

ARTISET

Ausgabe 10/11 | 2023

Das Magazin der Dienstleister für
Menschen mit Unterstützungsbedarf



Im Fokus

Wenn die Seele Hilfe braucht

CURAVIVA

Markus Leser hat den Verband während
20 Jahren mit seiner Expertise geprägt

INSTITUT

Für eine kohärente Behindertenpolitik
braucht es eine bessere Datengrundlage

YOUViTA

Modellstation Somosa in Winterthur. Enge
Zusammenarbeit interdisziplinärer Teams



Profis in Care Hand in Hand

In Heimen und Spitälern werden die Anforderungen an die Verpflegung immer anspruchsvoller. Transgourmet hilft Ihnen, Ihren Arbeitsalltag zu vereinfachen und Kosten zu optimieren. Wir bieten Hand bei der Gestaltung von individuell auf Sie zugeschnittenen Lösungen – von Profi zu Profi.

Wenden Sie sich an unser Care-Kompetenzteam über care@transgourmet.ch

Editorial

«Wenn es um den Zustand der Seele geht, müssen wir uns verabschieden von einfachen Erklärungen und Rezepten.»

Elisabeth Seifert, Chefredaktorin



Liebe Leserin, lieber Leser

Eine Umfrage des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums vom letzten Herbst legt offen: Die psychische Gesundheit hat sich im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie nicht etwa erholt, sondern eher verschlechtert. Es gibt weniger sehr glückliche oder sehr zufriedene Menschen. Jede achte Person weist schwerwiegende Symptome auf, die das tägliche Leben beeinträchtigen und bis hin zu Suizidgedanken führen können. Viele Betroffene werden im Gesundheitssystem nicht erfasst, da sie keine Hilfe suchen.

Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung rund um die psychische Gesundheit sowie die Symptome psychischer Erkrankungen und mögliche Hilfsangebote sind denn auch seit vielen Jahren ein Thema in der Öffentlichkeit. So zum Beispiel jedes Jahr anlässlich des 10. Oktober, dem internationalen Tag der psychischen Gesundheit.

Bei der Erarbeitung dieser Ausgabe des Magazins ist uns bewusst geworden, wie schwierig es sein kann, eine Diagnose zu stellen, die richtige Therapie zu finden. Wenn es um den Zustand der Seele geht, müssen wir uns verabschieden von einfachen Erklärungen und Rezepten. Diagnosen und Therapien entziehen sich der einseitigen Kommunikation zwischen der «wissenden» Fachperson und dem «gehorchenden» Patienten oder der «gehorchenden» Patientin. Nur wenn Betroffene auf Augenhöhe mitreden können, kann es gelingen, die Hintergründe einer psychischen Erkrankung besser zu verstehen und mögliche Genesungswege zu erkennen.

Unsere Porträts von Andrea Zwicknagl (Seite 20) und Christian Heiniger (Seite 14) zeigen eindrücklich, wie wichtig ein solch gemeinsamer Reflexionsprozess zwischen Fachleuten und den betroffenen Personen ist. Ihre Erfahrungen

machen zudem deutlich, dass der Austausch mit Menschen, die ähnliche Situationen durchleben oder durchlebt haben, eine wertvolle Unterstützung bietet. Je besser es auf diese Weise gelingt, die Gründe für psychiatrische Symptome zu verstehen, desto eher können die oft von Nebenwirkungen begleiteten Medikamente reduziert werden.

Gerade bei betagten und hochbetagten Menschen müssen gemäss Alterspsychiater Egemen Savaskan nicht-medikamentöse Therapien im Vordergrund stehen (Seite 9). Insbesondere bei Menschen mit einer Demenz, die sehr oft ein oder mehrere psychiatrische Symptome aufweisen. Damit in den Pflegeheimen alternative Therapien besser genutzt werden können, brauche es eine Weiterentwicklung der Pflegenden sowie einen Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste von Alterspsychiatrischen Kliniken. Der Römerhof in Zürich etwa misst der psychosozialen Pflege eine grosse Bedeutung bei (Seite 6).

Während in der Langzeitpflege die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der Alterspsychiatrie an Bedeutung gewinnen muss, erfordert eine adäquate Betreuung und Begleitung vieler Jugendlicher eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Sozialpädagogik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Bericht über die Modellstation Somosa in Winterthur (Seite 26) zeigt den grossen Wert interdisziplinär zusammengesetzter Teams. ■

Titelbild: Andrea Zwicknagl vor der Johanneskirche im Berner Quartier Breitsch. Sie ist Expertin aus Erfahrung und wirkt als Betroffenenvertreterin im Stiftungsrat von Pro Mente Sana. Foto: Adrian Moser

PROFESSIONAL

jura



Neue Generation des mobilen Bezahlens und Verwaltens

GIGA W10 - Frisch gemahlen, nicht gekapselt

Die GIGA W10 ist ideal für den Einsatz in eleganten, repräsentativen Arbeits-, Freizeit- und Lounge-Umgebungen geeignet. Auf Knopfdruck bereitet sie sowohl heiße wie auch echte Cold-Brew-Spezialitäten zu. Kombiniert mit Pocket Pilot 2.0 setzt sie auch neue Maßstäbe in puncto Payment, Abrechnung und Verwaltung. Die kostenlose Software ermöglicht bargeldloses Bezahlen und kommt ohne Zusatzgeräte aus. Sie erlaubt die zentrale Überwachung und Verwaltung von Vollautomaten und bietet hohe Individualisierbarkeit.



Buchen Sie Ihre persönliche Onlineberatung via JURA LIVE Office.

jura.com

Publireportage

Suprasorb® P sensitive Die L&R Schaum-Lösung für exsudierende Wunden.

Für Patienten und Anwender sind schlecht heilende, schmerzende oder blutende Wunden nach dem Verbandwechsel im Praxisalltag eine echte Herausforderung. Suprasorb® P sensitive kann hier Abhilfe schaffen. Der neue L&R Silikon-Schaumverband ist seit Juli 2020 in der Schweiz auf dem Markt und erfreut sich wachsender Beliebtheit. Der Namens-Zusatz „sensitive“ weist auf die Vorzüge des Wundverbands hin: Bestehend aus mehreren weichen Schichten ist er angenehm zu tragen und sorgt für extra hohen Patientenkomfort.



Suprasorb® P sensitive ist geeignet für leicht bis stark exsudierende Wunden und verfügt – dank saugfähigem PU-Schaum – über ein effizientes Exsudataufnahmevermögen. Dies reduziert auch das Mazerationsrisiko und fördert die Wundheilung. Die Silikon-Wundkontaktschicht ist schonend zur Haut und minimiert das Risiko des Verklebens mit der Wunde beim Verbandwechsel. Der äussere Schutzfilm ist wasserdicht und bakterienabweisend, gleichzeitig ist er wasserdampfdurchlässig. Zusammengefasst vereint Suprasorb® P sensitiv besonders hohen Komfort mit optimalem Wundschutz.



Suprasorb® P sensitive ist in 3 Ausführungen (Border, Border-lite und non-Border) sowie in Sonderformen (Multisite, Sacrum, Heel) erhältlich und auf der MiGeL Liste aufgeführt.

Da sich Suprasorb® P sensitive für oberflächliche bis tiefe Wunden bzw. chronische, postoperative und traumatische Wunden eignet, ist er ein wahres „Multitalent“ für die schnelle und effektive Versorgung von ganz unterschiedlichen Wunden und schwierigen Stellen.

Zuletzt bestätigte eine klinische Studie von S. Barrett et al (siehe Wounds UK, Vol 17, Nr. 3, 2021) die einfache Anwendbarkeit und Wirksamkeit von Suprasorb® P sensitive: „Suprasorb P sensitive performed well in all the parameters evaluated and may be considered where effective exudate handling, improved patient comfort and ease of handling is required.“ Unter anderem bewerteten 71% jener Patienten, welche die Wundversorgung selbst vorgenommen haben, dass die Handhabung von Suprasorb® P sensitive überdurchschnittlich einfach ist.

Weitere Infos unter: www.Lohmann-Rauscher.com

Inhalt



Im Fokus

- 06 Der Römerhof Zürich bietet umfassende psychosoziale und medizinische Pflege an
- 09 Alterspsychiater Egemen Savaskan plädiert für mehr nicht-medikamentöse Therapien
- 14 Psychopharmaka: Betroffene sollen besser mitreden dürfen
- 17 Stärkung der psychischen Gesundheit von Menschen mit Komplexer Behinderung
- 20 Andrea Zwicknagl: «Ein anderer Umgang mit psychischer Erschütterung tut not»
- 26 Somosa Winterthur: Zusammenarbeit von Psychiatrie und Sozialpädagogik

kurz & knapp

- 30 Public Voting beim Social Store Award

Aktuell

- 32 Berufsgruppe der Pflegehelfenden SRK bekannter machen
- 35 Gerontologe Markus Leser hat Curaviva während 20 Jahren geprägt
- 40 Bessere Daten für gute Behindertenpolitik
- 43 Mit Intercare gelingt es, die stationäre Langzeitpflege zu stärken.
- 46 Heimgastronomie: Effiziente Prozesse
- 48 Personalengpässe abfedern

Politische Feder

- 50 Kathrin Huber, Generalsekretärin GDK

Impressum: Redaktion: Elisabeth Seifert (esf), Chefredaktorin; Urs Tremp (ut); Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn); France Santi (fsa); Jenny Nerlich (jne) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: ARTISET • 2. Jahrgang • Adresse: ARTISET, Zieglerstrasse 53, 3007 Bern • Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@artiset.ch, artiset.ch/Magazin • Geschäfts-/Stelleninsetrate: Zürichsee Werbe AG, Fachmedien, Laubisrüti-strasse 44, 8712 Stäfa, Telefon: 044 928 56 53, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Vorstufe und Druck: AST&FISCHER AG, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11 • Abonnemente: ARTISET, Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@artiset.ch • Jahresabonnement Fr. 125.– • Erscheinungsweise: 8 × deutsch (je 4600 Ex.), 4 × französisch (je 1400 Ex.) pro Jahr • WEMF/KS-Beglaubigung 2023 (nur deutsch): 3167 Ex. (davon verkauft 2951 Ex.) • ISSN: 2813-1355 • Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe.



DIE NATÜRLICHEN FARBEN
ZERTIFIZIERT MIT
CRADLE TO CRADLE





**Aufmerksamkeit
wirkt heilend**

Der Römerhof ist in Zürich eine Institution. Das Alters- und Pflegeheim bietet Menschen, die mehrfach krank sind, umfassende psychosoziale und medizinische Pflege. Wer in das geschichtsträchtige Haus einzieht, erfährt Aufmerksamkeit.

Von Monika Bachmann

Im Kreis 7 lebt es sich gut. Die Gegend gilt als beliebte, sogar gehobene Wohnadresse. Hier trifft man auf noble Orte, wie etwa das Dolder Grand Hotel. Auch der Zürcher Zoo ist in diesem Gebiet angesiedelt. Der nahe gelegene Wald und die Aussicht zum gegenüberliegenden Uetliberg bieten Lebensqualität. Vom Hauptbahnhof aus führt ein Tram mitten durchs Quartier – und entlang der belebten Asylstrasse. An der Nummer 40 steht ein stattlicher, hufeisenförmiger Bau mit der Anschrift: «Römerhof – mehr als Pflege». Es ist 13 Uhr. Im Entree ist gerade einiges los. Ein Bewohner, der in einem beige, leicht zerknitterten Anzug gekleidet ist, geht am Rollator in Richtung Tiefkühler, der im Empfangsbereich aufgestellt ist. Er besorgt sich zum Nachtschisch sein Eis. Eine ältere Frau steht am Schalter und bezieht gerade ihr tägliches Taschengeld. Auf der anderen Seite des Raums sitzt ein Mann um die 60. Er scheint angespannt und leicht nervös zu sein. Ein Gespräch mit einem Mitarbeiter schafft dann Abhilfe. Dies sind drei Personen, die im Alters- und Pflegeheim Römerhof wohnen. Das Haus im Kreis 7 bietet Menschen, die in ihrem Leben die Noblesse nicht kennengelernt haben, ein Zuhause für immer.

Ganzheitliche Pflege

Viele Bewohnerinnen und Bewohner sind auf psychosoziale Pflege angewiesen. Einige haben eine Suchterkrankung, andere sind psychisch krank. Sie leiden zum Beispiel an einer bipolaren Störung, an Borderline oder befinden sich in einer Substitutionstherapie. Es sind vorwiegend ältere Personen, die im Römerhof endlich ein Daheim gefunden haben – und eine Betreuung, die ihren Bedürfnissen angepasst ist, auch wenn im Lauf der Zeit weitere Diagnosen wie beispielsweise eine Demenz hinzukommen. «Psychosoziale und medizinische Probleme lassen sich nicht trennen», sagt Anastasia Skripnikov, die in der Institution als Projektmanagerin

engagiert ist. Diese Erkenntnis ist im Römerhof mit der Zeit gewachsen. So hat man vor zwölf Jahren das Konzept neu ausgerichtet. «Die zunehmende Nachfrage nach Plätzen mit psychosozialer Betreuung war damals ausschlaggebend», erzählt Anastasia Skripnikov.

Heute beherbergt das Haus 95 Bewohnerinnen und Bewohner, die auf fünf Etagen leben. In einer nächsten Baustufe kommt eine sechste Abteilung hinzu. Bald stehen im Römerhof 140 Betten in Einer- und Zweierzimmer zur Verfügung. Jedes Stockwerk hat eine spezifische Ausrichtung, unter anderem bietet das Haus Raum für Menschen mit Demenz, für Pflegebedürftige oder für Personen, die auf medizinisch-technische Massnahmen angewiesen sind. Auch betreutes Wohnen sowie Übergangs- und Entlastungspflege gehören zum Angebot. Der psychosoziale Aspekt ist in jedem Fall eingeschlossen. «Wir bieten eine ganzheitliche Pflege», fasst Anastasia Skripnikov zusammen.

Zusammenarbeit mit Drittstellen

Den Weg in den Römerhof finden die meisten Bewohnerinnen und Bewohner über eine Drittstelle, wie die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), einen Sozialdienst, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder einen Hausarzt, eine Hausärztin. Pflegedienstleiter Nikola Stojadinovic misst der Zusammenarbeit mit diesen Stakeholdern grosses Gewicht bei: «Bei einem geplanten Eintritt sitzen wir stets zusammen an einen Tisch, um für den Bewohner oder die Bewohnerin die beste Lösung zu finden», sagt er. In erster Linie gehe es darum, die passende Abteilung zu wählen, danach werde eine Tagesstruktur ausgearbeitet, die den persönlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der betroffenen Person entspreche, so Nikola Stojadinovic.

Aktivierung ist dabei ein zentrales Element: Während die einen gerne Klavier spielen, gehen andere lieber spazieren. Dabei setzt man auf die Unterstützung durch Freiwillige in Form von Nachbarschaftshilfe. Zudem finden Gesprächstherapien statt, die von Fachpersonen von Home Treatment der PUK oder externen Fachärztinnen und -ärzten geführt werden. Fest verankert ist auch das wöchentliche Aktivierungsprogramm, das zur Teilnahme an Spielnachmittagen, Qigong, Gottesdiensten oder zum Kuchenbacken einlädt. «Bei der Entwicklung einer individuellen Tagesstruktur →

Eine Bewohnerin hegt und pflegt ihr Hochbeet: Die an der Biografie ausgerichtete Alltagsgestaltung und das Gespräch tragen im Römerhof in Zürich viel zum Wohlbefinden bei.

Foto: Römerhof/Nina Kälin

DER RÖMERHOF

Am Platz, wo heute der Römerhof steht, befand sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts eine alte Villa mit Türmchen, die als Klinik für Magen-Darm-Krankheiten genutzt wurde. 1937 wurde das Haus von Diakonieschwestern erworben, die darin zuerst ein christliches Heim und ab 1940 ein Pflegeheim betrieben. Im Jahr 1980 veranlasste das Diakoniewerk St. Chrischona den Abbruch der Villa sowie den Neubau eines U-förmigen Gebäudes. Da der Nachwuchs bei den Diakonissen zunehmend fehlte, wurde das Haus 2011 an die Familie Gubler verkauft, die den Betrieb seither auf die modernen Ansprüche des heutigen Pflegestandards ausrichtet. 2015 bis 2020 erfolgte eine Gesamtsanierung, wobei auch ein Mehrzweckraum mit Terrasse errichtet wurde, die einen Weitblick auf die Stadt und den Zürichberg bietet. Der Römerhof gehört heute zur Bellevue Residenz AG, die in Zürich zwei weitere Pflegeeinrichtungen betreibt. Die Familie Gubler ist im Verwaltungsrat sowie in geschäftsleitenden Funktionen der drei Betriebe tätig. Das Konzept «Psychoziale Pflege und tagesstrukturierende Massnahmen» wird an allen drei Standorten angewendet. Die Leistungen werden von der Grundversicherung der Krankenkasse sowie ergänzenden Mitteln wie Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe finanziert.

→ heimroemerhof.ch

orientieren wir uns an der Biografie der Bewohnerin oder des Bewohners», erklärt Anastasia Skripnikov. So unterschiedlich wie die Menschen, ist im Römerhof auch die Alltagsgestaltung.

Das tägliche Gespräch

Das Kernstück, das die psychosoziale Pflege im Römerhof ausmacht, ist das Gespräch. «Unsere Bewohnerinnen und Bewohner benötigen viel Aufmerksamkeit und emotionale Präsenz», so Nikola Stojadinovic. Deshalb sei es wichtig, dass die Pflegenden nebst der Grundausbildung ein hohes Mass an Empathie und Kommunikationsfähigkeit mitbringen würden. Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden oder eine psychische Diagnose haben, sind manchmal von Isolation und Einsamkeit bedroht. Im Römerhof macht man die Erfahrung, dass ein beachtlicher Teil der Betroffenen schon länger keinen Kontakt mehr zu ihren Familien hat und das soziale Umfeld fehlt. Persönliche Beziehungen werden deshalb gepflegt, wie Anastasia Skripnikov sagt: «Wir sind für viele Bewohnerinnen und Bewohner eine Art Familienersatz.» Das psychische Gleichgewicht hängt jedoch nicht nur von zwischenmenschlichen Aspekten ab, sondern auch von der medizinischen Versorgung und Therapie. An der Asylstrasse 40 setzt man auf interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Ergo- und Physiotherapie, zudem holt man

externe Dienstleistungen wie etwa die Dentalhygiene, das mobile Röntgen oder das Augenmobil, das regelmässige Augenuntersuchungen anbietet, ins Haus. Gerade für Menschen, die an Zwangs- oder Angststörungen leiden und somit externe Termine nur unter erschwerten Umständen wahrnehmen können, ist dieses Angebot hilfreich.

«Unsere Bewohnerinnen und Bewohner benötigen emotionale Präsenz. Deshalb ist es wichtig, dass die Pflegenden ein hohes Mass an Empathie mitbringen.»

Nikola Stojadinovic, Pflegedienstleiter

Eine hohe Präsenz

Um Stabilität zu gewährleisten, finden regelmässige Standortgespräche statt, an denen alle beteiligten Mitarbeitenden und externe Fachpersonen zusammenkommen. Dabei diskutiert man über die aktuelle Befindlichkeit der betroffenen Person und leitet bei Bedarf Veränderungen in der Betreuung, der Medikation oder der Tagesstruktur ein. Trotz all diesen Massnahmen geht es im Römerhof nicht immer harmonisch zu und her. Der Umgang mit persönlichen Krisen von Bewohnerinnen und Bewohnern muss deshalb gelernt sein. «Für unsere Mitarbeitenden bieten wir regelmässig interne und externe Weiterbildungen an», sagt Anastasia Skripnikov. Ausgewählte Themen wie beispielsweise das Aggressionsmanagement werden vertieft beleuchtet und tragen dazu bei, dass belastende Situationen oder Konflikte professionell bewältigt werden können. Trotzdem kann es vereinzelt vorkommen, dass vorübergehend eine Hospitalisierung notwendig wird.

Präsenz wird an der Asylstrasse 40 grossgeschrieben. «Im Haus sind rund um die Uhr diplomierte Pflegefachpersonen im Einsatz, und Kadermitarbeitende leisten regelmässig Wochenenddienst», so Nikola Stojadinovic. Dieses Konzept orientiert sich an den Lebensumständen von psychisch kranken Menschen, die nicht selten eine Umkehr von Tag und Nacht leben. Einige Bewohnerinnen und Bewohner profitieren schon seit langer Zeit von dieser umfassenden Betreuung. «Es gibt Personen, die seit 20 Jahren im Römerhof wohnen», verrät Anastasia Skripnikov. Diese Leute dürfen sich darauf verlassen, dass sie auch in der Endphase des Lebens in ihrem Zimmer bleiben können. Denn Palliativ Care gehört ebenso zum Angebot dieses Hauses. «Jeder Mensch hat einen Platz verdient», so das Credo im Römerhof. Im Kreis 7 ist die Lage besonders schön. ■

«Viele Heime nützen nicht-pharmakologische Therapien zu wenig»

Der demografische Wandel hat eine Zunahme psychiatrischer Erkrankungen bei älteren Menschen zur Folge. Egemen Savaskan* von der Alterspsychiatrie der Universitätsklinik Zürich erläutert die Krankheitsbilder – und macht sich stark für nicht-pharmakologische Therapien. Dafür braucht es Weiterbildungen der Pflegenden und eine Zusammenarbeit mit der Alterspsychiatrie.

