

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Heimwesen = Revue suisse des établissements hospitaliers
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 48 (1977)
Heft: 1

Rubrik: Aus der Arbeit des VSA

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

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

Aus der Arbeit des VSA

Neue VSA-Mitglieder

A. Heimleiter und Mitarbeiter

Region Aargau

Schäffler Casimir und Suzanne, Altersheim, 5200 Windisch; Schüpfer Karl und Liesa, Pflegeheim Sennhof, 4803 Vordemwald.

Region Appenzell

Lusti Georg und Frieda, Privat-Altersheim, Dreilinden, 9100 Herisau.

Region Bern

Flühmann Kurt, Betagtenheim Schwabgut, Normannenstrasse 1, 3018 Bern; Kohli Markus und Therese, Altersheim, Thunstrasse 38, 3612 Steffisburg; Lehmann Hans-Ulrich und Trudy, Burgerheim, 3400 Burgdorf; Stucki Emmi, Altersheim Elfenu, Brunnadernrain 8, 3000 Bern; Rickenbacher Hans und Myrtha, HL, Lehlingsfoyer, Viaduktstrasse 31, 2502 Biel.

Region Basel

Junker Regula, HL-STV, Wohnheim, Rüttimeyerstrasse 14, 4054 Basel; Eppstein Gretel, «La Charmille», Inzlingerstrasse 235, 4125 Riehen; Brändli Emmy, Chrischonaheim, St. Albananlage 31, 4000 Basel; Sohn Othmar, HL-STV, Kant. Kinderbeobachtungsheim, 4438 Langenbruck; Hunziker Hans, HL, Weiherweg, Spalenring 83, 4054 Basel.

Region Graubünden

Schönberg Eugen und Beatrice, Kinderheim La Margna, 7505 Celerina; Wolf Betty, Schwester, Asyl Neugut, 7302 Landquart; Camenisch Maurus und Wilhelmine, Verwalter, Jugendzentrum, 7075 Churwalden.

Region Schaffhausen/Thurgau

Dobrew Kurt und Annemarie, Alters- und Pflegeheim, 9320 Arbon; Schläfli Klaus und Lina, Schulstiftung Glarisegg, 8266 Steckborn.

Region St. Gallen

Fatzer Eugen und Ursula, Kappelhof, 9302 Kronbühl; Landolt Hedi, Alters- und Pflegeheim «Feld», 9230 Flawil; Zimmermann Fritz und Rosmarie, Alters- und Bürgerheim Espel, 9202 Gossau; Vonarburg Ueli, HL, Mühlhof, 9327 Tubach.

Region Zentralschweiz

Achermann Therese, Heim im Bergli, Berglistrasse 20, 6005 Luzern; Gyger Pia, Therapieheim Sonnenblick, 6047 Kastanienbaum.

Region Zürich

Benninger Paula, Hausbeamtin, Altersheim Breitenhof, 8630 Rüti; Büttner Paul und Edith, Pestalozziheim Redlikon, 8712 Stäfa; Eder Sr. M. Katharina, Basteiplatz 1, 8001 Zürich; Grah Elsa, Lehlingsheim Gebr. Sulzer, Langgasse 53, 8400 Winterthur; Gut Edwin und

Hedwig, Industrieheim der Heilsarmee, Geroldstrasse 25, 8005 Zürich; Schenkel Elisabeth, HL-STV, Lindenbaum, 8330 Pfäffikon; Schubiger Edwin und Edith, St. Peter und Paul, Werdgässchen 15, 8004 Zürich; Stucki Hansjörg, Altersheim Breitenhof, 8630 Rüti; Werthmüller Elsa, Alterssiedlung Hochweid, Stockenstrasse 130, 8802 Kilchberg.

