Ausgabe **11** | 2015

Weniger Fehler bei der Medikation

Seite 42

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva
Verband Heime & Institutionen Schweiz

Übergänge

Wenn das Leben eine Wendung nimmt

*Wir bieten Lösungen – **Igeho,** Halle 1.0, Stand D104*
www.hugentobler.ch

CURAVIVA weiterbildung

Praxisnah und persönlich.

professionell führen.
team.
bereich.
institution.

www.weiterbildung.curaviva.ch/management

careCoach

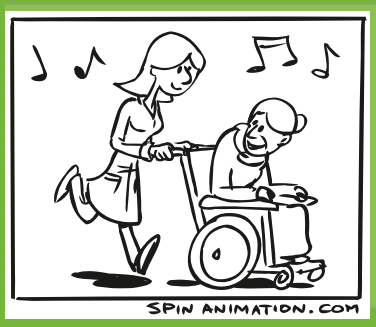
Die führende mobile Pflegedoku für Spitex und Heim

careCoach goes Android !

careCoach goes BESA LK10 !

careCoach goes Spitex !

tacsCoach Controlling !



... Zeit für's Wesentliche !

Achtung !
...nur für Liebhaber...
von Pflege- und Betreuungsqualität,
von hoher Effizienz infolge Prozess-Durchgängigkeit,
von einer Software, die inhaltlich und technisch immer à jour ist,
von gleichzeitiger Abrechnung unterschiedlicher Systeme (Spitex, RAI, BESA)

Tel 044 360 44 24

topCare Management AG
Stampfenbachstrasse 68, 8006 Zürich

www.carecoach.ch

«Eine Gesellschaft, die den Erfolg und das Vorwärtskommen zu ihren Maximen macht, hat Mühe, den Zyklus des Werdens und Vergehens zu akzeptieren.»

Beat Leuenberger
Chefredaktor

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Mensch ist ein rhythmisches Wesen. Sein ganzes Leben lang bewegt er sich in Zyklen. Der Tag ist eingeteilt in einen wachen und einen schlafenden Teil. Die Woche vergeht in Tagen der Arbeit und in Tagen des Müssiggangs. Das Jahr ist Werden und Vergehen. Wie alle biologischen Wesen leben die Menschen in und mit diesen Rhythmen.

Der November ist der klassische Monat des Abschieds. Die Zeit der Fruchtbarkeit ist vorbei, es erwarten uns Tage, Wochen und Monate der Kälte und der Starre. Er ist ein Monat des Übergangs.

Die Novembernummer der Fachzeitschrift ist den Übergängen in unserem Leben gewidmet. Wenn der Mensch ein rhythmisches Wesen ist, gibt es in seinem Leben immer wieder Momente des Wechsels und der Umstellung. Wir werden von Kindern zu Erwachsenen, von jungen zu alten Menschen. Wir sind gesund und werden krank. Wir leben zusammen mit unseren Liebsten, dann verlieren wir sie.

Das wissen wir alles, wenn es noch gar nicht so weit ist. Und es ist ein Geschenk, dass wir als Menschen das Leben geniessen und leben können, gerade im Wissen darum, dass alles sich im grossen Zirkel des Werdens und Vergehens abspielt.

Übergänge sind – gerade wenn sie abrupt und unverhofft kommen und als Schicksalsschläge unserem Leben eine ganz neue Wendung geben – oft schmerzhaft. Sie sind mit Trauer und Verzagtheit verbunden. Manchmal wachsen Niedergeschlagenheit und Verzweiflung zur Krankheit. Der Mensch kann nicht alles ertragen.

Trotzdem sollen die Übergangsgeschichten, die wir in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift erzählen, auch Mut machen. Mut, anzunehmen, was nicht zu ändern ist und was zum grossen Kreis des Werdens und Vergehens gehört. Unsere Redaktorin Claudia Weiss hat die 65-jährige Sylvia Arni und ihren Ehemann Peter besucht. Sylvia Arni leidet an der seltenen Krankheit ALS. Unaufhaltsam verändert sich seit der Diagnose ihr Leben. Sylvia und Peter Arni müssen Pläne aufgeben, die sie gehegt hatten. Claudia Weiss hat kein verzweifeltes Ehepaar angetroffen, sondern eines, das Lebensqualität auch in einer schwierigen Situation schafft (Seite 14).

Anna Schneider, 20, wiederum steht vor einem wichtigen Übergang in ihrem Leben: Die junge Frau mit dem Down Syndrom wird bald aus dem Elternhaus aus- und in eine Wohngemeinschaft einziehen. Vor diesem Schritt hat sie Respekt und auch etwas Angst (Seite 19).

Sarah, 16, schliesslich musste lernen, dass sie vor Schwierigkeiten nicht einfach davonlaufen kann. Im Heim hat sie gelernt, Verantwortung zu übernehmen für ihr Leben. Jetzt steht sie am Übergang – und ist sicher, dass sie die strengen Regeln des Heims nicht mehr braucht (Seite 22).

Frühere Generationen waren noch viel stärker eingebunden in die Rhythmen des Lebens. Sie haben die Übergänge mit Bräuchen und Festen gestaltet. Heute leben wir in einer Gesellschaft, die den Erfolg, das dauernde Vorwärtskommen, die permanente Sättigung zu ihren Maximen macht – und Mühe bekundet, den Zyklus des Werdens und Vergehens zu akzeptieren. ●

cornelia willi
t&a
verstehen • entwickeln • verändern

Wettbewerb
Einführungskurs 101 zu gewinnen!

Wettbewerbsfrage
Was heisst «ta» im Zusammenhang
mit dem Angebot von Cornelia Willi?

Antwort an: co@cornelia-willi.ch

Bildung, Beratung und Supervision
032 623 55 18 • co@cornelia-willi.ch • www.cornelia-willi.ch

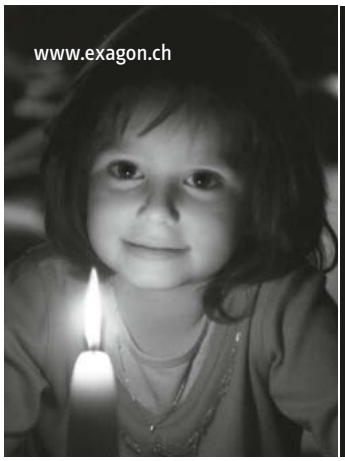
CURAVIVA weiterbildung
Praxisnah und persönlich.

basale stimulation

16./27. november 2015
8. januar 2016

st. gallen

www.weiterbildung.curaviva.ch/pflege



Kerzen und Seifen selber machen

Beste Rohmaterialien, Gerätschaften und Zubehör für Hobby, Schulen, Kirchen und Werkstätten.

EXAGON, Bernerstr. Nord 210,
8064 Zürich, Tel. 044/430 36 76,
Fax 044/430 36 66
E-Mail: info@exagon.ch

Sealed Air
Re-imagine

Sind Sie dynamisch, erfolgsorientiert und legen Wert auf eine selbstständige und abwechslungsreiche Tätigkeit? Haben Sie gerne Kundenkontakt, sind Sie gerne im Vertrieb? Wollen Sie gewinnen? Ist Ihnen Teamarbeit und ein gutes Arbeitsklima wichtig? Dann sind Sie bei uns genau richtig!

Wir, Sealed Air - sind ein international tätiges Industrieunternehmen, welches in 175 Ländern über 25 000 Mitarbeitende beschäftigt und Produkte und Dienstleistungen für die professionelle Reinigung und Hygiene anbietet. Für unsere Schweizer Niederlassung in Münchwilen (TG) für die Division Diversey Care suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung je eine engagierte, junge oder junggebliebene und motivierte Persönlichkeit als

Kundenberater Healthcare (w/m)

Regionen – Aargau / Zürich
Region – Basel

Ihre Aufgaben
- Stärkung der Beziehung zu bestehenden und neuen Kunden sowie aktive Neukundengewinnung
- Erfolgreiche Umsetzung unserer Verkaufsstrategie
- Reinigungs- und Produkteschulungen vor Ort bei den Kunden
- Konstante Verfolgung der quantitativen und qualitativen Ziele
- Mehrwertorientierte und massgeschneiderte Offertenerstellung für die Kunden
- Sicherstellung Informationsfluss zu Vorgesetzten und internen Stellen

Ihre Erfahrungen
- Abgeschlossene Ausbildung oder gleichwertige Weiterbildung im Verkauf, betriebswirtschaftliche Weiterbildung von Vorteil
- Mehrjährige Erfahrung im Aussendienst sowie Erfahrung im Bereich Gesundheitswesen und/oder Reinigungsbranche
- Verhandlungs- und abschlussstark
- Hohe Kundenserviceorientierung
- Sehr gute MS-Office Kenntnisse
- Sehr gute Deutschkenntnisse - sowie gute englische Kenntnisse in Wort und Schrift, weitere Sprachen von Vorteil

Unser Angebot
Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche Aufgabe, bei der Sie eigenverantwortlich arbeiten können und so wesentlich den Erfolg Ihres Bereichs unterstützen. Sie gestalten mit Ihren Fähigkeiten die Position und Ihren Verantwortungsspielraum mit und können Ihr fachliches Wissen einbringen.
Wir sind ein stark vertriebs- und kundenorientiertes Unternehmen, so dass diese Position die Möglichkeiten bietet, sich zukünftig innerhalb unseres Konzerns beruflich weiterzuentwickeln.

Konnten wir Ihr Interesse wecken? Dann freuen wir uns über Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen auf personal@sealedair.com. Für fachliche Auskünfte steht Ihnen Beatrix Vettiger – 079 544 79 16 gerne zur Verfügung.

Diversey Europe B.V., Utrecht, Zweigniederlassung Münchwilen, Human Resources, CH-9542 Münchwilen, personal@sealedair.com, www.diversey.com

TASKI Suma Clax Soft Care Diversey consulting TRAINING CENTER CRYOVAC

Eine Krankheit, die alles verändert

Annas Weg in die Selbstständigkeit

Automatisierte Medikamentenabpackung

Inhaltsverzeichnis

Übergänge

Ein neuer Lebensabschnitt
Der Weg ins Alter passiert heute in mehreren Schritten. Die Gesellschaft definiert eben das «aktive Rentenalter» als neuen Lebensabschnitt. Das hat Konsequenzen. 6

Demenz und Spitalaufenthalt
Für alte Menschen mit einer Demenzkrankheit kann ein Spitalaufenthalt zur gefährlichen Sache werden. Das Personal in den Pflegeheimen kann mithelfen, das Risiko zu mindern. 10

ALS: Eine Krankheit, die alles verändert
Als Sylvia Arni erfuhr, dass sie an ALS leidet, erfuhr ihr Leben eine komplette Wendung. 14

Annas Weg in die Selbstständigkeit
Anna Schneider ist 20, hat ihre Ausbildung abgeschlossen und möchte von zu Hause ausziehen. Sie sucht eine Wohngemeinschaft, in der andere junge Menschen mit Down Syndrom leben. 19

Verantwortung für das eigene Leben übernehmen
Im Heim lernen Jugendliche, vor den Problemen nicht davonzulaufen, sondern nach Lösungen zu suchen. 22

Epilepsie im Alter
Altersepilepsie trifft die Betroffenen völlig unvorbereitet. Warum Jana Kilema trotzdem nicht verzweifelte. 26

Frieden finden mit den Verstorbenen
Menschen, die sterben, verschwinden nicht einfach. Zuweilen lassen sie die Hinterbliebenen lange nicht in Ruhe. 29

Alter

Montessori für Demenzkranke
Den Begriff «Montessori» hört man vor allem im Zusammenhang mit Kindergärten. Doch die Montessori-Methode funktioniert auch bei Menschen mit einer Demenzkrankheit 33

Ärztliche Sterbehilfe
Der Wunsch eines Patienten nach Beihilfe zum Suizid konfrontiert den Arzt unwillkürlich mit moralischen Fragen 36

Management

Automatische Medikamentenabpackung
Die Maschine ist zuverlässiger als der Mensch. Die automatische Medikamentenabpackung reduziert die Gefahr falscher Medikationen ganz drastisch. 42

Küchentechnologie im Heim
Bei der Herstellung von Mahlzeiten ermöglichen moderne Produktionssysteme qualitative und quantitative Standards. 45

Journal

Kolumne 49
Kurznachrichten 49
Stelleninserate 18, 41

Titelbild: Sylvia Arni und ihr Mann Peter im Herbstwald. Seit die 65-jährige Frau weiss, dass sie die Krankheit ALS hat, versucht das Ehepaar zu geniessen, was noch möglich ist. Foto: Alex Spichale

Impressum Redaktion: Beat Leuenberger (leu), Chefredaktor; Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn); Urs Tremp (ut) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 2015, 86. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien, Förrlibuckstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich, Telefon: 043 444 51 05, Telefax: 043 444 51 01, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, New Media and Print, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Susanne Weber • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2014: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11×, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2013: 3000 Ex. (Total verkaufte Auflage 2911 Ex., Total Gratisauflage 89 Ex.), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058

Die Gesellschaft definiert gerade ein Lebensalter neu – das «gesunde Rentenalter»

Einmal, zweimal, dreimal alt werden

Der Übergang ins Alter vollzieht sich heute ganz anders als noch vor wenigen Generationen. Es gibt das «gesunde Rentenalter», das «gebrechliche Alter» und das «pflegebedürftige Alter». Vor allem das «gesunde Rentenalter» ist für die Gesellschaft Herausforderung und Chance.

Von Urs Tremp

Älterwerden ist nicht mehr, was es einst war. Es ist – wie uns eine aktuelle Credit-Suisse-Kampagne weismacht – «pure Vorfreude». Es ist «Neuorientierung» (Alterssoziologe François Höpflinger). Vor allem ist das Alter eines nicht mehr: Ruhestand. Kein Vorgesetzter, der bei der Pensionierung eines Mitarbeiters nicht die Floskel vom «Unruhestand» bemüht. Nein, das Älterwerden ist im Lauf von nur zwei, drei Generationen zu etwas ganz anderem, zu etwas Neuem geworden.

Zu was aber? Zuerst die Fakten: Vor 100 Jahren wurde gerade ungefähr ein Drittel der Bevölkerung 70 und mehr Jahre alt. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert für Frauen 48, für Männer 45 Jahre. Von den damals 25-Jährigen hatte gerade noch die Hälfte beide Elternteile. Als in der Schweiz die AHV eingeführt wurde (1948), hatten die Menschen, die das Pensionierungsalter erreichten, im besten Fall noch sechs bis zehn Jahre zu leben. Wer pensioniert wurde, war alt: biologisch und gesellschaftlich. Und wer alt wurde, der lebte nur selten beschwerdefrei. Alter – und dieses begann spätestens mit 50 – bedeutete bis vor wenigen Jahrzehnten zumeist Mühsal und Pein: kaputte Zähne, arthritische Knochen, Mangel- und Infektionskrankheiten. Wer sich nicht auf ein sicheres familiäres Netz verlassen konnte, für den bedeutete Alter neben Krankheit oft auch wirtschaftliche Not. Kurz: Altwerden und Altsein war bis vor wenigen Jahrzehnten zumeist nichts Schönes und Erstrebenswertes.

Ganz anders heute: Wer heute das 60. Altersjahr erreicht, hat im Durchschnitt noch 25 (Männer) oder sogar über 26 Jahre (Frauen) vor sich. Gestiegen ist freilich nicht einfach die Lebenserwartung. Entscheidender ist, dass die «behinderungsfreie Lebenserwartung» gestiegen ist. Will heissen: Das Alter ist – zumindest in den Jahren nach der Pensionierung – nicht mehr gezeichnet von Last und Leid, sondern von Tatkraft und Wohlbefinden.

Die Lebensjahre der «Generation Gold» werden gerade als eigener Lebensabschnitt gedeutet.

Auf dem Weg in eine «alterslose Gesellschaft»

Wir seien auf dem Weg in eine «alterslose Gesellschaft», konstatierte jüngst die Studie «Digital Ageing» des Zürcher Gottlieb-Duttweiler-Institus. Die Forscher um Jakub Samochowiec untersuchten, wie die Menschen in unserem Land künftig im Alter leben werden. Im 21. Jahrhundert werde, wie im 19. Jahrhundert die Kindheit und Mitte des 20. Jahrhunderts die Teenager-Zeit, die «Generation Gold» als eigener Lebensabschnitt neu definiert. Der Lebensabschnitt des gesunden und gut situierten Alters, das eine gesellschaftliche Gruppe schafft, die es so bislang nicht gab und deren Zeitalter erst begonnen habe. «Menschen, die im klassischen Sinne alt sind, können sich, statt von der Bildfläche der Gesellschaft zu verschwinden, neu in ihrer Mitte etablieren. Die gute Gesundheit der älteren Menschen und neue Technologien tragen dabei massgeblich zur Aufwertung des Lebensabends bei.»

Zwar, das bringt die Studie zum Ausdruck, werde man auch künftig nicht alle alten Menschen mit demselben Etikett be-

Paar im Alter: Unabhängig vom Lebensalter weiterhin Teil der Gesellschaft sein.

Foto: Gerhard Weber, Fotodesign

zeichnen können. Aber die Gruppe jener Menschen jenseits der Pensionierungsgrenze werde zunehmen, die noch einmal durchstarten, die aktiv, gesundheitsbewusst und interessiert an Neuem und auch bereit seien, für Gesundheit, Fitness und Aussehen einiges zu investieren – inklusive der plastischen Chirurgie.

Was heisst das alles für die Gesellschaft? Sie wird nicht umhin kommen, über diese neue Lebensphase, die Jahre des «aktiven Alters», nachzudenken und Konzepte zu entwickeln, wie die nichtproduktive, behinderungsfreie Zeit zwischen Pensionierung und ungefähr dem 80. Lebensjahr neu zu deuten ist. So sehr immer mehr Menschen in den Genuss eines über mehrere Jahre beschwerdefreien Lebens kommen und im Rentenalter durch gesundes Verhalten diese Jahre noch ausdehnen, so sehr kosten diese Menschen der Gesellschaft auch Geld. Der Generationenvertrag wird über kurz oder lang in Schieflage geraten. Dass dies nicht passiert, wird die Herausforderung für die Gesellschaft und damit für die Politik sein. >>

Modulare Weiterbildung für
Fach- und Führungspersonen in Heimen
individuell – flexibel – zielorientiert

www.careum-weiterbildung.ch

Ohrensesselgespräche:
17.11.15 / 08.12.15

careum Weiterbildung

hotelleriesuisse
Swiss Hotel Association

CURAVIVA.CH

PLANEN SIE EIN NEUES PROJEKT?

Hier finden Sie professionelle Berater
für Schweizer Institutionen und Heime:
www.curaviva.ch/beraternetzwerk

ISF
INSTITUT
FÜR SINNZENTRIERTE
FÜHRUNG GMBH

PSYCHOSOZIALE BERATUNG

BERATEN UND HELFEN DURCH LOGOTHERAPIE
Fördern, Unterstützen und Entwickeln auf der Basis des Menschenbildes von Viktor E. Frankl.

Möchten Sie kompetenter werden im Umgang mit Menschen in schwierigen und belastenden Situationen?

Suchen Sie neben fachlicher Kompetenz vor allem auch psychologische, therapeutische und kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten?

Das ganzheitlich ausgerichtete Beratungskonzept hilft, die eigene Professionalisierung zu verbessern und bietet die Chance, die eigene Sinnorientierung und das eigene Gesundheitsverhalten zu reflektieren.

Die Fortbildung lässt sich berufsbegleitend absolvieren.
Start ist der 16.1.2016, Anmeldeschluss: 18.12.2015

www.i-s-f.ch/psychologie
Eulerstrasse 9, 4051 Basel, www.i-s-f.ch
Tel. 061 271 11 28, Fax 061 271 17 04

Begleiten in Freud und Leid
durch den Tag, die Woche, das Jahr

Umfassendes Medienset für die spirituelle Begleitung alter Menschen im Betreuungs- und Pflegealltag

Bestehend aus:

- Praxisnahem **Handbuch** mit konkreten Anleitungen zur Gestaltung von Ritualen und Feiern auf 170 Seiten
- **Lieder- und Textheft** mit 70 Liedertexten zum Mitsingen sowie 20 Gebete, Psalmverse und Texte
- **3 Musik-CD's** mit 100 Liedern und Melodien

→ Beispiele und weitere Informationen finden sie auf unserer Webseite **www.leaschule.ch**

Komplettes Set: Fr. 185.-- plus Verpackung und Porto

Schule für Lebensbegleitung im Alter
LeA

Schule für Lebensbegleitung im Alter
Gwattstrasse 144, 3645 Gwatt b. Thun
Tel. 033 733 43 43 | info@leaschule.ch

Es ist unbestritten: Bereits heute nehmen viele Menschen im aktiven Rentenalter wichtige familiäre und gesellschaftliche Aufgaben wahr. Noch nie gab es eine Enkelgeneration wie die heutige, die von der Gesundheit und der Unternehmungslust der Grosseltern derart profitierte. Allerdings: Dass damit die Eltern der Enkelkinder beide einer Erwerbsarbeit nachgehen können, sichert der Grosselterngeneration auch die Rente. So gesehen, sind die vielfältigen Grosselternaktivitäten nicht allein Ausdruck von altruistischem Familiensinn, sondern auch ein Beitrag dazu, dass unser Alterssicherungssystem nicht in kürzester aus dem Ruder läuft.

Denn dies ist die zentrale Frage, die sich nun, da die Babyboomer ins Rentenalter kommen, aus den veränderten Bedingungen ergibt: Kann und soll eine immer kleinere Zahl von erwerbstätigen Männern und Frauen eine immer grössere Zahl von Nichterwerbstätigen finanzieren, ohne dass sie sich gewiss sein können, dass auch sie einmal wirtschaftlich abgesichert alt werden können? Das heisst umgekehrt: Was kann die aktive Rentnergeneration tun, damit sich die nachkommende Generation nicht ausgenützt und benachteiligt vorkommt?

Die Freiheit, die das Leben jenseits der Pensionierung bringt, ist auch eine Verpflichtung.

Nicht für alle sind die Zukunftsaussichten dieselben

Tatsächlich ist die Lage ziemlich kompliziert. Denn für die Menschen in unserem Land sind die Zukunftsaussichten ganz unterschiedlich. In den letzten fünfzig Jahren haben sich in der Schweiz zum Beispiel viele Privatvermögen derart erhöht, dass die Generation, die in den nächsten Jahren ins Rentenalter kommt, von Anfang an auf einem guten finanziellen Polster sitzt und also gar nicht unbedingt auf AHV und Pensionskasse angewiesen sein wird. Es kommt heute nicht selten vor, dass sich Menschen mit 55 aus dem Erwerbsleben zurückziehen können, weil ihnen die Eltern genügend wirtschaftliche Reserven hinterlassen haben. Ist dieses Privileg einfach Schicksal, das den einen zufällt und den anderen nicht, aus dem aber keine weiteren Forderungen abgeleitet werden dürfen? Bislang sind in der Schweiz Vorstösse für eine Erbschaftssteuer immer abgelehnt worden.

«Aktive Alte» nehmen schon heute gesellschaftliche Aufgaben wahr – als Grosseltern etwa.

Es gibt auch andere Fälle: Dass die Mittel, die eigentlich als Erbschaft den Kindern und Kindeskindern eine gewisse Sicherheit hätten geben sollen, durch Jahre der Pflegebedürftigkeit der Eltern vollständig aufgebraucht wurden. Schicksal? Und doppeltes Unglück, dass man als Sohn und Tochter oder Enkel und Enkelin über ein paar Jahre die alte Mutter oder den alten Vater gepflegt und betreut und darum auf vieles verzichtet hat? Und welche Verpflichtung erwächst jenen Söhnen und Töchtern, deren Eltern sich aufgeopfert und die gespart haben, damit ihre Kinder eine gute Ausbildung bekommen?

Solidarität ist unabdingbar für den Generationenvertrag

Man sieht: Jeder Fall liegt wieder anders. Aber just über solche Ungleichgewichte muss die Gesellschaft nachdenken und die Solidarität, die unabdingbar ist für den Generationenvertrag und damit für eine funktionierende Gesellschaft, immer neu ins Zentrum der Überlegungen stellen. Wem erwächst welche Verantwortung, damit die Kluft zwischen denen, die abgesichert sind, und denen, die bedroht sind, in prekäre Verhältnisse abzugleiten oder schon abgeglitten sind, nicht zu tief wird? Und dass sich nicht Frust und Hass gegenüber einer fröhlich geniessenden aktiven Rentnergesellschaft aufstaut bei jenen Leuten, die August Augstein jüngst im Magazin «Der Spiegel» als «Dienstleistungsproletariat» («Leute, die die Pakete packen, die in der Auslieferung arbeiten, die Häuser und Züge reinigen, in den Supermärkten die Regale füllen und wenig verdienen») bezeichnet hat und als «die Verbitterten» («Leute, die trotz guter Bildungsvoraussetzungen und hoher Leistungsbereitschaft die Position vergleichbarer anderer nicht erreicht haben»)? Augstein redet vom «Dienstleistungsproletariat» und von den «Verbitterten» zwar im Zusammenhang mit den Flüchtlingen, die derzeit in Deutschland um Asyl nachsuchen. Gut vorstellbar aber, dass das, was sich in Deutschland derzeit an Ablehnung gegen die Flüchtlinge zusammenbraut, sich dereinst auch gegen die Rentner richten könnte.

Man soll den Teufel nicht an die Wand malen. Dass das Älterwerden heute (noch) «pure Vorfreude» sein soll, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Freiheit, die das Leben jenseits der Pensionierungsgrenze mit sich bringt, auch Verpflichtung ist. Wie diese Verpflichtungen im Einzelnen aussehen sollen, dafür wird es keine Generallösung geben. Aber ab etwa Mitte 50 sollte jeder und jede zusammen mit der Familie, mit dem Arbeitgeber, mit der Gemeinde, mit den Vereinen etc. konkrete Pläne machen können, wie er/sie das Leben bis zur zweiten Altersphase, dem gebrechlichen Alter (ab etwa dem 80. Lebensjahr) gestalten möchte und im Einklang mit seiner Umgebung auch gestalten kann.

Schon heute gibt es Arbeitnehmer, die über die Pensionierungsgrenze hinaus weiterarbeiten – nicht mehr unbedingt zu 100 Prozent, aber so, dass sie weiter Freude haben und erfahren, dass ihr Rat noch gefragt ist und dass sie selbst auf ihrem Fachgebiet à jour bleiben. Es gibt andere, die sich sozialen Aufgaben widmen oder Freiwilligenarbeit übernehmen. Eigentlich ist dieses aktive Alter einfach eine Fortsetzung der Lebensphase vor der Pensionierung – unter anderen Vorzeichen. Das heisst: Das Alter ist Neuorientierung in der Gesellschaft und nicht Verabschiedung aus der Gesellschaft. Noch anders gesagt: Die Menschen tun aktiv etwas für den Generationenvertrag. Wie das honoriert und ausgeglichen wird, darüber wird zu diskutieren sein.

