

Wege zur Integration des psychiatrischen Pensionärs im Altersheim : die Memory-Klinik in Basel

Autor(en): **Stähelin, H.B. / Ermini-Fünfschilling, D. / Grunder, B.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **61 (1990)**

Heft 8

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-810078>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Memory-Klinik in Basel

H. B. Stähelin¹, D. Ermini-Fünfschilling¹, B. Grunder¹, E. Krebs-Roubicek², A. Monsch¹ und Spiegel³

Gerontologische Beratungsstelle, Medizinisch-geriatrische Klinik II, Felix-Platter-Spital, Basel¹

Psychiatrische Universitätsklinik Basel²

Klinische Forschung Sandoz AG, Basel³

Therapeutische Umschau/Revue thérapeutique, Band 46, 1989, Heft 1

rr. Bei der Präsentation der Arbeiten aus dem Aufbaukurs Nummer 5 in Buochs (Fachblatt Nummer 5, Seite 255 und folgende), wurde von der einen Arbeitsgruppe eine Untersuchung über «Wege zur Integration des psychogeriatrischen Pensionärs im Altersheim» vorgelegt und von den Anwesenden in der Folge ausserordentlich lebhaft diskutiert. In dieser Arbeit wird auf die Memory-Klinik in Basel hingewiesen.

Die Memory-Klinik gehört in das Konzept mit Lösungsansätzen im Bereich Betagtenbetreuung der Stadt Basel. (In keiner Stadt der Schweiz ist der Anteil der Betagten so hoch wie in Basel.) Die gerontologische Beratungsstelle «MemoryKlinik» ist im Felix Platter-Spital domiziliert. Sie übernimmt Überweisungen von Hausärzten für deren demente Patienten (stark verwirrt und desorientiert) sowie von Alzheimer-Patienten entgegen, um durch umfangreiche Untersuchungen und Abklärungen, medizinisch und psychologisch, unter Umständen eine verbesserte Behandlung und Betreuung einleiten zu können. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und den Hausärzten ist dabei von entscheidender Bedeutung. Die Hausärzte erhalten in Form eines umfangreichen Berichtes die Resultate und Empfehlungen für die weitere medizinische Behandlung und Betreuung mitgeteilt.

In einem Separatdruck der «Therapeutischen Umschau» (Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, Toronto) wird die Memory-Klinik eingehend vorgestellt.

Zusammenfassung: Die Memory-Klinik arbeitet als gerontologische Beratungsstelle für ambulante Patienten mit Demenz und deren Angehörige. Sie bezweckt die wissenschaftlich exakte Frühdiagnose der Demenzerkrankungen sowie deren Behandlung mit medizinischen, psychologischen und sozialen Massnahmen. Klinische und neuropsychologische Untersuchungen sollen Art der Krankheit und Begleiterkrankungen erfassen. Besonders wichtig ist die Diagnose von reversiblen Störungen, so zum Beispiel Depression. Neben den medizinisch-diagnostischen Dienstleistungen für den Hausarzt wird geeigneten Patienten die Möglichkeit zur Behandlung mit neuartigen Arzneimitteln gegeben. Weiter führt die Memory-Klinik auch Gedächtnistraining in Gruppen durch und bietet eine analytisch geführte Gruppe für depressive Patienten sowie zwei Gruppen für deren Angehörige an. Mit diesen Massnahmen soll bei den nicht therapierbaren Demenzformen ein möglichst langer Verbleib der Patienten in der gewohnten Umgebung erreicht werden.

Einleitung

Abhängigkeit und Autonomieverlust im Alter werden in starkem Masse durch Hirnleistungsschwächen, deren Häufigkeit mit steigendem Alter exponentiell zunimmt, mitverursacht und bedingt (9). Das rasche Wachstum der Zahl der Betagten und der Hochbetagten in den vergangenen Jahrzehnten führt dazu, dass Altershirnleistungsschwächen zu einem sozialpolitischen Problem erster Ordnung geworden sind. Epidemiologische Indikatoren weisen zudem darauf hin, dass in den letzten Jahrzehnten trotz längerer Lebensdauer die Morbidität in höheren Altersklassen nicht geringer geworden ist, so dass vielfach eine längere Lebensspanne auch längere Abhängigkeit bedeutet. Diese Erkenntnis ist nicht neu. In ihrer Schrift «La gérontopsychiatrie dans la collectivité» verlangte die WHO (8) 1981 die Schaffung von effizienten Einrichtungen für die Frühdiagnose psychischer Störungen im Alter sowie die Frühbehandlung der noch ambulanten Patienten, um die gefährliche Isolierung und Institutionalisierung der betagten Patienten auf ein Minimum zu reduzieren.