Interview: Elisabeth Seifert

Herr Savaskan, psychiatrische Diagnosen in der Bevölkerung nehmen generell zu: Wie beschreiben Sie den psychischen Gesundheitszustand von Menschen ab 65 Jahren?

Man kann nicht sagen, dass psychiatrische Erkrankungen bei alten Menschen zunehmen. Man kann aber sagen, dass die Menschen heute länger leben, wodurch es immer mehr ältere Menschen gibt. Das führt zu einer höheren Zahl psychiatrischer Krankheitsbilder in dieser Altersgruppe.

Es gibt also eine durch den demografischen Wandel bedingte Zunahme an psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen?

Ja, genau. In der Gruppe der betagten und hochbetagten Menschen haben wir es zudem mit spezifischen psychischen Krankheitsbildern zu tun. Ganz besonders sind hier die verschiedenen Arten

von Demenz zu nennen. Solche kognitiven Störungen treten vor allem im Alter auf. Demenzerkrankung ist eine globale Hirnerkrankung, das heisst, verschiedene Systeme im zentralen Nervensystem sind betroffen. Deshalb treten mit Demenz eine Vielfalt von psychiatrischen Symptomen auf.

Demenzerkrankungen führen also nicht nur zu Gedächtnisproblemen oder kognitiven Störungen?

Demenzprobleme stellen ein grosses Problem dar, weil sie eben eine Reihe von psychiatrischen Symptomen zur Folge haben. Man spricht hier von den sogenannten BPSD-Symptomen, den Behavioural und Psychological Symptoms of Dementia. Dazu zählen Apathie, Agitiertheit, Angst, Depressivität, Halluzinationen und Wahnvorstellungen sowie Verhaltensstörungen in Form von motorischer Unruhe, unangemessenem Verhalten, sexueller

Enthemmung und verbaler oder körperlicher Aggression.

Wie oft kommt es zu diesen zusätzlichen Symptomen?

Studien zeigen, dass praktisch alle Demenzerkrankten mindestens ein zusätzliches Symptom entwickeln und zum Teil auch weitere. Die Hälfte der Demenzerkrankten hat eine Depression. Eine solche Depression entwickelt sich oft zu Beginn einer Demenz. Wenn ein älterer Mensch zum ersten Mal in seinem Leben eine Depression entwickelt und zu uns in die Memoryklinik oder in die Alterspsychiatrie kommt, dann nehmen wir alle Demenzabklärungen vor.

Was unternehmen Sie dann in solchen Fällen?

Gegen die Demenz an sich können wir noch immer nichts machen, wir können aber die Begleitsymptome →

behandeln. Wenn man eine Depression gut behandelt, und hier denke ich neben Medikamenten ganz besonders auch an psychotherapeutische Massnahmen, dann kann man einen Teil der Alltagseinschränkungen rückgängig machen. Gerade in den frühen Phasen einer Demenz kann damit die Alltagsfähigkeit gut erhalten werden. Eigentliche psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahn treten erst im späteren Verlauf auf.

Psychiatrische Erkrankungen im Alter haben oft somatische Ursachen?

Es verbinden sich physische Krankheitsbilder tatsächlich öfters mit psychischen Erkrankungen. Diabetes zum Beispiel oder Kreislauferkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall können Depressionen hervorrufen. Diese Erkrankungen sind Risikofaktoren für eine Depression, und umgekehrt ist eine Depression ein Risikofaktor für diese Erkrankungen. Aufgrund verschiedener Krankheiten kommt dann auch die Polypharmazie ins Spiel...

ALTERSDEPRESSION – WAS IST ZU TUN?

Diagnostik und Therapie der Altersdepression können nur interprofessionell und interdisziplinär angegangen werden. Daher hat eine Expertengruppe unter der Federführung der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) Empfehlungen erarbeitet, um die diagnostischen und therapeutischen Interventionsmöglichkeiten im Alltag übersichtlich darzustellen und um die Früherkennung und Therapie der Altersdepression zu fördern.

Martin Hatzinger, Egemen Savaskan (Hrsg.), Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Frühzeitige Erkennung und evidenzbasierte Behandlung. Hogrefe-Verlag, Bern, 2019.

«Heute sind gerade auch in Alters- und Pflegeheimen Antipsychotika verbreitet. Auch diese Medikamentengruppe muss aber kritisch betrachtet werden.»

Egemen Savaskan

... kann die Nebenwirkung von Medikamenten auch zu psychischen Erkrankungen führen?

Viele Betagte nehmen eine Reihe von somatischen Medikamenten. Dadurch kommt es vermehrt zu Interaktionen zwischen den Wirkstoffen und zu mehr Nebenwirkungen. Diese können auch Depressionen auslösen. Insbesondere bei Frauen beobachten wir einen vermehrten Konsum von Benzodiazepinen und Sedativa, um Schlafstörungen zu bekämpfen. Solche Medikamente können rasch zu einer krankhaften Abhängigkeit führen. Gleiches gilt auch für den Konsum von Schmerzmitteln.

Psychische Störungen treten bei alten und hochbetagten Menschen aber sicher auch unabhängig von somatischen Ursachen auf?

Ja natürlich, verschiedene alterspsychiatrische Erkrankungen, ganz besonders die Altersdepression, haben nicht nur somatische Risikofaktoren. Es bestehen vielmehr auch soziale Risikofaktoren. An erster Stelle steht hier sicher die soziale Isolation, die Einsamkeit. Risikofaktoren sind auch der Verlust von Mobilität, der Verlust von Angehörigen oder auch der Verlust eines Haustiers.

Wie beurteilen Sie die Häufigkeit von Altersdepressionen?

Aufgrund der demografischen Entwicklung stellen wir bei betagten Menschen neben der Zunahme verschiedener Arten von Demenz vor allem auch eine Zunahme von Depressionen fest. Diese wiederum stehen oft am Beginn einer Abhängigkeitserkrankung. Bei Frauen wird diese vor allem durch Medikamente verursacht, bei Männern durch Alkohol.

Depressionen sind die häufigste psychische Erkrankung in der Gesellschaft allgemein. Sie stehen also auch bei den über 65-Jährigen ganz weit vorne?

Depressionen kommen auch bei betagten Menschen oft vor. Sie treten aber in einer anderen Form auf als bei jüngeren Menschen. Wir beobachten oft eine Chronifizierung, und hinzu kommt dann noch eine Resistenz gegen medikamentöse Therapien.

Was meinen Sie mit «Chronifizierung»?

Anders als bei Jüngeren beobachten wir im Alter sehr viele subsyndromale Depressionen. Das heisst, sie erreichen nicht die Schwelle einer schweren Depression. Zudem stehen sie oft in Verbindung mit körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Schwindelgefühl und Schlafstörungen. Depressionen im Alter sind oft auch unterdiagnostiziert. Dies führt dann auch zu einer Zunahme der Suizidalität.

Wie erklären Sie die Therapie-resistenz?

Wenn bei einer Person zum Beispiel schon in jüngeren Jahren Antidepressiva eingesetzt worden sind, dann kann es zu einem Abbau an entsprechenden Rezeptoren im Gehirn kommen. Die betagten Menschen benötigen zudem, wie ich bereits erwähnt habe, viele andere Medikamente, was zu unerwünschten Interaktionen führen kann. Wir setzen Medikamente deshalb in vorsichtiger und niedrigerer Dosierung ein. Damit sind wir im Bereich der medikamentösen Behandlung aber weniger effektiv.

Sie zeichnen ein komplexes Bild der psychiatrischen Krankheitsbilder im Alter. Ist sich die Gesellschaft dieser Problematik bewusst?

Die Sensibilisierung schreitet voran. Die Schweiz macht sehr viel, gerade

auch im internationalen Vergleich. Erwähnen möchte ich besonders die nationale Demenzstrategie von 2014 bis 2019. Diese hat im Bereich der Prävention und Diagnostik viel bewirkt. Wir von der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie haben parallel dazu Therapieempfehlungen im Bereich Demenz entwickelt sowie für Altersdepressionen, für Abhängigkeitserkrankungen oder für das Delir im Alter.

Medikamentöse Therapien werden zunehmend kritisch betrachtet.

Derzeit erarbeite ich gerade eine Revision unserer Empfehlungen, zwei Drittel davon sind nicht-pharmakologische Massnahmen. Für viele alterspsychiatrische Krankheitsbilder reichen diese aus. Es gibt aber Krankheiten, die auf eine medikamentöse Therapie angewiesen sind. Wir müssen dafür die

verschiedenen Medikamentengruppen sehr differenziert betrachten. Sedativa, dazu zählen Benzodiazepine und Hypnotica, empfehlen wir wirklich gar nicht. Diese Medikamente können bei alten Menschen Delir verursachen und zu Abhängigkeiten führen.

... kommen solche Medikamente in der Praxis dennoch zum Einsatz?

Das war vor allem noch vor einigen Jahrzehnten der Fall. Heute sind gerade auch in Alters- und Pflegeheimen Antipsychotika verbreitet. Auch diese Medikamentengruppe müssen aber kritisch betrachtet werden, weil es ebenfalls zu Nebenwirkungen kommt. Es gibt sehr starke Antipsychotika, die bei Wahn oder Halluzinationen angewendet werden, und es gibt schwächere Medikamente, die bei Aggressivität und Unruhe oder auch als Schlafmittel zum Einsatz kommen. →



Alterspsychiater Egemen Savaskan: «Für viele alterspsychiatrische Krankheitsbilder reichen nicht-pharmakologische Massnahmen aus.» Foto: PUK



«Als Mitglied
der PKSO fühlen
wir uns sehr gut
aufgehoben.»

May Jauslin
Institutionsleiterin Altersheim Inseli, Balsthal

Wir können mit Überzeugung sagen, dass diese Pensionskasse eine erstklassige Institution für die berufliche Vorsorge ist. Sie bietet nicht nur finanzielle Sicherheit, sondern auch einen ausgezeichneten Kundenservice und eine ethische Anlagephilosophie. Ich kann die PKSO absolut empfehlen.

Erfahren Sie mehr über die PKSO:



«Zögern Sie nicht,
wir beraten
auch Sie gerne
persönlich.»

Walter Gabathuler
Unternehmensberater BVG, PKSO
walter.gabathuler@pk.so.ch
032 627 89 37

Pensionskasse Kanton Solothurn
Dornacherplatz 15
4502 Solothurn, pkso.ch

Wir versichern
auch in den Wirt-
schaftsregionen
Aargau, Basel-Land-
schaft und Bern

Bei uns finden
Sie das passende
Personal!

sozjobs.ch

Der Stellenmarkt für Sozial- und Gesundheitsberufe

Empfehlen Sie den Einsatz von Antipsychotika?

Antipsychotika sind nur in Ausnahmefällen angezeigt, nämlich in schweren Fällen mit psychotischen Symptomen, die zu Aggressivität gegenüber sich selbst und anderen führen. Das ist vor allem im späteren Verlauf einer Demenz der Fall. Eine weitere Medikamentengruppe sind die Antidepressiva. Diese haben eher wenige Nebenwirkungen. Wir empfehlen sie neben Psychotherapien bei schweren Depressionen. Leichte bis mittelschwere Depressionen können hingegen gut einzig mit Psychotherapien behandelt werden.

Sie haben es angesprochen: Gerade Antipsychotika sind in Alters- und Pflegeheimen vielfach verbreitet.

Viele Pflegeheime nützen heute die nicht-pharmakologischen Therapien einschliesslich der Psychotherapien noch viel zu wenig. Wenn wir diese Therapien besser nützen könnten, bräuchten wir weniger Medikamente, gerade auch bei den rund 30 bis 40 Prozent der Bewohnenden in den Alters- und Pflegeheimen, die an Demenz erkrankt sind.

Können Sie das näher ausführen?

Nicht-pharmakologische Therapien sollten als Therapien der ersten Wahl bei Demenzpatientinnen und -patienten angewendet werden. Die meisten Demenzerkrankten haben zum Beispiel Schlafstörungen. Das hat wesentlich auch damit zu tun, dass sie sehr zurückgezogen leben. Wenn sie aber jeden Tag aktiviert werden und ausreichend Licht bekommen, können sie auch besser schlafen. Besonders bewähren sich zu diesem Zweck auch eigentliche Lichttherapien.

Weil solche nicht-pharmakologischen Therapien aber sehr

personalintensiv und damit teuer sind, kommen dann aber eben oft Medikamente zum Einsatz?

Ja, aber ich möchte das nicht als Vorwurf formulieren. Viele Pflegeheime machen eine sehr gute Arbeit. Vielfach fehlen aber die Ressourcen für die

«Ein wichtiger Punkt ist die Weiterbildung der Pflegenden, damit sie all die nicht-pharmakologischen Therapien kennen und anwenden können.»

Egemen Savaskan

Fachpflege und das Fachpersonal. Und selbst wenn genügend Geld vorhanden wäre, ist es sehr schwierig, das entsprechend ausgebildete Fachpersonal zu finden. Gerade im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz aber doch über eine gute Situation, wir haben bei der Förderung von nicht-pharmakologischen Therapien aber klar Nachholbedarf.

Was ist gerade auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu tun?

Ein wichtiger Punkt ist die Weiterbildung der Pflegenden, damit sie all die nicht-pharmakologischen Therapien kennen und anwenden können. Es gibt sehr viele solcher Therapien, etwa die Ergotherapie, die Musiktherapie, Tiergestützte Therapien, Physiotherapie, mobilitätsfördernde Therapie, aber auch gemeinsame Anlässe und psychotherapeutische Therapien.

Braucht es für diese Weiterentwicklung der Pflegenden nicht auch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte in den Heimen?

Wir plädieren von der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie dafür, dass jedes Heim den Zugang zu einem Alterspsychiater oder eine

Alterspsychiaterin haben sollte. Neben der Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte braucht es eine solche Spezialisierung. Eine gute Möglichkeit dafür bieten die Konsiliar- und Liaisondienste von alterspsychiatrischen Kliniken. Diese müssen wir ausbauen.

Es gibt aber schweizweit zu wenige spezialisierte Kliniken.

Im Kanton Zürich gibt es eine vergleichsweise sehr gute Versorgung.

Im Kanton Zürich gibt es insgesamt vier Alterspsychiatrische Kliniken, und alle verfügen sie über Konsiliar- und Liaisondienste. Unsere

Klinik zum Beispiel betreut in der Stadt Zürich 34 privat geführte Alters- und Pflegeheime. Für die direkt von der Stadt Zürich geführten Heime ist der stadträtliche Dienst verantwortlich. Obwohl die Versorgung grundsätzlich gut funktioniert, ist die Finanzierung unserer Dienstleistungen ein Problem. Über den ambulanten KVG-Tarif Tarmed sind nur die ärztlichen Leistungen gezahlt. Wir arbeiten aber in der Begleitung der Heime mit interprofessionellen Teams. Die Abgeltung dafür ist ungenügend. ■

* Egemen Savaskan, Jg. 1964, Prof. Dr. med., ist Chefarzt/Direktor a. i. der Klinik für Alterspsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und Titularprofessor an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Er ist Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP).

Schweizerische Gesellschaft für
Alterspsychiatrie und -psychotherapie
→ sgap-sppa.ch

Zaubermedizin gibt es nicht – aber Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind manchmal fast gravierender als die positiven Effekte, und ihre Wirksamkeit ist auch bei Fachleuten umstritten. Hingegen sind sich ein Peerberater und eine Fachfrau einig: Betroffene müssen unbedingt gut aufgeklärt werden und bei der Therapie mitreden dürfen. Das Ziel einer Therapie soll nicht Symptomfreiheit sein. Sondern Lebensqualität.

Von Claudia Weiss

Christian Heiniger kennt alle gängigen Psychopharmaka – viele dem Namen nach, viele auch aus eigener Erfahrung. Als zertifizierter Peer begleitet er andere Betroffene und teilt seine Erfahrung mit ihnen.

Foto: Marco Zanoni

Ruhig schüttet Christian Heiniger etwas Zucker in den Cappuccino, dann lehnt er sich zurück und erzählt. Von der ersten Depression mit 15 nach der Scheidung der Eltern, dem Kiffen und dem Alkohol, mit dem er sich selbst zu helfen versuchte. Der Effekt: «Mit 18 war ich Alkoholiker.» Seinen ersten Entzug zog Heiniger nach bestandener Maturaprüfung stationär in einer Fachklinik durch. Dort bekam er Valium, um die Entzugskrämpfe zu lindern, später erhielt er von seinem Psychiater hochdosierte Antidepressiva gegen die Depressionen. «So geriet ich in den Strudel», sagt er: Alkohol, Alkoholentzug, Psychopharmaka, Medikamentenentzug – und dann wieder von vorne. Bis der heute 40-Jährige die richtige Diagnose bipolare Störung Typ II erhielt, dauerte es noch Jahre. Daher begann er, selbst auszuprobieren, und behalf sich zwischen Klinikaufenthalten und Therapien während 20 Jahren eigenmächtig: «Bei Hypomanie trank ich, gegen Depressionen halfen Aufputschmittel», erzählt er sachlich.

Am 1. Januar 2020 schaffte es Christian Heiniger, endgültig vom Alkohol wegzukommen, andere Drogen meidet er schon lange. Heute begleitet er als Ex-In-zertifizierter Peer andere psychisch kranke Menschen während ihres Aufenthalts in der Klinik. Psychopharmaka, ihre Nebenwirkungen und der Umgang damit sind Themen, die dabei immer wieder auftauchen. Für solche Fragen ist er der Richtige, nicht umsonst nennt ihn sein Hausarzt «Doktor Compendium», nach dem dicken Katalog, in dem alle Medikamente samt Wirkung und Nebenwirkungen aufgeführt sind. Sein Vater, medikamentenabhängig, hatte das Compendium im Büchergestell stehen, er selbst schmökerte schon als Kind darin, um die Situation seines Vaters zu verstehen. Noch heute verschlingt Heiniger internationale Psychiatriestudien, und er kennt alle gängigen Psychopharmaka – die meisten dem Namen nach, viele aus eigener Erfahrung.

Zuerst die Hypomanie, dann die Depression

Heinigers Hirn ist fix und seine Gedanken fliegen blitzschnell in alle Richtungen, es ist nicht immer einfach, ihm zu folgen. Er zeigt sein sympathisches Lächeln, ja, es könnte sein, dass er soeben eine leichte Hypomanie durchmacht, er fühle sich gerade ziemlich erleichtert, weil sich ein belastendes Problem wie von selbst gelöst habe. In solchen Phasen schläft er nicht länger als drei, vier Stunden pro Nacht und fühlt sich am Morgen dennoch klar und munter. Vor vier Jahren wurde bei ihm endlich eine bipolare Störung Typ II diagnostiziert, und er fand zusammen mit seinem Psychiater

die richtige Therapie. Aber er weiss, wie sich eine Hypomanie anfühlt, nächtelang kaum zu schlafen, tausend Ideen im Kopf zu haben und voller Energie vieles anzupacken – «ein tolles Gefühl». Eines, das er bezahlt, indem er nach ein paar hochfliegenden Tagen in eine Erschöpfungsphase gerät und kaum mehr zum Bett herauskommt. Darum hat er in seinem Medikamentenschrank für alle Fälle die wichtigen Psychopharmaka in Reserve, muss sie aber dank seinem Wissen und der guten Zusammenarbeit mit dem Psychiater nicht ständig einnehmen.

Inzwischen kann er in ständiger Absprache mit seinen Ärzten mitbestimmen, was er wann einnimmt: täglich einen Stimmungsstabilisator und ein spezielles Antidepressivum, das auch gegen Narkolepsie hilft. Wenn eine hypomanische Phase ausser Kontrolle gerät, hat er ein Fläschchen des atypischen Antipsychotikums Risperdal in Reserve, von dem er selbstständig ein bis zwei Milligramm zum Herunterkommen einnehmen kann. «In intensiver Therapie mit meinem Psychiater lernte ich die Frühwarnzeichen und allfällige Auslöser kennen», sagt er. Dank dieser Psychoedukation komme er mit einer viel geringeren Fixmedikation durch als andere mit derselben Diagnose. Oft hört er jedoch von anderen, dass sie viel zu wenig aufgeklärt sind. Deshalb teilt Heiniger seine Erfahrungen mit anderen Betroffenen und drängt sie, unbedingt bei den Ärzten nachzufragen, nachzuhaken und sich bewusst zu machen, dass sie das Recht haben, mitzureden. «Mitbestimmung und eine gute Aufklärung sind dringend nötig», betont er. «Oft könnte man Medikamente anders dosieren oder kombinieren und so das Ziel erreichen, deutlich weniger Fixmedikamente einnehmen zu müssen.» Er selbst hat in seinem Leben über 30 verschiedene Psychopharmaka verschrieben bekommen. Längst nicht alles hat geholfen, manche Nebenwirkung war schwerwiegender als die unterstützende Wirkung.

