

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	75 (1977)
<b>Heft:</b>	1
<b>Artikel:</b>	Die Mitsprache des Patienten
<b>Autor:</b>	Saber, Rolf
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950720">https://doi.org/10.5169/seals-950720</a>

### 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>**

Der Druck der Elternbriefserie wurde im vergangenen Jahr mit dem 7. Jahrgang abgeschlossen.

Anlässlich der Ausstellung «Das Spiel des Kindes» in Schaan FL kamen verschiedene junge Mütter nach dem Referat zur Ausstellungsteilerin, um sich für die Elternbriefe, die sie durch das Liechtensteinische Rote Kreuz zugestellt erhalten, zu bedanken, mit der Bitte, diesen Dank an Pro Juventute weiterzuleiten. Mit diesen Briefen fühle man sich immer wieder persönlich angesprochen, und man beobachte das erste Kind und seine Entwicklung ganz anders, als wenn man einfach ein Buch darüber lesen würde.

### **Unterstützung und Förderung sowie Ausbau der Mütterberatung in der Schweiz – ein wichtiges Anliegen für Pro Juventute**

Als gesamtschweizerische Informationsstelle führt die Abteilung Mutter und Kind Akten über Stand, Entwicklung und Organisation der Säuglingsfürsorge in der Schweiz. Sie liefert Interessenten Unterlagen für die Gründung und Führung solcher Beratungsstellen, unterstützt finanziell Initiativen, im besonderen solche lokaler Pro Juventute-Mitarbeiter.

### **Stand der Säuglingsfürsorge Ende März 1976**

158 Säuglingsfürsorge-Schwestern sind in 104 Säuglingsfürsorge-Zentren tätig. Im Bezirk Einsiedeln konnte eine SF-Schwester aus dem soeben beendeten Ausbildungskurs angestellt werden. Das SF-Zentrum Sion und Umgebung hat seine erweiterte Tätigkeit am 1. Januar 1976 aufgenommen. In der Region Surserla wurde eine zweite SF-Schwester für das Gebiet des Vorderheins angestellt. Im Kanton Basel-Stadt ist vorläufig nur eine SF-Schwester tätig.

### **Probleme der Säuglingsfürsorge**

Der Geburtenrückgang, der Mangel an Beratungsmöglichkeiten *nach* dem Säuglingsalter (von 1–5 bzw. 7 Jahren), die Entwicklung im Gesundheitswesen, der Ausbau der spitälexternen Krankenpflege ergeben neue strukturelle Probleme, die einen vermehrten Einsatz von Pro Juventute und eine intensivere Zusammenarbeit mit den Trägern der Säuglingsfürsorge erfordern.

Diesen Problemen widmete sich die 5. Tagung der Säuglingsfürsorge-Präsidien vom 18. März 1976. Es wurden Strukturfragen im Gesundheitswesen, die Betreuung des Kranken ausserhalb des Spitals

sowie Aufgaben der Gesundheitserziehung behandelt. In letzter Zeit ist das allgemeine Interesse für den Ausbau prophylaktischer Massnahmen gewachsen, und dies bedeutet auch eine Chance für die Säuglingsfürsorge.

### **Aus Jahresberichten von SF-Schwestern:**

«Belastend für mich war dieses Jahr der Wegzug vieler Ausländermütter mit ihren Familien. Denn es ging kein Monat vorbei, ohne dass eine oder mehrere Mütter zum Abschiednehmen vorbei kamen. Für die Kleinsten wird die Umstellung problemloser verlaufen als für die älteren Geschwister, die ja nicht nur den Schulwechsel haben, sondern auch die Sprache ändern müssen. Ich glaube, man kann die Tragik, die durch die Arbeitslosigkeit verursacht wird, kaum ermessen. Von einer Jugoslawin, die mit einem Spanier verheiratet ist, jetzt in Spanien leben muss, erhielt ich eine Karte: Bin immer traurig, möchte gerne zurück. Ich denke, sie ist nur eine unter vielen, und wieviele wird es wohl noch geben?»

«Das Berichtsjahr hat im Rückblick gelesen ein Kennzeichen: Die Angst der Eltern, arbeitslos zu werden.»