Eine breite öffentliche Diskussion ist notwendig

Unsere Gesellschaft ist daran, in das Zeitalter der vier Lebensabschnitte einzutreten. Es wird künftig nicht mehr einen Übergang ins Alter geben, sondern zwei oder drei. Dass wir alle im gebrechlichen und im pflegebedürftigen Alter von der Gesellschaft getragen werden, verpflichtet dazu, im «aktiven Alter» neue gesellschaftliche Verantwortungen wahrzunehmen. Eine breite Diskussion darüber müsste endlich beginnen. ●

Planung der richtigen Massnahmen fusst auf ständig erneuertem Fachwissen

Vom Heim ins Spital und zurück – eine komplexe Herausforderung

Die Überführung älterer, verwirrter Menschen aus dem Pflegeheim ins Spital ist gefährlich: Die Patienten stürzen häufig und entwickeln Delirien. Um die Risiken zu verringern, müssen die Pflegeverantwortlichen mit den Angehörigen und der Institution zusammenarbeiten.

Von Daniela Suter*

Kurt Meier, 85, pensionierter Bankangestellter, leidet an einer chronischen Herzinsuffizienz. Vor drei Jahren wurde bei ihm zudem – als Folge eines Schlaganfalls – eine vaskuläre Demenz diagnostiziert. Bis vor einem Jahr lebte er mit seiner 80-jährigen Ehefrau in einem Einfamilienhaus in Winterthur. Heute ist Kurt Meier Bewohner eines Pflegeheims in der Nähe seines früheren Wohnorts. Er benötigt Unterstützung bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, bei der Ausscheidung und bei der Orientierung. Für seine Ehefrau wurde die Pflege ihres Mannes zuhause zu anstrengend. Sie selbst leidet an einer rheumatischen Erkrankung und ist körperlich stark eingeschränkt. Trotzdem besucht sie ihren Ehemann täglich im Pflegeheim. Die gemeinsame Zeit verbringt das Ehepaar mit Musikhören, mit Spaziergängen und bei Gesprächen mit anderen Bewohnern und Besuchern in der Cafeteria des Pflegeheims.

*** Daniela Suter-Frey** ist seit sieben Jahren Pflegeexpertin im Departement Medizin des Kantonsspitals Winterthur. 2008 hat sie die Ausbildung zur Pflegeexpertin HöFa II (Höhere Fachschule Stufe II in Aarau) abgeschlossen. Aktuell absolviert Suter-Frey den Studiengang Master in Nursing Science an der ZHAW in Winterthur (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften). Das Studium wird sie voraussichtlich 2016 abschliessen. Der Schwerpunkt ihres Interessengebiets liegt in der Versorgung von akuterkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten und Menschen mit chronischen Wunden im Akutspital.

Die Situation, die zum Spitaleintritt führte

Als sich Kurt Meier eine Erkältung zuzog und unter Husten und Fieber litt, rief das Pflegepersonal den Heimarzt. Dieser stellte eine virusbedingte Infektion fest und verordnete ihm ein Medikament gegen die Symptome. Zwei Tage später, während des Frühstücks, stellten die Pflegenden eine Verschlechterung seines Allgemeinzustands und vermehrte Anzeichen von Verwirrtheit fest. Er redete unverständliche Dinge und zeigte Verhaltensweisen, die das Personal zuvor noch nie erlebt hatte. Die verständigte Ehefrau war sehr beunruhigt über den Zustand ihres Mannes. Der Heimarzt riet dazu, ihn ins Kantonsspital Winterthur einzuweisen.

Auf der Bettenstation liess sich der 85-Jährige nicht mehr beruhigen. Er wollte nach Hause.

Die Situation bei Eintritt ins Spital

Auf der Notfallabteilung wurde eine Blutentnahme durchgeführt. Die Blutwerte zeigten erhöhte Entzündungszeichen. Das Röntgenbild und die körperliche Untersuchung ergaben Hinweise auf eine Lungenentzündung. Kurt Meier erhielt einen venösen Zugang, über den ihm Flüssigkeit und Antibiotika zugeführt wurden. Während der Wartezeit im Notfall wurde er

zunehmend verbal ausfallend. Immer wieder wollte er aufstehen und nach Hause gehen. Er begann, sich gegen alle Handlungen des Gesundheitspersonals zur Wehr zu setzen. Am Abend wurde der Mann auf eine Bettenstation verlegt. Im Zimmer liess er sich nicht mehr beruhigen. Unverzüglich wollte er nach Hause und wehrte sich gegen die Pflegefachpersonen, die versuchten, ihn zurückzuhalten. Er riss sich die Infusionsnadel aus der Vene und warf die Infusion zu Boden. Als eine der Pflegefachpersonen einen neuen Venenzugang legen wollte, eskalierte die Situation. Der Patient schlug um sich und stiess laute Drohungen aus. Die Pflegefachpersonen riefen zur Unterstützung den diensthabenden Arzt herbei. Dieser verordnete ein Medikament gegen die massive Unruhe und das gefährdende Verhalten. Das Medikament musste Kurt Meier gegen seinen Willen verabreicht werden. Nach dreissig Minuten wurde er ruhiger und schläfrig. Die Nacht verbrachte er im Lehnstuhl. Um seinen Zustand zu überwachen, hatte man eine Hilfspflegeperson angefordert, die die ganze Nacht bei ihm im Zimmer blieb.

Unverzüglich wollte Kurt Meier nach Hause und wehrte sich gegen das Pflegefachpersonal.

Die Situation älterer Menschen im Akutspital

Der exemplarische Fall von Kurt Meier zeigt die Situation eines Bewohners einer Langzeitinstitution, der in reduziertem Allgemeinzustand auf die Notfallabteilung eines Akutspitals eingewiesen wird und – bedingt >>

Wenn ältere, verwirrte Menschen aus akutmedizinischen Gründen ins Spital müssen, braucht es die Mithilfe aller Beteiligten, um die Situation zu meistern.

Foto: Martin Glauser

durch eine Infektion und die veränderte örtliche Situation – ein hyperaktives Delirium entwickelt. Die Hospitalisationsrate älterer Menschen aus Langzeitinstitutionen ist hoch, und zusätzlich besteht ein grosses Risiko, durch den Spitalaufenthalt Komplikationen zu entwickeln. So zeigten 2013 Studienergebnisse hohe Delir-, Sturz- und Infektionsraten bei älteren hospitalisierten Menschen.

Die Situation von Kurt Meier ist also kein Einzelfall. Rund die Hälfte der 6000 Patientinnen und Patienten, die jährlich in der Klinik für Innere Medizin im Kantonsspital Winterthur behandelt werden, sind über 75 Jahre alt, und 80 Prozent davon treten über die Notfallabteilung in das Spital ein. Gemäss statistischer Berechnung kann man davon ausgehen, dass 10 Prozent dieser Patientinnen und Patienten zusätzlich an Demenz erkrankt sind. Ein akuterkrankter älterer Mensch mit einer Demenz zeigt bei Spitaleintritt häufig unspezifische Symptome, die sich nicht nur einem einzigen Krankheitsbild zuordnen lassen. Um die Situation des Patienten gesamthaft zu erfassen, ist deshalb ein umfassendes Assessment wichtig, das die Informationen der pflegenden Angehörigen und der betreuenden Institution mit einbezieht. Ziel davon ist es, Risiken und Komplikationen zu verringern, die der Spitalaufenthalt bedingen könnte. Die meisten Notfallstationen in der Schweiz sind jedoch aufgrund ihrer Strukturen und Abläufe noch nicht auf ein solches Assessment vorbereitet. Deshalb kann die Situation der Betroffenen zurzeit erst nach der Verlegung der Patientinnen und Patienten auf die Bettenstation gesamthaft erfasst werden.

Wenn ältere Menschen ins Spital müssen, stürzen sie häufig und entwickeln Delirien.

Für diese Aufgabe braucht es medizinisches und pflegerisches Personal, das spezifisches Fachwissen und Erfahrung mit geriatrischen Patientinnen und Patienten hat. Nötig ist die Unterstützung durch erfahrene Fachpersonen, die speziell ausgebildet sind im Umgang mit komplexen Patientinnen- und Patientensituationen: Sie erfassen die Situation der Betroffenen und erstellen einen Pflege- und Behandlungsplan, den sie auf die Bedürfnisse der Betroffenen abstimmen.

Alternative zum Akutspital

Verschiedene angelsächsische Länder, so zum Beispiel Schottland, haben ein Alternativmodell zur Spitalpflege für ältere Menschen aufgebaut: Das «Hospital at Home»-Projekt («Spital zu Hause»). Bei «Hospital at Home» betreut ein speziell ausgebildetes Team ältere Menschen, die keinen Spitalaufenthalt wünschen, aber akute medizinische Betreuung benötigen, über einen Zeitraum von fünf Tagen in ihrer gewohnten Umgebung. Voraussetzung dafür ist ein Helfernetz, bestehend aus Bekannten, Freunden und Verwandten. Nach fünf Tagen übernehmen der Hausarzt und die Spitex die weitere Betreuung der Patientinnen und Patienten. Im schottischen Lanarkshire konnte dank diesem Modell die Eintrittsrate älterer Menschen ins Akutspital deutlich gesenkt werden.

Pflegeexpertinnen in der Schweiz

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in der Schweiz sind Fachpersonen, die eine theoretische Ausbildung auf Masterlevel (oder eine ebenbürtige Ausbildung) absolviert und sich vertiefte, wissenschaftlich abgestützte Fachkenntnisse und Erfahrungen in einem speziellen Fachgebiet erworben haben. Diese Fachpersonen arbeiten in allen Bereichen der Akut- und Langzeitversorgung. Die Aufgaben reichen von der direkten Pflege der Patientinnen und Patienten über die Pflegeentwicklung (etwa in der Erstellung von Standards und Richtlinien) bis zur Fort- und Weiterbildung.

Im Kantonsspital Winterthur (Departement Medizin) arbeitet die Pflegeexpertin eng mit der Leitung Pflege, einem Team aus elf pflegerischen Fachexpertinnen und Fachexperten der verschiedenen Abteilungen, den zwei Pflegefachberaterinnen und dem Management der Abteilungen zusammen. Gemeinsam erarbeiten diese Fachpersonen Strategien und suchen nach neuen Wegen, um mit den verschiedenen Herausforderungen umgehen zu können, die die steigende Komplexität der Pflege – insbesondere die Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten – mit sich bringt.

Diese Strategien umfassen Massnahmen auf verschiedenen Ebenen. Zum einen bekommen neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegebereich in verschiedenen Workshops eine Schulung, und Pflegefachberaterinnen begleiten sie während der Einführungszeit eng. Zum anderen leisten Fachexpertinnen und Fachexperten sowie die Pflegeexpertin Unterstützung im Umgang mit komplexen Pflegesituationen direkt auf den Abteilungen. Ein neues Projekt, das noch in der Vorbereitungsphase steckt, soll diese Supportleistungen weiter ausbauen.

Umgang mit Kurt Meier in der Pflegepraxis

Am Morgen nach dem Eintritt von Kurt Meier ins Spital informierte die Pflegeleitung die Pflegeexpertin über die eskalierte Situation auf der Abteilung und bat sie um die Beurteilung der Situation und um die Ausarbeitung eines Pflegeplans.

Zunächst verschaffte sich die Pflegeexpertin anhand der Unterlagen einen Überblick über die Geschehnisse und die Erkrankungssituation des Patienten. Danach nahm sie mit der zuständigen Pflegefachperson Kontakt auf, die die Situation aus ihrer Sicht beschrieb. Anschliessend erfolgten die Analyse der Gesamtsituation und die Erstellung des Pflegeplans in Absprache mit dem Pflegeteam und der Fachexpertin der Abteilung.

Der Pflegeplan umfasste Massnahmen für die Ehefrau, den Patienten und das Pflegeteam. So informierte ein Mitglied des Pflegeteams die Ehefrau über das Delirium und das Sturzrisiko ihres Ehemanns. Sie bekam Tipps, wie sie sich gegenüber ihrem Ehemann verhalten sollte. Ebenso bezogen die Fachleute im Spital die Ehefrau in alle Entscheidungen der Behandlungsplanung mit ein und thematisierten die Austrittsplanung bereits

Weitere Informationen zu «Hospital at Home»:
www.nhslanarkshire.org.uk/Services/hospital-at-home/Pages/default.aspx

zu Beginn des Spitalaufenthalts mit ihr und mit der zuständigen Langzeitinstitution. Für den Patienten leiteten sie Massnahmen ein, die die Orientierung fördern: Sie verschafften ihm Brille und Hörgerät, sprachen in kurzen Sätzen mit ihm und sorgten für eine reizarme Umgebung und ein vermindertes Sturzrisiko. Mit dem ärztlichen Dienst besprach das Pflegepersonal, dass die venöse Infusion im Zustand der Agitation abzustöpseln sei, um die Verletzungsgefahr des Patienten zu minimieren. Ferner sollten die Ärzte eine geeignete Reservemedikation verordnen. Pflegerische Handlungen, mit denen der Patient nicht einverstanden war, wurden vermieden. Die zuständige Fachperson erfragte regelmässig die körperlichen Bedürfnisse wie Durst, Hunger, Toilettengang. Das Pflegepersonal implementierte einen regelmässigen Austausch über die pflegerische Situation von Kurt Meier – auch über Interventionen, auf die er positiv reagiert hatte. Alle Informationen wurden an den nächstfolgenden Dienst weitergegeben, um die pflegerische Kontinuität aufrechtzuerhalten. Jeden zweiten Tag evaluierte das Pflegefachpersonal den Massnahmenplan und passte ihn an Veränderungen der Situation an.

Die Situation beim Austritt in die Langzeitinstitution

Nach zwölf Tagen wurde Kurt Meier aus dem Spital entlassen. Seine Ehefrau begleitete ihn zurück ins Pflegeheim. Er war zum Zeitpunkt des Spitalaustritts in einem geschwächten Allgemeinzustand: Kurt Meier hatte an Gewicht verloren, seine Orientierung war schlechter als in der Zeit vor dem Spitaleintritt, und die Gehstrecke war auf wenige Meter geschrumpft. Diese Entwicklung nahm ihren Lauf trotz abgeschlossener Behandlung der Lungenentzündung und gezielten Massnahmen zur Delirbehandlung.

Die Situation von Kurt Meier im Akutspital ist als pflegerisch komplex zu bezeichnen.

Die Situation von Kurt Meier im Akutspital ist als pflegerisch komplex zu bezeichnen. Sie stellt für alle beteiligten Personen eine Herausforderung dar – auch nach Erfassung der Gesamtsituation, fachlicher Supportleistungen, Interventions- respektive Massnahmenplanung und Einbezug aller Beteiligten. Eine Vereinfachung der Komplexität ist nicht möglich. Akzeptanz der Komplexität, die klare Struktur in der auf Fachwissen abgestützten Massnahmenplanung, die multidisziplinäre Zusammenarbeit und die regelmässige Evaluation der durchgeführten Massnahmen sind aber hilfreiche Strategien im Umgang mit dieser Situation. Es gilt neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Schulungen und Workshops für alle an der Pflege beteiligten Personen anzubieten, damit aktuelles Forschungswissen in die Pflegepraxis einfliessen kann. Und es gilt die pflegefachliche Zusammenarbeit zwischen Langzeitinstitutionen und Akutspitälern auszubauen mit dem Ziel einer optimierten bereichsübergreifenden Versorgung der betroffenen Menschen. Diese Strategien sollten es ermöglichen, ältere demenzerkrankte Menschen aus Langzeitinstitutionen im Akutspital und deren Angehörige besser zu begleiten und zu unterstützen – im Bewusstsein, dass der Eintritt ins Akutspital trotz allen Hilfestellungen ein einschneidendes Ereignis im Leben der Betroffenen bleiben wird. ●

Von Bettwäsche bis Bettmümpfeli

Alles für erfolgreiche Gastgeber:
Live entdecken am bedeutendsten Event für Hotellerie, Gastronomie, Take-away und Care

igeho
Basel 21.–25.11.15

Available on the App Store
Powered by Scana igelati JOWA Coop Florin

Amyotrophe Lateralsklerose verläuft meist rasch und gnadenlos – sie zerstört die Nerven

Die Krankheit der 1000 Abschiede

Zuerst verschluckte sich Sylvia Arni immer häufiger beim Trinken, dann fiel ihr das Sprechen zunehmend schwer. Diagnose: ALS. Unheilbar, unaufhaltbar. Das bedeutet: Schrittweise Abschied nehmen von allem, was sie einmal konnte. Und jeden Tag geniessen. Bis zum Ende.

Von Claudia Weiss

In kräftigem Rot und Gelb leuchten die Blätter an den Bäumen. Sylvia Arni, 65, sieht durch ihr Wohnzimmerfenster im aargauischen Würenlingen direkt auf einen kleinen Hügel voller bunter Herbstbäume. Die dunkelhaarige, zarte Frau liebt diesen Ausblick. Und zugleich macht er sie traurig: Vielleicht sieht sie zum letzten Mal, wie die Blätter langsam verblassen und zu Boden fallen und wie der Herbstnebel sich über dem Hügel verzieht und die Sonne hervorbricht. Seit dem Frühjahr 2013 ist ihre Lebenszeit eng begrenzt.

Es begann damit, dass sich Sylvia Arni immer häufiger beim Trinken verschluckte und dass ihre Zunge nicht mehr exakt formulierte, was sie ausdrücken wollte. Irgendetwas war nicht in Ordnung, das spürte sie selber, aber auch ihr Mann merkte es fast von Tag zu Tag mehr. Parkinson, war die erste Vermutung, oder Multiple Sklerose. «Amyotrophe Lateralsklerose», sagte jedoch ihr Arzt im Sommer 2014 nach langen Abklärungen teilnahmsvoll, ALS. Sylvia Arnis grünblaue Augen schauen einen Moment ins Leere, dann tippt sie in ihr Tablet: «Das war das Todesurteil.» Ihr Mann Peter, 69, schluckt leer, wenn er an jenen Moment zurückdenkt. «Wir waren beide erst seit ein paar Monaten pensioniert, und wir freuten uns auf die gemeinsame Zeit, wollten reisen, unsere Ferienwohnung im Goms geniessen, zusammen alt und schrumpelig werden …» Seine Stimme verklingt.

ALS machte solche Vorstellungen zunichte. Die Krankheit ist unheilbar und unaufhaltbar, «eine Krankheit der 1000 Abschiede», wie der 2011 verstorbene Marcel Aebischer auf seiner Homepage formulierte (www.marcel-aebischer.com). Sylvia Arni und ihr Mann schauen einander an und nicken: «Genau so ist es», tippt sie in ihr Tablet. Medikamente wie Rilutek können die Krankheit höchstens verzögern oder die Symptome mildern. «Es ist vor allem so, dass es keine Hoffnung gibt.» Diese Hoffnungslosigkeit erlebt Pflegefachfrau Bea Goldman bei all ihren Patientinnen und Patienten. «Häufig beschreiben Betroffene nach der Diagnose ein Gefühl von Inkohärenz, ein Losgelöstsein von jener Welt, die sie bisher gekannt hatten», erklärt sie. Es sei für sie, als wären plötzlich alle Verbindungen abgeschnitten. «Dann können sich Gefühle von Hoffnungslosigkeit und tiefster Verzweiflung ausbreiten.» (siehe Interview Seite 16)

Zuerst stolperte die Zunge, dann verschwammen die Worte immer mehr. Bis sie weg waren.

Das Leben geniessen, so lange es nur geht

Sich gegen solche Gefühle zu wehren, braucht viel Kraft und Optimismus, vor allem, weil sich der Zustand meist rasch und kontinuierlich verschlechtert. Den ersten grossen Abschied nahm Sylvia Arni von der Sprache. Immer gröbere Aussprachehemmung hier, unkontrollierbares Stolpern der Zunge da – fast von Tag zu Tag verschwammen ihre Worte mehr. Schon früh fiel das auch den Söhnen Patrick, 36, und Marco, 39, auf. Sie machten sich Sorgen. Anfang Winter 2015 konnte Sylvia Arni keine normalen Gespräche mehr führen. Bekannte auf der Strasse verstanden die undeutlichen Antworten nicht mehr und wandten sich automatisch nur noch an ihren Mann. Peter Arni lacht ein wenig, Humor ist der einzige Weg, mit dem er der Krankheit seiner Frau einigermassen begegnen kann: «Ja, anfangs tönte es fast

Pause von der Krankheit: Bei einem guten Buch kann Sylvia Arni ihre Einschränkungen vergessen. Foto: Alex Spichale

ein wenig, als wärst du betrunken.» Sylvia Arni nickt. Lächeln kann sie nur noch mit den Augen, der Rest des Gesichts ist unbeweglich geworden, der Mund steht immer offen. Aber sie tippt flink: «Wir haben viel zu lachen.» Das hilft beiden durch den Alltag, der durch den Sprachverlust komplizierter geworden ist. «Es fehlt ein wichtiger Teil», tippt Sylvia Arni. Sie war Psychologin mit einer eigenen Praxis, «Supervision, Coaching, Laufbahnberatung – Sprache war mein Leben». Mit dem Tablet hat sie einen Weg gefunden, nicht vollkommen zu verstummen. Aber es ist mühsam: Spontane Gespräche, rasche Zurufe sind nicht mehr möglich, und das Tippen ist anstrengend. Nach zwei Stunden «Gespräch» ist sie total erschöpft. «Normale Kommunikation nicht mehr möglich», schreibt sie, dann legt sie das Tablet einen Moment zur Seite.

Sorgfältig ergreift sie ein kleines Schaumstoffstengelchen und tunkt es in die Kaffeetasse, die ihr Mann ihr hingestellt hat. Sie drückt es mit Daumen und Zeigefinger leicht aus, dann streicht sie damit über Zahnfleisch, Wangentaschen und Zunge. So «trinkt» sie inzwischen Kaffee oder Wein, so kann sie ihren Mund befeuchten und einen Hauch von Genuss schmecken.

Mahlzeiten aus dem Rucksack

«Die USA-Reise im Herbst 2014», sagt ihr Mann Peter. «Das war eigentlich das letzte Mal, als du noch fast alles essen konntest.» Sie nickt zustimmend. Eine schöne Reise, in die grossartige Natur der Nationalpärke und nach San Francisco, Sylvia Arni ernährte sich hauptsächlich von Rührei, Hamburgern und Muffins – alles mit viel Sauce, damit es gut rutscht. Die Reise trotz Krankheit noch zu unternehmen, hatte Mut gebraucht. «Aber es war toll.» Und zugleich wehmütig, es war die letzte grosse gemeinsame Reise des Ehepaars. Danach wurde für Sylvia Arni das Schlucken immer mühsamer, sogar Püriertes rutschte kaum noch, sie nahm immer mehr ab. Jetzt musste sie den nächsten Schritt planen, der zugleich den nächsten grossen Abschied bedeuten würde: vom Essen und vom Geniessen.

Am 19. März war es so weit, und sie erhielt die Magensonde einoperiert. Was sie zuletzt gegessen hatte, weiss Sylvia Arni nicht mehr, «es war alles püriert, ich sah es nicht so gut», tippt sie. Neben ihren Augen erscheinen kleine Lachfältchen. Und sie konnte es sowieso kaum mehr schlucken. Seither schnallt sie sich zum «Essen» einen Rucksack um. Darin liegt die Flasche mit Flüssignahrung, graubeige und nicht sehr verlockend, aber das schmeckt sie durch die Magensonde ohnehin nicht, die Pumpe befördert die Nahrung direkt in den Magen. Auch warme Bouillon oder Tee können mit einer Spritze direkt in die Sonde verabreicht werden, «das gibt ein warmes Gefühl im Bauch», ebenso die nötigen Medikamente. Jene, die den Speichelfluss regulieren sollen, damit >>

Auf der letzten grossen Reise durch die USA ass Sylvia Arni zum letzten Mal feste Nahrung.

Amyotrophe Lateralsklerose

Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist eine rasch voranschreitende, degenerative Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems. Von der Krankheit betroffene Menschen verlieren kontinuierlich Muskelsubstanz. Bei rund 70 Prozent der Betroffenen beginnt die Krankheit an Armen und Beinen, bei den anderen (wie bei Sylvia Arni) am Sprech-, Kau- und Schluckapparat. Mit fortschreitender Krankheit werden aber bei allen Betroffenen alle dieser Bereiche tangiert. Die Krankheit verläuft sehr unterschiedlich, und die Ursache ist unklar. Die meisten Patientinnen und Patienten leben bei fortschreitender Lähmung im Durchschnitt noch drei bis fünf Jahre. Die meisten Fälle treten sporadisch auf, das heisst ohne familiäre Häufung. Bei einem kleinen Teil der Fälle (5 bis 10 Prozent) kommt es jedoch zu einer familiären Häufung. Nicht alle Muskeln und Körperfunktionen von ALS-Erkrankten sind von der Krankheit betroffen: das Herz und die Muskulatur der Augen, die Blasen- und Darmfunktion sowie die Erektionsfähigkeit bleiben intakt. Auch die Funktionen der Sinnesorgane bleiben erhalten, also etwa das Sehen, das Hören, das Schmecken, das Riechen sowie das Tasten und Fühlen. Allerdings führt ALS nicht selten zu Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten.

www.als-schweiz.ch und www.muskelzentrum.kssg.ch

ihr Mund weder austrocknet noch ständig überfliesst, und jene, die den Verlauf der Krankheit verzögern sollen. Ungefähr zwei Stunden dauert eine solche Mahlzeit. Manchmal nutzt Sylvia Arni die Zeit zum Haushalten, aber noch lieber geht sie mit ihrem Mann spazieren. Sie findet immer wieder kleine Tricks, wie sich der Alltag einrichten lässt. Dennoch: «Das stückweise Abschiednehmen von so vielem ist nicht einfach», schrieb sie im März in ihren Blog, der quasi ihr neues Sprachrohr ist (sylviaanita.blogspot.ch). Und im Mai dann etwas frustriert: «Kein Essen im Restaurant, keine spontanen Gespräche.»

Familie und Freunde bringen viel Lebensfreude

Zwischendurch gelingt es ihr jedoch, die Krankheit zu vergessen. Wenn sie ein spannendes Buch liest oder am Fernsehen einen Krimi schaut, dann fühlt sie sich wieder wie früher. Für einen kurzen Moment. Immerhin, das hilft vorläufig. Wirklich kostbar aber sind ihr die Momente mit der Familie. Vor allem die drei Enkelkinder heitern sie immer wieder auf und geben Lebensmut. Eben erst haben sie zusammen Sylvia Arnis 65. Geburtstag gefeiert, die Enkelsöhne amüsierten sich bestens mit dem Tablet und testeten lustige Funktionen aus. Auch die vielen treuen Freundinnen besuchen Arnis immer noch häufig, lachen und schwatzen. «Ich merke so richtig fest, wie schön das Leben eigentlich ist», tippt sie ins Tablet.