Von Harnverhalt über Kopfweh bis Wattegefühl

Die schlimmsten Nebenwirkungen? Er überlegt, dann zählt er auf: Benzodiazepine machen müde, lustlos und vor allem abhängig. Antipsychotika verleihen ein Gefühl, völlig benebelt und abgelöscht zu sein, und haben oft gravierende Spätfolgen wie irreversible nervöse Zuckungen und Grimassieren. Nebenwirkungen könne man zwar mit dem Gegenmittel Akineton aufheben, «aber es ist nicht vergnüglich, ständig eine Menge Psychopharmaka plus dazugehörige Gegenmittel zu schlucken». Hautausschläge, Depersonalisierung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Harnverhalt, Magenkrämpfe, Veränderungen des Blutbildes, bei Langzeitgebrauch auch Leber- und Nierenschäden, die Liste ist lang, und die Nebenwirkungen seien bei ihm oft lange vor der eigentlichen Wirkung eingetreten. Zudem empfand er den Entzug von Schlaf- und Beruhigungsmitteln als «vor allem psychisch viel härter und langwieriger als von Alkohol». Heiniger hat auch erlebt, wie es sich anfühlt, wenn ein Medikament jedes Sättigungsgefühl verhindert: Er nahm innert weniger Wochen 15 Kilogramm an Gewicht zu, →

Im Fokus

von Libidostörungen gar nicht zu reden. Immerhin: Dank Recherchen hat er schnell herausgefunden, dass es ein Medikament gibt, das seinen Libidoverlust sofort aufhob. Über solch hilfreiche Erkenntnisse informiert er als zertifizierter Genesungsbegleiter auch andere Betroffene, die bei ihm Rat suchen, weil sie Hemmungen haben, ihre Psychiaterin oder ihren Therapeuten darauf anzusprechen. «Die schlimmste Nebenwirkung», sagt Heiniger dann, «ist dieser Teufelskreis, den man nur schwer durchbrechen kann.» Er kennt das Balancieren zwischen Symptombekämpfung und chemischem Deckel, dieses Abwägen, was momentan das geringere Übel ist. Seine Maxime lautet: «So wenig wie möglich, so viel wie für eine gute Lebensqualität nötig.»

Viele Betroffene erhalten allerdings über Jahre hinweg Psychopharmaka verschrieben, ohne ausführlich aufgeklärt zu werden. Und obwohl das Problem bekannt ist: «Psychopharmaka und ihre Nebenwirkungen», erklärt Nadia Pernollet, «gehören zu den meistdiskutierten Themen – bei Betroffenen und Fachleuten.» Pernollet ist psychosoziale Beraterin bei Pro Mente Sana und hat lange als Psychiatriepflegefachfrau gearbeitet, oft stationär und mit jungen Menschen, die eine Erstdiagnose erhielten. Dabei hat sie immer wieder mitbekommen, wie weit die Meinungen zum Thema Psychopharmaka auseinandergehen. Egal, welche Ausrichtung die Fachleute vertreten, für sie ist vor allem eines wichtig: «Fachpersonen müssen sauber aufklären und gemeinsam mit den Betroffenen die geeignete Therapieform suchen.» Die Betroffenen seien Expertinnen und Experten aus persönlicher Erfahrung, und die therapeutischen Fachpersonen müssten sie unbedingt ermutigen, beim Umgang mit ihrer Krankheit mitzubestimmen.

Wichtig: Ein grosses Umdenken in der Psychiatrie

Das rät sie auch allen Betroffenen, die sie auf der Beratungsstelle kontaktieren: «Sie dürfen für ihre Anliegen einstehen, Aufklärung verlangen und Alternativen erfragen.» Sie weiss, dass oft schon junge Menschen mit einer Erstdiagnose «Psychose» hören, sie müssten ihr Leben lang Psychopharmaka einnehmen. Stationäre Aufnahmen würden oft davon abhängig gemacht, ob jemand in eine medikamentöse Therapie einwillige.

Da sei allerdings ein grundlegendes Umdenken nötig, fordert sie: «Es gibt keine Zauberpillen, die eine psychische Erkrankung heilen – es geht vielmehr darum zu erfahren, was dahintersteckt, und zu lernen, wie man das Leben damit gut gestalten kann.» Dafür seien die Beziehungen zwischen Fachpersonen und Betroffenen zentral, nicht bloss die symptombekämpfenden Medikamente. Denn symptomfrei heisse nicht gesund: «Es geht um Lebensqualität!» Ein trockener Mund als anfängliche Nebenwirkung während der ersten drei Wochen sei zumutbar, aber wenn ein Medikament langfristige, einschneidende Nebenwirkungen erzeuge, sei die Lebensqualität drastisch eingeschränkt. Gerade Libidostörungen, hat sie festgestellt, sind ein grosses Thema, aber auch ein grosses Tabu: «Viele Betroffenen wagen aus Scham

nicht, das anzusprechen. Therapeutinnen und Therapeuten wiederum denken, wenn die Leute das nicht selbst ansprechen, sei es wohl auch kein Thema.» Dabei sei dieses sensible Thema besonders für junge Menschen oft sehr wichtig.

Für Nadia Pernollet ist klar: «Es braucht viel Begleitung, Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft, sich einzulassen, wenn Betroffene keine medikamentöse Therapie möchten.» Dass Fachpersonen davor zurückschrecken, sei verständlich angesichts des Kosten- und Zeitdrucks – «in drei Wochen auf der Akutstation kann man keine Depression behandeln» –, aber dennoch nicht zielführend.

Gute Beispiele gibt es, aber nicht genug Geld

Sie hofft auf ein grundsätzliches Umdenken in der Psychiatrie und wehrt sich auch gegen Stempel wie «non-compliant», die jenen Betroffenen verpasst werden, die ihre Psychopharmaka hinterfragen: Das bedeute nämlich kurzum, sie befolgen ärztliche Anweisungen nicht und seien deshalb schwierige Patientinnen und Patienten. «Betroffene müssen aber nicht einfach gehorchen, sie sollen mitbestimmen!», fordert Pernollet. Anderen wird Angst gemacht, dass bei frühzeitigem Absetzen ein Rückfall droht – oft ein zu grosser Druck, der die Betroffenen entmutigt. Könnte Nadia Pernollet entscheiden, sie hätte eine einfache Lösung: «Eine Orientierung an Good-Practice-Modellen wie der Soteria.» Das ist jene Berner Einrichtung, in der Menschen in einer akuten Psychose in einem reizarmen Raum eng und menschlich begleitet werden und Psychopharmaka nicht im Zentrum der Behandlung stehen. Zwar ist das nicht einfach angesichts der finanziellen Lücken und des Mangels an Pflegefachpersonal, Psychiaterinnen und Therapeuten. Machbar fände sie allerdings, angehende Psychiaterinnen und Psychiater bereits in der Ausbildung zu schulen: dass sie die Betroffenen ernst nehmen, dass sie diese bei der Therapieplanung mit einbeziehen, dass sie sich auf eine Begleitung – auch ohne Psychopharmaka – einlassen. «Und dass sie nicht Symptommfreiheit als oberstes Ziel definieren, sondern Lebensqualität.»

Christian Heiniger hat einen Therapeuten gefunden, der ihn auf seinem selbstbestimmten Weg unterstützt und ihn mitbestimmen lässt. Ausserdem hat er auf einer langen Reise durch Thailand erfahren, wie gut ihm Meditation hilft. Sein persönliches Ziel: dauerhaft so wenig Medikamente wie möglich. Er weiss genug, dass er mitteilen kann, was er im Moment braucht, und auch, was er nicht will. Sein Traum: «Als Peer anderen helfen, so dass sie ebenfalls wagen, selbstbestimmt und auf Augenhöhe mitzureden.» ■

→ Peerberatung:
christian-heiniger.ch

Ratgeber Psychopharmaka
von Pro Mente Sana:



Impulse für ein gutes Lebensgefühl

Gemäss einer Schweizer Studie hat jede achte Person psychische Probleme. Programme wie «10 Schritte für psychische Gesundheit» können die Resilienz fördern. Damit auch Menschen mit einer komplexen Behinderung davon profitieren können, wurden diese Programme jetzt adaptiert, und zwar in inklusiven Arbeitsgruppen, zusammen mit Menschen mit teils komplexer Behinderung.

Von Sandra Picceni*

Eine Studie zur psychischen Gesundheit in der Schweiz, welche das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Herbst 2022 durchführte, zeigt deutlich: Psychische Probleme sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Jede achte Person weist sogar schwerwiegende Symptome auf, die ihr tägliches Leben beeinträchtigen und bis hin zu Suizidgedanken führen können. Besorgniserregend ist auch, dass viele Betroffene im Gesundheitssystem nicht erfasst werden, da sie keine Hilfe in Anspruch nehmen. Die Gründe dafür sind vielfältig, aber zusammengefasst zeigen sie den dringenden Bedarf an Aufklärung und Unterstützung.

In diesem Kontext gewinnen Programme wie die «10 Schritte für psychische

Gesundheit» an Bedeutung. Ihr Hauptziel besteht darin, individuelle Ressourcen zu stärken und die Resilienz zu fördern. Die «10 Schritte für psychische Gesundheit» basieren auf den Prinzipien der Positiven Psychologie und der Gesundheitsförderung und bieten praktische Werkzeuge zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen des Lebens. Sie sind ein wirksames Instrument zur Stärkung der psychischen Gesundheit und geben Impulse für ein gutes Lebensgefühl.

Die Erkenntnisse aus der Obsan-Erhebung unterstreichen die Dringlichkeit, das Thema psychische Gesundheit auf breiter Ebene anzugehen. Die «10 Schritte für psychische Gesundheit»,

eine Kommunikationskampagne von Gesundheitsförderung Schweiz, sind ein Schritt in die richtige Richtung: Sie unterstützen Menschen darin, ihre psychische Gesundheit aktiv zu fördern und sich der Bedeutung dieser Thematik bewusst zu werden.

Das Konzept der Gesundheitsförderung zeigt allerdings ein wichtiges Manko auf: Es wurde bisher nicht auf Menschen mit einer komplexen Behinderung bezogen. Diese Personen-Gruppe ist in der Gesellschaft kaum sichtbar und verfügt über keinerlei Lobby. Deshalb haben sich die Föderation Artiset mit ihren Branchenverbänden Curaviva und Insos sowie der Branchenverband Anthrosocial dieser Thematik angenommen und im Rahmen des Nationalen Aktionsplans →

Inspirationen zur Umsetzung

Als Endprodukt des Projekts «Gemeinsam» ist eine Website entstanden (gemeinsam-ensemble.ch). Sie ist einfach in der Anwendung und enthält die «10 Schritte für psychische Gesundheit» mit Adaptionstexten und Reflexionsfragen. Als Inspiration sind zusätzliche Umsetzungsimpulse samt einem dazugehörigen Formular aufgeschaltet.



Beziehungen pflegen

Menschen mit Komplexer Behinderung sind auf positive Beziehungen angewiesen: Diese vermitteln ihnen Sicherheit und regen die Entwicklung an.



Kreatives tun

Kreativität kann Menschen mit Komplexer Behinderung helfen, Bedürfnisse oder Gefühle auszudrücken. Als Ausgleich zum Alltag gibt Kreativität neue Energie.



Sich beteiligen

Es tut gut, Teil einer Gruppe und mit anderen unterwegs zu sein. Dabei gibt es viele verschiedene Formen von Beteiligung, und jede ist wichtig und wertvoll!



Sich als sinnliches Wesen wahrnehmen

Menschen mit Komplexer Behinderung lernen sich besser kennen, wenn sie ihre Sinneswahrnehmungen achtsam gestalten.



Aktiv bleiben

Sich bewegen soll Spass machen und das Körpergefühl von Menschen mit Komplexer Behinderung fördern: Das steigert auch ihr Wohlbefinden.



Erfolge feiern

Erfolge zu feiern, bedeutet, jedem noch so kleinen Entwicklungsschritt von Menschen mit Komplexer Behinderung freudig und mit Wertschätzung zu begegnen.



Neues lernen

Lernen ist eine Entdeckungsreise: Sie öffnet Menschen mit Komplexer Behinderung Entwicklungspotenziale und hilft, neue Fähigkeiten zu entdecken.



Sich entspannen

Täglich prasseln viele Reize auf Menschen mit Komplexer Behinderung ein. Sich darin zu orientieren, kann Stress verursachen. Daher sind Ruhezeiten wichtig.



Schmerzen ausdrücken

Menschen mit Komplexer Behinderung haben oft Schmerzen. Sie sind darauf angewiesen, dass die Umwelt ihre Körpersignale als Schmerzen lesen kann.



Kommunizieren

Menschen mit Komplexer Behinderung sind auf ein achtsames Gegenüber angewiesen, das verstehen will: Fühlen sie sich verstanden, macht sie das stark.

UN-BRK das Projekt «Gemeinsam» entwickelt. Das Projekt wird finanziell vom eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (EBGB) unterstützt.

Im Rahmen des Projekts wurden diese «10 Schritte für psychische Gesundheit» speziell für die Lebensrealität von Menschen mit Komplexer Behinderung adaptiert. Der Begriff «Komplexe Behinderung» betont die Vielschichtigkeit der Lebenslage dieser Fokusgruppe, die sich in starken Beeinträchtigungen wie körperliche, soziale, kognitive, mentale und kommunikative Fähigkeiten manifestiert. Aufgrund dieser Komplexität und der vielfachen Abhängigkeitsverhältnisse ist es besonders wichtig, dass Menschen mit Komplexer Behinderung an sämtlichen gesellschaftlichen Lebensbereichen teilhaben können. Um dies zu ermöglichen, braucht es umfassende Unterstützungsleistungen. Die Adaption der «10 Schritte für psychische Gesundheit» ist eine Hilfestellung, auch für den Unterstützerkreis der betroffenen Personen: Da Menschen mit Komplexer Behinderung auf intensive Unterstützungsleistungen angewiesen sind, richtet sich das Projekt «Gemeinsam» ebenfalls an An- und Zugehörige, unterstützungsleistende Personen mit professionellem Auftrag wie Fachpersonen Gesundheit und Soziales, Organisationen sowie Personen aus dem Sozialraum.

Projekt «Gemeinsam» hilft Lebensqualität verbessern

Das Ziel des Projekts «Gemeinsam» lautet, die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Menschen mit Komplexer Behinderung zu verbessern. Dafür wurden in einem inklusiv gestalteten Prozess zu jedem der 10 Schritte spezifische Reflexionsfragen erarbeitet – für Menschen mit Komplexer Behinderung, für die Organisationen und für die Menschen im Netzwerk und im Sozialraum. Diese Adaptation wurde mehrperspektivisch erarbeitet, mit Reflexionsfragen und einem interdisziplinären Austausch von Fachkräften und An- und Zugehörigen: So kann die

Teilhabe von Menschen mit Komplexer Behinderung an der Gesellschaft gelingen. Die aus dieser Bearbeitung gewonnenen Erkenntnisse können in agogische Massnahmen für Menschen mit Komplexer Behinderung umgesetzt werden, und das wiederum ist eine wichtige Voraussetzung für gesellschaftliche Partizipation.

Workshops zum Erarbeiten von Reflexionsfragen

Damit die Reflexionsfragen zu den Schritten in einem inklusiven Prozess erarbeitet werden konnten, wurden im Rahmen des Projekts drei Workshops in unterschiedlichen Organisationen veranstaltet. Inhaltlich behandelten die Beteiligten je zwei der «10 Schritte für psychische Gesundheit» für Menschen mit Komplexer Behinderung, anschliessend erarbeiteten sie daraus die Reflexionsfragen und Adaptionstexte. Bei allen drei Veranstaltungen wurden die wichtigen Schritte «Freundschaft pflegen» und «sich beteiligen» bearbeitet und weiterentwickelt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Veranstaltungen setzten sich aus Menschen mit teils Komplexer Behinderung, Fach- und Assistenzpersonen, Angehörigen von Menschen mit Komplexer Behinderung sowie Mitgliedern des Netzwerks zusammen. Als Veranstaltungsformat wurde die Methode des «World-Cafés» gewählt, um an beiden Schritten und den damit verbundenen Fragen intensiv zu arbeiten.

Einer der Workshops hatte eine besondere Teilnehmerkonstellation: Etlliche Angehörige einer jungen Frau mit Komplexer Behinderung nahmen teil, zusammen mit der zentralen Person selbst sowie Fach- und Begleitpersonen aus der Organisation. Die Veranstaltung begann mit einer Vorstellungsrunde anhand von Bildkarten, um einen sanften Einstieg in das Thema zu ermöglichen. Die Fragen zu den Schritten «Freundschaften pflegen» und «sich beteiligen» bezogen sich direkt auf die persönliche Situation und Lebenswelt dieser jungen Frau mit Komplexer Behinderung. Dabei wurden die Teilnehmenden ermutigt, die

Perspektive dieser zentralen Person einzunehmen. An den anderen beiden Workshops beteiligten sich jeweils mehrere Menschen mit Behinderung, jedoch nicht mit Komplexer Behinderung. Für sie bestand die Herausforderung darin, dass sie nicht nur ihre eigene Sichtweise als Betroffene einbrachten, sondern dass sie auch versuchten, sich in die Situation von Menschen mit Komplexer Behinderung hineinzusetzen. Die weiteren Teilnehmer dieser Veranstaltungen waren Begleitpersonen, Fachleute, Angehörige und Personen aus der Organisation.

Neue Arbeitspapiere für inklusive Workshops

Um solche inklusiven Veranstaltungen durchzuführen und Betroffene in Fragen ihrer Lebenswelt und Bedürfnisse einzubeziehen, erarbeitete Insos gemeinsam mit Winklusion drei hilfreiche Arbeitspapiere (siehe Link unten). Diese Papiere bieten Beispiele für inklusive Bildungsformen aus der Praxis sowie didaktisch-methodische Tipps zur Gestaltung inklusiver Bildungsveranstaltungen.

Insgesamt zeigte sich aus den Veranstaltungen, dass die direkte Einbeziehung von Betroffenen äusserst wertvoll ist. Schon allein ihre physische Präsenz bereichert und verändert den Verlauf der Diskussionen, und dies entspricht dem Grundsatz: «Nichts über uns ohne uns!» ■

* Sandra Picceni, Projektleitung Insos.

Informationen zum Projekt
«Gemeinsam»:



Inklusive Erwachsenen-
bildung/Arbeitspapiere:





Von der Patientin zur Expertin aus Erfahrung

Andrea Zwicknagl vor der Johanneskirche im Berner Quartier Breitsch.
Sie bringt ihre Erfahrung unter anderem als Betroffenenvertreterin im
Stiftungsrat von Pro Mente Sana ein. Foto: Adrian Moser

Gesund, krank. In der Klinik, nach der Klinik. Warten, erwarten. Andrea Zwicknagl kennt den Zustand, wenn die Seele schreit, ringt, sich windet. Fast 20 Jahre nach der Diagnose Schizophrenie setzt sie sich für einen anderen, differenzierteren Umgang mit psychischen Erschütterungen ein und versucht Lücken in einem System zu füllen, das manchmal zu kurz greift.

Von Tanja Aebli

Jung ist sie und tatentschlossen. Bereit, ins Kloster einzutreten. In die Stille, die alten Mauern, die Welt von Heiligengeschichten und Psalmen. «Ich war fasziniert von dieser anachronistischen Lebensweise», sagt Andrea Zwicknagl im Rückblick. Nach zwei Jahren regelmässiger Besuche soll eine fünfwöchige Probezeit zeigen, ob seitens der Gemeinschaft wie auch der Nonne in spe die Zeichen auf Grün stehen für eine lebenslange Bindung an den Orden.

Der Einstieg ist steil, der Rahmen streng: Einmal wöchentlich findet ein Gespräch statt, ansonsten wird geschwiegen. Still ist es, sehr still. «Bei drängenden Fragen hatte ich kein Gegenüber», erinnert sich Andrea Zwicknagl. Da ist diese neue, andere Lebenswelt, da sind existenzielle Entscheidungen, die getroffen werden wollen. Ganz zu schweigen von den Gedanken, die plötzlich drehen, rasen, nicht mehr zur Ruhe kommen. Ein Karussell im Kopf, das sich dem Off-Modus verwehrt. Die 31-Jährige schläft kaum noch, den täglichen Routinen, die das Klosterleben vorgibt, kann sie nur mit grösster Mühe nachkommen. In den Fürbitten überfluten sie Worte und Gefühle.

Eine Zäsur, eine Diagnose, ein Schema

Die Klosterfrauen bringen sie zum Hausarzt, später in die psychiatrische Klinik. Eine gänzlich neue Erfahrung für die studierte Chemikerin und PR-Beraterin, die bislang kaum mit gesundheitlichen, geschweige denn psychischen Problemen zu tun hatte. Zehn Tage dauert der stationäre Aufenthalt in der Klinik, die sie mit der Diagnose Psychose, hochdosierten Medikamenten und dem Gefühl, das Geschehene nicht fassen zu können, verlässt.