Im Gegensatz zum jüngeren Erwachsenen nehmen mit steigendem Alter organisch bedingte Störungen der psychischen und der geistigen Fähigkeiten eine immer grössere Bedeutung ein. Definitionsgemäss sprechen wir dann von einer Demenz, wenn der Verlust an intellektuellen Fähigkeiten das soziale und das berufliche Funktionieren in relevantem Masse beeinträchtigt (1)

Die Forschung der letzten Jahre hat zu neuen Erkenntnissen über die Bedeutung der verschiedenen ätiologischen Faktoren geführt. Die primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ ist die häufigste Demenzform, gefolgt von Gefässkrankheiten (Multiinfarkt-demenz, 6, 11). Frühsymptome sind häufig unspezifisch und wenig charakteristisch. Sie erlauben vielfach keine ätiologisch sichere Zuordnung, so dass im Hinblick auf die behandelbaren Demenzformen (1, 11, 12) frühzeitig sorgfältige Abklärungen notwendig sind. Dies gilt aber auch für den Fall der primär degenerativen Störungen, bei denen heute noch keine wirksame Therapie bekannt ist, da in diesen Fällen der Patient und seine betreuenden Angehörigen durch medizinische, psychologische und soziale Massnahmen die Problematik besser bewältigen können. Schon 1930 hat Bleuler (8) auf die Bedeutung psychosozialer Massnahmen in der Prävention psychischer Störungen beim Betagten aufmerksam gemacht.

Die grossen Fortschritte im Verständnis der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) lassen die Hoffnung aufkommen, dass in naher Zukunft zumindest für einen Teil der Betroffenen wirksamere Therapien (12) zur Verfügung stehen werden, wobei die Patienten vermutlich im Frühstadium mehr profitieren als in Spätstadien. Die Diagnostik ist bei Patienten mit Gedächtnisstörungen häufig unbefriedigend und wird aus Zeitmangel und wegen fehlender Ausbildung der Ärzte erschwert (14). Die Bevölkerung beurteilt beginnende Störungen im kognitiven Bereich vielfach als normale Altersveränderungen. Erst wenn das soziale System aufgrund offensichtlicher Fehlleistungen oder anderer Krankheiten und Ereignisse zusammenbricht, kommt es zur Diagnosestellung und leider häufig auch zur permanenten Institutionalisierung

rung. An diesem Punkt hat 1983 Exton-Smith (14) angesetzt und eine «Memory Clinic» eröffnet mit dem Ziel, Ursachen von Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten möglichst früh zu erfassen.

Überzeugt von der Richtigkeit dieses Weges und von der Notwendigkeit, durch frühzeitige Diagnose reversibler Störungen, insbesondere der Depression, und durch Intervention im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich Patienten mit seniler Demenz möglichst lange den Aufenthalt in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen, wurde 1986 in Basel eine Memory-Klinik ins Leben gerufen. Sie ist Teil der medizinisch-geriatrischen Klinik II des Felix-Platter-Spitals.

Um die Akzeptanz einer derartigen neuen Institution zu erhöhen, schien es uns zweckmässig, einen neutralen Namen zu wählen. Im Frühjahr 1986 konnte dank dem Entgegenkommen der Spitalleitung und der grosszügigen Unterstützung durch die Firma Sandoz AG die Memory-Klinik unter dem Namen «Gerontologische Beratungsstelle» eröffnet werden. Konzept, Aufgaben und erste Resultate sollen im folgenden kurz dargestellt werden.

Aufgaben und Ziele der Memory-Klinik

Abnehmende geistige Fähigkeiten beim Betagten sind nur in einem kleinen Prozentsatz voll reversibel, oft in indessen durch eine sorgfältige Therapie somatischer oder begleitender psychischer Störungen eine wesentliche Verbesserung der Situation möglich; immer können durch unterstützende betreuende Massnahmen die Bedingungen für Patient und Angehörige verbessert werden.

