

<b>Zeitschrift:</b>	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
<b>Band:</b>	- (1982)
<b>Heft:</b>	4
<b>Artikel:</b>	Die Rehabilitation im Alter
<b>Autor:</b>	Steinmann, B.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-930239">https://doi.org/10.5169/seals-930239</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:** 10.02.2026

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

# Die Rehabilitation im Alter

Prof. B. Steinmann

Die Schulmedizin der früheren Jahre ging mit Recht von der Auffassung aus, dass ein Kranker geschont werden müsse und der Ruhe bedürfe. Der Grund für dieses Verhalten lag vor allem darin, dass es sich früher meist um akute Krankheiten und um jüngere Patienten handelte. Nach Ablauf der Krankheit erholte sich der Patient gewöhnlich im Stadium der Rekonvaleszenz ohne weiteres von selbst. Unter den damals vorherrschenden chronischen Krankheiten standen die infektiösen, entzündlichen Krankheiten im Vordergrund, insbesondere die Tuberkulose, bei welchen neben der medikamentösen Behandlung Ruhe- und Klimakuren eine wertvolle Rolle spielten.

Mit der drastischen Herabsetzung der Geburtensterblichkeit und der Ausmerzung der schweren Infektionskrankheiten erreichte ein immer grössere Anteil der Bevölkerung ein hohes Alter. Dadurch traten ganz andere Leiden in den Vordergrund, insbesondere die sogenannten «degenerativen» Krankheiten, allen voran die Arteriosklerose mit ihren zerebralen, kardialen und peripheren Komplikationen, die Arthrosen und Spondylosen und zum Teil auch maligne Tumoren. Man behandelte diese ältern Patienten lange Zeit nach denselben Gesichtspunkten wie die früheren Krankheiten, verordnete oft über eine lange Zeit Bettruhe, vermeid Massnahmen, die Geist und Körper anstrengten und pflegte die Patienten in aufopfernder Weise als hilflose Wesen. Physiotherapeutisch standen passive Massnahmen wie Massage, Elektrisieren usw. im Vordergrund. Mit der demographischen Alterung wurde der Bedarf an Betten für chronischkranke Betagte stets grösser, und in häuslichen Verhältnissen waren die Pflegebedingungen oft ungenügend.

Es brauchte einen Krieg, um festzustellen, dass die als Kriegsfolgen auftretenden Lähmungsleidern durch ein aktives physiotherapeutisches Vorgehen wesentlich verbessert werden können (*Rusk, Guttman*) und dem Verletzten in vielen Fällen wieder ein mehr oder weniger unabhängiges und selbständiges Leben verschaffen. Es war nur ein kleiner Schritt, die Methoden der Rehabilitation nach dem Krieg auf die insbesondere im höhern Alter auftretenden Lähmungsleidern zu übertragen *Warren, Cosin*). Die Institutionalisierung der

rehabilitativen Behandlung nach dem Krieg im geriatrischen Gebiet war deshalb von so grosser Bedeutung, weil zu dieser Zeit die Zahl der Betagten stetig zunahm.

Man versteht unter der Rehabilitation, die *Rusk* neben der präventiven und kurativen Medizin als dritte Phase der Medizin bezeichnet, alle medizinischen, sozialen, ökonomischen und beruflichen Massnahmen, die einen durch Krankheit oder Unfall Behinderten möglichst weitgehend in sein früheres, unabhängiges und selbständiges Leben zurückführen können. In vielen Fällen muss man sich freilich mit einem Teilerfolg zufriedengeben, der aber in seiner günstigen Auswirkung auf die Persönlichkeit des Kranken nicht unterschätzt werden darf.

Das ganz «andere» Verhalten des betagten Menschen in psychischer und somatischer Beziehung gegenüber dem jüngern Patienten verlangt freilich eine Anpassung des rehabilitativen Vorgehens an die unterschiedlichen Verhältnisse im Alter, wobei die vielen und grossen individuellen Varianten eine Erschwernis darstellen.