«Etwas Positives hat das Jahr trotzdem gebracht. Bedingt durch die vorherrschende Kurzarbeit könnten die Familien eine grosse Bereicherung erfahren. Die gewonnene Freizeit sinnvoll zusammen mit den Kindern erleben, ist nach der Hast der letzten Jahre eine Aufgabe, die es zu erlernen gilt.»

Auch der Chefarzt der Kinderklinik Aarau betonte in seinem Referat am Jubiläumsfest «50 Jahre Berufsverband der Kinderkrankenschwestern» am 10. Mai 1975:

«Der Hauptakzent der Tätigkeit der Säuglingsfürsorge-Schwestern wird auch in Zukunft auf der Prävention, also auf der Krankheitsverhütung bleiben. Der Aufgabenbereich wird aber zunehmen, da es auch in Zukunft niemals genügend Kinderärzte geben wird, um alle die heute möglichen präventiven Untersuchungen durchzuführen. Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Fürsorge im Säuglingsalter recht gut funktioniert, dass aber die Kleinkinder bis zum Schuleintritt nicht mehr generell erfasst werden. Deshalb müssen die Aufgaben der SF-Schwestern unbedingt auch auf diesen wichtigen Lebensabschnitt ausgedehnt werden. Im 2. Jahr sind es vor allem Seh- und Hörstörungen, die frühzeitig zu erfassen sind. Bis zum Ende des 4. Lebensjahres sind es dann Anomalien der körperlichen und geistigen Reife, der Sprache, ferner Verhaltensstörungen und geistige Behinderungen, die es zu erkennen gilt. Diese gezielten, präventiven Untersuchungen müssen schrittweise in das Ausbildungsprogramm der SF-

Schwestern eingebaut werden. Die SF-Schwester wird aber in Zukunft nicht nur präventive Aufgaben haben. Sie wird in vermehrtem Masse auch bei zahlreichen Krankheiten in den Behandlungsplan mit-einbezogen werden müssen. Die Verkürzung des durchschnittlichen Spitalaufenthaltes bringt es mit sich, dass die Kinder frühzeitig entlassen werden und dass gewisse therapeutische Massnahmen zu Hause durchgeführt werden. Doch was nützt ein von der Klinik noch so sorgfältig ausgedachter Behandlungsplan, wenn er nicht richtig durchgeführt wird. Hier sehe ich gerade eine weitere Aufgabe der SF-Schwester. In enger Zusammenarbeit mit Spital und Hausarzt kann sie bei der Durchführung solcher Therapiemassnahmen einen wertvollen Beitrag leisten.»

## **Die Mitsprache des Patienten**

Dr. Rolf Salber, Dübendorf, aus: Spitex

Ich glaube, dass es eine Besonderheit unserer Zeit ist, mit der im Christentum begründeten Idee der Partnerschaft unter den Menschen endlich in fast weltweitem Umfang Ernst zu machen. Jeder soll seine Talente, seine Gaben als seinen Teil in die mitmenschliche Beziehung einbringen – und einbringen können, wie wir auch daran trachten sollen, jedem den ihm gemässen Teil zu geben. In den letzten Jahrzehnten sind gewaltige Anstrengungen unternommen worden, in diesem Sinn das Zusammenleben von Mann und Frau, von Eltern und Kindern, Lehrern und Schülern, Meister und Knecht, von Kolonialmächten und armen Völkern, ja selbst von Vollzugsbehörden und Strafgefangenen zu verbessern. Entwicklungsnöte, die einen solchen Prozess charakterisieren, wie zerfliessende Grenzen, Unsicherheit, Irrtümer im Stellungsbezug (antiautoritär heißt nicht einfach partnerschaftlich, Schrankenlosigkeit ist nicht gleich Freiheit), lassen uns manchmal übersehen, wieviel schon vollbracht worden ist. Sie sind wohl unvermeidlich, wenn die neue Ordnung nicht einfach dekretiert, sondern gefunden werden soll.