«Für meine veränderten Wahrnehmungszustände hatte ich damals schlichtweg keine Sprache», sagt die heute 51-Jährige nachdenklich. «Noch bevor ich diese Erfahrungen für mich einordnen konnte, wurde mir das psychiatrische Deutungsmodell übergestülpt. Von einem Tag auf den

andern galt ich als krank, gestört, behandlungsbedürftig.» Symptome werden beim Eintritt zwar erfragt, um sie diagnostisch einzuordnen, doch ein echter Dialog bleibt aus. Erst viele Jahre später kann Andrea Zwicknagl einen anderen Blick auf das werfen, was geschehen ist, adäquate Worte dafür finden und Fragen formulieren – auch unangenehme.

Worte statt Pillen, Dialog statt Monolog

«Wieso interessierte sich damals niemand dafür, was mich beschäftigte und was ich in diesem Moment gebraucht hätte?» Da war kein vertiefter Austausch, kein Miteinander. Und auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung, wie sie sie am eigenen Leib erlebt hat, stellt sie heute vieles

«Mit der Ausbildung bei Ex-In hat mein Genesungsprozess erst wirklich begonnen – mit der Erkenntnis, dass meine Erfahrungen etwas wert und wichtig sind.»

Andrea Zwicknagl, Genesungsbegleiterin

grundsätzlich in Frage: «Mit Medikamenten wurde versucht, meine Psyche wieder auf Kurs zu bringen, mich vom kranken in den gesunden Zustand zu manövrieren.» Eine Möglichkeit, den dahinterliegenden Konflikt zu reflektieren, sei nicht geschaffen und damit auch die Chance vertan worden, die wahren Wurzeln des Geschehens besser zu verstehen.

Genaueres Hinschauen und Hinhören, da ist sich Andrea Zwicknagl sicher, wäre in ihrem Fall zielführender gewesen, auch auf lange Sicht: «Im Kloster hat meine Psyche →

eigentlich nur versucht, einen inneren Konflikt auf einer anderen Realitätsebene zu lösen», sinniert sie. Das psychiatrische Erklärungsmodell, wonach es sich bei einer Schizophrenie um eine Stoffwechselstörung im Gehirn handelt, die sich medikamentös beilegen lässt, greift laut Zwicknagl zu kurz. «Es ist keine Erkrankung, die einfach so vom Himmel fällt; die Vorgeschichte und der Kontext sind immer relevant.» Ein offener Dialog mit ihr wie auch mit den Schwestern der religiösen Gemeinschaft – das hätte sie sich während ihres stationären Aufenthalts in der Psychiatrie in- nistig gewünscht.

Der Wendepunkt

Dazu kommt es nicht. Türen öffnen sich, andere gehen zu. Letztere beim Kloster, dessen Vorsteherin die Aufnahme davon abhängig macht, dass die junge Frau wieder gesund wird. Denn es fehlen – aufgrund des hohen Alters der Nonnen – die Ressourcen für eine adäquate Betreuung bei einer erneuten psychischen Erschütterung. Doch gerade solche diffizilen, instabilen Episoden prägen die nächsten vier Jahren. Eine

rundum gesunde Andrea, wie sie der Orden zur Eintrittsvoraussetzung macht, gibt es bis heute nicht. «Wer mit mir leben will, muss mit der Eventualität einer erneuten Erschütterung zurechtkommen», stellt Andrea Zwicknagl klar.

Dennoch: Von diesen fixen Begrifflichkeiten wie «krank, gestört» beziehungsweise ihrem positiven Pendant «gesund, normal» hält die krisenerprobte Frau wenig. Passender findet sie das Bild von Möglichkeiten, die die Psyche wählt, wenn sie nicht mehr weiter weiss. Von einem bestimmten Seinszustand, wenn die Seele Klartext spricht. Zu diesem differenzierteren Blick auf psychische Erschütterungen gelangt sie während ihrer Ausbildung zur Genesungsbegleiterin beim Verein Ex-In im Jahr 2012. Ein eigentlicher Wendepunkt auf ihrem Recovery-Weg: «Hier hat mein Genesungsprozess erst wirklich begonnen – mit der Erkenntnis, dass meine Erfahrungen etwas wert und wichtig sind.»

Die Kraft der Vernetzung

Eine solch intensive Reflexion über die eigene Geschichte wird bei der Peer-Ausbildung als elementar angesehen, um

Anzeige

Hotel & Gastro formation
by Hotel & Gastro Union
GastroSuisse
HotellerieSuisse

inkl. WEITERBILDUNG-INKLUSIVE.CH

Planen Sie Ihre Karriere mit uns

LEHRGÄNGE AUF DIE BERUFSPRÜFUNGEN MIT EIDG. FACHAUSWEIS

Beginn Januar 2024

- Chef de Réception
- Diätköchin/Diätkoch
- Chefköchin/Chefkoch - gemeinsam mit ABZ, in Zürich

Beginn Februar 2024

- Passerelle Diätköchin/Diätkoch
- Chefköchin/Chefkoch - Weggis
- Bereichsleiter/in Restauration

Beginn März 2024

- Chef de Réception

Beginn Mai 2024

- Bereichsleiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft

Beginn Juni 2024

- Chefköchin/Chefkoch - gemeinsam mit ABZ, in Zürich

Beginn August 2024

- Diätköchin/Diätkoch

Beginn November 2024

- Passerelle Diätköchin/Diätkoch

LEHRGÄNGE AUF DIE HÖHEREN FACHPRÜFUNGEN MIT EIDG. DIPLOM

Beginn Mai 2024

- Küchenchefin/Küchenchef
- Leiter/in Restauration
- Leiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft
- Leiter/in Gemeinschaftsgastronomie

ANGEBOTE FÜR BERUFSBILDUNGSVERANTWORTLICHE

- Berufsbildnerkurs (mehrmals jährlich)
- Tageskurse für Ausbilder (fachspezifische Vertiefung/Refresher)

Hotel & Gastro formation Schweiz | Eichstrasse 20 | Postfach 362 | 6353 Weggis
Telefon +41 (0)41 392 77 77 | hbb@hotelgastro.ch | www.hotelgastro.ch

gutes Lohnsystem faire Lohnpolitik

spezialisiert auf Lohnsysteme für
kleine und mittlere Organisationen
andantis.ch

andantis

Personalmanagement

Netzwerkpartner von
ARTISET

zu einem späteren Zeitpunkt andere Menschen bei einer psychischen Erschütterung zu begleiten. Für Andrea Zwicknagl beginnt ein neues Kapitel in ihrer bewegten Geschichte: «Ich sah mich nicht länger als Patientin, die gegen eine bedrohliche Erkrankung ankämpfen muss, und begann stattdessen, mein Innenleben genauer anzuschauen,

«Recovery ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.»

mich meiner Verletzlichkeit zuzuwenden.» Zur Angst gesellt sich die Neugierde, zur Sprachlosigkeit eine Stimme. Auch die Vernetzung mit der weltweiten Community von Menschen mit Psychiatrieerfahrung bestärkt sie in ihrer Sichtweise, wonach sich psychische Erkrankungen nicht nach einem starren Schema beilegen lassen. «Es ist für mich ebenso befreiend wie bereichernd zu sehen, dass da viele Menschen über den ganzen Planeten verteilt sind, die ähnliche Erfahrungen wie ich gemacht haben und nach neuen Wegen suchen.»

Open Dialogue: anders kommunizieren

Was Recovery für sie bedeutet? Andrea Zwicknagl wandelt in diesem Zusammenhang gerne ein Zitat von Vaclav Havel leicht um: «Recovery ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.» Eine Haltung, die sie auch in ihren heutigen Funktionen trägt und bestärkt. Etwa wenn sie ihre Erfahrungen bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten einbringt und ihnen als Peer Zeit, Wertschätzung und unvoreingenommene Neugier schenkt. Und ihnen Hoffnung gibt, dass eine psychische Erschütterung durchgestanden werden kann. «Am wichtigsten ist es für viele, dass sie sich mit einer Person unterhalten können, die ähnliche Erfahrungen gemacht hat und mit den dunklen Seiten der Existenz vertraut ist», sagt Andrea Zwicknagl.

Um Kommunikation geht es auch bei ihrem Job in der psychiatrischen Abteilung des Spitals Interlaken, mit dessen mobiler Krisenbegleitung sie seit 2018 unterwegs ist. Hier arbeitet sie mit dem Open-Dialogue-Modell, also genau mit jenen Ansätzen, die sie sich in der eigenen Krise gewünscht hätte. Zusammen mit einer weiteren Person sucht sie Menschen in akuten Krisenzuständen zuhause oder in ihrem gewohnten Umfeld auf. Zum zehnköpfigen Team gehören Fachleute aus den Bereichen Psychologie,

Psychiatrie, Pflege, Sozialarbeit und Peers. Open Dialogue setzt – wie es der Name bereits impliziert – auf Gespräche und das Netzwerk der Betroffenen.

«Wir servieren keine fixfertigen Behandlungsprogramme, sondern vermitteln den Leuten, dass wir für sie da sind», bringt es Zwicknagl auf den Punkt. Im besten Fall lassen sich so Einweisungen in eine Klinik verhindern und Lösungen im nächsten Umfeld des Betroffenen finden. Oder wie es Jaakko Seikkula, einer der Mitbegründer von Open Dialogue, formuliert: «Wenn jeder das Gefühl hat, gehört zu werden, brauchen wir keine Lösungen anzubieten. Sie ergeben sich von selbst.»

Verrückte Zugehörigkeit

Andrea Zwicknagl ist heute an vielen Ecken und Enden tätig, bringt ihre Erfahrungen ein, tauscht sich aus, kämpft für Veränderung: als Peer, Betroffenenvertreterin im Stiftungsrat von Pro Mente Sana, Co-Leiterin einer Gruppe zum Stimmenhören, Referentin an Fachhochschulen oder als Kursleiterin im Recovery College Bern. Sie besucht internationale Tagungen, vernetzt sich und will als Aktivistin aufzeigen, dass Krankheit und Genesung letztlich ein Konstrukt sind.

«Ich führe ein spannendes, vielseitiges Leben, fühle mich mit vielen Leuten verbunden und habe die Deutungshoheit über mich und meine Geschichte zurückerobert», bilanziert Zwicknagl. Die Trennschärfe zwischen Sinn und Wahnsinn, zwischen Genesen und Kranksein gibt es in ihrem Curriculum bis heute nicht: «Einmal halte ich eine Rede vor 300 Leuten, ein andermal verkrieche ich mich für drei Tage unter der Bettdecke. Aber ich führe ein gutes Leben – nicht trotz, sondern wegen meiner Erfahrungen. Ich habe unter den Menschen, die wie ich für verrückt erklärt worden sind, jene Zugehörigkeit gefunden, die ich immer gesucht habe. Vielfältiger und unkonventioneller, als es im Kloster je hätte sein können.» ■

GENESUNG GESTALTEN

- Zum Thema Recovery hat Pro Mente Sana eine Broschüre publiziert: promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-bedeutet-recovery
- Recovery Colleges, die es in Bern, Genf, der Ostschweiz, St. Gallen und Zürich gibt, schaffen Lern- und Austauschmöglichkeiten zu Themen rund um psychische Gesundheit.
- Ex-In Schweiz bildet Menschen mit psychischen Krankheits- und Genesungserfahrungen zu Peers weiter: ex-in-schweiz.ch
- Das Netzwerk Stimmenhören.ch ist ein Zusammenschluss von Stimmenhörenden, Fachpersonen und weiteren Interessierten: netzwerk-stimmenhoeren.ch



Haben die angestammten Industrie-Glacen aus dem Haus gedrängt: die beliebten Rossfeld-Glacen und Sorbets.

Publireportage Stiftung Rossfeld, Bern

Mit «Cool to go» durch die Decke.

Wie die Pandemiephase die Berner Institution dazu brachte, neue Wege zu gehen und eigene Produkte über die Gasse zu verkaufen. Ein Beispiel, das Schule machen könnte...

Text: Markus Steiner, Bilder: Stiftung Rossfeld / Markus Steiner

Langeweile in einer Gastronomieküche? Unmöglich! Doch, möglich. Die Umstände: Während des Lockdowns im Jahr 2020 waren die Mitarbeitenden der Küche unterbeschäftigt. Die Stiftung Rossfeld, ein Kompetenzzentrum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit körperlicher Beeinträchtigung, zählt rund 300 Mitarbeitende und 400 kleine und grosse Klientinnen und Klienten. Das Motto «gemeinsam selbstbestimmt leben» wird mit der Förderung der persönlichen und körperlichen Entwicklung und dem Einbezug der Klientinnen und Klienten und Mitarbeitenden gelebt. Die Küche, die unter Volllast zwischen 200 und 220 Mittagessen sowie etwa 80 Nachtessen zubereitet, hatte während der Pandemiephase auf einmal viel Zeit.

Zeit für Innovation: vom Geschmack bis zur Verpackung

Aber Daumen drehen war für Donat Schatzmann, Leiter Gastronomie, und sein Team keine Option. Kurzerhand investierte die Küche in eine Glacemaschine, probierte aus, testete Desserts. Am Personalfest der Stiftung feierten die ersten Glacen dann Premiere. Die Deckel der Papierbecher hatten Bewohnende gestaltet. Die Idee hatte dermassen Erfolg, dass die Glacen und Sorbets fix im Angebot blieben und die angestammten Industrie-Glacen aus dem Haus dräng-

ten. In der Zwischenzeit ergänzen jeweils sechs saisonale Sorten das Standard-Sortiment. Die Deckeldesigns gestalten die Bewohnenden mit Farbe, Pinsel und Töpferscheibe – so entstehen die lebendigen, harmonischen Kombinationen von A bis Z in der Stiftung Rossfeld.

Mit System schneller und besser

Es sollte nicht bei der Glace bleiben. Im Austausch mit Jonathan Schärer (Coach, GastroPerspektiv AG) und Urs Leuthold (Hugentobler Schweizer Kochsysteme AG) entdeckte Donat Schatzmann «Cool to go». Schärer schulte an drei Schulungseinheiten übers Jahr verteilt das gesamte Rossfeld-Team im Umgang mit zeitversetzter Speiseproduktion: «HotFill, Professionelles Schockfrosten, Niedergaren oder Pasteurisieren sind alles Systeme, die den Verkauf von Produkten über die Gasse ermöglichen.» Ergänzend besuchten Mitarbeitende im Kochparadies Schönbühl Kurse für die Arbeit mit Schockfroster und Hold-o-mat. «Dass eine externe Person das gesamte Team geschult hat, war die richtige Entscheidung», blickt

«Wir konnten mit Ausser-Haus-Produkten die Stiftung Rossfeld bekannter machen – kostendeckend und mit dem gleichen Küchenteam.» Donat Schatzmann

Donat Schatzmann zurück. Die Coaches hätten volle Akzeptanz und Vertrauen gehabt. Jonathan Schärer, der Coach, meint dazu: «Donat hat mit Adrian (Teamleiter Küche) und dem Team die Inputs rasch umgesetzt. Die Deklaration für gekühlte Produkte ist für Gastronomen ein rotes Tuch. Die Initialschulung und Begleitung gab Sicherheit und Fragen konnten rasch geklärt werden».



Suppen, Salate, Glacen – die Produkte werden von A bis Z in der Stiftung Rossfeld hergestellt.



Aufgestellt an der Arbeit: v.l.n.r. Urs Leuthold (Hugentobler), Shoko Liechi, Adrian Gerber, Valerie Freiburghaus, Donat Schatzmann (Stiftung Rossfeld) und Jonathan Schärer (GastroPerspektiv)

Erfolgsfaktoren

Als Erfolgsfaktoren nennen die Beteiligten: 1. genug Zeit zum Ausprobieren 2. Testen, erste Erfolge in Bezug auf Qualität und Zeiterparnis erzielen, damit Akzeptanz schaffen und erst dann neue Prozesse verankern 3. Externe Profis an der Seite 4. Gegenseitiges Vertrauen. «Um ans Ziel zu kommen, braucht es gegenseitiges Vertrauen, Austausch und den Mut Neues umzusetzen», betont Urs Leuthold. Sonst stelle sich der Erfolg nicht ein.

Interessanter Ausser-Haus-Umsatz

Der Erfolg der Produkte blieb nicht aus. Rüedu, der urbane Hofladen, wurde auf die Produkte aufmerksam und verkauft in Berns Quartieren und in der Region genussfertige Suppen, Salate, Glacen oder Chutneys «husgmacht im Rossfeld». Umgekehrt verarbeitet die Rossfeld-Küche Lebensmittel, die im Rüedu nicht verkauft wurden und setzt so ein Zeichen gegen Foodwaste. Zum Beispiel mit eingelegtem Knoblauch oder Spargel-Suppe. «Immerhin konnten wir mit unseren Ausser-Haus-Produkten die Stiftung Rossfeld

Unentbehrliche Küchenhelfer: Der Schockfroster/Schnellkühler FrigoJet und der legendäre Hold-o-mat werden für die Produktion eingesetzt.



bekannter machen und gemeinsam mit Rüedu eine Aktion gegen Foodwaste starten – kostendeckend und mit dem gleichen Küchenteam, 750 Stellenprozente auf 8 Personen verteilt.»

Cool to go als Türöffner für zeitversetzte Produktion

Die Vorteile der Kochsysteme in Sachen Qualität und Stressminderung haben Schatzmann dazu bewegt, die zeitversetzte Produktion auch in den Restaurant-Alltag zu transferieren. Ziel ist die Produktion von grösseren Chargen an Produktionstagen. Drei Viertel der Salate sind dank Vakuumtechnologie mehrere Tage länger haltbar. Warum den «Suure Mocke» konventionell zubereiten, wenn er im Hold-o-mat zarter wird, weniger Arbeit verursacht und diese Zubereitung einen Bruchteil der Energie benötigt? Am diesjährigen Sommerfest mit Foodständen habe erstmals nur ein Koch gearbeitet: Donat Schatzmann selber. Der Rest des Gastro-Teams habe einen entspannten Tag erlebt. Der Grund: Die zeitversetzte Produktion aller Speisekomponenten. Ohne Systeme unmöglich. Mit System ein verdient freier Tag für sein Team.

www.rossfeld.ch

www.hugentobler.ch / www.gastroperspektiv.ch

www.cool-to-go.ch



Das neue Haus der Modellstation Somosa in Winterthur: Hier profitieren künftig auch junge Frauen mit psychischen und sozialen Schwierigkeiten von der Betreuung durch interdisziplinäre Teams. Visualisierung: © Nightnurse Images AG

Vernetzte Teams für guten Halt

Jugendliche mit grossen sozialen und psychischen Schwierigkeiten bringen sozialpädagogische Institutionen oft an die Grenzen. Die Modellstation Somosa Winterthur bietet eine Lösung: In dieser Kombination aus sozialpädagogischer Einrichtung und jugendpsychiatrischer Klinik arbeiten Fachleute aus Sozialpädagogik, Arbeitsagogik und Psychiatrie in interdisziplinären Teams sehr eng zusammen.

Von Claudia Weiss



Schwierige Situationen sind Fachleute in Institutionen gewöhnt. Manchmal allerdings stossen auch sie an ihre Grenzen: Wenn Jugendliche nebst den sozialen Schwierigkeiten eine psychiatrische Diagnose haben, die sich schwerwiegend auf den Alltag auswirkt. Solche Fälle von gravierenden psychischen Problemen bei Jugendlichen nähmen generell seit Jahren zu, erklärt Jugendpsychiater Leonhard Funk: Stress aufgrund von Leistungsorientierung, Schulsystem und sozialen Medien, gesundheitliche Sorgen und nie Pause von unzähligen Reizen – all das mache jungen Menschen immer mehr zu schaffen. Corona habe das Problem zwar nicht begründet, aber stark akzentuiert, besonders bei vulnerablen Jugendlichen. Die Crux: «Es ist

schwierig, einen passenden Platz zu finden, wenn die sozialen Probleme so gravierend sind, dass Jugendliche in der Jugendpsychiatrie nicht adäquat betreut werden können, und die psychischen Probleme so gravierend sind, dass sozialpädagogische Institutionen die Jugendlichen nicht adäquat begleiten können.» Für junge Männer von 14 bis 18 Jahren – und demnächst auch für junge Frauen – gibt es in Winterthur eine Lösung: Somosa, die sozialpädagogisch-psychiatrische Station für schwere Adoleszenzstörungen. Funk ist dort seit vier Jahren ärztlicher Leiter, und er sagt, die tägliche enge Zusammenarbeit in den Teams mit Fachleuten aus Psychiatrie, Sozialpädagogik und Arbeitsagogik sei enorm wertvoll: «Der intensive Austausch hilft sehr

beim Abwägen, welche pädagogischen oder therapeutischen Schritte zu einem bestimmten Zeitpunkt Sinn machen.»

Im Team unkonventionelle Lösungen finden

Wie bei jenem Jugendlichen, der nicht freiwillig in die Somosa kam und während Tagen nicht dazu zu bewegen war, morgens aufzustehen und den Tag in der Werkstätte zu verbringen. «In solchen Situationen hören alle vom Team gut hin», erklärt Benjo de Lange, Gesamtleiter Somosa. In diesem Fall habe sich der Sozialpädagoge mit der Therapeutin und dem Arbeitsagogen abgesprochen, und schliesslich machten sie dem Jugendlichen gemeinsam einen Vorschlag: «Wenn du nicht einen Tag dort verbringen magst, dann →

SOZIALPÄDAGOGISCH- PSYCHIATRISCHE MODELLSTATION

«Somosa» steht für «sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszenzstörungen». Die Modellstation wurde 1994 gegründet. Sie bietet Platz für 20 Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren, bisher ausschliesslich für junge Männer. Zum 30-jährigen Bestehen öffnet im Januar 2024 eine Station mit 8 Betten für junge Frauen.

