

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Heimwesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen

Band: 49 (1978)

Heft: 6

Artikel: Der alte Mensch im Heim - psychische Aspekte : Altersheime haben bei den Betagten keinen guten Ruf

Autor: Ernst, Cécile

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809730>

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: 25.11.2024

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

Kein Heim-Eintritt ohne Vorbereitung

Im Rahmen der Tagung für Altersheimleitung und Kaderpersonal 1977, die dem Thema «Der alte Mensch im Heim» gewidmet war, sprach Dr. Cécile Ernst über die psychischen Aspekte dieses Themas. Nachdem in Nummer 3/78 die Vorträge von Pfr. Dr. G. Albrecht (Zollikon) und alt Gemeinderat Klaus Schädelin (Bern) den Fachblattesern im Wortlaut vorgelegt worden sind, folgt jetzt, wie angekündigt, zur Ergänzung und Abrundung das eindruckliche Referat von Frau Dr. C. Ernst. Desgleichen wird in dieser Ausgabe die Textfassung einer Tonbandaufzeichnung des von Heinrich Riggenbach (Bern) geleiteten Podiumsgesprächs abgedruckt, welches den Abschluss der Weinfelder Tagung 1977 bildete.

Der alte Mensch im Heim — psychische Aspekte

Altersheime haben bei den Betagten keinen guten Ruf

Von Dr. Cécile Ernst, Zürich

Wenn ein Nichtfachmann hört, dass in allen westlichen Ländern etwa 5 bis 10 Prozent der über 65jährigen in einem Heim oder Spital leben, so ist er meistens überrascht, wie klein dieser Anteil ist, und geneigt, Heimen wenig Bedeutung zuzumessen. Der geringe Prozentsatz trägt aber: Wenn man höhere Altersklassen betrachtet, so ist ein beträchtlicher Anteil der Älteren unter den Alten institutionalisiert. In der Schweiz leben 20 Prozent der über 80jährigen Frauen und 13 Prozent der über 80jährigen Männer in Institutionen (Pro Senectute, 1977). In England sind von allen 65jährigen und Älteren 5,6 Prozent, von den 85jährigen und Älteren aber 17,2 Prozent in Heimen untergebracht, in den USA 5 Prozent und 16 Prozent. (CANVIN 1973; TOBIN 1976.)

Der Anteil der Älteren unter den Alten wächst

In der Schweiz und in England — und wohl in allen Industriestaaten — wächst der Anteil der Älteren unter den Alten stärker als der Anteil der über 65jährigen überhaupt. 1900—1970 nahm die Schweizer Wohnbevölkerung im Ganzen um 89 Prozent zu, der Anteil der über 65jährigen insgesamt um 270 Prozent und unter diesen der Anteil der über 75jährigen um 389 Prozent. Dass die Entwicklung auch jetzt in diesem Sinn weitergeht, zeigen die Zahlen des Eidg. Statistischen Amtes für die Schweiz 1976: die Gesamtheit der über 65jährigen stieg um 1,9 Prozent, die Untergruppe der über 75jährigen um 4,2 Prozent («NZZ», 4.8.1977). Wenn die Älteren unter den Alten zunehmen, so hat das viele Konsequenzen. Sie sind dem Tod näher, und die Wahrscheinlichkeit von körperlicher und seelischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist grösser. Der Anteil der Frauen ist

besonders hoch, denn je weiter man in der Alterspyramide nach oben vorrückt, um so stärker überwiegen die Frauen. Diese Entwicklung bedeutet, dass wir mit einer Zunahme von Hilfs- und Pflegebedürftigen zu rechnen haben, die wohl kaum durch einen noch so starken Ausbau der ambulanten Dienste vollständig wird aufgefangen werden können. Heime aller Art werden ihre Bedeutung nicht verlieren.

Wer lebt in Altersheimen?

Aus ausländischen Untersuchungen ist bekannt: die Älteren unter den Alten, die Alleinstehenden, die Ärmere, die Frauen.