«Ich merke so richtig fest, wie schön das Leben eigentlich ist», tippt Sylvia Arni in ihr Tablet.

Und daran will sie so lang wie möglich festhalten. «Wir nutzen die schönen Herbsttage hier im Goms für kürzere Wanderungen», notierte sie im September in ihren Blog. Und im Oktober: «Ich habe mir am Wochenmarkt in Ascona noch spontan eine Handtasche gekauft.» Meist gelingt es ihr, Tag für Tag mit positiven Erlebnissen zu füllen und den letzten grossen Abschied noch ein wenig zu verdrängen. Sylvia Arni überlegt kurz, dann tippt sie in ihr Tablet: «Die Adressen für die Todesanzeige sind fertig.»

Irgendwann wird der Moment kommen, da sie sich mit den Details auseinandersetzen muss. «Bin bei Exit angemeldet», schreibt sie ruhig. Sie tut, was nötig ist. Und lebt so intensiv

«Hoffnung ist möglich, auch wenn es keine Heilung gibt»

Frau Goldman, was ist Ihrer Erfahrung nach das Schlimmste an ALS?

Bea Goldman: Am Anfang ist es die Diagnose an sich. Patienten beschreiben es als Schock ihres Lebens, der die Zeit teilt – in ein Leben vor und nach der Diagnose. Das kann Suizidgedanken auslösen. Betroffene treten oft als Erstes der Sterbehilfeorganisation Exit bei, aber die wenigsten nehmen diese am Schluss in Anspruch. Andererseits kann die Diagnose auch eine Erleichterung sein, besonders nach einer medizinischen Abklärungs-Odyssee, nach monatelanger Unsicherheit und zunehmenden Symptomen. Es kommt allerdings sehr darauf an, wie die Diagnose übermittelt wird. Und wichtig ist, dass Betroffene langfristige Begleitung und Fürsorge erhalten. Das seelische Leiden kann nämlich oft stärker sein als das körperliche. Wut, Verzweiflung, Aggression, Panik, Trauer, Rückzug – für uns ist es wichtig, diese zu erkennen, damit wir sie besser auffangen können.

Wie können Sie als Pflegende mit einer solchen Situation am besten umgehen?

In der Betreuung von ALS-Betroffenen gibt es vier zentrale Botschaften: 1. Wir lassen Sie nicht alleine. 2. Wir helfen Ihnen, damit fertig zu werden. 3. Pflege muss Verhandlungssache sein. 4. Sie entscheiden, welchen Weg Sie gehen wollen und wie viele Informationen Sie wann möchten. Dafür müssen sich Pflegeteams auf Betroffene einlassen und ihnen zwei wichtige Fragen stellen: Was ist Ihre grösste Angst? Und: Was bedeutet Lebensqualität für Sie, was macht Sie glücklich? Gelingt es Betroffenen, über ihre Sorgen zu sprechen, können wir helfen, falsche Vorstellungen zu revidieren und Ängste abzubauen. In einem zweiten Schritt versuchen wir zu erfahren, was jemand im Alltag braucht.

Was hilft Betroffenen am besten?

Ein frühzeitiger Beizug von Spezialisten, beispielsweise für eine Hilfsmittel- oder Bauberatung oder Versicherungsfragen, hilft Stress zu reduzieren und geeignete Lösungen zu finden. In den Muskelzentren, die von der Muskelgesellschaft (www.muskelgesellschaft.ch) mitfinanziert werden, begleiten spezialisierte ALS-Pflegefachfrauen die Patienten und unterstützen auch die Angehörigen. Sehr hilfreich ist, wenn es den Betroffenen gelingt, sich an dem zu orientieren, was noch geht, statt allem nachzutrauern, was nicht mehr geht. Wenn sie im Jetzt leben können, geniessen, was noch möglich ist, und Beziehungen pflegen oder über Sinnfindung nachdenken. Einige schaffen es, die Vergangenheit als inneren Reichtum und die Zukunft mit Vertrauen anzunehmen. Das ist ein Lernprozess, der eine gewisse kognitive Fitness erfordert und den nicht alle schaffen.

Das ist ja auch enorm schwierig, weil sich die Krankheit laufend verschlimmert.

Ja, das Fortschreiten der Erkrankung kann immer neue Ängste hervorrufen: Gedanken über Todeszeitpunkt, Erstickungsrisiko und bevorstehendes Leiden bis hin zur Angst, ob man noch genug Zeit haben wird, gewisse Dinge zu erledigen, oder ob man nicht verlassen wird. Die Bewältigungsfähigkeit (Resilienz) ALS-Betroffener hängt gemäss einer Studie stark von Faktoren ab wie gute soziale Einbindung, stabile liebevolle Beziehungen, Teilnahme an Supportgruppen, gesicherte finanzielle Verhältnisse, aktives Problemlöseverhalten, Lebenssinn haben, Verankerung in einer spirituellen Heimat oder im Glauben. Wichtig sind auch das Gefühl, keine Bürde zu sein, und die Fähigkeit zur Hoffnung. All das kann die Lebensqualität positiv beeinflussen.

weiter, wie es nur geht. Hilfsmittel wie der «Cough assistant», ein Gerät, das hilft, Schleim aus den Lungen auszuhusten, baut sie ohne grosse Widerstände in ihren Alltag ein, und sie lässt sich von ihrem Mann Peter unterstützen, wo nötig. «Auch Hilfe anzunehmen musste ich lernen», schreibt sie allerdings in ihr Tablet.

«Ich lebe immer noch!»
Jetzt bereitet sich das Ehepaar auf einen Konzertbesuch der Bamberger Symphoniker am KKL Luzern vor, Beethovens «Egmont», Mozarts Klavierkonzert. Das wird anstrengend, aber schön. «Da kannst du während der Busfahrt bereits dein Essen einnehmen», überlegt Peter Arni. Er ist froh, wenn er planen und praktisch anpacken kann. Ein paar Tage später wird die Familie den ersten Geburtstag der jüngsten Enkeltochter Lia feiern.
«Ich lebe immer noch!!», hat Sylvia Arni fröhlich im Blog notiert. «Und ich freue mich, mit meiner Familie gemeinsam diesen Geburtstag zu erleben.» Und vor allem will sie noch so oft wie möglich mit ihrem Mann Peter durch die Herbstwälder spazieren. Und das letzte leuchtende Rot und Gelb der Blätter auskosten. ●

So können Betroffene trotz der Diagnose ihre Lebenszeit geniessen?
Interessanterweise gelingt es dem Grossteil der Betroffenen innert weniger Monate, für sich eine Strategie zu finden. Ganz anders sieht es bei den nächsten Angehörigen aus: Es scheint oft, als ob ihr Leiden um vieles grösser sei als das der Betroffenen. Für sie sind die Aussichten belastend, die bevorstehenden Veränderungen auch ihres Lebens stimmen sie traurig. Und nicht zuletzt fürchten sie den bevorstehenden Verlust der geliebten Person. Die Begleitung der Angehörigen ist deshalb genauso wichtig wie die der Betroffenen.

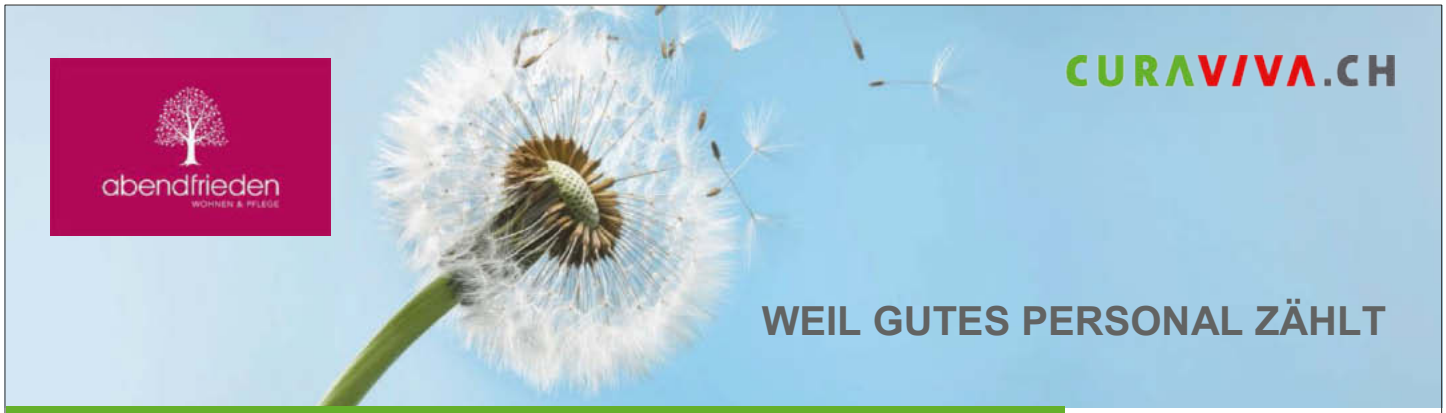
Was brauchen denn Betroffene und Angehörige von Ihnen?
Fachkompetenz und Empathie. Das zeigte eine Umfrage unter Patienten der ALS-Klinik in St. Gallen klar. Ich finde, dass das Thema Hoffnung gerade bei ALS-Erkrankten enorm wichtig ist. Pflegende können selbst zwar keine Hoffnung bieten, aber wesentlich dazu beitragen, dass jemand Hoffnung zu entwickeln vermag und vor allem lernt, diese an den jeweiligen Zustand anzupassen. Mit «Hoffnung» meine ich nicht die kurative Hoffnung, also Hoffnung auf Heilung, sondern ein grundsätzlich positives Lebensgefühl. «Unheilbar krank» heisst nicht «hoffnungsloses Leben», sondern vielmehr eine Entwicklung von der Überlebenshoffnung hin zu einer Kraft, die das Leben erträglich macht.

Bea Goldman, 52, ist McS Pflegefachfrau Intensivpflege am Muskelzentrum/ALS-Klinik des Kantonsspitals St. Gallen. Sie führt Schulungen für Pflegeheimpersonal durch und ist Ansprechpartnerin bei pflegerischen Fragen und Anliegen.

Waldmann
ENGINEER OF LIGHT.

Die LED-Raumleuchte ViVAA unterstützt mit ihrer biodynamischen Tageslichtnachführung die innere Uhr. Dabei ist sie besonders effizient: Dank überdurchschnittlicher Lichtleistung, einem hohem Indirekt-Anteil und Premium-LEDs sind weniger Leuchten erforderlich, um Räume komplett auszuleuchten. Sie ist nicht nur in verschiedenen Durchmessern erhältlich, sondern auch als Pendel- oder Anbauleuchte.

Waldmann Lichttechnik GmbH · Telefon +41 62 839 1212
info-ch@waldmann.com · www.waldmann.com



Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz sucht für die professionell und liebevoll geführte Altersinstitution Abendfrieden in Kreuzlingen per Februar 2016 oder nach Vereinbarung eine gestandene Führungspersönlichkeit als

LEITERIN/LEITER PFLEGE & BETREUUNG

Die Altersinstitution Abendfrieden ist eine private und gemeinnützige Stiftung mitten im Grünen am südlichen Rand von Kreuzlingen mit Blick über die Stadt und den Bodensee. Ein engagiertes und qualifiziertes Team sorgt dafür, dass die 90 Bewohnerinnen und Bewohner ein wohnliches Zuhause finden und ihren Bedürfnissen entsprechend liebevoll betreut und ernst genommen werden.

Ihre Hauptaufgaben
Als Leiterin/Leiter Pflege & Betreuung und Mitglied der Geschäftsleitung führen und verantworten Sie einen lebendigen Bereich nach kundenorientierten und unternehmerischen Aspekten. In erster Linie sorgen Sie für professionelle und umfassende Pflegeleistungen, welche die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen. Sie schenken dabei auch der etablierten geschützten Demenzabteilung besondere Beachtung und treiben Qualitätsprozesse voran, insbesondere da die Zertifizierung in Palliative Care angestrebt wird. Ausserdem leben Sie einen respektvollen offenen Führungsstil und schaffen Ihren 80 Mitarbeitenden ideale Rahmenbedingungen, die auch interdisziplinäre Aus- und Weiterbildungen einschliessen. Mit einer hohen Serviceorientierung sorgen Sie schliesslich für eine volle Bettenauslastung und pflegen den Austausch mit den externen Anspruchsgruppen.

Ihr Profil
Sie sind unsere Person, wenn Pflege und Betreuung mit Herz und Verstand Ihre Überzeugung ist. Ihr hohes Fachwissen und Ihre klare partizipative Führung basiert auf einer tertiären Pflege- und Managementausbildung und ausgewiesener Erfahrung in der Langzeitpflege. Gute betriebswirtschaftliche Kenntnisse und Verständnis für übergeordnete Zusammenhänge runden Ihr Profil ab. Das Kaderteam, die Mitarbeitenden und Lernenden wünschen sich überdies eine Pflegedienstleitung, welche sie fördert, fordert und ihre Leistungen anerkennt. Sie bringen dazu breite Erfahrungen im Krisen- und Organisationsmanagement als auch in Projektarbeit (und RAI-Kenntnisse) mit. Kurzum: Sie verdienen zu Recht das in Sie gesetzte Vertrauen!

Ihre Zukunft
Im Abendfrieden ist Teamspirit nicht nur ein Schlagwort. Sie erwartet eine verantwortungsvolle Führungsaufgabe in einem Umfeld, wo ein wertschätzender Umgang miteinander gelebt wird. Eine offene Vorgesetzte schätzt zudem Ihre Ideen und die aktive Mitarbeit an der Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebots.

Interessiert? Dann freut sich Frau Elise Tel, Leiterin der **Personalberatung von CURAVIVA Schweiz**, auf Ihre aussagekräftige Bewerbung per Post oder Mail (Ref. 224). Frau Tel gibt auch gerne Auskunft unter der Nummer 031 385 33 63.

Senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per Post oder E-Mail an:

CURAVIVA Schweiz
Personalberatung
Elise Tel
Zieglerstrasse 53
3000 Bern 14
E-Mail: e.tel@curaviva.ch

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz vertritt die Interessen und Positionen von über 2400 Heimen und sozialen Institutionen. **Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz** ist auf die Vermittlung von Kader- und Fachpersonen aus der Heimbranche spezialisiert. Dank einem etablierten und persönlichen Netzwerk und langjähriger Erfahrungen wird hier die richtige Person an den richtigen Ort vermittelt.
www.curaviva.ch/personalberatung

Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung sind nicht lebenslang Kinder

Hinaus in ein selbstständiges Leben

Anna Schneider hat das Down Syndrom. Bislang lebte sie zusammen mit einem älteren Bruder bei den Eltern. Doch nun möchte sie, wie alle Jugendlichen in ihrem Alter, auf eigenen Beinen stehen und von Zuhause ausziehen. Für sie und für ihre Eltern eine neue Situation.

Von Urs Tremp

Anna Schneider ist 20 Jahre alt. Im Sommer hat sie ihre Ausbildung in einer Wäscherei abgeschlossen – mit guten Zeugnisnoten. In der Freizeit spielt sie Unihockey. Einen halben Tag in der Woche hilft sie auf einem Bauernhof. Sie liebt Tiere und kann gut mit ihnen umgehen. Anna Schneider hat einen älteren Bruder. Zusammen mit ihm wohnt sie bei den Eltern in Ennetbaden AG. Und Anna hat eine geistige Beeinträchtigung: Trisomie 21.

Wie in allen Familien, in denen die Kinder erwachsen geworden sind und die Ausbildungen abgeschlossen haben, ist auch bei den Schneiders der Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haus ein Thema. «Dass dieser Moment einmal kommen wird, weiss man als Eltern ja bereits, wenn die Kinder klein sind», sagt Monika Schneider, die Mutter von Tobias und Anna. «Wenn es dann so weit ist, merkt man allerdings schon, dass das Loslassen nicht ganz so einfach ist.»

Auf beiden Seiten. Anna hat letzthin zu ihrer Mutter gesagt: «Mama, ich habe Angst vor mir selbst.» Zuerst sei sie etwas erschrocken, sagt Monika Schneider. Dann habe ihr Anna aber erklärt warum: «Ich spüre, dass ich nun bereit bin, selbstständig zu werden, dass ich nicht mehr in allem auf die Eltern angewiesen bin.» Dies der Mutter zu sagen, sei ihr nicht leicht gefallen, sagt Anna. Sie wisse auch gar nicht, wie es sein werde, wenn sie nicht mehr im Haus der Eltern, in der vertrauten Umgebung der Nachbarschaft leben wird, wo sie alle von klein auf gekannt haben und sie alle gekannt hat.

«Ich spüre, dass ich nicht mehr in allem auf die Eltern angewiesen sein möchte.»

Ein schrittweiser Übergang

Tatsächlich wissen weder Anna noch ihre Eltern, wie das sein wird. Überstürzen, das immerhin wissen Monika und ihr Mann Kurt Schneider, will man nichts. «Es wird ein schrittweiser Übergang», sagt Kurt Schneider. Denn unbeschränkte Möglichkeiten, sich das eigene Leben einzurichten, hat Anna nicht. Sie selbst und ihre Eltern wissen, dass sie auf Begleitung angewiesen sein wird. Doch wenn früher viele Eltern meinten, diese Begleitung könnten sie selbst am besten ermöglichen, stärkt die Sozialpädagogik heute die Eltern, ihr Kind loszulassen, wenn es erwachsen geworden ist. «Selbstverständlich», sagen Monika und Kurt Schneider, «sind wir mit Fachleuten im Gespräch, was für unser Kind der beste Weg in die Selbstständigkeit ist.»

Die Schneiders haben Glück, dass Anna nach ihrer Schulzeit an der Heilpädagogischen Sonderschule in Wettingen eine Lehre bei der Stiftung Arbeiten und Wohnen (Arwo) in Wettingen machen konnte. Die Arwo hat seit 20 Jahren Erfahrung mit Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung zusammen in möglichst grosser Selbstständigkeit leben.

Am Anfang habe es von den Eltern zwar Skepsis und sogar Widerstand gegeben, als die Arwo-Fachleute ihnen empfahlen, ihre Söhne und Töchter loszulassen und in die Selbstständigkeit zu entlassen. Inzwischen gibt es in der Region Baden neun Wohngemeinschaften. Dass sie funktionieren, habe die Skepsis bei betroffenen Eltern merklich gebannt. Die Eltern sähen, dass >>

Anna Schneider an ihrem Arbeitsplatz in einer Wäscherei: «Mir gefällt es bei der Arbeit. Vor allem, weil es nie Streit gibt.»

Foto: Alex Spichale

das Gemeinschaftliche der Wohngemeinschaft stärkend wirkt für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Eine Wohngemeinschaft mit anderen Frauen

Auch Kurt und Monika Schneider sind in Kontakt mit dem zuständigen Sozialarbeiter der Arwo. Anna selbst war schon zu Besuch in der einen oder anderen Wohngemeinschaft. «Ich kann mir inzwischen vorstellen, mit anderen Menschen als mit meinen Eltern und meinem Bruder zusammenzuleben», sagt sie. Immerhin einen Wunsch hat sie: «Eine Wohngemeinschaft mit Frauen hätte ich lieber als eine Wohngemeinschaft auch mit Männern.» Männer seien manchmal grob im Umgang. Streit und Hader sind etwas, was Anna Schneider nicht ausstehen kann. Sie hat es gerne friedlich und schön. Darum möchte sie auch in einer Gemeinschaft leben, in der man nicht dauernd um Ämtli und Zuständigkeiten streitet. Kurt und Monika Schneider sind froh, dass die Arwo-Wohngemeinschaften von ausgebildeten Sozialarbeitern begleitet werden. Sie greifen ein, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr selber zurechtkommen mit der Organisation der WG. Monika Schneider: «Streitigkeiten zu lösen, davon ist Anna überfordert.»

Anzeige

Tisch - rollstuhlunterfahrbar

Wir bieten Speziallösungen mit durchdachten Konstruktionen und hilfreichen Details.

LÄNGLE HAGSPIEL

Stuhl BR07 für adipöse Menschen

Seepark 2 I Staad I +41 71 855 67 09 I office@lundh.ch I www.lundh.ch

Anna mit ihren Eltern Kurt und Monika Schneider: «Anna war immer stolz, wenn sie neu etwas ganz allein tun konnte.»

Foto: Urs Tremp

Kurt und Monika Schneider haben sich mit anderen Eltern ausgetauscht, die in einer ähnlichen Situation sind wie sie – oder waren. «Wir wissen, dass es nun Zeit ist, unsere Kinder ausfliegen zu lassen. Es wird unser Leben einschneidend verändern. Aber wir wissen: Anna kann nicht ewig bei uns leben. Und es entlastet uns, dass sie selbst jetzt auch den Wunsch verspürt, von zu Hause auszuziehen.» Dass ihre Tochter sich inzwischen auf diese Selbstständigkeit freut, überrascht die Eltern nicht: «Anna war immer stolz, und es hat sie gestärkt, wenn sie neu etwas ganz allein tun konnte», sagt Monika Schneider. Heute fährt Anna Schneider selbstständig Bus und Zug. Sie findet sich allein zurecht, auch weil sie im Gegensatz zu anderen Menschen mit Trisomie 21 lesen kann. Je selbstständiger sie sich fühlt, umso weniger hat sie Angst. Das macht sie selbstsicher. Und die Eltern macht es zuversichtlich für die Zukunft.

Wie sie sich die Abende in der WG vorstellt? «Memory spielen, plaudern, ausgehen.»

Ihren Bruder Tobias werde sie vermissen, wenn sie einmal ausgezogen sein wird, sagt Anna. Doch auch diese Erfahrung hat sie schon gemacht: Letztes Jahr absolvierte er die Rekrutenschule. Da war er für längere Zeit weg. «Und nach Hause zu Besuch kann ich ja immer.»

Wann es so weit sein wird, steht noch nicht fest. Es pressiert nicht. Und sowohl Kurt und Monika Schneider als auch ihre Tochter möchten, dass sich eine Wohngemeinschaft findet, die «zu Anna passt». Die Eltern wissen, dass sie sich dazumal nicht mehr in den Alltag von Anna einmischen werden. «Natürlich wird sie immer zu uns kommen können», sagt Monika Schneider. «Aber ihr Leben wird sie ausserhalb unseres Hauses führen.»

Ein Gespür für Tiere

Ihre Stelle in der Wäscherei der Arwo wird Anna behalten. Es gefällt ihr dort. Vor allem «weil es nie Streit gibt». Zu 80 Prozent arbeitet sie an Tumbler und Wäschemangel. Einen halben Tag wird sie weiterhin auf einem Bauernhof verbringen. Dort gibt es Pferde, Hühner, Esel und Hasen. «Mit allen verstehe ich mich gut.» Tatsächlich hat sie ein Gespür für Tiere. Dass einer der Hunde, der ansonsten nicht der folgsamste ist, auf ihr Wort hört, macht sie besonders stolz. Sie arbeitet gerne mit Tieren. Es ist für sie auch ein Ausgleich zur Arbeit in der Wäscherei.

Die Arbeitswege werden andere sein, wenn sie einmal ausgezogen und in einer Wohngemeinschaft leben wird. Und wie stellt sie sich die Abende mit ihren Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern vor? Nicht viel anders als zu Hause bei den Eltern. Ausser, dass es dort einen Fernseher geben wird. Aber das TV-Programm reizt sie gar nicht so sehr. Lieber möchte sie mit den anderen Memory spielen, plaudern oder «in den Ausgang gehen». Nicht unter der Woche, das wäre zu anstrengend. Aber am Wochenende – wie alle anderen jungen Menschen auch.

«Anna schätzt es, mit Menschen zusammenzusein, die sie gern hat und die sie gern haben», sagt Monika Schneider. Sukzessive löst die Tochter sich von den Eltern, indem sie inzwischen die Freizeit auch mit Freundinnen und Freunden verbringt. «Wir merken», sagen Monika und Kurt Schneider, «Anna will jetzt ihr eigenes Leben.» Sie sagen es nicht mit Bedauern. Im Gegenteil: Sie sind darauf auch etwas stolz. ●

Nach dem Heim wieder Tritt zu fassen, ist für Jugendliche eine Herausforderung

Kurvenreich wieder ins Leben hinaus

Junge Frauen, die in anderen Heimen Mühe hatten, landen im «Lory». Zuerst in der geschlossenen Abteilung, dann in der halboffenen. Vom offenen «Stöckli» aus starten sie wieder zurück ins selbstständige Leben. Bevor sie aber den Weg hinaus schaffen, machen etliche von ihnen Umwege.

Von Claudia Weiss

Orange getönte Haare, Piercings in Nase, Lippe, Ohren und Zunge, dickes «Ehre-und-Stolz»-Kreuz um den Hals und schwarze Sweatjacke mit Heavy-Metal-Aufdruck um die Schultern: Das ist Sarah, 16, aus Muttenz. Aber auch: süsses Lächeln, kokette Blicke aus wachen Augen und rosa Snoopy-Pantoffeln an den Füssen. Aufmerksam hat sie auf dem grossen Holztisch in der Küche ihrer Wohngruppe Wasser und Gläser bereitgestellt und freundlich Fragen beantwortet. Jetzt steht sie in ihrem Zimmer im Jugendheim Lory in Münsingen BE und stopft ein paar Pullover in einen schwarz-silbernen Rucksack. «Selbstgemacht, im Atelier», sagt sie stolz. Das Atelier besuchte sie während ihrer Zeit in der geschlossenen Wohngruppe, diese Woche kann sie jetzt von der halboffenen Wohngruppe ins «Stöckli» ausserhalb des hohen Zauns umziehen.

Sie blickt sich um, schiebt einen Stapel Zeichnungen auf dem Pult zusammen. Vorher waren diese alle an den Wänden aufgeklebt, selbstgezeichnete Comics, Heavy-Metal-Motive, eine Collage. Jetzt sind die Wände kahl, Kleider und persönliche Gegenstände liegen verstreut auf Bett und Sessel. Sarah schaut sich um, das farbige Kommodenmöbel wird sie hier lassen, das gehört zum Zimmer, ebenso die schwarz gesprayten Harassen. Die Japanlampe mit den Metal-Motiven nimmt sie mit, die hat sie ebenfalls im Atelier selber gestaltet. Das Zimmer ist winzig, aber nicht ungemütlich. Die Fensterläden hält Sarah stets geschlossen, sie fühlt sich so geborgener. «Ja, ich freue mich extrem.» Sie lächelt breit. «Mehr Selbstständigkeit – klar, das schaffe ich!» Zwischendurch schiesst ihr aber trotzdem plötzlich durch den Kopf: «Was, wenn es mal nicht ganz gelingt?»

Die zivilrechtliche Massnahme sollte Sarah wieder Halt geben. Aber sie hielt es im Heim nicht aus.