Wie steht es nun mit der Partnerschaft des Patienten? Einmal müsste er selbst ein geradezu kreatürliches Interesse daran haben, dass er nicht einfach Eingriffen unterzogen, Strahlen ausgesetzt, hospitalisiert, arbeitsunfähig oder invalid erklärt oder in einem Alters- oder Pflegeheim untergebracht wird. Und die Öffentlichkeit hat mit zunehmender Sorge erfahren, dass

eine Gesundheitspolitik über den Kopf des Patienten hinweg glücklos und wirtschaftlich fast untragbar ist. Auch sie müsste also seine Mitarbeit brennend wünschen.

### Der Patient im privaten Bereich

Nun leidet aber die Mitsprache und erst recht die Mitbestimmung des Patienten gewissermassen an einem Geburts trauma. Der in seiner Existenz von einem Unfall, einer schweren Erkrankung oder einer bedrohlichen seelischen Belastung betroffene Mensch neigt dazu, sich – soweit er seine noch vorhandenen Kräfte nicht für die Mithilfe bei seiner Bergung einsetzen muss – auf frühere bewährte Verhaltensweisen zurückzuziehen: Er ist wieder schwach, hilflos, klein und möchte heim – wie ein Kind. Diese instinktive Haltung ist zunächst durchaus *sinnvoll*, schont seine Kräfte, schirmt ihn ab und aktiviert den Helferwillen und die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Ärzten und Schwestern. – Eigenartigerweise bleibt eine zunehmende Zahl von körperlich Kranken, psychisch als gesund geltenden Patienten in dieser Verfassung stecken. Auch dann noch, wenn sie äusserlich wieder hergestellt sind und man von ihnen ein selbständigeres, aktiveres Verhalten erwarten würde, bleiben sie innerlich abhängig, verletzlich, mutlos. Diese als *Regression* bezeichnete Erscheinung spielt nicht nur in der somatischen Spitalpflege eine wichtige Rolle, sondern sie spielt auch im hausärztlichen Bereich eine grosse, neben den allmählich besser bekannten depressiven Zuständen noch zu wenig beachtete Rolle.

Wie können wir nun den Patienten aus seinem engen Dasein eines unter die Fittiche der Medizin geschlüpften Kükens herausführen? Wenn auch die Hintergründe oft recht komplex sind, so steht doch ein Angelpunkt fest: Der so Erschütterte hat den Mut verloren, wieder in sein Alltagsleben zurückzukehren, sei es ihm nun bereits bekannt oder sei es eine neue Situation in Beruf, Familie oder Gesellschaft, der er sich stellen muss. Darauf werden wir mit unseren Helfern bei den weiteren Kontakten und Gesprächen unsere Aufmerksamkeit richten müssen – aber es ist nicht so einfach, ihm Mut zu machen. Schon eine Frage der Art: «Wie stellen Sie sich nun Ihre weitere Erholung vor, haben Sie eventuell an einen Kuraufenthalt gedacht?» wird oft so beantwortet: «Ich habe keine Ahnung, Sie sind doch der Arzt!» – Es braucht dann viel Kenntnis der eigenen Probleme, der medizinischen Psychologie und Erfahrung in Arzt-Patienten-Gesprächen, um nicht wegen der (noch) fehlenden Kooperation verärgert zu sein, oder in die angebotene Rolle des überlegenen und vermeintlich hilfreichen Wohltäters zu fallen. Aber wenn der Patient schliesslich begreift, dass unsere Haltung

ihm gegenüber *Zutrauen* und Zuwendung bedeutet, auch wenn wir seinem Bedürfnis nach Verordnungen, etwa von Diäten, nicht immer nachkommen, wird es für ihn ein grosser Gewinn sein: Er wird mehr Selbstvertrauen haben, seine Anliegen besser vertreten können, aber auch die Möglichkeiten des Arztes und seine eigenen etwas realistischer beurteilen. Der Arzt muss dann nicht mehr seinem von jeher genährten Wunschbild entsprechen und wird ihn deshalb weniger enttäuschen, und auch er selbst kann vielleicht in ein mehr seinen Anlagen als familiennarzistischen Vorstellungen entsprechendes Leben zurückkehren.