Insbesondere beeinflussen die folgenden Situationen im Alter die Rehabilitation:

– Beim jungen Rehabilitationspatienten besteht neben den krankheits- oder unfallbedingten Ausfällen in der Regel ein gesunder Körper, so dass die Rehabilitation ganz auf diese Ausfälle ausgerichtet werden kann. Beim kranken Betagten herrschen komplexe Verhältnisse vor. Es sind hier stets zwei Komponenten zu berücksichtigen:

1. der bei jedem Betagten festzustellende regressive Altersprozess, der die Leistungs- und Adaptationsfähigkeit zunehmend herabsetzt, unabhängig davon, ob der Betagte gesund oder krank ist, und

2. die beim kranken Betagten vorliegenden Affektionen.

– Es ist ein Charakteristikum der Alterspathologie, dass beim betagten Patienten in der Regel mehrere Krankheiten festzustellen sind, von verschiedener und wechselnder nosologischer Bedeutung, dass also eine sogenannte Multimorbidität oder Polypathie vorliegt. Das kompliziert das rehabilitative Vorgehen oft in hohem Masse.

– Da beim Betagten meist eine gemischte psychische und somatische Pathologie vor-

liegt, ist eine Rehabilitation wegen fehlender Kooperation des Patienten oft nicht möglich oder nur mühsam und langfristig in nützlicher Weise zu erreichen. Die Rehabilitation stützt sich auf die aktive Mitarbeit des Patienten. Er muss somit dazu motiviert sein.

– Die soziale Wiedereingliederung ist meist mühsamer als beim jungen Patienten, da der Patient oft schon vor der Krankheit alleinstehend war oder nicht in der Nähe der Angehörigen lebte. Die Resozialisierung wird fast unmöglich, wenn der Patient nicht zu einer vollen selbständigen und unabhängigen Lebensweise rehabilitiert werden kann.

– Eine gewisse Erleichterung bei der Rehabilitation im Alter liegt darin, dass berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen nicht mehr notwendig sind.

Trotz dieser Unterschiede hat die Rehabilitation grosse Ähnlichkeit mit dem sportlichen Training in jüngeren Jahren. Es handelt sich auch darum, die noch vorhandenen Leistungsreserven durch kontinuierliche Belastung zu erhöhen und damit die Leistungsfähigkeit zu bessern. Dem Arzt kommt die Rolle des Coach zu, den medizinischen Mitarbeitern wie Physio- und Ergotherapeuten usw. diejenige des Trainers. Die Voraussetzungen und Zielsetzungen sind freilich beschränkt, aber man ist in der Regel befriedigt, wenn eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit erzielt werden kann (Tab. 1).

Es ist nützlich, sich zu vergegenwärtigen, welchen Energiebedarf die dem Betagten zugemuteten Tätigkeiten erfordern (Tab. 2).

Wenn man den Energiebedarf im Schlaf mit 0,8 bis 1,2 Kal/min als Ausgangspunkt nimmt, ist man überrascht festzustellen, dass die Ausübung der persönlichen Toiletten, flaches Gehen und Fensterreinigen ungefähr eine analoge Energiezunahme erfordern (215-240%) und diese beim Treppensteigen (785%) grösser ist als beim Radfahren (560%) und Brustschwimmen (525%). Es ist von Vorteil, wenn man sich der Grössenordnung der einzelnen Tätigkeiten bewusst ist.

Wenn wir von einer «Philosophie» der Rehabilitation im Alter sprechen wollen, ist davon auszugehen, dass jede bewusste Tätigkeit eines psychischen Impulses bedarf und das im Alter dieser Impuls für dieselbe Tätigkeit grösser sein muss als in der Jugend. Jede geistige, aber auch jede körperliche Aktivität erfordert einen psychischen Anstoss. Ist dieser genügend stark, läuft die weitere Tätigkeit, zum Beispiel auf muskulärem Gebiet, meist ziemlich automatisch ab, wobei es einer exakten Koordination der an der betreffenden Tätigkeit beteiligten Muskeln bedarf, um die gewünschte Tätigkeit möglichst zielsicher und rationell ablaufen zu lassen. Kraft, Ausdauer und Koordination sind wesentliche Komponenten, die in körperlicher Beziehung bei einem Trainig (*Jokl*) und auch bei der Rehabilitation verbessert werden. Viel häufiger, als man früher angenommen hat, spielt dabei die Besserung der Koordination eine hervorstechende Rolle, da dadurch die Muskelaktivität rationeller, das heisst mit einem niedrigeren Sauerstoffverbrauch ausgeführt wird.

