlaufsformen intraindividueller Alternsprozesse gibt. Intraindividuell heisst: bei ein und derselben Person von zum Beispiel 60 Jahren. Wenn Sie auf Ihr eigenes Leben zurückschauen, beobachten Sie intraindividuelle Veränderungen. Wenn Sie sich mit dem Nachbarn vergleichen, dann sehen Sie interindividuelle Formen intraindividueller Veränderungen.

Solche Alternsformen kommen dadurch zustande, dass der Entwicklungsprozess (Alternsprozess) mehrfach determiniert ist. Damit sind wir jetzt beim dritten Punkt angelangt:

Mehrfache Determinierung von Alterszuständen und Altersprozessen

im Querschnitt und im Längsschnitt. Biographische Analysen von über 2500 Personen der Jahrgänge 1890 bis 1935, die seit 1955 von unserem Arbeitskreis durchgeführt und die zum Teil durch eine sehr detaillierte Längsschnittuntersuchung ergänzt worden sind, haben deutlich werden lassen, dass Art und Verlauf von drei Momenten abhängig sind

- a) Vergangenheitsaspekt der bisherigen Entwicklung;
- b) Gegenwartsaspekt der momentanen Situation;
- c) Zukunftsaspekt der eigenen Erwartungen, Zukunftsvorstellungen und Zielen.

Das heisst mit anderen Worten: Wie sich der Fünfzigjährige, der Sechzigjährige verhält, wird bestimmt einmal durch biographische Momente, nachgewiesen im Bereich intellektueller Fähigkeiten und durch Training im Bereich sozialer Kontaktbereitschaft und im Bereich der Freizeit. Das Verhalten wird, zweitens, von situativen Momenten (Gegen-

wartsaspekt) bestimmt; hierzu gehören die gegenwärtige Lebenssituation im Hinblick zum Beispiel auf Wohnung, auf den Gesundheitszustand oder die finanzielle Situation, auch auf die familiäre Situation usw. Und schliesslich, drittens, wird das Verhalten ganz stark bestimmt durch die Art der Zukunftsorientierung, durch Ziele, angestrebte Werte, eigene Erwartungen, die man hat. Diese eigenen Erwartungen bestimmen den Alternsprozess sehr wesentlich.

Man könnte den Alternsprozess als *mehrfach determiniertes Schicksal* bezeichnen, wobei von vornherein festzustellen ist, dass das Alter nicht ein Schicksal ist, dem der einzelne mehr oder weniger passiv ausgeliefert ist, sondern ein Schicksal, das er zu meistern hat. Er hat sich damit auf verschiedenen Ebenen auseinanderzusetzen. Er hat damit aktiv zu interagieren. Gesellschaftliche Gegebenheiten, wie auch die individuelle Lebensführung (und das von Kindheit an) bestimmen Zustandsbilder und Verlaufsformen einer Entwicklung im Alter.

So ist erstens einmal Alter durchaus *biologisches Schicksal*. Körperliche Gegebenheiten, die spezielle Gesundheits- und Krankheitsbiographie und, davon abhängig, die augenblickliche gesundheitliche Situation wie auch die Zukunftserwartungen in bezug auf die eigene Gesundheit und die eigene körperliche Fähigkeit, bestimmen das Verhalten im Alter.

Zweitens ist Altern *soziales Schicksal* — Thomae hat 1968 erstmals diese These aufgestellt und belegt. Das Altersbild der Gesellschaft, die Rollenerwartungen der sozialen Umgebung bestimmen ebenso stark das Verhalten des Einzelnen, meistens im Sinne einer Einschränkung des Verhaltensradius, zumal ein am Defizitmodell orientiertes Altersbild zu einer Restriktion, zu einer Verengung, dieses Radius führt.

Altern ist, drittens — und das haben gerade neuere Untersuchungen gezeigt — auch *finanzielles bzw. ökonomisches Schicksal*, das besonders an der Situation alleinstehender bzw. verwitweter Frauen nachgewiesen werden konnte. Das ist biographisch zu erklären, aufzeigbar an einem gewissen Rollenverständnis der Frau, das sehr stark und einseitig auf die Rolle der Hausfrau und der drei K (Kinder, Küche, Kirche) hin orientiert ist. Dazu kommt: Die gegenwärtige finanzielle Situation zeigt hier auch Ausstrahlungen auf Zukunftsplanung, auf die Möglichkeit und Pflege sozialer Kontakte, auf die Möglichkeit vielseitiger und stimulierender Freizeitgestaltung. Das Verhalten im Alter ist, wie Sie sehen, auch mitbestimmt von den finanziellen Verhältnissen. Manche Politiker mögen das überbewerten, aber *auch* mitbestimmend ist die finanzielle Situation jedenfalls.

Als vierter Punkt ist nachweisbar: Alter ist auch *epochales Schicksal*. Zeitgeschichtliche Faktoren, wie zum Beispiel die wirtschaftliche Situation, lassen auf mehrfache Weise einen Einfluss auf Alterszustand und Alternsprozess deutlich werden. Während man sich beispielsweise in Zeiten wirtschaftlichen Wachstums gern und in starkem Mass sowohl

Im Guten liegt das Grosse, nicht im Grossen
das Gute. Sokrates

der älteren Menschen als auch der Frauen erinnert und sowohl Frauen als auch Ältere an den Arbeitsplatz ruft, sie in den wirtschaftlichen Gesamtprozess zu integrieren sucht, neigt man in wirtschaftlich schwierigen Zeiten dazu, Ältere und Frauen auf das Abstellgleis zu schieben und die knapp gewordenen Arbeitsplätze den Jungen, den Familienvätern, zu sichern.