Die Zielsetzungen lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

1. Früherfassung und Abklärung von Patienten mit Demenz, insbesondere der zurzeit behandelbaren Formen.
2. Erforschung und Anwendung medizinischer, neuropsychologischer und sozialwissenschaftlicher Methoden bei der Diagnostik und der Therapie der senilen Demenz und verwandter Krankheiten. Kontrollierte Durchführung von experimentellen Therapien der senilen Demenz.
3. Beratung und Unterstützung der zuweisenden Ärzte bei der Betreuung der Patienten und deren Angehöriger in medizinischen, psychologischen und sozialen Belangen.
4. Direkte Hilfe für den Patienten und seine Angehörigen in Form von Beratung, Einzel- und Gruppengesprächen sowie therapeutisch orientierten Gruppen.

Die Arbeitsweise der Memory-Klinik

Die gerontologische Beratungsstelle soll nicht in Konkurrenz zum praktizierenden Arzt treten, sondern sein Leistungsangebot ergänzen und erweitern. Die Zuweisung erfolgt durch den behandelnden Arzt, und der Patient bleibt in dessen Behandlung.

Die Arbeit lässt sich grob in die drei folgenden Abschnitte gliedern.

Der medizinische Bereich

Er umfasst die Anamnese, die obligate Fremdanamnese, die klinische Untersuchung inklusive neuroradiologische und Laboratoriumsabklärungen (Tab. 1). Besonderes Gewicht hat die Differentialdiagnose zum Ausschluss von behandelbaren Demenzformen und von Krankheiten, die eine vorbestehende Demenz verschlimmern. Bei Frühstadien steht die neuropsychologische Abklärung im Mittelpunkt. Sie trägt zur Differentialdiagnose bei

Tabelle 1

Wichtigste klinische und Laboruntersuchungen in der Demenzdiagnostik

Klinische Untersuchung	Labor- und weitere Untersuchungen [12]
– kardiovaskulärer Status	– EKG
– Lunge	– (Thoraxbild)
– Infektzeichen	– BSR, ganzes Blutbild, Urinstatus, Lues (eventuell HIV)
– Abdominalstatus	– Leberenzyme
– Stoffwechselkrankheiten	– Blutzucker, Plasmaplipide, TSH, FT ₄
– Mangelkrankheiten	– Folsäure, Vitamin B ₁₂ , Fe
– neurologischer Status	– CT, EEG (eventuell MRI, SPECT)
– Ischämiescore [6]	
– autonome Funktion	

Nach Möglichkeit werden die vom Hausarzt bereits angeordneten Untersuchungen verwendet (zum Beispiel Thoraxbild, CT usw.).

und legt den Schweregrad der Erkrankung fest. Der schleichende Beginn und die häufig anfänglich subtilen kognitiven Störungen lassen sich mit einem einfachen Test nicht genügend präzise charakterisieren, auch wenn diese Untersuchungen, wie beispielsweise der Mini-Mental-Status nach Folstein (3), in der Praxis für die Dokumentation von Störungen äusserst wertvoll sind. Die neuropsychologische Abklärung muss deshalb die wesentlich höheren Leistungsbereiche, insbesondere Aufmerksamkeit, Orientierung, Konzentrationsvermögen, Gedächtnis, Sprache, Praxien

Tabelle 2

Basler neuropsychologische Testbatterie

Verhalten im Alltag	Interview, Eigen- und Fremdanamnese, Dementia Rating Scale [7]
Aufmerksamkeit, Vigilanz, Konzentration	ERFC [5], Testverhalten, Zahlen nachsprechen
Orientierung	ERFC, Interview (MMS) [3]
Frischgedächtnis	ERFC, FULD [4], Nacherzählen, Figur von Rey
Lernfähigkeit	FULD
Altgedächtnis	Erkennen berühmter Gesichter, Interview, Testverhalten
Wortflüssigkeit	S-Wörter-Produktion
Erkennen von Gegenständen	ERFC, FULD, Gesichtertest
Produktionsfähigkeit	5-Punkte-Test [10]
Flexibilität	S-Wörter, 5-Punkte-Test, Stroop-Test [13]
Sprache	
– Ausdruck und Spontansprache	Interview, Testverhalten
– Verständnis	ERFC, Geschichte wiedererzählen
– Nachsprechen	ERFC
– Schreiben	ERFC
– Benennen	FULD, ERFC
Rechnen	ERFC
Konstruktive Praxis	ERFC
Ideomotorik	ERFC, Schmetterlingsfigur, Rechts-Links-Diskriminierung
Affekt	Geriatric Depression Scale (GDS) [15], Interview, Testverhalten