«Ich bin einfach immer wieder abgehauen»

Sarahs coole Hülle, das zeigt sich, wenn sie von ihrem Weg ins Lory erzählt, ist wohl eher Schau. Und ein wenig Schutz. Innen drin steckt ein junges Mädchen, das nach der Scheidung der Eltern den sicheren Halt verloren hatte. Das irgendwann begann, die Schule zu schwänzen und sich nächtelang irgendwo herumzutreiben. Das in der achten Klasse von der Schule flog, in einer neuen Schule kaum je auftauchte. Und schliesslich beschloss, nicht mehr bei der Mutter wohnen zu wollen, aber bald darauf auch nicht mehr beim Vater. Das stattdessen lieber mit ihrer Clique rumhing und Drogen testete, kiffte und Amphetamine schluckte. Sarah verschiebt einen Kleiderhaufen auf dem Bett. «Ich bin einfach immer wieder abgehauen», sagt sie schlicht. Warum, weiss sie selber nicht so recht, es ergab sich einfach so, «ich konnte nicht anders».

Letzten September wurde sie schliesslich in das sozialpädagogische Zentrum der Hirslanden Stiftung in Zürich eingewiesen, eine zivilrechtliche Massnahme, die ihr wieder Halt geben sollte. Bloss hielt sie es in der Institution nicht aus. «Ich war selten dort.» Sie hält kurz inne, überlegt, ihre blaugrauen Augen blitzen schelmisch. «Wobei, rückblickend gesehen, war es dort eigentlich ganz gut.» Damals jedoch wollte sie nur weg, sie haute ab. «Auf Kurve gehen» heisst das im Slang. Sie tauchte bei ihrer Clique in Basel unter, wurde polizeilich aufgegriffen und ins FoyersBasel gebracht, eine andere Institution

Sarah, 16, räumt ihr Zimmer in der halboffenen Wohngruppe. Ihr neues, grösseres Zimmer will sie gut in Ordnung halten. Fotos: Claudia Weiss

für junge Frauen. Genau zweieinhalb Wochen war sie dort. Danach blieb noch das Lory, das strengste Heim, das bis zu 28 junge Frauen zwischen 14 und 22 Jahren aufnimmt, die in anderen Heimen zu oft auf Kurve waren und die dringend straffe Strukturen benötigen. Am 22. November letztes Jahr brachte die Polizei Sarah her. Die fand das anfangs gar keine gute Idee, auch ihre Eltern mussten zuerst überzeugt werden, dass es für ihre Tochter eine Chance ist.

Wer abhaut, bekommt strengen Einschluss

Wird eine junge Frau auf die «Geschlossene» eingewiesen, verbringt sie mindestens zehn Wochen dort. Bei Sarah wurden daraus elf: Einmal wurde ihre Urinprobe positiv auf THC getestet, einmal verpasste sie den Zug und kehrte zu spät aus dem Wochenende zurück. Und einmal tauchte sie überhaupt nicht mehr auf. Sie hatte beschlossen, ihren 16. Geburtstag mit ihren Freunden in Basel zu feiern, «ganz sicher nicht im Lory». Party, Kiffen, Amphetamine, die ganze Nacht durch, das ganze Programm. Als die Polizei sie wieder abholte, bedeutete das für sie vier Tage strengen Einschluss im Spezialzimmer: vergitterte Fenster, Bett mit Schlafsack, angeschraubter Tisch, WC aus Stahl und ein paar zerlesene, langweilige Bücher, sonst nichts. Ausser einem «Sozi», einem Sozialpädagogen, der einmal täglich zum Reden vorbeikommt. «Schlafen, dösen, schlafen, dösen, dösen», sagt Sarah und verzieht ein wenig das Gesicht. Tage, in denen ihre Gedanken wild kreisten, aber keine schlauen Ideen entstanden, kein Lebensziel Formen annahm. «Endlose vier Tage.» – «Hilfreiche Tage», findet Kathrin Jordi, stellvertretende Direktorin, dennoch. Der Einschluss ist die simple Konsequenz fürs Nichteinhalten von Regeln, und diese sind aus gutem Grund streng in der geschlossenen Wohngruppe: «Die jungen Frauen, die ins Lory eingewiesen werden, haben meist schon sehr viel erlebt. Sie müssen mal wieder zu sich kommen und sich Problemen stellen, statt allem davonzulaufen.»

Oft bedauert Jordi, dass sie die Mädchen «nicht einfach flicken kann», denn was in den 14, 15 Jahren vor dem Lory-Eintritt geschehen sei, lasse sich nicht so einfach rückgängig machen. «Stattdessen versuchen wir, die jungen Frauen zu stabilisieren und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen.» Die klaren Strukturen der geschlossenen Wohngruppe sollen dabei helfen: kein Ausgang, täglich Atelier bis Viertel vor vier, dann Aufenthalt auf der Gruppe, Musik hören, reden, lesen, jeden zweiten Sonntag Besuch von der Familie. «Irgendwann begannen wir, vor lauter Lan- >>

Zielbewusst schreitet Sarah auf ihr neues Zuhause zu: Sie will ihren Alltag selber in den Griff bekommen.

geweile die Sitzhocker aufeinanderzustapeln», erzählt Sarah. «Das einzige Spannende war, wenn wieder eine Neue eintrat.» Um halb neun werden die Zimmer abgeschlossen bis zum nächsten Morgen. Zeit zum Ankommen, Zeit zum Sichfinden.

Schrittweise wieder mehr Freiheiten

Grosse Entwicklungsschritte passieren oft in der halboffenen Wohngruppe. Hier erhalten die jungen Frauen in vier Phasen mehr Freiheiten, dürfen nach einer gewissen Zeit ein Wochenende im Monat bei der Familie verbringen, dann schrittweise immer häufiger. Mit der Zeit erhalten sie auch unter der Woche ein wenig Ausgang. Und damit Stück für Stück ihre Selbstverantwortung zurück. Zumindest einem Teil der jungen Frauen hilft das, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen.

Sarah kann nicht mehr sagen, wie es bei ihr passierte. Nur so viel: «Es war im Juli, August irgendwann, da machte es in meinem Kopf plötzlich ‹Klick› und ich wusste: Ich drücke jetzt die Taste ‹Play› statt immer wieder zurückzuspulen. Wenn ich es versaue, starte ich wieder von vorne; wenn ich es aber schaffe, komme ich Anfang 2016 ins ‹Stöckli›» Und von da an lief es wie von selber, sie packte ihren Alltag so gut, dass sie jetzt sogar zwei Monate früher als geplant umziehen konnte.

«Flicken können wir die Mädchen nicht. Aber sie stabilisieren, sie in ihrer Entwicklung stützen.»

Ein grosser Moment, auch für Direktionsvertreterin Kathrin Jordi. Sie freut sich jedes Mal, wenn wieder eine junge Frau einen Schritt weiterkommt. Auch wenn keine von ihnen freiwillig im Lory wohnt, ist Jordi trotzdem überzeugt, dass es ihnen in irgendeiner Form hilft, dort zu sein. Manchmal kommen ehemalige Lory-Mädchen zu Besuch, an Weihnachten etwa, oder wenn sie selber Mutter geworden sind. «Sie alle melden uns zurück, dass die Zeit im Lory für ihr Leben prägend war.» Nicht alle schaffen es, und andere schaffen es nicht im ersten Anlauf, sondern müssen von der halboffenen wieder in die geschlossene Wohngruppe zurückkehren, oder aus dem «Stöckli» wieder in die Halboffene.

Manchmal ist der Weg hinaus nicht ganz grad

So wie die 16-jährige Aurora. Vor einem Jahr hat sie den Schritt aus dem Lory geschafft. Seither wohnt sie wieder zuhause bei ihrer Familie im Wallis, hat einen neuen Freund und macht eine Lehre als Detailhandelsangestellte bei der Migros. «Ich bin stolz auf mich», sagt sie und lächelt. Ihr Gesicht mit dem Grübchen am Kinn ist ungeschminkt, die glänzenden dunklen Locken streicht sie beim Sprechen immer wieder hinter die Ohren. Kein Schmuck, keine Tattoos, offener Blick, obwohl sie von sich sagt, sie sei härter geworden, misstrauischer. Dafür hat sie heute etwas, das ihr vor der Zeit im Lory fehlte: den Willen, es diesmal durchzuziehen, «nie mehr ins Lory zurückzukehren». Bis dahin machte sie aber einige Umwege. Es begann früh. «Ich machte meiner Mutter das Leben schwer, das weiss ich heute, und es tut mir unendlich leid», sagt sie offen: Jahrelanger Knatsch mit dem Stiefvater, Stress mit der Mutter, Schuleschwänzen, Rebellion, Jugendknast und Jugendpsychiatrie, Aurora spielte die ganze Palette durch. Und landete in der halboffenen Wohngruppe des Jugendheims Lory. Dort hasste sie es, Befehle von Fremden zu akzeptieren, sich in die engen Strukturen einzufügen. Dennoch gab sie sich Mühe, passte sich an, wollte so schnell wie möglich wieder rauskommen. Dann aber der herbe Rückschlag: Eine Woche Besuch bei ihrem Vater, einem Albaner, lange geplant und sorgfältig eingefädelt, wurde von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (Kesb) in letzter Minute abgesagt. Da sah das Mädchen rot und flippte aus. Nach einem unbändigen Wutausbruch stieg sie in den Zug und tauchte in Bern unter, bei Freunden von Freunden. «Ich hatte Glück, dass mir nichts passierte», sagt sie heu-

Die 16-jährige Aurora blickt zuversichtlich in ihre Zukunft. Sie hat ihre Lehre angefangen und will später eine Familie.

te, «beinahe wäre ich vergewaltigt worden.» Nach einigen Umwegen wurde sie von der Polizei aufgegriffen und zurückgebracht. Die Konsequenz: eine Woche strenger Einschluss. «So viele Gedanken», Aurora drückt die bis zum Filter hinuntergerauchte Zigarette aus und blickt nachdenklich ins Leere. «Irgendwann kann man beim besten Willen nicht mehr schlafen, und nachts habe ich mir dann so viele Selbstvorwürfe gemacht, dass ich begann, mich mit einem stumpfen Plastikmesser zu verletzen.»

Dann der Moment, eines Nachts im Ausgang, am Bahnhof Olten, als sie wieder etwas eingeworfen hatte und nicht einmal mehr wusste, wer sie war: «Ich wusste, jetzt muss ich da raus.» Von da ab hielt sich Aurora wieder so gut an die Regeln, dass sie schon bald auf die offene Wohngruppe wechseln konnte. Und von dort, weil es so gut lief, probehalber nach Hause. Der Probemonat war hart: «Ich wusste genau, wenn irgendetwas falsch läuft, kann ich es vergessen», sagt sie. «Das war ein enormer Stress.» Dann huscht ein Strahlen über ihr Gesicht: «Jetzt bin ich aber stolz auf mich, ich habe die erste schwierige Zeit geschafft – zum ersten Mal überhaupt habe ich etwas geschafft!»

Auroras Tipp: «Sucht euch neue, echte Freunde und überlegt, was ihr wirklich selber wollt.»

Deshalb tritt Aurora auch nicht mit ihrem richtigen Namen auf. Sie fürchtet, wegen ihrer Vergangenheit abgestempelt zu werden. Dabei nimmt sie keine Drogen mehr, trinkt sogar kaum Alkohol und weiss: «Ich schaffe es, wenn ich will.» Sie kommt jetzt gut aus mit Mutter und Stiefvater und will unbedingt ihren Lehrabschluss schaffen, ihren Freund heiraten, irgendwann Kinder haben. «Klar, es gibt Momente, in denen ich keinen Bock habe. Aber dann habe ich Leute, die mich stützen, die an mich glauben.» Und vor allem weiss sie, dass sie nicht mehr ins Lory zurück will. All jenen jungen Frauen, die noch dort sind und den Schritt «hinaus» packen möchten, rät Aurora: «Trennt euch von früheren unechten Freunden, sucht euch echte Freunde. Und schaut selber, was ihr braucht, lasst euch nicht von falschen Ratten verführen.»

«Gib nicht auf!»

Sarah aus Muttenz hat sich bereits von ihrem früheren Freund aus der Szene getrennt, seit Kurzem ist sie frisch verliebt. Der grosse Schritt in ein selbstbestimmtes Leben steht ihr noch bevor, nächsten Sommer, wenn sie ihren Schulabschluss in der Tasche hat. Den will sie unbedingt schaffen. Danach darf sie wieder nach Basel zurück, zu ihrem Vater. Dort eine Lehre anfangen, als Malerin vielleicht. Demnächst sucht sie sich eine Schnupperlehrstelle, um zu testen, ob ihr der Beruf gefällt.

Jetzt aber muss sie wieder in den Unterricht. In ihrer Schulklasse im Lory sitzen fünf Mädchen, die an ihren individuellen Programmen arbeiten: Deutsch, Französisch, Mathematik. Die mag Sarah sogar richtig gern, «es ist cool, wenn etwas aufgeht». Danach will sie ihr altes Zimmer weiter aufräumen. Sie kann es kaum erwarten, dass sie schon bald ihr Handy samt Internet benützen kann, frei kommen und gehen darf. Und dass das neue Zimmer dreimal grösser ist als das bisherige. «So fühle ich mich viel freier – und kann auch besser Ordnung halten!»

Als Belohnung für ihre gute Einstellung hat ihr der Vater einen Coiffeurbesuch spendiert, darauf freut sie sich sehr: Ihre Haare, die durch das Färben gelitten haben, sollen wieder in ihrem natürlichen Blond glänzen, so macht sie ihre Entwicklung auch äusserlich sichtbar. Zwischendurch, wenn Sarah Zweifel plagen, ob sie ihr Leben in der offenen Wohngruppe und später wieder in Basel packt, hilft ihr ein Merkspruch. Den hat sie sich in den letzten Monaten ihres Lory-Aufenthalts immer wieder selber vorgesagt: «Gib nicht auf! Zieh durch!» ●

Altersepilepsie

Reise zur Hölle und wieder zurück

Nach der Diagnose Altersepilepsie stürzte unsere Autorin ab, körperlich und seelisch. Inzwischen lernte sie, damit zu leben. Das bedeutet: Täglich Medikamente schlucken bis ans Ende ihrer Tage. Aber auch: Gestärkter Zusammenhalt in der Familie und Momente von wahrhaftigem Glück.

Von Jana Kilema

Kurz vor meinem 64. Geburtstag, im Februar 2009, änderte sich mein Leben schlagartig. Ich war schon ein halbes Jahr pensioniert und genoss meinen Ruhestand. Reisen wollte ich. Es gab so vieles, was ich endlich tun wollte, und wofür mit der Arbeit und der Familie die Zeit gefehlt hatte. Doch es kam ganz anders. Eines Morgens rief mich meine erwachsene Tochter an. Den Hörer in der Hand, versuchte ich zu sprechen und konnte es nicht. Ich bekam Panik. Mit all meiner Kraft wollte ich sagen: «Worte nicht finden.» Die Kräfte, die ich für diese drei Worte mobilisieren musste, glichen denen, die es für eine steile Bergwanderung braucht.

Danach muss ich ins Bett gegangen sein und tief geschlafen haben. Als ich erwachte, wirkten alle so hektisch. Es war doch erst Morgen, und alle rannten herum. Da ich verlangsamt und einfach komisch war, mich an nichts mehr erinnern konnte, brachte mich mein Mann in die Notfallstation. Dort wurde ich auf alles untersucht: Hirnschlag, Herzleiden, Hirntumor. Zum Glück stellten die Ärzte nichts Derartiges fest. Ausser an die drei Worte, die ich am Telefon zu meiner Tochter gesagt hatte, erinnerte ich mich an nichts. Da war eine schwarze Wand. Egal, wie sehr ich mich anstrengte, die Dinge auf die Reihe zu bekommen, es blieb schwarz.

Auf die Strasse getraute ich mich nicht mehr, aus Angst, es könnte wieder passieren.

Die Diagnose, die mir eine Neurologin mitteilte, lautete schliesslich Altersepilepsie.

Ich war schockiert. Epilepsie kannte ich wie die meisten Menschen. Sie bedeutete zuckende Körper mit Schaum vor dem Mund. Ich weiss, wenn ich jemanden so sehe, muss ich sofort den Krankenwagen rufen. Gelesen habe ich, dass es viele verschiedene Arten von Epilepsie gibt, die heute bekannt sind. Altersepilepsie ist eine davon.

Der Arzt sagte mir, dass Altersepilepsie in der Regel mit Medikamenten gut zu behandeln sei. Das half mir nicht weiter. Ich wollte keine Altersepilepsie, auch sonst keine Epilepsie! Gar nichts Derartiges. Doch an der Diagnose gab es nichts zu rütteln. Wenigstens das auferlegte Fahrverbot war kein Problem für mich. Mein Mann sass ohnehin immer am Steuer.

Der nächste Anfall: Ich war schockiert

Jetzt kamen die Kontrollen beim Arzt in regelmässigen Abständen. Ich war etwas larger mit meinen Medikamenten, hatte sie wohl auch schon vergessen. Es ging mir ja gut. Der nächste Anfall kam. Diesmal fiel ich wie ein gefällter Baum. Ich war schockiert.

Dieser Anfall war die Reise in die Hölle. Ich stürzte physisch und psychisch ab. Auf die Strasse getraute ich mich nicht mehr, aus Angst, es könnte wieder passieren. Vor meinem geistigen Auge sah ich mich auf einer Wiese. Ich sah einen tiefen Graben, über den ich weder gehen noch springen konnte. Ich kam nicht auf die andere Seite. Dieses Bild sah ich immer wieder. Meine Gefühle sagten mir damals: Ein Anfall kann jederzeit und überall wieder passieren. Ich holte mir Hilfe in einer Gesprächstherapie.

Der nächste Anfall kam beim Zahnarzt. Er nahm mich überhaupt nicht ernst, fragte nicht einmal, ob ich allein nach Hau- >>

Epilepsie im Alter ist schwierig zu erkennen

Krämpfe bleiben häufig aus

Weil immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen, steigt auch die Anzahl Epilepsiefälle, die erstmals nach dem 65. Lebensjahr auftreten. Die besondere Schwierigkeit dabei ist, Altersepilepsie zu erkennen, da häufig nicht die typischen Symptome damit einhergehen.

Es ist bekannt: Epilepsie beginnt im Kindes- und Jugendalter. Noch nicht angekommen im Bewusstsein von Laien und Fachpersonen ist dagegen die Erkenntnis, dass immer häufiger auch ältere Menschen erstmals im Leben Epilepsie entwickeln (so wie Jana Kilema, siehe Seite 26). «Inzwischen sind es mehr als die Hälfte der Diagnosen, die bei über 65-Jährigen gestellt werden», sagt Julia Franke, Geschäftsführerin der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie. «Das hat damit zu tun, dass die Menschen älter werden und unter Durchblutungsstörungen und Demenz leiden. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Epilepsie dazukommt.»

Funktionsstörung des Gehirns

Bei einem epileptischen Anfall kommt es zu einer vorübergehenden Funktionsstörung des Gehirns. Es gibt zahlreiche Formen epileptischer Anfälle. Die Zeichen reichen von isolierten Bewusstseinsstörungen bei Absenzen (kleinen generalisierten Anfällen oder Petit mal) über kurze unwillkürliche Zuckungen bei erhaltenem Bewusstsein (Myoklonien) bis hin zu «grossen» Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust (Grand mal). Bei Menschen über 60 Jahren, die neu unter Epilepsie leiden, sind die sogenannten fokalen Anfälle mit Bewusstseinsstörung am häufigsten, gefolgt vom «grossen» Anfall, dem Grand mal. Relativ häufig kommt es bei älteren Menschen nach einem Anfall zu Sprach- oder sonstigen Funktionsstörungen, die mehrere Tage anhalten können.

Einen «grossen» Anfall, der andauert, nennt die Medizin Status epilepticus. Er tritt in der Regel mit Krämpfen auf, die bei älteren Menschen jedoch auch ausbleiben können, was zur Folge hat, dass die Epilepsie zuerst nicht erkannt wird. Diese Patienten wirken verwirrt und werden unter Umständen in psychiatrische Kliniken eingewiesen.

Epilepsien werden zu Alterskrankheiten

Nach Demenzen wie der Alzheimerkrankheit und nach Schlaganfällen sind Epilepsien die dritthäufigste Krankheit des Nervensystems im höheren Lebensalter. Weil im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung die Zahl der alten Menschen immer mehr zunimmt und gleichzeitig auch schwere Krankheiten immer besser medizinisch therapiert werden können, beginnt Epilepsie nach dem 65. Lebensjahr inzwischen häufiger als in der Kindheit und Jugend. Epilepsien werden also immer mehr zu einer Alterskrankheit. Von Epilepsie im höheren Lebensalter spricht man dann, wenn mindestens zwei nicht provozierte epileptische Anfälle im Abstand von mindestens 24 Stunden auftreten.

Durchblutungsstörungen als häufigste Ursache

Die häufigste nachweisbare Ursache von Altersepilepsien sind Durchblutungsstörungen des Gehirns (etwa bei jedem zweiten Betroffenen). Andere mögliche Ursachen sind Kopfverletzungen, Hirntumore, Demenzerkrankungen, Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten und Entzündungen. Wie in jedem Lebensalter gibt es schliesslich einen gewissen Anteil, bei dem sich keine Ursache finden lässt. Ältere Menschen können auf bestimmte Arzneimittel sehr sensibel und zum Teil mit einer Senkung der Krampfschwelle reagieren. Daran sollten Ärzte denken, wenn sie Antibiotika, Antiarrhythmika, Neuroleptika, Zytostatika, Tramadol, Aminophyllin und Anthelmintika (Wurmmittel) verschreiben.

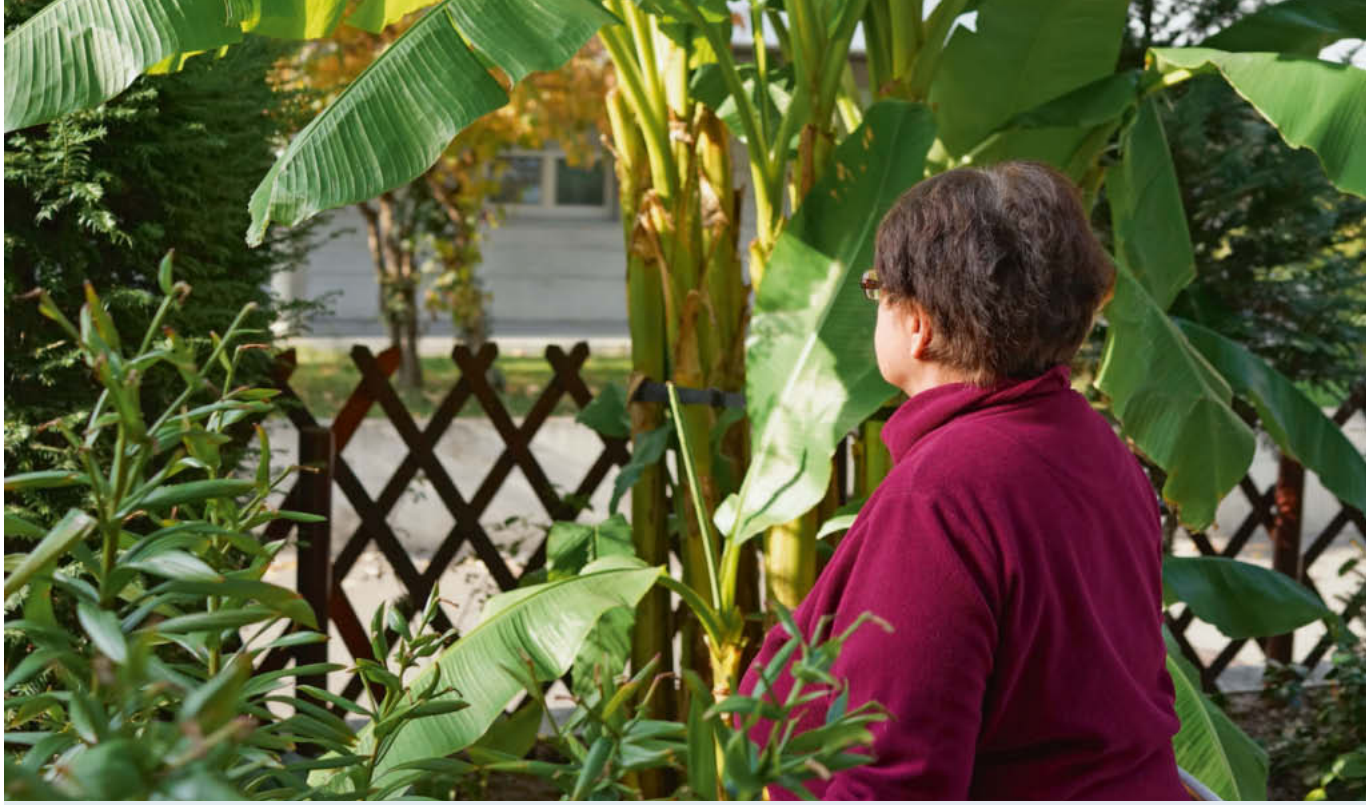
Es ist nicht einfach, bei Patienten in höherem Lebensalter epileptische Anfälle zu erkennen. Altersepilepsien werden deshalb oft übersehen und nicht der richtigen Behandlung zugeführt. Viele ältere Menschen sind aufgrund von Demenz, Sprachstörungen oder anderen Einschränkungen nicht in der Lage, genau über die Vorzeichen eines Anfalls zu berichten. Wenn sie allein leben, sind auch keine Angehörigen in der Nähe, die ihre Beobachtungen schildern könnten. Sind Epilepsien im höheren Lebensalter einmal erkannt, sind die Behandlungsaussichten in der Regel gut, sofern die Medikamente vertragen werden. Meist besteht kein Grund, dass die neu von Epilepsie Betroffenen deswegen ein bislang aktives und unabhängiges Leben aufgeben.

Bei älteren Menschen können Medikamente die Krampfschwelle senken.

Epilepsie kann jeden treffen

Mindestens fünf Prozent der Menschen erleiden in ihrem Leben einen epileptischen Anfall. Knapp ein Prozent der Bevölkerung erkrankt im Lauf des Lebens an Epilepsie. In der Schweiz sind dies rund 70 000 Personen, davon etwa 15 000 Kinder. (leu) ●

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie forscht, hilft und informiert Fachleute, Betroffene und Angehörige: www.epi.ch



«Es geht darum, Unfälle zu vermeiden. Denn sie können tödlich sein.»
Deshalb vergisst Jana Kilema keinen Tag, die Medikamente zu nehmen. Foto: leu

se gehen könne. Inzwischen bin ich in der Universitäts-Zahnklinik. Dort werde ich gut behandelt von Zahnärzten, die Erfahrung haben mit vielen verschiedenen Patienten. Das ist mir wichtig. Als ich feststellte, dass mein Hirn tiefe, surrende und laute Geräusche gar nicht mehr verträgt, änderte meine Neurologin die Dosierung des Medikamentes.

