

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 62 (1991)
Heft: 12

Artikel: Alzheimerkranke und unsere Heime : ein vom VSA am 24./25. Oktober 1991 im Franziskushaus Dulliken durchgeführtes Seminar war dem Thema "Alzheimerkranke und unsere Heime" gewidmet
Autor: Annen-Ruf, Margrit
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-810415>

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: 24.01.2026

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

Alzheimerkranke und unsere Heime

Ein vom VSA am 24./25. Oktober 1991 im Franziskushaus Dulliken durchgeführtes Seminar war dem Thema
«Alzheimerkranke und unsere Heime» gewidmet.

Von Margrit Annen-Ruf

Dr. med. Eugen Häni, Allgemeinpraktiker, Biel, und Vorstandsmitglied der Schweiz. Alzheimervereinigung, Sektion Bern, und ein Fachteam der Schweiz. Alzheimervereinigung informierten über die Alzheimer-Krankheit, den praktischen Umgang mit Kranken und über Perspektiven in der Betreuung.

Die rund 60 Teilnehmer und Teilnehmerinnen – Heimleiter und Heimleiterinnen, Heimmitarbeiter und Heimmitarbeiterinnen verschiedener Bereiche und Stufen sowie Angehörige von Betroffenen – diskutierten in Gruppen einerseits Fragen und Probleme unter anderem der Betreuung, Pflege, Architektur und andererseits Möglichkeiten und Wege zu ihrer Lösung.



An der Arbeit: René Zaugg und Claudine Ott-Chervet; Esther Gerber-Rüegg: «Es gilt, den Patienten zu fördern durch fordern»; aus dem Referat von Ruth Ritter-Rauch war die Betroffenheit spürbar.

Die 1906 erstmals vom deutschen Arzt Alzheimer beschriebene Krankheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eines der grössten medizinischen Probleme bezeichnet. In der Schweiz wird die Zahl der von dieser Krankheit betroffenen Personen auf rund 50 000 geschätzt. Eine Zahl, die, wie Dr. Häni erklärte, in den nächsten zwanzig Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung noch stark ansteigen wird. Davon betroffen sind im allgemeinen ältere Menschen, und zwar etwa fünf Prozent der über 65jährigen sowie etwa 20 Prozent der über 80jährigen. In seltenen Fällen kann sie auch schon nach dem 40. Altersjahr auftreten. Erst in den letzten Jahren, infolge der wachsenden Zahl von Alzheimer-Kranken, haben eine breite Öffentlichkeit, aber auch Ärzte und soziale Institutionen, vermehrt von der Krankheit Kenntnis genommen.

Die Alzheimer-Krankheit – ihre Symptome

Die Symptome der Alzheimer-Krankheit, die meist schleichend beginnt, zeigen sich etwa:

- an der Mühe, gewohnte Aufgaben zu erledigen;
- an Gedächtnisverlusten und geistiger Verwirrung;
- an Sprachproblemen – der Betroffene findet das passende Wort nicht mehr und kann keine Sätze mehr bilden;

- der Beeinträchtigung des Orientierungssinns;
- in Launenhaftigkeit und Wesensänderung;
- einer Verschlechterung des abstrakten Denkens;
- der Urteilkraft und
- der Schwierigkeit, alltägliche Arbeiten zu verrichten.

Völlige Hilflosigkeit und der Verlust von Selbstkontrolle kennzeichnen meist die letzten Stationen. Nicht nur kann der Verlauf der Symptome unterschiedlich sein, der Abbau ist, wie Häni darlegte, auch von Mensch zu Mensch verschieden.

Nicht alles ist Alzheimersche Krankheit

Über die Ursachen der Alzheimer-Krankheit – eine verbreitete Zerstörung der Hirnzellen und die entsprechende Verarmung einer Überträgersubstanz bei der Informationsübermittlung im Hirn – gibt es verschiedene Hypothesen wie genetischer Defekt, toxische Faktoren, abnorme Proteine, langsame Virusinfektion. Bis heute ist die Krankheit nicht heilbar.