(Fertigkeiten, Feinmotorik), Wahrnehmung, Flexibilität und Flüssigkeit, logisches Denken und Urteilsfähigkeit, erfassen. Die derzeit in Basel verwendete Testbatterie ist in Tabelle 2 aufgeführt.

Ebenso grosse Bedeutung messen wir der sorgfältigen psychiatrischen Beurteilung hinsichtlich der häufig koexistierenden psychischen Störungen zu. Besonders Depressionen müssen zuverlässig erkannt werden. Hier hat sich neben dem Interview und der klinischen Untersuchung auch die von Yesavage entwickelte «Geriatric Depression Scale» in unseren Händen als nützlich erwiesen (15).

An einer wöchentlichen Besprechung werden die erhobenen Befunde unter der Leitung des Chefarztes mit allen Mitarbeitern und Konsiliarpsychiatern diskutiert und die Diagnose sowie die Therapieempfehlungen formuliert. Dem Hausarzt werden die Beurteilung und die Therapieempfehlungen schriftlich und synoptisch zur Verfügung gestellt.

Die psychologischen Aktivitäten

Sie umfassen die Beratung der zuweisenden Ärzte und der Angehörigen der Patienten in psychotherapeutischen Belangen durch die Psychologinnen der Memory-Klinik und durch die Psychiater der beteiligten Kliniken. Geeignete Patienten werden zur Teilnahme am Gedächtnistraining in Gruppen eingeladen. Zurzeit werden vier Gedächtnistrainingsgruppen zu je einer Wochenstunde geführt.

Das Angebot wurde im Juli 1987 um eine halboffene, analytisch geführte Gesprächsgruppe für demente Patienten mit gleichzeitigen depressiven und paranoiden Symptomen oder mit reiner depressiver Symptomatik erweitert. Diese Gruppe wird durch eine Mitarbeiterin der psychiatrischen Universitätsklinik geleitet und wird einmal wöchentlich 60 Minuten lang durchgeführt.

Zur Unterstützung der Angehörigen wurden Gesprächsgruppen gebildet. Gegenwärtig sind zwei Gruppen aktiv, die sich in zweiwöchentlichem beziehungsweise dreiwöchentlichem Abstand treffen. Sie stehen unter der Leitung von Mitarbeitern der Klinik.

Der sozialmedizinische Bereich

Dieser umfasst die Unterstützung bei der Organisation von spitalexternen Diensten, die Überweisung in Tageskliniken oder die Vorbereitung der Aufnahme in Ferienbetten in geriatrischen

Kliniken. Dieser Tätigkeit kommt bei steigender Patientenzahl eine wachsende zeitliche Bedeutung zu.

Personalbestand

Das eigentliche Team der Beratungsstelle umfasst gegenwärtig

- eine Ärztin (65 %)
- eine Gerontopsychologin (50 %)
- einen klinischen Psychologen (50 %)
- zwei Krankenschwestern
- eine stundenweise beschäftigte Sekretärin

Bedarfsweise wird dieses Kernteam ergänzt durch die Mitarbeiter der psychogeriatrischen Abteilung der geriatrischen Klinik (psychiatrischer Oberarzt, Psychologin) sowie durch die Oberärztin für Gerontopsychiatrie der psychiatrischen Universitätsklinik. Internmedizinisch-konsiliarisch steht die leitende Ärztin der geriatrischen Klinik zur Verfügung. Die Leitung obliegt dem Chefarzt der medizinisch-geriatrischen Klinik II des Felix-Platter-Spitals.