Tab. 1 Vergleich zwischen sportlichem Training beim Jugendlichen und Rehabilitation im Alter

	Jugend (Sport)	Alter (Rehabilitation)
Ausgangspunkt	Gesunder Körper	Involution der Organe
Funktionspotential der Organe	Maximal in allen Organen	Verschieden, zum Teil pathologisch herabgesetzt
Ziel	Maximale Leistungsfähigkeit	Für tägliche Bedürfnisse, Selbständigkeit
Angriffspunkt	Körper	Psychische Impulse und Körper
Gezieltes Vorgehen	Betonung <i>einer</i> Sportart	Spezielle Ausfälle
Sozialer Faktor	Mannschaftssport	Altersturnen, Gruppenübungen

Tab.2 Mittlerer Energiebedarf, abhängig von der Tätigkeitsart, beim Mann von 1,8 m<sup>2</sup> Körperoberfläche in Kal/min (nach *Passmore und Durnin*)

Tätigkeit	Kal/min	Durchschnittliche prozentuale Zunahme
1. Schlaf	0,8- 1,2	0
2. Ruhe liegend	0,9- 1,3	10
3. Tätigkeiten des täglichen Lebens		
a) Persönliche Toilette	2,3- 4,0	215
b) Ruhig sitzend	1,6	60
c) Ruhig stehend	1,7- 1,9	80
4. Sport		
a) Flaches Gehen (3km/h)	2,9- 3,9	240
b) Aufwärtsgehen (5%, 3km/h)	4,5	350
c) Treppensteigen	8,4- 9,3	785
d) Radfahren	6,6	560
e) Brustschwimmen	5,0- 7,5	525
f) Skilauf	9,9-15,9	1190
5. Berufliche Arbeiten		
a) Bureaurbeit	1,2- 2,5	85
b) Haushalt		
1. Leicht (Schuheputzen)	2,2- 2,4	130
2. Mittel (Fensterreinigen)	3,0- 3,5	225
3. Schwer (Gartenarbeit)	3,8- 5,6	370
c) Industrie		
1. Leichtmechanik	1,6- 2,4	100
2. Eisenblechverarbeitung	2,1- 3,9	200
3. Laden, Abladen	3,6- 6,8	420
d) Landarbeit	3,3- 6,9	410
e) Schwerarbeit	5,5-10,5	700

Damit wird die geistige und körperliche Aktivierung zum zentralen Problem. Sie verlangt die Motivierung des Patienten, die über die aktive Mitarbeit des Patienten eine Rehabilitation erst möglich macht.

Bei der Rehabilitation im Alter sind drei Möglichkeiten zu beachten, die oft einzeln nicht zum Ziele führen, aber deren Kombination ein selbständiges Dasein ermöglichen.

Erstens können wir die Rehabilitation danach ausrichten, Ausfälle zu heilen, also wieder möglichst intakte Körperfunktionen zu erreichen. Ist das nicht möglich, werden wir mit der Rehabilitation versuchen, bleibende Ausfälle durch Übung der noch vorhandenen Leistungsreserven zu kompensieren und den Patienten daran anzupassen, damit er trotz der Beeinträchtigungen möglichst selbständig bleibt. Als dritte Möglichkeit können wir durch eine Anpassung der Umwelt den Patienten trotz seiner Behinderungen oft zur Unabhängigkeit führen.

Zweckdienende Massnahmen bestehen im Beschaffen einer adäquaten Unterkunft, in Dienstleistungen usw.