Unsere Untersuchungen haben ferner gezeigt, und das ist vielleicht besonders interessant, dass Kriegs- und Notzeiten, die der jetzt ältere Mensch im Jugendalter oder im beginnenden mittleren Alter erlebt hat, also biographische Einflüsse, modifizierend auf Alterszustand und Alternsprozess einwirken. Das konnten wir deutlich anhand unserer Biographien nachweisen, und zwar in erster Linie bei den Frauen, was nicht bedeutet, dass es sich bei Männern nicht nachweisen liesse. Unser Material hat da nur nicht ausgereicht. Bei Frauen jedoch gilt: Kriegs- und Notzeiten wirken sich im Sinne einer Aktivierung aus, im Sinne einer zunehmenden Vervollständigung, einer zunehmenden Kompetenzsteigerung.

Ich will damit sagen: Diejenigen Frauen, die zur Aktivierung und zur Durchsetzungsfähigkeit gefordert wurden, sei es durch familiäre oder sonstige epochale Momente, schaffen es in höherem Alter leichter, mit neuen Situationen fertigzuwerden. Das heisst andererseits, dass jene alten Frauen, die vor dem Tod ihres Mannes die Rolle der Nur-Hausfrau gespielt haben, schlechter dran sind im Hinblick auf ihre finanzielle Situation (und nur das wird in der Politik diskutiert); sie sind aber noch weit schlechter dran, weil sie jetzt im Alter eben unsicher, unkompetent sind, die sie früher so behütet gelebt haben.

Als Weiteres hat die Forschung gezeigt, dass, fünftens, Alter auch ökologisches Schicksal ist, das heisst: Ökologie, die sachliche Umwelt, die räumlichen Bedingungen beeinflussen, bzw. beeinträchtigen das Verhalten der älteren Person. Manch einer ist zum Beispiel noch durchaus kompetent und in der Lage, allein zu reisen. Aber die Verhältnisse in vielen Bahnhöfen und Zügen — bei uns in Deutschland zumindest — hindern ihn daran, Reisen zu machen. Oder manch einer hat Angst vor der Rolltreppe, die dann gar nicht funktioniert, so dass hier diese dinnigen Umweltgegebenheiten zu einer Restriktion des Verhaltensradius führen.

Nun, diese Feststellungen (man spricht auch von Gero-Ökologie) beruhen auf einer Reihe von amerikanischen Untersuchungen (zum Beispiel des Soziologen Lawton), die folgendes besagen: Solange einer kompetent ist, fragt er nicht danach, ob die Umweltbedingungen günstig oder ungünstig sind. In dem Augenblick aber, in welchem er irgendwelche Einschränkungen feststellen muss, sind die dinglichen Umweltbedingungen entscheidend für sein Verhalten. Diese Umwelteinflüsse können ihn zu einer höheren Aktivität herausfordern, wenn sie günstig sind. Oder — was häufiger der Fall ist, bei ungünstigen Bedingungen — sie können zu starken Restriktionen der Aktivität führen.

Berücksichtigt man diese vielseitigen Aspekte, die zweifellos noch zu erweitern wären, diese Aspekte, die Alterszustand und Alternsverlauf beeinflussen, dann wird die Notwendigkeit der sogenannten differenziellen Gerontologie mit entsprechenden Massnahmen nicht länger in Frage zu stellen sein. Nun zum letzten der vier Hauptergebnisse der neuesten Altersforschung — zur

Bedeutung der kognitiven Repräsentation

Auch so ein schönes Fremdwort! 1969 wurde erstmals die kognitive Theorie des Alters dargestellt, die besagt: Der ältere Mensch verhält sich nicht so, wie die entsprechende Situation wirklich ist, sondern so, wie er diese Situation subjektiv erlebt. Klarmacht wurde das am Beispiel bestimmter Krankheitsbilder. Wenn ein älterer Mensch zum Beispiel Krebs hat und er weiss es nicht, wird es sich lange Zeit so verhalten, als hätte er keinen. Wenn hingegen ein Betagter objektiv kein Karzinom hat, aber sich einbildet, er hätte Krebs, dann verhält er sich in seinem Tun, in seinem Erleben, in seiner ganzen Ausrichtung so, als wäre er krank. Mit anderen Worten: Die Art und Weise, wie man eine Situation erlebt, bestimmt das Verhalten und nicht die Art, wie die Situation objektiv ist.

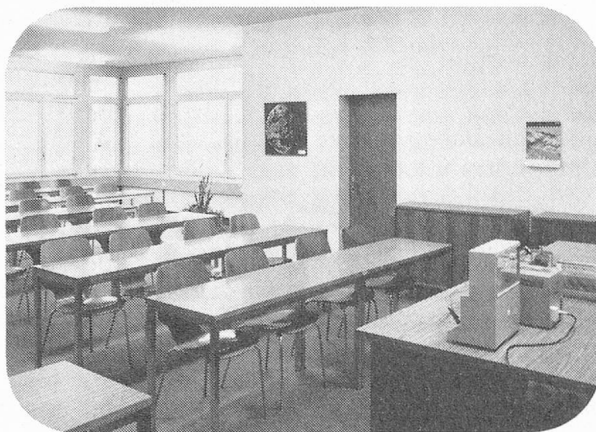
In Bonn haben wir verschiedene Studien zu diesem Problem durchgeführt. Es ist modern geworden in der Psychologie, nicht nur den Alternsprozess als solchen zu betrachten, sondern eigentliche Lebensspannen, und also auch das sogenannte mittlere Alter in die Analyse einzubeziehen. Hierfür sind die Ansätze von Charlotte Bühlers Lebenslauf-Psychologie herangezogen worden. Wir haben dabei festgestellt: Bestimmte Situationen — Geburt des ersten Kindes, Aus-dem-Haus-Gehen der Kinder, Wiedereintritt in den Beruf, Pensionierung — die objektiv gleich sind, werden subjektiv unterschiedlich erlebt, je nach den bisherigen Erfahrungen, momentanen Gegebenheiten, Zukunftsaussichten, und das Verhalten ist dementsprechend.