Wie Häni weiter ausführte, gibt es neben der Alzheimer-Krankheit eine Anzahl Leiden mit ähnlichen Symptomen, die jedoch andere Ursachen haben und von denen manche heilbar sind. Zur

Abklärung einer Alzheimer-Krankheit ist deshalb eine vollständige medizinische und neurologische Untersuchung unerlässlich.

Der Mediziner zeigte sodann auf, mit welchen Massnahmen und Therapien die bei der Alzheimer-Krankheit auftretenden *Sekundärsymptome wie Angst und Verunsicherung, Depression, Aggression und Orientierungsstörungen* verhindert werden können. So etwa gilt es:

- primär den Verlust von Fähigkeiten zu akzeptieren;
- den Tagesablauf den Verwirrkranken anzupassen;
- grössere Unruhe um den Patienten – auch erregte Diskussionen – zu vermeiden;
- dem Patienten Sicherheit zu vermitteln bei den täglichen Aktivitäten sowie insbesondere ihm Aufgaben zu übertragen, die er selbst durchführen kann, die jedoch dem Stadium laufend anzupassen und die, im Falle schwieriger Aufgaben, auf die beste Tageszeit des Patienten zu verlegen sind.

Die Umgebung wiederum sollte nur soweit nötig umgestaltet werden. Indessen sollten etwa rutschende Teppiche, giftige Pflanzen, Medikamente, Raucherwaren, Gegenstände, die den Verwirrkranken gefährden könnten, entfernt werden. Wichtig ist zudem eine gute Beleuchtung, das Verwenden einer grossen Schrift, eventuell auch von Symbolen und mit langsamer, deutlicher, mittellauter Sprache Anweisungen zu geben sowie häufige und unnötige Ortswechsel zu vermeiden.

Verwirrkranken und ihre Bedürfnisse

Ihre Arbeit bestehe unter anderem darin, mit Hilfe verschiedener neuropsychologischer Tests das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von Verwirrtheit festzustellen, zu versuchen, in den dementen Menschen einen Einblick zu bekommen, sagte *Claudine Ott-Chervet, Psychologin am Waid-Spital Zürich*. Sie habe bewusst gesagt, dass sie versuche, einen Einblick in den Dementen zu erhalten, denn etwas Rätselhaftes, Geheimnisvolles bleibe er für sie immer. Hinzu komme, dass dieser Mensch ein ganzes Leben voller Erfahrungen, Erinnerungen, Gewohnheiten und vieles mehr mit sich bringe, sie aber den dementen Menschen in den gesunden Jahren nicht gekannt habe, meinte sie weiter.

Das von der Psychologin für die Betreuung des Dementen und die Gestaltung seines Lebensraumes vorgestellte Modell basiert auf den menschlichen Bedürfnissen. Bereits 1954 hat der Psychologe *Maslow* eine Liste mit den wesentlichen menschlichen Bedürfnissen zusammengestellt und in die fünf Gruppen:

- Selbstverwirklichungs-Bedürfnisse;
- Selbstachtungs-Bedürfnisse;
- soziale Bindungs-Bedürfnisse;
- Sicherheits-Bedürfnisse und
- körperliche Bedürfnisse zusammengefasst.

Bedürfnisgruppen, die nicht in jedem Alter gleich wichtig sind.

Während etwa für das Kleinkind die körperlichen und Sicherheits-Bedürfnisse im Vordergrund stehen, sind im jungen Erwachsenenalter die Selbstverwirklichungs-Bedürfnisse und mit zunehmendem Alter die sozialen und Selbstachtungs-Bedürfnisse wichtig.

«Wie ist es wohl beim Dementen?» fragte Claudine Ott-Chervet. Die Referentin zeigte weiter auf, dass die Befriedigung dieser Bedürfnisse stets geistige Fähigkeiten voraussetzt, die beim Dementen eingeschränkt sind, so dass er seine inneren Bedürfnisse nicht in ein gezieltes Verhalten umsetzen kann. Wie die Erfahrung zeige, gebe es etwa Demente, die zu wenig oder nichts trinken und essen, wenn sie dazu nicht aufgefordert werden, andere würden

frieren, weil sie sich vielleicht nicht mehr erinnern könnten, dass sie sich in solchen Situationen wärmer anziehen könnten, oder obwohl sie eine Jacke sähen, die Bedeutung «Jacke = Wärme» verloren hätten.