→ somosa.ch

magst du es vielleicht mit einem halben Tag versuchen. Oder zumindest mit einer Stunde.» Solche Einstiegs-hilfen oder gar Angebote à la: «Du magst nicht in die Werkstatt gehen? Okay, dann kommt die Werkstatt zu dir!» seien oft hilfreich, auch wenn sie viel Geduld brauchen, erklärt de Lange: Es gehe darum, Vertrauen aufzubauen. «Vor allem aber wollen wir die vereinbarten Ziele zwingend erreichbar und realistisch formulieren, damit die Jugendlichen nicht immer wieder scheitern, sondern damit wir sie loben können.» Zu niedrige Ziele seien nicht hilfreich, weil sie kränkend oder abwertend wirken, aber niederschwellige Unterstützung helfe oft beim Stabilisieren und Weiterkommen: «Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Seiten fördert erste Erfolgserlebnisse, und diese wiederum helfen den Jugendlichen, ihren Platz in der Gesellschaft wieder zu finden.»

Somosa ist anerkannt vom Bundesamt für Justiz und vom Amt für Jugend- und Berufsberatung ZH, steht aber zugleich als Jugendpsychiatrische Klinik auf der Spitalliste des Kantons Zürich. Rund die Hälfte der Jugendlichen wird von Sozialbehörden, teils auch von der Kesb oder Jugendanwaltschaft überwiesen, die andere Hälfte kommt aus einer jugendpsychiatrischen Klinik. Wer in die Somosa

eintritt, hat also nebst einer Zuweisung zwingend eine behandelbare psychiatrische Diagnose, die einen stationären Aufenthalt nötig macht. Benjo de Lange ist stolz auf seine Station, die nächstes Jahr das 30-Jahr-Jubiläum feiert, aber immer noch einen Modellcharakter aufweist: «Diese enge Zusammenarbeit von Sozialpädagogik und Psychiatrie ist in der Schweiz – und übrigens auch in den umliegenden Ländern – ein einzigartiges Angebot», sagt er. «Das gibt es in dieser konsequenten Verflechtung, die uns auch in sehr komplexen Fällen tragfähig macht, sonst nirgends.»

Wer also kommt in die Somosa? «Es sind multifaktoriell belastete Jugendliche», erklärt Jugendpsychiater Leonhard Funk. Ganz unterschiedliche Faktoren können eine gesunde Entwicklung erschweren und zu chronischen psychischen Belastung führen. Unter anderem können das Erkrankungen oder

Umfeld erleben, das den vielen Herausforderungen auf allen Ebenen gewachsen ist. Rund 6 bis 12 Monate dauert ein Aufenthalt in der Somosa, länger als oft bei Aufenthalten in der Jugendpsychiatrie üblich. In dieser Zeit erhalten die Jugendlichen zweimal pro Woche intensive Einzeltherapie, daneben besuchen sie oft eine Gruppentherapie, gearbeitet wird mit integrativen psychotherapeutischen Methoden. Das in der Therapie Erfahrene können die Jugendlichen in der Wohngruppe gemeinsam mit den Fachleuten aus der Sozialpädagogik reflektieren. «In dieser Zeit lernen sie basale Themen wie Selbststeuerungsfähigkeit, Impulskontrolle, Affektregulation, Gefühle verstehen und aushalten können und sie im Alltag steuern», erklärt Funk. «Für manche Jugendliche kann es schon ein Fortschritt sein, wenn sie keine weiteren Rückschritte machen.» Ausserdem sollen sich die Jugendlichen

«Die Fachleute funktionieren intensiv und auf Augenhöhe und unkompliziert miteinander.»

Benjo de Lange



Suchtthematik bei den Eltern, Scheitern in der Schule, fehlender sozialer Anschluss oder generell viele Wechsel und Abbrüche sein: «Wer zu uns kommt, hat in der Regel schon sechs bis acht Abbrüche hinter sich.»

Halt bekommen, um das Leben meistern zu können

Das Ziel der Teams ist daher, einen so stabilen Halt zu bieten, dass es genau dazu nicht mehr kommt. «Wir wollen nicht der nächste Abbruch sein», betont Funk. Vielmehr sollen die Jugendlichen zum ersten Mal ein tragfähiges

grundlegende Fragen zu ihrer Identität stellen: Wer bin ich, wer möchte ich sein, wer darf ich sein in der Gesellschaft? «Viele stehen an einem Punkt, an dem sie die Hoffnung aufgegeben haben und denken, sie bringen das nicht mehr auf die Reihe.» Das Ziel der kombinierten Unterstützung besteht darin, dass Jugendliche so viel Halt bekommen, dass sie nach dem Austritt – sei dies nach Hause, in eine andere Institution oder in die selbstständigere Wohnform – den Herausforderungen des Lebens, auch des Berufslebens, gewachsen sind.

Beispiele könnten de Lange und Funk viele aufzählen, und in den Jahresberichten erzählen die Teams, wie die Zusammenarbeit funktioniert: im Bericht von 2020 beispielsweise bei «Sven», der schon früh eine schwere psychische Erkrankung der Mutter, Paarkonflikte der Eltern und unberechenbares Verhalten von Bezugspersonen unter Alkoholeinfluss miterlebt hatte. In der Pubertät entdeckte er Suchtmittel für sich und rutschte in die Kriminalität ab, und als er mit knapp 16 Jahren in die Somosa kam, hatte er bereits fünf abgebrochene Platzierungen und einen Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie hinter sich. «Sven reagierte meistens mit Wut auf alle möglichen Situationen», beschrieb Jens Konejung, Abteilungsleiter Sozialpädagogik. Auch Sozialpädagoge Stefan Lienhard erlebte ihn in der Arbeitsagogik als wenig kooperativ: «Diskussionen und Entwertungen gab es fast täglich.» Wie dann die Sozialpädagogen gemeinsam mit dem Psychotherapeuten Patrick Leemann, der Musiktherapeutin Verena Barbera und dem Kunsttherapeuten Manuel Boesch alle auf ihre Weise einen Zugang zum verschlossenen Jugendlichen fanden, ist eindrücklich auf untenstehendem Link zu lesen. Psychotherapeut Patrick Leemann fasste zusammen: «Die enge Zusammenarbeit zwischen den Bereichen der Somosa erlaubte es, auch mit den Bezugspersonen der anderen Berufsgruppen gewisse Erklärungen für Svens Verhaltensweisen auszutauschen, sodass es allen zunehmend besser gelang, mit Svens nervendem und manchmal aggressivem Verhalten umzugehen.»

Die Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie ist allerdings auch für die Teammitglieder intensiv. Gesamtleiter de Lange sagt halb im Scherz: «Wir betreiben quasi systemische Arbeit auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.»

Die Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie ist allerdings auch für die Teammitglieder intensiv. Gesamtleiter de Lange sagt halb im Scherz: «Wir betreiben quasi systemische Arbeit auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.»



«In dieser Zeit lernen Jugendliche basale Themen wie Impulskontrolle, Affektregulation, Gefühle verstehen und aushalten können.»

Leonhard Funk

Gegenseitiges Lernen, innovative Prozesse, Offenheit und Transparenz, effizientes Arbeiten und eine lösungsorientierte Fehlerkultur, all das seien die Stärken der interdisziplinären Teams, sagt er: «Die Fachleute funktionieren intensiv und auf Augenhöhe und unkompliziert miteinander.» Und: «Sie wissen, was an anderen Orten nicht funktioniert hat, und können darauf aufbauen.»

Bedürfnisse rasch erfassen und gemeinsam handeln

Das intensive gemeinsame Vorortsein erlaube auch, schnell, situativ und flexibel Bedürfnisse zu erfassen und zu erfüllen. Aber einfach, Gesamtleiter de Lange und Jugendpsychiater Funk lächeln gleichzeitig breit, nein, einfach sei das beileibe nicht. De Lange sagt unumwunden: «Fachlichen Disput gibt es täglich!» Laufend werde debattiert, wo man ansetzen solle, ob die psychiatrischen oder die sozialen Auffälligkeiten zuerst angegangen werden sollen oder wie man in diesem oder jenem besonderen Fall vorgehen wolle. Und das sei gut so: «Solche Auffälligkeiten sind nicht stabil, einmal macht es mehr Sinn, sie pädagogisch anzugehen, manchmal psychiatrisch – das muss immer wieder neu bewertet werden.»

Wäre die Lösung für viele Probleme also simpel, und es braucht ganz einfach «mehr Somosa»? Funk und de Lange schütteln einhellig den Kopf. Nein, eine Einrichtung wie Somosa sei dort unterstützend, wo es sehr komplex sei. Aber bei allen Vorteilen sei das

Modell doch nur für jene Jugendlichen anwendbar, bei denen tatsächlich ein Klinikaufenthalt angezeigt sei. Was aber schon längst klar ist: Es braucht Somosa auch für junge Frauen. Angedacht sei das Thema seit über zehn Jahren, jetzt ergab sich ein idealer Standort, auf dem die neue Wohnheim gebaut werden konnte. «Das war längst notwendig, jetzt wird es endlich Realität», freut sich Benjo de Lange. Damit komme eine neue fachliche Herausforderung auf die Somosa zu: «Das Prinzip bleibt gleich, die Themen werden ein bisschen anders», sagt de Lange. Er ist glücklich, dass er trotz der angespannten Situation das notwendige Personal aus den Bereichen Psychiatrie, Sozialpädagogik und Arbeitsagogik anstellen konnte. Nebst einer zusätzlichen Leitenden Ärztin werden auch weitere Mitarbeitende zum Team stossen, um die neuen Bedürfnisse abzudecken. Somosa wird also modern – und bleibt beim Bewährten: bei der engen interdisziplinären Zusammenarbeit. ■

Kurzfilm über Somosa:



Zum Beispiel Sven, Fachpersonen erzählen:



kurz & knapp

Behinderung I: Im Kanton Zürich verlangt eine Behördeninitiative, dass auch Menschen, die «wegen dauernder Urteilsunfähigkeit unter umfassender Bei-

standschaft» vom Stimm- und Wahlrecht ausgeschlossen sind, dieses bekommen sollen.

Behinderung II: Die EU-Kommission plant einen europaweit gültigen Ausweis für Behinderte. Dieser soll einen gleichberechtigten Zugang zu Sonderbedingungen bei öffentlichen und privaten Dienstleistungen ermöglichen. **Kinder & Jugendliche I:** Das Luzerner Kantonsgericht muss sich nach einem Entscheid des Bundesgerichts noch einmal mit dem Fall eines afghanischen, heute 15-jährigen Mädchens befassen, das von der Kesb vor einer angeblichen Zwangsehe geschützt wurde und dessen Eltern darum das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen worden war. **Kinder & Jugendliche II:** Im Kanton Bern hat das Pilotprojekt ZFIT, ein Zentrum für Familien in Trennung, seinen Betrieb aufgenommen.

Menschenversuche im Heim

Sie schreibt zwar über die Zustände in Deutschland. Doch Fälle, wie Sylvia Wagner sie in ihrem Roman «heim gesperrt» beschreibt, gab es auch in der Schweiz – traurige Berühmtheit erhielt vor ein paar Jahren die Psychiatrische Klinik Münsterlingen im Thurgau, wo Kinder und Jugendliche während vieler Jahre für Tests von Psychopharmaka missbraucht wurden. Sylvia Wagner ist gleich doppelt legitimiert, solche Menschenversuche zu thematisieren: Sie war selbst ein Heimkind und hat später als Pharmaziehistorikerin zu Medikamentenversuchen an Heimkindern in den 1950er bis 70er Jahren geforscht. Die eigenen Kindheitserfahrungen und ihre Forschungsergebnisse sind eingeflossen in ihren «faktenbasierten Roman». In ganz Deutschland wurden Medikamente an Heimkindern erforscht – ohne deren Zustimmung, ohne die Einwilligung der Eltern und teils durch Ärzte, die bereits während des Nationalsozialismus an Menschenversuchen beteiligt waren. Das Buch ist erschütternd – aber auch spannend und ergreifend.



Jugendliche Delinquenten

In der Schweiz wurden im Jahr 2022 187 Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren eines Raubes beschuldigt – mit oder ohne Waffe. 2021 waren es 161 gewesen, und 2015 – das Jahr mit der geringsten Zahl – waren es 17 gewesen. «Die Tendenz bei diesen Raubtaten ist deutlich ansteigend», sagt Dirk Baier, der an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) zu Jugendkriminalität forscht. Auf die Frage, warum ein 13-Jähriger – in den allermeisten Fällen sind die Täter männlich – einen Raub begeht, gibt es keine einfache Antwort. Manchmal gehe es einfach darum, «sich etwas leisten zu können, zum Beispiel das neueste Smartphone», sagt Baier. In anderen Fällen würden die Taten verübt, um sich in einer Clique Anerkennung zu verschaffen. Seltener als Motiv sei in dieser Altersgruppe die Finanzierung einer Sucht. Allgemein würden bei gegebenem Haftgrund auch Minderjährige in Untersuchungshaft genommen. Die Inhaftierung erfolge in der Regel in einem Jugendheim. Die Eltern des Beschuldigten haben prinzipiell das Recht, bei der Einvernahme dabei zu sein.

Neues Modell für ein Pflegeheim

Der Kanton Aargau unterstützt das Pilotprojekt «Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch klinische Fachspezialistinnen und Fachspezialisten in einem Pflegeheim» im Pflegeheim Reusspark in Niederwil mit knapp eine halben Million Franken. Dort wird ein neues Versorgungsmodell erprobt, das die medizinische Versorgung der Bewohnenden durch eine klinische Fachperson sicherstellt. Wenn regelmässig eine Fachperson mit medizinischen Kenntnissen verfügbar sei, soll sich dies positiv auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Heimbewohner auswirken. Hintergrund des Pilotprojekts ist die drohende medizinische Unterversorgung der Bewohner in Pflegeheimen. Nach Bundesrecht sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, eine ausreichende ärztliche Betreuung der Bewohner sicherzustellen.

Gemeinschaft fördert die Fitness

Wie schafft man es, auch im Alter lange fit zu bleiben? Eine neue Studie aus Japan zeigt: Angebote in der Gemeinschaft können das Risiko von Gebrechlichkeit vermindern und die Gesundheit fördern. Die Bedeutung von sozialen Beziehungen werde häufig vergessen, heisst es in der Studie. Diese Beziehungen nehmen im Alter häufig ab, und viele tun sich schwer damit, neue Menschen kennenzulernen. Nichtsdestotrotz seien Kontakte wichtig für die psychische Gesundheit – und wirken sich vor allem auch auf ein gesundes Altern aus. Forschende haben in der Stadt Osaka fünf Jahre lang Daten von Menschen über 65 gesammelt. Das Ergebnis: Gemeinschaftliche Tagesangebote können das Risiko der Gebrechlichkeit um bis zu 40 Prozent vermindern. Die Forschenden raten deshalb, gemeinschaftliche Angebote ausser Haus wahrzunehmen: Wer dank sozialen Kontakten aus dem Haus gehe, bewege sich auch mehr. Japan hat die weltweit am stärksten alternde Gesellschaft. Knapp ein Drittel der Menschen sind älter als 65.



Japanische Alte nutzen Gemeinschaftsangebote.

Gemüse gegen Alzheimer

Wer viel Gemüse isst und dadurch sein Gehirn mit wichtigen Antioxidantien versorgt, kann möglicherweise im Alter einer Alzheimer-Demenz entgegenwirken. Das untermauert zumindest eine Studie der «Virginia Tech Carilion – School of Medicine», für die Spendergehirne von verstorbenen Alzheimer-Erkrankten untersucht wurden. Neben Bewegung und einem guten sozialen Netzwerk ist demnach auch eine gesunde Ernährung ein wichtiger Faktor, um der Erkrankung entgegenzuwirken. Es ist bekannt, dass das Risiko für geistigen Verfall und Alzheimer sinkt, wenn mit der Nahrung reichlich Carotinoide aufgenommen werden. Diese finden sich vor allem in farbenfrohem Gemüse und Obst wie Spinat, Mais und Paprika, aber auch Rüebl, Tomaten oder Kürbis.



Farbenfrohes Gemüse kann helfen, das Risiko zu senken. Foto: Adobe Stock

Socialstore Award 2023

Über 40 Institutionen haben rund 100 Produkte für den diesjährigen Socialstore Award eingereicht. Am 3. Oktober wählte die Jury die jeweils drei Erstplatzierten der vier Kategorien. Aus diesen zwölf Produkten wird via Public Voting ein Gewinner für den Spezialpreis «Best of the Best» gewählt. Das Voting findet vom 30. Oktober bis 19. November online statt, und unter den Teilnehmenden werden attraktive Preise verlost. Die Bekanntgabe der Gewinner erfolgt im Rahmen der In-sos-Tagung am 21. November in Bern. **Teilnahme und Infos:** socialstore.ch



Helfende aus dem Hintergrund

Junge Pflegehelfer in der Langzeitbetreuung trifft man heute noch nicht allzu oft an, aber vielleicht werden es künftig mehr. Der Kurs für Pflegehelfende SRK steht schon seit 1973 auch Männern offen. Foto: SRK

Pflegehelfende SRK sind für die Langzeitpflege unverzichtbar: Rund 30 000 von ihnen sind bei Spitex und in Institutionen angestellt und helfen, den Fachkräftemangel aufzufangen. Der Lehrgang wurde seit den Anfängen vor 65 Jahren stark weiterentwickelt und professionalisiert. Jetzt soll die wertvolle Arbeit der Pflegehelfenden SRK sichtbarer werden.

Von Claudia Weiss

Sie stellen fast einen Drittel aller Pflegemitarbeitenden in Langzeitinstitutionen und helfen damit, den Pflegenotstand zu entschärfen. Und es gibt sie bereits seit 65 Jahren. Und doch, sagt Susanne Baumann, bis vor kurzem Verantwortliche des Lehrgangs für Pflegehelfende beim Schweizerischen Roten Kreuz, «sind sie heute immer noch viel zu wenig bekannt». Die Rede ist von den Pflegehelfenden «PH SRK». Rund 30 000 von ihnen sind heute bei Spitex, in Heimen, Spitälern und Entlastungsdiensten angestellt. Und laut Susanne Baumann steigen viele von ihnen später in eine FaGe-Ausbildung ein. «Wir fördern das sehr.» Der Lehrgang biete vielen eine Einstiegshilfe, um sicherer zu werden und, wenn nötig, die Sprache besser zu lernen. «Er ist deshalb zugleich eine wichtige Berufsintegrationshilfe für Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch für Menschen, die ihre Stelle verloren haben und umsatteln möchten.»

Die Pflegehelfenden, so heisst es in der Berufsbeschreibung des SRK, «unterstützen die Pflegefachpersonen in der Grundversorgung und in der Betreuung und sind für eine Langzeitpflege-Institution unverzichtbar». Ihren Ursprung fand die Ausbildung bereits 1958. Damals, erzählt Susanne Baumann, sei die Ausbildung neu geschaffen worden, «um dem seinerzeit herrschenden Pflegemangel entgegenzuwirken».

LEHRGANG PFLEGEHELFE NDE SRK

Der Lehrgang besteht seit 65 Jahren. Inzwischen haben ihn über 120 000 Personen absolviert, jährlich schliessen 4000 Personen (vor Corona 4500) mit dem Zertifikat PH SRK ab. Die Pflegehelfenden SRK unterstützen die Pflegefachpersonen in der Grundversorgung und in der Betreuung. Die Kantone haben für Langzeitpflegeinstitutionen einen Personalstellenschlüssel festgelegt, der einen Anteil von bis zu 60 Prozent Assistenzpersonal zulässt. Für PH SRK gibt es ausserdem diverse Fortbildungsmöglichkeiten: Lehrgang Zertifikat Langzeitpflege SRK, Lehrgang Passage SRK – Palliative Care, Lehrgang Demenzbetreuung SRK ZH, Zertifikat Psychiatrische Begleitung SRK ZH und diverse Fortbildungen.

Dieses Problem war also schon damals aktuell, und das Ziel lautete gleich wie heute: qualifiziertes Personal entlasten, damit dieses mehr Zeit für die qualifizierten medizinischen Aufgaben findet. Zu den Kernaufgaben des Roten Kreuzes gehörte ursprünglich, Leute für einen Einsatz in Kriegssituationen auszubilden. Aber schon rasch kam die Idee dazu, «allgemeine Hilfe in Not» zu leisten, und so entstand die Idee zu diesem Lehrgang. Der erste «Lehrgang für Spitalgehilfinnen», Susanne Baumann zeigt ein Schwarzweissfoto von weissbeschürzten Frauen mit rotem Kreuz auf dem Ärmel, gestaltete sich noch ziemlich rudimentär: Er bestand aus mageren 4 Lektionen Theorie und 10 Lektionen Praxis, gefolgt von einem sechswöchigen Praktikum. Begleitet wurden die zehn Kursteilnehmerinnen, ausschliesslich Frauen, von einer ausgebildeten Krankenschwester und einem Arzt.