Das ist auch bei uns so. In den Städten Zürich und Winterthur war das Durchschnittsalter der Altersheimbewohner im Jahr 1976 82 Jahre, in den Landgemeinden 79 Jahre. Frauen hat es zwei bis dreimal mehr in unseren Altersheimen als Männer. Eine Statistik über die frühere Berufszugehörigkeit ist mir leider nicht bekannt geworden; eindrucksmässig werden Altersheime — wenigstens sofern sie nicht privat sind — eher von weniger bemittelten als von gut bemittelten Personen ausgesucht.

Weiter weiss man von ausländischen Untersuchungen, dass der Prozentsatz von Altersheimbewohnern mit *psychischen Störungen* ausserordentlich hoch ist. Für die Schweiz sind mir keine Zahlen bekannt; in Deutschland und USA wurden bei Stichprobenuntersuchungen je nach Art der Heime 40—80 Prozent Heimbewohner gefunden, welche die Symptome einer leichten bis schweren chronischen Hirnschädigung aufwiesen. Eine amerikanische Untersuchung — Entsprechendes ist aus der Schweiz nicht publiziert — fand in Altersheimen 50 Prozent der Bewohner deutlich bis schwer *körperlich* behindert (BERGENER M.: Psychiatr. Praxis 1, 1974; GOLDFARB A. J.: Gerontol. 1, 1961, 178—184). Das ist der Hintergrund, auf dem die psychologischen Probleme im Heim gesehen werden müssen: eine Gruppe der älteren, sozial schwächeren, körperlich und psychisch stärker Geschädigten als es dem Durchschnitt der Betagten entspricht.

Verursacht die Institutionalisierung psychische Schäden?

In der Psychiatrie ist der Begriff «seelischer Hospitalismus» seit vielen Jahrzehnten bekannt und belegt. Er bedeutet: Schädigung des Gefühlslebens und/oder des Intellektes eines in einem Spital oder Heim lebenden Patienten durch das Leben im Spital selber. Wenn man alte psychiatrische Lehrbücher liest, so findet man in ihnen Schilderungen von Krankheitserscheinungen — etwa bei Schizophrenen —, denen man heute kaum mehr begegnet: sie sind durch Einengung, Untätigkeit und Isolierung entstanden und mit diesen Uebelständen verschwunden.

Ueber die Frage, ob Altersheime einen seelischen Hospitalismus — also Schädigung durch den Heimaufenthalt — verursachen können, ist in der Psychologie und Soziologie sehr viel geforscht worden. Im allgemeinen herrscht die Meinung vor, dass das Leben im Altersheim eine negative Wirkung auf die Persönlichkeit der Heimbewohner habe und sie hilfloser, selbstunsicherer und depressiver mache (Lit. s. TOBIN, 1976, S. 9, 10). Wenn man alte Leute, die in Heimen leben, mit gleichaltrigen Personen vergleicht, die sich in Privathaushalten aufhalten, so findet man auch wirklich, dass die Heimbewohner körperlich und seelisch kränker sind: Sie sind unselbständiger, depressiver, apathischer und haben weniger Bekannte und Freunde. Hier ist aber ein *wichtiger Einwand* anzubringen: bekanntlich wird der Eintritt in ein Altersheim erst in Betracht gezogen, wenn gesundheitliche und soziale Probleme auftreten. Heimbewohner haben also bereits beim Eintritt andere Eigenschaften als Nicht-Heimbewohner. Wie kann man nun die Probleme, die jene gewissermassen *von aussen* ins Heim hineinbringen, von den negativen Veränderungen unterscheiden, die möglicherweise *durch* den Heimaufenthalt entstehen?

Eine Antwort auf diese Frage — und damit auf die Frage, ob es einen seelischen Altersheimhospitalismus gebe — ist nur möglich, wenn man *Betagte vor und nach dem Heimeintritt* untersucht und sich fragt, was nun durch den Heimeintritt eigentlich bewirkt worden ist. Statt Querschnittsuntersuchungen, bei denen Heimbewohner und privat Wohnende verglichen werden, sind Längsschnittsuntersuchungen notwendig; das heisst Untersuchungen bei der gleichen Gruppe über längere Zeiträume hinweg.