Einzelmitglieder

Boss Markus und Maya, Pestalozzistiftung, 4305 Olsberg (Erzieher); Hürlimann Oswald, Heilpädagogie, Therapieheim Sonnenblick, 6047 Kastanienbaum; Ammann Ruth, Erzieherin, Pestalozzihaus, 8352 Rätterschen; Angst Peter, Erzieher, Schulheim Sonnenbühl, 8311 Brütten; Bärlocher Andreas, Schüler, Rychenbergstrasse 372, 8401 Winterthur; Brauchli Hanna, Gruppenleiterin, Jugendheim, 8427 Freienstein; Eggenberger Betti, Erzieherin, Jugendheim, 8427 Freienstein; Fehr Max, Erzieher, Sonnenbühl, 8311 Brütten; Hauser Monika, Gruppenleiterin, Jugendheim, 8427 Freienstein; Hauswirth Marianne, Erzieherin, Pestalozzihaus, 8607 Aathal; Inauen Christine, Erzieherin, Pestalozzihaus, 8352 Rätterschen; Pesler Heinz, Gruppenleiter, Friedheim, 8608 Bubikon; Pfalzgraf Claus, Gruppenleiter, Pestalozzistiftung, 8934 Knonau; Wahl Bruno, BAH-Ausbildung, Pestalozzihaus Schönenwerd, 8607 Aathal; Widmer Oskar, Gruppenleiter, Pestalozzistiftung, 8934 Knonau; Wintsch Gerhard, Gruppenleiter, Sonnenbühl, 8311 Brütten; Zeidler Gerhard, Gruppenleiter, Albisbrunn, 8915 Hausen; Zürcher Hermann, Gruppenleiter, Friedheim, 8608 Bubikon; Eicher Margrit, Gruppenleiterin, Schloss, 8158 Regensberg; Gasser Kurt, Gruppenleiter, Schloss, 8158 Regensberg; Blattner Elisabeth, Gruppenleiterin, Schloss, 8158 Regensberg; Bauer Elisabeth, Gruppenleiterin, Schloss, 8158 Regensberg; Brühlmeier Theres, Erzieherin, Schloss, 8158 Regensberg; Geiger Elisabeth, Gruppenleiterin, Schloss, 8158 Regensberg.

B. Heime

Region Aargau

Borna, Blinden- und Invalidenheim Boningen, 4663 Aarburg; Heimgarten, Haus für Frauen und Töchter, Konradstrasse 11, 5000 Aarau; Friedberg, Schulheim für Mädchen, 5707 Seengen; Bezirks-Altersheim, 5103 Wildegg.

Region Appenzell

Altersheim Schönenbühl, 9042 Speicher.

Region Basel

Kinderheim Lindenberg, Oberer Rheinweg 93, 4000 Basel; Bürgerliches Waisenhaus, Theodorskirchplatz 7, 4005 Basel; Sonnenhof, Heim für seelenpflegebedürftige Kinder, 4144 Arlesheim; Ciba-Geigy AG, 2 Heime für auswärtige Lehrlinge, Postfach, 4002 Basel; Altersheim Oekolampad, Allschwilstrasse 73,

4000 Basel; Hoffmann-La Roche & Co. AG, Lehlingsheim, Chrischonastrasse 48, 4058 Basel; Erziehungsheim Schillingsrain, 4410 Liesthal; Kinderbeobachtungsheim BL, 4438 Langenbruck.

Region Bern

Kinderheimat Tabor, 3703 Aeschi bei Spiez; Kant. Beobachtungsstation und Lehlingsheim, Hühnerbühlstrasse 206, 3065 Bolligen; Altersheim Stadtmatte, 3714 Frutigen; Taubstummen- und Sprachheilschule, Eichholzstrasse 18, 3084 Wabern; Schössliheim, 2542 Pieterlen.

Region Schaffhausen/Thurgau

Pestalozziheim, Oerlifall 25, 8200 Schaffhausen; Altersheim Schönbühl, 8200 Schaffhausen; Altersheim der Stadt Stein am Rhein, 8260 Stein am Rhein; Stiftung Hofacker, Kirchgasse 33, 8570 Weinfelden; Altersheim Verahaus, 4936 Balgach.

Region St. Gallen

Altersheim, Aeulerstrasse, 9470 Buchs; Platanenhaus, Erziehungsheim, 9242 Oberuzwil; Kinderheim zum Andwiler, Künggasse 1235, 9425 Thal; Altersheim Bunt, 9630 Wattwil; Altersheim Singenberg, Rorschacherstrasse 80, 9000 St. Gallen; Evang. Altersheim zur Altensteig, Appenzellerstrasse 37, 9424 Rheineck.

Region Zentralschweiz

Therapieheim Sonnenblick, 6047 Kastanienbaum; Jugendsiedlung Utenberg, Utenbergstrasse 7, 6006 Luzern.