Was den Alternsprozess stark mitbestimmt und uns hier deshalb besonders interessiert: das Erleben des Aus-dem-Haus-Gehens der Kinder (als Empfindungsreaktion beschrieben). Dieses Erleben und auch das Verhalten im weiteren Lebensalter ist davon abhängig, was das Kind im Leben der Frau (stärker als im Leben des Mannes) bedeutet hat. Diejenigen Frauen, die ausschliesslich und allein auf die Kinder hin ausgerichtet gewesen sind, erleben die Situation des Aus-dem-Haus-Gehens des letzten Kindes als weit schwierigeren Einschnitt, weil negativer. Sie reagieren mit entsprechend mehr Resignation, ja sogar mit Depression. Hingegen jene Frauen, denen die Kinder zwar viel bedeutet haben, die aber noch andere Aufgaben und Lebensinhalte hatten, sie erleben den Weggang der Kinder nicht als derart schwerwiegende Zäsur, nicht als negativ, vielmehr teilweise sogar als aktivierendes Moment, um wieder neue Aufgaben suchen zu können.

Embru liefert Möbel für Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Schulen, Verwaltungs-, Industrie- und Gewerbegebäude, Schutzbauten und Unterkünfte



Tische und Stühle für Unterrichtsräume

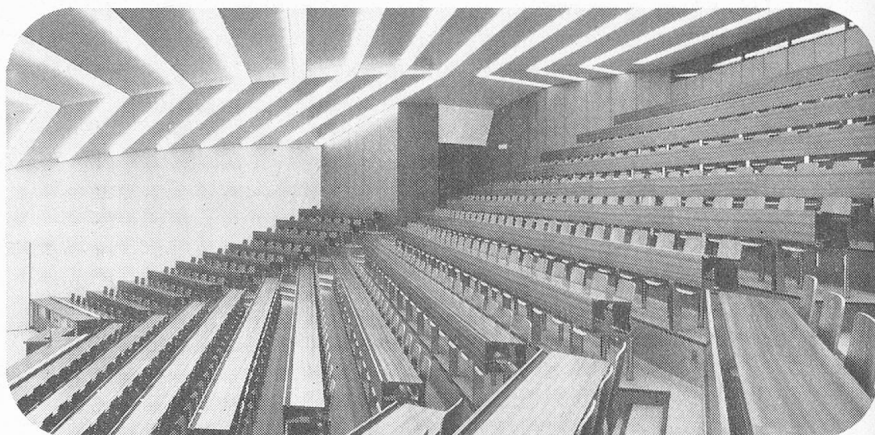


Möbel für Erwachsenenbildung

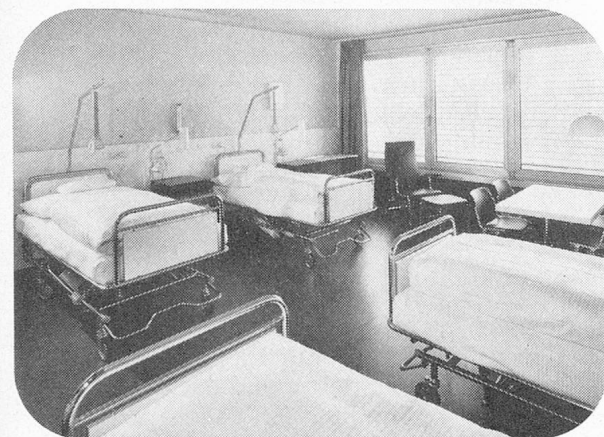
Verlangen Sie
Planungsunter-
lagen, Prospekte,
Angebote und
Mustermöbel



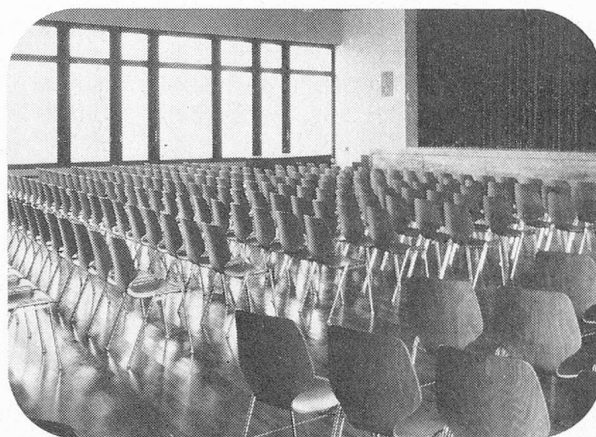
Einrichtungen für Zivilschutz, Militär, Tourismus