In den Vereinigten Staaten wurde — wahrscheinlich zum ersten Mal — eine solche Längsschnittsuntersuchung durchgeführt, die einige unerwartete Resultate ergeben hat. Hundert alte Männer und Frauen, die sich in Chicago in drei Altersheimen angemeldet hatten und deren Bewerbung akzeptiert worden war, wurden vier Monate vor dem Eintritt und wieder ein Jahr nach dem Eintritt sehr ausführlich interviewt und getestet. Dadurch lässt sich eine Kurve des Befindens aufstellen, und es sind nun etwas genauere Aussagen darüber möglich, was Heimeintritt und Heimaufenthalt für alte Menschen eigentlich bedeutet.

Selbstverständlich ist eine solche *Einzeluntersuchung* nicht der Weisheit letzter Schluss. Die Anzahl der Untersuchten ist klein und hat sich über die Untersuchungszeit noch verkleinert: teils, weil die Eingetretenen schwer krank wurden oder starben, aber auch, weil eine beträchtliche Anzahl bei der zweiten Untersuchung nicht mehr mitwirken wollte. Ueber diese Verweigerer wurden bei Kontaktpersonen Auskünfte eingeholt. Das Auftreten von Verweigerern ist eine Erscheinung, die man aus allen Längsschnittsuntersuchungen kennt. Es ist eine Auswahl von Versuchspersonen mit bestimmten Eigenschaften, die bis zum Schluss mitmacht: in der Regel diejenigen mit besserer Gesundheit, grösserer Durchhaltefähigkeit, stärkeren geistigen Interessen. Die Auswahl, die sich bei Längsschnittsuntersuchungen ergibt, ist also eher positiv und der Eindruck, den man aus diesen erhält, ist somit wohl eher überdurchschnittlich günstig.

Die hundert alten Amerikaner lassen sich mit *unseren* Altersheimbewohnern durchaus vergleichen: sie waren zu 70 Prozent Frauen, das Durchschnittsalter betrug 78 Jahre und sie stammten aus Arbeiter- oder Handwerkerkreisen. Die Heime, in die sie eintraten, waren ausgesprochen fortschrittlich und mit Arbeitstherapie, physikalischer Therapie, einem eigenen Sozialdienst und der Möglichkeit zur psychiatrischen und allgemeinärztlichen Konsultation im Hause ausgestattet.

Vier Monate vor dem Eintritt

Hier stellt sich die entscheidende, in sovielen Untersuchungen über seelische Schäden durch das Altersheim übersehene Frage: sind Betagte, die sich für ein Altersheim entschliessen, nicht bereits schon in einer sehr viel kritischeren inneren und äusseren Situation als solche, die diesen Entschluss nicht oder noch nicht fassen? Um diese Frage zu beantworten, müssen die hundert Angemeldeten mit einer Gruppe Gleichaltriger verglichen werden, die im Sinne haben, weiter selbständig zu bleiben. Ueber Chicagos Seniorenvereine wurden achtzig alte Leute gefunden, die bereit waren, sich derselben ausführlichen psychologischen Untersuchung zu unterziehen, wie die Angemeldeten.

Dabei ergab sich überraschenderweise, dass die Selbständigen *etwa im gleichen Ausmass körperlich behindert* waren wie die Angemeldeten. Fast alle hatten chronische Krankheiten, wie zum Beispiel Herz- oder Gelenkleiden. Die künftigen Altersheiminsassen unterschieden sich aber in drei Punkten von den Selbständigen:

1. Sie fühlten sich — obwohl etwa im gleichen Ausmass körperlich behindert — schwächer, hilfloser und unterstützungsbedürftiger.
2. Sie nannten viel weniger Freunde und Bekannte als die Selbständigen. Sie empfingen auch weniger Hilfe als die Selbständigen, und alle hatten in der letzten Zeit eine entscheidende Verschlechterung in ihren menschlichen Beziehungen erfahren, etwa der-

art, dass sie nicht mehr bei der Tochter wohnen konnten, oder dass eine langjährige Wohnkollegin gestorben war.