Wie ich nach Hause kam, weiss ich nicht so genau

Der dritte Anfall geschah im Fitnesstraining. Er war anders als die beiden zuvor. Bei einer bestimmten Übung mit Schwung nach vorne kam etwas auf mich zu und traf mich wie ein Sturm mitten ins Gesicht, eiskalt; mit aller Kraft stemmte ich meine Fersen in den Boden und rief mir in Gedanken zu: Nicht fallen, nicht fallen! Der Fitnesstrainer bekam davon nichts mit. Er nervte sich nur, weil ich abwesend war und ihm bei seinen Erklärungen nicht zuhörte.

Wie ich damals nach Hause kam, weiss ich nicht so genau. Im Unterbewusstsein hatte sich aber festgesetzt, dass ich langsam und doppelt aufmerksam die Strasse überqueren, das Tram nehmen und mich zu Hause ins Bett legen musste.

Im Unterbewusstsein hatte sich festgesetzt, dass ich doppelt aufmerksam sein musste.

Seit diesem letzten Anfall ist mehr als ein Jahr vergangen. Ich habe viel über mich gelernt, weiss, was ich tun kann und was nicht. Es gibt Tage, da sage ich Leuten, die schnell etwas von mir möchten, einfach Nein! Es gibt keine Pflicht mehr für mich, dem zu genügen, was andere von mir erwarten.

Über Epilepsie sprechen Betroffene nicht. Sie sprechen nicht darüber, weil sie Gefahr laufen, in eine Schublade gesteckt zu werden mit der Aufschrift «Hirn tickt anders». Wer möchte das schon? Ausserdem versteht niemand, was wirklich in einem vorgeht. Von einer Bekannten musste ich mir anhören: «Mit deinen Erzählungen willst du dich nur wichtig machen.» Schön wärs! Mein grösster Halt ist meine Familie. Zum Glück ist sie nicht zerbrochen. Es war schwierig für sie zu akzeptieren, dass ich jederzeit einen Unfall haben könnte. Damit leben zu lernen, hat unseren Zusammenhalt verstärkt. Meine erwachsene Tochter motiviert mich immer wieder zu dieser oder jener Aktivität. Mein Sohn gibt mir die Sicherheit, dass er im Notfall immer für mich da ist, egal wo er sich gerade befindet. Mein Mann ist von grosser Fürsorge. Und es gibt auch noch meinen schwarzen Labrador. Wenn ich keinen guten Tag erwische, läuft er mir einfach hinterher, ist ganz nah. Ich weiss, er, mein bester Freund, versteht mich.

Es geht darum, Unfälle zu vermeiden – sie können tödlich sein

Wichtig ist für mich in erster Linie, täglich die Medikamente einzunehmen, und zwar bis ans Ende meiner Tage. Die Neurologin erklärte mir dazu: «Es geht ja darum, Unfälle zu vermeiden, denn sie können tödlich sein.» Das hat mich sehr beeindruckt.

In den letzten Jahren habe ich gelernt, jeden einzelnen Tag zu geniessen und auf mich zu achten, nicht zuletzt durch die Physiotherapie, die ich wegen anderer Leiden aufsuche. Am Morgen bin ich gespannt, was der Tag an Aufregendem bringen mag. Wir alle wissen: Auch wenn ein Tag schlecht beginnt, kann er am Abend schön gewesen sein. Heute spüre ich nichts mehr von meiner Zukunftsangst. Wer von uns weiss schon, was der nächste Tag, die nächste Woche, das nächste Jahr bringt. Niemand!

Jetzt sitze ich zufrieden an meinem Computer und schreibe diesen Bericht. Manchmal überfallen mich wahrhaftige Glücksgefühle. Aufgeben werde ich wohl nie. Selbst nach einer solchen Diagnose lohnt es sich, sich aufzurappeln und wieder nach oben zu kämpfen. ●

Wie soll man damit umgehen, wenn einen die Toten nicht in Ruhe lassen?

Die Verstorbenen bleiben ein Teil des Lebens

Wie können neue Formen der Beziehung zwischen Lebenden und Verstorbenen geschaffen werden? Unsere Autorin beschloss, neue Ansätze zu suchen, um Menschen zu helfen, gelassener mit dem Verlust eines geliebten Menschen umzugehen.

Von Isabelle Will*

Die Fortschritte in der Medizin, die Medikalisierung des Sterbens und die Einschränkungen des städtischen Lebens haben unsere Beziehung zum Tod verändert. Der Begriff vom «guten Sterben» hat der Entmenschlichung des Todes Vorschub geleistet. Entmenschlicht, weil das Sterben nicht mehr im Beisein von Nahestehenden und Familienmitgliedern erfolgt und eher auf die Anwesenheit und Kompetenz von Spezialisten für «gutes Sterben» vertraut wird.

Heutzutage sterben die meisten Menschen im Spital oder in Einrichtungen für Pflegebedürftige. Die danach folgenden Rituale wie Kremation oder Begräbnis markieren den Beginn der Arbeit des Vergessens. Die Trauer ist somit keine erforderliche Zeitspanne mehr. Sie soll abgekürzt und möglichst kurz gehalten werden. Um zu lernen, sich vom Tod und vom Verstorbenen zu lösen und ihn nach und nach zu vergessen.

Was aber bleibt von der Verbindung zwischen den Verstorbenen und Hinterbliebenen? Wo sind die Verstorbenen? Bleiben uns die Verstorbenen nur im tiefsten Inneren erhalten oder können wir sie weiterhin als soziale Wesen betrachten? Könnte der Verlust mit grösserer Gelassenheit erlebt werden, wenn die Lebenden ebenso wie der Verstorbene einen Umwandlungsprozess durchlaufen würden? Kann es sein, dass ein gut verlaufender Umwandlungsprozess des Toten den des Hinterbliebenen beeinflusst?

Ein Teil der lebendigen Welt

In meiner Praxis als Geriaterin in einem Pflegeheim lernte ich rasch, dass die Verstorbenen ein Teil der Welt der Lebenden sind und dass es nötig ist, sich um sie zu kümmern.

Wie können Solidaritätssysteme auch nach dem Tod aufrechterhalten werden?

Einem durch den Tod seiner kürzlich verstorbenen Frau tieftraurigen und von Schlaflosigkeit gequälten Partner in meiner Sprechstunde zuzuhören und ihm zu versichern, dass der Schmerz allmählich nachlassen würde, genügte mir nicht mehr. Es gibt Verstorbene, die ihre Hinterbliebenen um den Schlaf bringen, jedes Schlafmittel unwirksam machen und über die Weiterlebenden eine Macht ausüben, die man nicht banalisieren sollte.

Hier geht es nicht um die Frage nach einem Leben nach dem Tod aus theologischer oder esoterischer Sicht, es geht vielmehr darum, wie Trauer neu betrachtet werden kann. Und vor allem darum, was wir mit den Verstorbenen machen. Wie können wir sie wieder in Verbindung mit den Hinterbliebenen bringen? Wie bringt man sie zum Sprechen? Und schliesslich, wie kön- >>

* **Isabelle Will** ist Geriaterin. Die frühere Klinikleiterin in den Abteilungen Palliativmedizin und Geriatrie der Universitätsspitäler Genf ist seit 2012 beratende Ärztin in zwei grossen Pflegeheimen des Kantons Genf und beteiligt sich an verschiedenen Reflexionsprojekten rund um das Älterwerden.

Trauernder Witwer: Es gibt Verstorbene, die nicht weggehen, die ihre Hinterbliebenen um den Schlaf bringen, jedes Schlafmittel unwirksam machen und über die Weiterlebenden eine Macht ausüben. Foto: Shutterstock

nen wirksame Solidaritätssysteme auch nach dem Tod aufrechterhalten werden?
Ich beschloss also, mich in meiner Betreuung auf die Verbindung zwischen dem Hinterbliebenen und dem Verstorbenen zu konzentrieren. Im Wissen, dass der Verstorbene ein sozial geprägtes Wesen ist, stellte ich mir die Frage, wie ich in einer ersten Phase die Beziehung des Hinterbliebenen zum Verstorbenen umwandeln könnte, um so einen einzigartigen Ansatz zu schaffen. Im Anschluss daran geht es darum, den Verstorbenen selbst so umzuwandeln, dass er sich des Hinterbliebenen annimmt.
Erzählungen ermöglichen uns, gesellschaftliche Darstellungen des Todes näher zu betrachten. Die Geschichten des Lebens – und des Todes – hängen vom Kontext ab, in dem sie zusammengetragen werden. Ich musste die Trauernorm daher verschieben, um etwas daraus zu machen. Über die kollektive Denkweise hinausgehen, die Trauer allzu oft dadurch bewältigen will, dass über den Hinterbliebenen und darüber, «wie ohne den anderen gelebt werden kann», gesprochen wird.
Es geht darum, über die Denkmuster des Klagens und des Verlusts hinauszugehen und die Trauernden als Wesen zu betrachten, deren Beziehung zum Verstorbenen sich in einem dynamischen Umwandlungsprozess befindet, und den Verstorbenen als Wesen zu sehen, das gerade erst im Entstehen begriffen ist.

Wie rede ich mit den Toten?

Hierfür musste ich jedoch erst verstehen, welche Vorstellungen sich die Hinterbliebenen von der Welt der Verstorbenen machen, und wie ich sie dazu bringen könnte, sich auf diese Welt einzulassen. Auch musste ich mir darüber klar werden, wie ich meine Gespräche angemessen führen konnte, da mir durchaus bewusst war, dass diese von der ärztlichen Behandlungsnorm abweichenden Neuerungen, die Vinciane Despret, Philosophin der Lebenswissenschaften, «Leerstellen in der Praxislandschaft» nannte, bei meinen älteren Patienten Widerstand gegen meine Therapieangebote auslösen könnten.
Allerdings war dies aber gar nicht so sehr der Fall. Auch wenn Zwischenphasen eingebaut werden mussten und Fragen aufkamen, haben sich die Gespräche mit meinen Patienten und ihren Verstorbenen neu zusammengefügt. Die Grenzen der üblichen Gespräche verschwanden allmählich, und es eröffneten sich neue, interessante Möglichkeiten.

Die Verstorbenen haben uns etwas zu sagen

Ich war zunächst erstaunt, wie sehr die Verstorbenen noch lebendig waren. In vielen Fällen von Depression, Angst und Schlaflosigkeit sprachen meine Patienten von der «physischen» Präsenz des geliebten Verstorbenen. Einer meiner Patienten hörte, wie seine verstorbene Gattin neben ihm schlief, was ihn sehr verängstigte. Ein anderer sprach mit seiner kürzlich verstorbenen Frau und «sah» sie neben sich.
So begleiten uns die Verstorbenen im Alltag auf eine mehr oder weniger wohlwollende Weise, lassen uns jedoch nur selten unberührt. Sie veranlassen uns, Dinge zu tun, indem sie uns innerlich berühren und bewegen.
Der Gedanke des Todes als eine «handelnde» Person gefiel mir. Daher wurde es für mich vor diesem Hintergrund einfacher, andere therapeutische Ansätze auszuloten. Ich besprach mit meinen Patienten, wie wichtig es sei, sich den Verstorbenen zuzuwenden. Ihnen einen Platz in unseren Gesprächen, aber auch in unserem Alltag einzuräumen, sollte es ermöglichen, all denjenigen, deren Leben durch einen Verstorbenen vollkommen durcheinandergeraten war, einen praktischen Sinn zu geben. Den Trauernden zu sagen, dass die Verstorbenen uns

etwas zu sagen haben, war nicht einfach, und manchmal konnten die Gespräche danach nicht weitergeführt werden. In den meisten Fällen jedoch kam die Einsicht, dass wir den Verstorbenen helfen müssen, uns zu begleiten, und dies, wenn möglich, wohlwollend zu tun.

Wenn der Gedanke einmal akzeptiert werden konnte, dass der Verstorbene unsere Zuwendung braucht, und nicht der Trauernde, veränderten sich die Gespräche und es wurde möglich, einen Schritt weiterzugehen.

Meine Patienten und ich haben uns unser eigenes «Fegefeuer» geschaffen: Die Verstorbenen in unserer Sprache und unseren Gesprächen vermehrt präsent werden zu lassen, uns zu fragen, was der Verstorbene möchte, ihm einen Platz in unserem Alltag einräumen, indem wir kleine Präsenzrituale einführen und über neue Arten der Trauerbewältigung nachdenken.

Meine Patienten und ich haben uns unser eigenes «Fegefeuer» geschaffen.

Ein Beispiel aus der Praxis

Ich habe mit Victor (Name geändert) daran gearbeitet, welchen Platz seine Frau in seinen schlaflosen Nächten einnahm. Als Victor zu mir in die Sprechstunde kommt, ist er erst seit kurzer Zeit Witwer – zum zweiten Mal in seinem Leben. Der Tod seiner ersten Frau vor vielen Jahren hatte ihm damals keine besonderen Probleme bereitet. Heute weiss er nicht, wie er in den Schlaf kommen soll. Die seit Langem verschriebenen Schlafmittel wirken nicht mehr. Seine zweite Frau war an einer schweren Demenz erkrankt, und er hatte sie bis zum letzten Atemzug zuhause gepflegt und begleitet. Danach begab er sich selbst ins Altersheim, um nicht unter der Einsamkeit zu leiden. Als Victor zu mir kommt, spricht er nicht sofort von seiner Frau. Er möchte, dass ich ihm ein anderes Schlafmittel verschreibe. Er gibt mir aber auch einige Hinweise: Jede Nacht wache er wegen eines Geräusches auf, das er nicht genau definieren könne.

Da ich wusste, dass die letzten Wochen im Leben seiner Frau von unruhigen Nächten bestimmt waren, stellte ich mir die Frage, ob sie Victor nicht auch weiterhin unruhige Nächte bescherte. Ich spreche mit ihm darüber. Er gesteht mir, dass er auch schon daran gedacht habe, jedoch fürchtete, dass ich ihn für verrückt halten würde. Das Gespräch nimmt eine interessante Wendung. Er hat den Eindruck, dass er seine Frau nachts neben sich atmen hört, was ihn ängstigt und ihn am Einschlafen hindert. Im weiteren Verlauf des Gesprächs gesteht er mir, dass er sich in letzter Zeit über kritische Anmerkungen anderer Heimbewohner Gedanken macht, die seine Treue gegenüber seiner Frau während all dieser Jahre anzweifeln. Diese Andeutungen sind für ihn umso schmerzhafter, als dass er ein bemerkenswerter und treuer Ehemann war.

Da ich bereits ohne Erfolg versucht hatte, seine Schlaflosigkeit mit einer anderen Medikation entgegenzuwirken, beschäftigten wir uns in unseren Gesprächen nun vermehrt mit der Möglichkeit, dass seine Ehefrau vielleicht eine «unruhige Verstorbene» sein könnte, die sich gegen die Schlafmittel wehre, und wir uns daher eher mit ihr als mit seiner Schlaflosigkeit auseinandersetzen sollten.

Erzählungen ermöglichen uns, Darstellungen des Todes näher zu betrachten.

Die Rechnung «begleichen»

Ich vereinbarte also mit Victor das folgende Vorgehen: Jeden Abend vor dem Schlafengehen sollte er sich mit seiner Frau in seinem Zimmer «verabreden» und mit ihr sprechen. Er fügte diesen «Treffen» einige Rituale hinzu: eine Kerze, ein Foto und Musik. Die Möglichkeit, ihr erklären zu können, was für ein Ehemann er gewesen war, ihr seine Treue zu versichern, all dies könnte der «Unruhe» seiner Ehefrau möglicherweise entgegenwirken und seine eigenen Nächte wieder friedlicher werden lassen.

Nach einer Woche konnte Victor wieder schlafen, ohne Medikamente. Ich habe nie erfahren, was genau er zu seiner Frau sagte, aber es half ihm, seine Rechnung mit ihr zu «begleichen», wie er mir später erzählte. Ihre Trennung war nicht richtig abgeschlossen, so musste zunächst die «Leerstelle» zwischen ihnen gefüllt werden. Das erklärt vermutlich, warum sie weiterhin in seinen Gedanken kreiste. Die Erfindung eines persönlichen Rituals, anhand dessen er sich mit der Verstorbenen auseinandersetzen konnte, ermöglichte ihm, etwas in ihrer Beziehung zu reparieren und die Verstorbene zu verwandeln. Somit wurde sie zu einer «handelnden» Persönlichkeit im Leben des Trauernden.

Den Ausbruch aus der vorgegebenen Ordnung wagen

In einer Situation, in der die westliche Medizin eine Diagnose gestellt hätte – in Victors Fall eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, für die er sicher eine entsprechende Medikation erhalten hätte –, erschien es mir konstruktiver, aus dem normativen Diskurs auszubrechen und nur Victors Diskurs beizubehalten, der es ihm ermöglichen sollte, seine verstorbene Frau in Frieden gehen zu lassen. Die vorherrschende Betrachtungsweise zwingt uns, die Trauer aus dem Blickwinkel des Schmerzes zu sehen. Dies ist die eine Sicht der Dinge. Hieraus ergibt sich jedoch die Gefahr des Denkmodells, dass die Beziehung zum Verstorbenen zwangsläufig als pathologisch zu betrachten sei. Die Wirklichkeit ist jedoch unendlich komplexer. Der Verstorbene und die Art und Weise, mit denen er sich manifestiert, sollten niemals ausser Acht gelassen werden.

Weitaus interessantere Möglichkeiten ergeben sich, wenn etwas aus der Beziehung zum Verstorbenen so eingerichtet wird, dass dieser als sozial aktives Wesen betrachtet werden kann, das wir benötigen und das uns ermöglicht, einen Verlust mit mehr Gelassenheit zu erleben.

Man kann sich übrigens leicht vorstellen, dass dies auch für andere medizinische Problemfelder zutrifft – eine Erfahrung, die ich immer wieder mache. Wenn auch gewisse Ansätze ausserhalb der Norm zu liegen scheinen, stellen sie genau das infrage, was die Einzigartigkeit der Person ausmacht – und gerade dort sollte neu angesetzt werden.

Victor konnte seine Ehefrau anhand seiner ungewöhnlichen Gespräche wieder auferstehen lassen. Ich kann diesen Ansatz nicht als Ursache für eine Störung der normativen Trauer, vielmehr als eine auf ihn zugeschnittene Lösung erachten. ●

Von Zeit zu Zeit will man es ganz genau wissen...

Messen Sie die Qualität Ihrer Dienstleistungen mit den aussagekräftigen Führungsinstrumenten von *NPO PLUS!*

- Bewohnerinnen- und Bewohnerbefragung
- Angehörigenbefragung
- Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung
- Imagebefragung
- **Neu ab 2016: Mieterinnen- und Mieterbefragung in Alterswohnsiedlungen**

Gerne senden wir Ihnen unsere detaillierten Unterlagen.

NPO PLUS

NPO PLUS –
Institut für Meinungs- und Sozialforschung
Postfach | 8853 Lachen | Telefon 055 462 28 14
www.npoplus.ch | info@npoplus.ch

CURAVIVA.CH
EINKAUFSPOOL - RÉSEAU D'ACHATS

Beim Einkauf Geld und Zeit sparen

Spezialkonditionen/Nettopreise
Produktekataloge/Gruppeneinkäufe

Der Einkaufspool für CURAVIVA Mitglieder

Tel. 0848 800 580 - curaviva@cades.ch
www.einkaufcuraviva.ch

Ausgeführt durch / Réalisé par cades

careanesth
jobs im schweizer gesundheitswesen

Stellen in der Langzeitpflege

Festanstellungen, Temporär- und Springer-Einsätze

Interessiert? Besuchen Sie uns auf **www.careanesth.com**

Careanesth AG, Nelkenstrasse 15, CH-8006 **Zürich,** Tel. +41 44 879 79 79
www.careanesth.com

Immer nah an den Bewohnern

Sichern Sie sich die optimale Unterstützung im stationären Pflegeprozess mit der elektronischen Pflegedokumentation von SWING.

Mit SWING2Go und SWING-CloudService jetzt auch direkt am Bett Ihrer Bewohner!

SWING
Software für Menschen

Die umfangreiche SWING-Produktfamilie ***ist besonders geeignet für Anbieter integrierter Gesundheitsversorgung***

SWING Informatik AG · Allee 1B · 6210 Sursee · Tel. 041 267 30 00 · willkommen@swing.info

www.swing-informatik.ch

Das Montessori-basierte Demenzprogramm

Menschlichkeit als Methode

Defizite aus dem Weg räumen und Menschen mit Demenz zu einem Erfolgserlebnis führen: Das ist der Kern des Montessori-basierten Demenzprogramms, das Menschen und nicht ihre Krankheit in den Mittelpunkt stellt. Die Methode stösst auch in der Schweiz zunehmend auf Resonanz.

Von Monika Bachmann

Ein Mensch ist ein Mensch. Egal, ob gesund oder krank. Und jeder Mensch hat ein Recht darauf, in dieser Welt dazuzugehören. Etwa so könnte man die Philosophie umschreiben, die hinter dem «Montessori-basierten Demenz-Programm» steht. Die Methode beruht auf Ideen der berühmten italienischen Ärztin und Pädagogin Maria Montessori. Sie hat sie Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt. «Die Grundhaltung ist sehr einfach, aber äusserst würdig», sagt Rita Tola. Die Aktivierungstherapeutin und Gerontologin lässt sich zurzeit in Frankreich zur Trainerin für Montessori-basiertes Arbeiten mit demenzkranken Menschen ausbilden. Regelmässig besucht sie in Bern ein Kompetenzzentrum für Menschen mit Demenz und arbeitet mit Bewohnerinnen und Bewohnern, die in unterschiedlichen Stadien an der Krankheit leiden. Was Rita Tola dabei erlebt, ist bemerkenswert: «Ich nehme bei ihnen Freude und eine gute Befindlichkeit wahr. Demenzkranke Personen fühlen sich durch die Aktivität und Beteiligung wieder als wertvolle Menschen.»

Menschen mit Demenz fühlen sich durch die Teilnahme an Aktivitäten wieder wertvoll.

Von den USA in die Schweiz

Rita Tola gehört zum Team von «AG&D Schweiz». Die Abkürzung steht für «Anwendungen in Geriatrie und Demenzbetreuung Schweiz» und lehnt sich an die gleichnamige Organisation in Frankreich an. Gegründet hat die GmbH im vergangenen Jahr Jean-Luc Moreau. Der Facharzt für Geriatrie und Demenzspezialist blickt auf eine 25-jährige Praxis als Heimarzt im Domicil-Kompetenzzentrum Demenz Oberried in Belp zurück. Zum Gespräch ist der 68-Jährige ins Berner Generationenhaus im alten Burgerspital neben dem Bahnhof gekommen. Er sitzt an einem Tisch und blättert im eben erschienenen Buch mit dem Titel «Tatort Demenz – Menschen mit Demenz verstehen» von Cameron J. Camp, dem Begründer des Montessori-basierten Demenz-Programms. Jean-Luc Moreau hat das Buch übersetzt und auf Deutsch herausgegeben. Er sagt: «Es ist erstaunlich, dass man in der Schweiz bisher kaum etwas über diese Methode gehört hat.» In den USA, Australien und Frankreich arbeite man seit rund zwanzig Jahren mit dem Montessori-basierten Demenz-Programm – und zwar erfolgreich. Mit der Organisation «AG&D Schweiz» hat Moreau nun den institutionellen Grundstein gelegt, um die Methode hierzulande bekannt zu machen. Auf der Website von «AG&D Schweiz» ist zu lesen: «Wir haben die Vision eines neuen Pflegeparadigmas, in dem Menschen mit der Diagnose Demenz als Personen angesehen werden, die ein lebenswertes Leben führen, und nicht als Fälle von Demenz abgestempelt werden. Ihre Fähigkeiten, Interessen und Vorlieben werden respektiert, unterstützt und gestärkt.»

Im Alltag eine Rolle spielen

Rita Tola, die gerade in einer Langzeitinstitution eine Therapiestunde mit einer demenzkranken Bewohnerin abhält, macht es vor: Die beiden Frauen sitzen im Aufenthaltsraum des Demenzzentrums an einem Tisch und sind mit dem Abtrocknen von Besteck beschäftigt. Auf dem Tisch liegt das Besteckregal. >>

Aktivitäten wie die «Schatzsuche» wecken bei Menschen mit Demenz Lebensfreude: Eine Frau sucht in der Reisschale nach farbigen Kugeln

Es geht also darum, Messer, Gabel und Löffel in die richtigen Behälter zu legen. Die Aktivierungstherapeutin demonstriert in langsamen Handlungen, was die Bewohnerin machen soll, und erklärt dabei mit ruhiger und deutlicher Stimme, welche Schritte nötig sind. Dabei blickt sie die alte Frau immer wieder an, lobt sie und gibt ihr zu verstehen, dass sie gerade eine wichtige Aufgabe erledigt. Die Frau nimmt den Löffel von Rita Tola entgegen und legt ihn ins dafür bestimmte Fach. Dann wandert ihr Blick vom Besteckregal zurück zu Rita Tola. Und plötzlich zeichnet sich auf dem Gesicht der Bewohnerin ein Lächeln ab.

Mehr vormachen, weniger sprechen

Die zwölf Prinzipien des Montessori-basierten Demenz-Programms:

1. Wählen Sie eine sinnvolle Aktivität, die das Interesse des betroffenen Menschen mit Demenz anspricht.
2. Laden Sie die Person immer dazu ein, teilzunehmen.
3. Bieten Sie, falls möglich, eine Wahl an.
4. Sprechen Sie weniger. Machen Sie mehr vor.
5. Körperliche Fähigkeiten: Konzentrieren Sie sich auf das, was die Person noch kann.
6. Passen Sie Ihre Geschwindigkeit der Person an. Verlangsamen Sie.
7. Verwenden Sie Gesten, visuelle Hinweise oder Vorlagen.
8. Geben Sie der Person etwas zu halten.
9. Gehen Sie von einfachen zu komplexeren Aufgaben.
10. Brechen Sie eine Aufgabe auf einzelne Schritte herunter; machen Sie es einfacher, zu folgen.
11. Fragen Sie zum Schluss: «Hat Ihnen das Freude gemacht?» und «Möchten Sie das noch einmal tun?».
12. Es gibt nicht richtig oder falsch. Wichtig ist die Beteiligung.

Später erklärt Rita Tola, dass es bei der Arbeit mit der Montessori-Methode kein «Richtig» oder «Falsch» gebe. «Wichtig sind die Beteiligung und das Erleben einer sinnstiftenden Tätigkeit.»

