

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 67 (1996)
Heft: 2

Artikel: Verändert die Demenz die Heime? : Das Heim und seine Zukunft - Entwicklungsprognosen und Spekulationen
Autor: Schmidt, Gerhard / Ritter, Erika
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812417>

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: 29.01.2026

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

Verändert die Demenz die Heime?

DAS HEIM UND SEINE ZUKUNFT – ENTWICKLUNGSPROGNOSEN UND SPEKULATIONEN

Von Dr. med. Gerhard Schmidt, Oetwil am See. Leicht gekürzte Fassung: Erika Ritter

Heime haben in unserem sozialen und fürsorgerischen Verständnis einen wichtigen Platz. Sie erfüllen Aufgaben für verschiedene Altersgruppen (zum Beispiel: Säuglings-, Jugend-, Altersheime) und für verschiedene Aufgaben (Erziehungs-, Pflege-, Beobachtungs-, Übergangs-, Wohnheim usw.). Die Gefühle und Erwartungen mit denen der Mitbürger den Gedanken ans Heim begegnet, sind widersprüchlich: wenn nichts mehr geht, dann ins Heim – zur Strafe oder Entlastung; oder auch: Gott sei Dank gibt es noch das Heim, das hoffentlich den Erwartungen gewachsen ist.

Heime sind Einrichtungen mit subsidiärem Charakter. Das heisst also, dass Heime immer dort zum Zuge kommen, wo das «Eigentliche» nicht mehr greift, «durchschnittliche» Bewältigungsstrategien nicht mehr nützen: bei verwahrlosenden Jugendlichen, bei unkorrigierbar Süchtigen, bei altersbedingt Abhängigen oder Pflegebedürftigen. *Dem Heimeintritt geht entsprechend immer ein Prozess voraus, der oft etwas mit Misslingen zu tun hat:* Eltern und Lehrer können ihre Erziehungsaufgabe bei einem Jugendlichen nicht mehr erfüllen, Familienangehörige und ambulante Helfer können den pflegebedürftigen Betagten nicht mehr zu Hause betreuen, der Betagte selber kann sich nicht mehr genügend helfen. Enttäuschung, Wut, Schuldgefühle, Angst, Hoffnung und andere widersprüchliche Gefühle begleiten deshalb oft den Schritt über die Schwelle ins Heim. Der sorgfältige Umgang mit diesen Gefühlen, die beim Bewohner, bei den Angehörigen und in der Gesellschaft gleichermassen vorhanden sind, gehört deshalb neben dem professionellen Auftrag zu den wichtigsten Pflichten der Institutionsverantwortlichen. Ich erwähne diese Voraussetzung hier deshalb so betont, weil ich später noch einmal auf diesen Punkt zurückkommen möchte.

Im Altersbereich steht das Heim am Schlusspunkt einer Reihe von Einrichtungen. Der Bereich davor wurde lange recht stiefmütterlich behandelt, hat aber in den vergangenen Jahren einen gewaltigen Aufschwung genommen. Dass der Spitexbereich so gefördert wurde, hat verschiedene Gründe. Neben einem Einstellungswandel in Fach-



Dr. med. Gerhard Schmidt: «Offenheit vor allem den uns anvertrauten alten Menschen gegenüber, damit wir ihre Not, ihre Defizite und ihre Ressourcen wahrnehmen.»

Foto Erika Ritter

kreisen und in der Bevölkerung (weg von Mammutinstitutionen, in denen der Bewohner entindividualisiert wird, hin zum Erhalten persönlicher Autonomie) und dem Beeindrucktsein von der sich rasch verändernden Altersstruktur, haben auch ökonomische Überlegungen zum Ausbau des Spitexbereichs beigetragen, nämlich die Hoffnung, zugunsten des billigeren ambulanten Betreuungsangebotes auf teuere Heimbetten verzichten zu können. *Ich werde mich hier nicht auf die Kontroverse einlassen, ob und wenn überhaupt wieviel billiger die ambulante Spitexbetreuung tatsächlich ist. Klar ist mir jedoch, dass*

es beide Bereiche braucht, dass sie einander ergänzen und nicht konkurrieren sollen und dass sie ihre Aufgabe dann am besten wahrnehmen können, wenn eine enge Zusammenarbeit und regionale Koordination zwischen ihnen besteht.