3. Die Angemeldeten waren in psychischer Beziehung sehr viel deprimierter, resignierter, apathischer und selbstunsicherer als die Selbständigen.

Aus diesem Befund geht also deutlich hervor, dass diejenigen Betagten, die sich für ein Altersheim entschliessen, bereits vor dem Eintritt *den Rückzug auf sich selber, die Resignation und Depression zeigen*, die man manchmal *als Folge* des Heimeintritts und des Heimaufenthaltes versteht. Die Angemeldeten fühlten sich in einer ausgesprochenen *Krisensituation*. Dabei stellte sich in den Gesprächen heraus, dass *der bevorstehende Heimeintritt* ausserordentlich schwergenommen wurde.

Heimeintritt als Krise

Altersheime haben bei Betagten keinen guten Ruf. Regelmässig zeigen Befragungen von selbständig lebenden Senioren, dass man zwar die Notwendigkeit von Altersheimen erkennt, dass man aber selber nur im äussersten Notfall, wenn alle Stricke reissen, eintreten möchte (TOBIN 1976, S. 49; SCHNEIDER 1974, S. 151). Die Einstellung der hundert Angemeldeten zum künftigen Heimeintritt wurde mit ihnen sehr ausführlich diskutiert. Dabei kamen verschiedene Gründe zutage, warum der Heimeintritt als ein so entscheidendes negatives Erlebnis empfunden wurde.

1. Der Wechsel der Umgebung. Jedes unfreiwillige Herausgerissenwerden aus der gewohnten Umgebung wirkt sich bei Betagten negativ aus. Das hat an sich nichts damit zu tun, ob mit dem Umgebungswechsel ein Heimeintritt verbunden ist oder nicht. Man hat zum Beispiel die Reaktion von Betagten und jüngeren Leuten auf einen Wohnungswechsel im Zusammenhang mit Slumsanierungen oder auch nach einer Naturkatastrophe (Erdbeben oder Ueberschwemmung) verglichen: alte Leute reagierten mit viel stärkeren Depressionen und Verlustgefühlen als jüngere. Alte Menschen in neuer Umgebung, in der man sie nicht aufgrund ihrer früheren Eigenschaften und Leistungen bereits kennt, in der sie gewissermassen am Nullpunkt mit dem Aufbau neuer Beziehungen anfangen müssen, finden wenig spontane Zuwendung. Sie bleiben von den Jüngeren unbeachtet, man erwartet nicht viel von ihnen. Damit entsteht in der neuen Umgebung ein Beziehungsmangel, der zu Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit führen kann.

2. Ein weiterer Grund, warum der Eintritt ins Altersheim in der Regel als schwere und negative Veränderung empfunden wird, scheint nach dieser Untersuchung darin zu liegen, dass sich Betagte, die in ein Heim eintreten, in vielen Fällen *von ihren Familien verstossen* fühlen. Vielleicht ist es auch für den vernünftigsten Betagten, der seinen Kindern um keinen Preis zur Last fallen möchte, im geheimen doch eine schwere Enttäuschung, wenn er erlebt, dass die Fa-

milie von ihm den Entschluss zum Heimeintritt erwartet, wenn er allzu hilfsbedürftig wird.

3. Das Altersheim bedeutet *grössere Todesnähe*. Es ist das letzte Heim. Wer eintritt, sieht um sich viele Kranke und Gebrechliche und erlebt viel mehr Todesfälle als unter einer jüngeren Bevölkerung. Der Eintritt bedeutet, dass der Lebenskampf im Guten und im Schlechten definitiv beendet ist. Das aktive Leben liegt *hinter* dem Altersheimbewohner, und er ist zu einer gewissen Bilanz gezwungen, an der es nichts mehr zu korrigieren gibt.