Ergebnisse des Assessments bei 180 Patienten

Zwischen Frühjahr 1986 und September 1988 wurden 180 Patienten untersucht, und zwar 105 Frauen und 75 Männer in einem mittleren Alter von 73,8 Jahren (41 bis 91 Jahren). Abbildung 1 gibt Auskunft über die Hauptdiagnosen. Wesentlich ist, dass bei einem Viertel die Verdachtsdiagnose «Demenz» nicht bestätigt werden konnte. In 14 Prozent wurde eine Depression diagnostiziert. Praktisch wichtig ist der hohe Anteil von Patienten, die Demenzsymptome und gleichzeitig depressive Zustandsbilder aufweisen (ein Drittel aller Patienten mit Demenz). Die wichtigsten vorgeschlagenen Massnahmen finden sich in Abbildung 2. An erster Stelle stehen psychosoziale Massnahmen und Therapieempfehlungen, dicht gefolgt von medikamentösen Therapieempfehlungen. Bei rund einem Viertel wird von der Memory-Klinik ein Gedächtnistraining angeboten. Bei fast allen Patienten werden mehrere Massnahmen empfohlen.

Abbildung 2

Besondere Bedeutung kommt einer regelmässigen psychometrischen Nachkontrolle zu. Nur so lassen sich prospektiv über die Zeit die natürliche Entwicklung der Krankheit und die Resultate der Interventionsbemühungen sicher erfassen.

Eine erste vergleichende Verlaufsuntersuchung der kognitiven Leistungen an Patienten mit Multiinfarktdemenz (MID) und an

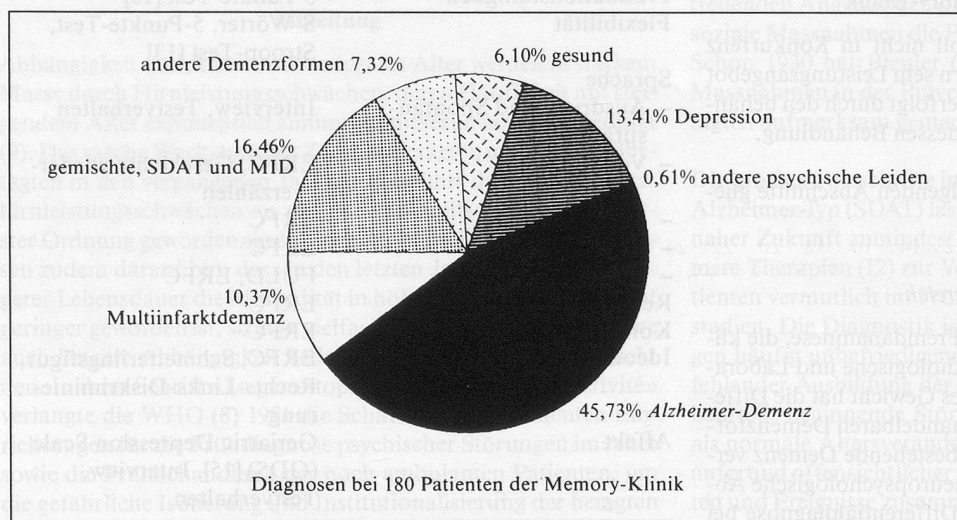
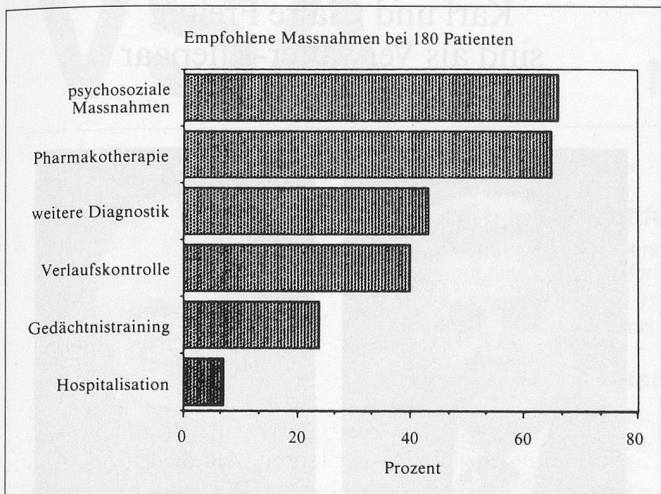


Abbildung 1

Hauptdiagnosen bei 180 Patienten der Memory-Klinik. Alzheimer-Demenz steht für vermutliche Demenz vom Alzheimer-Typ = primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ (DSM III-R). MID = Multiinfarktdemenz. Gesund = keine kognitiven Störungen oder andere psychische Störungen nachweisbar oder nur leichte, altersbedingte Gedächtnisstörungen.