Auch andere Bedürfnisse, etwa nach Sicherheit und Schutz, nach Ordnung und Verhaltensregelung verlangten neben dem Gefühl viel Denkleistung. Daraus ergäben sich folgende Forderungen an die Betreuer von Dementen und an den Lebensraum (s. Tabelle).

Fördern durch fordern

Mit dem Wort: «Wir haben die Aufgabe, etwas Gutes zu bewirken, nicht die Aufgabe, etwas Gutes zu tun», leitete *Esther Gerber-Rüegger*, Leiterin des Gerontopsychologischen Tageszentrums der sozialpsychologischen Universitätsklinik, Bern, ihr Referat ein.

Böhm habe den Vergleich gezogen zwischen einem Oldtimer und einem «Oldie», meinte sie weiter. «Ist bei unserem Oldtimer die Kupplung kaputt, kommt er in die Reparaturwerkstatt, brennt ein Kabel durch, kommt er zum Mechaniker und der Mensch zum Arzt, bei einer Fraktur kommt der Oldtimer in die Werkstatt, der Mensch in das Spital und beim Ausfall der elektronischen Steuerung kommt er in die Dauerparkgarage und der Mensch ins Altersheim, die Psychiatrische Klinik usw., wo ihn der Rost zerfrisst.»

Es gelte also «den Patienten zu fördern durch fordern», ihm/ihr zu zeigen was er/sie noch könne und nicht was er/sie nicht mehr könne, sonst werde der Patient, die Patientin unselbständig. Nach Ansicht der Referentin sollte der Kranke auch Arbeiten ausführen können, die er ein lebenslang gemacht hat. Warum, so Gerber, etwa einem Patienten, der früher Velos repariert hat, nicht eine Velowerkstatt einrichten? «Bazararbeiten», die nicht oder viel zu billig verkauft werden müssten, lösten Frust aus, senkten das Selbstwertgefühl. Sie plädierte weiter für Gedächtnistraining, Haushaltstraining, singen, musizieren und andere Aktivitäten. Die Ziele müssten aber stets realisierbar sein, deshalb sei es auch wichtig, die Biographie eines Patienten zu kennen.

Esther Gerber setzte sich ausserdem für mehr Toleranz gegenüber dem Patienten ein. Ein verwirrter Mensch reagiere aggressiv, weil er nichts von dem, was um ihn herum geschehe, verstehen könne und er sich aus Angst und Panik mit der Flucht nach vorn wehre. «Zudem hätten nicht nur wir einen schlechten Menschen, er hat auch uns!»

Sie empfahl weiter die Selbstreflexion, also sich zu fragen: warum bin ich so «altenfixiert»? Habe ich etwa:

- ein erzieherisches Prägungsnetz;
- eine Betreuungsneurose;
- übertrage ich Schuldgefühle oder
- ist es ein Liebesbetteln (abhängig machen des Patienten)?

Wichtig sei schliesslich auch eine ganzheitliche Pflege für die Pflegenden.

Die Angehörigen – ihre Probleme und Gefühle

Nur ein Angehöriger könne ermessen, was es bedeute, eine von der Alzheimerschen Krankheit betroffene Mutter, einen Vater, Lebenspartner, zu betreuen und zu pflegen, sagte *Ruth Ritter-Rauch*, Gattin eines betroffenen Ehemannes. Ruth Ritter-Rauch ist auch Vorstandsmitglied der Schweizerischen Alzheimervereinigung und Leiterin der Sektion Bern.