Umgebungswechsel, Gefühl, verstossen zu sein, Todesnähe — das lässt sich alles mit den Begriffen *Verzicht, Verlust, Entwertung* zusammenfassen: Verzicht auf Beziehungen, Hoffnungen, Lebensinhalte, die vor dem Heimeintritt noch vorhanden waren, Entwertung der eigenen Person durch diese Verluste.

Nun hat aber der Heimeintritt noch einen anderen Aspekt: nicht nur den des Verlusts eines Teiles der Vergangenheit, sondern auch den der Forderung einer ganz beträchtlichen *Neuanpassung* an veränderte äussere Umstände, die in guten wie in weniger gut geführten Heimen prinzipiell dieselben sind.

1. Ein bereits möbliertes Zimmer wird bezogen. Der Hausrat muss verkauft oder verschenkt werden. Damit geht — gerade für Frauen — ein Stück Vergangenheit verloren. Eventuell muss das Zimmer mit einer oder mehreren anderen Personen geteilt werden. Das heisst, dass der Privatbereich, das eigene «Revier», das Gebiet, in dem man sich auf sich selbst zurückziehen kann, verschwindet. Das ist wohl auch wieder gerade für alleinstehende Frauen besonders schwer zu ertragen.

2. Das neue Zimmer liegt in der Regel in einem grossen Gebäude, in dem man sich nicht auskennt, und wo Orientierungsschwierigkeiten auftreten können, die den neuen Bewohner unsicher machen.

3. Es müssen neue Verhaltensregeln gelernt werden. Die offizielle und die inoffizielle Hausordnung ist kennenzulernen und zu befolgen. Der Eintretende wird in die Rolle eines Kindes zurückversetzt, das einen Erziehungsprozess durchmachen muss.

4. Heimleitung und Heimpersonal geben Anweisungen. Der Neueintretende sieht sich einer Reihe von Personen gegenüber, die ihm übergeordnet sind. Gerade ältere Hausfrauen, die in ihrem kleinen Reich niemandem zu gehorchen hatten, sind darauf nicht vorbereitet.

Auch diese Neuanpassungen lassen sich wieder unter dem Stichwort *Verzicht, Verlust, Entwertung* der eigenen Person zusammenfassen. Manchmal ist das Entwertungserlebnis so stark, dass der Neueintretende in den ersten Tagen und Wochen eine eigentliche *Uebergangskrise* erlebt, sich schlecht orientieren kann, vorher unbekannte Gedächtnisschwächen zeigt, seine Mitbewohner ablehnt und schwer depressiv oder gereizt und aggressiv wird, ja in einen

eigentlichen Verwirrungszustand gerät, der gefährlich sein kann.

Todesfälle nach dem Heimeintritt

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass Heimbewohner im ersten Jahr nach dem Heimeintritt eine höhere Mortalität haben als gleichaltrige, die selbständig bleiben. Gegen diese Untersuchungen kann man wieder einwenden, dass ja gerade die Kränkeren, dem Tode Näheren, weniger für sich selber sorgen können und eher ein Heim aufsuchen. Besser fundiert ist die Behauptung, dass eine Umgebungsveränderung das Sterberisiko erhöhen kann, wenn in einem Heim *ein Teil* der Bewohner in ein anderes Heim übersiedeln muss und diese Gruppe nun eine höhere Mortalität zeigt (SCHNEIDER 1974, S. 153). Jedem Heimleiter sind neu eintretende Insassen bekannt, deren Gesundheitszustand sich ausserordentlich schnell verschlechtert und die unerwartet rasch sterben. Sicher darf man nicht jeden Todesfall kurz nach dem Eintritt der Uebergangskrise zuschreiben. Wenn man aber bedenkt, dass unter Umständen eine Aufregung einen Herzschlag auslöst, ist es doch sehr wahrscheinlich, dass auch der Umgebungswechsel mit seiner grossen seelischen Belastung tief in körperliche Vorgänge eingreifen kann.