Abbildung 2



Patienten mit seniler Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) ergab nach Ablauf eines Jahres, dass erstere deutlich geringere psychometrische Verschlechterungen aufwiesen als letztere.

Im Bestreben, eine möglichst einheitliche, einfache und doch umfassende psychometrische Diagnostik zu entwickeln, wurde die von Gil et al. 1986 publizierte «Evaluation rapide des fonctions cognitives» (5) bei 62 psychogeriatrischen Patienten im Alter von 53 bis 87 Jahren mit dem Mini-Mental-Status von Folstein (3) verglichen. Wie erwartet, korrelieren der MMS und der ERFC hochsignifikant (Abb. 3). Der Vorteil des zwar etwas zeitaufwendigeren ERFC liegt in der besseren Erfassung von Störungen, welche

die Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen, wie Praxien, Fertigkeiten, Sprachvermögen und visuelles Erkennen.

Schlussfolgerungen

Im Gegensatz zu den in Grossbritannien betriebenen Memory Clinics, die vorwiegend die Frühdiagnostik anstreben (2, 14), ergänzen wir unser diagnostisches Angebot durch therapeutische Programme, die medizinische, psychologische und sozialmedizinische Massnahmen umfassen.

Unser Beispiel zeigt, wie eine Memory-Klinik nicht nur Beiträge zur Diagnose, zur Nosologie und zur Semiologie dementieller Erkrankungen im Alter leisten kann, sondern auch für zuweisende Ärzte, für Patienten und deren Angehörige eine wichtige beratende und unterstützende Funktion erfüllt.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third, revised edition. Washington, DC, 1987.
- 2 Bayer A.J., Pathy J., Twining Ch.: The Memory Clinic. A new approach to the detection of early dementia. *Drugs* 33 (Suppl. 2), 84, 1987.
- 3 Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: Mini mental state: A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 12, 189, 1975.
- 4 Fuld P.A.: Psychological testing in the differential diagnosis of dementia. In: *Alzheimer's disease: Senile Dementia and Related Disorders*, R. Katzman, R.D. Terry, K.L. Bick (eds). *Aging* 7, 185, 1978.
- 5 Gil R., Toullat G., Pluchon C. et al.: Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC), son application à la démence sénile de type Alzheimer. *Sem. Hôp. Paris*, 19 juin 1986.