Hörsäle für Mittel- und Hochschulen



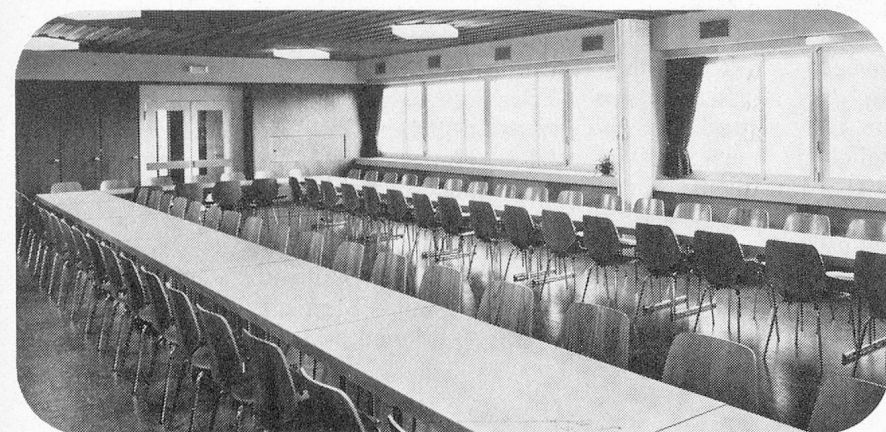
Krankenbetten und Möbel für Spitäler



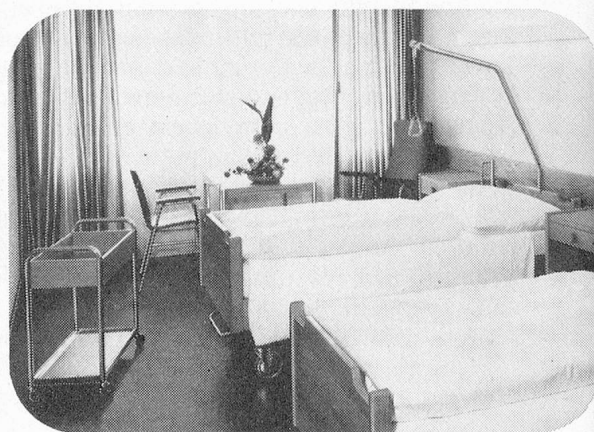
Konzert- und Theaterbestuhlungen

Embru-Werke
8630 Rüti ZH
Tel. 055/3128 44
Permanente
Ausstellung

embru



Bankettbestuhlungen



Pflegebetten und Möbel für Alters- und Pflegeheime

Wohnen im Altersheim

Zum Problem des Wohnens in einem Altenheim ist gerade eine neue Untersuchung abgeschlossen worden, die gezeigt hat, dass nicht die objektiven Dinge des Heimes, Einbett-Zimmer, Zweibett-Zimmer, Essen auf dem Zimmer oder Essen in der Cafeteria, Ausstattung und dergleichen, starke oder weniger starke Reglementierung im Betrieb, mit dem Verhalten der Bewohner kollidieren, sondern das subjektive Erleben — eben die kognitive Repräsentanz dieser Dinge. So werden beispielsweise alte Möbel vom einen Bewohner als altmodisch abgelehnt, er ist misstrauisch, verhält sich entsprechend passiv; der andere empfindet die gleichen Möbel als angenehm und wohnlich. Er empfindet es als positiv, fühlt sich zuhause und verhält sich dementsprechend. Am interessantesten war für uns die Tatsache — wir Theoretiker sind immer dagegen angegangen —, dass manche Altenheime eine Hausordnung haben, die bestimmt, dass das Heim um 22 Uhr geschlossen werden müsse: Vom theoretischen Standpunkt aus unmöglich! Nicht wahr, unzulässige Einschränkung der persönlichen Freiheit, in einem solchen Heim muss sich der einzelne doch eingeengt und unwohl fühlen! Die Untersuchung hat gezeigt, dass diese Heimordnung nur von einer bestimmten Gruppe der Bewohner als Einengung empfunden wird. Eine andere Gruppe, und zwar die grössere, erlebt dies positiv als Sicherheit, und gerade deswegen fühlt sie sich im Heim besonders wohl.

Am entscheidendsten ist aber die Feststellung der kognitiven Repräsentanz im Hinblick auf den Gesundheitszustand. Nur etwa 50 Prozent der (über 50jährigen) Bevölkerung schätzt den physischen Zustand nicht so ein, wie der Arzt ihn einschätzt. Mit anderen Worten: Nur bei etwa 50 Prozent der Bevölkerung stimmen subjektiver und objektiver Gesundheitszustand miteinander überein. Bei etwa 25 Prozent ist der subjektive Gesundheitszustand besser als der objektive und das ist häufiger bei Männern der Fall, während bei weiteren 25 Prozent der einzelne sich schlechter einschätzt als das Arzturteil. Diese subjektive Schlechter-Einschätzung findet man bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Amerikaner sehen darin den Ausdruck einer Appell-Funktion. Das kann ich nicht widerlegen. Ich kann's aber auch nicht bestätigen.

Wir müssen als gegeben hinnehmen, dass die kognitive Repräsentanz des Gesundheitszustandes unterschiedlich ist. Wir haben nach amerikanischem Vorbild in Bonn folgende Auswertung versucht. Man fragt: Wie unterscheiden sich die Jüngeren, die noch nach 12 Jahren bei psychophysischem Wohlbefinden zur Untersuchung kommen von denen, die man auch vor 12 Jahren untersucht hat, die aber mittlerweile krank geworden sind? Unterscheiden sich die schon bei Anfang der Untersuchung? Konkret: Die Bonner Studie hat 1965 begonnen. Wir haben die Daten bis 1977, das sind also 12 Jahre. Wir haben drei Gruppen: die, die 1977 noch gekommen sind und sich noch wohlgefühlt haben; dann die, die nicht mehr kommen konnten, weil sie krank waren und die, die gestorben sind. Wenn wir von diesen drei Gruppen

die Daten vergleichen gibt es da erhebliche Unterschiede.

Erstaunliches Ergebnis: Es gibt keinen Unterschied in den Daten der internistischen Untersuchung! Das Ergebnis, das uns am meisten überrascht hat, ist aber die Tatsache, dass die engste Korrelation zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Langlebigkeit besteht. Konkretisiert auf die Leute, denen der Arzt einen schlechten objektiven Gesundheitszustand attestiert hat, die sich aber subjektiv wohlfühlen: Sie haben eher die Chance, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Alter zu erreichen, als jene Leute, denen der Arzt gesagt hat, bei ihnen sei alles in Ordnung, die sich selber aber nicht wohlfühlen.

Die, die sich gesund fühlten, obwohl das ärztliche Urteil anders war, waren viel aktiver, hatten einen intensiveren Tagesablauf, waren viel unternehmungslustiger als die, die sich krank fühlten, obwohl sie es nicht waren. Das zweite Mass, das korreliert mit Langlebigkeit und psychophysischem Wohlbefinden, ist das der Aktivität: Wenn man sich gesund fühlt, *ist* man aktiv.