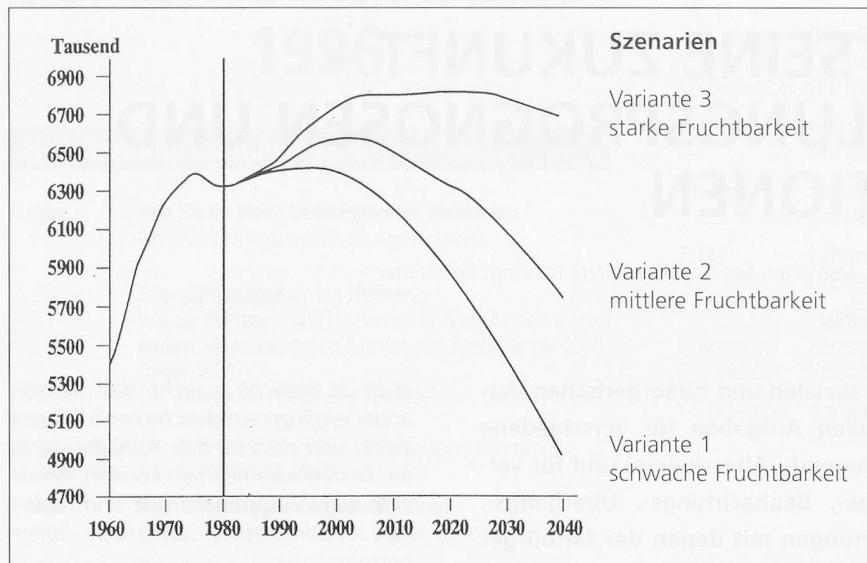
Eine andere Frage ist, ob sich deshalb die Aufgaben des Heimes in den nächsten Jahren verändern werden. Zweifellos hängt dies auch vom Ausbau des Spitexbereichs ab. Je mehr Alte mit höherer Betreuungsbedürftigkeit ambulant betreut werden können, um so schwerer pflege- und betreuungsbedürftig sind jene Menschen, die dann schlussendlich doch noch in ein Heim eintreten müssen. Wichtiger aber sind in diesem Zusammenhang noch die Bevölkerungsentwicklung der nächsten Jahrzehnte und die damit zusammenhängenden politischen und wirtschaftlichen Fragen. Ich kann hier nicht auf die Beleuchtung der Zukunft der Umgebung des Heimes verzichten, wenn die Zukunft des Heimes selbst zur Diskussion steht.

Die künftige Entwicklung

Lassen Sie mich zunächst auf die quantitativen Fragen eingehen. In diesem Zusammenhang beschäftigt uns die Zahl der alten Menschen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten und ihre Pflegebedürftigkeit.

Die demographische Alterung ist ein langfristiger Prozess, der in der Schweiz schon weit fortgeschritten ist. Um sinnvolle Vorhersagen über die zukünftige Entwicklung machen zu können, müssen verschiedene Grundüberlegungen einbezogen werden. Eine wichtige Rolle spielt hier zunächst die *Lebenserwartung*, deren kontinuierliche Steigerung in den letzten Jahren die positive Kehrseite der stetig verringerten Sterblichkeit darstellt. Betrug die Lebenserwartung 1878 noch 41 respektive 43 Jahre, so hat sie bis 1990 um 34 respektive 37 Jahre zugenommen. Nur Japan, Island, Schweden und die Niederlande können sich mit dieser hohen Lebenserwartung messen.