Region Zürich

Heim zur Platte, 8608 Bubikon; Evang. Schülerheim Friedheim, 8608 Bubikon; Alterswohnheim Gehren, Erlengutstrasse 12, 8703 Erlenbach; Alterswohnheim Tägerhalde, 8700 Küsnacht; Waisenhaus, Goldbacherstrasse 16, 8700 Küsnacht; Altersheim Wangensbach, Alte Landstrasse 136, 8700 Küsnacht; Pestalozzihaus, 8352 Rätterschen; Sprachheilheim Schwyzerhüli, Sonnenbergstrasse 36, 8032 Zürich; Mathilde-Escher-Stiftung, Lenggstrasse 60, 8008 Zürich; Kinderkrippe, Untere Heselbachstrasse 42, 8700 Küsnacht; Kant. Kinderheim Brüschalde, Bergstrasse 120, 8708 Männedorf; Stiftung Schloss, 8158 Regensberg; Altersheim Wiesengrund, Wülflingerstrasse 7, 8400 Winterthur; Gebr. Sulzer AG, Lehlingsheim Hegifeld, 8404 Winterthur; Alterszentrum Hottingen, Freistrasse 71, 8032 Zürich; Schloss Turbenthal, 8488 Turbenthal; Altersheim Neumünster, Minervastrasse 144, 8032 Zürich; Kinderheim Bühl, 8820 Wädenswil; Kinderheim, 8247 Flurlingen.

Ohne Region

Haushaltungsschule Hohenlinden, Wengisteinstrasse 19, 4500 Solothurn; Kinderheim «La Clairière», Sozial-Pädagogischer Dienst des Kantons Basel-Stadt, 2067 Chaumont; Sonderschule Kinderheim, 4566 Kriegstetten.

3.2 Bei der Essensausgabe sind keine personellen Probleme zu erwarten. Das Servieren könnte wie bisher im Team (Heimeltern und Officeangestellte) bewältigt werden.

3.3 Der finanzielle Mehraufwand, der das neue System mit sich brächte, hielte sich mit Sicherheit in tragbarem Rahmen.

Ich errechnete eine maximale Erhöhung der Tagesverpflegungspauschale von Fr. 1.70 (bisher Fr. 8.30, neu zirka Fr. 10.—, Löhne und Lebensmittel).

3.4 Dieser Betrag wurde, wieder auf unser Altersheim mit 80 Personen bezogen, folgendermassen berechnet:

Monatlicher
Personalmehraufwand Fr. 1800.—
Monatlicher
Lebensmittelmehraufwand Fr. 2200.—

3.5 Der errechnete Mehraufwand von total Fr. 4000.— in einem Monat, aufgeteilt auf 80 Pensionäre, ergibt die unter Punkt 3.3 beschriebene Erhöhung der Tagesverpflegungspauschale um Fr. 1.70.

Ich hoffe, dass meine Ausführungen der Aenderungsvorschläge den Leser überzeugen mögen. Ich glaube, dass sich das neue System zum Wohle und zur allgemeinen Zufriedenheit einführen liesse. Mit meinem neuen System gäbe man den Pensionären die Möglichkeit, den wesentlichsten Teil des täglichen Lebens selbst mitzugestalten. Ich bin der Ueberzeugung, dass auch der ältere Mensch ein Recht darauf hat, seinen Tagesablauf und seine Essenswahl in gewissem Rahmen selbst zu bestimmen. Mit Sicherheit könnte mein Vorschlag unserem «Problem Nr. 1» die Spitze nehmen und das Klima wesentlich verbessern.

Paul Baumgartner, Koch
Pfrundhaus Zürich

Aus der VSA-Region Aargau

Zusammenkunft im Arbeitszentrum Strengelbach 23. November 1976, 14.15 Uhr

23 interessierte Kinder-, Jugend- und Altersheimleiter folgten der Einladung zur Besichtigung des Arbeitszentrums für Behinderte in Strengelbach. Herr Rudolf Haller, Leiter des 1962 gegründeten Werkes, gab einen guten Ueberblick über Entstehung und Aufgabe des Arbeitszentrums. Herr und Frau Parkinson, Leiter des Wohnheimes für 115 Interne, führten die Gäste durch Wohnheim und Werkstätten, in denen auch 100 Externe beschäftigt und geschult werden.

Bei einem guten Zvieri wurden weitere Fragen beantwortet, und auch die Geselligkeit kam zu ihrem Recht. Tief beeindruckt kehrten die Heimleiter zu ihrer eigenen Aufgabe zurück. R. H.