Autonomie zurückgeben

Wer im Zusammenhang mit Maria Montessori nun denkt, es gehe darum, demenzkranke Menschen wie Kinder zu behandeln, liegt falsch. Grundgedanke der Montessori-Pädagogik ist die Aufforderung «Hilf mir, es selbst zu tun.» Die Italienerin wollte sich als Lehrerin möglichst bald entbehrlich machen und drückte mit dieser Botschaft aus, dass Kompetenz eine wichtige Basis ist, um Autonomie zu erlangen. Cameron J. Camp verbindet diese Philosophie mit handfester neuropsychologischer Praxis. «Er weiss, dass auch kleinste Veränderungen in der Kommunikation mit demenzkranken Personen einen Einfluss auf ihren Alltag haben», erklärt Jean-Luc Moreau. Konkret heisst das: Wenn Bezugspersonen gezielt kommunizieren und handeln, beeinflussen sie den Zustand und die Befindlichkeit der betroffenen Person erheblich. Demenzspezialist Moreau fasst die Kernaussage, die mit dem Montessori-basierten Demenz-Programm verbunden ist, so zusammen: «Gebt den demenzkranken Menschen ihre Autonomie zurück, indem sie ihre Defizite umgehen und Erfolgserlebnisse haben können.»

Die Methode lässt sich mit anderen Betreuungsansätzen von Menschen mit Demenz kombinieren.

Einladen und wählen lassen

Nicht nur Rita Tola, auch Jean-Luc Moreau wendet die Methode inzwischen in der Praxis an. Er besucht regelmässig eine demenzkranke Frau und arbeitet mit ihr auf der Basis der neuen Erkenntnisse. Bevor er gemeinsam mit ihr eine Tätigkeit beginnt, lädt er sie ein, daran teilzunehmen. «Die Frau hat somit die Möglichkeit, eine Entscheidung zu treffen», erklärt

und legt sie auf dafür vorgesehene Felder.

Fotos: «AG & D Schweiz»

Moreau. Danach bietet er ihr die Wahl zwischen zwei verschiedenen Aktivitäten, was der Bewohnerin wiederum ein Gefühl von Selbstbestimmung und Autonomie vermittelt. Jean-Luc Moreau hält sich mit diesem Vorgehen exemplarisch an wichtige Prinzipien, die die Montessori-Methode ausmachen. Es sind zwölf Grundsätze (siehe Box auf Seite 34), die den Rahmen für die Arbeit mit Betroffenen vorgeben. In der aktuellen Sitzung entscheidet sich die Frau für die «Schatzsuche». Gemeinsam mit dem Arzt, der ihr die Aktivität Schritt für Schritt vormacht, werden aus einer Schale mit Reis farbige Kugeln – sogenannte Schätze – herausgesucht und auf dafür vorgesehene Plätze gelegt. Die Frau ist voll bei der Sache und sucht mit ihrer Hand in der Reisschale nach dem runden Objekt. Jean-Luc Moreau sagt: «Der Einbezug von Händen und Füssen ist enorm wichtig. Auf diese Weise rücken die grossen kognitiven Defizite, die Menschen mit Demenz haben, in den Hintergrund. Sie entwickeln wieder mehr Sinn und Lebensfreude.»

Ermitteln wie ein Detektiv

Für die Umsetzung des Programms sind aber nicht nur Fähigkeiten wie Empathie oder kommunikative Kompetenz gefragt, sondern auch ein «detektivisches Gespür». Ganz bewusst setzt Cameron J. Camp in seinem Buch den Untertitel «Praxishandbuch für Demenzdetektive». Er animiert damit alle Menschen, die beruflich oder privat mit demenzkranken Personen in Kontakt kommen, stets nach dem Warum zu fragen. Er spricht in diesem Zusammenhang von «Fällen, die gelöst werden müssen» und ermutigt dazu, Menschen mit Demenz kennenzulernen, herauszufinden, was sie mögen und was sie verachten und ihrem Verhalten auf den Grund zu gehen. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Beispiel einer Frau, die im Pflegeheim lebt und jeweils nach dem Mittagsschlaf aufgeregt den Namen ihrer Tochter rief. Die gezielte Nachfrage ergab, dass die demenzkranke Bewohnerin beim Aufstehen Hilfe benötigt. Sie habe die Erfahrung gemacht, erzählt die Frau, dass garantiert eine Pflegerin komme, wenn sie den Namen ihrer Tochter rufe.

Die Lebensgeschichte berücksichtigen

Jean-Luc Moreau verweist auf weitere Beispiele, die Folgendes klarmachen: Manch ein Verhalten von Menschen mit Demenz lässt sich erklären, wenn man sich – wie ein Detektiv – auf die Spur ihrer Lebensgeschichte macht. Er erwähnt die Situation einer alten Frau, die jeweils um 17 Uhr sehr nervös und unruhig gewesen sei. Man habe herausgefunden, so Moreau, dass diese Frau früher jeweils um diese Zeit das Nachtessen für ihre Familie vorbereitete. Die Pflegefachleute beschlossen, die Bewohnerin zukünftig bei der Zubereitung des Essens mitmachen zu lassen und ihr gewisse Aufgaben zu übertragen. Ein kluger Entscheid: Die Frau konnte sich einer sinnvollen Tätigkeit widmen und mit der Zeit ihre Nervosität ablegen. «Sie hat dabei ihre Würde zurückbekommen», stellt Jean-Luc Moreau fest.

Wichtig sind die Beteiligung und das Erleben einer sinnstiftenden Tätigkeit.

Die Haltung ist entscheidend

Mit der Organisation «AG&D Schweiz» soll das Montessori-basierte Demenz-Programm in der Schweiz bekannt gemacht und längerfristig in der Praxis verankert werden. Noch arbeitet das Team eng mit der französischen Schwesterorganisation zusammen, und eine Ausbildung als Trainerin, wie Rita Tola sie derzeit absolviert, wird in der Deutschschweiz noch nicht angeboten. Jean-Luc Moreau möchte dies längerfristig ermöglichen. Einzelne Institutionen – vor allem in der Romandie – lassen die Ideen von Maria Montessori bereits in ihren Betrieb einfliessen. Andere Einrichtungen erproben das Modell in Form von einzelnen Therapiestunden. Die Methode lasse sich übrigens problemlos mit anderen bewährten Betreuungsansätzen von Menschen mit Demenz kombinieren, schreibt Cameron J. Camp. Damit das Montessori-basierten Demenz-Programm in Langzeiteinrichtungen erfolgreich funktioniert, ist eine Voraussetzung unabdingbar: «Die Betriebsleitung muss zu 100 Prozent dahinterstehen», betont Jean-Luc Moreau. Denn letztlich sei nicht die Technik, sondern die Grundhaltung gegenüber den betroffenen Personen ausschlaggebend. Cameron J. Camp formuliert es so: «Wir können am besten für uns selbst und unsere demenziell erkrankten Angehörigen sorgen, wenn wir die Menschlichkeit wahrnehmen, die in uns allen anwesend ist – und schon immer anwesend war.» ●

Literatur- und Veranstaltungstipps

- Cameron J. Camp. «Tatort Demenz – Menschen mit Demenz verstehen». Praxishandbuch für Demenz-Detektive. Deutschsprachige Ausgabe, übersetzt und herausgegeben von Jean-Luc Moreau-Majer. Hogrefe Verlag Bern, 2015. Fr. 38.50.
- Am 11. Dezember findet im Berner Generationenhaus ein Informationstag mit Cameron J. Camp zum Montessori-basierten Demenz-Programm statt (die Veranstaltung ist bereits ausgebucht).

Es gilt, auch Seiten des Lebens anzunehmen, über die wir nicht verfügen

Selbstbestimmt sterben – aber wie selbstbestimmt?

Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ausser Kraft. Das gilt aber auch für das Verbot gewissenhafter Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt.

Von Wolfgang Huber*

Wer im eigenen Leben einem Sterbenskranken beigestanden hat, der wird für den Rest seines Lebens eine Erfahrung nie vergessen: Auf die Empathie mit dem Leidenden kommt es an. Fürsorgliche Pflege ist das Wichtigste, was er braucht. In der Zuwendung zum Kranken spüren Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige, wann es so weit ist, dass die therapeutische Bemühung um die Erhaltung des Lebens übergeht in die Begleitung im Sterben. Zur rechten Zeit konzentriert sich die ärztliche Kunst auf die Linderung des Schmerzes. Der Einsatz kurativer Medizin tritt dahinter zurück. Ein Mensch wird auf der letzten Wegstrecke seines irdischen Lebens so begleitet, dass es friedlich zu Ende gehen kann.

* **Professor Dr. Wolfgang Huber** bekleidete von 1994 bis 2009 das Amt des Bischofs der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, von 2003 bis 2009 war er auch Vorsitzender des Rats der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Dem im Jahr 2001 gegründeten Deutschen Ethikrat gehörte Huber bis 2003 an.

Wenn Menschen darauf vertrauen, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, tritt die Angst vor qualvollen Verlängerungen des Leidens zurück. Die Hoffnung, in der vertrauten Umgebung sterben zu können, kann der Sterbephase etwas von ihrer Bedrohlichkeit nehmen. Die Gewissheit, auf der letzten Wegstrecke in einem Hospiz oder auf einer Palliativstation gut aufgehoben zu sein, kann dabei helfen, das Sterben als Teil des Lebens anzunehmen. Das Vertrauen darauf, aus einem Geist der Empathie im Sterben Beistand zu erfahren, kann die Angst mildern, aus der heraus Menschen Hilfe zum Sterben fordern.

Es gibt keine Garantie für ein angstfreies Sterben

Hoffnung, Gewissheit und Vertrauen lassen sich nicht in Paragrafen kleiden, Empathie lässt sich nicht verordnen, der von Ärzten und Pflegekräften erhoffte Sterbebeistand lässt sich nicht in Gesetzesregeln fassen. Doch ebenso wenig sollte der Gesetzgeber die Erwartung wecken, wenn er alles regelt, könnten Menschen angstfrei sterben, ohne auf Hoffnung, Gewissheit und Vertrauen angewiesen zu sein. Die gegenwärtige Diskussion über den ärztlichen Beistand beim Suizid trägt die grosse Gefahr in sich, dass sie solche Erwartungen weckt: eine gesetzliche Garantie dafür zu schaffen, dass wir uns vor dem Sterben nicht mehr zu fürchten brauchen.

Die aktuelle Diskussion fügt sich in eine gesellschaftliche Atmosphäre ein, in der die Tabuisierung des Sterbens abgebaut und die Verfügbarkeit des Sterbens gefordert wird. Während noch vor einigen Jahren das Schweigen über den Tod bedauert wurde, entsteht allmählich eine neue Selbstverständlichkeit des Redens über Sterben und Tod. «Death-Cafés», wie sie in Grossbritannien aus dem Boden spriessen, zeigen die Richtung an. Menschen tauschen sich nicht nur über die Erfahrungen aus, die sie beim Sterben naher Angehöriger gemacht haben. Sie entwickeln auch genaue Vorstellungen davon, wie sie sterben wollen und wann sie die Zeit dafür gekommen sehen. >>

Alles Irdische ist vergänglich, vergeblich, nichtig: Es entspricht der jüdisch-christlichen Vorstellung, dass die Menschen keine Gewalt haben über das Leben.

Foto: iStock/Gutzemberg

Zwar ist es ein Segen, dass das Tabu aufgelöst und der Tod wieder als ein Teil des Lebens verstanden wird. Doch damit verbindet sich die Gefahr, dass manche als Meister ihres Lebens auch über den Tod verfügen wollen. «Lifecircle» heisst eine neue schweizerische Sterbehilfeorganisation. Der Name ist Programm. Menschen sollen das Recht auf selbstbestimmtes Sterben haben, wenn sie der Meinung sind, ihr Lebenszyklus neige sich dem Ende zu. Ob sich das daran zeigt, dass ihnen die Gartenarbeit schwerer fällt oder schwere Krankheiten sie heimsuchen, ist aus der Sicht der Sterbehelfer zweitrangig. Auf den gemeinsamen Sterbewunsch eines Paares antworten sie mit dem synchronen, ärztlich assistierten Suizid.

Es entsteht eine neue Selbstverständlichkeit des Redens über Sterben und Tod.

Die Parole vom selbstbestimmten Sterben

In diesen Zusammenhang gehört die Parole vom «selbstbestimmten Sterben». Sie beruht auf einer Vorstellung von menschlicher Autonomie, der zufolge der Mensch, weil er über sich selbst nachdenken kann, über sein Leben im Ganzen verfügt. Auch das Sterben wird dem Prinzip der Selbstbestimmung unterworfen. Dabei wird ein wichtiger Charakter menschlicher Selbstbestimmung verkannt. Zu ihr gehört nämlich, auch diejenigen Seiten unseres Lebens anzunehmen und im Mass des uns Möglichen zu gestalten, über die wir nicht verfügen: Zeit und Ort unserer Geburt, die Begabungen, die uns anvertraut sind, die Gelegenheiten, die sich uns bieten, aber auch die Erkrankungen, die uns widerfahren, gehören dazu. Man braucht in diesen Tagen nur das Schicksal von Flüchtlingen mit dem Schicksal derer zu vergleichen, die hierzulande gesichert leben, um sich die kontingenten Bedingungen zu verdeutlichen, unter denen wir uns in unserem Leben um Selbstbestimmung bemühen. Deshalb ist es genauer, von einer Selbstbestimmung im Leben als von einer Selbstbestimmung über das Leben zu sprechen.

Weil das Sterben hinausgezögert wird, wünscht man, über den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen.

Wir verfügen nicht über unseren Tod

Berühmt ist die Frage, wie und wann der Einzelne sterben will. «Plötzlich, aber nicht so bald», heisst eine häufige Antwort. So entschieden sie klingt, lässt sie doch ein Bewusstsein dafür erkennen, dass wir nicht über unseren Tod verfügen. Die Hoffnung, der Tod lasse auf sich warten, kommt in ihr zum Ausdruck, nicht der Anspruch, seinen Zeitpunkt bestimmen zu können. Selbst wer sich vornimmt, im Fall unheilbarer Krankheit seinem Leben ein Ende zu setzen, kann vom Tod mitten im Leben überrascht werden. Oder er kann in eine Lage geistiger oder körperlicher Einschränkung geraten, in der er nicht mehr ausführen kann, was er sich vorgenommen hat. Wir meinen, mit der Erweiterung medizinischer Möglichkeiten erweitere sich auch die Verfügungsgewalt über den Tod. Doch er bleibt ein Geschick, in dem wir unser Leben als endlich und begrenzt erfahren.

Dieser Beitrag erschien zuerst in der «Frankfurter Allgemeinen Zeitung» in der Rubrik «Die Gegenwart».

Die Blindheit für dieses Geschick zeigt sich gegenwärtig in beispielhafter Weise in der naiv anmutenden Debatte darüber, ob mit der verlängerten Lebenserwartung, die wir den Fortschritten von Medizin, Hygiene und Arbeitssicherheit verdanken, die «Unsterblichkeit» in den Blick tritt. Dieser Vorstellung eines unbegrenzten Lebens entspricht auf eine eigentümliche Weise der Gedanke, dem Leben aus eigenem Entschluss eine Grenze zu setzen. Verbunden sind beide Sichtweisen vor allem durch die Furcht, kurative Massnahmen der Maximalmedizin könnten auch dann noch eingesetzt werden, wenn ein Leben jeden Sinn verloren hat und zur blossen Qual geworden ist. Die Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid hat ihren verborgenen Kern in der Angst vor der therapeutischen Übertreibung, die es Menschen schwer macht, zu sterben, wenn es an der Zeit ist. Weil das Sterben hinausgezögert wird, wünscht man, über den Zeitpunkt seines Todes zu verfügen. Aus solchen Gründen spitzt sich die Debatte darüber, ob das Leben eine Gabe ist, die der Mensch empfängt und wieder an seinen Schöpfer zurückgibt, oder ob es ein Projekt ist, über das der Mensch von der Erschaffung bis zur Beendigung des Lebens verfügt, in Deutschland derzeit am Thema der ärztlichen Suizidassistenz zu.

Der Gesetzgeber hat nicht die Aufgabe, solche gesellschaftlichen Diskurse zu steuern; aber es steht ihm genauso wenig zu, auf der Woge aktueller Deutungen von Leben und Sterben mitzusegeln und das staatliche Recht entsprechend zu modellieren. Der Massstab seiner Entscheidungen in grundlegenden Fragen von Leben und Tod liegt in der Würde und den Rechten des Menschen, im Schutz und der Förderung des Lebens, in der Wahrung der Integrität heilender Berufe. Unter diesen Gesichtspunkten hat der Gesetzgeber zu prüfen, ob er an der geltenden Rechtslage etwas ändern muss, und sich auf das zu konzentrieren, was aus dringenden Gründen der Änderung bedarf.

Selbstbestimmung ist das Resultat vom Kommunikation

Hoffnung und Gemeinschaft waren die beiden Kräfte, auf die sich frühere Generationen stützten, um in Würde zu sterben. Noch heute rührt es an, von einem Sterben im Kreis der nächsten Angehörigen zu hören, die schweigen und beten, Nähe vermitteln und singen. Diese Kultur des Sterbens lässt sich weitergeben, sie lässt sich auch erneuern, sie lässt sich jedoch nicht verordnen. Aber sie lässt sich auch nicht ersetzen durch eine Kultur des Sterbens, die sich allein am Gedanken der Selbstbestimmung orientiert. Ein solcher Kulturwandel kann nicht der Leitgedanke für die Entscheidung des Gesetzgebers darüber sein, wie der Schutz des Lebens angesichts schwerer und tödlicher Krankheit in einer menschenwürdigen Weise verwirklicht werden kann.

In vielen Fällen ist die Rede vom «selbstbestimmten Sterben» durch eine verhängnisvolle Engführung geprägt. Selbstbestimmung wird in solchen Zusammenhängen als «Selbstreflexion», also als eine Art Selbstgespräch, verstanden. Das ist jedoch eine lebensfremde Abstraktion. Gerade am Beispiel von Krank-

heit und Tod zeigt sich, dass unsere Selbstbestimmung immer ein Resultat von Kommunikationsprozessen ist, in denen wir nicht nur mit uns selbst, sondern auch mit anderen im Gespräch sind. Patientenentscheidungen sind dafür eines der deutlichsten Beispiele; sie können sich in angemessener Weise nur aus dem Austausch zwischen Arzt und Patient ergeben. Die grösste Herausforderung für selbstbestimmte Entscheidungen liegt deshalb im Informations- und Kompetenzgefälle, das zwischen Arzt und Patient besteht. Deshalb ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass eine ausdrückliche Einfügung des ärztlich assistierten Suizids in das Handlungsrepertoire von Ärzten dazu führt, dass sie diese Handlungsmöglichkeit auch von sich aus in das Aufklärungsgespräch einfügen. Die Vorgaben des Gesprächs bilden den Rahmen für die Entscheidung des Patienten.

Es rührt an, vom Sterben im Kreis der Angehörigen zu hören, die schweigen und beten.

Selbstbestimmung setzt eine «sprechende Medizin» voraus

Die ärztliche Verantwortung für die Entscheidung des Patienten ist gross. Seine freie Willensbestimmung muss den Charakter einer informierten Zustimmung tragen. Die Orientierung an der Selbstbestimmung setzt eine «sprechende Medizin» voraus, die nachvollziehbar über die gesundheitliche Lage und die medizinisch gegebenen Möglichkeiten Auskunft gibt. Wenn eine Einwilligungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, sind deshalb diejenigen Vorsorgemassnahmen der Lebenswirklichkeit am nächsten, in denen eine Vertrauensperson jenes Gespräch mit dem Arzt führen kann, zu dem der Kranke nicht mehr in der Lage ist. Auch der Todeswunsch kann dann am ehesten «freiverantwortlich» genannt werden, wenn er angesichts der verbleibenden medizinischen Handlungsmöglichkeiten geäussert wird. Ärzte haben deshalb die Aufgabe, solche Möglichkeiten aufzuzeigen; ihre Verantwortung kann sich niemals darin erschöpfen, einem solchen Wunsch stattzugeben.

«Death-Cafés»: Manche wollen als Meister ihres Lebens auch über den Tod verfügen.

Einer der vier Gesetzentwürfe zum Problembereich des assistierten Suizids, die gegenwärtig im Deutschen Bundestag erörtert werden, hebt die Orientierung an der Selbstbestimmung auf besonders markante Weise hervor. Die Gruppe um die Abgeordneten Peter Hintze (CDU), Carola Reimann und Karl Lauterbach (beide SPD) will einen Anspruch von Patienten auf ärztliche Suizidhilfe im Bürgerlichen Gesetzbuch verankern und die standesrechtlichen Regeln ausser Kraft setzen, die einem solchen Anspruch bisher entgegenstehen.

Fragwürdig ist schon, ob der Bundesgesetzgeber auf diese Weise, nämlich jenseits strafrechtlicher Grenzziehungen, in das ärztliche Standesrecht eingreifen kann. Besonders bemerkenswert ist aber, dass zu diesem Zweck ein neuer Abschnitt in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt werden soll. Er trägt die Überschrift «Selbstbestimmung des Patienten». Für diesen, nach dem Wunsch der Antragsteller letzten Abschnitt im Buch 4 des BGB, das dem Familienrecht gewidmet ist, ist ein einziger Paragraf vorgesehen. Er soll die «ärztlich begleitete Lebensbeendigung» als Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten regeln. Andere Sachverhalte, in denen die Selbstbestimmung des Patienten zum Ausdruck kommt, begegnen uns in diesem Zusammenhang nicht. Der Vorschlag macht also die frei gewählte Lebensbeendigung zum Paradigma der Selbstbestimmung des Patienten überhaupt. Es entsteht der verzerrte Eindruck, als artikuliere sich die Selbstbestimmung eines Kranken nicht als Bestimmung zum Leben, sondern als Bestimmung zum Tod.

Zwar kann die Selbstbestimmung im äussersten Grenzfall auch jene Tat der Verzweiflung einschliessen, in der ein Mensch sich das Leben nimmt. In grösster Not mag auch der Beistand eines Arztes für einen Sterbenskranken dahin führen, dass er in freier Gewissensentscheidung, zu der das Bewusstsein der Schuldübernahme stets dazugehört, dem Wunsch des Kranken nach Hilfe bei der Selbsttötung stattgibt. Doch aus dieser Grenzsituation den einzigen Fall zu machen, in dem die Selbstbestimmung des Patienten einer Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch bedarf, verschiebt die Proportionen in verhängnisvoller Weise. Worin zeigt sich die Selbstbestimmung des Patienten? So wird man in Zukunft fragen. Und die Antwort wird heissen: darin, sich – unter Inanspruchnahme kompetenter Assistenz – das Leben zu nehmen.

Patienten vor Selbstschädigung bewahren

Gegen das Vorhaben, im Blick auf ethische und rechtliche Probleme am Ende des Lebens dem Grundsatz der Selbstbestimmung eine derart herausgehobene Stellung zuzuerkennen, sprechen mehrere Gründe. Zunächst ist auf den Diskussionsstand der medizinischen Ethik zu verweisen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein weitgehender Konsens über vier Prinzipien herausgebildet, die für die medizinische Ethik zentrale Bedeutung haben: Autonomie-Respekt, Nichtschädigung, Wohltun und Gerechtigkeit. Aus diesen vier Kriterien nur ein einziges, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen, herauszuheben und darüber die anderen zu vernachlässigen, ist medizinethisch nicht zu vertreten. So findet beispielsweise der Respekt vor dem autonomen Wunsch eines Patienten stets an der Pflicht zur Nichtschädigung eine Grenze. Deshalb kann ein ärztliches Handeln, das medizinisch nicht indiziert ist, auch nicht mit dem Verweis auf die Selbstbestimmung des Patienten verpflichtend gemacht werden. Vor selbstschädigendem Handeln müssen Ärzte Patienten auch dann zu bewahren suchen, wenn diese darin einen Ausdruck ihrer Selbstbestimmung sehen.

In der deutschen Debatte wird geltend gemacht, beim «selbstbestimmten Sterben» könne es allein um den freiverantwortlichen Suizid gehen, gegebenenfalls mit ärztlicher Assistenz. Wieder und wieder wird hervorgehoben, die Tötung auf Verlangen solle strafrechtlich verboten bleiben. Doch mit welchem Recht will man die «Tötung auf Verlangen» aus den Handlungsweisen ausschliessen, die unter Berufung auf «selbstbestimmtes Sterben» zuzulassen sind? Dass das strafrechtliche Verbot in der Schweiz oder im amerikanischen Bundesstaat Oregon noch besteht, ist kaum eine zureichende Antwort auf diese Frage. Weiter führt der Blick auf Länder, in denen mit dem as- >>

sistierten Suizid auch die Tötung auf Verlangen zugelassen wurde. In den Niederlanden beispielsweise wird die Tötung auf Verlangen dreimal häufiger praktiziert als der assistierte Suizid. Die Folgerung ist plausibel, dass Patienten, die zwischen beiden Möglichkeiten wählen können, unter Berufung auf ihre Selbstbestimmung mit höherer Wahrscheinlichkeit die Fremdtötung auf Verlangen wählen als die Selbsttötung unter ärztlicher Assistenz.

Man braucht andere Kriterien als nur dasjenige der Selbstbestimmung, wenn man die These verfechten will, dass es nur um den ärztlich assistierten Suizid geht, nicht aber (in einem nächsten Schritt) um die Tötung auf Verlangen. Andernfalls ist eine Entwicklung durchaus vorstellbar, in der sich unter Berufung auf das «selbstbestimmte Sterben» eine breite gesellschaftliche Strömung zugunsten des niederländischen Modells entwickelt. Wenn man einer solchen Entwicklung nicht die Bahn ebnen will, muss man die Verantwortung für das Leben und die ärztliche Pflicht, niemandem zu schaden, als eigenständige Aspekte in den Blick nehmen. Wo dagegen «selbstbestimmtes Sterben» das einzige Kriterium ist, wird mit der Suizidassistenz zugleich die Tür zur Tötung auf Verlangen geöffnet.

Im Vordergrund muss in jedem Fall die konkrete Situation des Patienten stehen.

Die Berufung auf die Selbstbestimmung von Patienten an der Grenze des Lebens stützt sich auf eine grundsätzliche Trennung zwischen dem Suizidwunsch bei psychischer Krankheit und dem Suizidwunsch bei physischer, in überschaubarer Frist zum Tod führender Krankheit. Im ersten Fall darf nach einer verbreiteten Einschätzung dem Suizidwunsch unter keinen Umständen entsprochen werden, im zweiten Fall gilt es manchen sogar als eine ethische Pflicht, diesem Wunsch zu entsprechen. Die Unterscheidung der beiden Fallkonstellationen ist idealtypisch von grossem Wert; sie weitet den Blick für die unterschiedlichen Lebenssituationen, in denen Menschen suizidale Gedanken entwickeln. Bei der Anwendung auf den Einzelfall ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht nur psychische, sondern auch schwere physische Erkrankungen psychische Wirkungen auslösen. Die Verzweiflung, die beispielsweise aus dem Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen entstehen kann, ist ein psychischer Zustand, auf den man anders reagieren sollte, als dem Todeswunsch des Verzweifelten nachzugeben.