Folie 3 Entwicklung der Wohnbevölkerung nach drei Szenarien



Ein weiterer Punkt für die Frage, wie die demographische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten weitergehen wird, hängt mit der *Fruchtbarkeit*, also der *Geburtenziffer* zusammen. Das BfS macht dazu verschiedene Szenarien. Pessimistische Perspektiven gehen von 1,56 Kindern je Schweizerin, 1,41 Kindern je EWR-Ausländerin und 2,37 Kindern je Ausländerin anderer Herkunft aus. Welchen Einfluss die Fruchtbarkeit = Geburtenziffer auf die Bevölkerungsentwicklung hat, zeigen die Angaben in Folie 3. (Variante 1 geht von 1,5 Kindern/Frau, Variante 3 von 2,1 Kindern/Frau aus!)

Eine geringe Fruchtbarkeit wird mindestens teilweise kompensiert durch «Wanderungsgewinne». Dass Bevölkerungswuchs durch internationale Wanderung aber nicht immer nur einen Gewinn darstellt, sondern neue Aufgaben und Probleme schafft, liegt auf der Hand und beschäftigt uns täglich. Das Bundesamt für Statistik hat verschiedene Szenarien entwickelt. Sie gehen von unterschiedlichen Wanderungsbewegungen, Sterblichkeitsraten und Geburtenziffer aus und kommen zum Beispiel zu den Ergebnissen in Folie 4.

Hierzu sind folgende Bemerkungen zu machen: Der Anteil der über 65jährigen wird kontinuierlich steigen. Besonders steigen wird auch der Anteil der Hochbetagten, wie das schon bisher zu beobachten war. Auf diesem Hintergrund wird sich ein Trend fortsetzen, der auch bisher schon deutlich war: Unter den über 65jährigen und besonders bei Hochbetagten finden sich zunehmend Frauen und mehr alleinstehende Frauen (ledige, verwitwete, geschiedene). Dies hat verschiedene Gründe (unverheiratete Männer sterben früher, Männer in diesem Alter heiraten öfter noch einmal, dann aber jüngere Frauen u.a.). Es hat aber auch Folgen nämlich in bezug auf die Frage:

Wer lebt in den Institutionen (Heimen)?

Es sind dies vor allem Frauen und Alleinstehende. Die höhere Lebenserwartung stellt einen potentiellen Gewinn dar. Potentiell deshalb, weil die Art und Weise, wie die gewonnenen oder geschenkten Jahre genutzt werden können, über die Lebensqualität entscheidet. Genauso wenig, wie man sich

das Altern als unbelastete, sonnige Zeit vorstellen darf, genausowenig ist jedoch auch das Horrorszenario gerechtfertigt, höheres Lebensalter bedeutet automatisch Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit und Entmündigung.

Die allfällige Pflegebedürftigkeit fällt in den Zeitraum des abhängigen Lebens. Es bestätigt sich immer wieder, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit am meisten mit der Restlebenszeit zu tun hat. Pflegebedürftigkeit tritt vor allem in den letzten Jahren vor dem Tod auf – je nach Definition und Beobachtungszeit 2 bis 5 Jahre vor dem Tod. Konkret heißt das zum Beispiel: Wenn die Restlebenserwartung einer 65jährigen Frau vor 20 Jahren rund 17 Jahre betrug, so hätte sich damals, dieser These zufolge die Pflegebedürftigkeit auf das 81. und 82. Lebensjahr konzentriert. Heute, bei einer Restlebenserwartung von rund 21 Jahren, würde sie einfach später, nämlich im 85. und 86. Lebensjahr anfallen. Diese dynamischere Sicht der Frage, wie hoch der Anteil der pflegebedürftigen Alten in Zukunft sein wird, vermindert etwas den Schrecken, den sonst gelegentlich die Entwicklung der «Alterspyramide», die schon lange keine «Pyramide» mehr ist, verursacht.