Nun — die festgestellten mehrdimensionalen Ursachen von Alterszuständen und Alternsprozessen, wie auch die unterschiedliche kognitive Repräsentanz gilt es zu berücksichtigen, wenn man den Alternsprozess beeinflussen will und wenn man nach Massnahmen fragt, die wirkliche Aenderungen bewirken können. Sie wissen — ich habe es vorhin schon gesagt —, dass man vier Gruppen von Massnahmen unterscheidet, nämlich:

Vier Gruppen möglicher Massnahmen

Erstens: eine Optimierung von Entwicklungen, die bereits im frühen Jugendalter anfangen. Dazu gehört eine weitgehende Ausbildung der kognitiven Fähigkeiten, eine weitgehende Ausdifferenzierung der Freizeit-Interessen. Die Studien haben gezeigt, dass kaum ein Mensch als Sechzig-, Siebzيجjähriger neue Freizeit-Interessen aufnimmt, oder nur in Einzelfällen. Im allgemeinen nimmt er jedoch gewissermassen wieder aus der Schublade, was er in der Jugend schon gemacht hat. Diese Erkenntnis, abgestützt durch Daten, kann nichts anderes bedeuten, als dass wir in unserem Verhalten den Jugendlichen gegenüber doch einiges an Veränderungen annehmen sollten und dass wir als Eltern unseren Jungen zwischen 16 und 18, die ein sehr weites Interessensgebiet haben, nicht sagen sollten: Mach' nur eine Sache, konzentriere dich auf dieses oder jenes — eine Erziehungseinstellung, die (heute noch) sehr weit verbreitet ist, die vielleicht im Augenblick dem schulischen Erfolg zugute kommt, aber sicher nicht als Geroprophylaxe dienlich sein kann.

Wichtig ist — als Zweites — auch das Training der physischen wie psychischen Verhaltensweisen. Hier erwähne ich das Training sportlicher Fähigkeiten und Gegebenheiten, denn wir haben gesehen, dass körperliche Aktivität im Alter sehr wichtig ist für das psychische Wohlbefinden. Wir wissen aber, dass

körperliche Aktivität (Altersgymnastik, Altersturnen) dann nicht aufgenommen und betrieben wird, wenn man nicht auf frühere Erfahrungen zurückgreifen kann. Ganz besonders deutlich haben die Untersuchungen aber die Notwendigkeit einer geistigen Aktivität gezeigt. Es geht um die intellektuelle Funktionstüchtigkeit bzw. um die Erhaltung. Man muss an das Stichwort der Inaktivitätsatrophie erinnern, was besagt, dass Fähigkeiten und Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern.

Hier ist allerdings zu bedenken, dass nicht für alle Menschen der berufliche Alltag viel Gelegenheit zur geistigen Aktivierung bietet. Besonders benachteiligt sind die nichtberufstätigen Frauen — und Frauen, die keine anderweitigen Aufgaben haben —, zumal noch ein gewisses Rollenstereotyp für eine Restriktion sorgt. Da gilt es im Sinne einer Intervention zu geistiger Tätigkeit herauszufordern. Hier gilt es, Probleme zu geben, mit denen sich die Frauen auseinandersetzen müssen. Hier gilt es, etwas kritisch der von seiten der Politik propagierten Arbeitszeitverkürzungen im Sinne der Verkürzung der Lebensarbeitszeit entgegenzutreten. Diejenigen, die nicht für eine Flexibilität der Altersgrenzen sind — dafür sind die Psychologen auf jeden Fall, flexibel: wahlweise zwischen 60 und 70 —, sondern für eine Vorverlegung der Altersgrenze plädieren, gehen von *zumindest fünf falschen Annahmen* aus. Erstens von der Annahme, dass die Arbeit der Gesundheit schade, dass es zu Raubbau und Verschleisserscheinungen komme. Das mag in einzelnen Fällen zutreffen, aber für die Mehrheit gilt, dass Nichtstun, Inaktivität weit mehr schadet.

Zweite falsche Annahme: Dass Arbeit als Last und als Fluch erlebt werde. Statt dessen ist Arbeit für viele Menschen eine Quelle der Stimulation und des Wohlbefindens, gerade im höheren Alter. Die grosse Mehrheit der Arbeitnehmer hat ein gutes Arbeitsverhältnis und empfindet die Arbeit als interessant — das haben insbesondere einige Schweizer Untersuchungen gezeigt, zum Beispiel die von Prof. Dr. G. Schmittchen. Dritte falsche Annahme: Dass die meisten Menschen nur wegen des Geldverdienens arbeiten würden, weshalb man bei entsprechendem finanziellen Ausgleich (Rente) dem Älteren einen Gefallen erweise, wenn man ihm einen früheren Ruhestand ermögliche. Statt dessen hat sich gezeigt, dass die persönliche Bedeutsamkeit der Arbeit neben dem Geldverdienen noch sehr viele andere Aspekte umfasst. Die Arbeit ist auch eine Quelle sozialer Kontakte, sie wird erlebt als allgemeine Stimulation, als «Tor zur Welt», als Bestätigung der eigenen Leistungsfähigkeit.

Die vierte falsche Annahme ist, dass der ältere Mensch durch Arbeit und Beruf überfordert sei. Man vergisst, dass sich Unterforderung genau so schädlich auswirkt. Und die fünfte, von mir als letzte genannte falsche Annahme ist, dass man mit einem vorzeitigen Berufsende glaubt, dem Bürger ein Geschenk zu machen, welches eventuell durch richtiges Wahlverhalten belohnt werde. Ohne Zweifel gibt es Leute, vor allem jüngere, die ein früheres Berufsende herbeisehnen. Aber wenn sie dann so gegen die Sechzig

rücken, würden sie dieses Berufsende doch lieber hinausschieben. Jüngere mögen eine solche politische Massnahme mehrheitlich begrüssen, doch die älteren Menschen, die damit früher in die Gruppe der Arbeitslosen eingereiht werden, tun das mehrheitlich nicht.

Was lässt sich tun?

Nun möchte ich noch sprechen zur Frage: Was lässt sich tun und vorkehren im Rahmen einer Intervention als Rehabilitation? Was lässt sich machen, wenn Alterserscheinungen bereits eingetreten sind? Was lässt sich ganz konkret tun, wenn wir an die Leute in den Pflegeheimen denken?