Sie schilderte, wie schmerzlich es sei, das ärztliche Verdikt «unheilbar krank» anzunehmen und einen lieben Menschen, das heisst dessen Persönlichkeit, schrittweise zu verlieren. Was es bedeutet, beispielsweise:

- über den Ehepartner in allen täglichen Belangen bestimmen zu müssen;
- keine Gespräche mehr führen zu können und
- auf Aggression mit Ungeduld zu reagieren.

Dies erzeuge Schuldgefühle und Schuldgefühle seien es auch, die einen daran hinderten, sich frühzeitig zu entlasten, das heisst den Kranken erst in Pflege zu geben, wenn die eigene Gesundheit angeschlagen sei.

Zur psychischen und physischen Belastung komme oft auch die finanzielle Belastung hinzu, unter der nicht die Reichen und Armen, sondern diejenigen am meisten zu leiden hätten, die nach dem Krieg gespart und ein eigenes Haus haben, meinte sie weiter. Was die Heime anbelangt, so seien diese oft abseits gelegen und mit dem öffentlichen Verkehrsmittel nicht gut erreichbar.

In den Heimen fehle es vielfach an jeglicher Privatsphäre, es gebe keine Möglichkeit, mit dem Kranken allein zu sein, und zudem würden die Kranken nicht individuell, sondern nach Schema X gepflegt, dabei sei eine individuelle Pflege weniger aufwendig. Auch zeigten die Heimmitarbeiter und Heimmitarbeiterinnen gegenüber den Angehörigen oft wenig Verständnis, vielmehr wür-

den sie zu blossen Statisten degradiert, obwohl *sie* die eigentlichen Experten im Umgang mit dem Kranken seien.

Als ein Reizwort bezeichnete Ruth Ritter das Wort «dankbar». Sie sei zwar dankbar, etwa, wenn die Pflegerin dem Kranken mehr gebe als das Übliche, in ihm nicht nur das Problem sehe, sondern auch den Menschen. Indessen werde von den Angehörigen oft eine demütig-dankbare Haltung erwartet, dabei müsste der Staat den Angehörigen danken, die die Kranken solange wie möglich zuhause pflegten.

Die Referentin setzte sich ferner ein für eine bessere Information seitens der Ärzte, mehr Zusammenarbeit zwischen allen, der mit dieser Krankheit konfrontierten Personen – Pflegepersonal, Arzt, Angehörige –, aber auch für die Bereitschaft der Angehörigen, Verantwortung zu übernehmen.

Das sind die grössten Probleme

In verschiedenen Gruppen listeten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sodann ihre grössten Probleme auf. Dabei hatte jede Gruppe ihrem «Standort» und ihrer Funktion entsprechende spezifische Probleme. Es gab aber auch Probleme, die allen gemeinsam waren, insbesondere hinsichtlich räumlicher Architektur. Aus der breiten Palette seien die wichtigsten herausgegriffen.

Die *Heimleiter* und *Heimleiterinnen* beziehungsweise Personen in leitenden Funktionen nannten als ihre grössten Probleme unter anderem:

	Forderungen an die Betreuer	Forderungen an den Lebensraum
Selbstverwirklichungs-Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> – Verstehen und Einsicht – Realisieren der eigenen Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> – Vorhandene Fähigkeiten einsetzen 	
Selbstachtungs-Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> – Leistung – Geltung – Zustimmung 	<ul style="list-style-type: none"> – Über- und Unterforderung vermeiden – Tätigsein ermöglichen – Lob und Anerkennung für Geleistetes – Wertschätzung der ganzen Person 	
Soziale Bindungs-Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> – Liebe – Zärtlichkeit – Geborgenheit – sozialer Anschluss 	<ul style="list-style-type: none"> – Empathie – Körperkontakt – Leben in Kleingruppe – Konstante Pflegepersonen – Geregelte Besuche 	<ul style="list-style-type: none"> – Gleichbleibende Umgebung – Räume, die Intimität zulassen
Sicherheits-Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> – Sicherheit und Schutz vor Schmerz und Angst – schützende Abhängigkeit – Ordnung – Gesetzlichkeit – Verhaltensregelung 	<ul style="list-style-type: none"> – Konstanz in Pflege und Tagesablauf – Unruhe vermeiden – Positive Einschnitt-Informationen – Unnötige Ortswechsel unterlassen 	<ul style="list-style-type: none"> – Räume, die Geborgenheit vermitteln – einfache Grundrisse – kleine, überschaubare Wohneinheiten – Unfallverhütung
Körperliche Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> – Hunger, Durst – Wärme – Bewegung – Schlaf – Sexualität 	<ul style="list-style-type: none"> – Überwachen von Essen und Trinken – Kleidung – Bewegung – Schlaf 	<ul style="list-style-type: none"> – Räume, die dem Bewegungsdrang entsprechen – Räume, die Intimität ermöglichen