Der Zustand nach zwölf Monaten

Kehren wir nun zu unseren hundert alten Amerikanern zurück. Sie wurden zwölf Monate nach Heimeintritt wieder aufgesucht. Die Hälfte von ihnen war innerhalb des ersten Jahres gestorben, oder so krank geworden, dass eine Befragung nicht mehr möglich war. Ein Viertel fühlte sich besser oder unverändert gegenüber dem Zustand in der Anmeldeperiode, ein Viertel war etwas deprimierter und selbstunsicherer als vorher. Wichtig ist, dass die Heimversorgung bei ihnen nicht zu Ansprüchen an Hilfeleistung führte, die nicht durch den körperlichen Zustand gerechtfertigt waren. Gut geführte, die Bewohner nicht überbefürsorgende Heime scheinen also keine unnötige Unselbständigkeit zu verursachen.

Wir haben uns am Anfang gefragt, ob der Heimaufenthalt — im Sinn des psychischen Hospitalismus — an sich seelische Schäden bewirke. Diese Längsschnittstudie zeigt, dass es Betagte gibt, die sich in einem gut geführten Altersheim *besser oder mindestens nicht schlechter* fühlen als vor dem Eintritt. Man muss sich nun allerdings daran erinnern, in wie grossem Ausmass diese Altersheimbewohner bereits schon vor dem Eintritt deprimiert und resigniert waren. Andererseits lässt sich einwenden, dass am Ende des ersten Jahres vielleicht die optimale Anpassung an die veränderte Umgebung noch nicht erreicht ist und dass das Resultat bei den nach 2 bis 3 Jahren Ueberlebenden und einigermaßen Gesunden vielleicht besser wäre. Jedenfalls zeigt sich, dass der Anpassungsprozess in diesem Alter an einen radikalen Umgebungswechsel *lang und mühselig ist*, und dass er mit starken Verlust- und Selbstentwertungserlebnissen verbunden ist.

Wer erträgt den Umgebungswechsel am besten?

Aus der dargestellten Längsschnittstudie ergibt sich weiter der folgende — eigentlich selbstverständliche — Hinweis: resignierte, passive, seelisch hilflose Angemeldete reagieren schlechter auf den Umgebungswechsel als aktive, selbständige, einigermaßen optimistische. Die ersteren gehören häufiger zur Gruppe, die sich im Verlauf des ersten Jahres schwer verschlechtert oder stirbt. Es ergibt sich also die eigentümliche Situation, dass gerade diejenigen Betagten, bei denen Hilfe am dringendsten erscheint, am schlechtesten auf die Belastung reagieren, die mit der Umstellung auf die neue Umgebung verbunden ist. Wer mit dem selbständigen Leben noch einigermaßen fertig werden könnte, reagiert eher mit der für die Neuanpassung nötigen seelischen Elastizität.