Deutlich ist zweierlei zu beobachten: Frauen müssen in höherem Lebensalter in einem höheren Prozentsatz und länger mit Behinderungen (= Pflegebedürftigkeit) rechnen. Dieser Geschlechterunterschied verstärkt sich im höheren Lebensalter; aber: auch Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter können erwarten, dass sie beispielsweise mit 65 Jahren etwa drei Viertel ihrer verbleibenden Lebenszeit (also 12 respektive 14 Jahre) bei guter Gesundheit und in Selbständigkeit verbringen können. Wichtig ist aber auch die Schlussfolgerung, dass die Zunahme der Pflegebedürftigen angesichts dieser Darstellung weniger hoch ausfallen dürfte, als die demographische Entwicklung statisch betrachtet erwarten liesse.

Folie 4 Ergebnisse der Szenarien «Integration» und «Abgrenzung»

| Kriterien | 1990 | Szenario 3a-92 «Integration» | | | Szenario 3d-91 «Abgrenzung» | | |
|--|---------|------------------------------|---------|---------|-----------------------------|---------|---------|
| | | 2000 | 2020 | 2040 | 2000 | 2020 | 2040 |
| Wohnbevölkerung am 31. Dezember (in tausend) | 6 750,7 | 7 379,7 | 7 533,4 | 7 314,3 | 6 772,3 | 6 578,9 | 6 264,4 |
| Anteil der über 64jährigen (in %) | 14,6 | 15,0 | 20,0 | 24,1 | 16,4 | 22,8 | 26,1 |
| Anteil der 79jährigen an den über 64jährigen | 25,4 | 26,3 | 27,2 | 31,4 | 26,3 | 27,6 | 33,5 |
| Verhältnis zwischen den 64jährigen und den 20–64jährigen | 23,5 | 24,6 | 34,0 | 43,0 | 27,0 | 39,7 | 48,4 |

Auch wenn die Zahl der Pflegebedürftigen vielleicht nicht im befürchteten Ausmass ansteigen dürfte, so sagt dies nur beschränkt etwas über die Nachfrage nach Pflegeleistungen aus, speziell auch im Heimbereich. Diese hängt nämlich in erheblichem Ausmass auch von der Familien- und Haushaltsstruktur in der älteren Bevölkerung ab.

Gründe für die Pflegebedürftigkeit

Welche Krankheitszustände sind es nun aber, die vor allem zur Pflegebedürftigkeit und damit in hohem Prozentsatz auch zu Heimbedürftigkeit führen? Es wird in diesem Zusammenhang gern von vier grossen «l» gesprochen: *Immobilität, Inkontinenz, Instabilität und intellektueller Abbau*. Es handelt sich dabei natürlich um Funktionsstörungen, denen nicht eine Krankheit, sondern häufig mehrere Krankheiten zugrunde liegen (Polymorbidität). Siehe Folien 14 und 15.

Bei Prognosen für die Zukunft muss davon ausgegangen werden, dass in

noch höherem Lebensalter, in denen die Betagten ins Heim kommen, in noch grösserem Ausmass diese «l» den Pflegealltag bestimmen.

Von den typischen Alterskrankheiten, Krankheiten also, die in jedem Lebensalter vorkommen können, im höheren Lebensalter aber gehäuft beobachtet werden, sind meines Erachtens die folgenden für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit von besonderer Bedeutung.

- Arthrosen
- Osteoporose und Frakturen
- Psychosen im Alter
- Demenz

Diese Krankheiten sind aber auch für den Pflegealltag von grosser Tragweite – jetzt und in Zukunft noch verstärkt.

Arthrosen:

90 Prozent aller über 70jährigen sind irgendwie davon betroffen. Frauen deutlich häufiger als Männer. Mit einer Zunahme muss in den nächsten Jahr-

zehnten wegen höherer Lebenserwartung und Freizeitaktivitäten gerechnet werden. Diese Zunahme wird allerdings teilweise durch die sehr erfolgreiche operative Technik für viele Arthrosen kompensiert.

Osteoporose:

Deutlich altersabhängig, bei Frauen häufiger als bei Männern. Schenkelhalsbrüche, die oft Folge der Osteoporose sind, sind bei Frauen viermal häufiger als bei Männern. Von 1000 Frauen zwischen 75 und 79 Jahren erleiden 8 pro Jahr eine Schenkelhalsfraktur. Von 1000 Frauen zwischen 85 und 89 Jahren erleiden 25 pro Jahr eine Schenkelhalsfraktur. Durch Prävention (Calcium und Östrogene) bremsbar.