Wie wir erwähnt haben, bedarf nicht nur der kranke Betagte der Rehabilitationsmassnahmen, sondern auch der gesunde, weil bei diesem infolge des Alterns die Leistungs- und Adaptationsfähigkeit abnehmen und man durch geeignete Massnahmen diesen Trend hemmen oder kompensieren kann. Wir können daher im Alter die Rehabilitation in drei Arten unterteilen, in die *präventive, allgemeine* und *gezielte Rehabilitation*. Diese drei Komponenten der Altersrehabilitaiton können sich freilich überschneiden und müssen oft kombiniert werden, weil sich ein «normales» Altern vom krankhaften nicht scharf trennen lässt, sondern zahlreiche individuell verschiedene Übergänge bestehen. Dafür sind vor allem zwei Gründe massgebend. Erstens verläuft das Altern in den verschiedenen Organen und Systemen asynchron, so dass ein

Gesamtquerschnitt einen sehr unterschiedlichen Grad der Veränderungen offenbaren kann. Zweitens ist es oft sehr schwierig, den Übergang vom «normalen» zum krankhaften Altern zu erfassen. Oft liegt der Unterschied nur im Auftreten von Schmerzen, wobei morphologisch der Zustand sich nicht ändert.

Die *präventive Rehabilitation* umfasst alle Massnahmen, die dazu dienen, beim gesunden Anteil der älteren Bevölkerung ein Abgleiten in ein abhängiges Dasein zu vermeiden und die Selbständigkeit im täglichen Leben zu erhalten. Wir können bei der präventiven Rehabilitation medizinische, soziale und aktivierende Massnahmen unterscheiden (Tab 3).

Tab. 3 Präventive Rehabilitation im Alter

I. Medizinische Massnahmen	Periodische ärztliche Kontrollen Behandlung pathologischer Zustände Einschätzung der Rehabilitationsmöglichkeiten Ernährungsfragen
II. Soziale Massnahmen	Wohnmöglichkeiten Personelle Betreuung Dienstleistungen Soziale Kontakte Vorbereitung der Pensionierung
III. Aktivierende Massnahmen	Beschäftigung Altersturnen usw. Bildungskurse Ferien

Jeder Betagte sollte von seinem Hausarzt einmal einer gründlichen Untersuchung unterworfen werden, damit dieser gesundheitliche Einbussen frühzeitig erfassen und durch periodische Kontrollen, die dann meist weniger aufwendig sind, verfolgen kann. Tritt bei einem Patienten eine Änderung in seinem Gesundheitszustand ein, respektive ein «Knick» oder «Bruch» in seiner geregelten Lebensweise, ist es von erheblicher Bedeutung, dass dem behandelnden Arzt der vorbestehende Zustand des Betagten bekannt ist. Er kann dann viel leichter beurteilen, ob der frisch aufgetretenen Veränderung eine nosologisch bedeutsame Rolle zukommt oder ob sie schon vorher nachgewiesen werden konnte und unter Umständen belanglos ist. Es ist eine Regel der Geriatrie, dass jeder Betagte in somatischer, psychischer, sozialer und rehabilitativer Beziehung berurteilt werden sollte (*Delachaux*). Viele Anhaltspunkte, insbesondere auch psychischer und sozialer Beziehung, können aus der im Alter stets sehr wichtigen Anamnese entnommen werden, die meist viel mehr enthält als bei einem jugendlichen Patienten. Abweichungen von der Norm, wie zum Beispiel eine Hypertension, sind zu behandeln, auch wenn sie zurzeit die Leistungsfähigkeit nicht beeinflussen.

Die Ernährung ist mit dem Patienten zu besprechen. In der Regel soll man die Essgewohnheiten möglichst wenig ändern und nur eingreifen, wenn die Nahrung zu einseitig oder zu vitaminarm ist.