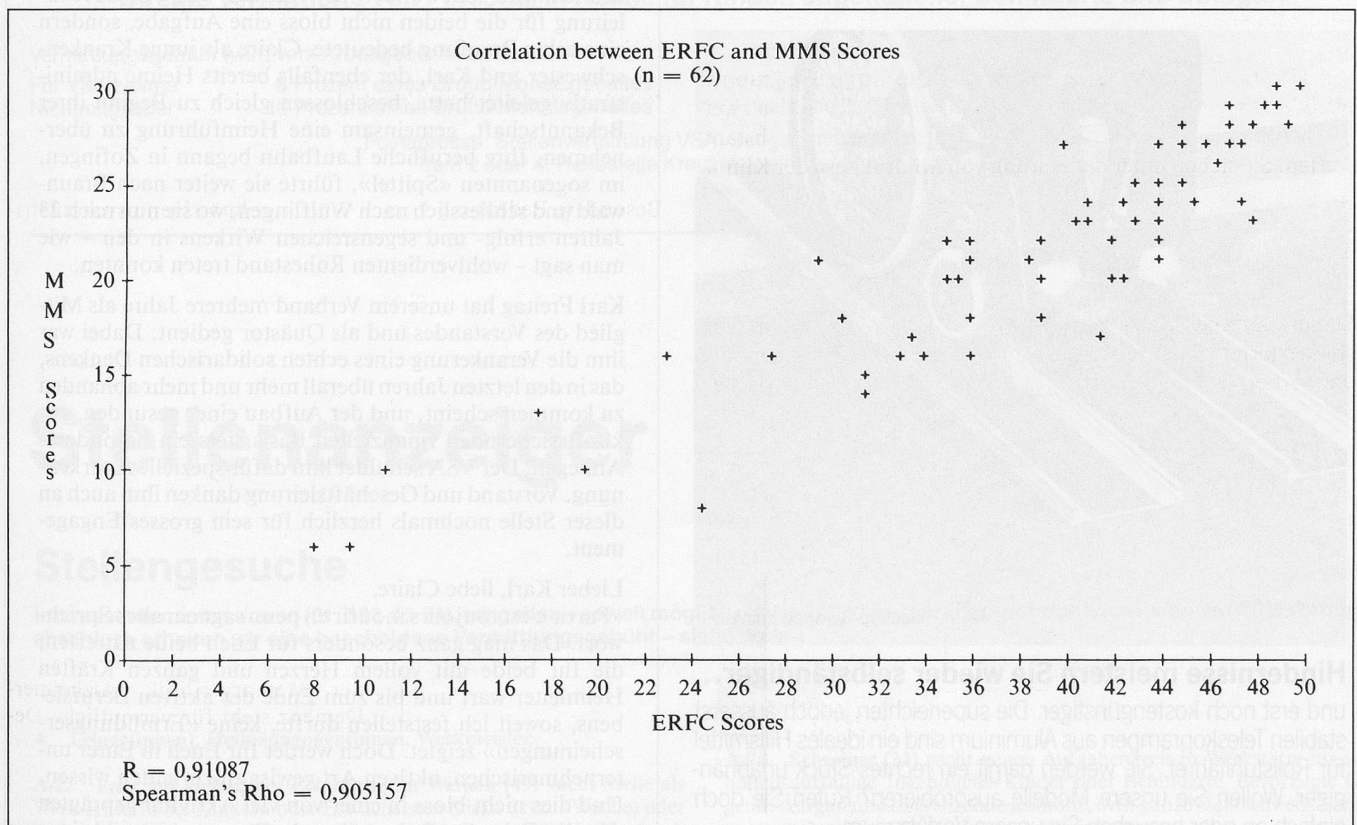


Abbildung 3

Die enge Korrelation zwischen dem Mini-Mental-Status (MMS) von Folstein [3] und der «Evaluation rapide des fonctions cognitives» (ERFC, [5]) erstreckt sich über den ganzen Testbereich. Der umfangreichere ERFC umfasst sämtliche mit dem MMS erfassten Funktionen und erweitert den Testbereich um wesentliche Funktionen.

- 6 Hachinski V.C., Lassen N.A., Marshall J.: Multiinfarct dementia: A cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* II, 207, 1974.
- 7 Mathis S.: Dementia rating scale. In: *Geriatric psychiatry*, Bellak R., Karsau B. (eds), pp. 108-121. Grune and Stratton, New York, 1976.
- 8 OMS, Bureau régional de l'Europe: La gérontopsychiatrie dans la collectivité. *La Santé publique en Europe* 10, Copenhagen, 1981.
- 9 Royal College of Physician by the College Committee on Geriatrics: Organic mental impairment in the elderly: Implications for research, education and the provision of services, *J. Royal Coll. Phys.* 15, 152, 1981.
- 10 Regard M., Strauss E., Knapp E.: Children's production on verbal and non-verbal fluency tasks. *Perceptual and Motor Skills* 55, 839, 1982.
- 11 Stähelin H.B.: Psychoorganische Veränderungen. *Verhandl. Dtsch. Gesellsch. Inn. Medizin*, 92. Band, pp. 23-35. J.F. Bergmann, München, 1986.
- 12 Stähelin H.B.: Erkennung psychoorganischer Veränderungen beim betagten Menschen. *Therapiewoche* 38, 323, 1988.
- 13 Stroop J.A.: Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology* 18, 643, 1935.
- 14 Van der Cammen T.J.M., Simpson J.M., Fraser R.M., Preker A.S., Exton-Smith A.N.: The Memory Clinic. A new approach to the detection of dementia. *Brit. J. Psych.* 150, 359, 1987.
- 15 Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V.O.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J. Psych. Res.* 17, 37, 1983.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. H.B. Stähelin, Medizinisch-geriatrische Klinik, Felix-Platter-Spital, CH-4012 Basel.