Die solidarische Einfühlung ist der entscheidende Beitrag zur Selbstbestimmung.

Die idealtypische Unterscheidung zwischen den beiden Konstellationen umstandslos auf die Beurteilung des Einzelfalls zu übertragen, ist deshalb ein schwerer Fehler mit weitreichenden Folgen. Im Vordergrund muss in jedem Fall die konkrete Situation des Patienten oder der Patientin stehen. Ihr oder ihm soll geholfen werden. Die solidarische Einfühlung in die Situation des leidenden Menschen ist der entscheidende Beitrag zu einer Selbstbestimmung, die diesen Namen verdient.

Die Pflicht, nicht zu schaden, steht immer im Vordergrund

Nicht nur wenn suizidale Gedanken sich aus einer seelischen Erkrankung ergeben, sondern auch, wenn ein solcher Wunsch angesichts einer unheilbaren Krankheit, der mit ihr verbundenen Schmerzen und der Erfahrung von Einsamkeit auftritt, muss sich die ärztliche Entscheidung an der Pflicht orientieren, nicht zu schaden. Im Fall einer körperlichen Krankheit, die nicht heilbar ist, sich mit schwerem Leiden verbindet und in absehbarer Zeit zum Tod führt, heisst deshalb die vorrangige Konsequenz, von der Fortsetzung kurativer Massnahmen abzusehen, medizinisch und pflegerisch alle gebotenen palliativen Massnahmen zu ergreifen und den Kranken, wenn es so weit ist, im Sterben zu begleiten. Das Vertrauen, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, und die Gewissheit, dass gute palliative Sterbebegleitung für jeden Betroffenen erreichbar ist, sind die wichtigsten Antworten auf die gegenwärtige Suiziddebatte.

Würde dagegen ein allgemeiner Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe etabliert oder auch nur das geschäftsmässige Angebot einer solchen Suizidhilfe zugelassen, so wäre dies ein Signal, das in eine falsche Richtung weist. Selbstbestimmung schlüge in Fremdbestimmung um. Der Suizid im Fall unheilbarer Krankheit würde zu einem Teil der gesellschaftlichen Normalität. Rechtzeitig Vorsorge dafür zu treffen, dass man an einem geeigneten Ort aufgenommen und von einem dafür spezialisierten Arzt betreut wird, gehörte dann zu den Vorsorgemassnahmen, die zu treffen sind.

Sterben und Tod müssen frei bleiben von Anreizökonomie

Zu bedenken ist auch: Das geschäftsmässige Angebot ärztlicher Suizidassistenz enthält einen Anreiz dazu, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Geschäftsmässig ausgestaltet, wird die Suizidassistenz in die Anreizökonomie eingefügt, die in vielen Bereichen an die Stelle einer Bedarfsökonomie getreten ist. Das Gesundheitswesen ist von diesem Systemwechsel ebenfalls betroffen. Sterbehilfe-Angebote fügen sich in diese Anreizökonomie ein, unabhängig davon, ob sie gewerblich oder gemeinnützig organisiert sind. Dem darf nicht stattgegeben werden. Sterben und Tod müssen von dem Sog solcher «Incentives» frei bleiben.

Ein Verbot der geschäftsmässigen Suizidassistenz ist noch aus einem anderen Grund notwendig. Denn durch sie wächst der Druck, zur Selbsttötung bereit zu sein, wenn die Belastung von Angehörigen durch eine schwere Erkrankung zu gross wird. Die Tür, die im Namen der Selbstbestimmung des Patienten geöffnet wird, führt zu offener oder versteckter Fremdbestimmung. Ein strafrechtlich sanktioniertes Verbot der geschäftsmässigen Suizidassistenz ist deshalb nicht ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten, sondern ein angemessener Schutz vor falschen Anreizen und bedrohlichem Druck. Zu Recht konzentriert sich deshalb die Abgeordnetengruppe um Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) in ihrem Gesetzentwurf auf das strafrechtliche Verbot der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung. Deren Strafbarkeit soll dabei unabhängig davon gelten, ob diese Förderung von Ärzten oder anderen Personen betrieben wird.

In aller Regel besteht ein deutlicher Unterschied zwischen einem Handeln, das die Suizidhilfe zu einem Geschäftsfeld macht, und einem ärztlichen Handeln, das in persönlicher Ver-

Topwell-Apotheken AG
Einfach besser beraten.

Die schnell wachsende Unternehmensgruppe mit über 38 Apotheken und einem leistungsfähigen Ärztegrosshandel beliefert auch grössere Organisationen mit einem umfassenden Angebot an pharmazeutischen und medizinischen Produkten und Dienstleistungen. Dazu gehören z.B. **Alters- und Pflegeheime, Spitex und weitere soziale Institutionen.** Eine herausragende Logistik, verbunden mit einer einfachen, die Kunden entlastenden Administration, sind wichtige Argumente, Topwell als Lieferanten für Pharma und Verbrauchsmaterial zu wählen.

Für den weiteren Aufbau dieses Beratungs- und Vertriebskanals suchen wir Sie für die Region Nordwestschweiz/Mittelland und Zentralschweiz als

Berater/in im Aussendienst

Anstelle des Ladenverkaufs informieren und überzeugen Sie die Kunden vor Ort.

Selbstständig und in Zusammenarbeit mit dem Team beschaffen Sie sich Marktinformationen und erfassen diese in der Datenbank. Sie knüpfen Erstkontakte, die Sie in gut vorbereiteten Akquisitionsgesprächen vertiefen. Sie informieren über die Logistik- und Verrechnungsprozesse, das Produktesortiment und weitere Dienstleistungen. Letztlich ist es ein Gesamtpaket, das den Unterschied ausmacht. Sie leiten das Projekt bis zum reibungslosen Materialfluss und der vereinfachten Abwicklung der Verrechnung. Patienten erhalten damit eine noch bessere Betreuung und der Direktvertrieb hilft Kosten einzusparen. Die Vielfalt der Tätigkeiten und der Gestaltungsfreiraum zum Wohle des Patienten werden Sie begeistern.

Ihr Lehrberuf ist Drogist/in

Auf Menschen zugehen, rasch den Kontakt herstellen, präzis Kundenwünsche erfassen und kompetent beraten sind Eigenschaften, die Sie seit Lehrbeginn vertiefen und Sie auszeichnen. Sie sind bereit für den nächsten Schritt, suchen eine markante Veränderung, möchten das Gelernte anwenden und Neues hinzulernen. Pharmakenntnisse sind nicht erforderlich, jedoch grosses Interesse am Gesundheitswesen, menschliches Engagement und betriebswirtschaftliches Flair. Sie können sich im Team einbringen und zugleich eigenständig vorgehen. Ihr Beratungserfolg zeigt sich im Gewinn neuer Kunden oder dem Verkauf zusätzlicher Dienstleistungen.

Wenn die Puzzlesteine Ihrer beruflichen Stationen zur beschriebenen Start-up Aufgabe passen, freuen wir uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen an info@lutz-personal.ch oder Ihren Anruf für einen ersten telefonischen Informationsaustausch. Rolf Lutz Personalmanagement, Rudolfstrasse 19, 8401 Winterthur, Tel: 052 212 35 00.

Rolf Lutz Personalmanagement
Kaderselektion, Outplacement
Assessment, Karriereberatung

Anzeige

bindung zu einem Patienten und aufgrund langer und intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Tun des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter Beistand eines Arztes. Ein solches gewissensbestimmtes Handeln des Arztes im Einzelfall unter Strafe zu stellen, wäre ebenso ein Eingriff in das ärztliche Ethos wie die rechtliche Anerkennung eines allgemeinen Anspruchs auf ärztliche Suizidhilfe. Das eine wie das andere geht über die Abwägung weit hinaus, die Ärzte zwischen spannungsvoll zueinander stehenden medizinethischen Prinzipien treffen müssen. Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ebenso ausser Kraft wie das Verbot einer gewissenhaften Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt.

Es geht darum, das geschäftsmässige Angebot von Suizidassistenz zu untersagen.

Respekt vor dem dringlichen Sterbewillen

Es ist schwer einzusehen, dass eine Handlungsweise, die an sich straffrei ist, dann generell bestraft werden soll, wenn sie von Ärzten ausgeübt wird. Vor allem aber geht eine solche Regelung über diejenigen Gewissensentscheidungen hinweg, in denen Ärztinnen und Ärzte angesichts eines konkreten Einzelfalls dem Respekt vor dem dringlichen, in seiner Lebenssituation begründeten Sterbewillen eines Patienten Rechnung tragen.

Ärztliche Hilfe liegt diesseits der Selbsttötung

Für eine solche Gewissensentscheidung muss Raum bleiben. Doch dieser Raum kann nicht dadurch geschaffen werden, dass die ärztliche Suizidassistenz zu einem rechtlich geregelten und anerkannten Teil ärztlichen Handelns wird. Aus der gewissensbestimmten Ausnahme eine in der Selbstbestimmung des Patienten begründete Normalität im ärztlichen Handlungsrepertoire zu machen, ist der falsche Weg. Selbstbestimmte Entscheidungen der Patienten sind ein hohes Gut. Doch in sie bringen Ärzte die Möglichkeiten der Hilfe ein, die diesseits der Selbsttötung liegen. Es muss ihnen verwehrt sein, die Suizidassistenz als eine ärztliche Handlungsmöglichkeit neben anderen anzubieten. Der Bundestag sollte sich wieder auf den Ausgangspunkt konzentrieren, der das Gesetzgebungsverfahren ausgelöst hat. Es geht darum, das geschäftsmässige Angebot wie den geschäftsmässigen Vollzug von Suizidassistenz, zu untersagen und zu verhindern. ●

Weniger Fehler beim Rüsten von Medikamenten

Der zuverlässige Pillenabpacker

Automaten machen deutlich weniger Fehler als Menschen. Die maschinelle Verpackung von Medikamenten senkt die Fehlerquote, reduziert schwerwiegende Nebenwirkungen und Todesfälle durch falsche Verordnungen und Dosierungen.

Von Beat Leuenberger

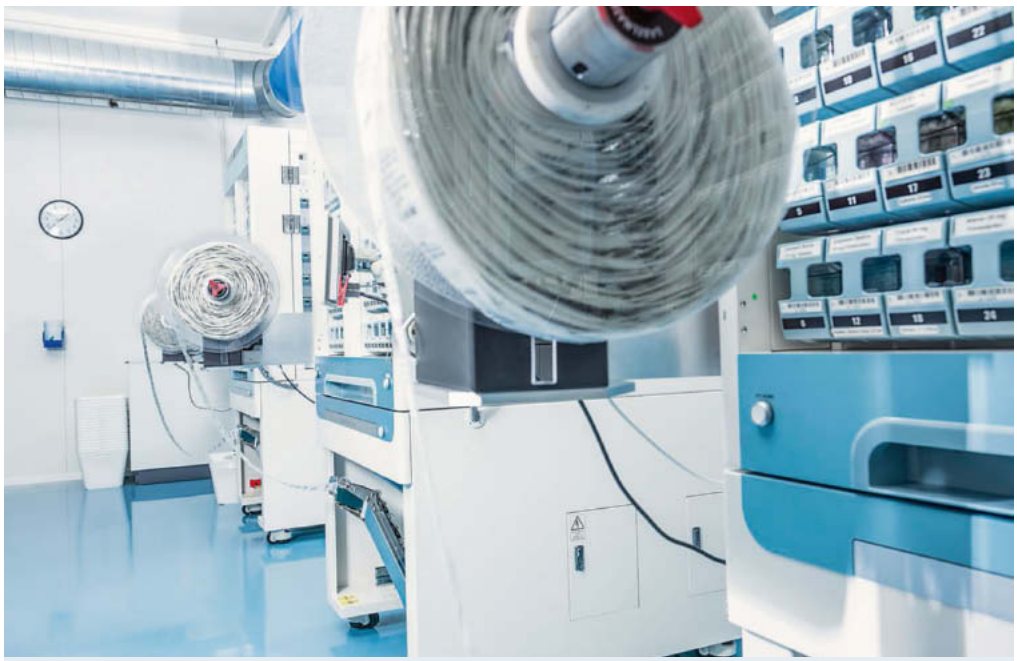
In den schrankförmigen Verpackungsautomaten stehen auf mehreren Etagen in Reih und Glied 500 gleichartige Kanister. Jeder Kanister ist gefüllt mit einem anderen Medikament. Eine ausgeklügelte Mechanik im Innern der Automaten sorgt dafür, dass die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit aus ihren Kanistern fallen, in feinen Kanälen nach unten rutschen und durch Trichter in durchsichtige Plastikbeutel gelangen. Mehrere Beutel hängen aneinander und werden auf einer Spule aufgerollt. Eine Bestellung nach der anderen. Eine ganze Reihe verschiedener Angaben ist auf jedem einzelnen Beutel in schwarzer Schrift aufgedruckt: Name und Geburtsdatum des Patienten/der Patientin und der Pflegeinstitution, in der sie sich aufhalten; Form und Farbe der verschiedenen Medikamente; Einnahmetage und -zeiten. Verwechslungen von Arzneien und Dosierungen sind nahezu ausgeschlossen.

Medifilm AG heisst die Firma im Industriequartier von Oensingen SO, die sich auf das maschinelle Rüsten und Abpacken von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmittel spezialisiert hat. «Medifilm» heisst auch das Produkt: Die aneinandergereihten Portionenbeutel sehen aus wie gerollte Filmstreifen. Medikamentenbestellungen, die bis um 16 Uhr bei Medifilm eintreffen, liefern Pharmagrossisten bis am Morgen des nächsten Tages in die ganze Schweiz aus – entweder an die betreuenden Apotheken oder, wenn von diesen so angeordnet, direkt an die Pflegeinstitutionen. Die Anwender – Institutionen und Apotheken – brauchen dazu einen PC mit Internetzugang, damit sie die Medikationsdaten auf dem Medifilm-Portal eingeben können. Die Software für die Datenerfassung läuft auf einem firmeneigenen Server. Über diese Plattform validieren die Apotheken die Therapien und geben sie frei. Anschliessend werden die Filmaufträge an die Produktion in Oensingen übermittelt.

Ein anspruchsvolles Unterfangen: Eine tiefere Fehlerquote beim Medikamentenrüsten.

500 Todesfälle wegen falscher Medikamente

Es ist ein anspruchsvolles Unterfangen, das sich die Firma Medifilm AG vorgenommen hat: Die Minimierung der Fehlerquote beim Rüsten von Medikamenten. Diese Zielsetzung hat einen ernsten Hintergrund. Zwar liegen aus Alters- und Pflegeheimen keine konkreten Zahlen vor. Doch die Schätzung der Stiftung für Patientensicherheit ist alarmierend. Derzufolge sterben in der Schweiz jedes Jahr bis zu 500 Menschen daran, dass ihnen ein falsches Medikament, eine falsche Dosierung oder ein schädlicher Mix von Arzneien verabreicht wird. Schnell ist es passiert in der Hektik des Pflegealltags: Die Verwechslung von Medikamenten mit ähnlichen Wirkstoffnamen und Bezeichnungen – und schon wird die Einnahme des vermeintlich wirksamen Medikaments zur Gefahr für Patienten. Die hohe Fallzahl kritisieren nun selbst jene, die für die Verordnung der Medikamente verantwortlich sind. «Die Häufigkeit, mit der Fehler auftreten, ist deutlich zu hoch», schreibt laut «NZZ am Sonntag» eine Arbeitsgruppe des Ärzteverbands FMH in einem Grundlagenpapier. Medikationsfehler gehörten zu den häufigsten Fehlern im Gesundheitswesen überhaupt, heisst es darin.



Die Produktionsmaschinen verpacken pro Monat über eine Million Pillen in Plastikbeutel, die pro Bestellung aneinanderhängen und auf Spulen aufgerollt werden. Fotos: Medifilm

Die Folgen sind nicht nur gefährlich, sondern auch kostspielig. Studien gehen davon aus, dass bis zu 7 Prozent aller Spitaleinweisungen in der Schweiz auf Fehler bei der Medikation zurückzuführen sind. Von den Patienten im Spital werden wiederum über 7 Prozent Opfer einer falschen Verschreibung. Die direkten Folgekosten werden im Papier der FMH auf bis zu 100 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. Die Ursachen für die Fehler sind vielfältig. Genannt werden Stress am Arbeitsplatz, unklare Verantwortlichkeiten, Missverständnisse und generell eine schlechte Kommunikation. Die FMH-Arbeitsgruppe zitiert eine Studie, die vor einigen Jahren das Berner Inselspital durchführte. Sie ergab, dass mehr als die Hälfte aller Rezepte schlecht lesbar oder gar unleserlich war.

10 000 Mal weniger Fehler

Medifilm AG, die seit 2013 zur Galenica-Gruppe gehört, kann einen Beitrag leisten, diesen verhängnisvollen Zustand zu verbessern. Die Firma schreibt die Sicherheit gross. «Bei uns sind die Arbeitsprozesse auf eine Nullfehlerstrategie ausgerichtet», sagt Kundenbetreuer David Krähenmann. «Jeder Arbeitsschritt durchläuft eine Fehlerkontrolle.» Das Herzstück davon ist eine Apparatur mit zwei Kameras, die Form, Farbe und Grösse der Tabletten registrieren. Jeder verpackte Beutel passiert diesen «Foresee Inspector». Die Fotos werden anschliessend auf den Bildschirm des Kontrollarbeitsplatzes übermittelt, wo eine Pharmaassistentin prüft, ob der «Inspector» alle Tabletten erkannt hat, ob sie in der richtigen Anzahl vorhanden sind, ob sie liegen und nicht auf dem Rand stehen, ob sie nicht beschädigt sind und ob sie der Bestellung >>

Medikationsfehler in Spitälern vermeiden

Mit Schaudern denkt die St. Gallerin Monika K. an die folgenschwere Fehldosierung eines sehr starken Medikaments: «Nach dem Übertritt vom Spital ins Altersheim wurde meiner Mutter ein Immunsuppressivum, das bei chronischen Entzündungen und Krebs eingesetzt wird, irrtümlich zweimal pro Tag statt zweimal pro Woche verabreicht!» Grund: Die Medikamentenliste war missverständlich erstellt worden. Leider wurde der Fehler lange nicht entdeckt. Erst nach einem Monat Intensivbehandlung im Spital war die Seniorin über den Berg. Stefano Bassetti, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Universitätsspital Basel, zeigt sich besorgt: «Solche Fehler passieren leider immer wieder: Mit einer sorgfältigen Überprüfung und einer vollständigen Medikamentenliste beim Spitalaustritt könnte man sie höchstwahrscheinlich vermeiden.»

Nicht alle Fälle verlaufen so tragisch, aber wie Studien zeigen, stellen Medikationsfehler im Spital ein akutes Sicherheitsproblem dar. Zentrale Fehler passieren einerseits beim Spitaleintritt im Rahmen der Medikamentenerhebung und andererseits, weil im Therapieverlauf und beim Spitalaustritt die Medikamente nicht systematisch abgeglichen werden.

«Patientensicherheit Schweiz» hat aus diesem Grunde das nationale Pilotprogramm «progress! Sichere Medikation an Schnittstellen» lanciert. Es hat zum Ziel, den systematischen Medikationsabgleich in Schweizer Akutspitälern zu verbreiten und zusammen mit mehreren Pilotspitälern Umsetzungserfahrungen zu sammeln. Der systematische Medikationsabgleich reduziert die Fehlerquote, macht Prüfprozesse effizienter und verbessert die Kommunikation: einerseits mit dem Patienten, andererseits zwischen den Berufsgruppen wie Ärzten und Pflegenden und zwischen Spitälern und anderen Leistungserbringern wie Hausärzten und Pflegeheimen. Durch den systematischen Medikationsabgleich sollen Dosierungsfehler, Auslassungen, doppelte Vergaben und Wechselwirkungen vermieden werden.

Das Programm von Patientensicherheit Schweiz unterstützt gezielt auch Patientinnen und Patienten, damit sie ihren wichtigen Beitrag für die eigene Medikationssicherheit leisten können.

Patientenmerkblatt: www.patientensicherheit.ch

Was die Firma Medifilm AG herstellt, sieht aus wie ein Filmstreifen, der aus aneinanderhängenden Beuteln besteht. Jeder Beutel enthält die Medikamente für einen Patienten.

Eine Million Pillen pro Monat

Medifilm AG wurde vor acht Jahren vom Apotheker Markus Meier gegründet. Der erste Verpackungsautomat nahm den Betrieb Mitte 2002 in Solothurn auf. Heute stehen fünf Produktionsmaschinen eines südkoreanischen Anbieters in Oensingen SO im Einsatz. Alle haben bei Medifilm AG zuerst einen «Swiss-Tuning-Prozess» durchlaufen, um Schweizer Qualitätsansprüche zu erfüllen. Für 5000 Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen, Kinderheimen und Spitälern, in Institutionen für Menschen mit einer Behinderung und in Gefängnissen, aber auch zuhause werden mittlerweile Pillen, Dragées, Kapseln und Tabletten ausgeblistert, wenn nötig halbiert und verpackt. Pro Monat verarbeitet das Unternehmen mehr als eine Million Pillen (2000 verschiedene Medikamente). Die Kosten für diese Dienstleistung belaufen sich im Durchschnitt auf Fr. 1.85 pro Tag und Patient.

Zurzeit beschäftigt Medifilm AG 34 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Pharmaassistentinnen, Drogistinnen, IT-Fachleute, eine Apothekerin (hauptverantwortlicher Apotheker ist Firmengründer Markus Meier), Werkzeugmacher, Elektriker, Verkaufspersonal.

Medifilm AG begleitet das Pflegepersonal bei der Einführung und der Umstellung auf das Medifilm-System und bleibt danach weiterhin Ansprechpartner. Auch bietet die Firma interessierten und geeigneten Apotheken die Schulung des Personals an: www.medifilm.ch.

entsprechen. Erkennt das Kontrollsystem einen Beutel mit fehlerhaften Arzneien, schneidet ihn eine Mitarbeiterin am Korrekturplatz mit einem Skalpell auf, behebt den Fehler, klebt den Beutel wieder zu und gibt ihn einer Arbeitskollegin zum Gegencheck. Dann bekommt er ein Visum.

«Swiss-Tuning» reduziert Fehlerquote um den Faktor 10

Die Idee, Medikamente maschinell zu verpacken, brachte Markus Meier, Apotheker und Gründer von Medifilm AG, aus Holland in die Schweiz. «Dort und in Skandinavien gab es bereits Apparate, die ganz gut funktionierten. Aber nur meistens», erzählt er. «Meistens» genügte für die Schweiz aber nicht. «Wir haben schnell gemerkt, dass es Spezialisten braucht, die die Automaten laufend warten, reparieren und verbessern. Denn so, wie sie von der Herstellerfirma in Südkorea zu uns kommen, erfüllen sie Schweizer Qualitätsansprüche punkto Präzision und Fehlerquote nicht.» Also stellte Meier eine «Swiss-Tuning-Equipe» auf die Beine, die die Rohlinge aus Asien verfeinern. «Damit konnten wir die Anzahl Fehler um den Faktor 10 reduzieren. Jetzt sind wir bei zwei Fehlern pro Million verpackter Medikamente angelangt.» Rüsten sie Pflegefachpersonen in Heimen und Spitälern von Hand, rechnet man mit einer Fehlerquote von 2 Prozent. Dies entspricht einem Faktor 10000. «Die Kunden erwarten von uns null Fehler», sagt Markus Meier trocken. «Daran arbeiten wir.» ●

Jeder Beutel passiert zwei Kameras, die Form, Farbe und Grösse der Tabletten registrieren.

Kochen für Institutionen

Ein Rezept für die Zukunft der Heimküche

Bei der Herstellung von Mahlzeiten ermöglichen moderne Produktionssysteme qualitative und quantitative Standards, die traditionelle Grossküchen infrage stellen. Die Zukunft von Heimküchen könnte ausserhalb der Heime liegen.

Von Daniel Ganzfried

Kostendruck, Personalknappheit und immer höhere Ansprüche an die Qualität zwingen die Heimleitungen zum Umdenken. Konzepte, Abläufe, Budgets – alles wird überprüft. Dies gilt nicht nur in der Pflege. Bis in die Küchen weht dieser Wind: Warum noch selber kochen? Können das nicht auch externe Dienste leisten? Und erst noch günstiger? Vielleicht liegt die Zukunft der Heimküche ausserhalb der Institution, fragt sich eine verunsicherte Branche, während bei den Heimleitungen Offerten von Gross-Catering-Firmen eingehen. Wie heiss diese Suppe zurzeit gekocht wird, zeigt das Beispiel der Institution, die in diesem Beitrag beschrieben ist: In letzter Minute entschlossen sich die Verantwortlichen, nicht mit Namen in dieser Fachzeitschrift aufzutreten. Denn: «Was hier zur Sprache kommt, könnte strategische Beschlüsse vorwegnehmen und unser Personal unnötig verunsichern», lautete der Bescheid sinngemäss.

«Dabei schlagen wir doch gerade einen Weg vor, der die Küche im Heim belassen würde», sagt dagegen Reto Hugentobler vom führenden Grossküchenapparate-Hersteller Hugentobler in Schönbühl bei Bern: «Denn mit unseren Systemen ist es möglich, eine eigene, rentable Küche zu führen.» Dass Hugentoblers Worte mehr als nur Werbesprüche sind, zeigt die besuchte Grossküche im Mittelland, die nun einen anonymen Auftritt hat. Sie beliefert ihre eigenen und mehrere andere Altersheime, einen Mahlzeitendienst, Kindertagesstätten und Kantinen mit gut 6500 Mahlzeiten pro Woche – gegen 340 000 pro Jahr. Dabei musste sich die Küchenmannschaft im Jahr 2010 die Existenzfrage stellen, nachdem damals 4 Mitarbeiter nur noch für etwas mehr als 70 Bewohnerinnen und Bewohner eines einziges Heims kochten. Aber dann entschloss sich die Leitung für eine Vorwärtsstrategie: Ausbau, Modernisierung, Systemwechsel. Sie überdachte das traditionelle Cook-and-Serve-Prinzip, bei dem die Küchenmannschaft morgens früh zur Arbeit erscheint, mit Kochen beginnt und die Speisen warmhält, bis es Zeit ist, sie auszuliefern. Herausforderung dabei ist, dass das Gemüse nicht erschlafft, das Fleisch nicht austrocknet und sich die Nährstoffe nicht verflüchtigen.

Konzepte, Abläufe, Budgets werden überprüft – nicht nur in der Pflege, auch in den Küchen.