Präzisierung einer Pressemeldung

Im Zusammenhang mit der Aenderung des Küchenkonzeptes (Umstellung auf Selbstverpflegung durch die Heimküche) im Alterswohnheim «Spitz» in Kloten erschien in einer **Zürcher Tageszeitung** eine diesbezügliche Pressemeldung, die sich unter anderem auch auf den bisherigen Mahlzeiten-Lieferanten, einem ungenannten Betrieb in Wetzikon, bezog. Da es sich bei diesem Betrieb um das Altersheim Wetzikon handelt, legt deren Leitung nun Wert darauf, den entsprechenden Abschnitt ins «rechte Licht» zu rücken, was die Fürsorgeabteilung der Stadt Kloten und die Leitung des Alterswohnheimes «Spitz» gerne nachholen, und wie folgt Stellung nehmen:

Die uns vom Altersheim Wetzikon zubereiteten Mahlzeiten entsprechen den Ansprüchen einer alterskonformen Verpflegung, zumindest zum Zeitpunkt der Fertigstellung. Die Nachteile, die zur teilweisen Unzufriedenheit und schlussendlich zur Konzeptänderung auf volle Selbstverpflegung führten, waren einerseits die nicht durchwegs einfachen Voraussetzungen, die zur optimalen Erfüllung der vorgeschriebenen Handhabung erforderlich sind — sei dies in der Abkühlung, Lagerung und dem Transport der Speisen. Andererseits waren die relativ grosse Bezugsdistanz sowie die nicht zu unterschätzende Unbeweglichkeit massgebend für den Entschluss der Konzeptänderung.

Fürsorgeabteilung
der Stadt Kloten

Zum Konzept einer Abteilung für Geriatrie-Rehabilitation

*Vom «Chronischkranken»
zum «kontinuierlich
betreuungsbedürftigen Patienten».*

Die Realisation der Abteilung Geriatrie-Rehabilitation im Zieglerspital wird bereits in einem Gutachten der Herren Prof. B. Steinmann und Direktor Dr. F. Kohler, Inselspital, Bern, aus dem Jahre 1962 sehr genau definiert. Es ist dort zu lesen: «Es gehört heute zur Behandlung des Chronischkranken, dass die neben der Krankheit bestehenden Leistungsreserven ausgeschöpft und in angepasster Weise durch Uebung erhöht werden. Man nennt diese *aktivierende Behandlung*, bei der der Patient unter Aufsicht seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit verbessert, Rehabilitation.» «Die moderne Behandlung der Chronischkranken erfordert somit vom Arzt und vom Pflegepersonal eine Umstellung im medizinischen Denken.» Es wird festgehalten, dass die rehabilitative Betreuung Betagter speziell geschultes Personal und spezielle Einrichtungen braucht, sich aber gleichzeitig auf die Infrastruktur eines gut ausgebauten Akutspitals abstützen können muss.

Im Laufe der Jahre hat sich ein Wandel in der Geriatrie vollzogen. Sie ist heute dynamisch, einerseits aus der Erkenntnis heraus, dass nicht alle Betagten in Altersinstitutionen untergebracht werden sollen und können. Andererseits ist Altsein heutzutage nicht mehr geprägt von einer ausschliesslich biologischen Problematik, wie dies bis Ende des 19. Jahrhunderts der Fall war, sondern von einer psychologischen und neuerdings hauptsächlich sozialen. *Alter ist soziales Schicksal geworden.*

Nach Analyse der jetzigen Situation in der Geriatrie und Gerontologie und nach Berücksichtigung der Altersbetreuung im Raume Bern mit ihren unzähligen leistungsstarken Institutionen wurde definiert, wie sich die neue Abteilung Geriatrie-Rehabilitation in die Betreuung Betagter einfügen soll. Es wurden Zielformulierungen erarbeitet, die die Grundlagen für kurz-, mittel- und langfristige Planung darstellen.

Zielsetzungen

1. Abklärung, Therapie und Rehabilitation von akut erkrankten Betagten oder kontinuierlich betreuungsbedürftigen Patienten mit akuten Komplikationen. Speziell werden dabei berücksichtigt:

- die besondere Pathophysiologie der Erkrankungen des älteren Menschen,
- altersbedingte Krankheitssymptomatologie,
- die altersbedingte Problematik der Diagnosestellung,
- die Polymorbidität im Alter,
- die psychischen und psychologischen Probleme des älteren Menschen
- die Stellung des älteren Menschen in der Gesellschaft,
- die Therapie und die therapeutischen Konsequenzen beim älteren Menschen,
- die Aufgabe der Nachsorge,
- Ethik und religiöse Fragen.

Der Patient soll durch die oben erwähnten Massnahmen wenn immer möglich nach Hause entlassen werden können. Nur wenn sich dies auch mit Hilfsmitteln nicht verwirklichen lässt, kommt die Entlassung in eine Altersinstitution in Betracht.