Bettenmachen und Blumengiessen

Die Teilnehmerinnen – Hausfrauen, Sekretärinnen und eine Studentin – lernten vor allem hauswirtschaftliche Aufgaben wie Bettenmachen, Blumengiessen und Putzen zur Unterstützung der Pflegefachkräfte. «Für den Lehrgang mussten die zehn Teilnehmenden seinerzeit im Gegensatz zu heute nichts bezahlen», erzählt Baumann. Aber: «Sie verdienten später für ihren Einsatz auch nichts.» Und das sollte noch jahrelang so bleiben: Erst in den 1980er-Jahren entbrannten immer heftigere Diskussionen, ob man diese Arbeit auf freiwilliger Basis beibehalten oder sie professionalisieren und entsprechend entlohnen sollte.

Zu diesem Zeitpunkt hatte sich der Einsatz von Pflegehelferinnen in der Praxis längst bewährt. Und im Lauf der Jahre hatte sich gezeigt, dass es Sinn macht, für die Pflege auch Männer zum Lehrgang zuzulassen. Seit 1973 steht der Kurs deshalb auch Männern offen – anfänglich aber nur zur Pflege von Männern. Männer machen allerdings auch heute nicht einmal einen Zehntel aller Teilnehmenden aus. Dafür machte die Ausbildung in den Achtzigerjahren einen entscheidenden fachlichen Sprung: Der Lehrgang – noch immer mehrheitlich von Frauen besucht – wurde umbenannt in «Pflegehelferin SRK» und ausgebaut. Je nach Kanton →

beinhaltete der Kurs neu 30 bis 70 Lektionen Theorie und befähigte die Teilnehmenden zu einfachen Pflegehandlungen. Damit bekam das Zertifikat PH SRK endlich die gebührende Anerkennung: Längst hatten nämlich Heime und Spitexorganisationen den Nutzen der Pflegehelfenden für einfache Pflege und für Nachtwachen entdeckt und Pflegehelfende inoffiziell und auf eigene Verantwortung dort eingesetzt. Das bewährte sich vielerorts gut, und mit der Professionalisierung kam zu diesem Zeitpunkt auch das fachliche Wissen dazu. Zugleich gelang in den Achtzigerjahren der definitive Schritt weg von der freiwilligen Frauenarbeit: Weil der Fachkräftemangel akuter und die Pflegehelfenden begährter wurden, wurden die Diskussionen um die Entlohnung immer heftiger, und am Ende fiel der Entscheid klar zugunsten einer Professionalisierung. Der Lehrgang sollte künftig zu einer Anstellung samt Arbeitsvertrag und Lohn führen. Zugleich beschlossen die Verantwortlichen, dass der Lehrgang – inzwischen erweitert und aufwendiger – kostendeckend bleiben sollte. Deshalb wird seither für die Ausbildung ein Beitrag verlangt.

Professionalisierung – und endlich Lohn

Nachdem die Fragen nach einem Arbeitsvertrag und Entlohnung geklärt waren, entfachte die Professionalisierung allerdings weitere Diskussionen, diesmal bezüglich Kompetenzen. Deshalb passten die Verantwortlichen in den Neunzigerjahren den Lehrgang an die Pflegeausbildung an und erweiterten ihn noch einmal: Aus den anfänglichen 4 Lektionen Theorie wurden schrittweise 30 und 60 Lektionen, heute sind es 120 Lektionen und 15 Tage Praxiseinsatz. Einer der grössten Entwicklungsschritte fand dann 2003 statt: «Diesmal ging es um die Handlungskompetenzen», erklärt Susanne Baumann. «Es wurde klar neu definiert, welche Art Wissen und welche Fähigkeiten gefragt sind.» Kommunikation und Betreuung in Alltagssituationen sowie die Unterstützung beim Waschen, Ankleiden, Mobilisieren und Positionieren, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und der Ausscheidung gehören seit da zum offiziellen Katalog, allerdings einzig in nicht-komplexen Situationen. Grosse Themen waren auch die wohlwollende, respektvolle Haltung gegenüber den betreuten Personen und die Kommunikation mit den Angehörigen auf der einen Seite und innerhalb der Teams auf der anderen Seite.

Der grösste Kraftakt jedoch, sagt Baumann, sei die Digitalisierung der Kurse gewesen: «Das war nicht einfach in Lehrgänge hineinzubringen, die praktisch orientiert sind, und bei denen sowohl Auszubildende wie Teilnehmende eher älter und somit nicht durchwegs digitalbegeistert sind.» Andere Auszubildende seien allerdings sehr digital und daher am besten erreichbar mit Filmen, e-Books und Plattformen, die sie via Handy abrufen können. Das Motto der neuen Unterrichtsmaterialien, die seit Juli 2022 im Einsatz sind, lautet daher: einfache Sprache, viele Bilder, Filme und Animationen. All das komme der neuen Form von Lernen sehr entgegen, sagt die Lehrgangsverantwortliche. «Das haben

wir in der Neuauflage unseres Lehrmittels stark berücksichtigt.» Individualisieren, modularisieren, flexibilisieren – der Lehrgang sei trotz seiner 65 Jahre sehr modern geworden. Und divers: «Durchmischte Pflege tut gut, wir möchten daher vermehrt auch Männer ansprechen.» Deshalb zeigen die Bilder der neusten Ausgabe unter anderem junge pflegende Männer, auch mit diversen kulturellen Hintergründen. «Das repräsentiert vielleicht nicht genau den Status quo, aber einen Zustand, der vielleicht künftig zur Realität werden könnte.»

Weiterentwickeln, aber gezielt

Ob sich der Kurs weiterentwickeln und professionalisieren wird? Susanne Baumann wiegt zweifelnd den Kopf: «Klar ist, dass es weitergehen muss. Aber systematisch, und genau dort, wo der Bedarf am grössten ist.» Eine «halbe FaGe-Ausbildung» soll der Lehrgang nicht werden, sagt sie, und findet es sehr wichtig, dass die Weiterentwicklung vernetzt läuft: «Sie soll nicht verzettelt werden, indem verschiedene Anbieter wie private Spitex- oder Spitalorganisationen je ihr eigenes Ding entwickeln.» Eine Bedarfsanalyse in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule soll Ende Jahr erste Resultate darüber zeigen, was in Zukunft am dringendsten gebraucht wird.

Was bereits jetzt bekannt ist, sind die besonderen Stärken, die Pflegehelfende SRK mitbringen: Sie finden im Vergleich zu den «Diplomierten» mehr Zeit für den sehr direkten Kontakt mit den Menschen, kennen sie daher gut und können das Wissen, das sie daraus gewinnen, weiterleiten. Und sie stehen im engen Kontakt mit pflegenden Angehörigen. «Viele sind sehr herzlich, engagiert und mit viel Herzblut dabei und führen ihre Arbeit innerhalb ihrer Kompetenzen selbstständig aus», freut sich Baumann. Das sei umso wichtiger, weil die Lehrgangsabsolventinnen und -absolventen, im Durchschnitt 40 Jahre alt und älter, ihren künftigen Arbeitgebenden nicht nur lange erhalten bleiben, sondern sich mehrheitlich weiterbilden wollen. Damit seien sie für Langzeitpflege-Institutionen unverzichtbar, sagt Susanne Baumann und lacht. «Jetzt müssen sie einfach noch bekannter werden!» ■

Informationen zum
Lehrgang SRK:



«In der Langzeitpflege steckt ein grosses Potenzial»

Der Branchenverband Curaviva ist eng verknüpft mit der «Vision Wohnen im Alter». Die zentralen Eckwerte definiert hat Markus Leser*, Senior Consultant von Curaviva und zuvor Geschäftsführer des Verbands. Im Januar geht er in Pension. Der promovierte Gerontologe hat Curaviva während 20 Jahren mit seiner fachlichen Expertise geprägt.

Interview: Elisabeth Seifert

Herr Leser, was bedeutet es für Sie als Profi für das Alter, selbst älter zu werden? Oder anders gefragt: Wie wird man professionell älter?

Kann man professionell älter werden? Ich glaube, das geht nicht. Seit rund 40 Jahren, ich war damals 27 Jahre alt, beschäftige ich mich mit Altersfragen. Etwas wissen über das Alter und das Alter selbst erleben, das ist aber nicht das Gleiche. Wissen kann man nicht in Emotionen übersetzen. Jetzt spüre ich den Abschied von dem, was mich Jahrzehnte lang begleitet hat. Es ist ein Einschnitt, den ich aber nicht als negativ empfinde. Der Abschied ist für mich eng mit dem Aufbruch in eine neue Lebensphase verbunden, was ich als sehr aufregend empfinde. Mit der Pensionierung bin ich erstmals seit meiner Studienzeit wieder völlig frei und kann die Zeit so gestalten, wie ich möchte.

Wie gehen Sie mit dem Krankwerden im Alter um, gerade auch dann im hohen Alter?

Ich hoffe, dass ich lange so gesund bleiben kann wie jetzt. In meinem Umfeld erlebe ich aber, dass dies nicht selbstverständlich ist. Wenn Bekannte in meinem Alter an einem Hirnschlag oder an Krebs sterben, dann gibt mir das zu denken. Die Gesundheit wird plötzlich zu einem sehr wichtigen Gut. Das hohe, multimorbide Alter ist nochmal etwas anderes. Ein ehemaliger Professor von mir, der jetzt 85 Jahre alt ist, sitzt im Rollstuhl und ist vollständig auf Hilfe angewiesen. Vor einer solchen Situation habe ich Respekt, auch eine gewisse Angst. Mein Wissen hilft mir aber, mich gut auf diese Zeit vorzubereiten, zum Beispiel mit einer Patientenverfügung.

Während viele Menschen der Auseinandersetzung mit dem Altern und dem Lebensende so lange wie möglich aus dem Weg gehen – beschäftigen Sie sich seit Ihrer Jugend mit diesen Themen. Weshalb das?

Nach dem Abschluss meines Studiums in Sozialarbeit bewarb ich mich eher zufällig auf die Stelle als Koordinator der Altershilfe in der Region Basel. Es gab gerade mal zwei Bewerber, niemand interessierte sich damals für das Thema. Ich bekam die Stelle, und das Thema Alter hat mich dann nicht mehr losgelassen. Das erklärt sich auch damit, dass ich eigentlich von meiner Grossmutter aufgezogen worden bin. Wir hatten einen Dreigenerationenhaushalt. Meine Grossmutter war meine psychologische Mutter. Das Thema Alter faszinierte mich →



Markus Leser: «Die fachliche Arbeit für die Branche und die Kontakte mit den Pflegeheimen haben mir immer sehr viel Freude bereitet.» Foto: esf

beruflich immer mehr. Um mehr darüber zu wissen, habe ich dann Gerontologie studiert.

Sie überblicken als Gerontologe mehrere Jahrzehnte: Wie hat sich der gesellschaftliche Umgang mit dem Alter und dem Altwerden verändert?

«Vom Naserümpfen bis zum Ernstnehmen», damit könnte man die Entwicklung seit den 70er-Jahren übertiteln. Die

Gesellschaft machte mit der Wahrnehmung des Alters eine Entwicklung durch, die jeder Mensch in seiner eigenen Biografie erlebt. Bereits Mitte der 70er-Jahre wusste man, dass eine Zeit kommt, in der es sehr viele alte Menschen geben wird. Das wollte aber niemand wissen. In den 90er-Jahren dann, als immer mehr Gutverdienende in Pension gingen, entdeckte man die älteren Menschen als Konsumentinnen und Konsumenten und rümpfte die Nase nicht mehr.

Über das hohe Alter rümpft man heute immer noch die Nase...

Wir sind mit dem Naserümpfen eine Altersstufe hinaufgerutscht. Es wird aber heute viel mehr über das hohe Alter geredet als noch in den 90er-Jahren, auch über den Tod spricht man. Das zeigen etwa die Diskussionen über Exit. Gerade in der Wissenschaft ist das hohe Alter sehr präsent. Die gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit hinkt meistens etwas hinterher. Wenn es immer mehr alte Menschen in der Gesellschaft gibt, müssen wir uns dem Thema stellen.

Einen grossen Teil Ihrer beruflichen Tätigkeit haben Sie im Bereich der stationären Langzeitpflege verbracht, zuerst bei der Tertianum AG und seit 2003 bei Curaviva. Was fasziniert Sie daran, obwohl niemand wirklich ins Heim will?

Wenn niemand ins Heim will, dann vor allem deshalb, weil die Menschen Angst haben vor dem Lebensende und dem Sterben. Im Bereich der Langzeitpflege steckt dabei ein grosses Potenzial. Und zwar dann, wenn wir die Heime nicht mehr primär als Institution für die Pflege verstehen, sondern vor allem als Wohn- und Lebensort, der die Pflege integriert.

Im Jahr 2015 haben Sie mit einer ersten Version des Wohn- und Pflegemodells (WOPM) 2030 die stationäre Langzeitpflege in eine ganzheitlich verstandene Betreuung und Pflege eingebettet. Wie kam es dazu?

Die Grundlagen für das Modell hat die Gerontologie bereits in den 80er-Jahren geschaffen, und zwar mit der Entwicklung weg von einem defizitorientierten Blick auf das Alter hin zu einem Blick, der sich an den Kompetenzen und Ressourcen orientiert. Pflege und Betreuung sollen sich am effektiven Bedarf orientieren, und die betagten Menschen sollen dazu ermuntert werden, ihre vorhandenen Ressourcen einzusetzen. In

«In der Wissenschaft ist das hohe Alter sehr präsent. Die gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit hinkt meistens etwas hinterher. Wenn es immer mehr alte Menschen gibt, müssen wir uns dem Thema stellen.»

Markus Leser

meinen ersten Jahren bei Curaviva diskutierten wir immer wieder darüber, dass wir endlich wegkommen müssen von einem defizitorientierten Blick.

... es vergingen dann aber noch einige Jahre bis zur Entwicklung des WOPM?

Um den Jahreswechsel 2014/2015 wurde mir so richtig bewusst, dass wir immer die gleichen Fragen stellen. Anlässlich eines Treffens am 23. Dezember 2014 mit dem damaligen Präsidenten von Curaviva Basel-Stadt wurde die Idee des WOPM geboren. Wir kamen zum Schluss, dass wir die Heime innerhalb ihres Sozialraums denken müssen. Die Eckwerte definierten wir dann im Verlauf des Jahres 2015. Damals dachten wir noch stark vom Gebäude her. Konsequenz setzen wir den sozialräumlichen Ansatz im Jahr 2020 mit der «Vision Wohnen im Alter» um.

An welchen Vorbildern orientierten Sie sich?

Wir konnten mit unserem Konzept an die Entwicklungsarbeit des Kuratoriums der deutschen Altershilfe anknüpfen und diese fortschreiben. Deutschland ist generell in der Theorie immer sehr weit, aber es fehlen dann häufig die Ressourcen, um diese Ideen umzusetzen.

Welches sind die zentralen Botschaften des Modells?

Wohnen bildet immer die Grundlage, und dann gibt es ein Plus: Wohnen plus Pflege und Betreuung, plus Dienstleistungen, plus Alltagsgestaltung. Und das alles muss im Sozialraum verankert sein, also im Quartier, im Dorf, in der Region, in der Stadt. Die Ausgestaltung der einzelnen Elemente orientiert sich daran, wo diese erbracht werden. Das kann im angestammten Zuhause sein, im intermediären Bereich, in einem Wohnensemble mit Pflegewohn- und Demenzwohngruppen oder auch in einer klassischen Institution.

Die Rezeption des Modells kann nur vor dem Hintergrund der integrierten Versorgung funktionieren. Wie erleben Sie den Fortschritt in diesem Bereich?

Heute gibt es ganz tolle Beispiele der integrierten respektive der koordinierten Versorgung, aber es gibt auch Regionen, wo diese noch praktisch nicht umgesetzt wird. Gut funktioniert es immer dort, wo die koordinierte Versorgung

strategisch verankert ist. Etwa bei den Trägerschaften der stationären und ambulanten Leistungserbringer oder aufseiten der kommunalen oder kantonalen Behörden. Viele Trägerschaften, gerade jene, die keine spezialisierten Fachleute haben, sind sich ihrer Verantwortung noch zu wenig bewusst.

Schon heute fehlt vielfach Personal und Geld für eine adäquate Pflege und Betreuung. Wie wird das erst sein, wenn Ihre Generation in gut 20 Jahren auf professionelle Unterstützung angewiesen ist?

Gerade im Bereich der Betreuung müssen wir alle mithelfen und können diese nicht einfach den Profis überlassen. Unser «Vision Wohnen im Alter» benennt neben den Profis ganz konkret Nachbarn, Angehörige und Freiwillige. Zu Letzteren gehören auch Rentnerinnen und Rentner. All diese Gruppen der Zivilgesellschaft sind aber noch viel zu wenig im Blick der Verantwortlichen. Wir sollten gerade auch für diese attraktive Arbeits- und Einsatzmöglichkeiten in der Begleitung und Betreuung betagter Menschen →

CURAVIVA-KONGRESS 2024

Unter dem Titel «AH! statt Ach. Wie wir mit Ideen und Tatkraft die Branche weiterentwickeln» findet am 24. und 25. Januar im Congress Center Basel der Curaviva-Kongress 2024 statt. Namhafte Referentinnen und Referenten diskutieren mit den Teilnehmenden über den Wandel der Branchenstruktur und deren Einflussfaktoren. Weitere Schwerpunkte betreffen die Altersentwicklung in der Gesellschaft, den Wandel der Arbeitswelt, die Individualisierungstrends und die Digitalisierung. Angesprochen sind Führungskräfte der Dienstleister für Menschen im Alter, Vertreterinnen und Vertreter der Branche, von Behörden, Politik, Wissenschaft und Wirtschaft sowie Vertretende von Partnerorganisationen und weitere Interessierte.

Anmeldung bis zum 3. Januar:

→ agenda.artiset.ch

finden. Sie dürfen und können aber nicht einfach «Lückenbüsser» von fehlendem Fachpersonal sein.

Welche Verantwortung sehen Sie aufseiten von Bund, Kantonen und Gemeinden?

Wir müssen endlich damit aufhören zu meinen, die Langzeitpflege und -betreuung darf nichts kosten. Das hohe Alter kostet einfach etwas, das können wir

Branche unzählige Themendossiers erarbeitet. Immer wenn eine Frage aus der Praxis aufgetaucht ist, haben wir Antworten gesucht und praktische Anleitungen entwickelt. Erwähnen möchte ich besonders unsere Dossiers in den Bereichen Palliative Care und Demenz. Diese fachliche Arbeit für die Branche und die Kontakte mit den Pflegeheimen haben mir immer sehr viel Freude bereitet.

«Wir müssen endlich damit aufhören zu meinen, die Langzeitpflege und -betreuung darf nichts kosten. Das hohe Alter kostet einfach etwas, das können wir drehen und wenden, wie wir wollen.»

Markus Leser

drehen und wenden, wie wir wollen. Wenn wir die Ebene der Gemeinde nehmen: Es wäre zum Beispiel ehrlich, wenn eine Gemeinde den Bedarf definiert und dafür dann auch die nötigen Finanzierungen bereitstellt. Es ist klar, dass die Gemeinde nicht jeden Luxuswunsch finanzieren kann, aber es geht darum, dass man in Rahmen eines politischen Prozesses den Bedarf festlegt.

Als Gerontologe haben Sie den Verband während Ihrer langjährigen Tätigkeit ganz besonders in fachlicher Hinsicht geprägt...

Die Facharbeit hat mich immer sehr interessiert. Und ich denke, dass wir hier auch einiges erreicht haben. Neben der «Vision Wohnen im Alter» haben wir gemeinsam mit anderen Akteuren das Vier-Stufen-Modell für das Betreute Wohnen entwickelt. Und innerhalb unseres Teams bei Curaviva haben wir zwecks Unterstützung der

Verbandsarbeit bedeutet auch, die Brancheninteressen gegenüber Politik und Behörden zu vertreten. Konnten Sie hier Pflöcke einschlagen?

Curaviva und damit auch die Branche ist heute in der Öffentlichkeit präsent und wird wahrgenommen. Zudem stehen wir in einem Austausch mit anderen Akteuren der Branche, unter anderem mit der Spitex und mit Senesuisse, und wir pflegen regelmässige Kontakte zu Politikerinnen und Politikern sowie Behörden der unterschiedlichen Staatsebenen. Ich denke, dass die politische Seite der Verbandsarbeit aber künftig noch stärker gewichtet werden muss. Das Politische, ganz besonders auch die Bündelung der vielfältigen, manchmal auch widersprüchlichen Brancheninteressen, war nie meine grosse Stärke. Meine Pensionierung kommt deshalb jetzt zu einem guten Zeitpunkt.

Sie selbst und auch der Philosoph und Publizist Ludwig Hasler werben dafür, dass sich gerade die jüngeren Rentnerinnen und Rentner weiterhin für die Gemeinschaft engagieren sollen. Wie halten Sie es damit?