Hinweise auf Entwertungserlebnisse

Der Heimeintritt ist also oft mit einem Entwertungserlebnis verbunden. Das Entwertungserlebnis ist aber nicht nur subjektiv. In den Industrieländern wird durch die Berechtigung zum Rentenbezug eine scharfe Trennung zwischen «mittleren Jahren» und «Alter» gesetzt. Im Alter wird eine Berufsausübung im allgemeinen nicht mehr erwartet, die beruflichen Beziehungen gehen dadurch verloren. Es bleiben Beziehungen und Kontakte in der Familie, im Verein, unter Freunden und Kollegen. Durch den Eintritt in ein Altersheim werden auch diese Beziehungen wohl in vielen Fällen mindestens gelockert, wenn nicht ganz gelöst. Heimbewohner sind in der Regel ohne jede soziale Rolle oder Aufgabe; ihr «Lebenszweck» ist das Ueberleben selber. Dadurch sind sie *sozial bedeutungslos*. Vielleicht ist es das Fehlen einer verbindenden Aufgabe oder Rolle, das Erleben einer aufgabenlosen und rollenlosen und damit abgewerteten Gruppe anzugehören, das eine Erscheinung bewirkt, die immer wieder in Studien über die Psychologie der Altersheimbewohner erwähnt wird: die überaus grosse *Vorsicht in der gegenseitigen Kontaktaufnahme*. Selbstverständlich spielt auch die Tatsache mit hinein, dass sich im Alter die individuelle Persönlichkeit mit ihren Vorlieben und Abneigungen besonders ausgeprägt über viele Jahrzehnte herausgebildet hat, und es nun besonders schwer — aber nicht unmöglich — ist, Gewohnheiten, Gefühle, Anschauungen zu ändern und den Weg zu neuen Lebensgefährten mit anderen Gewohnheiten, Gefühlen und Anschauungen zu finden. Diese Erklärung allein erscheint mir aber ungenügend. Hinter den Kontaktschwierigkeiten im Heim steckt wohl auch das Bedürfnis, sich aus einer Gruppe von Entwerteten herauszuhalten. Ein weiteres Motiv ist möglicherweise auch dasjenige, Konflikten auszuweichen, die das Selbstbewusstsein noch mehr angreifen würden. Eine für Altersheimbewohner typische Aussage ist doch die folgende: «Ich bin mit allen freundlich, aber ich lasse mich mit niemandem ein.» Dabei wäre ein *Kontaktbedürfnis* durchaus vorhanden; immer wieder trifft man in psychologischen und psychiatrischen Studien an Altersheimbewohnern auf Hinweise auf einen wahren Kontakt-

hunger, auf ein grosses Bedürfnis nach Gesprächen über die eigene Situation, wenn sich die Alten beim Untersucher einmal sicher fühlen. Auf den gleichen Kontakthunger kann man auch aus den *Eifersuchtsproblemen* schliessen, die in Heimen so häufig sind. Ein Satz, den man von Leitung und Personal immer wieder zu hören bekommt, lautet: «Es wird genau kontrolliert, mit wem ich spreche und wie lange.» Das heisst aber, dass im Kontaktbedürfnis eine starke Ausrichtung nach «Oben» und eine sehr geringe Ausrichtung auf die Gleichgestellten besteht; der Wunsch ist stärker, sich durch Kontakte mit dem Personal von andern Heimbewohnern abzuheben als der Wunsch nach Solidarität mit seinesgleichen. Das scheint mir ebenfalls ein Hinweis dafür, dass der Umgebungswechsel mit einer ziemlich tiefgreifenden Selbstentwertung verbunden ist.

In der amerikanischen Studie wurde eine weitere Beobachtung gemacht, die auch zur alltäglichen Erfahrung gehört: bei der zweiten Untersuchung, ein Jahr nach Heimeintritt, stellten die neuen Heimbewohner *ihre Kinder* — die doch im Zusammenhang mit dem Eintritt als die Verstossenden erlebt worden sind — nun anderen Heimangehörigen gegenüber ganz unrealistisch dar, nämlich als beruflich viel erfolgreicher und im Persönlichen viel liebevoller als es der Wirklichkeit entsprach. Man kann das als einen Versuch sehen, das erschütterte Selbstgefühl zu sanieren und in der unrealistischen Darstellung der eigenen Kinder etwas zu finden, das einen über den grossen Haufen emporhebt.

Noch etwas anderes weist auf ein Gefühl hin, einer entwerteten Gruppe anzugehören: der *Klatsch* und die scharfe *Kontrolle* über das Tun und Lassen der Mitbewohner, die ein häufiges psychologisches Problem in Heimen sind. Ein negatives Urteil, das Reden über die schlechten Eigenschaften anderer, hebt den, der beurteilt und klatscht, von den anderen ab, schafft Distanz, bedeutet: ich bin nicht seinesgleichen.