Psychosen:

Einerseits mit körperlichen Erkrankungen (Infektionskrankheit, Lungenkrankheiten, Nierenkrankheiten); andererseits Depression: 15 Prozent aller über 64jährigen leiden an Depressionen. Grund dieser Häufigkeit sind Verluste, denen ältere Menschen ausgesetzt sind (Beziehungen soziale und wirtschaftliche Situation, Gesundheitszustand). Altersbedingte biologische Veränderungen des Gehirns können die Stressanfälligkeit erhöhen. Drei Vorkommnisse lösen häufig depressive Zustände aus: Pensionierung, Tod des Partners/Partnerrin, Einweisung in eine Institution. Besondere Gefahr des Suizids: 1992 betrug die Suizidrate bei den über 64jährigen 20 pro 100 000 Frauen und 62 pro 100 000 Männer. Dieses Verhältnis erhöht sich mit dem Alter. Ältere Suizidanten sind meist alleinstehend und töten sich am häufigsten innerhalb eines Jahres nach dem Verlust einer nahestehenden Person. Die Suizidrate ist unter Witwern fünfmal höher als unter Witwen.

Demenz:

Alzheimer und vaskuläre Demenzen, wobei Alzheimerkrankheit etwa die Hälfte der Fälle ausmacht. 7 Prozent bei über 65jährigen, dabei 3 Prozent bei 65 bis 70jährigen, 20 Prozent bei über 80jährigen, 40 Prozent bei über 90jährigen. Lebenserwartung bei Beginn der Krankheit zirka fünf Jahre. Zur Betreuung demenzkranker Menschen sind drei Grundbedingungen zu beachten: Die Dauer des Leidens macht eine langfristige Pflege und Unterstützung nötig, der fortschreitende Verlauf führt zu immer stärkerer Abhängigkeit, der familiäre Rahmen ist zu berücksichtigen. Betreuung so lange wie möglich zu Hause, allenfalls mit Tageszentren und Tageskliniken, später in speziellen Institutionen oder im Pflegeheim.

Folie 14 Risikofaktoren der Immobilität und Instabilität

- Alter (über 75 Jahre)
- mehrfache Stürze oder Sturz mit Knochenbruch (Anamnese)
- Polypharmazie (über drei Medikamente, Diuretika, Psychopharmaka oder Vasodilatantien)
- Polymorbidität (über drei aktive Diagnosen oder über fünf abnorme Werte)
- rezidivierende Infekte (Harnwege, Bronchien)
- orthostatische Hypotonie
- Fehlernährung und Exsikkose
- Erkrankungen der Sinnesorgane
- schwere Störungen des Bewegungsapparates
- nachlassende Muskelkraft
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Apoplexie, Parkinson)
- psychische Störungen (Demenz, Depressionen, Psychose)
- Autonomieverlust (Gangstörungen, Verminderung der ADL-Funktionen, verminderte Sozialkompetenz)

Folie 15 Risikofaktoren der Inkontinenz

- Alter (über 75 Jahre)
- derzeitige oder vergangene gynäkologische oder urologische Krankheit oder mehr als drei Geburten
- rezidivierende Harnweginfekte
- Restharn über 100 ml
- Medikamente (über drei Medikamente oder Psychopharmaka, Diuretika oder Schmerzmittel)
- Polymorbidität (über drei aktive Diagnosen oder über fünf abnorme Werte)
- polyurische Krankheit (Zuckerkrankheit, Hyperkalzämie)
- chronische Verstopfung
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems (insbesondere Hydrocephalus, cerebro-vaskuläre Erkrankungen, multiple Sklerose, Parkinson)
- psychische Störungen (Demenz, Depressionen, Psychose)
- Autonomieverlust (Gangstörungen, Verminderung der ADL-Funktionen, verminderte Sozialkompetenz)