Sobald ich Curaviva im Januar 2024 verlassen habe, werde ich eine Beratungsfirma eröffnen. Auf diese Weise möchte ich mein Wissen einbringen, so lange dies für mich möglich ist. Gemeinsam mit anderen arbeite ich auch an einem Buchprojekt zur Babyboomer-Generation. Daneben aber soll genügend Platz bleiben für den Ausbau meiner sportlichen Aktivitäten. Zudem planen meine Frau und ich eine längere Australienreise.

Und wie steht es mit der nationalen Sensibilisierungskampagne für die Bedürfnisse des Alters, die Sie 2019 angedacht haben? Jetzt hätten Sie Zeit dafür...

Eine solche Sensibilisierungskampagne zu organisieren, hat sich als sehr schwierig erwiesen. Schwierig ist es vor allem, die verschiedenen Altersorganisationen für gemeinsame Anlässe und Kundgebungen zu gewinnen. Geplant war unter anderem eine Aktion auf dem Bundesplatz. Ich habe entschieden, mich aus der politischen Arbeit zurückzuziehen und mich auf die Weitergabe meines Fachwissens zu konzentrieren.

* Markus Leser, Dr., Jg. 1959, hat Soziale Arbeit studiert und dann ein Gerontologiestudium absolviert. Seit 2003 ist er für Curaviva tätig, zunächst als Leiter des Fachbereichs Alter von Curaviva Schweiz, von Januar 2022 bis Ende Januar 2023 als Geschäftsführer des Branchenverbands Curaviva und Mitglied der Geschäftsleitung von Artiset und seither als Senior Consultant von Curaviva. Ende Januar 2024 geht er in Pension.

Christina Zweifel ist seit dem 1. November neue Geschäftsführerin des Branchenverbands Curaviva und Mitglied der Geschäftsleitung von Artiset.

Eine geglückte Inklusion erfordert bessere Daten

Die Gleichstellung mit Menschen ohne Behinderung: Das fordert die Inklusions-Initiative für 1,7 Millionen Menschen, die mit einer Behinderung leben. Doch diese hohe Anzahl Betroffener basiert auf wackliger Grundlage. Um Betroffene gezielt in der Gleichstellung unterstützen zu können, fehlen kohärente aktuelle Daten.

Von Christian Bernhart

In der Inklusions-Initiative stellt Inclusion Handicap, der Dachverband der Behindertenorganisationen, klare Forderungen auf. So soll die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen erfolgen, und zwar auch mit dem Einsatz personeller Assistenz und technischer Mittel. Menschen mit Behinderung sollen überdies das Recht haben, Wohnform und Wohnort ihrer Wahl mithilfe von Unterstützungs- und Anpassungsmassnahmen frei wählen zu können.

Doch welche Menschen benötigen am dringendsten eine verbesserte Gleichstellung? Für wie viele Menschen müsste die Wahl der Wohnform und des Wohnortes ermöglicht werden? Zudem, betrifft es tatsächlich 1,7 Millionen Menschen mit Behinderung, die gemäss Initiativ-Komitee davon profitieren könnten?

Umfrage mit wenig präzisen Parametern

Die 1,7 Millionen sind nicht aus der Luft gegriffen. «Wir verlassen uns hier auf die offiziellen Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)», sagt dazu Jonas Gerber, Kommunikationsverantwortlicher von Inclusion Handicap. Auf der BFS-Webseite «Menschen mit Behinderungen» wird diese Zahl aus unterschiedlichen Statistiken zusammengeführt. Der umfangreichste Datensatz mit 1,489 Millionen betrifft Menschen ab 15 Jahren, die in einem Privathaushalt leben. Zustande kommt diese Zahl als Hochrechnung respektive als Schätzung subjektiver Angaben, die 2020 telefonisch bei zirka 18 000 Personen erhoben wurden.

In Gespräch für diese europaweit standardisierte «Statistics on Income and Living Conditions» (Silc) geben die Befragten zu ihrem Einkommen und Lebensbedingungen Auskunft. Es ist eine komplexe Befragung, die über eine Stunde in Anspruch nimmt.

Wie Martin Camenisch, BFS-Mitarbeiter für die Silc-Erhebung, dazu ausführt, wird eine Beeinträchtigung attestiert, wenn jemand in dieser Befragung äussert, dass er oder sie ein chronisches gesundheitliches Problem hat, das seit mindestens einem halben Jahr andauert. Zudem müssen dadurch alltägliche Aktivitäten eingeschränkt sein. Und Camenisch betont, dass diese Definition nicht zu vergleichen ist mit jener von Sozialversicherungen wie der Invalidenversicherung.

Die Hochrechnung der Daten der befragten 18 000 Personen auf 1,489 Millionen sei bei solchen Erhebungen üblich. Allerdings muss bei der Befragung von 2020 eine Fehlerquote von plus/minus 67 000 Personen berücksichtigt werden, somit kann die Schätzung um 134 000 Personen danebenliegen. Die zusätzlich 52 000 Kinder (bis

14 Jahren) mit einer Beeinträchtigung stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017. An dieser Erhebung wurden 22 134 erwachsene Personen aus dem Stichprobenrahmen für die Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) befragt; das Ergebnis wurde dann wiederum auf die Schweizer Bevölkerung hochgerechnet.

Keine aktuellen Daten aus Institutionen

Die weiteren Datensätze, die sich schliesslich zu den 1,7 Millionen Menschen mit Behinderung addieren, stammen aus der Somed-Statistik, einer aufwendigen Erhebung bei den Kantonen zu ihren sozialmedizinischen Institutionen in den Bereichen Behinderung und Alter. Für die Behinderteninstitutionen wurde diese Statistik letztmals 2015 vom BFS zusammengetragen. Daraus geht hervor, dass 44 308 Menschen mit Behinderung – Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen ausgenommen – von einer Institution betreut und begleitet werden. Davon lebten 25 512 Menschen auch tatsächlich in den Institutionen. Die anderen 18 796 Menschen wohnten auswärts, nutzten aber Arbeitsmöglichkeiten in Integrationsbetrieben oder Angebote in Tagesstätten. Inkludiert in der Zahl von 1,7 Millionen Menschen sind zudem auch die 123 258 Personen, die 2019 in einem Alters- und Pflegeheim wohnten.

Die 1,7 Millionen Menschen stammen also aus verschiedenen Quellen und aus grundsätzlich unterschiedlichen Statistiken. Der grösste Anteil kommt durch eine direkte Befragung zur eigenen Person oder zur Einschätzung von Eltern über ihre Kinder zustande, der kleinere Teil durch eine objektive Erfassung von Menschen in sozialmedizinischen Institutionen. Zudem stammen die Daten aus unterschiedlichen Jahren, wobei die subjektiven Daten am ehesten die Gegenwart beleuchten, während die objektiven Daten der Somed-Statistik zu Menschen mit Behinderung bereits etliche Jahre alt sind.

Dass die Somed-Statistik zu den Behinderteninstitutionen nicht auf dem neusten Stand ist, rügte Ende 2016 der damalige Zuger Ständerat Joachim Eder (FDP), dem als ehemaliger Gesundheitsdirektor diese Angaben für die Planung der kantonalen Angebote für Menschen mit Behinderung fehlten. Er verlangte in einer Motion bessere statistische Angaben von allen Leistungserbringern zuhanden der Kantone respektive zuhanden des BFS, um eine koordinierte gesamtschweizerische Versorgung zu ermöglichen.

Der Bundesrat wehrte sich gegen eine Wiederaufnahme der 1998 eingeführten Statistik. Mit dem Hauptargument, so Bundesrat Alain Berset, dass im Rahmen der Neugestaltung →

des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) von 2008 die Kantone mit der stationären Unterstützung von Menschen mit Behinderung in die Pflicht genommen wurden. Mit 19 zu 16 Stimmen nahm der Ständerat die Motion zwar an, doch der Nationalrat lehnte sie klar ab, womit die Motion erledigt war.

Eingeschränkte IV-Statistik

So wie die BFS-Statistik von 1,7 Millionen Menschen mit Behinderungen wohl zu hoch gegriffen ist, so ergibt jene der Invalidenversicherung (IV) mit total 220 458 Versicherten im Jahr 2022 ein eingeschränktes Bild. Eine IV-Rente erhält man ab dem 18. Altersjahr bis zum Rentenanspruch mit spätestens 65 Jahren, danach werden die IV-Beiträge über die AHV abgerechnet. Die IV ist als Erwerbsersatz gedacht, falls eine Behinderung die Erwerbstätigkeit erschwert oder verunmöglicht. Kinder mit einer Behinderung sind also ausgenommen. Menschen, die ab Geburt eine Behinderung aufweisen, erhalten im Erwachsenenalter eine sogenannte ausserordentliche IV-Rente. Letztes Jahr betraf dies 27 539 Personen. Menschen mit Behinderung, die als Folge ihres tiefen IV-Grades oder einer Anstellung im allgemeinen Arbeitsmarkt keine IV-Rente beziehen, erscheinen in den Statistiken der IV nicht.

«Ohne solide Datengrundlage agiert der Bund in der Behindertenpolitik im Niemandsland.»

Joachim Eder, Alt-Ständerat (ZG, FDP)

Für eine wirksame Umsetzung der Inklusions-Initiative fehlen aber nicht nur verlässliche Zahlen zu den Betroffenen. Auch zum Grad der Einschränkung oder zur Art der Behinderung fehlen aussagekräftigen Daten, um gezielt Massnahmen dort zu ergreifen, wo sie am nötigsten wären oder wo möglichst viele Personen davon profitieren könnten. Die differenziertesten Angaben waren in der Somed-Statistik zu finden, mit Unterscheidung der Behinderung zwischen leicht, mittel und schwer sowie der Auflistung, ob eine körperliche, psychische, geistige oder eine Sinnesbehinderung vorliegt. Die IV-Statistik unterscheidet zwischen sechs Behinderungsursachen: Geburtsgebrechen, psychische oder nervliche Krankheiten, Krankheiten der Knochen und

Bewegungsorgane, Unfall und andere Krankheiten. Die Schweregrade leicht, mittel und schwer listet die IV nur für die zusätzliche Hilflosenentschädigung auf, da der Behinderungsgrad für die Entschädigungshöhe massgebend ist.

Aussicht auf bessere Datenlage

Die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) ist nach wie vor überzeugt, dass es dem Bund obliegt, die Daten auf nationaler Ebene zu erstellen. SODK-Generalsekretärin Gaby Szöllösy meint dazu: «Der Bund trägt die Kompetenz für die nationale Erhebung. Die Kantone liefern die Daten und unterstützen das BFS in dieser Angelegenheit, da eine interkantonale Statistikbehörde fehlt.» Deshalb erwartet die SODK, dass der Bund den rechtlichen Rahmen für eine Statistik über die Wohn- und Arbeitssituation von Menschen mit Behinderung schafft. Szöllösy setzt nun ihre Hoffnung auf die geplante Revision der eidgenössischen Behindertenpolitik: «Gespannt warten wir darauf, dass der Bundesrat im Dezember 2023 einen Schritt in diese Richtung macht.»

Andreas Rieder, Leiter des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) vertritt im Einklang mit Bundesrat Alain Berset die Meinung, dass es Aufgabe der Kantone sei, gute Daten zu erheben. Im Rahmen des Schwerpunktes der Bundes-Behindertenpolitik 2023–2026 zur Förderung des selbstbestimmten Wohnens sollen die Beschaffung und die Art der dazu nötigen Daten erörtert werden. Das Programm, das dann eine Änderung des Behindertengleichstellungsgesetzes mit sich zieht, soll Ende 2023 in die Vernehmlassung gehen.

Verhältnismässige Massnahmen

Bei einer Annahme der Inklusions-Initiative ist eine kohärente Datenlage über die Lebens- und Wohnsituation von Menschen mit Beeinträchtigung unerlässlich. Die Forderungen der Initiative nach der Gleichstellung in allen Lebensbereichen und nach der freien Wahl von Wohnort und Wohnform sind nämlich verknüpft mit dem Zusatz, dass diese im «Rahmen der Verhältnismässigkeit» zu erfüllen sind. Es ist ein Zusatz, der, so Jonas Gerber von Inklusion Handicap, im Sinne des Behindertengleichstellungsgesetzes, Art. 11, verstanden wird. Als verhältnismässig gilt hier, wenn eine Massnahme in keinem Missverhältnis zum wirtschaftlichen Aufwand, zu Interessen des Umwelt- und Heimatschutzes sowie zu Anliegen der Verkehrs- und Betriebssicherheit steht. Verlässliche Daten bieten erst die Grundlage, um entscheiden zu können, welche Massnahmen mit welchen Mitteln verhältnismässig sind.

Diese Daten hält Alt-Ständerat Joachim Eder nach wie vor als unabdingbar für eine künftige Planungsgrundlage. 2017 formulierte er dies im Rat so: «Ohne solide Datengrundlage agiert der Bund in der Behindertenpolitik im Niemandsland.» Für ihn steht fest: «Die Diskussion um die Inklusions-Initiative zeigt, dass nun diese wichtigen Daten fehlen.» ■

Ein Modell zur Stärkung des geriatrischen Fachwissens

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel zeigt in einer Studie, wie es mit Intercare gelingt, die stationäre Langzeitpflege zu stärken und damit ungeplante Spitaleinweisungen zu reduzieren. Was zeichnet Intercare aus? Und wie lässt sich das Modell trotz knapper Ressourcen umsetzen?

Von Franziska Zúñiga, Vanessa Litschgi, Lea Saringer-Hamiti*

Langzeitpflegeinstitutionen stehen unter Druck, mit schwierigen Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Fachkräftemangel, enge finanzielle Bedingungen und der teilweise fehlende Zugang zu geriatrischem Fachwissen sind Herausforderungen, die neue Lösungswege erfordern. Zur Erhaltung der Pflegequalität braucht es darum einen optimalen Einsatz von hochqualifiziertem Fachpersonal mit geriatrischer Expertise. Eine mögliche Antwort sind pflegegeleitete Versorgungsmodelle, in denen geriatrisch vertieft geschulte Pflegefachpersonen erweiterte Rollen übernehmen, um die Pflege- und Betreuungsteams zu coachen, Fachwissen einzubringen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Ein solches Modell ist Intercare, das auf der Grundlage einer sorgfältigen Kontextanalyse für Pflegeinstitutionen in der deutschsprachigen Schweiz entwickelt und erfolgreich in elf Betrieben umgesetzt wurde. Das

Modell umfasst sechs Kernelemente, die im ersten nationalen Bericht zu Intercare (<https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>) ausführlich beschrieben werden:

- Einführung einer Pflegefachperson in einer erweiterten Rolle (Intercare-Pflegefachperson);
- Stärkung des interprofessionellen Behandlungsteams;
- Einführung von evidenzbasierten Instrumenten zur Stärkung der Kommunikation innerhalb der Pflege- und Betreuungsteams und mit Ärztinnen und Ärzten;
- Einsatz des multidimensionalen geriatrischen Assessments;
- Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung;
- Datenbasierte Qualitätsentwicklung.

Intercare wurde zwischen 2018 und 2020 in elf Deutschschweizer Pflegeinstitutionen eingeführt. Das Studienteam konnte zeigen, dass es zu weniger

Spitaleinweisungen kam, und mehr Bewohnerinnen und Bewohner verfügten über eine gesundheitliche Vorausplanung.

Von der Finanzierung her gleichen sich die zusätzlichen Kosten für die Intercare-Pflegefachperson mit dem Wegfall von Verlusten durch vermiedene Spitaleinweisungen in etwa aus. Das Modell stiess auf hohe Akzeptanz in den Betrieben. Gemäss den Feedbacks der teilnehmenden Betriebe erlebten die Pflege- und Betreuungsteams mit der Einführung des neuen Modells ein Empowerment. Die Fachkompetenz stieg, es gab mehr interprofessionellen Austausch, weniger Konflikte mit Ärztinnen und Ärzten und weniger Reklamationen von Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die Rolle der Intercare-Pflegefachperson

Zentrale Elemente für die Reduktion der Spitaleinweisungen waren die Umsetzung der gesundheitlichen →



Pflegefachpersonen übernehmen die zentrale Rolle bei der Umsetzung des Modells Intercare. Foto: Adobe Stock

Vorausplanung und die Einführung des ISBAR-Konzepts (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation). Für beides war die Einführung der Rolle der Intercare-Pflegefachperson unabdingbar. Es handelt sich dabei um eine diplomierte Pflegefachperson mit Berufserfahrung in der Pflege von älteren Menschen. Im Rahmen der Studie hat sie ein auf ihre Rolle zugeschnittenes Trainingsprogramm durchlaufen, das heute als berufsbegleitende Weiterbildung (CAS) «Intercare – Klinische Fachverantwortung in der Geriatrie» an der Universität Basel angeboten wird. Darin wird sie einerseits in der Entwicklung ihrer Rolle unterstützt mit Modulen zu Kommunikation und Leadership, andererseits wird das Fachwissen zu geriatrischen Syndromen und Symptommanagement gestärkt sowie ein vertieftes klinisches Assessment und die gesundheitliche Vorausplanung vermittelt.

Typischerweise ist die Intercare-Pflegefachperson für mehrere Abteilungen zuständig und ist regelmässig präsent, um die Pflege- und Betreuungsteams in komplexen Bewohner-situationen zu coachen, bei Bewohner- und Angehörigengesprächen zu unterstützen und in akuten Situationen den interprofessionellen Austausch

zu fördern. Sie plant mit den Teams voraus, indem sie darauf achtet, dass eine gesundheitliche Vorausplanung vorliegt und in instabilen Situationen ein Behandlungsplan mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin abgesprochen wird. Damit ist das Team vorbereitet auf Veränderungen im Gesundheitszustand einer Bewohnerin oder eines Bewohners und weiss wie reagieren, insbesondere abends und nachts oder am Wochenende. Des Weiteren unterstützt sie die Teams in der Kontaktaufnahme mit den Ärztinnen und Ärzten, indem sie den Gebrauch der strukturierten Kommunikationshilfe ISBAR fördert und teilweise auch bei Visiten präsent ist.

Massnahmen zur Umsetzung von Intercare

Für die erfolgreiche Umsetzung von Intercare wurden die teilnehmenden Betriebe mit verschiedenen Implementierungsstrategien unterstützt. Unter einer Implementierungsstrategie wird eine Handlung verstanden, die hilft, eine Intervention im Alltag umzusetzen. Typischerweise gehören dazu beispielsweise Hilfsmittel, Schulungen und Coaching.

Für die Einführung von Intercare hat das Studienteam mit den teilnehmenden Betrieben an Vorbereitungstreffen die Umsetzung der Kernelemente geplant und danach in zweimonatlichen Treffen den aktuellen Stand und weitere Massnahmen besprochen. Die Intercare-Pflegefachpersonen hatten im Trainingsprogramm zweiwöchentliche Coaching-Gespräche, um sie im Aufbau und der Umsetzung ihrer Rolle zu fördern. Hinzu kam ein regelmässiges Feedback an die Betriebe zum Stand der Umsetzung auf Basis von Personalbefragungen und Messung von Qualitätsindikatoren, die eine Verlaufskontrolle und Benchmarking erlaubten. Die Betriebe erhielten Hilfsmittel wie Stellenbeschreibungen und Schulungsunterlagen zur Einführung von Kernelementen. Aus Sicht der Führungspersonen war die kontinuierliche Begleitung wichtig für den Erfolg

Anzeige

intercare
CAS

Start im
Februar
2024

Universität
Basel
Pflegewissenschaft
Nursing Science

Weiterbildungsstudiengang zur
Stärkung der Expertise im Pflegeheim:
**Klinische Fachverantwortung in
der Geriatrie**

Die Feedbacks der Betriebe zeigen: Die Betreuungs- und Pflegeteams erleben mit der Einführung des neuen Modells ein Empowerment.

der Umsetzung. Für die Intercare-Pflegefachpersonen war das Trainingsprogramm zentral für das Gelingen ihrer Aufgabe, insbesondere das regelmässige Coaching, in dem Herausforderungen besprochen und Handlungspläne entwickelt werden konnten. Ebenso wichtig war die Möglichkeit, die Kernelemente dem Kontext der eigenen Pflegeinstitution anzupassen und die verschiedenen Elemente im eigenen Rhythmus einzuführen. So gab es zum Thema der gesundheitlichen Vorausplanung minimale Vorgaben, was umgesetzt werden sollte. Das Studienteam besprach mit jedem Betrieb, wie Verantwortlichkeiten, Inhalte und Abläufe gestaltet werden können für eine passende Integration in den lokalen Kontext.

Wie weiter? – Nachfolgestudie Interscale

Intercare wirkt – doch wie kann so ein Modell in Zeiten der Ressourcenknappheit erfolgreich eingeführt werden? Welche Implementierungsstrategien unterstützen die Pflegeinstitutionen effizient bei der Umsetzung eines neuen Versorgungsmodell, und was können die Institutionen selbst tun für eine nachhaltige Implementierung? Diesen Fragen will die Nachfolgestudie Interscale nachgehen. Interscale untersucht, welche Kombination von Implementierungsstrategien gleicherweise zur erfolgreichen Reduktion von Spitaleinweisungen und zur nachhaltigen

Umsetzung von Intercare führt und dabei zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen schont.