Optimale Garmethode für jede Komponente

Stattdessen wurde nun die Wochenplanung auf die einzelnen Komponenten heruntergebrochen und für jede die optimale Garmethode bestimmt, erklärt der Betriebsleiter, mittlerweile Chef von gegen 20 Angestellten, vom Koch bis zum Lernenden, und Herr über eine der modernsten Produktionsküchen über die Region hinaus. Sie erlaubt ihm, jeweils am Montag und am Donnerstag die Menükomponenten zu produzieren. Am Dienstag und Freitag wird gewogen, verpackt, etikettiert und alles für den Abtransport bereitgestellt, was die Mannschaft Tags zuvor gekocht und professionell schnellgekühlt hat. Mittwoch ist Vorproduktionstag, an dem die Küche Conveniences wie Grundsaucen oder die Basis für verschiedene Suppen herstellt.

Damit alles reibungslos vonstatten geht – von der computerbasierten Aufnahme der Bestellungen über die Produktion bis >>

zur Auslieferung –, waren Investitionen nötig. Es galt, die Infrastruktur der Küche dem neuen Produktionssystem anzupassen.

Wichtigste Kriterien: Einsparmöglichkeiten

Egal ob es um ein Menübestellsystem oder den Schnellkühler geht: Die wichtigsten Kriterien bei Neuanschaffungen seien immer die Einsparmöglichkeiten, sagt der Betriebsleiter. Im Vordergrund steht der Verbrauch von Strom und Wasser. Noch wichtiger aber sei die Frage, ob ein System, ein Apparat oder ein Computerprogramm es ermöglichen, Arbeitsstunden oder Arbeitsschritte einzusparen. Daneben achtet er auf das Handling, also darauf, wie sich eine Neuanschaffung in die schon bestehende Infrastruktur einpasst. «Natürlich behalten wir immer auch die Kosten im Auge.» Allerdings würden sich hier die verschiedenen Anbieter nicht wesentlich unterscheiden – auch im Vergleich mit ausländischen Mitbewerbern. Bleibt noch ein wichtiger Punkt: der Service, den das Unternehmen bietet, das die Apparaturen liefert: «Dabei geht es nicht nur um die Montage und die Reparaturen, sondern auch um Schulung, um die Weiterentwicklung von Apparaturen aufgrund der Erfahrung, die wir im Alltag mit ihnen gewinnen, also ganz allgemein um einen praxisbezogenen Ideenaustausch.» Nur so könne eine Küchenmannschaft ihre Konzepte weiterentwickeln, Abläufe optimieren und dem Hersteller die Anregungen geben, um seine Maschinen auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Anwender abzustimmen. Das heisst: Bei der Ausstattung einer Produktionsküche muss der Hersteller mehr sein als nur ein Lieferant. Er muss zum Partner taugen.

Zeitunabhängige Vorproduktion dank langer Haltbarkeit ohne Gewichts- und Qualitätsverlust.

Nach sorgfältiger Abwägung all dieser Kriterien hat sich der Betriebsleiter schliesslich entschlossen, mit der Firma Hugentobler ins Geschäft zu kommen. Diese bietet mit ihrem Systemelement des «freez'n'go» ein zentrales Modul, das Speisen nicht nur länger haltbar macht, sondern auch ermöglicht, sie mit mehr Eigengeschmack und -feuchtigkeit, feinerer Konsistenz und praktisch ohne Substanzverlust herzustellen. Dies ist nicht zu unterschätzen, denn die Rechnung für den Kunden basiert am Schluss immer auf dem gelieferten Gewicht.

Zentral: Das rekordschnelle Heruntertemperieren

Der Betriebsleiter erklärt das System am Beispiel von Rüebli: «Das gerüstet angelieferte Gemüse lassen wir 22 Minuten bei 99 Grad Dampf im Combisteamer garen. In der Braisiere dünsten wir derweil Zwiebeln mit Butter an. Wir geben die Rüebli dazu, salzen mit genau abgewogener Menge, lassen drei Minu- >>

Anzeige

Stadt Zürich
Pflegezentren

Nr.
10

Pflege und Ärzteschaft arbeiten bei uns partnerschaftlich. Hand in Hand.

Aus 10 guten Gründen: Arbeiten bei den Pflegezentren der Stadt Zürich.

Weitere Gründe finden Sie unter www.10gründe.ch

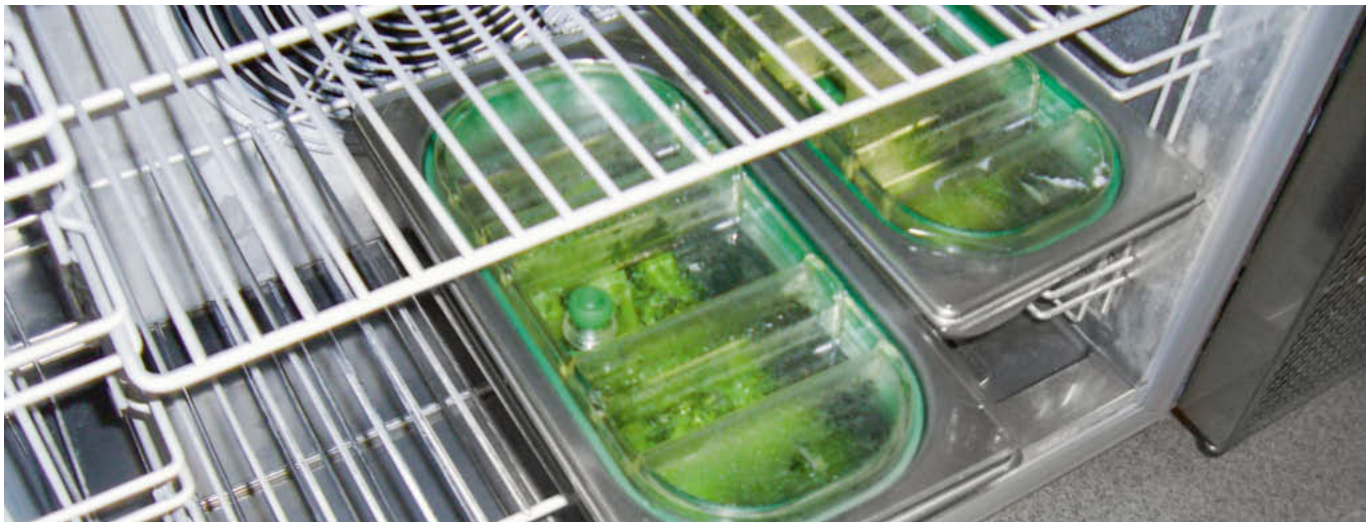
Lighthouse College

Fortbildung Palliative Care
Kurs Niveau A2* (5 Tage) für Pflegefachpersonen

Kursort: Zürcher Lighthouse, Carmenstrasse 42, 8032 Zürich
Wann: 03.03. / 10.03. / 17.03. / 24.03. / 31.03.2016
Zeit: 08:30–12:00 Uhr / 13:15–16:45 Uhr
Kosten: CHF 1350.– / Inkl. Mittagessen & Getränke

Weitere Infos & Anmeldung unter:
www.zuercher-lighthouse.ch

STIFTUNG ZÜRCHER LIGHTHOUSE



Garheiss kommt das Gemüse in die GreenVac-Schalen (oben). Der Schockfroster kühlt das Gargut innert 30 Minuten auf 3 Grad hinunter (Mitte); danach wird ihm Luft entzogen (unten). So bleibt es sieben Tage haltbar. Fotos: Hugentobler

ten fertig dünsten und schmecken ab.» So weit passiert alles wie zu alten Zeiten. Doch jetzt kommt das Neue zum Zug, eine Erfindung von Hugentobler: die GreenVac-Schale, in die das Ganze garheiss umgefüllt wird. Die Schale wird mit einem speziellen luftdichten Deckel verschlossen. So kommt das Gemüse in den Schockfroster oder Schnellkühler, der es bei minus 40 Grad Celsius innert 30 Minuten auf plus 3 Grad Eigentemperatur hinunterkühlt. Ganz nebenbei: Damit unterschreitet er die gesundheitsamtliche Vorgabe von 90 Minuten für diesen Vorgang deutlich. Nach dem Kühlen entzieht ein Küchenmitarbeiter der Schale – ohne sie noch einmal zu öffnen – mit einer eigens entwickelten Pumpe Luft. Im vakuumierten Zustand kommen die Rüebli ins gekühlte Zwischenlager, wo sie bis zu sieben Tage und mehr haltbar bleiben. Vor dem Abtransport wird das Gemüse gewogen und etikettiert. Zentral beim ganzen Prozedere ist das rekordschnelle Heruntertemperieren. Es verhindert, dass sich vor dem Vakuumieren Bakterien bilden. Erst die so erreichte lange Haltbarkeit ohne Gewichts- und Qualitätsverlust erlaubt der Küche die nahezu zeitunabhängige Vorproduktion. Damit einher geht eine um ein Vielfaches höhere Produktivität gegenüber herkömmlichen Kochsystemen, ohne dass beim perfekten Geschmack und beim Erhalt der Nährstoffe Abstriche gemacht werden müssen. Gleichzeitig kann die Küche ihre Produktion auf die Bedürfnisse der Kunden abstimmen, was gerade beim Mahlzeitendienst wichtig ist, da die Konsumenten direkt bei der Küche bestellen.

Die regionale Küche bewahren mit Frischprodukten

Der fabelhafte Schockfroster kommt auch noch anderweitig zum Einsatz, zum Beispiel bei der Produktion von Suppen. Hier hat Hugentobler in Zusammenarbeit mit seinen Kunden das «Hot fill»-System entwickelt. Dabei füllen die Küchenmitarbeiter die Suppen, sobald sie 86 Grad heiss sind, in speziell entwickelte Beutel ab. Diese werden nicht vakuumiert, sondern auf einem Tischapparat verschweisst. Die verschlossenen Beutel kommen ebenfalls in den Schockfroster zum Schnellkühlen. «Mikrobiologische Laboranalysen zeigen, dass die Produkte so bis zu 21 Tage problemlos haltbar bleiben», erklärt Reto Hugentobler. «Dank diesem Verfahren können die Köche mit mehr Frischprodukten arbeiten. Denn unser Ziel ist immer, dass die Küchen regional einkaufen, bei Fleisch- und Gemüseproduzenten in ihrer Nähe, und die regionale Küche bewahren», sagt Hugentobler.

Keine Reklamationen mehr wegen zähem Fleisch

Auch Desserts wie Parfait, Biscuits, Guetzli, Cremes oder Patisserie produziert die Grossküche. Auf konventionelle Art zubereitet, werden sie im Schnellkühler bei minus 40 °C schockgefrostet und anschliessend im Tiefkühler gelagert. Bei diesem Verfahren entstehen keine Eiskristalle. Und wenn die Leckereien dann gebraucht werden, tauen sie ohne Qualitätsverlust auf – frisch, schmackhaft und von perfekter Konsistenz.

Ein weiteres wichtiges Element in der modernen Produktionsküche ist der «Hold-o-mat», der sich besonders für Schmorfleisch wie Ragout, Braten oder Haxen eignet. Darin gart das Fleisch, ebenfalls in GreenVac-Schalen, während sieben bis zwölf Stunden gradgenau. Ein Vorteil dabei: Die Köche können den Apparat während der Nacht arbeiten lassen und so den billigeren Strom nutzen. Am Morgen packt die Küchenmannschaft das Fleisch in Vakuumbeutel ab, pasteurisiert es vielleicht noch im Kombisteamer und legt es in den Schockfroster. Wenn es später im Alters- oder Pflegeheim mit dem Steamer regeneriert und in der richtigen Temperatur serviert wird, stellt sich heraus: Es ist gleichmässig gar, zerfällt nicht in Fasern und bleibt schön zart. Besonders in Altersheimen ist dies ein wesentlicher Vorzug. «Reklamationen wegen zähem Fleisch hatten wir auf jeden Fall schon lange nicht mehr», stellt der Betriebsleiter in unserer Referenzküche fest.

Das Fleisch ist gleichmässig gar, zerfällt nicht in Fasern und bleibt schön zart.

Spezielle Konzepte, neue Möglichkeiten

So entstehen pro Woche über 20 verschiedene Menüs. Ohne diese modernen Systeme und eine digitalisierte Produktionsplanung von der Bestellung bis zur Etikettierung wäre so etwas unvorstellbar. Dabei sei die technische Kapazitätsgrenze noch lange nicht erreicht. Sowohl mengenmässig wie auch im Hinblick auf das Spektrum des Angebots wäre noch viel möglich. «Bei einer Ausweitung der Produktion müssten wir einzig das Personal aufstocken, auch wenn diese Produktionssysteme, gerechnet auf das Kilo gekochter Speisen, zwei Drittel an Manpower einsparen.»

Die Produktivitätssteigerung und die Möglichkeiten, dennoch differenziert auf Kundenwünsche einzugehen, eröffnen auch speziellen Konzepten ganz neue Möglichkeiten. So denkt der Betriebsleiter etwa über eine Demenzküche nach. Zentrale Fragen dabei: Wie bekommen die Patienten das Essen präsentiert, und welche Komponenten beinhaltet es? Die Überlegungen gehen in die Richtung, dass vermehrt Gerichte angeboten werden, die die Betagten noch aus der Kindheit kennen. Auf der anderen Seite nimmt man Abstand von Dingen, die ihnen weniger vertraut sind. «Es hat keinen Sinn, ihnen neuartige Gemüse wie Romanesco oder ausgefallene Gewürze wie Kurkuma zu servieren, das ihnen wegen des intensiven Gelbs völlig unbekannt vorkommen muss.» Damit die verwirrten Menschen gerne essen, brauche es Altbewährtes wie Broccoli und Blumenkohl, Kutteln, Zunge und Kalbskopf. Dabei muss der umsichtige Küchenchef natürlich auch in der Geschichte forschen: Woraus bestand in der Zeit, an die sich diese Menschen erinnern können, die Hausmannskost? Wenn er diese in der gleichen Qualität auf den Teller bringen kann wie alle anderen Menüs, wird ihm Erfolg beschieden sein.

Der fabelhafte Schockfroster kommt auch bei der Produktion von Suppen zum Einsatz.

Schon haben er und sein Team vor Kurzem einen internen Innovationspreis erhalten. Mit dem Preisgeld haben sie alle zusammen von Freitag bis Sonntag einen Städteausflug unternommen. Kein Kunde musste deshalb auf sein Essen verzichten. Auch das ist ein Vorteil moderner Kochsysteme. ●

Kolumne

Carte blanche: Kulturelle Vielfalt bedeutet Reichtum

Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern bringen besondere Begabungen mit in die Pflege

Von Peter Weibel *

Einer, den ich gut mag und von dem ich es nicht erwartet hätte, hat mich vor Kurzem gefragt: «Glaubst du eigentlich auch, dass es denen, die aus Eritrea kommen, wirklich so schlecht geht und dass sie an Leib und Leben gefährdet sind?» Es hat mich überrascht, diese Frage von einem zu hören, der auch schon über das unverdiente Glück gesprochen hat, hier leben zu dürfen, in diesem glücklichen Land geboren worden zu sein. Wie schlecht geht es denen wirklich, wenn sie es wagen, in Libyen in ein untaugliches Schlauchboot verfrachtet zu werden, von dem sie nicht wissen, ob es die Überfahrt schafft oder nicht?

Weitab von der strapazierten Gefährdungsfrage aber fragt kaum einer, wer die Eritreerinnen und Eritreer eigentlich sind, die hier leben und arbeiten. Auch mein Kollege hat nie danach gefragt, und ich weiss nicht, ob ihn das, was ich ihm erzählt habe, überraschte oder nicht: Sie sind wunderbare Pflegende in unseren Institutionen. Wir wären ärmer ohne sie; wir können lernen von ihnen.

Wenn wir als Gesunde auf versehrte Menschen zugehen, können wir von Mitarbeiterinnen aus anderen Kulturen und Herkunftsländern lernen. Menschen aus Eritrea und Tibet, Sri Lanka und Thailand machen uns reicher. Vielleicht haben sie eine besondere Begabung, Zeichen und Befindlichkeiten zu spüren, die uns abhanden gekommen ist, eine Begabung, auf die Körpersprache Kranker mit eigener behutsamer Körpersprache zu antworten, die uns fremder geworden ist. Und viele von ihnen brauchen kein Masterdiplom dazu. Sie tragen die Begabung in sich. Sie haben andere Augen, um zu sehen, andere Hände, um zu ertasten. Sie machen uns reicher, nicht nur weil sie als Arbeitskräfte unentbehrlich sind, sondern weil wir von ihnen lernen können, und sie auch von uns.

Dass der Austausch verschiedener Soziokulturen nicht nur Herausforderung, sondern auch Reichtum sein kann, schreibt die Erfahrung in der Altenpflege und Altersmedizin in die offenen Zeitbücher. Während die einen vom Demenzpark in Thailand schwärmen, haben viele noch nicht erkannt, dass die kulturelle Vielfalt in der Betreuung alter und demenzkranker Menschen im eigenen Land eine Bereicherung ist.

Vielleicht liegt darin eine visionäre Spur, die in die Zukunft weist, von der wir noch wenig wissen. Nur eines wissen wir mit Bestimmtheit: dass sie multikulturell sein wird.

* **Peter Weibel** ist Geriater und Heimarzt im Domicil Baumgarten in Bern.

Kurznachrichten

Alter

Seh- und Hörverluste kompensieren

Das Bild von rüstigen und kommunikativen Pensionären, die endlich Zeit haben, ihr Leben zu geniessen, entspricht oft nicht der Realität. Laut jüngsten Berechnungen des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen (SZB) hören und sehen bis zu 200 000 Personen im Alter gleichzeitig immer weniger. Eine doppelte Sinnesabnahme beeinträchtigt die Lebensqualität stark. Doch trotz einer Hör- und Sehbeeinträchtigung können Menschen im Alter ein zufriedenes Leben führen. Auf der neuen Internetplattform www.sensus-60plus.ch des SZB werden Schwierigkeiten lokalisiert und Probleme benannt. Das neue Portal bietet ausserdem praktische Tipps, wie das vorhandene Hör- und Sehpotenzial im Alltag optimal genutzt werden kann.

Pressedienst SZ

Den Bruch vermeiden

In den vergangenen 20 Jahren nahm die Häufigkeit von osteoporotischen Hüftfrakturen um fast zwei Drittel zu. Dass Medikamente gegen Osteoporose und die Messung der Knochenbrüchigkeit keineswegs so hilfreich sind, wie es klingt, zeigt jetzt die kritische Veröffentlichung von Teppo Järvinen von der Universitätsklinik in Helsinki. Er legt im «British Medical Journal» dar, dass die Fachkommissionen, die zur Osteoporosediagnostik und -prophylaxe raten, von den Pharmafirmen gesponsert sind, die Osteoporosemedikamente verkaufen. Und Järvinen zeigt auf, dass eine Verbesserung der Knochenstabilität allein noch nicht die Knochenbrüche verhindert, die derzeit so dramatisch zunehmen. Denn nicht weil der Knochen instabil ist, bricht er, sondern weil ältere

Menschen öfter fallen. Was hilft also gegen Knochenbrüche? Bewegungstraining zur Sturzprophylaxe senkt die Frakturrate um 60 Prozent. Ein weiterer, entscheidender Faktor ist das Rauchen. Wer damit aufhört, tut seinem Knochen mehr Gutes, als alle Medikamente gegen Osteoporose es vermögen.
FAZ

Neue Bücher

Uns zuliebe

Anhaltender Erfolg einer Person und einer Gemeinschaft beruht auf verschiedenen Fähigkeiten: Wesentliches zu erkennen und umzusetzen, Wertvolles zu erhalten und Neuem Raum zu geben, Behäbigkeit zu überwinden und Erreichtes zu feiern. Ein fürwahr gemeinschaftliches Projekt. Das neue Büchlein «Uns zuliebe» des Schweizer Business-Mentors und Führungsexperten Robert Schiller versteht sich als Beitrag zu einer zukunftsgerichteten und überall anwendbaren Arbeitsweise. Es bündelt zehn erprobte Merksätze der Führung, die uns orientieren und anleiten. Es ruft dazu auf, die notwendigen Schritte gemeinsam zu gehen, sich gegen Trägheit und eigensüchtige Interessen zu wehren und selbstbewusst zu sein.
Robert Schiller, «Uns zuliebe», 48 Seiten im Taschenformat, 12 Franken (zu bestellen auf www.schillerconsulting.ch).

Dem Ende entgegen

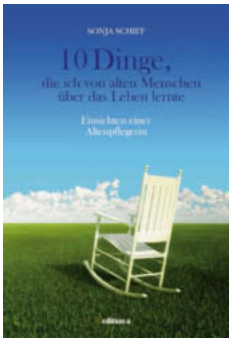
Es ist ein Buch, das ohne Skrupel davon erzählt, was es wirklich heisst, alt zu werden und alt zu sein: Zerfall. Alles am Mensch strebt diesem Ende zu: der Körper, der Geist, jede Zelle im Organismus – einfach alles. Der amerikanische Arzt Atul Gawande, dessen Vorfahren aus Indien kommen, schildert präzise, was vom ersten Moment des Lebens an von der Natur vorgesehen ist: dass es einmal zu Ende gehen wird. Ewiges Leben wird eine Illusion bleiben. Was heisst das für den Einzelnen? Ganz einfach: Die Tatsache akzeptieren – und dem Ende gelassen entgegensehen. Gawande schreibt ein Plädoyer für die Gelassenheit. Und er rechnet ab mit dem Jugendwahn, der verhindert, dass wir wieder zu akzeptieren lernen, was der Mensch seit Beginn der Menschheitsgeschichte weiss: dass er sterblich ist.
Atul Gawande, «Sterblich sein», S. Fischer Verlag, 340 Seiten, 26.90 Fr.

Sterbehilfe in der Alten-WG

Fünf Männer gründen eine Alten-WG in einer Villa am See. Zusammen wollen sie die verbleibenden Jahre verbringen, zusammen noch einmal das Leben geniessen. Und sie schliessen einen Pakt: Jeder von ihnen soll selbstbestimmt sterben können – und die anderen helfen ihm dabei. Vorerst allerdings geniessen sie den Ruhestand. Sie rauchen, trinken, essen, was und wann sie wollen, leben frei und ohne die Kontrolle durch Ehefrauen oder Altersheimpersonal. Als es für den Ersten unter ihnen ernst wird mit dem Sterben, aktivieren sie das «Todesengelprogramm», das der Computercrack der WG ausgetüftelt hat. Das Thema ist zwar ernst, der Schriftsteller Christoph Poschenrieder macht daraus aber einen charmanten Roman.
Christoph Poschenrieder, «Mauersegler», Diogenes, 224 Seiten, 31.90 Fr.

Mehr als «Arschputzen»

«Altenpflege ist der coolste Job der Welt, denn alten Menschen zuzuhören, verändert das Leben»: Das schreibt Sonja Schiff, 51, in ihrem neuen Buch «10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte». Menschen, die Altenpflege mit «Arschputzen» gleichsetzten, würden einen schweren Fehler begehen, meint sie. «Im Leben geht es im Grunde um Entwicklung, Begegnung, Liebe, Geborgenheit und den Mut zu all dem», lautet eine ihrer Einsichten. Die diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester Sonja Schiff arbeitet seit 27 Jahren in der Altenpflege und schloss jüngst ein Studium der Gerontologie ab.



Sonja Schiff, «10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte – Einsichten einer Altenpflegerin», edition a, 176 Seiten, 27 Franken.

Anzeige

Ohr&Service
Eine gute Idee!

Ihr mobiler Hörakustik-Profi
für Alters- und Pflegeheime / für Private zuhause

Vom Hörtest bis zur kompletten Anpassung modernster Hörsysteme bei Ihnen zuhause, mit Ohr & Service haben Sie den richtigen Partner. Alters- und Pflegeheime profitieren vom Partnerpass, Privatkunden vom Servicepass.

Ohr & Service, oder wenn ein Tropfen hören könnte!

Tel. 044 836 71 57, Mobil: 079 549 38 07, E-Mail: info@ohrundservice.ch, www.ohrundservice.ch

«Wir beraten Heime und Institutionen in allen Bankangelegenheiten.»

Franz Böhm
Leiter Institutionen mit öffentlichem Auftrag
Bundesplatz 8, 3001 Bern
031 666 62 11, franz.boehm@bekb.ch

Stefan Zingre
Leiter Firmenkundengeschäft
Bahnhofstrasse 2, 3401 Burgdorf
034 428 41 26, stefan.zingre@bekb.ch

Andreas Jordan
Leiter Firmenkundengeschäft
Gurzelngasse 24, 4502 Solothurn
032 626 31 50, andreas.jordan@bekb.ch

BEKB | BCBE

shp

Intelligente Vorsorgekonzepte

Wir bringen Leben in Ihre Vorsorge

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse des schweizerischen Gesundheitswesens bietet die SHP für Einzelunternehmen aber auch für Institutionen mit bis zu einigen hundert Versicherten intelligente, attraktive und preisgünstige Vorsorgekonzepte.

Sie möchten Ihre berufliche Vorsorge optimieren?
Dann kontaktieren Sie uns für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.

Pensionskasse SHP, Kronenplatz 1, 8953 Dietikon 1, Tel. 044 268 90 60, www.pkshp.ch

Der Knopf
für mehr Lebensqualität.

www.swisscom.com/smartlifecare

Geniessen Sie Ihre Unabhängigkeit, ohne auf Sicherheit zu verzichten. Egal ob zu Hause oder unterwegs, mit dem smarten Duo von Swisscom SmartLife Care ist Hilfe bei Bedarf nur einen Knopfdruck weit entfernt. Je nach Abo-Variante[1] werden Sie im Ernstfall mit einem privaten Kontakt oder mit der 24-h-Notrufzentrale verbunden. Bei einem Abo Plus stellen wir das Gerät während der Abo-Dauer gleich zur Verfügung. Bestellen Sie jetzt unter www.swisscom.com/smartlifecare oder unter der Gratis-Hotline 0800 84 37 27 Ihren persönlichen Schutzengel zum **unschlagbaren Preis ab 19 bzw. 29 Franken pro Monat!**[2]

Ihr vorzeitiges Weihnachtsgeschenk:
vom 1. 11. bis 31. 12. 2015 gibts den Mini und den Genius bei einem Online-Kauf 100 Franken günstiger!

Ihr diskreter Begleiter.
Der mit GPS-Modul ausgestattete SmartLife Care Mini passt in jede Hosentasche und ist in 5 Farben erhältlich.

Ihr flexibler Mitbewohner.
Der SmartLife Care Genius ist mit bis zu 99 drahtlosen externen Kontroll- und Alarmsensoren erweiterbar.

swisscom

[1] Basic (Plus) CHF 19.– (CHF 29.–) / Comfort (Plus) CHF 29.– (CHF 39.–) / Professional (Plus) CHF 39.– (CHF 49.–)
[2] SmartLife Care Genius CHF 499.– / SmartLife Care Mini CHF 349.–. Die Kosten fallen bei einem Abo Plus weg. Exkl. Einrichtungsgebühr von CHF 99.–