Im sozialen Sektor ist als eine der ersten Massnahmen darauf zu achten, dass der Betagte in seiner Wohnung durch die täglichen Selbsthilfe- und Haushaltpflichten nicht überfordert wird. Durch Anpassungen kann vieles erleichtert werden. Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass er in eine Alterswohnung, in eine Alterssiedlung oder in ein Altersheim zieht. In der Regel werden diese Wohnmöglichkeiten allzu einseitig von den baulichen Einrichtungen und von den Erleichterungen der Installationen aus beurteilt und viel zuwenig davon aus, wie wohl sich der Betagte in dem betrieblichen Milieu fühlt. Es ist immer wieder festzustellen, dass sich der Betagte trotz fast luxuriöser Wohnung oder Heimwohnraum unglücklich fühlt, weil das Betriebsklima nicht günstig ist. Grosses Gewicht muss daher auf die Auslese der Heimleiter gelegt werden, denn deren Aufgabe ist nicht leicht und erfordert viel Geduld.

In der eigenen Wohnung kann mittels angepasster personeller Hilfen und Dienstlei-

stungen, wie zum Beispiel Mahlzeiten-  
dienst, Wäschedienst usw., die Unabhän-  
gigkeit bewahrt bleiben. Es ist von grosser  
Wichtigkeit, dass alle diese Dienstleistungs-  
möglichkeiten koordiniert werden und der  
Betagte darüber informiert wird. Aus die-  
sem Grund werden Zentren für Betagte ge-  
schaffen, die im Sinne eines Stützpunktes  
(Rigggenbach) an ein gut ausgebautes Alters-  
heim angeschlossen werden können. Der  
Betagte, der im Umkreis eines solchen Stüt-  
zpunktes lebt, weiss dann, wo er sich infor-  
mieren und woher er Hilfe erhalten kann.  
Gleichzeitig werden auch soziale Kontakte  
geschaffen.

Seit die Geriater feststellen konnten, dass  
die geistige und körperliche Aktivierung des  
Betagten in gesunden und kranken Tagen  
weitaus die wichtigste Massnahme ist und  
im Nutzeffekt vor allen andern, auch vor  
vielen medikamentösen Behandlungen,  
steht, hat diese Auffassung im Laufe der  
beiden letzten Jahrzehnte eine grosse Ver-  
breitung gefunden. Glücklicherweise sind  
von den Betagten etwa 85% (Thomae)  
spontan dazu motiviert, sich aktiv zu be-  
schäftigen. Man muss ihnen aber Gelegen-  
heiten dazu schaffen. In der Schweiz ist das  
Altersturnen schon seit etlichen Jahren in  
einer Vereinigung aller daran interessierten  
Kreise zentralisiert worden. Es werden In-  
struktionskurse für Gruppenleiter abgehal-  
ten, damit die Turnübungen, die oft durch  
Musik und Singen eine Auflockerung erhal-  
ten, an die Gefährdungen im Alter ange-  
passt werden (Barth). Neben dem Wandern  
ist auch das Schwimmen und Tanzen be-  
liebt. Beim Training im Alter darf man  
nicht nur an eine Besserung der Herz-  
Kreislauf-Atmungs-Funktionen denken,  
sondern hier wirkt es sich auch sehr günstig  
auf den gesamten Bewegungsapparat und  
die Koordination der Muskeln aus. Ferner  
sind Veranstaltungen für Weiterbildung  
und für die Information über aktuelle Ge-  
schehnisse sehr beliebt. Sie dürfen aber  
nicht auf den Abend, sondern müssen auf  
den Nachmittag festgesetzt werden, weil sie  
sonst von vielen daran Interessierten nicht  
besucht werden können. Aus diesem Be-  
dürfnis heraus sind die sogenannten Uni-  
versitäten für das dritte Alter entstanden,  
zuerst in Toulouse, in der Schweiz jetzt  
auch in Genf. Die Möglichkeiten sind noch  
viele. Von Ort zu Ort sind sie noch sehr un-  
terschiedlich ausgebaut. Man betont auch  
stets mehr das kreative Moment und ist er-  
staunt, was Betagte noch schaffen können.