Hier haben im Jahr 1973 Barnes und Co-Autoren eine ganze Reihe von Interventionsmassnahmen zusammengestellt. Wir haben im deutschen Raum letztes Jahr — im Februar in Heidelberg — darüber ein Symposium abgehalten, um zu sehen, wieweit diese Rehabilitationsmassnahmen auch bei uns befürwortet werden. Die Schweiz war ebenfalls vertreten: Sowohl Professor Steinmann war gekommen als auch Junod und Mitarbeiter von Genf, hauptsächlich Aerzte. Die Schweiz ist weit besser dran als etwa Deutschland, Oesterreich; nur die Niederlande kommen ihr fast gleich.

Trotzdem: Intervention im breitesten Sinne, also Massnahmen, die nicht nur medizinisch orientiert sind, sondern auch allgemeine, ökologische, sozialpsychologische Aspekte miteinschliessen, sollten — so wäre zu wünschen — häufiger zu finden sein. Wir haben hier einmal die verschiedenen Formen der Gruppentherapien mit älteren Menschen — über sie möchte ich in Zürich nicht reden, schenken wir uns die! Etwas neueren Datums und mit grossen, zum Teil belegten Befunden in den Vereinigten Staaten ist die sogenannte Realitätsorientierungstherapie eingeführt worden. Sie ist gedacht für ältere Personen, die unter Gedächtnisverlust leiden, Verwirrheitszustände haben, im Hinblick auf Zeit und Raum desorientiert sind.

Die Ursachen dieser Störungen sind sehr vielseitig. Sie können in Richtung sklerotischer Veränderungen zu suchen sein, sie können aber auch in der Ernährungsweise, bei Diabetes beispielsweise, liegen. Man hat nun, ohne die Ursachen der Veränderungen zu berücksichtigen, neben dem ärztlichen Programm gezielte Verhaltenstrainingsprogramme durchgeführt, man hat Realitätsorientierungstherapie in drei Schritten propagiert, und zwar 1. die *Einstellungstherapie*: Sie wendet sich in erster Linie an das Pflegepersonal. Das Personal muss davon überzeugt werden, dass die Desorientierung in Grenzen beeinflussbar ist. 2. das sogenannte *24-Stunden-Programm* und 3. *ergänzende Gruppensitzungen*.

Das 24-Stunden-Programm besagt, dass, wenn immer ein Pfleger mit einem Desorientierten zusammenkommt, er diesen anreden und auf die Realität zurückführen soll. Er soll jeweils ganz bestimmte Hinweise auf die Realität («Heute ist Montag», heute ist schlechtes Wetter, es schneit») geben. Dar-

über hinaus wird dieses 24-Stunden-Programm unterstützt durch grosse Kalender verschiedenster Art, grosse Uhren, Spiegel, die die Realität widerspiegeln, Posters mit realistisch abgebildeten Gegenständen. Hinzu kommen strukturierte Gruppensitzungen, für die ganz konkrete Ablaufsformen angeboten werden.

Man hat festgestellt, dass bei Anwendung der drei Therapieschritte jeweils nach vier bis sechs Wochen eine ganz beachtliche Besserung erzielt ist bei etwa 76 Prozent der Patienten, nicht nur im Hinblick auf Orientierung, sondern auch auf Selbstsicherheit, soziale Anpassung und Interaktion, des Interesses an Radio- und TV-Sendungen. Ausserdem wurde mehr Interesse am Lesen der Zeitungen festgestellt.

Weitere Programme galten der Resensibilisierung, wodurch die behandelten Patienten durchaus wieder Sinn für differenziertes Fühlen, differenziertes Hören, differenziertes Sprechen bekommen. Für die in diesem Hörsaal anwesenden Praktiker besonders interessant ist die sogenannte *Revitalisierungstherapie*, ein Programm, das Shapiro eingeführt hat; Shapiro sprach nicht von Resensibilisierung oder Revitalisierung im Altersheim, sondern kündigte im Heim einfach einmal einen Kurs «music for fun» an. Die Teilnehmer, die sich einfanden, bekamen zunächst ein Instrument ausgehändigt, eine Trommel, Kastagnetten, einen Gegenstand zum Taktschlagen usw. Sie wurden aufgefordert, die am Klavier vorgespielten Lieder mitzusingen, notfalls mit «Lalala...». Selbst solche Patienten machten mit, die, durch Apoplexie behindert, Störungen ihrer Artikulationsfähigkeit aufwiesen. Nach einigen Liedern wurde eine Pause eingelegt, worauf ein Bewegungstraining folgte, damit auch jene Muskeln gefordert wurden, die beim Musizieren und Singen inaktiv blieben. Darauf ein recht interessantes Gehör-Training, im Sinne eines Rätselspiels aufgezo-gen. Man hat beobachtet, dass das Programm «music for fun» einen gewissen Transfereffekt hat, indem die Leute, die sonst sehr isoliert waren und nur in diesen Stunden erstmals mitmachten, später auch bei anderen Gruppensitzungen dabei waren.

Als Letztes, weil es für uns vielleicht am fremdartigsten wirkt, nenne ich die Techniken des *operanten Konditionierens* — Verstärkungstechniken, die darauf hinauslaufen, erwünschtes Verhalten zu verstärken in Form einer für den jeweiligen Patienten typischen Art, unerwünschtes Verhalten hingegen zu übersehen.

Hier nur ein paar der wichtigsten Erkenntnisse: Man hat beispielsweise festgestellt, dass man durch operantes Konditionieren Patienten dazu bringen kann, sich anzukleiden. Gerade in bezug auf das Ankleiden haben amerikanische Untersuchungen gezeigt, dass in den meisten Institutionen eher die Unselbständigkeit verstärkt wird, indem das Personal dem Patienten das Ankleiden rasch abnimmt und dieser sich auf die darin zum Ausdruck kommende Zuwendung zu freuen beginnt. Das Selbständigseinmüssen erlebt dann der Patient eher als Bestrafung. Darum hat man in Amerika darauf geachtet,

dass die Pflegerin dem Patienten dasselbe Mass an Zuwendung gibt, auch wenn sie nur danebensteht und zuschaut.