Schlussfolgerungen

Unser amerikanisches Beispiel hat gezeigt, dass auch der Eintritt in ein sehr gut geführtes Heim etwas Schwerwiegendes ist, und zwar wegen der offenbar häufig damit verbundenen starken Verlust- und Entwertungserlebnisse. Aus den psychologischen Problemen des Umgangs der Heimbewohner miteinander lässt sich ablesen, dass viele von ihnen sich nun in einer Gruppe fühlen, zu der sie lieber nicht gehören würden, und die sie nur aus Not gewählt haben. Sicher darf das nicht verallgemeinert werden: Es gibt wohl auch Personen, die mit Freude und Erleichterung eintreten; aber sie sind wahrscheinlich doch eher in der Minderzahl. Daraus, dass man auch in besonders *guten* Heimen solche Probleme findet, muss man schliessen, dass eine Verbesserung der Situation *vor* dem Heimeintritt einsetzen müsste und somit eigentlich ein *Problem der offenen Sozialarbeit* ist. Es sollte eine sehr sorgfältige *Auswahl* des Heimes und allmähliche *Gewöhnung* an das Heim erfolgen, vielleicht auch eine direkte Vorbereitung auf die zu erwartende Krise des Uebergangs. Besonders un-

günstig sind die Eintritte, die aus dem Spital ohne jede Vorbereitung ins erstbeste Altersheim mit einem freien Platz erfolgen. Auch wenn dieses Heim ausgezeichnet eingerichtet und geführt ist, erfordert eine so plötzliche Neuanpassung von einem durch Krankheit geschwächten Betagten fast übermenschliche Kräfte.

Wir erleben, dass, seit die finanziellen Gründe für den Heimeintritt wegfallen, das Durchschnittsalter der Eintretenden ständig steigt und ihr Gesundheitszustand ständig sinkt. Die Altersheime sind daran, sich in Leicht-Pflegeheime zu verwandeln.

Je älter und kränker aber die Eintretenden sind, um so gefährdeter sind sie durch den Wechsel und um so sorgfältiger sollte eine Vorbereitung darauf erfolgen.

In den Heimen ist man sich der Kontaktschwierigkeiten der Heimbewohner untereinander bewusst und sucht durch gemeinsam in Angriff genommene Aufgaben Kontakte sachlicher Art zu schaffen. Durch vermehrte Kontakte entstehen aber auch vermehrte Konflikte. Das Leben der Heimbewohner — der Betagten wie des Personals — wird so sicher reicher, aber nicht unbedingt leichter. Es wird dem Leben ausserhalb des Heimes ähnlicher. Aber ertragen sehr alte und sehr schwache Menschen diese Lebensnähe? Diese Frage ist durchaus zu bejahen. Voraussetzung ist natürlich, dass ihnen an Auseinandersetzung, Selbstbehauptung und Fürsorge für Schwächere das ihren Kräften Entsprechende zugemutet wird, das heisst, dass die leitenden Personen prinzipiell bereit dazu sind, *mit ihnen* Konflikte, die durch vermehrte Kontakte entstehen, zu lösen oder — wenn sie unlösbar sind — auszuhalten.

Literatur:

- 1 CANVIN W. R.: Needs of the elderly for health services. Proc. sem., Univ. Exeter 1973.
- 2 BERGENER M.: Psychiat. Prax. 1, 1974, 18 ff.
- 3 GOLDFARB A. J.: Gerontol. 1 (1961), 178—184.
- 4 SCHNEIDER H. D.: Aspekte des Alterns. Athenäum Fischer F. B., 1974.
- 5 TOBINS A., LIEBERMANN M. A.: Last home for the aged, critical implications for institutionalisation. Jossey-Bass, 1976.
- 6 Pro Senectute: Auswertung der Erhebung über Alterswohnformen in der Schweiz, Zürich 1977.

Es muss einer ein guter Redner sein, wenn er gegen einen Schweiger gewinnen will.

August Lämmle

Das Leben gleicht einem Buch: Die Tore durchblättern es flüchtig, der Weise hingegen liest es mit Bedacht, weil er weiss, dass er es nur einmal kann.

Jean Paul

Qu'est-ce qu'une cause qui ne fait pas souffrir?
Antoine de Saint-Exupéry