Die *allgemeine Rehabilitation* muss bei je-  
dem kranken Betagten berücksichtigt wer-

den. Sie dient vornehmlich dem Zweck, die  
durch eine Bettlägerigkeit aufgezwungene  
Immobilisation mit ihren schwerwiegenden  
Folgen zu verhindern oder möglichst bald  
aufzuheben. Sie gehört sowohl in einem ge-  
riatrischen Spital als auch in häuslichen  
Verhältnissen zur Betreuung des Patienten,  
die eine Kombination von Grundpflege und  
aktivierender Pflege beinhaltet. Wenn auch  
die rehabilitativen Massnahmen während  
der ganzen Krankheitsperiode zu beachten  
sind, bestehen drei Sitautionen (Schwer-  
punkte), in welchen sie von ganz besonderer  
Bedeutung sind. Es sind das der Eintritt ins  
Spital, das Problem der Bettlägerigkeit und  
der Übergang vom Spital ins häusliche Mi-  
lieu oder in ein Heim.

Beim *Eintritt ins Spital* kommt es infolge  
der für den Patienten äusserst belastenden  
Umstellung häufig zu einer körperlichen  
und psychischen Verschlechterung, zur *initialen Dekompensation* (Birkmeyer). Häu-  
fig äussert sich dieses Verhalten in einer  
ängstlichen, negativen, aggressiven oder de-  
pressiven Einstellung, in einem Konfusions-  
zustand, zum Teil als Folge erheblicher Gedächtnisstörungen, ferner in einer Inkonti-  
nenz und sogar im Auftreten einer Beinven-  
enthrombose. Es braucht ein besonderes  
Einfühlungsvermögen des Arztes und des  
Pflegepersonals, um diese Verhaltensweisen  
zu verhindern oder möglichst rasch zu behe-  
ben. Es lohnt sich oft, Angehörige des Pa-  
tienten tagsüber längere Zeit am Bett des  
Kranken zu lassen, damit er sich nicht in ei-  
ner völlig unbekannten Umgebung vor-  
kommt.

Der zweite Schwerpunkt ist die durch die  
*Bettlägerigkeit* an sich zu Schwächezustän-  
den und unter anderem zu einer negativen  
Stickstoff- und Kalzumbilanz führen kann,  
so sind beim Betagten die Gefahren noch  
viel ausgeprägter und vielschichtiger. Auf  
psychischer Ebene kommt es zur Interesse-  
losigkeit, Apathie, zu Depressionen, Irrita-  
tionszuständen und beschleunigtem geistigem  
Abbau, im somatischen Bereich zu Koordinationsstörungen, beim Aufstehen zu Gleichgewichtsstörungen, zu neurovege-  
tativen Fehlregulationen, oberflächlicher  
Atmung, reflektorischem Fehlverhalten,  
zum Beispiel zu Schluckstörungen mit Aspi-  
rationspneumonie, da auch der Hustenre-  
flex ungenügend ist, ferner zur Atrophie  
und Schwäche der Muskulatur, zu Gelenk-  
versteifungen, Kontrakturen, zur Inkonti-  
nenz, zu Harnsteinen, Stuhlträgheit, Er-  
nährungsschwierigkeiten, Dekubitus,  
Thromboembolien usw.

Bettruhe und medikamentöse Behandlung müssen in der Geriatrie soweit als möglich durch *Aktivierung* ersetzt werden, und der Patient muss, im Rahmen des medizinisch Möglichen, mobilisiert werden. Er muss richtig gelagert, umgelagert und passiv bewegt werden und sobald als möglich aktiv sein. Diese allgemeine Rehabilitation erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie und Krankenpflege. Da die Krankenschwester weitaus den engsten und zeitlich längsten Kontakt mit dem Patienten hat, kommt ihr im Rahmen der Rehabilitation eine äusserst wichtige Aufgabe zu, die man als *aktivierende Pflege* bezeichnet. Dessen Prinzip besteht darin, dass der Patient im Rahmen seiner Fähigkeiten alles selbst ausführt. Das ist zuerst sehr wenig, wird aber bei einem günstigen Verlauf stets gewichtiger. Die Schwester wird dem Patienten somit allmählich ihre Hilfe entziehen und ihn sobald als möglich aus dem Bett aufnehmen, zerst in einen Stuhl oder Fahrstuhl.