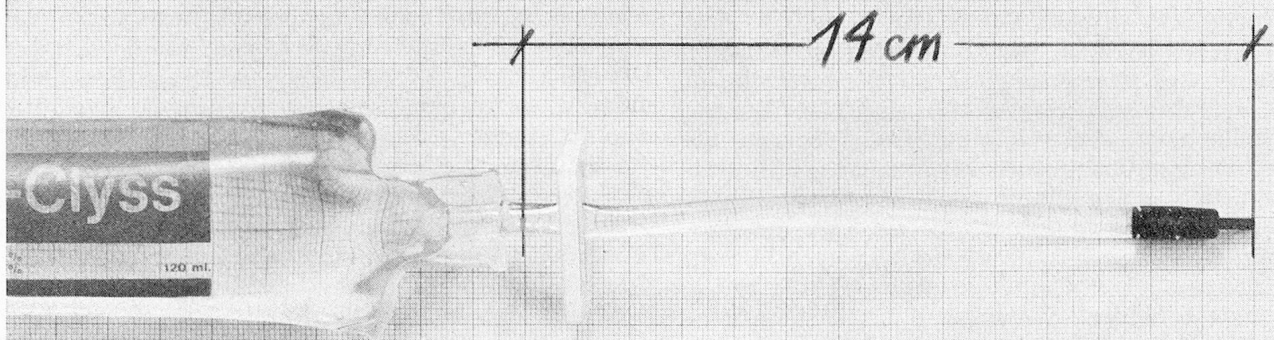
Noch interessanter eine Studie aus dem Jahr 1974, die aufgezeigt hat, dass man selbst bei Rollstuhlfahrern durch operantes Konditionieren sehr viel erreichen kann. Man hat zunächst festgestellt, dass die Rolle des Rollstuhlfahrers von jedem Patienten noch ausgefüllt werden muss. Im Rollstuhl erhält er Zuwendung und durch diese fühlt er sich wohl in seinem Zustand. Etwa 25 Prozent der Heimbewohner sind zur Fortbewegung ohne fremde Hilfe nicht fähig, wodurch aber die übrigen Bewohner des Pflegeheims, die an sich noch gehen könnten, geradezu dazu ermuntert werden, sich ebenfalls im Rollstuhl fahren zu lassen. Dann können sie sehr bald wirklich nicht mehr gehen.

Hierfür ist eine Kombination mehrerer Faktoren verantwortlich. Einmal: gewachste Korridore, nicht rutschfeste Böden, das sind also ökologische Schwierigkeiten, fehlende Handleisten, dunkle, lange Flure ohne Sessel zum Ausruhen, Fahrstühle, die der Patient nicht selber bedienen kann. Noch wichtiger das Verhalten des Pflegepersonals: *Pflegerinnen und Pfleger, stellte man fest, antizipieren die Passivität und Hilflosigkeit der Patienten.* Sie erwarten diese Passivität und halten durch ihre Verhaltenserwartung den Patienten dazu an, sich im Rollstuhl fahren zu lassen. Es braucht für das Fahren ja auch weniger Zeit. Hier ein interessanter Versuch: An einem 22jährigen Mann und an einer 85jährigen Frau, beide an den Rollstuhl gefesselt, beobachtete man zuerst, dass während der Fahrt in den Eßsaal immer eine besonders lebhaft Unterhaltung in Gang kam. Darauf wurde das Pflegepersonal angewiesen, in den folgenden zehn Tagen auf der Fahrt zum Eßsaal kein Wort zu reden. Vom elften Tag an wurden die beiden Patienten durch freundliches Zureden ermuntert, einige Schritte zu wagen. Während dieser Schritte mussten die Pflegerinnen viel und interessant reden. Und im Speisesaal wurden die Patienten dann vor allen anderen Bewohnern gelobt. So hat man unerwünschtes Verhalten gebremst, erwünschtes Verhalten verstärkt. Baltes nennt ähnliche Beispiele für selbständiges Essen und sogar für gebremstes inkontinentes Verhalten. Man hat festgestellt, dass die Heimatmosphäre die Inkontinenz verstärkt.

Nun, die Interventionsgerontologie ist noch eine neue Wissenschaft. Es ist darum schwierig, eindeutige Erfolge gezielter Interventionen nachzuweisen. Es ist in den meisten Fällen ein Bündel von Massnahmen nötig, welches die Verhaltensänderungen bewirkt, und der methodisch um Genauigkeit bemühte Forscher kann leider nicht immer mit der wünschbaren Deutlichkeit erkennen und sagen, welche Massnahme zu welcher Aenderung führt. Die Interventionsgerontologie steckt, was die methodischen Aspekte anbelangt, noch in den Kinderschuhen. Obgleich ihre Vorläufer bis zur Antike zurückreichen, ist die *Gero-Intervention eine junge Wissenschaft.* Viele Interventionstechniken sind noch im Experimentierstadium. Sollte man deswegen auf die Anwendung von Interventionsstrategien verzich-

Vifor bietet mehr:

*Eine Reihe von Plastik-Klistieren
mit 14 cm langer Kanüle
zur Durchführung von Darmspülungen
unter optimalen hygienischen Bedingungen*



Practo-Clyss® und Corti-Clyss®

Practo-Clyss® 120 ml

Alle Zustände, bei denen eine Entleerung des Endabschnittes des Verdauungstrakts erforderlich ist, speziell bei:

- Verstopfung
- Vorbereitung zur Endoskopie und Röntgenuntersuchung des kleinen Beckens
- Prä- und postoperativen Massnahmen

Natrium phosphoricum monobasicum 16 %
Natrium phosphoricum bibasicum 6 %
Aqua demineralisat. ad 120 ml

Practo-Clyss® 1000 ml

Alle Zustände, welche eine vollständige Entleerung des Dickdarms erfordern, wie:

- Verstopfung
- Vorbereitung zur Geburt auf Unterleibsoperationen auf Röntgenuntersuchungen des Abdomens

Glycerin. 5 %
Aqua demineralisat. ad 1000 ml

Corti-Clyss® und Corti-Clyss «mite»®

Zur Lokalbehandlung bei Colitis ulcerosa und granulomatosa (Crohnsche Krankheit); Rektitis. Die praktische Ausführung des Corti-Clyss ermöglicht dem Patienten eine mühelose Selbst-Behandlung. Das gewählte Volumen kann gut zurückgehalten werden.