2. Dienstleistungen an Dritte in Form von Beratungstätigkeit (Konsilien) durch das ganze Mitarbeiterteam für praktizierende Aerzte, alle Altersinstitutionen im Rahmen eines sozialgeriatriischen Dienstes, andere Spitalabteilungen.

3. Aus- und Weiterbildung von in geriatricher Betreuung Tätigen, wie diplomierte Krankenschwestern AKP, Krankenpflegerinnen FA SRK, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Hauspflegen und Haushilfen, Aerzten mit Interesse für Geriatrie und Rehabilitation.

4. Veröffentlichung der im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen mit

Schwerpunkt im Bereiche der praktischen Medizin.

5. Oeffentlichkeitsarbeit.

Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation soll den praktizierenden Aerzten als funktionstüchtiger Dienstleistungsbetrieb für die Betreuung betagter Patienten zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde wird das Hauptgewicht auf Zuweisungen der Hausärzte gelegt. Sie sind es, die den Patienten nach der angestrebten Entlassung wieder in ihre Betreuung übernehmen. Unter dem Gesichtspunkt und mit dem Ziel der Rehabilitation werden auch Patienten aus *Altersinstitutionen* und anderen Spitalabteilungen übernommen.

Es war genau zu definieren, welche Aufgaben und Ziele man nicht übernehmen bzw. erfüllen kann. Dies erfolgte aus Gründen des oekonomischen und sinnvollen Einsatzes der zur Verfügung stehenden Mittel. Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation mit ihren 76 Betten ist nicht:

- ein Ort der Platzierung entsprechend eines Pflegeheimes;
- ein Ort der Versorgung von Patienten, die andere Institutionen «abschieben wollen»;
- ein Ort für Patienten aus dem Spezialgebiet der ORL, Dermatologie, Ophthalmologie, Gynäkologie, Chirurgie, Urologie;
- ein Ort zur Betreuung psychiatrischer Patienten oder zur Betreuung von Patienten, die einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung bedürfen.

Zum bisher gesagten seien einige *Kommentare* angebracht: Bei der ersten Zielsetzung wird bewusst der Begriff «chronischkrank» nicht gebraucht. Auf unserer Abteilung existiert er nicht, da er sowohl beim Patienten wie auch bei allen Personen, die mit ihm in Kontakt kommen, ja auch in der Oeffentlichkeit, mit einer ausgesprochen negativen Wertung verbunden ist: Der «Chronischkranke» wird als passives, entmündigtes Pflegeobjekt angesehen, als hoffnungsloser Fall, der keine Besserung und keinen Fortschritt erwarten lässt, der das Pflegepersonal in diesem Sinne nie honoriert und der nur Leistungen von seiner Umwelt verlangt. Der «Chronischkranke» verstopft die Betten, zum Beispiel in Akutspitalern, er ist im Weg, niemand will ihn. «Chronischkrank» wird so zum Vorurteil, gegen das unseres Erachtens zu Unrecht nichts unternommen wird.

Für uns sind solche Patienten *kontinuierlich Betreuungsbedürftige*. Bei der kontinuierlichen Betreuung wird Wert gelegt auf die *Kontinuität*. Der Patient soll nie plötzlich einfach verstossen werden oder dieses Gefühl erhalten. Er soll sich von seiner Umgebung an- und aufgenommen fühlen, er soll in die Gesellschaft integriert bleiben und sich in seiner sozialen Umwelt zurechtfinden. So ist die Ausgangslage für das Meistern seines eigenen Lebensweges besser. Der Weg zu sich selbst ist für den Patienten leichter, wenn der Weg zur Umwelt nicht abgeschnitten ist.

Der Begriff der *Betreuung* wird geprägt durch die Treue zum Patienten, also zum Mitmenschen; diese Betreuung wollen wir als ein verantwortungsbewusstes Begleiten auf dem Lebensabschnitt verstanden wissen. Für die Treue werden wir als Betreuer honoriert, wenn wir uns von der Vorstellung lösen, dass uns die Patienten technisch messbare Fortschritte als Belohnung unserer Bemühungen geben müssten. Der ältere Mensch kann hier seine Persönlichkeitswerte in die Waagschale werfen. Wir müssen ihr Gewicht kennen, abschätzen und schätzen lernen, im Sinne der Bereicherung für uns selbst.