Das Studienteam Interscale hat in einem ersten Schritt über die letzten Monate in Zusammenarbeit mit verschiedenen Pflegeinstitutionen Intercare als Versorgungsmodell aktualisiert und die Implementierungsstrategien verfeinert. In einem zweiten Schritt ist nun eine Studie geplant, in der zwei verschiedene Bündel an Implementierungsstrategien im Hinblick auf ihre Wirksamkeit für eine nachhaltige Einführung eines Modells wie Intercare untersucht werden. Teilnehmende Betriebe werden nach dem Zufallsprinzip einem der beiden Bündel an Strategien

zugewiesen (eine sogenannte cluster-randomisierte Studie).

Derzeit sucht das Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel Langzeitpflegeinstitutionen in der Deutschschweiz, die interessiert sind an einer Studienteilnahme. Das Intercare-Modell bietet eine potenzielle Lösung, um geriatrisches Fachwissen in Pflegeinstitutionen zu stärken und die Qualität der Pflege zu verbessern. Bei einer Teilnahme werden Pflegeinstitutionen bei der Einführung des neuen Versorgungsmodells und der Rolle der Intercare-Pflegefachperson begleitet. Im Rahmen der Studie übernimmt das Studienteam zwei Drittel der Ausbildungskosten einer Intercare-Pflegefachperson. Mehr Informationen zu Interscale sind auf der Website erhältlich (<https://intercare.nursing.unibas.ch/interscale-studie/>). Bei Interesse an einer Studienteilnahme stehen die Autorinnen gerne zur Verfügung. ■

* Kontakte:

Prof. Dr. F. Zúñiga:
franziska.zuniga@unibas.ch;
Vanessa Litschgi:
vanessaalina.litschgi@unibas.ch;
Lea Saringer-Hamiti:
lea.saringer-hamiti@unibas.ch

Anzeige



www.exagon.ch

Kerzen und Seifen selber machen

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

EXAGON, Räfelstrasse 10,
8045 Zürich, Tel. 044/430 36 76,
Fax 044/430 36 66
E-Mail: info@exagon.ch

Die Prozesse in der Küche optimieren

Gute Qualität und effiziente Prozesse. Ein Anspruch, der für die Heimgastronomie nicht leicht zu bewältigen ist. Die Bemühungen des Alterszentrums Mühlefeld in Erlinsbach SO/AG zeigen, dass Verbesserungen der komplexen Abläufe in der Küche rasch umgesetzt werden können und auch nicht teuer sein müssen.

Von Frank Forster*

Mirko Rauch, Geschäftsleiter im Alterszentrum Mühlefeld bringt es bei der Präsentation im Abschlussmeeting sehr gut auf den Punkt: «Wir haben gewusst, dass es so nicht weitergehen kann. Die Prozessanalyse hat uns jetzt eine sehr gute Übersicht gegeben, wo wir mit Sofortmassnahmen und geringen Investitionen schnelle Erfolge erzielen können und wo wir mittel- bis langfristig optimieren müssen. Das gesamte Empfehlungspapier passt auch sehr gut in unser neues Lean Management Mindset.»

Ziel: gut gelaunte Mitarbeitende

Mirko Rauch spricht damit auf die Herausforderungen an, die Verpflegungsprozesse im Alterszentrum Mühlefeld so zu gestalten, dass sie für die Mitarbeitenden gut zu bewältigen sind und die Qualität der Mahlzeiten weiterhin hoch ist. Unterstützung holte sich der Geschäftsleiter bei einer Beratungsfirma, die sich neben strategischen Fragen rund um die Heimgastronomie darauf spezialisiert hat, sämtliche Bereiche der Küche, von der Angebots- und Menüplanung

bis hin zur Abfallbewirtschaftung, kritisch zu durchleuchten. Krankheitsbedingte Langzeitabsenzen hatten im Küchenteam des Alterszentrums rund um Monika Hauri als Leiterin Hotellerie und Markus Suter als Küchenchef dazu geführt, dass die gesamten Prozesse plötzlich in Frage gestellt wurden. «Wir möchten künftig gut gelaunte, motivierte Mitarbeitende in sämtlichen Verpflegungsbereichen antreffen und sind bereit, auch entsprechende Investitionen zu tätigen, wenn dies nötig sein sollte», sagte Mirko Rauch zu Beginn der mehrere Tage dauernden Problemanalyse.

«Wir für Menschen» lautet denn auch der Leitspruch des Alterszentrums Mühlefeld in Erlinsbach SO/AG. Die Institution begleitet 59 Bewohnende. Für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie für weitere Gäste werden täglich 210 Mahlzeiten zubereitet. Die Mitarbeitenden im Bereich der Küche teilen sich 640 Stellenprozente.

Alle am Verpflegungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhielten an einem ersten gemeinsamen Kick-off-Event einen Überblick über das geplante Vorgehen.

Um sämtliche Prozesse gründlich zu beleuchten, erfolgte die Analyse vor Ort innerhalb eines Monats an verschiedenen Wochentagen, einschliesslich eines Tages am Wochenende.

Eine neue Organisation reduziert Stress

Zunächst ging es darum, sich einen Überblick über die Produktionsprozesse zu verschaffen. Die Eindrücke bildeten dann die Voraussetzung für nächsten Schritte. Dabei wurde schnell klar: Der von den Mitarbeitenden immer wieder beklagte Stress konnte bereits dadurch reduziert werden, dass die Abendmahlzeiten erst am Nachmittag zubereitet werden. Dadurch kann sich das Team am Vormittag ganz auf die Vorbereitung des Mittagessens konzentrieren. Ein Ganzjahresmenüplan soll künftig dabei helfen, administrative Ressourcen einzusparen. Um den Produktionsprozess nachhaltig zu entschleunigen, wird eine neue Organisation für die Auslieferung der täglich 40 bis 50 Mahlzeitenboxen empfohlen. Diese erfolgt derzeit kurz vor dem Mittagsservice für die Heimbewohnenden, was dazu führt, dass das Küchenteam zu stark belastet ist.

Die Infrastruktur im «Mühlefeld» entspricht weitgehend den Anforderungen an eine moderne Küche. Kurzfristige Einsparpotenziale gibt es im Bereich der Sous-Vide-Produktion. Evaluert wird zu diesem Zweck eine Umstellung auf grössere Gebindeeinheiten, um die Produkte im Vakuum für mehrere Tage frisch zu halten. Das Verpflegungsangebot für die Mitarbeitenden wurde durch ein Buffetsystem

«Obwohl wir ein kleines Team sind, möchten wir Grosses leisten.»

Mitarbeitende im Alterszentrum Mühlefeld in Erlinsbach SO/AG

für Salate ergänzt, um die Küche beim Anrichten zu entlasten. Zu den längerfristigen Massnahmen gehört neben dem Ganzjahresmenüplan etwa auch ein automatisiertes Bestellsystem.

Qualität nachhaltig sichern

Im Verlauf der Problemanalyse ging es immer wieder um den persönlichen Qualitätsanspruch – vonseiten der Mitarbeitenden, der Bewohnenden und externen Gästen. Dabei wurde deutlich, dass manchmal eine Qualität gewünscht wird, die nicht immer den Tatsachen entspricht. Zum einen erklärt sich dies mit dem unterschiedlichen Qualitätsverständnis der Befragten. Und zum anderen liegt dies daran, dass in vielen Institutionen die relevanten Qualitätskriterien inklusive der jeweiligen Messkriterien nicht schriftlich festgehalten oder nicht gelebt werden.

In einem zentralen Punkt sind sich Bewohnende, Gäste und Mitarbeitenden alle einig: «Im Mühlefeld isst man sehr gut, und die Qualität stimmt.» Damit diese Qualität nachhaltig gesichert werden kann, wird die bestehende Rezepturdatenbank umfassend aktualisiert und ergänzt. Zudem werden die empfohlenen Massnahmen nun Schritt für Schritt geplant und umgesetzt. «Ziel ist es, dass wir beim nächsten gemeinsamen Audit die ersten spürbaren Verbesserungen feststellen können», geben Mirko Rauch und Monika Hauri das Ziel vor. Und auch die Mitarbeitenden ziehen am gleichen Strick, wenn einige von ihnen klar zum Ausdruck bringen: «Obwohl wir ein kleines Team sind, möchten wir Grosses leisten und zu einem der besten Institutionen in der Region werden.» ■

* Frank Forster ist Inhaber der PVO Resulting GmbH in Luzern



Die Küchenassistentinnen Eva Aellig (links) und Thida Paphan haben einen hohen Qualitätsanspruch. Foto: AZ Mühlefeld

Personallengpässe abfedern

Nicht nur in Pflegeheimen, sondern auch in so manchen sozialen Institutionen sind die personellen Ressourcen zeitweise oder dauernd zu tief. Dies hat Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit und auf die Gesundheit der Mitarbeitenden. Es gibt Massnahmen, um solche Personallengpässe etwas abzufedern.

Von David Rossi*

Stellen wir uns vor: Im (fiktiven) Team Sonnenberg der Institution Waldheim arbeiten eigentlich sieben Mitarbeitende mit einem Pensum von insgesamt 470 Stellenprozenten. In dieser Woche sind aber nur 310 Stellenprozente besetzt. Somit fehlen 160 Stellenprozente. In den fünf Wochen davor hatten 120 Stellenprozente gefehlt.

Ist das eine Ausnahme in sozialpädagogischen Institutionen? Mitnichten. In einigen Institutionen ist dies eher die Regel. Wie kommt es dazu, und was hat es für Auswirkungen?

Gravierende Folgen

Schauen wir uns die Situation im Team Sonnenberg genauer an: Stefan (80 Prozent) ist seit vier Monaten krankgeschrieben. Fränzi (60 Prozent) ist seit acht Wochen im Mutterschaftsurlaub, Ursula (60 Prozent) hat eine starke Grippe und fällt deswegen eine ganze Woche aus. Die Teamleiterin Katja arbeitet 100 Prozent. Davon stehen ihr 20 Prozent für ihre Führungsaufgaben zur Verfügung. Die Institution hat eine Springerin, die demnächst einen Teil von Stefans Pensum (40 Prozent) übernehmen wird. Trotz Einsatz der

Springerin und Rückkehr von Ursula fehlen dem Team über weitere zwei Monate 100 Stellenprozente.

Die verbleibenden Mitarbeitenden des Teams müssen die Arbeit der fehlenden Mitarbeitenden auffangen. Die Folgen sind vielfältig:

- Die Journaleinträge über die Klientinnen und Klienten werden meist nicht gemacht. Dadurch sind die verschiedenen Mitarbeitenden schlecht über Vorkommnisse und neue Regelungen informiert und es kommt zu Konflikten, weil Klienten diese Unklarheiten und die teilweise widersprüchlichen Handhabungen der Mitarbeitenden spüren.
- Die Freizeitaktivitäten der Klienten können oft nicht durchgeführt werden, weil niemand da ist, der sie begleiten kann. Bei einigen Klientinnen und Klienten führt dies merklich zu mehr Gereiztheit.
- Bestellungen von Pflegematerial und Lebensmittel werden gemacht, ohne vorher das zeitaufwendige Inventar zu machen. Dies führt dazu, dass Material fehlt, von bestimmtem Material zu viel da ist und wiederholt Lebensmittel weggeworfen werden müssen.

- Die wenigen vorhandenen Sitzungen werden vor allem gebraucht, um die Aufgaben und die Vertretungen zu organisieren und «den Laden am Laufen zu halten». Dies führt dazu, dass keine Zeit bleibt für einen Austausch zum Befinden, für Rückmeldungen, Diskussionen und schon gar nicht für die gemeinsame Verbesserung von Abläufen oder die Besprechung von neuen Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten einzelner Klienten.
- Die Teamleiterin Katja arbeitet fast 100 Prozent in der Betreuung mit. Dadurch fehlt ihr die Zeit für die Vorbereitung der Mitarbeitergespräche, für das eigene Führungscoaching oder die Rücksprache mit den Mitarbeitenden bei der Einsatzplanung.
- Weil die Situation schon seit mehreren Jahren immer wieder so ist, erwägen zwei der Mitarbeitenden einen Stellenwechsel. Eigentlich mögen sie die Arbeit, aber sie befürchten, dass sie ein Burnout haben könnten, wenn sie weiterhin so arbeiten müssen.

Teufelskreis durchbrechen

Nebst den negativen Folgen für die Klientinnen und Klienten und die

Mitarbeitenden hat das Fortbestehen von solchen Situationen gravierende Folgen für das Team und die ganze Institution. Aufgrund der hohen Belastung steigt die Krankheits- und Burnout-Quote. Dadurch steigt die Belastung der bleibenden Mitarbeitenden, was wiederum den Ausfall dieser Mitarbeitenden fördert. Wenn neue Mitarbeitende sich bewerben, nehmen sie während des Hospitierens die Belastung wahr und entscheiden sich für eine andere Stelle. Wiederum andere treten die Stelle an, kündigen aber nach einem oder zwei Jahren wieder, weil sie ihrer Gesundheit Sorge tragen wollen und können. Der Ruf der Institution leidet, und die Attraktivität auf dem Markt sinkt, wodurch es noch schwieriger wird, qualifiziertes Personal zu finden. Auf diese Weise entsteht nicht nur Leiden bei Menschen, sondern auch finanzieller Schaden. Die Kosten von Ausfällen, höheren Prämien der Krankentaggeldversicherung, Rekrutierung und Konflikten bei der Arbeit können enorm sein.

Egal, welche Massnahmen man trifft: Wirklich befriedigende Verhältnisse wird man kaum schaffen. Dazu sind die finanziellen Rahmenbedingungen im sozialen Bereich zu schwierig. Hingegen gibt es Massnahmen, die Institutionen vor diesem Teufelskreis bewahren können:

- Eine Institution kann ausrechnen, wie viele längerfristige Ausfälle sie jährlich hat.
- In Zusammenarbeit mit den betroffenen Teamleitungen kann festgelegt werden, wie lange ein Team mit wie viel unbesetzten Stellenprozenten so arbeiten kann, dass die Mitarbeitenden sich zwischendurch erholen können.
- Darauf basierend, kann ausgerechnet werden, wie viel Stellenprocente es für Springerinnen und Springer braucht.
- Anschliessend kann festgelegt werden, in welcher Form Springerstellen geschaffen werden: Wie viele Mitarbeitende gibt es, die gerne bereit wären, zwischendurch für einige Monate ein höheres Pensum zu

übernehmen? Gibt es Mitarbeitende, die es spannend fänden, nebst der fixen Teilzeitanstellung in einem Team ein fixes Pensum als Springerin oder Springer zu übernehmen? Und schliesslich: Kann man reine Springerstellen ausschreiben, und wie müssen diese gestaltet sein, damit sie attraktiv genug sind?

Gesundheitsförderung. Auf lange Sicht ist es für die Menschen und die Organisation zielführend und kostensparend, wenn dafür gesorgt wird, dass

- die Mitarbeitenden wissen, was ihrer Gesundheit zuträglich ist.
- die Mitarbeitenden ein gutes Gespür dafür entwickeln, wie es um ihre Belastung steht.

Es gibt Mitarbeitende, die es spannend finden, nebst der fixen Teilzeitanstellung in einem Team ein fixes Pensum als Springerin oder Springer zu übernehmen.

Führungsressourcen sichern

Eine weitere wichtige Massnahme ist das Sicherstellen der «Führungsressourcen». Teamleitungen brauchen genügend Stellenprocente, um ihre Führungsaufgaben wahrzunehmen. Je anstrengender die Arbeit ist, desto mehr Unterstützung und Begleitung benötigen die Mitarbeitenden. Je niedriger die vorhandenen Ressourcen, desto wichtiger ist es, zwischendurch Zeit zu haben, um sich einen Überblick zu verschaffen und zu schauen, wie man Priorisieren kann und wo schnelle Entlastung dringend nötig ist.

Oft kommen Personen in Führungspositionen, ohne eine entsprechende Aus- oder Weiterbildung gemacht zu haben. Durch Führungscoachings können Institutionen nicht nur zur persönlichen Entwicklung von Führungspersonen beitragen, sondern vor allem auch zum Ausschöpfen der entsprechenden Ressourcen. Übersicht gewinnen, Selbstreflexion, Fokussieren, Priorisieren, Ziele definieren, Dynamiken erkennen: Dies alles dient der Entfaltung der Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit von Führungspersonen.

Ein weiterer wirksamer Bereich gegen den Teufelskreis der Überlastung ist die

- die Mitarbeitenden wissen, wie wichtig Abgrenzung ist, besonders in Kombination mit einem hohen persönlichen Engagement.
- das Vertrauen zwischen Führung und Mitarbeitenden so stark ist, dass die Mitarbeitenden sich im Fall von Problemen lieber zu früh als zu spät melden.

Natürlich kosten diese Massnahmen. Meiner Ansicht nach sind sie notwendig, selbst wenn die entstehenden Kosten höher als die Ersparnisse wären: weil man Sorge tragen möchte zu den Klientinnen, Klienten und den Mitarbeitenden. Aus meiner Erfahrung ist es allerdings so, dass diese Kosten über die Jahre gesehen geringer sind als die Kosten im Fall eines Teufelskreises durch Dauerüberlastung. ■

* David Rossi ist Psychologe, Coach und Gesprächstrainer. Er hat mehrere Jahre als Kitaleiter und Schulleiter im sonderpädagogischen Bereich gearbeitet. Seit einigen Jahren unterstützt er Institutionen im Bereich Bildung und Soziales bei Veränderungsprozessen sowie bei der Bewältigung von Konflikten, und er gibt Weiterbildungen für eine klare und wertschätzende Kommunikation. david-rossi.ch

Einheitliche Finanzierung: Planungssicherheit ist nötig



Kathrin Huber: Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Foto: Privat

«Die Gesundheitsdirektorenkonferenz hat mit einer Studie aufgezeigt, dass die Integration der Pflege machbar und sinnvoll ist.»

Bei der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) geht es darum, dass die Kantone neben den stationären Leistungen künftig auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren. Aus der Sicht der Kantone muss der Systemwechsel zwingend auch die Pflegeleistungen umfassen. Zwar hat sich in der Herbstsession 2023 erfreulicherweise nun auch der Nationalrat für den Einbezug der Pflege ausgesprochen. Dies aber nur unter der Bedingung, dass die Kostentransparenz im Pflegebereich sichergestellt und die Pflegeinitiative «vollständig» umgesetzt ist.

Ein derart unklar definierter Zeitpunkt würde eine grosse Rechtsunsicherheit bedeuten. Die Kantone und die Leistungserbringer der Pflege brauchen jedoch einen angemessenen und verbindlichen Planungshorizont, wie ihn die Version des Ständerats vorsieht: Integration der Pflegeleistungen vier Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Vorlage.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat mit einer Studie aufgezeigt, dass die Integration der Pflege machbar und sinnvoll ist. Entgegen der Befürchtung des Versichererverbands Santésuisse würden die Prämienzahlenden durch den Einbezug der Pflege in die einheitliche Finanzierung nicht zusätzlich belastet.

Ein Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom August 2023 zeigt: Es ist weiterhin deutlich wahrscheinlicher, dass eine einheitliche Finanzierung aus Prämien-sicht langfristig günstiger ist als die Weiterführung des Status quo. Denn die Kantone werden mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären

Leistungen auch das Kostenwachstum im ambulanten Bereich und bei den Medikamenten mittragen. Ein Systemwechsel, der auch die Pflege einschliesst, müsste somit eigentlich ebenfalls im Interesse der Versicherer sein. Für eine echte Korrektur falscher Anreize braucht es auch in der Pflege eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

Mit Blick auf die ganze EFAS-Vorlage wäre die Variante des Ständerats – mit punktuellen Anpassungen – ein möglicher Kompromiss, der auch für die Kantone tragbar wäre. ■

BEREICHSLEITER/-IN HOTELLERIE- HAUSWIRTSCHAFT

Ausbildungsbeginn

Februar 2024

Dauer

3 Semester

Abschluss

Leistungsnachweis für jedes Modul.

Der erfolgreiche Abschluss aller Module ist eine Voraussetzung für die Zulassung an die Eidg. Berufsprüfung.



Infoanlässe

**Mittwoch, 22.11.2023,
18 bis 19 Uhr**

**Donnerstag, 11.01.2024,
18 bis 19 Uhr**

BZGS Weiterbildung
Grütlistrasse 1
9000 St.Gallen / Aula Neubau

Kanton St.Gallen

**Berufs- und Weiterbildungszentrum
für Gesundheits- und Sozialberufe
St.Gallen**



BZGS



RedLine[®]
Software

redline-software.ch

RedLine Software GmbH · 9000 St. Gallen
+41 71 220 35 41 · info@redline-software.ch



Stiftung Karolinenheim

Wohnen & Arbeiten für Menschen mit Behinderung
KARO Spielwaren & Holzmanufaktur, Verpackungsservice

Nicht immer, aber oft lachen wir!



Dies, weil wir alle Aufgaben des Alltags auf Augenhöhe und gemeinsam als Team lösen. Sei es in der Produktion von **KARO- Holzspielwaren** oder in der Freizeit, bei Haushalt, Sport und Kultur. Schau rein, wir heissen dich willkommen.

TEAM KARO

www.karolinenheim.ch

3472 Rumendingen BE