Teleskop-Rampen aus Alu

Hindernisse meistern Sie wieder selbständiger...

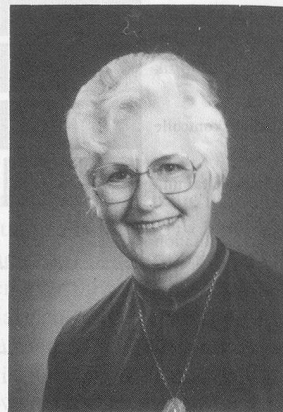
und erst noch kostengünstiger. Die superleichten jedoch äusserst stabilen Teleskoprampen aus Aluminium sind ein ideales Hilfsmittel für Rollstuhlfahrer. Sie werden damit ein rechtes Stück unabhängiger. Wollen Sie unsere Modelle ausprobieren? Rufen Sie doch einfach an oder besuchen Sie unsern Vorführraum.

Bimeda AG
Rehabilitationshilfen
Heim- und Spitalbedarf

Kasernenstrasse 1
8184 Bachenbülach
Tel. 01 860 97 97

bimeda
damit Sie's leichter haben

Karl und Claire Freitag sind als Verwalter-Ehepaar zurückgetreten



Bereits Mitte Juni sind Karl und Claire Freitag von der Zürcher Regierung in einer würdigen Feier im Schloss Wülflingen als langjähriges Verwalter-Ehepaar des Krankenhauses Wülflingen verabschiedet worden. Und Ende Juni haben die beiden die Leitung der Klinik in die Hände ihres Nachfolgers, Herr Romand Landert, gelegt. Damit findet im Krankenhaus Wülflingen eine Epoche ihr Ende, eine von Wandel, Neuorientierung und viel Aufbauarbeit gezeichnete Epoche, die die Freitags ganz entscheidend mitgeprägt haben.

Wer den Scheidenden in den letzten Wochen ihres Wirkens begegnen durfte, konnte wahrlich keine Anzeichen von Ermüdung feststellen. Mit beneidenswerter Schaffenskraft setzten sie sich bis zum letzten Tag für «ihr» Krankenhaus ein. Wen wundert's, wenn man weiss, dass Heimleitung für die beiden nicht bloss eine Aufgabe, sondern eine echte Berufung bedeutete. Claire als junge Krankenschwester und Karl, der ebenfalls bereits Heime administrativ geleitet hatte, beschlossen gleich zu Beginn ihrer Bekanntschaft, gemeinsam eine Heimführung zu übernehmen. Ihre berufliche Laufbahn begann in Zofingen, im sogenannten «Spittel», führte sie weiter nach Braunwald und schliesslich nach Wülflingen, wo sie nun nach 23 Jahren erfolg- und segensreichen Wirkens in den – wie man sagt – wohlverdienten Ruhestand treten konnten.

Karl Freitag hat unserem Verband mehrere Jahre als Mitglied des Vorstandes und als Quästor gedient. Dabei war ihm die Verankerung eines echten solidarischen Denkens, das in den letzten Jahren überall mehr und mehr abhanden zu kommen scheint, und der Aufbau einer gesunden, zukunftsichernden finanziellen Basis stets ein besonderes Anliegen. Der VSA schuldet ihm dafür spezielle Anerkennung. Vorstand und Geschäftsleitung danken ihm auch an dieser Stelle nochmals herzlich für sein grosses Engagement.

Lieber Karl, liebe Claire,

«Partir c'est toujours mourir en peu» sagt ein altes Sprichwort. Das mag ganz besonders für Euch beide zutreffen, die Ihr beide mit vollem Herzen und ganzen Kräften Heimleiter wart und bis zum Ende des aktiven Berufslebens, soweit ich feststellen durfte, keine «Ermüdungserscheinungen» zeigtet. Doch werdet Ihr Euch in Eurer unternehmerischen, aktiven Art gewiss einzurichten wissen. Und dies nicht bloss in einer von viel Aktivität geprägten Art des Zeitvertreibs, sondern in Form weiteren aktiven Wirkens für andere. Ich wünsche Euch eine schöne Zeit bei guter Gesundheit und danke, speziell Dir, lieber Karl, für die zwar kurze, aber intensive Art der Zusammenarbeit.

Euer Werner Vonaesch