Aufgrund des bisher Gesagten – demographische und soziale Voraussetzungen und medizinische Akzente – lässt sich spekulieren, welche Aufgaben das Heim in Zukunft wird bewältigen müssen. Bevor ich meine Vorstellung dazu zusammenfasse, erlaube ich mir noch einen kurzen Exkurs auf ein Teilthema, nämlich über die *finanziellen und personellen Bedingungen für die Heimpflege*. «Wie sollen wir das bezahlen?», und «Wer soll das machen?» Diskutiert werden hinsichtlich Finanzierung vor allem Pflegeversicherung, AHV+ (Ausgliederung der Hochbetagten und Ausweitung der Steuerbasis), ein Gutscheinsystem (Gutscheine für minderbemittelte Betagte, die im Heim ihrer Wahl eingelöst werden könnten), Verzicht von Objektförderung (Heimsubventionierung) zugunsten der subjektbezogenen Förderung (Marktanreize). Diskutiert wird aber auch ein «neuer Gesellschaftsvertrag» mit folgendem Grundsatz:

Rentnerinnen und Rentner werden aufgefordert, Solidaritätsaufgaben zu übernehmen, soweit dies in ihren Möglichkeiten liegt. Ihre freie Entscheidung wird voll respektiert.

(Solidaritätsaufgaben: soziale, erzieherische, künstlerische, handwerkliche und gutachtliche Aufgaben).

Wie auch immer: Die Lösung der Frage, wie die finanzielle Situation gestaltet werden soll, wenn beispielsweise im Jahre 2020 100 Menschen im Erwerbsalter 34 bis 40 (je nach Szenario) AHV-Rentnern gegenüber oder zur Seite stehen, wird nach wie vor viel zu reden und zu rechnen geben.

Wesentlich mehr Mühe macht mir persönlich aber die Frage, welche Menschen denn zu welchen Bedingungen bereit sind, die pflegerischen und Betreuungsaufgaben in den Heimen zu übernehmen. Der Mangel an qualifiziertem Personal ist überall spürbar. Auch wenn man nicht mit einer wesentlichen Erhöhung der jetzt in der Schweiz vorhandenen Pflegeheimbevölkerung rechnen will, wird der Bedarf wegen des höheren Behinderungsgrades der Alten steigen. Ich habe trotz intensiver Suche kein überzeugendes Modell gefunden, das diesem schon jetzt aktuellen und sich noch verschärfenden Notstand abhelfen könnte. Weder der weitere Zuzug von ausländischem Personal ist praktikabel noch die Umschulung von Arbeitslosen, wie sie auch schon vorgeschlagen wurde. Ob die Schaffung eines obligatorischen,

aber frei neben dem Militärdienst wählbaren Zivildienstes für Männer und Frauen die Lösung darstellt, scheint mir zumindest zweifelhaft. Nun, Sie haben mich glücklicherweise auch nicht beauftragt, dieses Problem zu lösen. Aber die Zukunft der Heime hängt mit der Frage, wer pflegt, mindestens so eng zusammen, wie mit der Frage, wer gepflegt werden muss.

Zusammenfassung

Welche Probleme denn werden es sein, die die Leiter von Heimen und ihre Mitarbeiter in den kommenden Jahren beschäftigen müssen?

Zunächst einmal zu Ihrer Tagungsfrage: Welche Rolle wird die Demenz im Pflegealltag des Heimes spielen?