Zwei Dosierungen:

1. Corti-Clyss: 120 ml-Einlauf mit 20 mg Prednisolon in physiologischer Kochsalzlösung
2. Corti-Clyss «mite»: zur Erhaltungstherapie: 120 ml-Einlauf mit 10 mg Prednisolon in physiologischer Kochsalzlösung

Kassenzulässig



Vifor S.A. Genève

ten? Sicherlich nicht! Gerade den Praktikern möchte ich sagen: Man sollte die bisherigen Erfahrungen kritisch zur Kenntnis nehmen, die vorliegenden Untersuchungsergebnisse würdigen und als Anregung akzeptieren und dann individuelle Programme entwickeln. Hierzu sind aber Zeit und Mut, Initiative, Einfühlung und Phantasie nötig. Es braucht auch die Ueberzeugung von Aerzteschaft und Personal, dass sich Abbauprozesse im Alter beeinflussen lassen. Vom negativen Altersbild muss man abrücken.

Es bedarf einer besseren fachspezifischen Ausbildung der Aerzte. Aber auch für Psychologen, Soziologen und medizinisch-technisches Personal ist diese bessere Ausbildung auf dem Gebiet der Gerontologie dringend zu fordern, eine Verankerung der Gerontologie in den Prüfungsordnungen der verschiedenen Berufe wäre sicherlich wünschenswert. Auch die Verwaltungen und die Behörden müssten von der Nützlichkeit und Notwendigkeit der Interventionsmassnahmen im Rahmen der Gerontologie, angefangen bei der Optimierung über die Prävention bis zur Rehabilitation, überzeugt werden können. Sonst könnte auch anderswo geschehen, was unlängst bei uns passiert ist: Die Bemühungen um die Reaktivierung der Patienten wurde mit der

Herabsetzung des Pflegesatzes «belohnt»! Man muss wissen, dass diese Interventionen meistens zusätzliches Personal erforderlich machen. Sie sind kostenintensiv. Erst auf die Dauer sind sie zweifellos kostensparend, wenn man ältere Menschen vor einem Dahinsiechen im Heim bewahren will. Interventionsmassnahmen können helfen, ein hohes Alter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen.

Dass diese sogenannten neueren Erkenntnisse der Gerontologie, wie eben die Beeinflussbarkeit der Alternsprozesse, also Gero-Intervention, im Grunde genommen sehr alt sind, beweist Hippokrates, der, wie Sie sich vielleicht erinnern, 460 bis 377 vor Christus gelebt hat, als er die Regel für eine gesunde Lebensführung aufstellte, die ein hohes Alter garantierte — ich darf zitieren:

«Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie gebraucht werden und wenn in der Arbeit möglichst jeder Teil geübt wird. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten und altern vorzeitig.»

Dieser Ausspruch von Hippokrates nimmt alle moderne Aktivierung in gebotener Kürze vorweg.

Heinz Bollinger

Notizen im März

«Holocaust» und kein Ende. Mehr als 30 Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg hat ein amerikanischer, vorwiegend in Deutschland gedrehter TV-Film ein seelisches Erdbeben bewirkt, wo überall er am Bildschirm zu sehen gewesen ist; in den Vereinigten Staaten, in Frankreich und zumal in unserem nördlichen Nachbarland. Was in den vergangenen Jahrzehnten weder den Historikern noch den Psychologen, Soziologen und Philosophen, weder den Schulen noch den Kirchen gelungen ist, hat eine Filmequipe, deren Motivation und deren Absichten gar nicht so eindeutig gewesen zu sein scheinen, offenbar auf einen Schlag zuwege gebracht: Konfrontiert mit dem im Film gezeigten Leid einer jüdischen Familie, wurde eine ganze Nation in der Wiederbegegnung mit der verdrängten eigenen Vergangenheit erschreckt und erschüttert.

Homo homini lupus — der schlimmste Feind des Menschen ist der Mensch. Wohl jeder hat in irgendeinem Zusammenhang von dieser lateinischen Sentenz schon gehört, jeder kennt sie und weiss, was sie besagt; jeder hat Grund, betroffen zu sein, wo ihm derart vor Augen geführt wird, was geschieht und geschehen kann, wenn sie bis in die Banalsphären des Lebens hinein Wirklichkeit wird. Der schlimmste

Feind des Menschen ist der, der ihn zum Objekt, zum Ding und zur Ware macht.

Wurden durch den Film nur die Deutschen erschreckt? Haben nur sie die Vergangenheit verdrängt? Auch wir Schweizer brauchen auf jene Zeit, da im Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement ein gewisser Herr Rothmund den Ton angab, nicht sonderlich stolz zu sein, im Gegenteil. Auch wir haben vieles verdrängt, dessen wir uns heute noch zu schämen hätten.

Ich habe mir die «Holocaust»-Sendungen des Ersten deutschen Fernsehens ebenfalls angesehen. Seither treibt mich die Frage um, ob man dadurch für die Zukunft Wesentliches gewinne, ob man die Menschen dadurch menschlicher mache, dass man ihnen (zur Abschreckung) zeigt, wie grauenhaft unmenschlich, wie wölfisch der Mensch sein kann. Sieben Grosse der zeitgenössischen deutschen Literatur, heisst es, Böll, Grass, Jens, Koeppen, Lenz, Walser und Weiss, möchten den «Holocaust»-Nachlass der Amerikaner behändigen und gemeinsam eine neue TV-Serie, «Holocaust II», schreiben. Die Absichtserklärung der Sieben weckt gemischte Gefühle. Der Kopf, den sie dem Drachen am Schreibtisch abschlagen, wird schnell genug wieder wachsen.