Hinsichtlich aller im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich zu treffenden Massnahmen soll bei uns eine *Equipenarbeit* erbracht werden. Krankenschwester, Pflegerin, Therapeutin, Sozialberaterin und Arzt, aber auch Personen der *spitalexternen Betreuung* wie Gemeinde- und Gesundheitsschwester, Haushilfe und Hauspflege, Hausarzt und Angehörige arbeiten zusammen mit dem Patienten, und nie ohne ihn, auf nahe und ferne Ziele hin. Das Spital darf nicht möglichst fern von der spitalexternen Alltagswirklichkeit sein. Prozedere für seinen Patienten festlegen. Es soll seine Türen nach aussen öffnen. Damit kann es offen werden für das, was zum Beispiel der Hausarzt an Erfahrungen mit seinem zurzeit hospitalisierten Patienten mitbringt. So findet ein dauerndes gegenseitiges «postgraduate-Training» statt, das für alle Teile anregend ist. Der Hausarzt und die spitalexternen Betreuer können an den Rehabilitations-Besprechungen für ihre Patienten aktiv teilnehmen, sie werden dazu speziell eingeladen.

Die *Spitalentlassung* muss auf lange Sicht vorbereitet werden. Der oftmals begründete Vorwand, die Umwelt könne nicht die Verantwortung für den Betagten nach der Spitalentlassung übernehmen, resultiert aus einer Unsicherheit und Angst im Verhalten dem Patienten gegenüber. Wir versuchen dieser Angst zu begegnen, indem wir Angehörige in die Betreuung des Patienten mit einschliessen, dies bereits während des Spitalaufenthaltes. Wir zeigen den Angehörigen, wozu der Patient fähig ist, und mit welchen oftmals einfachen Mitteln man ihn bei seinen Aktivitäten unterstützen und positiv motivieren kann.

Gelegentlich wird es sich als notwendig erweisen, die Entlassung schrittweise vorzunehmen. Der Patient wird einige Male tagsüber zu Hause sein, später während zweier oder dreier Tage, und erst anschliessend wird der definitive Schritt in die eigene Welt zurück möglich werden.

Zwei weitere «Brücken», die die Rückkehr des Patienten leichter und eventuell früher ermöglichen, sind das *Tagesspital* und die *Nachsorgeabteilung*. Beide sollen in einer nächsten Phase in noch bestehenden Bauten aus den Jahren 1951 und 1968 auf dem Areal des Zieglerospitals verwirklicht werden. Das Tagesspital mit 40 Plätzen entspricht einer geriatrischen Tagesklinik, wie sie zum Beispiel in Basel und Genf schon meh-

rere Jahre existieren. Durch die Aufnahme eines Patienten ins Tagesspital kann unter Umständen auch eine stationäre Hospitalisation umgangen werden.

Auf der Nachsorgeabteilung mit 44 Betten soll der Rehabilitationsstand des Patienten gehalten werden können, bis die für ihn notwendigen Massnahmen für die Entlassung getroffen, allfällig benötigte Hilfen oder die entsprechende Altersinstitution gefunden sind.

Tagesspital und Nachsorgeabteilung ermöglichen es, die 76 Betten der jetzt eröffneten Abteilung Geriatrie-Rehabilitation in dem Sinne zu entlasten, dass sie rascher weiteren rehabilitationsbedürftigen Patienten zur Verfügung gestellt werden können.

Ist der *Eintritt in eine Altersinstitution vorgesehen*, so soll der Betagte auch hier die Möglichkeit haben, die Oertlichkeiten seiner künftigen Bleibe vorerst kennenzulernen und mit seinen dortigen Betreuern persönlichen Kontakt aufzunehmen. Ohne eingehende und ausgedehnte Vorabklärung der Situation stimmen folgende Aeusserungen immer wieder nachdenklich: «Für den Patienten ist es so wieso das beste, in ein Alters- bzw. Pflegeheim einzutreten. Da es ab morgen dort einen freien Platz hat, muss er einfach einsehen, dass er diese Gelegenheit benützen muss. Er wird es anfänglich wohl schwierig haben, aber er muss sich damit abfinden.» Auch wir selbst könnten uns mit solchen Beschlüssen über uns nicht «einfach» abfinden und sie nicht «einfach» einsehen. Was wird hier vom älteren Menschen verlangt?

In der Oeffentlichkeitsarbeit befassen wir uns mit der *Sensibilisierung der Bürger im mittleren aktiven Lebensalter für die Fragen von Gerontologie und Geriatrie, mit der Vorbereitung auf das Alter, mit dem Sinn und Ziel des Alters, mit der Verantwortung der Generationen füreinander, auch der älteren für die jüngere, mit der Reintegration des Betagten in die Gesellschaft*.