- ungeeignete Hausarchitektur (zum Beispiel Treppen, zu wenig Räumlichkeiten und/oder Räumlichkeiten, die keine Intimsphäre zulassen) – ein von allen erwähntes Problem;
- grosse Personalfuktuation;
- ungeeignete Ärzte beziehungsweise Belegarztsystem und das damit verbundene Kommen und Gehen der Ärzte;
- die Abwehrhaltung geistig «gesunder» Menschen gegen Demenzt;
- Überforderung des Personals durch den Umgang mit Schwerstbehinderten (Dauerbelastung);
- fehlendes Pflege- und Betreuungskonzept sowie fehlende, den Stufen der Demenz angepasste Therapiekonzepte.

Für das *Pflegepersonal* sind die grössten Probleme:

- der Zeitdruck, das heisst zu wenig Zeit für den Patienten und untereinander;
- fehlendes Arbeitstechniksystem und als Folge davon ein Wegfallen des Zwischenmenschlichen und eine ungenügende Einbettung der Nachtwachen in die Pflege;
- fehlendes Wissen, so dass die Bedürfnisse der Patienten zu wenig wahrgenommen werden können;
- Angehörige, die nicht ins Haus kommen etwa wegen Schuldgefühlen, früheren familiären Problemen – die nicht bekannt sind – und/oder wegen dem oft ungastlichen Milieu.

Ferner nannten sie:

- die fehlende Beziehungsfähigkeit und Dialogbereitschaft sowie die Aggressivität der Patienten (auch eine Frage der Weiterbildung);
- die steigende Zahl von Alzheimer-Patienten – hier wurde vor allem auch die Befürchtung laut, dass mit einem weiteren Ausbau der Spitex nur noch Alzheimer-Kranke beziehungsweise Schwerstbehinderte in die Heime kommen;
- schlecht informierte Bevölkerung in bezug auf die Finanzierung;
- das Problem der Teilzeitangestellten sowie
- als Dauerproblem, die Wirtschaftlichkeit, die stets vor der Wohnlichkeit komme.

Zu den grössten Problemen der *Aktivierungstherapeutinnen* gehören:

- ungenügende Information über die Alzheimer-Krankheit;
- Personalmangel (Gefahr von «Burnout»);
- ebenfalls Zeitdruck – zu wenig Zeit für die Patienten;
- zu wenig Möglichkeiten für Erfahrungsaustausch sowie
- schlechte Arbeitsbedingungen – Arbeitszeit/Lohn und nicht zuletzt zu wenig Anerkennung der Arbeit – seitens der Heimleitung.

Und für die *Angehörigen* sind es:

- der vielfach ungünstige Standort der Heime – weitab, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nur schwer erreichbar – und die besonders von den Angehörigen empfundene, oft fehlende Privatsphäre;
- die zu wenig individuelle Betreuung und Pflege der Patienten;
- eine bessere Aufklärung und Ausbildung des Personals auf allen Stufen einschliesslich der Putzfrau;
- keine oder zu wenig Betten für Temporäraufenthalte von Patienten;
- Spitalatmosphäre und
- Ausklammern der Angehörigen.

Änderungsvorschläge, Wünsche, Problemlösungen

Eine weitere Gruppenarbeit war der Diskussion von Änderungsmöglichkeiten und Vorschlägen – dem Zeichnen eines «Ideal-



Angehörige diskutieren Probleme und Änderungsvorschläge.