Nach Berechnungen von Wettstein und Gall musste 1990 von 64 000 Altersdementen in der Schweiz ausgegangen werden. Für das Jahr 2020 sagen die Autoren eine Zahl von 111 200 Demenzkranken voraus. Die schwereren Zustandsbilder werden in Heimen betreut werden müssen. Ein Heim, das Demenzkranke in grösserer Zahl betreut, braucht andere Voraussetzungen als ein Heim, das vorzugsweise auf die Betreuung körperlich Hilfsbedürftiger eingerichtet ist. Dies heisst nicht notwendigerweise, dass andere Heime für die Betreuung von Demenzkranken zuständig sein müssten. Im Gegenteil: Das Faktum der Multimorbidität bringt es ohnehin mit sich, dass Betagte aus anderen Gründen, mit anderen Beschwerden ins Heim eintreten, als später auftreten. Ein Wechsel in «Spezialheime» kommt kaum in Betracht, weil es sie nicht oder zuwenig gibt, und weil es dem alten Menschen nicht zumutbar ist, die Institution zu wechseln, besonders in diesem Zustand. Die Veränderung von Wahrnehmung, Auffassung, Gedächtnis und Beziehungsmuster beim Dementen sind für Mitbewohner und Personal eine grosse Herausforderung, der möglicherweise mit der Zusammenfassung in bestimmten, auf die Defizite und Ressourcen dieser Patienten hin orientierten Spezialgruppen begegnet werden kann. Daneben zeigt sich gerade bei dieser Problemstellung, wie wichtig die Koordination mit dem Spitzbereich und anderen ambulanten Angeboten ist, um fachliche Beratung und Hilfe zu koordinieren und so zu optimieren (fachlich und finanziell).

Die Pflegebedürftigen, welche die Alters- und Pflegeheime in Zukunft zu betreuen haben, werden älter sein, eher alleinstehend, sehr häufig Frauen, und sie werden häufiger als heute auch durch psychische Probleme belastet

sein (Demenz und Depressionen). Das wird sich auf die Heime als Forderung nach erhöhter Tragfähigkeit auswirken. Die Organisation in kleinen Gruppen, fachliche und supervisorische Hilfen von oben und aussen, sorgfältige Aus- und Weiterbildung sind die dazu unabdingbar nötigen Hilfen. Im weiteren sollte das betreuende Team im Sinne der Interdisziplinarität durch Ergo- und Aktivierungstherapeutinnen sowie Physiotherapeutinnen ergänzt sein. An die Qualität der Pflege und Betreuung werden in Zukunft noch höhere Ansprüche gestellt werden – und man wird die Qualität kontrollieren wollen! Ob die Maßstäbe, die den Heimen dann von aussen (durch Krankenkassen, Angehörige, Aufsichtsorgane) auferlegt werden, dem entsprechen, was wir für wichtig und qualitativ hochwertig ansehen, bleibt abzuwarten. *Mit Sicherheit wird den Fragen von Zwang und Gewalt vermehrt Beachtung geschenkt werden: Zwang im Sinne von Einschliessen, Anbinden, Spritzen; Gewalt als Ausdruck von Überlastung, Ohnmacht und Hilflosigkeit – aber inakzeptabel!*

Mir scheint, dass der Begriff der Offenheit am meisten dem entspricht, was von uns in den kommenden Jahren verlangt werden wird. Offenheit für neue und unkonventionelle Lösungen bei Finanzierungsfragen. Offenheit bei der Bewältigung personeller Engpässe. Offenheit an der Grenze zwischen Spitz- und Heimbereich. Offenheit in bezug auf neue fachliche Herausforderungen. Offenheit bei der Gestaltung der Heimstruktur. Offenheit bei dem Blick, den die Öffentlichkeit auf unser Tun verlangt, aber auch bei jenem Blick, mit dem wir selber unser Tun reflektieren.

Offenheit aber – last but not least – vor allem den uns anvertrauten alten Menschen gegenüber, damit wir ihre Not, ihre Defizite und ihre Ressourcen wahrnehmen. Diese Offenheit wünsche ich uns für unsere Arbeit, auch uns für unser Alter – und Ihnen für die Gestaltung Ihrer Tagung.

Folien aus «Altern in der Schweiz». Herausgeber: Bericht der Eidg. Kommission Bern, 1995. ■

Von einem Menschen
viel erwarten heisst,
sich um den Genuss zu
bringen, angenehm
enttäuscht zu werden.

Sir Thomas Beechmann