### Der Patient in der Öffentlichkeit

Ein so zum Partner gewordener Patient wird nun auch befähigt sein, in Fragen der Gesundheitspolitik mitsprechen, mitzubestimmen und – damit unabdingbar verbunden – mitzuverantworten. Er wird nehmen und geben können und braucht nicht mehr mit plumpen Forderungen auf die Strasse zu gehen. Es ist zwar in dieser Hinsicht im letzten Jahr einiges in Fahrt gekommen. Aufgewühlt durch Fragen wie Euthanasie oder Schwangerschaftsabbruch hat er zu sprechen begonnen, nachdem er, ausser im kleinen Kreise, jahrelang nur Informationsempfänger und Kreditzuhörer war. Vielleicht war sein doppeltes Nein zur KUVG-Revision am 8. Dezember 1974 die Antwort darauf, dass man ihn nicht vorher gefragt hat. Das ist nun endlich anders geworden. Vor kurzem hat zum Beispiel eine Arbeitsgruppe in Zürich Patienten und gewesene Patienten eingeladen, ihre Erfahrungen mit der ärztlichen Betreuung in Zürich zu melden. Aber in vielen wichtigen Belangen ist der Patient noch nicht in die gute Stube gebeten worden. So ist durch eine kantonale Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln vom 15. Januar 1975, die uns Ärzten am 20. August 1975 zugestellt wurde, die sogenannte Selbst-

dispensation auch abgesehen von der Vereinbarung zwischen Ärzten und Apothekern in den Städten Winterthur und Zürich erheblich eingeschränkt worden, ohne die Patienten zu fragen, welche Erfahrungen sie denn mit dem direkten Medikamentenbezug bei ihrem Arzt gemacht haben. Und hinter verschlossenen Türen brüten Delegationen von Ärzten und Krankenkassen erneut über dem Kuckucksei eines seinerzeit gut gemeinten Einzelleistungstarifes, mit dem man die Arztkosten in den Griff bekommen wollte, statt endlich den Patienten zu fragen, wie er sich die Honorierung der Ärzte vorstelle. Wenn auch aus Gründen des Funktionierens nicht alles mitbestimmt werden kann, sondern vieles delegiert werden muss, so hätte doch der einzelne Bürger hier mitzusprechen, und der Politiker als «Arzt der Gesellschaft» müsste ihm zu dieser Rolle als Partner verhelfen.

### Richtige Diagnose, falsche Therapie

Viele Mängel des heutigen Gesundheitswesens, vor allem den medizinischen Betrieb betreffend, wurden schon seit Jahren von links stehenden Kreisen, so etwa der Progressiven Organisationen, richtig erkannt und registriert. Aber es war die eingeengte Diagnostik des auf Fehler des «Systems» lauernden Gesellschaftskritikers, nicht die des um das Wohl seiner Patienten besorgten Arztes, und darum gehen auch ihre Therapievorschläge in die falsche Richtung:

Es hilft nicht, neben dem Patienten nun auch noch den Arzt zu bevormunden durch staatliche Interventionen und Einrichtungen, sondern wir müssen den Patienten in seiner Rolle als mittragenden Partner verstehen; oder um Illich zu antworten auf sein «Enttarzung der Gesellschaft»: Wir sollten nicht dem Arzt seinen Platz nehmen, aber dem Patient seinen Platz geben, zum Wohle aller!

## Die Geriatrie im Bereich der spitälexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege

Prof. Dr. Jean-Pierre Junod aus: Spitex

Eine Verlängerung des Lebens, wie wir sie heute kennen, ist nur dann wünschenswert, wenn die zusätzlichen Jahre für den betagten Menschen eine Bereicherung darstellen. Das wichtigste Ziel aller gerontologischen Forschung und Tätigkeit muss darin bestehen, dem betagten Menschen seinen Platz in der Gesellschaft zu erhalten. Die Schaffung von «Altersghettos», was zu einer Spaltung der Generatio-

nen führen könnte, muss von vornherein abgelehnt werden. Jede Art von Lösung, die eine Gruppierung der Betagten unter sich beinhaltet, lässt sich nur rechtfertigen, wenn sie zur Erhaltung der Unabhängigkeit beiträgt.

Dass ein älterer, in seiner Gesundheit beeinträchtigter Mensch seinen Platz innerhalb unserer Gesellschaft behalten kann, ist nicht selbstverständlich. Hierzu braucht