(Fotos von Margrit Annen-Ruf)

heims» – in bezug auf Planung und Architektur, Pflege-, Betreuungskonzepte, Heimleitung und personeller Ausstattung gewidmet. Basis dazu bildete der Problemkatalog.

Nachfolgend eine Zusammenfassung der in den Gruppen erarbeiteten Problemlösungen und Ergebnisse, wünschbare und mögliche. In *architektonischer und räumlicher Hinsicht* gewünscht wurden etwa:

- Einerzimmer unterteilbar in Wohn- und Schlafteil mit WC, Waschgelegenheit und Platz für ein Gästebett;
- grosse gemütliche Stube und/oder Wohnküche;
- Nebenräume wie separate Gästezimmer für Angehörige, Räume für individuelle Betätigung, Geräteraum;
- grosse Fenster und Verwenden von Farben;
- einen gut erreichbaren und abschliessbaren Garten mit Tierstallungen, Gartenhäuschen;
- gedeckte Terrasse und Wintergarten (Idealheim);
- öffentlich zugängliche Cafeteria sowie
- eventuell errichten eines Kinderspielplatzes oder einer Mütterberatung, das heisst Einbezug des sozialen Umfeldes ausserhalb des Heims. Auch und das vor allem, sollte das ganze Heim rollstuhlgängig sein und «mitten im Leben stehen» oder
- «im Grünen stehende» verkehrstechnisch erschlossen werden.

Befürwortet wurden ferner:

- kleine Wohngruppen beziehungsweise Abteilungsgrössen;
- keine Durchmischung von dementen und nicht-dementen Personen, das heisst Entscheid individuell, von Fall zu Fall;
- Berücksichtigung des Verhältnisses Patient-Angehörige, da letztere oft auch einsam sind. Dies bedingt zudem den postulierten Wunsch nach mehr Information über den Patienten und Teilnahme beim Eintrittsgespräch, was auch die ebenfalls geforderte individuelle Betreuung und Pflege des Patienten ermöglicht.

Ferner:

- den Einbezug der Angehörigen in die Pflegeplanung – ein Wunsch, der nicht nur, jedoch insbesondere von den Angehörigen geäussert wurde, wobei als konkretes Beispiel etwa die Hilfe beim Essen nicht nur beim eigenen, sondern auch den andern Patienten, genannt wurde – sowie
- analog dem «job-sharing» ein «Bett-sharing» für zwei bis drei Patienten für Tages- oder Nachtaufenthalte, Wochenenden und Ferien.

Weitere Postulate und Vorschläge waren:

- mehr Mitspracherecht von Pflege- und Betreuungspersonal auch in baulichen Belangen;

- Leistungslohn auch für Angelernte;
- bessere psychohygienische Leistungen wie mehr Lohn, sechs Wochen Ferien und Achtstunden-Tag;
- Belastung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation;
- mehr Anlässe und Abwechslung;
- maximal drei Patienten auf eine Stelle;
- weniger Papierkrieg;
- mehr Supervisionen und
- es dürfen Fehler gemacht werden.

Vorgeschlagen wurde auch das Recht auf drei sogenannte «Muffli»-Tage für jeden Mitarbeiter, jede Mitarbeiterin im Jahr – dies sei besser als sich dauernd krank zu melden – und, dass jede Person, «die etwas zu sagen hat im Heim», einige Tage dort als Patient wohnen sollte.

Erwähnt seien schliesslich noch die Forderungen:

- nach permanenter interner Weiterbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf allen Stufen einschliesslich des Arztes – utopischer Wunsch = vier Stunden in der Woche;
- mehr Zusammenarbeit zwischen Arzt und Personal, auch mehr Präsenz des Arztes im Heim – etwa einen Nachmittag pro Woche in Anwesenheit aller einschliesslich Nachtwache sowie
- besserer Einbezug der Nachtwache (unter anderem wurde vorgeschlagen, dass Nachtwachen 1mal pro Monat Tagdienst leisten und umgekehrt).