Die dargelegten Zielsetzungen können ohne personelle und materielle Mittel nicht verwirklicht werden. Wir dürfen uns glücklich schätzen, für unsere Ziele begeisterte Mitarbeiter zu haben: Krankenpflegerin FA SRK, diplomierte Krankenschwester, Arzt wie auch Ergotherapeutin, Physiotherapeutin und Sozialberaterin arbeiten möglichst lang auf der gleichen Station zusammen. Der Patient, durch die Hospitalisation ohnehin in einer Ausnahmesituation, oftmals verunsichert und verängstigt, muss seine konstanten Bezugspersonen in der Betreuungs-Gruppe haben. So kann ein echtes und tragendes Vertrauensverhältnis entstehen, das zum besten Motivationsmoment für Patient und Betreuer wird.

Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation ist in 4 Stationen zu 16 und eine Station zu 12 Betten unterteilt. Sie verfügt über 8 Vierer-, 16 Zweier- und 12 Einzelmzimmer. Alle Zimmer sind mit den entsprechenden Nebenräumen sehr zweckmässig eingerichtet. Es stehen im weiteren eine modern eingerichtete Physio-

therapie und eine Ergotherapie, die auch der chirurgischen und medizinischen Abteilung des Hauses dienen, zur Verfügung.

Auf unserer neuen Abteilung Geriatrie-Rehabilitation herrscht nicht Fatalismus angesichts des Alters unserer Patienten. Geriatrie-Betreuung ist jung, sie will dynamisch sein und bleiben, sie ist voll von Chancen: **Die Verwirklichung einer «personalen Medizin».**

Dr. Ch. Chappuis, Chefarzt Geriatrie — Rehabilitation Zieglerspital, Bern

Aus dem Spitem-Bulletin des Roten Kreuzes

Aus dem Mitteilungsblatt der SHG

Vereinigung zur Personalaus- bildung für Geistigbehinderte (VPG)

Das Zentralsekretariat SHG besorgt die administrativen Aufgaben des VPG-Vorstandes.

Neuer Präsident ist Herr Oskar Stockmann, Rütimattli, Flüeli-Ranft.

Im Auftrag der Delegiertenversammlung vom 22. Juni 1976 prüft der Vorstand ein neues Kursmodell:

- Die Betreuung von Geistigbehinderten in Heimen und Werkstätten wird von anderen Gesichtspunkten aus angesehen als bisher.
- Interessierten Berufsleuten aus verschiedensten Sparten soll eine Ausbildung zur Betreuung von Geistigbehinderten ermöglicht werden.
- Die Zulassungsbedingungen sollen klar umschrieben werden.
- Das Gespräch mit Fachkreisen, im besonderen mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Heimerzieher-schulen (SAH), wird gesucht.

Früherziehung

Die SHG hat sich zur Aufgabe gemacht, die Bestrebungen im Bereich der Früherziehung zu unterstützen und sich folgendes Ziel gesetzt: «Bis 1986 werden in der Schweiz genügend beruflich ausgewiesene Früherzieher tätig sein. Bis dann verfügt jeder Kanton bzw. jede Region über eigene, zweckmässig organisierte Heilpädagogische Dienste. Die Information der Öffentlichkeit ist sichergestellt.»

Dieses Ziel soll insbesondere erreicht werden durch:

- Organisation der Fortbildung:** Unter der fachlichen Leitung des HPS-Zürich wird 1977/78 ein Fortbildungskurs für Mitarbeiter von Heilpädagogischen Diensten durchgeführt.

2. **Information:** Die Behörden und Fachkreise werden auf die Notwendigkeit einer sach- und fachgerechten Früherziehung aufmerksam gemacht.

3. **Die Förderung des Gesprächs in Fachkreisen:** Unter Berücksichtigung einer koordinierten, nationalen Bildungspolitik sollen die Ausbildungsstätten zur Planung der Ausbildung bzw. Weiterbildung aufgefordert werden.

4. **Empfehlungen:** An die kantonalen Erziehungs- und Fürsorgedirektionen sollen Empfehlungen über die Schaffung bzw. Neukonzipierung von Heilpädagogischen Diensten gerichtet werden.

Spiel — Spielzeug — Therapiematerial

In der französischen Schweiz befasst sich eine Studiengruppe eingehend mit der Bedeutung des Spiels in der Erziehung, Schulung und Betreuung von Geistigbehinderten.