Im Rahmen der aktivierenden Pflege muss die Schwester die von der Physio- oder Ergotherapeutin angelernten Tätigkeiten im täglichen Gebrauch wiederholen und gleichsam automatisieren. Es braucht dazu viel Geduld, Zeit und spezielle Kenntnisse.

Der *Übergang vom Spital ins häusliche Milieu* ist ein dritter Schwerpunkt der allgemeinen Rehabilitation. Bei diesem Transfer ist zu berücksichtigen, dass jeder rehabilitierte Patient in einem gewissen «Trainingszustand» ist, der auch zu Hause unterhalten werden muss. Ausserdem ist er im Spital in einem geschützten Milieu, und die Angehörigen befürchten oft, dass sie eine adäquate Betreuung zu Hause nicht durchführen können. Aus diesem Grund müssen die für die Pflege des Patienten in Betracht kommenden Angehörigen während des Spitalaufenthaltes, ganz besonders aber in der Zeit vor der Entlassung, instruiert werden. An ihrem kranken Angehörigen müssen sie-nach genauer Einprägung des Tagesablaufs-praktisch über die Pflegemassnahmen orientiert werden; eventuelle Schwierigkeiten sind zu besprechen. Vor der Entlassung empfiehlt es sich, dass die Patienten mehrere Wochenende zu Hause verbringen, so dass man dabei auftretende Mängel korrigieren kann. Der Übergang nach Hause kann oft mit Hilfe eines Tagesspitals erleichtert werden. Leider ist deren Zahl noch nicht genügend.

*Verfasser:*

Unter der *gezielten Rehabilitation* versteht man die Massnahmen, die auf eine bestimmte Krankheit ausgerichtet sind. In der Regel kann eine gezielte Rehabilitation nur teamweise ausgeführt werden. Je nach der vorliegenden Krankheit wechselt die Bedeutung der anzuwendenden Rehabilitationsmethoden und damit auch die Zusammensetzung des Teams. Leiter des Teams ist stets der Arzt, dessen Aufgabe in der Kontrolle der medizinischen Situation des Patienten und in der Koordination der Arbeit der einzelnen Team-Mitglieder besteht. Das Ergebnis der Rehabilitation ist um so besser, je reibungsloser alle Beteiligten zusammenarbeiten.

Die gezielte geriatrische Rehabilitation hat sich vor allem mit folgenden Krankheitszuständen zu befassen:

- Lähmungsleiden, weitaus am häufigsten der Hemiplegie, seltener dem Parkinsonismus, peripheren Lähmungen u.a.,
- psychoorganischen Syndromen
- orthopädischen Problemen, wie nach Schenkelhalsfrakturen, Totalprothesen des Hüftgelenks u.a.,
- Amputierten

Zahlenmässig im Vordergrund stehen zweifellos die Patienten mit Hemiplegien, deren Rehabilitation grosse Fortschritte gemacht hat und die in vielen Fällen wieder nach Hause entlassen werden können.

Die Rehabilitation im Alter hat verständlicherweise ihre Grenzen. Bei komatösen und soporösen Patienten, beim apallischen Syndrom und beim schweren psychoorganischen Syndrom kann sie nicht eingesetzt werden. Es können hier nur passive Massnahmen angewendet werden, wie richtige Lagerung, Umlagerung, passives Durchbewegen, eine gewisse Atemgymnastik und sorgfältige grundpflegerische Massnahmen.

Wir haben es aber schon mehrmals erlebt, dass bei diesem Vorgehen die Patienten wieder ansprechbar und allmählich zur Kooperation gebracht werden konnten, so dass anschliessend mit der eigentlichen Rehabilitation begonnen werden konnte.

Das rehabilitative Vorgehen hat sich im Alter in jedem Stadium der Gesundheit und Krankheit als sehr wertvolle Massnahme erwiesen, auch wenn die Zielsetzung oft beschränkt ist.

(Aus *FORUM MEDICI* mit freundlicher Genehmigung der ZYMA AG, NYON).

Prof. B. Steinemann

Medizinische Abteilung des C.L.-Lory-Hauses,  
Inselspital, CH-3010 Bern