Einblick in den praktischen Heimalltag

Einige am Seminar gezeigten Filme über das 1967 eröffnete Krankenhaus «Alexandra», Bern, das 1987 eröffnete Alters- und Pflegeheim «Drei Linden», Oberwil (BL) und die Wohngruppe des privaten Krankenhauses «Sonnweid», Wetzikon, gaben einen illustrativen Einblick in den praktischen Heimalltag.

Am Beispiel des Krankenhauses «Alexandra» mit Erläuterungen von René Zaugg, Heimleiter, und Christine Marques, Stationschwester, zeigte sich, dass bestehende, unbefriedigende Situatio-

nen etwa in der räumlichen Architektur zu mindest teilweise positiv verändert werden können. So etwa wurde der lange Korridor konsequent möbliert und zur Förderung der sozialen Kontakte Nischen geschaffen. Die Mehrbettzimmer (mehrere 4er-Zimmer) durch Wohnwände und/oder Büchergestelle unterteilt, die Nasszellen durch Vorhänge abgetrennt zur Wahrung der Intimsphäre, die Bewohnerzimmer und Gemeinschaftsräume teilweise von den Bewohnern selbst individuell markiert (erleichtert die Orientierung). Trotz der räumlichen Enge kann jeder Besucher eigene Möbel mitnehmen. Für einen behindertengängigen Direktzugang in den Garten zu mindest einer Abteilung setzte sich die Leitung beim Hochbauamt Bern ein.

Um den Problemen, die beim Pflegepersonal im Umgang mit Verwirrungskranken entstehen können, zu begegnen, werden unter anderem:

- die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Umgang mit Alzheimerkranken permanent geschult;
- werden alle Beteiligten, einschliesslich der Angehörigen, in die Pflegeabteilung einbezogen und
- ist die Organisation so gestaltet, dass sie dem/der einzelnen Mitarbeiter/Mitarbeiterin ermöglicht, sich in überblickbarem Rahmen entfalten zu können.

Viel von dem am Seminar Entworfenen ist im «Drei Linden» realisiert, sei es in bezug auf die Architektur oder sei es in bezug auf die Pflege- und Betreuungskonzepte. Die Wohngruppe des Krankenhauses «Sonnweid» wiederum, in der 7 Frauen und Männer im Alter zwischen 70- und 90jährig zusammenleben, zeigte, wieviel aus verwirrten alten Menschen noch herausgeholt werden kann («fördern durch fordern»).

In dieser Gemeinschaft, tagsüber betreut von einer lebenserfahrenen Frau, hat jedes seine feste Aufgabe und – wie in einer Grossfamilie – haben auch Auseinandersetzungen darin Platz.

Illustrativ war auch die Vorführung des vor einigen Jahren am Schweizer Fernsehen DRS ausgestrahlten Bilddokumentes «Das langsame Vergessen» über die Alzheimerkrankheit.



Die Reinigung von Alters-, Kranken- und Pflegeheimen stellt ganz besondere, spezifische Probleme. Da braucht es einen beweglichen Partner. Die HASCO.

Ein sauberes Alters-, Kranken- und Pflegeheim ist keine Kostenfrage. Schon eher eine Frage des richtigen Partners. Die HASCO hat auf diesem Gebiet in der Schweiz Pionierarbeit geleistet. Das gibt wertvolle Erfahrung, von der Sie profitieren können. Die Zusammenarbeit mit uns entlastet Sie von allen Personalproblemen, bringt Ihnen individuell auf Ihren Betrieb zugeschnittene Lösungen und klar budgetierte Reinigungskosten. Fragen Sie uns an: 064-45 11 88. Es lohnt sich.

HASCO Spitalreinigung – die saubere Lösung.
HASCO Management AG
Ausserfeldstrasse 9, 5036 Oberentfelden, Telefon 064-45 11 88
Fax 064-43 78 65

Basel, Chur, Frauenfeld, Genf, Le Lieu,
Luzern, Renens, Schönbühl, Zürich