Marianne Gerber, Zentralsekretärin

Denkt beim Bauen an die Behinderten

Die Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter (SAEB) bittet alle Architekten, Ingenieure, Bauherren und Behörden, bei jedem privaten oder öffentlichen Bauvorhaben folgende **Richtlinien** zu beachten:

- Denkt** beim Planen und Bauen an die Behinderten und Betagten, vor allem an jene im Rollstuhl. Vermeidet unnötige Hindernisse.
- Jedes Gebäude soll mindestens im Erdgeschoss *stufen-* und *schwollenlos* zugänglich sein. Aufzüge müssen hindernissfrei erreichbar sein. Liftbreite 110 cm, Tiefe 140 cm, Türe mindestens 80 cm.
- Rampen** können Treppen ersetzen. Rampen mit einer Steigung von unter 6% können die meisten der Rollstuhlfahrer aus eigener Kraft bewältigen. Rampen bis zu 12% Steigung sind mit Hilfe Dritter zu überwinden.
- Alle Türen, auch Lift-, Küchen-, Bad- und WC-Türen, sollen schwellenlos sein und eine *Normalbreite* von 90 cm, ausnahmsweise mindestens 80 cm, aufweisen.
- Bad und WC sollen getrennt, beide aber gross genug sein, um im Rollstuhl einfahren und die Türe schliessen zu können. Im WC soll der Rollstuhl *neben* der WC-Schüssel Platz finden, also Mindestens 140 x 140 cm. Die Türe soll nach aussen öffnen.
- Alle Tür- und Fenstergriffe, elektrischen Schalter und weitere Armaturen sollen auf 100 cm Höhe angebracht sein, damit sie sitzend vom Rollstuhl aus gut erreichbar sind. Fensterbrüstungen sind so niedrig zu

halten, dass ein Ausblick vom Rollstuhl aus gut möglich ist.

7. In der *Küche* sollen Spültrog, Herd und Backofen eine Arbeitshöhe von 85 cm aufweisen. Der Spültrog soll bis auf 70 cm unterfahrbar sein. Gestelle und Schubladen sind zwischen 40 cm und 140 cm vom Rollstuhl aus erreichbar.

8. Unvermeidbare *Treppen* dürfen nicht zu steil sein. Tritte sollen nicht auskragen. Die Handläufe der Geländer sollen ein griffiges, rundes oder ovales Profil aufweisen.

9. In *öffentlichen* Gebäuden muss mindestens ein WC und eine Telefonkabine rollstuhlgängig und mit dem ICTA-Signet gekennzeichnet sein.

10. Nicht nur bei Gebäuden, sondern auch bei *Verkehrsanlagen* und öffentlichen Verkehrsmitteln — Einstiege in Tram- und Bahnwagen — soll auf die Behinderten und Betagten Rücksicht genommen werden.

Diese Merkblätter können unentgeltlich bezogen werden beim SAEB-Sekretariat, Brunastrasse 6, 8002 Zürich.

Neuer Präsident der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie (SAL)

Der St. Galler Kinderarzt und Neurologe Dr. med. G. Hafen wurde an der vergangenen Mitgliederversammlung der SAL vom Samstag, 6. November, zum neuen Präsidenten gewählt. Der Fachverband für Logopädie ist der Schweizerischen Pro Infirmis angeschlossen und zählt über 700 Mitglieder. Hauptanliegen dieses 1942 gegründeten Fachverbandes sind: Die Früherfassung und Behandlung Sprachgeschädigter und die Ausbildung von Logopäden. Die Betreuung des Sprachbehinderten ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Dem Fachverband gehören denn auch verschiedene Spezialärzte (Ohrenärzte, Kinderärzte, Psychiater usw.) an.

Dr. med. G. Hafen ist als Kinderarzt und Neurologe in stetigem engem Kontakt mit den bestehenden Einrichtungen für Sprachheilpädagogik. Er hat sich in den letzten Jahren insbesondere mit den Problemen der Legastheniker und Stotterer intensiv auseinandergesetzt. Die Wahl eines Kinderarztes und Neurologen zum Vorsitzenden der SAL ist für diese ein grosser Gewinn.

Der bisherige Präsident, Prof. Dr. med. H. Spöndlin, Ohrenarzt, trat zurück, da er seiner Berufung nach Innsbruck folgte. Für sein erfolgreiches Wirken zum Wohle der Sprachbehinderten sei ihm an dieser Stelle herzlich gedankt.

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie