

Neue Theorie zu Parkinson:
Vom Magen ins Gehirn

Seite 37

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



Abschied vom Leben

«Strategie Palliative Care»: Viel erreicht, noch viel zu tun

Bagatellfälle und Notfallsituationen im Heim, in der Pflege und Alltag

Kursformate mit 6-12 Teilnehmern

4 Stunden Kurse Vormittag / Nachmittag

- Herz-Lungen-Wiederbelebung (Refresherkurse SRC)
- Erste Hilfe-Crashkurs (Basics für Ersthelfer)
- Notfälle im Haushalt (Hauswirtschaft usw.)

1 Tages-Kurse immer inkl. Reanimationskurs SRC

- Bagatellen+Notfälle im Heim und in der Pflege
- Unfälle und Krankheiten bei Erwachsenen

Offerte verlangen:



Strengelbacherstrasse 17 / PF 1229
4800 Zofingen / +41 41 511 03 11
www.esz.ch/info@esz.ch



Neu am ZAG:
Vorbereitungskurs für die eidg. Berufs-
prüfung Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege
und -betreuung mit Anrechnungsverfahren

Die modulare Weiterbildung bereitet gezielt auf die eidg. Berufsprüfung Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und -betreuung vor. Sie richtet sich an

- ◆ Fachpersonen Gesundheit (FaGe) im Langzeitbereich, die erweiterte Aufgaben in der Gruppe innehaben oder neu übernehmen wollen
- ◆ andere Berufsgruppen aus dem Bereich Pflege und Betreuung: DN 1, FA SRK, Fachfrau/Fachmann Betreuung Hauspfleger/-innen, u.a.

Vorhandene Kompetenzen können angerechnet werden; in diesem Fall müssen die entsprechenden Module nicht besucht werden.

Eingehende Informationen und Antworten auf Ihre Fragen erhalten Sie an der **Informationsveranstaltung: 06. Februar 2016 um 10.00 Uhr am ZAG.** Eine Anmeldung ist erwünscht unter www.zag.zh.ch/anmeldung

Zentrum für Ausbildung
im Gesundheitswesen Kanton Zürich
Turbinenstrasse 5, CH-8400 Winterthur
T +41 52 266 09 09, info@zag.zh.ch

ZAG

Weiterbildung im Bereich Gesundheit. Genau hier.

Bachelor of Science
Ernährung & Diätetik

Master of Advanced Studies
Gesundheitsförderung

Kombination E-Learning & Face-to-Face-
Unterricht (2 Samstage im Monat)

Grösste zeitliche Flexibilität, vereinbar
mit Beruf und Familie

FFHS

Fernfachhochschule Schweiz
Zürich | Basel | Bern | Brig

www.ffhs.ch

«Wer gelernt hat,
zu leben, kommt
mit dem Sterben
besser zurecht.»



Beat Leuenberger

Chefredaktor

Liebe Leserin, lieber Leser

Es sei das Dilemma der Medizin, dass sie wohl im Dienst des Lebens stehe, aber wisse, dass am Schluss der Tod das letzte Wort habe: Das sagte der Alters- und Palliativ-Mediziner Roland Kunz beim Interview mit der Fachzeitschrift (Seite 27). Dass wir sterben werden, ist die einzige Gewissheit in unserem Leben. Doch wir haben uns abgewöhnt, daran zu denken. Und wenn, dann nur ad negativum. Will heissen: um dem Sterben und dem Tod ein Schnippchen zu schlagen. Wir feiern die Medizin, die das Leben verlängert. Wir essen Produkte, die der Gesundheit nützen. Wir verwenden Anti-Aging-Produkte. Noch vor zwei Generationen gehörte das Sterben genauso zum familiären Alltag wie das Geborenwerden. Kinder sahen ihre Grosseltern sterben. Sie lernten die Rituale kennen, mit denen das Sterben verbunden war. Der Pfarrer war bei Todgeweihten fast ebenso oft zu Gast im Haus wie die Hebamme bei werdenden Müttern.

Heute ist das Sterben – ausser auf der Kinoleinwand und im Fernsehen – aus dem Alltag fast gänzlich verschwunden. Langsam allerdings setzt ein Umdenken ein. Wahrscheinlich entspricht es einem neuen Zeitgeist, dass das deutsche Nachrichtenmagazin «Der Spiegel» in der letzten Nummer des eben zu Ende gegangenen Jahres unter dem Titel «Komm, süsster Tod» neue Bücher auflistete, die sich mit dem Ende des Lebens beschäftigen. Diese Bücher reflektieren den Wunsch vieler Menschen, das Sterben nicht als Bedrohung zu erleben sondern als Erfüllung. Oliver Sacks, der vor wenigen Monaten verstorbene Neurologe und Schriftsteller («Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte»), schrieb in seinem letzten Text: «Und jetzt, schwach, kurzatmig, meine einst festen Muskeln vom Krebs aufgezehrt, stelle ich fest, dass sich meine Gedanken zunehmend mit der Frage beschäftigen, was es heisst, ein gutes und erstrebenswertes Leben zu führen – und seinen inneren Frieden zu finden.» Jetzt, am Ende, gehe er mit dem Gefühl, «er habe seine Arbeit getan und dürfe nun guten

Gewissens ruhen». Sacks beschreibt hier nichts anderes als das gute Sterben. Und er macht deutlich: Ein gutes Sterben setzt ein gutes Leben voraus.

Dem guten Abschiednehmen vom Leben widmet die Fachzeitschrift «Curaviva» die erste Ausgabe des neuen Jahres. Seit sechs Jahren verfolgt der Bund in der Schweiz eine Palliative-Care-Strategie, die dazu beitragen soll, dass alle in unserem Land gut umsorgt, schmerz- und angstfrei sterben können. Das ist nicht nur Sache der Mediziner und Pflegenden. Das Sterben muss auch wieder zur Aufgabe der Gesellschaft werden. Sie muss sich für Rahmenbedingungen einsetzen, die den Menschen ein gutes Sterben ermöglichen.

Vieles hat die «Nationale Strategie Palliative Care» in Gang gesetzt. Vieles gibt es noch zu tun. Dies zeigen die bewegenden Aussagen, die Angehörige von todkranken Menschen sowie Palliative-Care-Experten im Film «Sterben heute» machen (zu lesen auf den Seiten 9, 13, 17, 21, 25, 31). Den Film hat das Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben – ein bemerkenswertes Bekenntnis zu unabhängiger Berichterstattung. ●

Neu, nouveau



Fachzeitschrift Curaviva
Revue spécialisée Curaviva

App

Treten Sie nicht in die Lichtfalle! Beleuchtung im Neubau oder Umbau richtig planen.

Brillenträger kennen das Gefühl, das sie an kalten Tagen besonders häufig erleben: mit einer beschlagenen Brille sieht man fast nichts. Wie soll man sich da sicher bewegen? So oder ähnlich ergeht es den meisten Senioren. Eine seniorengerechte Beleuchtung kann einen wesentlichen Beitrag zur Sturzprävention leisten.

Die Sehkraft der Senioren- und Seniorinnen lässt alters- oder krankheitsbedingt nach. Das hat einschneidende Folgen für die Selbstständigkeit. Denn, wer nicht gut sieht, bewegt sich weniger und wird unsicherer. Mehr als 60 % aller Stürze passieren laut einer Sturzanalyse im eigenen Zimmer. Aber auch im Badezimmer, der Toilette und im Flur drohen Stürze.

Zu den vielfältigen Sturzursachen zählt unter anderem auch schlechte Beleuchtung. Denn das nachlassende Sehvermögen führt zu einer veränderten Wahrnehmung. Mit weitreichenden Folgen: plötzlich werden Spiegelungen auf dem Boden als Wasserflecken interpretiert. Schatten, die durch ungleichmäßig ausgeleuchtete Flure und Räume mit seitlich einfallendem Tageslicht entstehen, werden zu unüberwindbaren Hindernissen oder werfen bedrohliche Schatten auf Gesichter. Hindernisse werden nicht rechtzeitig erkannt weil das ältere Auge blendungsempfindlich ist und die Hell-Dunkel-Adaption deutlich langsamer erfolgt.

Die tägliche Mutprobe?

Damit die Erhaltung der Selbstständigkeit nicht zur Mutprobe wird, ist eine Modifikation der Umgebung unter anderem durch professionelle Beleuchtung unumgänglich. Sie verhindert Unsicherheit durch Blendung oder Schatten und verbessert die Bewegungssicherheit. So können Senioren ihre Umwelt wieder aktiver erleben.

Licht ist nicht gleich Licht

Bei Neubau oder Renovation lohnt es sich, bei der Auswahl der Beleuchtung neben gestalterischen Aspekten auch auf die technischen Leistungsmerkmale zu achten. Grundsätzlich sollte die empfohlene Beleuchtungsstärke nach VDI/VDE-Richtlinie 6008-3 eingehalten werden. Eine Beleuchtung mit direkten und indirekten Lichtanteilen lässt Räume optisch grösser und freundlicher erscheinen, indem sie für homogenes, blendfreies und schattenarmes Licht sorgt.

Licht im Bewohnerzimmer

Das Bewohnerzimmer ist ein vielseitiger Raum. Hier befindet sich der persönliche Bereich der Senioren, aber auch die Pflege statt. Die Beleuchtung sollte daher verschiedene Aufgaben erfüllen.

Allgemeines Licht

- Separat schaltbare Direkt-Indirekt-Beleuchtung für homogene, blendfreie Ausleuchtung bzw. bedarfsgerechte Lichtszenen
- Nah- und Fernsehen ohne Ermüdung der Augen ermöglichen
- In Pflegeoasen empfiehlt sich der Einsatz von biologisch wirksamem Licht

Lesen und Entspannen

- Optimale Lichtverhältnisse zum Lesen und Entspannen
- Geringe Wärmeentwicklung, um Verbrennungs- oder Brandgefahr zu vermeiden
- Bedienerfreundlich, leicht zu positionieren und zu reinigen

Pflegen und Untersuchen

- Beste Lichtverhältnisse für Körperpflege und medizinische Versorgung
- Keine Selbstabschattung durch falsche Beleuchtung

Schlafen und Orientieren

- Integriertes Nachtlicht als Orientierungshilfe für die Pflegenden
- Beruhigendes Nachtlicht wirkt gegen Angst oder Unruhe
- Orientierungslicht zur Beleuchtung des Fussbodens zur Sturzprävention

Flur und Treppenhaus

Damit sich die BewohnerInnen möglichst frei bewegen können, sollten neben den empfohlenen Beleuchtungswerten und den Vorgaben zur Barrierefreiheit, auch weitere lichtplanerische Aspekte beachtet werden.

Gestalten und Akzentuieren

- Zusammenspiel von Licht und Farbe regt zur Bewegung an
- Kombiniertes Einsatz von Wand- und Deckenleuchten leuchten nicht nur homogen aus, sondern akzentuieren Türen, Sitzecken und Nischen
- Orientierungsleuchten auf Augenhöhe ergänzen das Umgebungslicht

Erkennen und Beruhigen

- Wechselnde Lichtverhältnisse in Fluren durch Fenster, Türen oder Nischen verunsichert
- Homogenes, blendfreies und schattenarmes Beleuchtungskonzept mit direkten und indirekten Lichtanteilen gleicht diese Differenzen aus

Das Bewohner- und Pflegebad

Auch ein fensterloser Sanitärbereich kann für einen sonnigen Start in den Tag sorgen und die Raumwahrnehmung verbessern.

Pflegen und Wahrnehmen

- Wandleuchte mit Indirekt-Direkt-Anteil leuchtet den Gesichtsbereich schattenfrei aus
- Gute Farbwiedergabeeigenschaften und homogenes Licht sind wichtig für die Körperpflege bzw. Beurteilung der Haut

Biologisch wirksames Licht und Demenz

Mit Fortschreiten der Erkrankung wird die Umgebung für die Betroffenen diffuser. Sekundärsymptome wie Angst, Unruhe, Passivität oder Schlafstörungen können durch biologisch wirksames Licht abgemildert werden. Hierbei handelt es sich um ein Lichtmanagementsystem zur Tageslichtnachführung. Die besonders ausgestatteten Raumleuchten verändern Lichtfarbe und Intensität und wirken so sanft auf den Organismus ein. VISUAL TIMING LIGHT ist ein bewährtes Lichtmanagementsystem, das es bereits seit mehr als 10 Jahren gibt und in mehr als 200 Projekten zum Einsatz gekommen ist.

Mehr Informationen zum Sortiment oder einen unverbindlichen Beratungstermin:

www.waldmann.com/p&g

Waldmann Lichttechnik GmbH

Benkenstrasse 57

Postfach 64

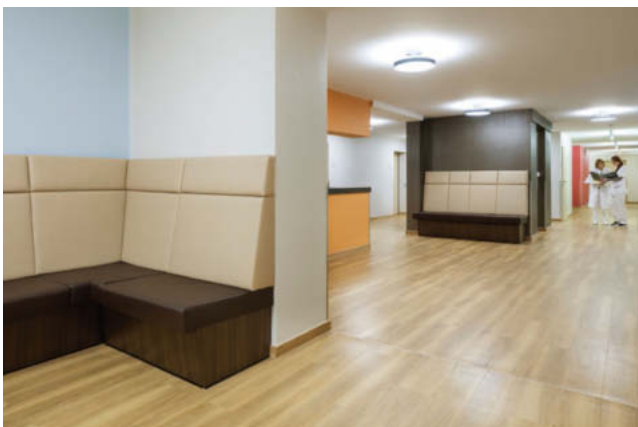
5024 Küttigen

Schweiz

Tel.: +41 62 839 1212

Fax: +41 62 839 1299

E-Mail: info-ch@waldmann.com



Raumleuchte VIVAA mit einem hohen indirekten Lichtanteil



Sicherheit und Atmosphäre in der Küche mit der VIVAA LED Pendelleuchte



Inhaltsverzeichnis

Abschied vom Leben

Sterben lernen

Der Tod gehört zum Leben. Das wird in unserer Zeit oft verdrängt. Wir müssen wieder lernen, richtig zu sterben. 6

Mobile Palliative Care

Palliative Care ist nicht an eine feste Institution gebunden. Wie Ärzte, Angehörige, Spitex und Heime zusammenarbeiten können, zeigt ein Projekt im Berner Jura und in Neuenburg. 11

Fit für die Zukunft

Heute sei das System der Palliative Care fit für die Zukunft, sagt Stefan Leutwyler, stellvertretender Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz, im Interview. 14

Geschichte der Sterbebegleitung

Was heute Palliative Care heisst, gibt es seit Jahrhunderten. Früher war sie als «christliche Barmherzigkeit» bekannt. 18

Angehörige sind auch Betroffene

Palliative Care betrifft auch die Partnerinnen und Partner, die Söhne und Töchter. Viel zu selten bekommen sie Hilfe. 23

Die Telefon-Helpline

Das Pallifon ist ein telefonisches Auskunfts- und Unterstützungsangebot für Patienten, Angehörige, Heime und die Spitex. 27

Das katalanische Palliative-Care-Projekt

Die WHO untersuchte in Katalonien die Effizienz einer flächen-deckenden Palliative Care – mit verblüffenden Ergebnissen. 28

Demenz und Palliative Care

Weil Menschen mit einer Demenz häufig nicht benennen können, was sie schmerzt und bedrückt, ist beim Medizin- und Pflegepersonal Sensibilität gefragt. 30

Palliative Care für Kinder, Jugendliche und ihre Familien

Wenn Kinder todkrank werden, gerät die Familie an die Belastbarkeitsgrenze. Es gibt zu wenige Unterstützungsangebote. 32

Alter

Grippeimpfung für alte Menschen

Die herkömmliche Grippeimpfung schützt alte Menschen nur sehr eingeschränkt. Gibt es Alternativen? 33

Beginnt Parkinson im Magen?

Der deutsche Hirnforscher Heiko Braak vermutet, dass eine Parkinson-Erkrankung schon sehr früh und im Magen beginnt. Ist diese Hypothese der Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie? 37

Weiterbildung

Rehabilitation durch Arbeit

An der Hochschule Luzern hat man die Wirkmechanismen der Arbeitsagogik untersucht. 40

Journal

Lohrs Legislatur 43

Kolumne 44

Kurznachrichten 44

Stelleninserate 22, 36

Das Titelbild und alle Bilder zum Schwerpunktthema «Abschied vom Leben» sind mit freundlicher Genehmigung des Regisseurs Stephan Rathgeb dem Film «Sterben heute» entnommen. Den Film hat das Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben mit der Absicht, eine Bestandaufnahme der Palliative Care in der Schweiz Ende 2015 zu machen.

Impressum Redaktion: Beat Leuenberger (leu), Chefredaktor; Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn); Urs Tremp (ut) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 2016, 87. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Ringier Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien, Förrlibuckstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich, Telefon: 043 444 51 05, Telefax: 043 444 51 01, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, New Media and Print, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Lisa Oppliger • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2014: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11x, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2013: 3000 Ex. (Total verkaufte Auflage 2911 Ex., Total Gratisauflage 89 Ex.), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058

Das Leben ist endlich – mit guter Palliative Care können wir das wieder akzeptieren

Es gilt, auch Sterben zu lernen – nicht nur Leben

Über Palliative Care redet man nicht gern: Sie erinnert an die Vergänglichkeit. Es sei aber wichtig, das Thema nicht zu tabuisieren und bewusst zu machen, dass Leben und Sterben zusammengehören, sagt Stephan Sigrist, Gründer des Think Tanks W.I.R.E.

Von Claudia Weiss

Der Schock ist gross, wenn der Arzt seiner Patientin mitteilt: «Ich kann nichts mehr für Sie tun.» Zuerst herrscht schwarze Leere, ein bodenloses Loch. Dann aber kommen Fragen: Was bedeutet das? Wie soll das Lebensende gestaltet werden? Wie viel Medizin muss noch sein, obwohl sie keine Heilung mehr bringt? Die Antwort von Steffen Eychmüller, Leiter der Palliativstation am Inselspital Bern, lautet klar: «Wir können noch sehr viel unternehmen, auch wenn keine medizinische Therapie mehr möglich ist.»

In dieser Situation – und nicht, wie viele glauben, erst wenn es ums Sterben geht – kommt Palliative Care ins Spiel (Erklärung «Palliative Care» siehe Kasten Seite 8). Palliative Care heisst

Nationale Palliative-Care-Tage 2015

Die Beiträge dieser Ausgabe entstanden zum aufgrund von Vorträgen, die Fachleute aus dem Bereich Palliative Care an den Nationalen Palliative-Care-Tagen Anfang Dezember in Bern hielten. Bund und Kantone fördern Palliative Care seit 2010 mit der «Nationalen Strategie Palliative Care». Nach sechs Jahren Strategie zogen die Beteiligten (Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und Partner wie die Fachgesellschaft «palliative ch») eine Zwischenbilanz.

nicht nur «Sterben helfen», sondern vielmehr entscheiden, ob und welche Therapien noch sinnvoll sind, und vor allem, was die letzten Monate, Wochen oder Tage noch lebenswert macht. Zu gern wird das Thema heute noch verdrängt – zu sehr erinnert es an die Vergänglichkeit. «Es geht darum, Palliative Care in die Zukunft zu bringen», empfiehlt Stephan Sigrist vom interdisziplinären Zürcher Think Tank W.I.R.E. (Web for Interdisciplinary Research and Expertise) in einem Plädoyer. Es gelte, die Lücke zwischen Leben und Sterben zu schliessen. Der berühmte amerikanische Filmregisseur Woody Allen, meint er, habe wohl

Es herrscht eine Lücke in der Vorstellung, wie das Alter zwischen aktiv und gebrechlich ist.

vielen aus dem Herzen gesprochen, als er erklärte: «My relationship with death remains the same: I'm strongly against it – meine Beziehung zum Tod bleibt dieselbe: Ich bin stark dagegen.» In einem Interview mit «Vanity Fair» sagte Allen allerdings, Alt-

werden sei auch blöd: «Ich finde das eine lausige Sache: Es gibt überhaupt keinen Vorteil dabei. Man wird nicht schlauer, man wird nicht weiser, man wird nicht weicher ... Bloss der Rücken beginnt zu schmerzen und die Augen werden schlechter ...» Sein trockenes Fazit: «Ich würde raten, das nicht zu tun.»

Sich mit der Endlichkeit auseinandersetzen

Es ist eine Tatsache, dass wir älter werden und dass die meisten Menschen nicht einfach bis zum Ende topfit sind und dann friedlich einschlafen. Das zwingt uns, irgendwie damit zu leben, dass wir einmal Abschied nehmen vom Leben. «Das Dilemma der Endlichkeit», nennt das Stephan Sigrist, ursprünglich Biochemiker mit ETH-Abschluss und Gründer des Think Tanks W.I.R.E.: Gerade heute, da das Internet unsere Lebensspuren für alle Ewigkeit konserviert, seien wir gezwun-

gen, uns mit der realen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen: «Wir müssen uns den Fragen rund um unsere Endlichkeit stellen.»

Stephan Sigrist ortet vor allem eine Lücke in den Vorstellungen, wie das «Alter zwischen aktiv und gebrechlich» aussehen könnte. Der britische Bio-Gerontologe Aubrey de Grey beispielsweise bezeichnet das Alter als «Krankheit, die abgewendet werden muss». Er behauptet allen Ernstes, wenn das gelinge, können die Menschen Hunderte, ja gar Tausende von Jahren alt werden. Für de Grey gilt es einzig, die «Krankheit Alter» zu besiegen. «Das Problem jedoch ist, dass mit dieser Haltung die Krankheit im Fokus steht und nicht der Mensch», sagt Sigrist.

Noch salopper ausgedrückt: «Gesund ist nur noch, wer nicht getestet wurde.» Denn die intelligenten Gesundheitsüberwachungsgeräte sollen bis 2020 rund 200 mal mehr medizinische Daten liefern als heute schon – eine ungeheure Informationsflut. Diese mache uns allerdings nicht sicherer: «Im Gegenteil, mehr Daten führen bloss zu mehr Verunsicherung», sagt Sigrist. Dieser Enthumanisierung müsse man entgegentreten. Vor diesem Hintergrund werde auch Palliative Care enorm an Bedeutung zunehmen. Allerdings, schränkt Sigrist ein, sei es schwierig, heute schon Strategien für die Palliative Care von 2050 zu entwerfen: «Die Realität ändert sich laufend.» Trotzdem nennt er fünf Punkte, die beachtet werden sollten:

- **Bewusstsein schaffen – die Dinge erkennen, die wirklich zählen:** Im Zentrum der Fragen um die Zukunft des Sterbens steht die Auseinandersetzung mit uns selbst – mit der Tatsache unserer Endlichkeit. Es geht dabei darum, schon frühzeitig zu entscheiden, was uns im Leben wichtig ist, zu identifizieren, wofür es sich lohnt, Zeit, Geld und Energie aufzubringen.
- **Das Umfeld für den letzten Lebensabschnitt neu gestalten – jenseits der Medizin denken:** Die Neugestaltung des Sterbens bedingt eine Umgebung, die nicht die Medizin, sondern den Menschen ins Zentrum stellt – von der Gestaltung von Räumen bis zur Art und Weise der Betreuung. Das bedeutet auch, soziale Innovation zu stärken, beispielsweise die Schnittstellen zwischen Mensch und Maschine. Bei einer Befragung von Seniorinnen und Senioren antworteten beispielsweise die meisten mit Nein auf die Frage, ob sie von einem Pflegeroboter gepflegt werden wollen. Daraufhin wurde die Frage leicht geändert: «Möchten Sie von einem Pflegeroboter gepflegt werden – oder lieber in ein Pflegeheim eintreten?» Und da wählten die Befragten plötzlich doch lieber den Roboter.
- **Das Lebensende in den Alltag bringen – Austausch zwischen Lebenden und Sterbenden fördern:** Die Ausklammerung von Alter, Krankheit und Tod ist zu einem wesentlichen Teil Fol-

>>

Palliative Care in der Hausarztpraxis

Vier von fünf Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, können im Rahmen der Grundversorgung behandelt und betreut werden. Auch die europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) empfiehlt dringend den Ausbau von Palliative Care in der Grundversorgung. Sie hat dazu einen Leitfaden für Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt, denn diese sind am besten geeignet, ihre Patienten rechtzeitig rundum zu betreuen.

Sie können:

- Patientinnen und Patienten mit allen lebensbedrohlichen Krankheiten erreichen
- früh im Verlauf einer lebensbedrohlichen Krankheit mit der Versorgung beginnen
- das gesamte Umfeld abdecken: körperlich, sozial, psychologisch und spirituell
- die Versorgung in Praxen, Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld durchführen und so unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden
- Angehörige unterstützen und Trauerbegleitung anbieten.

«Ihnen als Hausärztin oder Hausarzt kommt dabei eine wichtige Rolle zu», heisst es auch in der Informationsbroschüre von palliative.ch. Hausärzte kennen die Betroffenen, aber auch ihre Familien und die persönliche Situation, und sie sind in der Region verankert, sodass sie allfällige Entlastungsmöglichkeiten kennen und organisieren können. «Das sind zentrale Voraussetzungen für eine gute palliative Behandlung und Begleitung bis zum Lebensende.»

Um eine gute Versorgung zu gewährleisten, sagt Klaus Bally vom Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, müssen Hausärzte entsprechend ausgebildet werden: «Die Anforderungen sind gross, sie müssen vor allem sehr sattelfest sein im Erkennen und Behandeln von Schmerzen, aber sie müssen auch stark sein im Kommunizieren.» Genau diese Ausbildung, da sitzt für ihn die Wurzel des Übels, «ist aber noch nicht einheitlich geregelt und erst recht nicht ausführlich genug». Rund 60 Stunden Ausbildung in Palliative Care verlangt die WHO. Kaum eine Schweizer Universität verlangt gemäss Bally annähernd diese Anzahl Stunden, in einigen ist es den Studierenden freigestellt, ob sie den Unterricht in diesem Fach überhaupt besuchen wollen. Dabei gäbe es genug zu lernen: Symptommanagement (vor allem Schmerzfreiheit), Familiensupport, Netzwerkorganisation und Entscheidungsfindung – die Herausforderungen seien vielseitig und interessant, sagt Bally. «Viele Hausärzte fühlen sich dafür aber nicht kompetent genug. Sie führen oft Zeitmangel an, finden, andere wären besser geeignet, oder behaupten, das sei mit anderen Aufgaben unvereinbar.» Interessant sei vor allem ein Punkt, der sich bei Umfragen herauskristallisierte: «Ältere Ärztinnen und Ärzte über 60 geben ihre Patienten seltener an Spezialisten oder Spitäler ab als jüngere, weil sie sich sicherer fühlen, auch Palliative Care anbieten zu können.» Den Jüngeren, so vermutet er, würde eine wesentlich bessere Ausbildung in diesem Bereich helfen. Damit würden sie sich künftig besser in der Lage fühlen, ihren Patientinnen und Patienten auch Palliative Care anzubieten, statt sie abzugeben.

ge der Gestaltung unseres Alltags, bei dem alte Menschen kaum noch mit der aktiven Generation der erwerbstätigen Bevölkerung oder mit Kindern zusammentreffen. Eine Voraussetzung, um mehr Bewusstsein und Verständnis zu schaffen, sind Konzepte, die ein Zusammentreffen unterschiedlicher Generationen fördern. Manchmal hilft es, die Gesundheit nicht ständig ärztlich untersuchen und überprüfen zu lassen. Innovationen gebe es auch jenseits der Medizinaltechnik. «Less is more», sagt Sigrist. Stattdessen könnte man den Erfahrungsaustausch fördern.

- **Eine neue Kultur des Abschiednehmens entwickeln – Sicherheit vermitteln:** In der Individualgesellschaft haben sich uns unendliche Möglichkeiten eröffnet, unser Leben – und auch unser Ableben – zu gestalten. «Das Sterben gehört zum Leben», sagt Sigrist. Bereits entstehen weltweit «Death Cafés», in denen sich Menschen treffen, um ungezwungen «bei Kaffee und Kuchen über den Tod zu reden» (deathcafe.com). Und in Boston dürfen in einem neuen Projekt die Friedhöfe

Palliative Care – Schutzmantel für gute Lebensqualität am Ende

Palliativ kommt vom lateinischen «palliare», schützend umhüllen, das Pallium ist ein Schutzmantel. In diesem Sinn soll Palliative Care Menschen durch eine Phase des Lebens helfen, in denen sie viel Schutz nötig haben: Weil sie chronisch krank sind, weil keine Heilung mehr möglich ist, weil sie sich damit auseinandersetzen müssen, dass der Tod nicht mehr unbestimmbar fern ist, sondern die Lebenszeit klar begrenzt, auf Jahre, Monate oder gar nur noch Wochen. Der Begriff «Palliative Care» wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO 2002 lanciert und definiert.

Die sechs Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care gemäss Definition des Bundesamts für Gesundheit (BAG) lauten:

- Symptome erfassen, behandeln und lindern
- Die letzte Lebensphase gestalten
- Bei der Entscheidungsfindung unterstützen, vorausplanen
- Netzwerk bilden und koordinieren
- Die Angehörigen unterstützen
- Während der Trauerphase begleiten

Zusammengefasst bedeutet Palliative Care, dass Menschen mit einer schweren und unheilbaren Krankheit alle nötige Unterstützung erhalten, die ihr Leben oder Sterben erleichtert. Dafür sorgt ein Netzwerk von Fachleuten aus Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialdienst, Physio- und Ergotherapie sowie Seelsorge. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen entscheiden sie, welche Behandlung die individuellen Bedürfnisse am besten und umfassend abdeckt: In dieser Phase stehen die Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen im Vordergrund.

für «Urban Gardening» verwendet werden, fürs «Stadtgärtnern». Entsprechend gilt es, über neue Rituale, Werte oder Protokolle nachzudenken, die einerseits Individualität ermöglichen und auf die heutige Gesellschaft zugeschnitten sind, gleichzeitig aber in einem breiteren Kontext Sicherheit stiften und Sterbenden wie auch Verbleibenden helfen, Trost spenden und Antworten liefern.

- **Verantwortung übernehmen – Abschied nehmen geht nicht allein:** «Die Verantwortung dafür, dass ein Mensch nicht allein stirbt, kann nicht an Institutionen delegiert werden; sie bleibt bei den Angehörigen und Freunden, sagt Stephan Sigrist. Das bedeute, dass wir alle die Bereitschaft auf uns nehmen müssen, uns bereits im aktiven Teil unseres Lebens mit dem eigenen Schicksal auseinanderzusetzen. «Letztlich ist eine persönliche Betreuung nur durch den Menschen möglich.» Das heisse aber auch, im Bewusstsein der Endlichkeit zu leben. Im Zentrum stehe die Verbindung zwischen Menschen und Strukturen, die dieses den Angehörigen und Pflegenden ermöglichen. Vor allem aber der Wille und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. «Eigentlich müssten wir uns schon ab 20 mit unserer Endlichkeit befassen», fasst Sigrist zusammen: «Wir müssen Leben und Sterben lernen!»

Damit setzt Sigrist den Gedanken fort, den schon die Begründerin der Palliative Care, Cicely Saunders, einst äusserte: «Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben.»

Wer gut gelebt habe, könne

irgendeinmal auch gut sterben. Und das, so Saunders, ist manchmal besser: «Es ist nicht gesund, das Sterben in die Länge zu ziehen.» ●

**«Es gibt Zeiten,
in denen es im
Interesse der
Gesundheit liegt,
zu sterben.»**



Buchtipp:

«Gutes Leben – gutes Sterben»

Der Tod ist in unserer Gesellschaft ein Tabu. Dabei wäre die Vorbereitung auf das Sterben die beste Vorbereitung auf das Leben. Wie sehr das gute Leben und das gute Sterben miteinander verknüpft sind, zeigt das Büchlein auf, das (auch heitere) Texte von verschiedenen Persönlichkeiten enthält. Denise Battaglia, Ruth Baumann-Hölzle (Hg.):

«Gutes Leben – gutes Sterben»,
Schulthess Verlag 2013, 34 Franken.

«Zuerst kam meine Mutter auf die Lungenabteilung; dort kannten sie ihre Krankheit allerdings nicht.»

Emma, Tochter



Emma hätte sich mehr psychologische und seelsorgerische Unterstützung für ihre Eltern gewünscht.

« Den Tod meiner Mutter mitzuerleben, war furchtbar für alle. Ein extrem schwieriges Erlebnis. Jedes Mal wenn sie aufwachte, hatte sie Schmerzen, Panik, und wir mussten mit ihr zusammen die Entscheidung treffen, dass man ihr genug Schmerz- und Beruhigungsmittel gibt, dass sie nicht mehr aufwacht. Angefangen hat es in der grossen Zehe. Plötzlich funktionierte sie nicht mehr. Langsam breitete sich die Krankheit über den ganzen Körper aus. Zuerst in den Beinen, sie konnte nicht mehr gehen, später kam die Schwäche in den Armen dazu. Schlussendlich, als sie ins Spital kam, konnte sie nicht mehr allein atmen, brauchte ein Gerät zum Atmen, konnte nicht mehr schlucken. Die letzten zwei Wochen konnte sie nicht mehr sprechen, nicht einmal mehr lächeln. Die Muskeln haben einfach nicht mehr funktioniert. Meine Mutter musste lange auf einen Platz in der Palliative-Care-Abteilung warten. Patienten mit Motoneuronenerkrankung haben so viel Pflege nötig, dass man sagt, sie bräuchten zwei oder drei Betten. Meine Mutter kam zuerst auf die Lungenabteilung des Spitals, wo sie für ihre Behandlung

nicht eingerichtet waren, das Personal nicht hatten und die Krankheit nicht kannten. Als sie eingewiesen wurde, konnte sie noch Suppe essen, aber innerhalb von zwei Tagen konnte sie nichts mehr essen. Man hat ihr dann das Essen einfach hingestellt. Sie sagte nicht, dass sie es nicht essen könne, sondern liess es einfach stehen, ass mehrere Tage nichts und wurde extrem schwach. Nach zwei Wochen Warten auf der Lungenabteilung hat meine Mutter schliesslich ein Bett in der Palliative-Care-Station bekommen. Bald darauf ist sie gestorben. Ich hätte mir mehr psychologische Unterstützung und Seelsorge gewünscht, um der Mutter zu helfen, sich damit abzufinden, aber auch für den Vater, mit der Pflege fertig zu werden. »

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

EHB
IFFP
IUFFP

EDGENSISCHES
HOCHSCHULINSTITUT
FÜR BERUFSBILDUNG
INSTITUT FEDERAL
DES HAUTES ETUDES
EN FORMATION PROFESSIONNELLE
ISTITUTO
UNIVERSITARIO FEDERALE
PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

oda
gesundheit
bern

Für eine starke Bildung

AUSBILDUNGSLEITERIN/AUSBILDUNGSLEITER IM GESUNDHEITSBEREICH
CERTIFICATE OF ADVANCED STUDIES (CAS)



Sind Sie verantwortlich für
Berufslernende und Studierende,
entwickeln Ausbildungskonzepte
und setzen diese um? Oder führen
Sie ein Team von Berufsbildenden?

Ergänzen Sie Ihr Fachwissen und
entwickeln Sie Ihre Fähigkeiten
im Bereich Bildung und Führung
mit diesem praxisnahen Lehrgang
weiter!

INFORMATIONSVORANSTALTUNG

27. Januar 2016
8. März 2016
jeweils 18 Uhr
OdA Gesundheit Bern
Sägemattstrasse 1, 3098 Köniz
(5. Stock, Zimmer 501).
Anmeldung nicht erforderlich

Weitere Informationen unter:
www.oda-gesundheit-bern.ch/cas

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

heraus
forderndes
verhalten
bei
menschen
mit
demenz

www.weiterbildung.curaviva.ch/betreuung

Weiter
Kommen



Weiterbildung, die wirkt!

MAS Spezialisierte Pflege, Web-Code: M-PFL-4

MAS Mental Health, Web-Code: M-O-2

MAS Mediation, Web-Code: M-MED-1

DAS Angehörigen- und Freiwilligen-Support
50 Studientage, ab Oktober 2016, Web-Code: D-GER-1

DAS Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung
52 Studientage, ab März 2016, Web-Code: D-GER-2

DAS Demenz und Lebensgestaltung
52 Studientage, ab November 2016, Web-Code: D-GER-3

CAS Change Management
22 Studientage, ab September 2016, Web-Code: C-SOZ-7

Weitere Studiengänge und Fachkurse unter
bfh.ch/weiterbildung

Besuchen Sie unsere
Infoveranstaltungen:
bfh.ch/weiterbildung



Berner
Fachhochschule

Ihre Karriere – unser Programm

Mobile Palliative-Care-Teams beraten auf Abruf Private und Institutionen

«Manchmal hilft es schon zu wissen, dass wir jederzeit erreichbar sind.»

Palliative Care ist nicht unbedingt an eine Institution gebunden. In der Region Bern/Jura/Neuenburg arbeitet ein mobiles Palliative-Care-Team mit Hausärzten, Angehörigen, Spitex und Pflegeheimen zusammen. Manchmal gibt schon eine telefonische Beratung mehr Sicherheit.

Von Claudia Weiss

«Palliative Care verbessert die Lebensqualität, das beweisen inzwischen zahlreiche Studien», sagt Christian Bernet, Direktor und Chefarzt des mobilen Palliative-Care-Teams BeJuNe (Bern Jura Neuenburg, www.emsp-bejune.ch). Aber auch bei der täglichen Arbeit sehen er und seine Mitarbeiterin, Pflegefachfrau Mireille Guilamé, diesen Effekt immer wieder. Die beiden schildern drei Fallbeispiele aus ihrem Alltag, die veranschaulichen, wie vielfältig Palliative Care aussehen kann.

Frau A., 68, Brustkrebs mit Knochen- und Lungenmetastasen. Betreuung daheim und im Palliativzentrum:

Der jüngere Ehemann, erst 62 Jahre alt, arbeitet noch. Seine Frau will partout keine onkologische Behandlung. Seit Wochen leidet sie aber unter starken Knochenschmerzen, Angstzuständen, befürchtet den Verlust ihrer Autonomie und kämpft zudem mit Schuldgefühlen, weil sie den ersten Arztbesuch trotz ihrem Verdacht hinausschob. Häusliche Pflege möchte sie nicht in Anspruch nehmen, sie denkt wie viele andere, diese sei bloss für medizinische Verrichtungen wie die Verabreichung von Spritzen vorgesehen. Frau A. nimmt nur wenige Medikamente. Das mobile Beraterteam führte lange Gespräche mit ihr, überzeugte sie vom Sinn, zur Schmerzlinderung Morphium einzunehmen. Den Rat der Ärzte, sich zum gleichen Zweck bestrahlen zu lassen, lehnte sie ab, weil sie den Radiologen nicht

mochte. Nach erneuten Gesprächen konnte das Team Frau A. schliesslich überzeugen, die Betreuung langsam zu steigern – nicht zuletzt zur Entlastung ihres Mannes. Von da an akzeptierte die Patientin, dass einmal pro Woche ein Pflergeteam zuhause vorbeikam. Dank dem Morphium verschwanden die Schmerzen fast ganz, und Frau A. konnte für eine Weile ein beinahe normales soziales Leben führen. «Das gelang nicht zuletzt dank der guten Zusammenarbeit mit dem Hausarzt», sagt Christian Bernet.

Als Frau A. akut verwirrt wurde, verbrachte sie zehn Tage im Palliativzentrum La Chrysalide in La Chaux-de-Fonds. Dank der Unterstützung durch das mobile Palliative-Care-Team, das half, ein solides Netzwerk aus Familie und Freunden aufzubauen, konnte sie danach sogar noch für mehrere Monate nach Hause zurückkehren. Nach einer stabilen Phase verschlechterte sich ihr Zustand aber plötzlich rasch. Eine Hospitalisation wurde nötig, und nach zwei Wochen auf der Palliativstation starb die Patientin gut betreut.

«In unserer täglichen Arbeit sehen wir, wie Palliative Care die Lebensqualität enorm steigert.»

Herr B., 91, metastasierender Blasenkrebs. Betreuung daheim:

Der Patient ist ehemaliger Schulleiter. Seine Frau ist viel jünger und vitaler als er. Das Ehepaar nimmt Hauspflege in Anspruch, zudem kommen regelmässig freiwillige Helfer von der Caritas vorbei.

Dann aber hatte Herr B. eine Krise: Heftige akute Schmerzen plagten ihn, und er äusserte den Wunsch zu sterben. Alle Beteiligten kümmerten sich sehr um ihn, und die Frage stellte sich, ob er zuhause bleiben konnte oder ins Spital eingewiesen werden musste. Das mobile Palliative-Care-Team besprach mit

>>

Palliative Pflege für erwachsene Menschen mit einer Behinderung

Wie alle anderen werden auch erwachsene Menschen mit einer Behinderung, die in Institutionen leben, immer älter. Das Durchschnittsalter liegt heute bei 45 Jahren. Weil auch bei ihnen im Alter unheilbare und chronische Krankheiten häufiger auftreten, nimmt der Betreuungsaufwand zu. Eine Zusatzschwierigkeit ist die Tatsache, dass je nach Behinderung nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner ihre Wünsche kundtun oder Leiden äussern können. Mit der Studie «Palliative Pflege in Wohnheimen der Behindertenhilfe PalCap» untersuchte Monika Wicki zusammen mit Simon Meier und Judith Adler von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich die Fragen: «Sind die Heime auf diesen Wandel vorbereitet? Und können die Personen, die in solchen Institutionen leben, ihr Lebensende selbstbestimmt gestalten?»

Zu diesem Zweck verschickte das Forscherteam einen Fragebogen an 437 Wohnheime für Erwachsene mit Behinderung in der ganzen Schweiz. Gefragt wurde nach den Möglichkeiten der Gestaltung des Lebensendes, nach Richtlinien und Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner an Entscheidungsprozessen am Lebensende. In einem zweiten Schritt führte das Forschungsteam Interviews durch mit Betreuenden, Pflegenden und ambulanten Palliative-Care-Teams und wertete sie aus.

Die Studienergebnisse zeigten: In etwas mehr als der Hälfte aller befragten Wohnheime für Erwachsene mit einer Behinderung gab es in den letzten fünf Jahren Todesfälle, aber nur ein Drittel der Wohnheime beherbergte die Personen auch dann bis ans Lebensende, wenn sie über eine längere Zeit stark pflegebedürftig wurden. «In den Wohnheimen sind nur wenige Leitlinien zu Palliative Care vorhanden, Instrumente zur Erfassung der Entscheidungsfähigkeit fehlen weitgehend», so fassen die Forschenden die Befragungen zusammen. «Die betroffenen Personen wurden bei Entscheidungen am Lebensende häufig kaum mit einbezogen. Am wenigsten, wenn sie von einer geistigen Behinderung betroffen waren.» In Wohnheimen, die über Leitlinien zu Palliative Care verfügen, attestierten die Befragten den Menschen mit Behinderung eine höhere Selbstbestimmung bei Entscheidungen am Lebensende als in Wohnheimen, in denen keine solchen Leitlinien vorlagen.

Die Studie liefert Grundlagen für die Wissenschaft, die Praxis und die Politik, sagen die Autorinnen und der Autor: «Die Daten ermöglichen es, Faktoren zu definieren, die für eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensendes von Erwachsenen mit Behinderung förderlich sind, insbesondere von jenen mit einer intellektuellen Behinderung.»

ihm viele Fragen, die ihn beschäftigten, unter anderem auch nach seinem Lebensplan. Dank vermehrter Therapie besserte sich seine Harnverhaltung, und sein Zustand stabilisierte sich. Für eine kurze Phase genügte eine telefonische Unterstützung, die auch das Betreuungsteam entlastete. Nach einer erneuten Krise, in der Herr B. unter stärkeren Schmerzen litt und vor allem Angst hatte, was auch seine Frau sehr belastete, erhielt er mehr und stärkere Schmerzmittel. Diese machten den Patienten zwar schläfrig, doch er fühlte sich wohl. «Das mobile Palliative-Care-Team war jederzeit zur Unterstützung bereit», sagt die Pflegefachfrau Mireille Guilaumé. «Und in der folgenden Woche starb Herr B. ruhig zuhause.»

Herr C., 78, neurodegenerative Erkrankung. Betreuung im Pflegeheim mit Unterstützung durch das mobile Palliative-Care-Team:

Der Patient war früher Lehrer und Journalist, ein flugbegeisterter, interessierter Mann, der jetzt in einem Pflegeheim lebte. Er hatte schon früh eine Patientenverfügung ausgefüllt.

Als sich seine Erkrankung verstärkte, stellten sich vor allem Fragen nach der Schmerztherapie und nach Möglichkeiten, mit seinen Schluckstörungen umzugehen. Via Tablet und mit Zeichen konnte er gut kommunizieren. Aber beim Essen musste ihn das Personal regelmässig mit dem Heimlich-Griff vor dem Ersticken bewahren. Trotzdem weigerte er sich, das Essen püriert einzunehmen. Mit seinem Rollstuhl war er ziemlich mobil, tagsüber bewegte er sich teils selbstständig. In der Nacht allerdings litt er unter Angstzuständen und rief immer wieder, was für die Nachtwache einen ziemlichen Stress bedeutete.

In Gesprächen mit den Verantwortlichen des Pflegeheims konnte das mobile Palliative-Care-Team etliche Verbesserun-

gen für solch schwierige Situationen einbringen: Schmelztabletten statt normaler Tabletten verhinderten, dass sich der Patient verschluckte. Und das Pflegepersonal erstellte ein Atem-Sedierungsprotokoll. Dank diesen Massnahmen fühlten sich alle wieder sicherer, sodass der Patient die nächsten zwei Monate ruhig verbringen konnte. «Manchmal hilft es schon zu wissen, dass wir jederzeit erreichbar sind», sagt Chefarzt Christian Bernet. Später kam es erneut zu einer schluckbedingten Notsituation, und wieder wurde das Beratungsteam beigezogen. Die Fachleute empfahlen, das Esas-Tool (Edmonton Symptom Assessment System) einzusetzen: Mit diesem konnten die Pflegenden das Wohlbefinden ihres Patienten anhand von Kreuzen bemessen, beispielsweise «kein Schmerz» bei null, «schlimmstmöglicher Schmerz» bei zehn. Das Instrument hilft unter anderem auch, Notsituationen früh zu erkennen. Herr C. schätzte diese angepasste Kommunikationsmöglichkeit und zeigte mit den gesetzten Kreuzen, dass sein Wohlbefinden gut war. Das Pflegepersonal war dank diesen Massnahmen beruhigt und gestärkt. Vor einem Monat starb der Patient ruhig und ohne Komplikationen.

Unterstützung für Patienten und Umfeld

«Wir wollen uns um alle kümmern», erklärt Christian Bernet. «Die Patienten können wir von vielen Ängsten entlasten; dies wiederum beruhigt auch die Angehörigen und die Pflegeteams.» Oft gehe es auch um Organisatorisches: Wer kümmert sich um welches Bedürfnis? «Dabei muss man sich immer bewusst sein, dass Palliative Care bedeutet, in einem System zu arbeiten», betont Bernet: «Alles, was für den Patienten gut ist, hilft auch den Angehörigen, und umgekehrt. So kann man viel Mehrwert schaffen.» ●

«Die Arbeit mit den Angehörigen nimmt manchmal mehr Raum ein als die Betreuung der Bewohner.»

Isabelle Weibel, Pflegeexpertin Palliative Care, Pflegezentrum Bächli, Bassersdorf ZH



Isabelle Weibel glaubt, dass die Angehörigen mit der Situation oft überfordert sind, die beim Sterben entstehen.

« Am allerliebsten möchte ich zuhause im eigenen Bett sterben mit Menschen um mich herum, die ich gern habe, mit einem Kissen, dessen Anzug an der Sonne getrocknet wurde, mit Musik, die mir gefällt, mit angenehmen Berührungen. So stelle ich mir das vor.

Palliative Care sollte es ermöglichen, dass man in aller Ruhe und in Frieden von der Welt gehen kann. Allgemein fehlt es an der Kommunikation über das Sterben und über den Tod. Unser Gesundheitssystem ist nicht auf die Persönlichkeit des Menschen ausgerichtet.

Ich glaube einfach, dass die Angehörigen mit der ganzen Situation überfordert sind, weil sie keine Unterstützung haben in diesen schwierigen Situationen, die es beim Sterben gibt und weil sie wahrscheinlich gar nicht wissen, wo sie die geeignete Unterstützung herholen könnten und wie sie aussehen würde.

Das Personal probiert schon auch in der Pflegeinstitution, eine vertraute Atmosphäre herzustellen, muss aber immer Kompromisse machen. Nie entsteht das innere Heimatliche wie zuhause.

Die Arbeit mit den Angehörigen nimmt manchmal sogar mehr Raum ein als die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese Arbeit machen die Pflegenden nebenbei. Und das ist eine grosse Arbeit, ohne die es nicht geht. Ohne das Mitnehmen der Angehörigen im Gesamten geht es nicht.

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

Sechs Jahre «Nationale Strategie Palliative Care» – Umsetzung und Erfahrungen

«Die Basis für eine Qualitätssteigerung ist vorhanden»

Die Versorgung mit Palliative Care und deren Finanzierung waren bedeutende Themen in den Jahren der «Nationalen Strategie Palliative Care». Heute sei das System der Palliative Care fit für die Zukunft und die Grundlagen für die Weiterentwicklung seien vorhanden, sagt Stefan Leutwyler*.

Interview: Beat Leuenberger

Herr Leutwyler, im Gesundheitswesen spielen Fragen der einheitlichen und flächendeckenden Versorgung eine bedeutende Rolle. Ist auch die Palliative Care ein Bestandteil davon?

Stefan Leutwyler: Selbstverständlich. Wir bewegen uns in einem Bereich, in dem Bund, Kantone und Gemeinden Funktionen der Regulierung wahrnehmen und Rahmenbedingungen setzen, um die Versorgung gewährleisten und sicherstellen zu können durch eine Vielzahl von privaten, halböffentlichen und öffentlichen Institutionen, die in diesem Feld tätig sind. Diese Institutionen haben in der Ausgestaltung ihrer Leistungen natürlich gewisse Spielräume, in denen sie sich bewegen. Das führt zu einer enormen Vielfalt von unterschiedlichen Strukturen und Angeboten in den Kantonen. Damit sind wir konfrontiert, und damit müssen wir uns auseinandersetzen,



* **Stefan Leutwyler** ist stellvertretender Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK).

wenn es um die Pflege und Weiterentwicklung der Palliative Care geht.

Die «Nationale Strategie Palliative Care» hat sich diese Weiterentwicklung zur Aufgabe gemacht. Mit welchem Ziel?

Den Zugang zur palliativmedizinischen Pflege für schwerkranke und sterbende Menschen jederzeit zu gewährleisten.

Wie weit ist die Umsetzung bereits gelungen?

Verschiedene Massnahmen wurden im Namen der Strategie ergriffen, Aktivitäten sind gelaufen. Wichtige, eher indirekte Instrumente als Hilfestellungen für Behörden und Leistungserbringer wurden erarbeitet, die es ermöglichen, mit dem Thema Palliative Care strukturierter umzugehen. Mehrere Publikationen sind entstanden, die wichtige Grundlagen schaffen und dazu dienen, dass die involvierten Kreise mindestens gemeinsam denken. Sie haben auch entsprechend gute Resonanz gefunden.

Von welchen Publikationen sprechen Sie?

Vor Kurzem ist das Dokument zur allgemeinen Palliative Care** erschienen. In diesem Dokument geht es darum, die Leistungs- und Versorgungsstrukturen sowie die Kompetenzen für die allgemeine Palliative Care zu klären und eine Basis zu bieten, um die Qualität der Angebote zu verbessern und bekannt zu machen, Aus- und Weiterbildungsangebote zu strukturieren und Finanzierungsfragen zumindest aufzuwerfen, zum Teil auch zu klären. Auch im Bereich der spezialisierten Palliative Care wurden verschiedene Grundlagen erarbeitet, etwa bezüglich der Abgrenzung: Was ist allgemeine Palliative Care, die in den Versorgungsstrukturen breit verankert ist, und wo braucht es spezialisierte Angebote? Wie grenzen sie sich voneinander ab? Die Dokumente zeigen Indikationskriterien auf für die Versorgungsplanung und dienen dem Aufbau von lokalen und überregionalen Versorgungsstrukturen. Sie richten sich vor

Nationale Strategie 2010 bis 2015

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Sie haben deshalb im Oktober 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet. Nach sechs Jahren ist die Strategie Ende 2015 ausgelaufen und wird in eine Plattform umgewandelt.

Die Bilanz der «Nationalen Strategie Palliative Care» von 2010 bis 2015 zeigt, dass viele der geplanten Massnahmen umgesetzt und wichtige Grundlagendokumente erarbeitet wurden, womit eine gute Basis für die Förderung und Verankerung von Palliative Care in der Schweiz gelegt ist. An der Umsetzung der Massnahmen in den Bereichen «Versorgung», «Finanzierung», «Sensibilisierung», «Bildung», «Forschung» und «Freiwilligenarbeit» haben zahlreiche Akteure mitgearbeitet.

Die «Nationalen Palliative Care Tage 2015» vom 2. und 3. Dezember 2015 boten einen Rückblick auf die erreichten Meilen-

steine. Es wurde aber auch aufgezeigt, in welchen Bereichen noch Handlungsbedarf besteht. Der Film «Sterben heute»*** zeigt aus Sicht von betroffenen Personen, Angehörigen und Fachpersonen eindrücklich, wo Lücken und Probleme bestehen. Um diese Lücken zu beheben, wird ab 2017 eine «Plattform Palliative Care» lanciert. Diese soll dazu beitragen, den Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren zu fördern und gezielt Fragestellungen und Probleme zu bearbeiten. Ziel ist es, dass Palliative-Care-Angebote allen Menschen bedarfsgerecht und in guter Qualität zur Verfügung stehen.

*** «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz», ein Film von Stephan Rathgeb:
www.youtube.com/watch?v=c9nfuqJxRd0

allein an die regulierte Ebene – an Behörden, Gesundheits- und Sozialdirektoren.

Sie haben in den Kantonen Befragungen durchgeführt über den Ist-Zustand der Palliative-Care-Strukturen. Was haben Sie herausgefunden?

Wir wollten einen Überblick bekommen und Lücken aufdecken, Anregungen liefern für andere Kantone und andere Gemeinden. Die zwei ausführlichen Befragungen haben gezeigt, dass in den meisten Kantonen explizite rechtliche Grundlagen für Palliative Care vorhanden sind, dass es aber grosse Unterschiede gibt, wie Palliative Care in den Versorgungsstrukturen im Einzelnen verankert und umgesetzt ist.

Gibt es neben der Erarbeitung von Grundlagen auch konkrete Schritte, die bereits eingeleitet wurden?

Ja, auf verschiedenen Handlungsebenen wurden direktere Interventionen angestossen. Wir unterscheiden ja zwischen verschiedenen Bereichen, einerseits zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care, andererseits auch zwischen den verschiedenen Ebenen der Leistungserbringung – im Spitalbereich, im ambulanten Bereich und in der stationären Langzeitversorgung. Auf allen Ebenen haben Interventionen stattgefunden, und es wurden Projekte angestossen.

An welche Projekte denken Sie in erster Linie?

Bei der Spitalfinanzierung etwa ist es gelungen, die Palliative Care als einen von verschiedenen Schwerpunkten zu etablieren

** Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und «palliative.ch» (2015): «Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung», Download: www.bag.admin.ch/palliativecare > Grundlagen

in einem ständigen Dialog mit der Swiss DRG AG, die die Tarifstruktur des Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Leistungen pflegt und weiterentwickelt. Ab diesem Jahr wird die palliativmedizinische Komplexbehandlung im Fallpauschalensystem der Akutspitäler integriert sein. Weitere Schritte sind bereits aufgelegt.

«In den meisten Kantonen sind rechtliche Grundlagen für Palliative Care vorhanden.»

Welche Aufgaben gibt es sonst noch zu bewältigen?

Zuerst einmal ist es wichtig zu sehen, dass es sich bei der Umsetzung der Palliative-Care-Strategie um einen langfristigen Prozess handelt. In Zukunft wird es darum gehen, Leistungen, die nicht in Akutspitälern, sondern in spezialisierten Abteilungen erbracht werden,

zu erfassen und auszuwerten, damit die Abgeltung noch gezielter erfolgen kann.

Wie sieht die Situation in den Institutionen der Langzeitpflege aus?

Hier ist besonders die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung ein wichtiges Thema, die Anfang 2011 in Kraft getreten ist. Angesichts der Komplexität unserer Finanzierungssysteme sind vier Jahre ein kurzer Zeitraum. Noch immer gibt es etliche Einführungsfragen zu beantworten. Betroffen ist dabei natürlich auch die Palliative Care. In den Institutionen der Langzeitpflege läuft gerade ein spezifisches Projekt an, das die Gesundheitsdirektorenkonferenz in Zusammenarbeit mit Curaviva Schweiz massgeblich mitsteuert. Das Projekt untersucht, inwiefern sich die Aufwände für Palliative-Care-Situationen tatsächlich mit den heutigen Instrumenten der Leistungsmessungen abbilden lassen. Die Ergebnisse möchten wir als Grundlage nehmen für allfällige Anpassungen dieser Instrumente und der Abgeltungssysteme.

Gibt es bereits erste Erkenntnisse aus dem Projekt?

Dafür ist es noch zu früh. Zurzeit arbeiten wir intensiv an den Vorbereitungen, das heisst, wir rekrutieren Pflegeheime, die

>>

Themen und Tätigkeiten der GDK

In der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) werden sämtliche gesundheitspolitischen Fragen thematisiert. Hauptsächlich geht es um zentrale Dienste, die die GDK für die Kantone erbringt, und um Geschäfte, die wichtige Koordinationsfragen unter den Kantonen betreffen. Behandelt werden aktuelle gesundheitspolitische Probleme sowie Fragen, die die Stellung der Kantone im Verhältnis zum Bund und anderen Akteuren des

Gesundheitswesens tangieren. Die GDK ist Ansprechpartnerin bei der nationalen Gesetzgebung und deren Vollzug in den Kantonen.

In der GDK sind die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der Kantone in einem politischen Koordinationsorgan vereinigt. Zweck der Konferenz ist es, die Zusammenarbeit zwischen den 26 Kantonen, mit dem Bund und mit wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern.

sich am Projekt beteiligen. Dies kann auch als Aufruf gelten: Wenn es Institutionen gibt, die mitarbeiten möchten, sind wir interessiert daran, von ihnen zu hören.

Wann rechnen Sie mit ersten Resultaten?

Ende 2016 sollten Grundlagen vorliegen, die uns einen Schritt vorwärts bringen. Letztlich geht es – ähnlich wie im Spitalbereich – auch hier um die Tarifstruktur und die Abgeltung.

Hat sich die Palliative-Care-Strategie auch mit der Rolle der ambulanten Dienste auseinandergesetzt?

Ja. Im ambulanten Bereich gab es zu Beginn der Strategie eine Überprüfung von Leistungslücken in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dabei ging es um Leistungen, die nicht direkt Pflegehandlungen an Patientinnen und Patienten sind, sondern der Koordination des Versorgungsnetzes dienen. Die Strategie hat eine Anpassung des Leistungskatalogs erreicht, die die Finanzierung von Koordinationsmassnahmen über die Krankenkasse erlaubt. Ein wichtiger Punkt ist ausserdem die Frage, welche Leistungen an Patientinnen und Patienten finanziert werden können, wenn es darum geht, in der Palliative Care mit Angehörigen zusammenzuarbeiten.

Ist dieser Punkt bereinigt?

Nein, in diesem Bereich gibt es noch Unsicherheiten und Klärungsbedarf, was mit dieser Neuregelung im Leistungskatalog

möglich ist und was nicht. Das Ziel ist, das Sinnvolle für die Palliative Care herauszuholen.

Einen Teil der ambulanten Versorgung leisten mobile Palliative-Care-Dienste. Wie fügen sie sich in die Palliative-Care-Strategie ein?

Die Bestandesaufnahme, die wir machen liessen, zeigte, dass es verschiedenste Modelle gibt im Bereich dieser mobilen Equipen. Einer ihrer wichtigen Aufträge ist die Organisation der Konsiliardienste. Hier gibt es verschiedene Ausgestaltungen in den Landesteilen. In der Romandie haben diese Dienste eher eine unterstützende Funktion für die Spitex und für Pflegeheime. In der Deutschschweiz engagieren sie sich vermehrt auch direkt in der Pflege der Patientinnen und Patienten. Ich denke, es kann nicht darum gehen, diese mobilen Equipen in der Schweiz zu vereinheitlichen. Doch

es gilt zu bedenken, dass durch die ganz unterschiedliche Organisation und Einbindung in bestehende Strukturen auch die Finanzierungssysteme sehr unterschiedlich sind.

Welches Fazit ziehen Sie nach sechsjähriger Laufzeit der Nationalen Strategie Palliative Care? Was ist als Nächstes zu tun?

Ein wichtiger Schritt war, aufzuzeigen, was alles vorhanden ist und wie es funktionieren kann, sodann voneinander zu lernen, auch zwischen den Kantonen, und Transparenz zu erreichen. In Zukunft muss die Suche nach Optimierung weitergehen. ●

«Ein neues Projekt untersucht die Leistungsmessung der Palliative Care in Pflegeheimen.»

Anzeige



© Alan Meier

JEDES KIND VERDIEN T EINE FAMILIE

Jedes Kind soll in einer Familie aufwachsen – geliebt, geachtet und behütet. SOS-Kinderdorf gibt weltweit 75 000 in Not geratenen Kindern ein Zuhause und fördert ihre Entwicklung nachhaltig.

Mit Ihrer Spende geben Sie Kindern in aller Welt eine Zukunft: www.sos-kinderdorf.ch
PC 30-31935-2

SOS KINDERDORF

ZEWI
QUALITÄT
CERTIFIZIERT

«Ich merke, dass wir viel zu wenig von den Bedürfnissen der Patienten und ihren Angehörigen reden.»

Andreas Gerber, Hausarzt und Dozent für Palliative Care, Universität Bern



Andreas Gerber wünscht sich Gemeinden, die es den Menschen ermöglichen, zuhause zu sterben, wenn sie das möchten.

«*Wenn möglich möchte ich einmal komfortabel und begleitet von lieben Menschen sterben. Letztlich haben wir ja alle den Bammel davor, wie eigentlich unsere letzte Lebenszeit aussehen wird, ob wir leiden müssen – oder in welcher Form wir leiden werden. Ich merke, dass wir in unserem Gesundheitssystem viel zu wenig von den Bedürfnissen der Patienten und ihren Angehörigen reden. Wir fragen zu wenig. Wir fragen zu wenig nach den Werten.*

Immer wieder gibt es absolut groteske Situationen: Betreuungsbedürftige Menschen, die aus dem Spital entlassen werden, obwohl man praktisch voraussehen kann, dass es daheim innert kurzer Zeit entgleist, weil sie dort nicht den entsprechenden Support bekommen.

Ich stelle mir eine Gesellschaft vor, in der sich die Gemeinden zu einer Werthaltung bekennen, die es Menschen ermöglicht, ihre letzte Lebenszeit daheim zu verbringen und daheim zu sterben, wenn sie das möchten.

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

Die Geschichte der wohltätigen Sterbegleitung ist viele Jahrhunderte alt

Was heute Palliative Care ist, war früher christliche Barmherzigkeit

Palliative Care ist keine Erfindung unserer Zeit. Sie ist sogar älter als die moderne Medizin. Denn in früheren Zeiten, als viele Krankheiten nicht heilbar waren, kam der Sterbegleitung – auch in Vorbereitung auf das ewige Leben – eine wichtige Bedeutung zu.

Von Susanne Kränzle*

Palliativmedizin und -pflege werden heute häufig als neue Disziplinen beschrieben. Das sind sie aber nicht, vielmehr sind sie vermutlich die ältesten überhaupt – in früheren Jahrhunderten und Jahrtausenden gab es für kaum eine Erkrankung einen kurativen Ansatz. Es ging stets darum, Leiden zu verringern, Schlimmeres zu verhindern, Menschen zu begleiten in ihrer Krankheit oder aber sie von der Gesellschaft abzusondern, um vermeintliche Ansteckungen zu vermeiden.

Der Begriff «Hospiz» war bereits im frühen Mittelalter gebräuchlich und wird assoziiert mit Gastfreundschaft, Herberge,



* **Susanne Kränzle** ist seit über 15 Jahren in der Hospizarbeit tätig. Sie ist Trainerin für Palliativpflege, Fachbuchautorin und Dozentin. Sie ist Gesamtleiterin des Hospizes Esslingen in Deutschland. Den Beitrag über die Geschichte der Palliative Care entnahmen wir dem Buch «Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung» (Hrsg. Susanne Kränzle, Ulrike Schmid, Christa Seeger), Verlag Springer, 2014.

Freundlichkeit und Grosszügigkeit, Sorgetragen für unsere Mitmenschen.

Hospize waren in der Regel von Ordensleuten betriebene Herbergen für Pilger, die über ganz Europa verteilt entlang der grossen Pilgerstrassen als Raststätten für erschöpfte, arme und kranke Menschen dienten. In Hospizen wurde gelebt, gestor-

ben, geboren; es wurde die damals zur Verfügung stehende Art von Heilkunst von oft sehr gebildeten Mönchen und Nonnen betrieben.

In den Regeln der Malteser und Johanniter aus dem 12. Jahrhundert ist zu lesen, die Armen und Kranken sei-

en «wie der Herr selbst» zu behandeln – das Evangelium diente als Grundlage und Richtschnur für die Aufnahme Fremder und für den Umgang mit ihnen in Hospizen.

Als Grundlage und Richtschnur für die Aufnahme von Kranken diente das Evangelium.

Von geistlichen zu säkularen Orden

Erstmals systematisiert und organisiert wurde die Pflege und Versorgung Armer, Kranker und Sterbender von einem Priester und Ordensgründer im Frankreich des 16. und 17. Jahrhunderts: Vinzenz von Paul (1581–1660), der den Orden der Vinzentinerinnen oder Barmherzigen Schwestern zusammen mit Louise von Marillac im Paris des ausgehenden 16. Jahrhunderts gründete. Aus seinem christlichen Verständnis trug Vinzenz von Paul Sorge dafür, dass für Bedürftige mit finanzieller Hilfe von Reichen und mit der Tatkraft der «Filles de la Charité», wie er seine Schwestern nannte, menschenwürdige Bedingungen zum Leben und zum Sterben geschaffen wurden. Noch heute sind in Paris die «Hôtels de Dieu» zu besichtigen, die «Herbergen Gottes», in denen die Ärmsten der Armen Aufnahme fanden und nach allen Regeln der Kunst betreut wurden.

Nachdem die meisten Einrichtungen und Tätigkeitsfelder der Orden der Säkularisation zum Opfer gefallen waren, stellte Ende des 19. Jahrhunderts Mary Akinhead ihr Haus in Dublin als erstes «modernes» Hospiz zur Verfügung. Sie war Gründerin des Ordens der «Irish Sisters of Charity».

Eine der Aufgaben dieses sozial-karitativ tätigen Ordens waren die Pflege und die Versorgung sterbender Menschen. Mary Akinhead entschied sich für die Bezeichnung «Hospiz», weil das Haus genau wie ein traditionelles Hospiz einen Ort darstellen sollte, an dem Menschen alles finden und bekommen konnten, was sie für den letzten Abschnitt auf der Pilgerreise ihres Lebens brauchten.

Im Jahr 1905 eröffneten einige ihrer Schwestern ein ähnliches Haus in London, das «St. Josephs Hospice». Etwa zeitgleich wurden zwei weitere Hospize von Angehörigen anderer Ordensgemeinschaften eröffnet.

In Frieden und Würde sterben können

Während sich die Entstehung dieser frühen Hospize allmählich in Europa ausbreitete, erkannte man auch in Amerika die Notwendigkeit solcher spezieller Einrichtungen. Die Dominikanerin Rose Hawthorne und ihre Mitschwester widmeten sich der Pflege unheilbar kranker Menschen. Ihr erstes von insgesamt sieben Hospizen öffnete 1899 in New York seine Pforten.

Eine Gruppe New Yorker Sozialarbeiterinnen gründete in den 1950er Jahren die Gesellschaft «Cancer Care Inc.», deren Ziel es war, Menschen beim Sterben zuhause zu unterstützen. Beinahe parallel dazu geschah die Gründung der Marie-Curie-Stiftung, die sich mit den Folgen bösartiger Krankheiten beschäftigte. Aus den Berichten ging die Dringlichkeit zur Einrichtung von Hospizen zweifelsfrei hervor. Im England der späten 1940er Jahre freundete sich indes in einem Krankenhaus in London Dr. Cicely Saunders, Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin, mit David Tasma an, einem polnischen Juden, der dem Warschauer Ghetto entkommen war. Er war unheilbar an Krebs erkrankt. Im Verlauf ihrer Gespräche und ihrer kurzen, zarten Liebesbeziehung entstand die Vision von einem Haus, in dem den Bedürfnissen Sterbender Rechnung getragen würde, wo Menschen in Frieden und in Würde sterben könnten. David Tasma starb 1948 und hinterliess Dr. Saunders 500 Pfund Sterling mit den Worten: «Ich werde ein Fenster in deinem Heim sein.» Dieses Fenster existiert noch heute in St. Christopher's.

St. Christopher's – Mutter aller Sterbehospize

Cicely Saunders war unermüdlich unterwegs, um eigene Erfahrungen in der Begegnung mit Sterbenden zu machen, zu hören, was diese wünschten und brauchten, wovor sie sich fürchteten, welches ihre Nöte und Ängste waren. Es gelang ihr, viele Menschen für ihre Idee zu begeistern, ein Haus für Sterbende zu bauen.

So konnte 1967, nach fast 20 Jahren der Vorbereitung, das erste moderne Hospiz in London eröffnet werden: St. Christopher's, das bis heute als «die Mutter aller Hospize» gilt und ständig innovativ und kreativ das Wesen der Hospizarbeit vorantreibt.

Von England ausgehend, breitete sich die Hospizidee rasch in andere Länder aus: Der Beginn fand in den USA mit der Grün-

dung des «Hospital Support-Teams» im St. Louis Hospital in New York 1974 statt. Im Jahr 1975 entstand in Montreal die erste «Palliativstation» am Royal Victoria Hospital, eine Hospizeinrichtung nach modernem Konzept, allerdings in ein Krankenhaus integriert.

Im St. Louis Hospice in Sheffield (GB) entstand 1975 das erste «Day-Care-Centre», also eine Hospiz-Tagesbetreuungsstätte. Weitere Gründungen folgten in Australien, Neuseeland, Skandinavien, der Schweiz, Frankreich, Japan, Polen und Russland. In der Mehrzahl dieser Länder sind Lehrstühle für Palliativmedizin eingerichtet worden und Palliativmedizin ist eine anerkannte Spezialisierung in der fachärztlichen Ausbildung, meist als sogenannte «Zusatzbezeichnung» für Anästhesisten, Internisten oder andere Fachdisziplinen.

Elisabeth Kübler-Ross' Pionierarbeit

In Amerika begann zu dieser Zeit die junge Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross in anderer Weise der Hospizbewegung den Weg zu bereiten. Sie brach im Dialog mit ster-

benden Patienten und mit Trauernden ein Tabu, definierte Strukturen und Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen von Sterbenden und Trauernden und versuchte, diese zu systematisieren. Sie wagte es, die Bedürfnisse am Ende des durch Krankheit belasteten Lebenswegs zu formulieren und zu veröffentlichen.

Elisabeth Kübler-Ross begann, in der Schweiz und im gesamten europäischen Raum Workshops zu halten mit Menschen, die dringend psychische Unterstützung brauchten, um ihr Leben, ihre Trauer und ihr Sterben leben zu können – so wurden ihr Ruf und ihre Art zu denken und zu arbeiten rasch legendär.

Anfang und Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Betreuung von Patienten in der Terminalphase vernachlässigt zugunsten der neuen Errungenschaften der Medizin und Pflege, in der es immer mehr um die «Machbarkeit» ging, um das Gesundwerden, das Funktionieren des menschlichen Körpers.

Berührungen statt Technik

Sterbende passten nicht mehr in das Konzept der Omnipotenz von Medizinern, auch die Pflegenden richteten sich mehr und mehr ein auf die Mobilisation, Wiederherstellung der Selbständigkeit usw. Palliative Care dagegen lebt von Menschen, die das Prinzip «low tech, high touch» praktizieren: wenig Technik, viele Berührungspunkte.

Zu Beginn richteten sich die Angebote der Palliativversorgung fast ausschliesslich an Menschen, die an Tumoren, Aids oder ALS erkrankt waren. Glücklicherweise ist inzwischen unstrittig, dass auch in der Altershilfe Palliativversorgung nötig ist. Gerade in den stationären Pflegeeinrichtungen finden sich oft dramatische Situationen bei multimorbiden, alten Menschen, die sich nicht mehr verbal äussern können und deshalb nur unzureichend Zugang zu adäquaten Palliativmassnahmen haben. Angesichts der Alterspyramide ist es dringend geboten, das pflegerische und ärztliche Personal in stationären und ambulanten Einrichtungen der Alterspflege rasch und gründlich zu qualifizieren und palliative Massnahmen selbstverständlich in die Abläufe aufzunehmen. ●

**Von England aus
breitete sich die
Idee des modernen
Hospizes auf
andere Länder aus.**

Die neuen **HYGIENE** Spülmaschinen



HYGIENE



HYGIENEplus



**Exklusiv
bei Miele**

Profi-Spülmaschinen mit Frischwassersystem!

- 85°C Nachspültemperatur
- Thermisches Desinfektions-Programm
- Effiziente Reinigung auf 2 Ebenen
- Hervorragende Reinigungshygiene - vom wfk-Institut bestätigt

Informationen: Tel 056 417 27 51
info.mieleprofessional@miele.ch
www.miele-professional.ch

www.meingeschirrspüler.ch
www.monlavevaisselle.ch

«Unsere Katze Migia ist eine ganz wichtige und wertvolle Mitarbeiterin.»

Notburga Grauer, Leiterin Pflegedienst Palliative Care, Stiftung Diaconis, Bern



Für Notburga Grauer machen Individualität und das intuitive gute Palliative Care aus.

« Migia, unsere Stationskatze, ist eine ganz wichtige und wertvolle Mitarbeiterin. Sie betreut Patienten und Angehörige oft bis über den Tod hinaus. Meistens spürt sie, wo sie am meisten gebraucht wird. Es gibt auch Phasen, in denen wir drei Migias brauchen könnten, weil sie so gefragt ist. Sie gibt etwas, was Menschen nicht geben können – Zuwendung, Wärme, ein Gefühl von Geborgenheit.

Palliative Care heisst ja eigentlich, eine Ummantelung geben, individuelles Wohlbefinden geben. Migia verhält sich auch ganz individuell gegenüber den Patienten. Man merkt, dass sie immer das richtige Gespür hat, wo und in welcher Distanz zum Patienten sie liegen muss, damit es passt. Das läuft individuell und intuitiv, und ich glaube, das intuitive und Individuelle zeichnet Palliative Care gerade aus.

Mit dem Bett nach draussen gehen zu können, den Alltag spüren zu können, ist für viele Patienten etwas ganz Wichtiges. Ich habe einmal jemanden erlebt, der sagte, er möchte so gern im Bett draussen sterben können. Dies zu

ermöglichen, ist etwas Schönes – und es liegt auch drin. Dieser Mann ist so sanft eingeschlafen. Er ist gestorben, und in dem Moment, als ich bei ihm und seinen Angehörigen war, flog ein Blättchen vom Baum direkt neben seinen Kopf. Das war berührend.

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw **Gesundheit**

Neu: MAS
Schmerz-
management

Fit für weitere Karriereschritte

Weiterbildungen für Fachpersonen aus dem
Gesundheits- und Sozialwesen: berufsbegleitend,
praxisnah, wissenschaftlich fundiert.

CAS – DAS – MAS

Schritt für Schritt zu einem
Certificate, Diploma oder
Master of Advanced Studies

Sämtliche Angebote:
zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

Ohr & Service

Eine gute Idee!



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

*Ohr & Service,
oder wenn ein Tropfen
hören könnte!*



www.ohrundsservice.ch

CURAVIVA.CH
EINKAUFSPPOOL - RÉSEAU D'ACHATS

Zusammen sind Sie stark!

Koordination von Gruppeneinkäufen

Der Einkaufspool für CURAVIVA
Mitglieder

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

Ausgeführt durch
Réalisé par **caedes**

WIR LASSEN SIE
NICHT SITZEN



careanesth

jobs im schweizer gesundheitswesen

Stellen in der Langzeitpflege Festanstellungen, Temporär- und Springer-Einsätze

Interessiert? Besuchen Sie uns auf www.careanesth.com

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

Wie **gross** ist Ihr Fussabdruck?



Finden Sie es heraus! wwf.ch/footprint



Komm 746/13

Die Familie ist ein wichtiger Teil bei der Pflege und Betreuung von Sterbenskranken

Angehörige von Palliative-Care-Patienten sind ebenso Betroffene

Palliative Care betrifft auch die Angehörigen von Schwerkranken. Doch Ärzte und Pflegende ignorieren die Partnerinnen und Partner, Söhne und Töchter oft. Sie werden als störend empfunden. Höchste Zeit, umzudenken.

Von Urs Tremp

Wenn Menschen wünschen können, wo und wie sie sterben möchten, hat ein grosser Teil von ihnen eine klare Präferenz: zuhause und umgeben von den Liebsten.

Der Wunsch ist verständlich. Über Jahrhunderte gehörte das Sterben so selbstverständlich zum Familienalltag wie das Gebären: Kinder kamen zuhause auf die Welt. Die Grosseltern oder Eltern – und nicht selten auch ein Kind – starben zuhause (siehe Beitrag auf Seite 18).

Die heutige Realität ist eine andere. Die meisten Menschen sterben in Spitälern oder in Pflegeheimen. Davor allerdings haben sie oft eine längere und bereits von einer Krankheit gezeichneten Zeit in den eigenen vier Wänden gelebt. Bis es nicht mehr ging – für die Pflegebedürftigen nicht mehr, aber auch für die Angehörigen nicht mehr, die, so gut es ging, ihre kranken Partner, Partnerinnen, Mütter oder Väter begleiteten, betreuten und pflegten. Oft eine Vollzeitaufgabe: 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.

Zwar ist die Pflege von Schwer- und Schwerstkranken in jüngster Zeit mit der verstärkten Aufmerksamkeit auf die Palliative Care ins Interesse der (Alters-)Medizin gerückt. Aber der Rolle, die dabei den Angehörigen zukommt, wird (noch) zu wenig Beachtung geschenkt.

Maria Wasner, Professorin für Soziale Arbeit in Palliative Care und Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, hat festgestellt, dass vor allem die Ärzte, die Men-

schen beim Sterben begleiten, die Angehörigen noch oft eher als störende denn als wichtige und einzubindende Mitwirkende bei der Sterbebegleitung wahrnehmen. Dabei hat die Weltgesundheitsorganisation WHO schon 2002 definiert, dass zur Palliative Care auch das psychosoziale Wohlbefinden gehört. Das heisst nichts anderes, als dass schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen die Möglichkeit haben sollten, in ihrer gewohnten menschlichen Umgebung voneinander Abschied zu nehmen – seien sie nun (noch) zuhause, in einem Spital oder in einem Pflegeheim: «Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit

einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer,

Angehörige würden gerne Verantwortung übernehmen. Doch oft wissen sie nicht, wie.

psychosozialer und spiritueller Natur», sagt Maria Wasner. Allerdings: So einleuchtend und einfach das tönt, so schwierig erweist sich die Durchsetzung dieses Anliegens in der Wirklichkeit. Bei medizinisch komplexen und lebensbedrohlichen Problemen übernehmen die Ärzte gerne alleine die Verantwortung, obwohl die Angehörigen noch so gern mithelfen möchten. Doch sie wissen nicht, wie sie mit dem Leiden und Sterben ihrer Liebsten umgehen sollen. Sie fühlen sich überfordert, hilflos, allein gelassen, zum Nichtstun verurteilt.

Es gebe aber, sagt Maria Wasner, eine «Unit of care» – eine Pflegeeinheit – und die bestehe aus dem Patienten UND seinen Angehörigen. Anders gesagt: Auch Angehörige brauchen in der Zeit der intensiven Pflege und der Betreuung, des Abschiednehmens und des Sterbens Beistand und Unterstützung. Im

>>

Buch «Perspektiven zum Sterben» (Daniel Schäfer, Hrsg., 2012) werden Studien zitiert, die auflisten, warum Sterbende in der letzten Zeit ihres Lebens mit ihren Angehörigen zusammen sein wollen (Auswahl):

- Sie wünschen sich jemanden Vertrauten, der/die ihnen zuhört.
- Sie wollen die Gewissheit haben, dass die unfertigen Angelegenheiten von einem Vertrauten/einer Vertrauten nach dem eigenen Tod erledigt werden.
- Sie möchten dankbar und aufgehoben sterben.
- Sie möchten im Beisein von ihren Angehörigen das eigene Leben als ein sinnvolles erfahren.

Untersuchungen zeigen allerdings, dass in der Realität die Ärzte die Prioritäten oft anders setzen als die Patienten und deren Angehörige. Das mag damit zusammenhängen, dass Patienten, nach ihrem Befinden befragt, zuerst über Schmerzen und Atemnot klagen, nicht aber über Verlassenheitsgefühle, unerledigte Familienangelegenheiten oder über Ängste.

«Das soziale Umfeld ist zentral für die Lebensqualität von Schwerkranken und Sterbenden», sagt Maria Wasner. Doch die Gleichung «familiales Umfeld = bessere Lebensqualität» stimmt nicht in jedem Fall. Denn ebenso beeinflusst sich der Grad der Belastung bei Palliativpatienten und ihren Angehörigen wechselseitig – positiv und negativ. Die Belastung kann ab-, sie kann aber auch zunehmen.

Hilflosigkeit, Schuldgefühle und Wut

Anlaufstellen und Unterstützung brauchen die Angehörigen in jedem Fall. Denn ihre Bereitschaft, Schwerkranken emotional und praktisch beizustehen, kann zur Strapaze werden, die auf beiden Seiten zu Hilflosigkeit und Überforderung führt. Der Kranke will nicht zur Last fallen, die Angehörigen fühlen sich verpflichtet, da zu sein und zu helfen. Zieht sich die Krankheit aber in die Länge oder werden die Pflege- und Betreuungsaufgaben mehr und mehr zur Aufgabe einer einzigen Person (aus unterschiedlichen Gründen), können sich Frust und gar Widerwillen in die Gefühle einschleichen. Die betreuenden Angehörigen merken, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse kaum mehr zu äussern wagen, sie erleben den Verlust sozialer Kontakte, verpassen berufliche Chancen oder erleiden finanzielle Einbussen. All das kann zu tiefen Krisen führen: Hilflosigkeit, Schuldgefühle und Wut, ein Gefühlsmix, den viele sich selbst und erst recht nicht anderen eingestehen wollen. Vor allem versuchen alle, diese Gefühle gegenüber dem kranken Angehörigen zu kaschieren. Im schlimmsten Fall werden die Aggressionen klandestin am Pflegebedürftigen ausgelebt, was wiederum die Schuldgefühle steigert. Ein Teufelskreis. Bestand schon zuvor ein belastetes Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten, potenzieren sich die schlechten Gefühle.

Auch schlechte Gefühle zulassen

So können die nicht eingestandenen und nicht verarbeiteten Gefühle auch die pflegenden Angehörigen krank machen: Nicht selten führt die Überforderung zu Depressionen und Angststörungen. Studien haben gezeigt, dass schon in der ersten Phase

der Erkrankung eines nahen Familienmitglieds und später in der Sterbephase die pflegenden Angehörigen oft mehr belastet sind als die Kranken selbst. «Angehörige von Palliative-Care-Patienten sind selbst Betroffene», sagt Maria Wasner. Und sie zitiert die galizische Dichterin Mascha Kaléko (1907–1975): «Den eignen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der anderen muss man leben.»

Maria Wasner empfiehlt den Angehörigen, «Unterstützung anzunehmen und einzufordern». Sie appelliert an die Ärzte, die Partnerinnen und Partner, Söhne und Töchter nicht auszuschliessen, sondern sie in die medizinischen Entscheidungen mit einzubeziehen. Ob die Patientinnen und Patienten nun zuhause sind, im Spital oder im Heim: Wichtig für die Angehörigen ist vor allem, dass sie einen (und nur einen!) zuverlässigen und verständnisvollen Ansprechpartner haben – «für alle Belange und während des gesamten Krankheitsverlaufs» (Wasner). Schliesslich sollte es Hilfe auch geben, wenn innerhalb der Familie unbewältigte Konflikte bestehen.

«Das soziale Umfeld ist zentral für die Lebensqualität von Schwerkranken und Sterbenden.»

Sterbebegleitung in die Ausbildung integrieren

Denn das ist zentral: Angehörige von Sterbenden sind eine wichtige Ressource für die Palliative Care. Sie sind aber auch Betroffene, die sich von einer Situation überfordert und nicht ernst genommen fühlen. Dem kann vorgebeugt werden, wenn Angehörige von Anfang an mit einbezogen werden, wenn sie informiert sind, was (medizinisch) mit ihren Angehörigen passiert, wenn sie eigene Bedürfnisse aussprechen können und wenn sie bei Überforderung Hilfe bekommen. Um dies zu erreichen, muss allerdings auch die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern und von Pflegenden dem Einbezug der Angehörigen in die Palliative Care vermehrte Aufmerksamkeit schenken. So schwierig Themen wie assistierter Suizid, das Sterben von Kindern oder familiäre Konflikte im Zusammenhang mit dem Tod eines Familienmitglieds auch sind: Maria Wasner hat die Erfahrung gemacht, dass es für Studierende an den Hochschulen für Pflegeberufe wertvoll ist, darüber überhaupt zu reden: «Leben und Gesundheit geben diesen Berufen zwar Sinn, doch die menschliche Existenz ist endlich, und jedes Leben mündet im Sterben. Das kann und darf nicht ignoriert oder tabuisiert werden.» ●

Anzeige



Machen Sie uns stark, um Kinder und Jugendliche im Kanton Bern zu stärken!

www.projuventute-bern.ch
Spendenkonto 30-4148-0

PRO JUVEN TUTE
KANTON BERN

ZEWO

«Palliative Care haftet das Image an, dass dort nichts mehr gemacht wird und es deshalb nichts kosten darf.»

Roland Kunz, Chefarzt Palliative Care und Geriatrie, Spital Affoltern am Albis ZH



Roland Kunz macht die Erfahrung, dass bei Krankenkassen die Alarmglocke läutet, wenn es um Palliativmedizin geht.

« Ich möchte einmal in einer Umgebung sterben, in der man mich und meine Bedürfnisse ernst nimmt, ehrlich ist mit mir und in der ich auch Linderung von meinen Symptomen bekomme, die mich plagen und mich in meiner Lebensqualität einschränken.

Bis zu einem gewissen Grad ist es sicher Glückssache, was für Leute mich betreuen, wenn ich schwer krank bin.

Garantiert ist es nicht von unserem öffentlichen Gesundheitswesen, dass alle gut versorgt werden.

In der Palliative Care haben wir erste Schritte gemacht, aber es gibt noch viel zu tun. Bei verschiedenen Krankenkassen läutet eine Alarmglocke, wenn es um Palliativleistungen geht. Die Fragmentierung der Medizin ist eines der grössten Probleme für eine gute Begleitung von Patienten in diesen schwierigen Krankheitssituationen. Denn mit dieser Fragmentierung ist letztlich jeder Spezialist nur noch für sein Organ zuständig und niemand nimmt sich dem ganzen Patienten an.

Das Hauptproblem für die Leute, die zuhause sterben möchten, ist, dass die Unterstützungsmöglichkeiten

limitiert sind. Wenn der Hausarzt und die Spitex kein spezielles Know-how haben, kommen sie mit ihren Möglichkeiten, Schmerzen und andere Symptome zu behandeln, schnell an ihre Grenzen. Dann werden die Patienten ins nächste Spital geschickt. Es müsste unbedingt Brücken geben, damit das spezialisierte Know-how auch nach Hause käme.

Was mich im Alltag am meisten stört: Verschiedene Krankenkassen schliessen bei den Zusatzversicherungen im Kleingedruckten Palliative-Care-Leistungen aus. Leute, die 30 Jahre lang ihre Krankenkassenprämien bezahlt haben, bekommen den Bescheid, dass die Kosten nicht übernommen werden, wenn sie einmal auf der Palliativstation sind. Wenn die gleichen Patienten auf die onkologische Abteilung wechseln und eine Chemotherapie machen, wird sie finanziert. Das ist der Irrsinn im ganzen System: Was in solchen Situationen nicht sinnvoll und viel teurer ist, wird bezahlt. Palliative Care aber hat immer noch das Image, dass dort nichts mehr gemacht wird und dass es deshalb auch nichts kosten darf.

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

Konsequent praxisorientiert: MAS/DAS/CAS FH in GERIATRIC CARE

berufsbegleitend
modular
fundiert

Die geriatrische Fachpflege wird immer wichtiger. Fachpersonen mit umfangreichem und aktuellem Wissen in Geriatrie/Gerontologie werden benötigt, um den demografischen Herausforderungen zu begegnen. Situationen von alten Menschen umfassend einschätzen und relevante Konzepte umsetzen zu können, gehören zu den wichtigen Aufgaben.

Der berufsbegleitende MAS Studiengang in Geriatric Care dauert mindestens 2 Jahre. Die Module können auch einzeln besucht werden.

Der Studienstart ist jederzeit möglich.

Termine für Info-Anlässe: www.kalaidos-gesundheit.ch

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Careum Campus, Pestalozzistrasse 5
8032 Zürich, Tel. 043 222 63 00
elke.steudter@kalaidos-fh.ch



**Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**

Die Hochschule für Berufstätige.

Eidgenössisch akkreditierte und beaufsichtigte Fachhochschule

KALG137

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE
LUZERN**

Soziale Arbeit

Certificate of Advanced Studies
**CAS Psychosoziale
Beratung zu
Sexualität und
sexueller Gesundheit**

**Sexualität umfassend
verstehen und kompetent
beraten!**

Dauer: März 2016 bis Dezember 2016
Info-Veranstaltung: 19. Januar 2016

www.hslu.ch/c215

FH Zentralschweiz



**heimelig
betten**
PFLEGE - KOMFORT

8280 Kreuzlingen
Tel. ★ 071 672 70 80

365 Tage erreichbar

www.heimelig.ch

Im Alter zu Hause leben

Heimelig Betten möchte, dass Sie sich zuhause fühlen.

Wir beraten Sie gerne und umfassend und übernehmen die erforderlichen administrativen Aufgaben mit den Kostenträgern, damit Sie Ihren Alltag zuhause weiterhin genießen können.



Vermietung und Verkauf von Pflegebetten

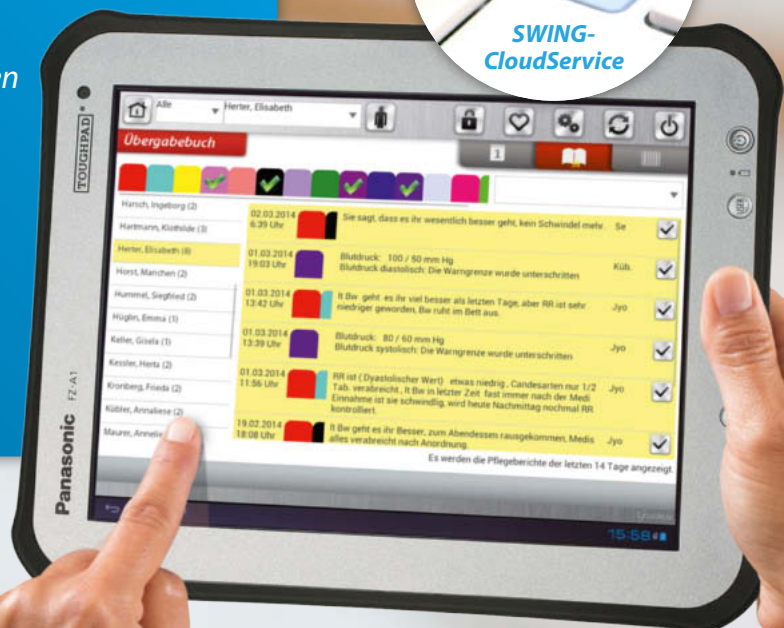
Immer nah an den Bewohnern

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

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

SWING
Software für Menschen

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



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

www.swing-informatik.ch

Palliative-Mediziner Roland Kunz über den Anspruch von Pallifon

«Auf Notsituationen vorbereitet sein»

Der Palliativmediziner Roland Kunz hat das Pallifon* ins Leben gerufen. Die telefonische Rund-um-die-Uhr-Auskunft für Patienten, ihre Angehörigen, aber auch für das Heimpersonal will helfen, Notfallsituationen abzufedern.

Interview: Urs Tremp

Herr Kunz, für wen ist das Pallifon gedacht?

Roland Kunz: Zielgruppe sind die Patienten selbst, aber auch deren Angehörige. Die Idee dahinter: Wir wollen unnötige Hospitalisierungen vermeiden.

Das kann man mit einer einfachen telefonischen Auskunftsstelle?

Ja. Wenn Patienten oder ihre Angehörigen in eine Problemsituation kommen, auf die sie nicht vorbereitet sind, rufen sie noch zu oft die Notfallnummer 144 an. Die Patienten kommen auf die Notfallstation eines Spitals. Dabei wäre die Situation mit den richtigen Massnahmen schnell und einfach zuhause oder im Heim zu meistern gewesen.

Bei Pallifon weiss man immer, was zu tun ist?

Selbstverständlich gibt es Situationen, die eine Hospitalisierung erfordern. Das Hauptproblem sehe ich aber darin, dass oft weder die Patienten noch deren Angehörigen und auch nicht die Spitex darauf vorbereitet sind, was passieren kann. Wir möchten, dass die Hausärzte, die Heimärzte, aber auch die Patienten, deren Angehörige und das Personal in Heimen Notfallpläne ausarbeiten für Problemsituationen.

Besteht das Problem nicht gerade darin, dass niemand weiss, was passiert oder passieren kann?

Man kann Situationen antizipieren, also sich darauf vorbereiten, was passieren könnte. Ist jemand lungenkrank, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass einmal eine Atemnot auftritt. Also muss man wissen, was man in diesem Fall tun kann. Man hält die entsprechenden Medikamente oder ein Sauerstoffgerät bereit. Darüber muss man allerdings zuerst reden. Wenn man nicht darüber redet und einfach hofft, dass nichts passiert, stösst man sofort an Grenzen, wenn etwas passiert. Also braucht es erstens Vorausplanung und zweitens – und das ist

der Service des Pallifon – eine Stelle, die coachen und Auskunft geben kann, wie man mit den Möglichkeiten, die man zuhause zur Verfügung hat, umgehen kann. Wie man die Mittel einsetzen und die Situation stabilisieren kann.

Das Pallifon hat also vor allem die Aufgabe, eine Situation zu beruhigen?

Das ist tatsächlich auch eine wichtige Funktion. Aber in erster Linie ist das Pallifon ein Informationsangebot. Man ruft an und bekommt Auskunft darüber, wo man weitere Hilfe bekommt. Zum Beispiel wer was anbietet, wenn ich ein Pflegebett brauche oder Sauerstoff. Das Vermitteln von Adressen und Anlaufstellen ist eine wichtige Funktion des Pallifon. Zum Beispiel wissen die Leute bei Pallifon auch, wo man mitten in der Nacht einen Kathetersack bekommt.

Fänden Sie es sinnvoll, dass ähnlich dem Nothelferkurs, den alle absolvieren müssen, die die Autofahrprüfung machen, jeder und jede in seinem Leben einen Palliative-Care-Kurs besuchen muss? Viele Menschen kommen ja irgendeinmal in die Situation, auf einen solchen Notfall reagieren zu müssen.

Eine interessante Idee. Dadurch, dass die Gesellschaft die Begleitung schwerstkranker Menschen mehr und mehr an die Ärzte delegiert hat, sind Kompetenzen verloren gegangen. Früher gehörte die Pflege, auch die palliative Pflege, zum familiären Alltag. Da lernten bereits die Kinder, mit solchen Situationen umzugehen. Heute sind die meisten Menschen nicht damit konfrontiert, bis plötzlich die Eltern schwer krank werden. Dann wissen sie nicht, was zu tun ist. Die Folge: Es gibt starke Berührungängste.

Ist das in anderen Regionen der Welt anders?

In Ländern, wo Pflege traditionell eine familiäre Aufgabe ist oder in Ländern, wo Freiwilligenorganisationen eine lange Tradition haben, gibt es diese Berührungängste weniger. Bei uns überlässt man diese Aufgabe den Profis. Sogar wenn ein Nachbar oder eine Nachbarin sich für Pflege und Betreuung anbietet, nimmt man lieber die Dienste einer professionellen Pflegeorganisation in Anspruch. Man möchte nicht den Nachbarn oder die Nachbarin im eigenen Schlafzimmer haben. Da müsste ein Kulturwandel stattfinden. ●



Roland Kunz, 60, ist Chefarzt Geriatrie und Palliative Care am Spital Affoltern a. A. Er ist Leiter des Interdisziplinären Fachteams Pallifon.

* Unter der Telefonnummer **0844 148 148** besteht seit etwas mehr als einem Jahr eine telefonische Auskunftsstelle für Palliativpatienten. Die vorläufig auf die Region Zürich beschränkte Stelle soll kontinuierlich für die ganze Schweiz ausgebaut werden.

Eine grosse Studie in Katalonien untersuchte Wirkung und Kosten von Palliative Care

Palliative Care bringt mehr Seele in die Pflege und spart Millionen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO untersuchte in Katalonien während 15 Jahren die Effizienz einer flächendeckenden Palliative Care. Die Ergebnisse verblüffen: Die Patienten sind besser und günstiger versorgt. Pro Fall und Jahr können 2250 Euro gespart werden.

Von Claudia Weiss

Traumhafte Felsstrände, romantische Städte, eine herb-schöne Landschaft – Katalonien in Nordspanien ist eine Region, die Ferienwünsche weckt. Eine Region mit siebeneinhalb Millionen Einwohnern, die allesamt vom kostenlosen nationalen Gesundheitsdienst betreut werden. Eine Region auch, in der seit 1990 ein flächendeckendes Palliative-Care-Angebot aufgebaut wurde: 237 klinische Einrichtungen für Palliative Care entstanden, unter anderem Spital-Support-Teams, Tageskliniken und Teams für psychosozialen Support, ausserdem vier nicht-klinische Einrichtungen für Bildung, Forschung, Planung und die Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Das machte Katalonien zu einer idealen Region für ein einzigartiges Forschungsprojekt der WHO: Ein Palliative-Care-Vorzeigeprojekt, das während 15 Jahren lief. «Wir schätzen, dass zwischen 30 000 und 39 000 Menschen in dieser Gegend unheilbar krank sind», sagt Xavier

Gómez-Batiste, Onkologe und Palliativmediziner beim WHO-Zusammenarbeitszentrum für öffentliche Palliative-Care-Programme in Barcelona. Diese Schwerkranken brauchten wesentlich mehr Pflege und mehr Betreuung als andere Patienten. Es sei gar nicht einfach gewesen, die Pflegefachleute von Palliative Care zu überzeugen, sagt Gómez-Batiste, denn «für sie zählt

Effizienz». Palliative Care aber sei ein Medizinweig, «in dem nicht Effizienz wichtig ist, sondern intensive Betreuung». Doch Gómez-Batiste wollte die Fachleute überzeugen.

Studien zeigen klar: Palliative Care ist kosteneffizient

«Wie also mache ich dem Pflegepersonal Palliative Care schmackhaft?», überlegte Gómez-Batiste. Und er begann zu rechnen. Die letzten Lebensmonate von unheilbar kranken Menschen, so fand er rasch und nicht als Erster heraus, verursachen die höchsten Gesundheitskosten, nämlich rund 70 Prozent der Gesamtkosten, vor allem wegen der zahlreichen Hospitalisationen. So weit seine eigenen Überlegungen. Offizielle katalonische und spanische Effizienzstudien brachten dann ans Licht, dass Palliative Care unglaublich kosteneffizient ist. «Können wir die Aufenthaltszeit in einem Akutspital schon nur um zehn Tage reduzieren, wirkt sich das enorm auf die Gesundheitskosten aus», fasst Gómez-Batiste zusammen.

In Zahlen ausgedrückt: Die Kosten des spezialisierten Palliative-Care-Netzwerks in Katalonien betragen über 40 Millionen

Euro pro Jahr. Darin enthalten sind die durchschnittlichen Aufwendungen für die mobilen Palliative-Care-Teams, spitalinterne Konsiliardienste, Palliative-Care-Stationen, Palliativambulatorien und für starke Opiate. Doch die Studien zeigten klar: Pro Krebspatient, der in ein spezialisiertes Palliative-Care-Angebot überwiesen wurde, konnten durchschnittlich 2250 Euro pro Jahr eingespart werden.

Bei 21 400 Patientinnen und Patienten im Jahr 2005 (12 700 mit einer Krebserkrankung und 8700 mit anderen, chronisch fortschreitenden Krankheiten) bedeutet das: Jährlich konnten rund 48 Millionen Euro eingespart werden – allein durch spezialisierte Palliative-Care-Angebote in Katalonien. Der Einsparung steht der berechnete Aufwand von 40 Millionen Euro gegen-

«Schon ein kürzerer Aufenthalt in einem Akutspital hat grosse Auswirkungen auf die Kosten.»

über. «Das lässt den Schluss zu», sagt Onkologe Gómez-Batiste, «dass mobile Palliative-Care-Teams dem Gesundheitsministerium Einsparungen von acht Millionen Euro pro Jahr ermöglichen.» Zurückzuführen sei dies auf den stark reduzierten Gebrauch von Akut- und Notfallbetten, denn Palliative Care koste nur halb so viel wie der Aufenthalt in Akutspitälern. Und in Pflegeheimen betrügen die Kosten von Palliative Care sogar nur einen knappen Drittel. «Palliative Care ist finanziell sehr effizient», sagt Gómez-Batiste. Gute häusliche Palliative Care reduziere die Länge eines Spitalaufenthalts beträchtlich, zum Teil um die Hälfte, im Durchschnitt immerhin von rund 25 auf 19 Tage. Ausserdem starben mehr Menschen zuhause, was der Wunsch der meisten ist: 1992 waren es 31 Prozent, 2006 bereits 42 Prozent. In der gleichen Zeitspanne ging die Nutzung von Notfallbetten um beinahe die Hälfte zurück. Das Fazit, das WHO-Studienleiter Xavier Gómez-Batiste zieht: «Verglichen mit einer früheren Studie resultierten aus der aktuellen Palliative-Care-Politik Kosteneinsparungen von rund 60 Prozent.» Zusammenfassend liessen sich die Zahlen ganz einfach ausdrücken: «Palliative Care finanziert sich quasi selbst.»

«Palliative Care ist ein Menschenrecht»

Bei diesem Fazit staune er einfach nur, dass dennoch die meisten chronisch kranken Menschen nicht in den Genuss von Palliative Care kämen: «Sobald jemand chronisch krank ist, wäre

es ein Menschenrecht.» Denn es gelte, viele ethische Fragen zu besprechen, schon früh die Übertritte in eine passende Institution zu planen. «Die Frühbetreuung ist eine grosse Herausforderung», sagt er. Es brauche bessere Instrumente, um den Bedarf an Palliative Care zu ermitteln, da dieser oft viel zu spät erkannt werde: «Wären Sie überrascht, wenn dieser Patient innerhalb der nächsten Woche sterben würde?», müsste die Frage an alle Ärztinnen und Ärzte lauten. Viele Spitäler würden zuerst gar nicht anerkennen, dass Palliative Care eine Notwendigkeit ist. Dabei profitieren für Gómez-Batiste längst nicht nur Patienten mit Krebs von Palliative Care, sondern auch solche auf der Intensivstation, mit Organversagen, mit Demenz. «Ein wahrer Tsunami von Bedürfnissen kommt da auf uns zu. Wir brauchen eine Revolution im Gesundheitswesen.»

Es gehe darum, eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen, wieder mehr Seele in die Pflege von chronisch kranken Menschen hineinzubringen. Wenn er könnte, würde er persönlich auf allen Stationen sämtlicher Spitäler vorbeigehen und die Patienten herausuchen, die Intensivmedizin in Anspruch nehmen, die ihr Leben verlängert, aber nicht verbessert. Diese Patienten würde er dringend besser palliativmedizinisch betreuen. «Palliative Care müsste für alle zugänglich sein, das wäre gute, moderne Medizin», sagt Gómez-Batiste. Denn: «Wenn wir mit Palliative Care umgehen wie in der Vergangenheit, bekommen wir auch Ergebnisse aus der Vergangenheit.» ●

Anzeige



Trendtage
Gesundheit
Luzern

Trends und Perspektiven im Gesundheitswesen
Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik

Mittwoch/Donnerstag
2./3. März 2016
KKL Luzern

Informationen und Anmeldung
trendtage-gesundheit.ch

DNA WETTBEWERB PRÄVENTION ROBOTIK
BIG DATA ETHIK EBM QUALITÄT
HEALTH-IT ALLIANZEN TELEMEDIZIN APPS

WOHER - ? WOHIN

PATIENT **PRÄMIEN**
PHARMA

PFLEGE **GESUNDHEITS-GAULT & MILLAU**
KRANKENVERSICHERUNG

STAMMZELLE **PERSONALISIERTE MEDIZIN**

SPITALFINANZIERUNG **TRENDS**

20 JAHRE KVG

GESUNDHEITSSTRATEGIE **DIGITAL AGING**
FINANZIERBARKEIT

LEISTUNGSERBRINGER
PALLIATIVMEDIZIN
MANAGED CARE



Katrin Amunts
Direktorin Institut für
Neurowissenschaften
und Medizin 1, For-
schungszentrum Jülich



Pascal Couchepin
ehem. Bundesrat



Oliver Peters
Vizedirektor,
Bundesamt für
Gesundheit



Daniel Strech
Professor für Ethik
und Governance,
Medizinische
Hochschule Hannover

Hauptsponsoren:





Partner Breakfast Session:



Sponsoren:







Palliative Care in der Demenzbetreuung

Es gibt noch zu wenig Expertenwissen

Gute Schmerzkontrolle ist in der Demenzbetreuung unerlässlich. Palliative Care hingegen finden noch etliche Experten unnötig. Dabei könnte diese den Betroffenen und ihren Angehörigen genau das bieten, was sie benötigen, und zwar nicht erst am Lebensende.

Von Claudia Weiss

Bei Krebs sind sich die Experten einig: Palliative Care macht Sinn. Erst recht in der Endphase der Krankheit. Sie sorgt für Schmerzfreiheit und für eine würdevolle letzte Lebenszeit. Wie aber sieht es mit Palliative Care in der Demenzpflege aus? Das wollten Jenny van der Steen, Wissenschaftlerin am University Medical Center in Amsterdam, und ihr Forschungsteam herausfinden. «Eigentlich sollte die Antwort auf der Hand liegen», sagt sie: «Demenz kann nicht geheilt werden und schränkt die Lebenszeit ein.» Einschränkend, fortschreitend, lebensbedrohlich: eindeutige Voraussetzungen für eine gute palliative Pflege. «Bei Palliative Care stellt sich aber offenbar immer wieder die Frage nach der Notwendigkeit und nach der Kosteneffizienz», kritisiert Jenny van der Steen. Und die Notwendigkeit scheinen Fachleute bei Demenz weniger deutlich zu sehen als bei anderen Krankheiten.

Schmerzkontrolle ist unbestritten

In verschiedenen von ihr untersuchten Studien äussern sich allerdings insgesamt 64 internationale Experten übereinstimmend: «Palliative Care ist wichtig bei Demenz.» Auch betonen sie, dass der Krankheitsverlauf mit zunehmender geistiger Verwirrung eine immer intensivere Langzeitpflege nötig mache. Und weil es bei Palliative Care nicht nur um die Betreuung am Lebensende gehe, brauche es eine optimale Symptombehandlung und eine personenzentrierte Pflege.

Jenny van der Steen zieht daraus den Schluss: «In der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz ist es noch wichtiger, eine Zielsetzung zu definieren und die Familie mit einzubeziehen.» Die Pflegeziele könnten lauten: «Den Komfort maximieren und bestmögliche Lebensqualität erzielen.» Würde man jedoch einzig anhand von Rastern auf Papier entscheiden, wer «krank genug» für Palliative Care sei, käme die Hälfte der demenzkranken Menschen in den Niederlanden gar nie in dieses fortgeschrittene Krankheitsstadium, sagt Jenny van der Steen – obwohl auch ihnen eine gute Palliative Care zu einer enorm viel besseren Lebensqualität verhelfen könnte. Diese Feststellung steht auch für die Schweizerische Alzheimervereinigung ausser Frage. Punkt zwei auf ihrem Merkblatt «Pflege

und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende» lautet klipp und klar: Sie sollen palliativ gepflegt und betreut werden.

Für Forscherin Jenny van der Steen stellt sich allerdings die Frage, wann das «Endstadium» erreicht ist: «Es macht keinen Sinn, erst sehr spät einzusetzen», sagt sie. Palliative Care heisse in keiner Weise «den Patienten aufgeben», sondern könne Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen schon früh wesentlich unterstützen. So gaben Familien an, das Wichtigste rund um das Sterben ihrer demenzkranken Familienmitglieder seien «Symptomkontrolle», «Würde und Selbstrespekt» und «Erfüllung der komplexen spezifischen Bedürfnisse» gewesen – Bedürfnisse, die mit einer guten Palliativpflege abgedeckt werden können.

«Was stellen sich Experten darunter vor?»

Ein bisschen erschreckend findet Jenny van der Steen daher das Ergebnis einer Delphistudie, einer systematischen, mehrstufigen Befragung, die die Grundlagen liefert, um künftige Entwicklungen einschätzen zu können: Von 19 englischen Demenzexperten gab fast die Hälfte an, sie fänden eine palliative Herangehensweise bei Patienten mit Demenz nicht nötig. Allerdings fanden es zugleich 15 von ihnen richtig, dass Angst und Schmerzen gelindert würden. «Welche Vorstellungen also haben diese Experten über-

haupt von der Palliative Care?», fragt sich van der Steen einigermassen fassungslos beim Lesen der Delphistudie.

Sie wollte herausfinden, was die Barrieren gegen Palliative Care in der Demenzbetreuung sein könnten. Eine Studie in den Niederlanden und in England gab zumindest eine Teilantwort: «Tatsächlich fehlt es noch vielerorts an Wissen über Palliative Care, die öffentliche Akzeptanz ist zu gering, und es mangelt an guter Ausbildung für die Pflegeteams.» Die Weltgesundheitsorganisation WHO hält dagegen fest, dass auch Familienpflege zur Demenzbetreuung gehört.

Palliative Care und Personal Care

Dies kann Jenny van der Steen nur bestätigen: «Die Familien bleiben auch im Pflegeheim stark mit einbezogen.» Sie benötigten in allen Phasen der Verschlechterung besonders viel Unterstützung, denn sie machen grossen «Vorkummer» durch. «Enorm belastend ist auch das Endstadium, weil es keine positiven Erlebnisse mehr gibt.» Um dies aufzufangen, brauche es exzellente Palliative Care, «eigentlich eine Personal Care – eine sehr personenbezogene Betreuung».

Für Jenny van der Steen steht deshalb ausser Frage: Angesichts solch komplexer, herausfordernder und belastender Umstände ist Palliative Care in der Demenzbetreuung kein Luxus. Sondern eine klare Notwendigkeit. ●

«Die öffentliche Akzeptanz von Palliative Care ist zu gering, und es fehlt noch an Wissen.»

«Von dem Moment an, als meine Mutter todgeweiht war, mussten wir selbst schauen.»

Roman, Sohn



Roman findet es schade, dass ihm und seiner Familie niemand zur Seite stand, als es für die Mutter keine Heilung mehr gab.

« Wir waren um das Bett versammelt. Wir waren bei meiner Mutter, haben ihren Atemzügen zugeschaut, bis der letzte Schnauf gegangen war. Sie starb in den frühen Morgenstunden. Eine Stimmung fürs Sterben, wenn man so will: Sie ist gegangen, für immer eingeschlafen, aber der Tag ist erwacht. Ja, den Kreislauf des Lebens spürte ich sehr stark in diesen Momenten. Meine Mutter leitete beim Roten Kreuz Sterbebegleitungskurse. Sie lehrte Leute, wie man Menschen beim Sterben begleitet. In ihrem Fall hat das gar nicht funktioniert. Die Medizin hat da aufgehört, wo Therapie nicht mehr möglich war. Mit der Professionalität war es dann vorbei. Wir hatten keine professionelle Begleitung mehr. In die Gespräche mit den Ärzten und der Mutter wurden wir nicht stark mit einbezogen. Sie war zu diesem Zeitpunkt in einer Privatklinik, als es hiess, sie könne nicht mehr bleiben, weil ihr Krebsleiden nicht mehr therapierbar sei. Von dem Moment an, als meine Mutter todgeweiht war, mussten wir selbst schauen, wie wir mit der Situation umgehen konnten. Niemand trat an uns heran

und gab uns einen Ratschlag, was wir jetzt machen könnten. Das ist doch eigentlich schade, weil das Sterben ganz fest zum Leben gehört. Bei der Geburt, wo Sterben und Leben sehr nahe aufeinandertreffen, helfen Hebammen, aber beim Sterben ist die Betreuung nicht mehr so vorhanden.

Text und Bild aus dem Film «Sterben heute – Palliative Care in der Schweiz» von Stephan Rathgeb (2015).

Auch bei schwerkranken Kindern und Jugendlichen ist Palliative Care dringend nötig

Grosse Frage: Was brauchen die Eltern?

Kinder und Jugendliche mit einer unheilbaren Krankheit zu betreuen, bringt viele Familien an ihre Grenzen. Sie brauchen dringend Unterstützung, und zwar wesentlich mehr als heute angeboten wird. Eine nationale Studie namens «Pelican» zeigt, was helfen kann.

Von Claudia Weiss

400 Menschen sterben in der Schweiz jedes Jahr vor ihrer Zeit. 400 – an sich eine relativ kleine Zahl, gemessen an den jährlich 60 000 Todesfällen. Aber hinter jedem einzelnen dieser 400 steckt eine traurige Geschichte, denn die Zahl steht für all die Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren, die viel zu früh sterben. «Die Hälfte von ihnen stirbt im ersten Lebensjahr», sagt Eva Bergsträsser, Kinderärztin und Leiterin der Pädiatrischen Palliative Care am Universitäts-Kinderspital Zürich. Die meisten sind Frühgeburten oder Kinder mit kongenitalen – angeborenen – Erkrankungen. «Palliative Care brauchen aber noch wesentlich mehr Kinder als diejenigen, die sterben», betont Bergsträsser. «Umso mehr, weil heute Kinder mit angeborenen Krankheiten länger leben als früher.» Und genau genommen brauchen Palliative Care nicht nur die Kinder selbst, sondern auch ihre Eltern, Geschwister, ja das ganze soziale Umfeld.

Die Schweiz, so schrieb Bergsträsser unlängst in der Fachzeitschrift «palliative.ch», liege im Vergleich zu anderen Ländern in ihren Betreuungsangeboten für Kinder und deren Familien weit zurück: «Angebote, besonders Kinderhospize, wie sie in Deutschland oder England bestehen, fehlen.» Das ist ein grosses Manko, denn Familien, die schwerkranken Kinder und Jugendliche pflegen, sind mit ihren Kräften rasch am Ende.

«Pelican I bis III» zeigt, was Familien brauchen

Fragt man Laien, welche Todesursache sie bei Kindern und Jugendlichen nach dem ersten Lebensjahr als die häufigste vermuten, lautet die Antwort oft «Krebs». Eine Studie aus den USA zeigt jedoch: 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden an einer vererbten Erkrankung, weitere 40 Prozent an einer neuromuskulären Erkrankung, und nur 20 Prozent sind an Krebs erkrankt. «Die Hälfte aller kranken Kinder und Jugendlichen benötigen eine Sonde für die künstliche Ernährung», fasst Palliativspezialistin Bergsträsser zusammen. «Jedes zehnte Kind wird durch ein Tracheostoma beatmet, einen künstlichen Luftröhrenzugang, und jedes neunte benötigt lebenswichtige Medikamente.» Dass unter solch schweren Umständen die Eltern und das ganze Betreuungsumfeld viel Unterstützung benötigen, liegt auf der Hand. Was ihnen am bes-

ten hilft, sollte eine nationale Studie zur Betreuung von Kindern am Lebensende namens «Pelican»* zeigen, die das Kinderspital in Zürich, das Institut für Pflegewissenschaften in Basel und das Inselspital in Bern durchführten. In «Pelican I» analysierte das Forschungsteam die Krankengeschichten. «Pelican II» bestand aus Fragebogen, die an 307 Familien verschickt wurden. «Was brauchen die Eltern?», lautete die eine wichtige Frage, «Wie lassen sich die Angebote verbessern?» eine zweite. 200 Väter und Mütter schickten den Fragebogen zurück, 89 Mütter und 61 Väter stellten sich zusätzlich für ein Interview zur Verfügung.

Wunsch und Wirklichkeit klaffen oft auseinander

In «Pelican III» schliesslich wurden Fachpersonen befragt, die Familien am Lebensende ihres Kindes betreuen. Karin Zimmermann, Forschungsassistentin und Doktorandin an der Universität Basel, fasst die Ergebnisse zusammen: «Die meisten Antworten kamen von Eltern, deren Kinder onkologisch betreut wurden. Sie machten beinahe die Hälfte aus.» 62 Prozent der Kinder starben im Spital, nur 17 Prozent zuhause; von den Kindern mit neurologischen Erkrankungen starben zwei Drittel auf der Intensivstation.

Diese Zahlen kontrastieren krass mit dem Wunsch vieler Eltern, ihre Kinder am liebsten zuhause zu betreuen. Dem

Wunsch stehen jedoch noch zu viele Hindernisse im Weg, unter anderem starre bürokratische Prozesse. Während Familien in der Stadt oft nur eine kurze Distanz zum Spital haben, fehlt auf dem Land eine flächendeckende Spitex-Versorgung. Hilfreich wirken sich laut Studie vor allem zwei Faktoren aus: Ein gutes soziales Netz und eine sozio-ökonomisch gute Stellung.

Aber auch Eltern ohne diese Vorteile meistern die enorme Herausforderung mehr oder weniger souverän. Im neusten «Pelican Newsletter» schreiben die Studienleiterinnen: «Ein bemerkenswertes Ergebnis war, wie Familien sich eine «eigene Welt» aufbauen, in der sie sich arrangiert und ihre Energien auf die Betreuung des kranken Kindes zuhause fokussiert haben. Was sie sich wünschten, war eine unkompliziertere Unterstützung in Alltagsbelangen.» Angesichts der enorm kräftezehrenden Aufgabe hätten sie administrative Angelegenheiten mit den Versicherungen als unnötig belastend erlebt. Deshalb lautet der klare Schluss aus den «Pelican»-Studien: Bei so vielfältigen Betreuungsaufgaben mit einer so hohen Komplexität sind dringend bessere und flexiblere Angebote nötig. ●

* Paediatric end of life care needs in Switzerland (Pelican)

Grippeimpfstoffe müssen für ältere Menschen besser werden

Schwache Abwehr

Es gibt wieder Streit um die Grippeimpfung. Tatsächlich schützt sie Seniorinnen und Senioren nur sehr eingeschränkt. Was aber ist die Alternative?

Von Kathrin Zinkant, «Süddeutsche Zeitung»

Toaster, Kindersitze, Gartenhäcksler: So sah früher einmal das Betätigungsfeld der deutschen Stiftung Warentest aus. Seit 1966 prüft sie Produkte des täglichen Konsums auf ihre Qualität und versieht sie mit ihrem berühmten Gütesiegel. Doch die Tester haben ihr Gebiet längst erweitert: Seit 15 Jahren bewertet die Stiftung nicht mehr nur Kaufhausware, sondern auch Waren aus dem heiklen Gesundheitsbereich – für den eigentlich behördliche Instanzen verantwortlich sind. Zuerst ging es dabei um Medikamente. Seit zwei Jahren spricht die Stiftung Warentest auch Impfempfehlungen aus. Erst im Oktober hat sie ihren Rat wiederholt, bei älteren Menschen auf die jährliche Immunisierung gegen Grippe zu verzichten – und stattdessen Kinder zu impfen. Genau andersherum also, als es die in Deutschland offiziell verantwortliche Ständige Impfkommission (Stiko) am Robert-Koch-Institut seit vielen Jahren empfiehlt. Die Testexperten begründen ihren Rat damit, dass das Immunsystem von älteren Menschen zu schwach auf das Vakzin anspreche – und deshalb auch keinen Schutz biete.

Eine neue Studie scheint die Aussage der selbsternannten Impfkommissare nun zu bestätigen: Wie amerikanische, britische und israelische Wissenschaftler in der aktuellen Ausgabe des Fachblatts «Immunity» berichten, reagiert der Körper von älteren Impflingen nicht einfach schwächer auf den üblichen Mix

aus drei abgetöteten Virusvarianten oder ihren Bestandteilen. Tatsächlich reagiert er deutlich anders, als es bei jüngeren Menschen der Fall ist. Das Forscherteam hatte für die Studie über fünf Jahre hinweg mehr als 210 Teilnehmer verschiedenen Alters mit einem typischen Grippevakzin immunisiert und sowohl die Reaktion des Körpers als auch den aufgebauten Schutz anhand von Blutproben bestimmt. Bei jüngeren Menschen war eine typische, sogenannte adaptive Immunantwort zu beobachten, in deren Verlauf massgeschneiderte Antikörper gegen die Grippeviren gebildet werden. Diese Antikörper verleihen den gewünschten Schutz. Die Senioren der Versuchsreihe dagegen zeigten nach der Impfung häufiger eine ungerichtete Entzündungsreaktion, die von selbst wieder abklingt und keine Schutzwirkung entfalten kann.

Der Körper von älteren Impflingen reagiert deutlich anders als der von jüngeren Menschen.

Was bedeutet das nun für die stetig wachsende Gruppe von älteren Menschen, die bislang als wichtigste Zielgruppe der Impfungen behandelt wurde? Selbst Experten wie der Biochemiker Alexander Kekulé von der Universität in Halle an der Saale scheinen mittlerweile an den Empfehlungen der Stiko zu zweifeln. In einem Artikel für die «Zeit»-Beilage «Zeit Doctor» stellte Kekulé kürzlich fest, dass der Schutz durch die Grippeimpfung bei älteren Mitbürgern nur zehn Prozent betrage. Das Vakzin sei völlig veraltet, weil es immer noch in Hühnereiern produziert werde.

Herstellung der Vakzine dauert mehrere Monate
Tatsächlich war die Schwäche der Impfung gegen einen der zirkulierenden Erreger im vergangenen Jahr wohl ein Resultat dieses Umstands. Zwar lassen sich Grippeimpfstoffe mittlerweile auch in Zellkulturen herstellen. Schneller ist die Produktion auf diesem Weg allerdings nicht. «Im Gegenteil, der Prozess ist wesentlich komplexer», sagt Klaus Cichutek, Präsident des

>>

Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) im hessischen Langen. «Es entstehen dadurch auch nicht automatisch wirksamere oder verträglichere Impfstoffe.» Und weil schon die Herstellung in den Eiern mehrere Monate benötigt, müssen die drei oder vier Erreger, gegen die der Impfstoff wirken soll, entsprechend früh ausgewählt werden. In Einzelfällen kann es dann passieren, dass sich eines der Viren bis zum Beginn der Saison derart deutlich verändert, dass das Vakzin bei niemandem mehr – ob jung oder alt – einen Schutz aufbauen kann. Das war 2014 bei einem der Impfviren der Fall. Doch die Regel ist ein solcher Blindgänger nicht.

«Man kann so einen Fall nicht verallgemeinern», sagt Cornelius Remschmidt vom Robert-Koch-Institut in Berlin. Tatsächlich habe die Impfung im vergangenen Jahr zwar gegen einen der verbreiteten Erreger keinen messbaren Schutz vermittelt. «Aber wenn die Impfung gegen ein

Virus nicht wirkt, heisst das nicht, dass sie auch gegen die anderen ausgewählten Viren machtlos ist.» In den meisten Jahren liegen die Dinge nach Aussage des Präventionsexperten ohnehin anders. «Im Allgemeinen schützt die Impfung auch die älteren Bürger zu 30 bis 60 Prozent vor einer Grippeerkrankung.»



Ältere Menschen, besonders solche mit chronischen Erkrankungen, sollten sich trotz schlechterer Wirksamkeit gegen Grippe impfen lassen.

Foto: iStock

Das klingt noch immer nicht nach besonders viel, aber immerhin kann mindestens eine von drei Erkrankungen auf diese Weise verhindert werden. Und die Alternative erscheint kaum sinnvoller – sie hiesse nämlich, die volle Wucht einer Grippe auch bei älteren Menschen in Kauf zu nehmen. Dabei handelt

Grippe kann schwerwiegende Komplikationen verursachen

Die Grippe (Influenza) ist eine seit Jahrhunderten bekannte, akute Infektionskrankheit. Sie betrifft vorwiegend die Atemwege und wird durch die Influenza-A- und Influenza-B-Viren übertragen. Diese Viren zirkulieren vor allem im Winter.

Auch dieses Jahr empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) allen Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung sowie ihren nahen Kontaktpersonen wie zum Beispiel Ärzten oder Pflegepersonal, sich gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen.

Zu den Grippesymptomen gehören hohes Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Kopf- und Halsschmerzen. Bei Personen ab 65 Jahren, schwangeren Frauen und Personen mit chronischen Leiden, die zu den Risikopersonen zählen, kann die Grippe schwerwiegende Komplikationen verursachen.

Für Risikopersonen ist die Grippe keine harmlose Krankheit. In der Schweiz hat sie jedes Jahr zwischen 1000 und 5000 Spitaleinweisungen und bis zu 1500 Todesfälle zur Folge, insbesondere bei älteren Personen.

Die Intensität und der Schweregrad der Grippeepidemie sind von Jahr zu Jahr unterschiedlich. Die wirksamste Prävention gegen die Grippe ist die Impfung, die jährlich in Form einer Spritze verabreicht wird. Die drei im Impfstoff verwendeten Stämme werden jedes Jahr im Februar durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt. Die saisonale Grippeimpfung schützt sowohl gegen die Influenza-Subtypen A/H1N1 und A/H3N2 als auch gegen den Influenza-Typ B.

es sich bei der Influenza um eine grundlegend andere Erkrankung als beim grippalen Infekt, der ebenfalls fiebrig und mit Gliederschmerzen verlaufen kann, aber meistens von Erkältungssymptomen bestimmt wird. Influenzaviren sind jedoch von einem ganz anderen Kaliber. Je nach Aggressivität können sie zahlreiche Gewebe befallen und beeinträchtigen. Dabei kommt es zu einer heftigen Immunantwort. Sie treibt das Fieber in die Höhe und versetzt den Körper in einen Ausnahmezustand, der Wochen andauern und auch das Herz-Kreislauf-System schwer belasten kann.

Hinzu kommen Sekundärinfektionen durch Bakterien, vor allem in der Lunge. Für alte Menschen ist das oft zu viel. Die Mehrheit der jährlichen Todesopfer gehört zur Altersgruppe der über 60-Jährigen, das war auch in der vergangenen Saison so, die glücklicherweise eine vergleichsweise geringe Zahl von Opfern forderte. Nach Schätzungen der Arbeitsgemeinschaft Influenza können im Zuge einer Grippewelle aber bis zu 25000 Menschen in Deutschland sterben.

Hygieneregeln ergänzen den Schutz vor Grippe

Dass die Impfstoffe für Senioren besser werden müssen, daran herrscht derweil kein Zweifel. «Es gibt bereits Impfstoffe, die nur für Senioren zugelassen sind», sagt Remschmidt. «Sie lösen

eine stärkere Immunantwort aus, entweder weil sie einen Wirkverstärker enthalten oder in die Haut statt in den Muskel verabreicht werden.» Ob diese Präparate den Schutz erhöhen, wird nach Aussage des RKI-Experten derzeit noch untersucht. Auch Klaus Cichutek glaubt, dass sich an den Impfungen noch etwas verbessern liesse. «Vorstellen könnte man sich höhere Antigengehalte oder die Rückkehr zu Ganzvirusimpfstoffen», erklärt der Präsident des Bundesinstituts. Für die Experten von RKI und PEI bleibt es in jedem Fall dabei: Ältere Menschen, insbesondere solche mit chronischen Erkrankungen, sollten sich gegen die Grippe impfen lassen – egal, ob der Piks nun zwei oder zweieinhalb Menschen vor den aggressiven Viren schützt. Darüber hinaus können einfache Hygieneregeln den Schutz ergänzen: Niesen in die Armbeuge, Händewaschen, Papiertaschentücher statt solcher aus Stoff. «Und niemals die gebrauchten Taschentücher für später in den Ärmel stecken», sagt Cichutek. Dergleichen sehe er immer wieder.

Die Stiko ist derweil tatsächlich dabei, ihre Empfehlung für Senioren zu überarbeiten. Aber nicht, um sie im Sinn der Stiftung Warentest zu ändern. Sondern um mit noch mehr Studien zu untermauern, wie wichtig die Grippeimpfung für die ältere Bevölkerung bleibt. ●

Im Allgemeinen schützt die Impfung auch ältere Menschen zu 30 bis 60 Prozent.

Anzeige



Hotel & Gastro formation by Hotel & Gastro Union
Gastro/Suisse
Hotellerie/Suisse

Planen Sie Ihre Karriere mit uns

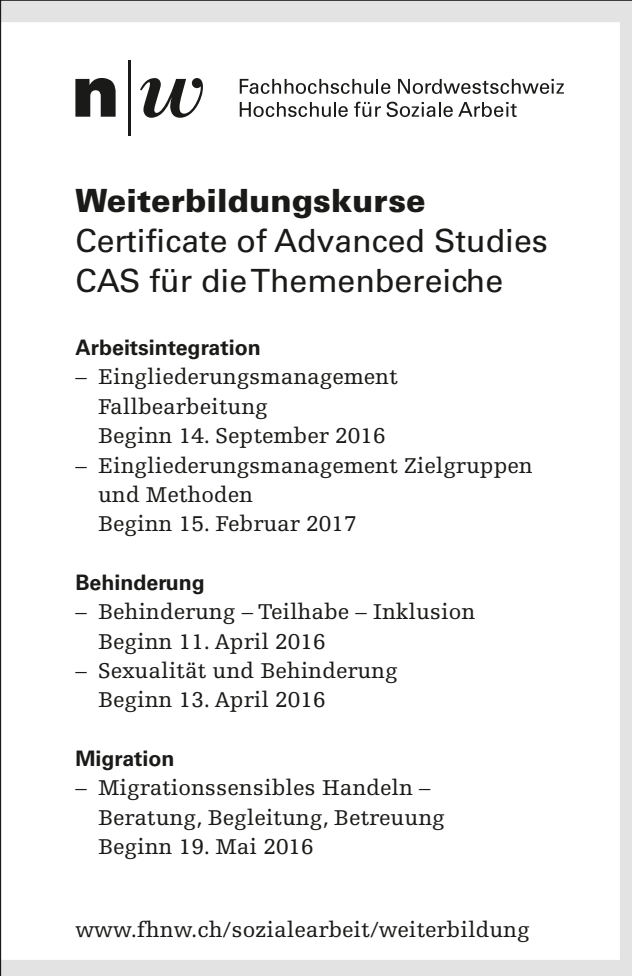
Wir führen Sie zu eidgenössischen Fachausweisen und Diplomen

- **Lehrgänge auf die Berufsprüfungen**
 - Beginn März 2016* – Chefkoch/-köchin
 - Bereichsleiter/in Restauration
 - Beginn Juni 2016* – Bereichsleiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft
 - Beginn August 2016* – Chef de Réception (Basismodule)
- **Lehrgänge auf die Höheren Fachprüfungen**
 - Beginn Juli 2016* – Küchenchef/in
 - Leiter/in Restauration
 - Leiter/in Hotellerie-Hauswirtschaft
 - Leiter/in Gemeinschaftsgastronomie

Ausbildungskurse für Berufsbildner/innen (Lehrmeisterkurse)
5 x jährlich: Februar, April, Juni, September und November

Rufen Sie uns an – wir beraten Sie gerne!

Hotel & Gastro formation | Eichstrasse 20 | Postfach 362 | 6353 Weggis
Telefon +41 (0)41 392 77 77 | Fax +41 (0)41 392 77 70
hbb@hotelgastro.ch | www.hotelgastro.ch



n|w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Weiterbildungskurse

Certificate of Advanced Studies CAS für die Themenbereiche

- Arbeitsintegration**
 - Eingliederungsmanagement
Fallbearbeitung
Beginn 14. September 2016
 - Eingliederungsmanagement Zielgruppen
und Methoden
Beginn 15. Februar 2017
- Behinderung**
 - Behinderung – Teilhabe – Inklusion
Beginn 11. April 2016
 - Sexualität und Behinderung
Beginn 13. April 2016
- Migration**
 - Migrationssensibles Handeln –
Beratung, Begleitung, Betreuung
Beginn 19. Mai 2016

www.fhnw.ch/sozialarbeit/weiterbildung



WEIL GUTES PERSONAL ZÄHLT

Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz sucht für das IWAZ Schweizerisches Wohn- und Arbeitszentrum für Mobilitätsbehinderte in Wetzikon nach Vereinbarung eine auf sozialer und menschlicher Ebene überzeugende Führungspersönlichkeit als

BEREICHSLEITER/-IN WOHNEN 100%

Das IWAZ bietet Menschen mit einer körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigung ein Zuhause. Rund 60 Bewohnerinnen und Bewohner im Alter zwischen 20 und 88 Jahren finden hier während 24 Stunden und 365 Tagen Unterstützung in der Bewältigung ihres Alltagslebens. Neben der individuellen und qualitativ hochstehenden Betreuung wird insbesondere eine medizinische Pflege sichergestellt.

Ihre Hauptaufgaben

Sie sind verantwortlich für den Bereich Wohnen und tragen gemeinsam mit Ihren rund 30 Mitarbeitenden zu einer hohen bestmöglichen Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bei. Die Gestaltung des Alltags und die enge Zusammenarbeit mit den übrigen Bereichen bilden dabei besondere Schwerpunkte. Zudem schaffen Sie Strukturen, um die konzeptionellen Grundlagen umfassend zu implementieren. Gemeinsam mit Ihren Geschäftsleitungskollegen sorgen Sie dafür, dass die ideelle Ausrichtung des Bereichs Wohnen im Alltag gelebt wird. Sie vertreten Ihren Bereich gegen aussen und pflegen Kontakte zu Partnern und Anspruchsgruppen. Ausserdem engagieren Sie sich in übergeordneten Projekten, um den Betrieb zukunftsgerichtet weiterzuentwickeln.

Ihr Profil

Sie sind eine Dipl. Pflegefachperson mit Kaderausbildung und Führungskompetenzen und arbeiten gerne aktiv in der Pflege mit. In erster Linie schlägt aber Ihr Herz für Menschen mit Handicap und Sie überzeugen durch Sozial-, Führungs- und Kommunikationskompetenz. Als Generalist/-in fällt es Ihnen leicht, den Gesamtüberblick zu behalten und Sie gehen Aufgaben pragmatisch und zielorientiert an. Zudem verfügen Sie über eine verbindende Ader und suchen den aktiven Austausch. Kurzum: Sie sind die vertrauenswürdige, integre Persönlichkeit, die gewohnt ist Verantwortung zu tragen.

Ihre Zukunft

Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche Führungsaufgabe in einem spannenden dynamischen Umfeld. Die stetige Weiterentwicklung des Bereichs Wohnen und angedachte Erweiterungen des Angebots bieten Ihnen Platz für eigene kreative Ideen. Sie werden in Ihren Aufgaben von der Geschäftsleitung aktiv unterstützt.

Interessiert? Dann freut sich Frau Elise Tel, Leiterin der **Personalberatung von CURAVIVA Schweiz**, auf Ihre aussagekräftige Bewerbung per Post oder Mail (Ref. 229). Frau Tel gibt auch gerne Auskunft unter der Nummer 031 385 33 63.

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

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

www.curaviva.ch/personalberatung

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

Wahrscheinlich beginnt die neurodegenerative Krankheit früher als bisher angenommen

Kommt Parkinson vom Magen ins Hirn?

Der deutsche Hirnforscher Heiko Braak stellt eine ganz neue Hypothese auf: Parkinson könnte via Magen in das Hirn gelangen. Oder durch die Nase. Das heisst, sie beginnt vielleicht Jahrzehnte vor den ersten Symptomen. Diese Entdeckung eröffnet möglicherweise neue Therapiemöglichkeiten.

Von Claudia Weiss

Der Afroamerikaner Brian Grant, ein Zweimeter-Hüne, 115 Kilogramm pure Muskeln, hatte es geschafft: NBA-Basketballspieler, Sacramento Kings, Miami Heat und Los Angeles Lakers – es lief prächtig. Bis Grant eines Tages übermässig zu schwitzen begann. Vor einem Publikumsauftritt musste er sogar sein Hemd im Tumbler trocknen lassen. Immer häufiger plagten ihn Verdauungsprobleme und Blutdruckschwankungen, dann merkte er, dass er mit dem linken Bein nicht mehr gut abspringen konnte. Als nach einer Weile auch noch seine linke Hand zu zittern begann, zog er sich aus dem Basketball zurück. 2008 erhielt er die Diagnose: Parkinson, eine Frühform, Grant war gerade 36 Jahre alt.

Frühformen sind zwar selten, meist tritt Parkinson nach dem 60. Lebensjahr auf. Aber Grants Krankheitszeichen zeigen sich bei allen Betroffenen. Nur werden wochenlang andauernde, immer stärkere Verstopfung, emotionale Verstimmung oder vermindertes Riechvermögen oft nicht mit Parkinson in Verbindung gebracht. Warum sie trotzdem eindeutige Symptome sind, hat Heiko Braak herausgefunden. Der Neuroanatom, 78 Jahre alt und längst emeritiert, forscht in einem Labor der Universität Ulm emsig weiter und hat die Braak-Hypothese aufgestellt: «Parkin-

son», sagt er, «beginnt nicht erst im Hirn, sondern gelangt möglicherweise durch die Nase und den Magen zuerst in das Nervensystem des Magendarmtrakts und wandert dann via Riechnerven und/oder den Nervus vagus, den zehnten Hirnnerv, ins Gehirn.»

Krankmachendes Eiweiss im Magendarmtrakt

Zu diesem Schluss kam Braak, weil er in den Riechnerven und im Nervensystem des Magendarmtrakts der untersuchten Patienten erste Ablagerungen eines krankmachenden Eiweisses namens Alpha-Synuclein nachweisen konnte. Dieses zeigt sich in einem späteren Stadium auch in der Substantia nigra: jenem Teil des Mittelhirns, der für die Herstellung des Botenstoffs Dopamin zuständig ist und der bei Parkinson Schaden nimmt.

Braak vermutet deshalb, dass sich die Krankheit in der Riechschleimhaut und in der Magen- und Darmschleimhaut einnistet, Jahre oder Jahrzehnte bevor sie ihre Zerstörungstätigkeit im Hirn beginnt und dort die gut bekannten Bewegungsstörungen auslöst: Zittern im Ruhezustand, Muskelsteifheit und Bewegungsarmut. «Wenn Sie neben einer Pizzeria durchgehen und den Oregano nicht mehr riechen, sollten Sie sich abklären lassen», rät deshalb der Neurologe. Auslöser für die Krankheit, so vermutet er, «könnte ein Um-

weltgift sein oder ein auf das Eindringen in Nervenzellen spezialisiertes Virus».

Für seine jahrzehntelange Arbeit in der Parkinson-Forschung und für seine bahnbrechende Hypothese wurde Heiko Braak diesen Herbst in Bern mit dem Annemarie-Opprecht-Preis ausgezeichnet. Das bedeutet 100 000 Franken zum Weiterforschen. Und um herauszufinden, was es mit den Frühzeichen der Krankheit auf sich hat. Mit den falsch gefalteten Eiweissen

**Verstopfung,
Verstimmung und
Riechprobleme
können auf Parkinson
hindeuten.**

>>

beispielsweise, die nicht nur bei Parkinson, sondern auch bei Alzheimer unweigerlich auftauchen: Bei Alzheimer sind es das krankhaft veränderte Tau-Protein und das Beta-Amyloid, bei Parkinson das Alpha-Synuclein.

Gelangen sie in Kontakt mit gesunden Nervenzellen, bringen diese Eiweisse die ihnen entsprechenden, noch nicht veränderten Proteine dazu, sich ebenfalls falsch zu falten. Eine fatale Kaskade, die sich entlang den Nervenbahnen ausbreitet und hinter sich haufenweise funktionell eingeschränkte Hirnzellen zurücklässt. Braak und seine Mitforscherin und Ehefrau Kelly del Tredici fanden bereits im Magendarmtrakt von Parkinson-Patienten kleine Klümpchen von schädlichen Proteinablagerungen, sogenannte «Lewy-Körperchen». Dass sie von dort über den Nervus vagus – einen Teil des vegetativen Nervensystems, zuständig für die Regulierung innerer Organe – ins Hirn wandern, ist eine plausible und gut fundierte Hypothese: Menschen, bei denen zur Behandlung eines hartnäckigen Magengeschwürs der Vagusnerv durchtrennt wurde («Vagotomie»), erkrankten deutlich seltener an Parkinson.

Hirnscheiben zeigen Krankheitsstadien

Sorgfältig hebt Heiko Braak dicke Kartonscheiben aus seiner Aktentasche. Mit Klebefolie hat er etwas darauf befestigt, das auf den ersten Blick aussieht wie gepresste, beige gefärbte Blumenkohlscheibchen. Es sind jedoch hauchdünne Schnitte durch ganze menschliche Hirnhälften, die der Forscher sorg-

Falsch gefaltete Eiweisse wandern wahrscheinlich vom Magendarmtrakt aus zum Gehirn.

fältig präpariert und einer sogenannten Immunreaktion unterworfen hat, sodass die krankhaften Stellen braun erscheinen: Parkinson, auch für Laien gut sichtbar. «Stage 3» hat er akkurat mit Filzstift zum kleinen braunen Fleck geschrieben, der schon die Amygdala bedeckt, den Mandelkern, der die Emotionen reguliert. Auch «Stage 4» hat Braak mitgebracht, mit grossflächigen Zerstörungszeichen, und «Stage 6», das Endstadium, in dem die ganze Hirnrinde tiefbraun eingefärbt ist und die Patienten auch dement werden.

Rund 7000 Menschenhirne hat Braak im Lauf seiner Forschertätigkeit detailliert untersucht und bewiesen: Die Zerstörung des Gehirns bei Parkinson verläuft immer in derselben, klar strukturierten Abfolge. Längst benennen Neuropathologen weltweit den Ausbreitungsgrad der Krankheit mit den von ihm entwickelten Braak-Stadien 1 bis 6. Ein gleiches System hatte er bereits viel früher auch für Alzheimer entwickelt.

«Ich liebe diese Krankheiten ganz einfach», sagt der Professor mit trockenem Humor. «Sie beachten brav die anatomischen Gesetze.» Im Lauf seiner Forschung hat er eine Art freundschaftliches Verhältnis zu den Nervenzellen entwickelt, redet von ihnen als «unglaublich zähen Burschen», die es locker 100 Jahre lang schaffen, wenn man sie gut behandelt. «Altersdemenz» gibt es laut Braak nicht: «Ich habe schon wunderschöne alte Hirne gesehen», strahlt er: «Das Hirn einer 104 Jahre alten Dame beispielsweise – so frisch, sichtbar alt zwar, aber zauberhaft.» Schädliche Eiweissablagerungen seien daher nie dem normalen Alterungsprozess zuzuschreiben, sondern immer krankhaft.

Zukunftsweisend für die Forschung

Heiko Braaks Arbeit erklärt zwar nicht, warum manche Gehirne gesund altern und andere nicht. Aber sie ist für die Parkinson-Forschung zukunftsweisend. «Er hat ein starkes Argument dafür geliefert, dass tatsächlich das Protein Alpha-Synuclein die Krankheit auslöst», sagt Mathias Sturzenegger, Chefarzt an der Neurologischen Universitätsklinik des Inselspitals Bern und Präsident des Annemarie-Opprecht-Preiskomitees. «Alpha-Synuclein taugt als Biomarker für die Krankheit.»

Die Entdeckung dieses Biomarkers wiederum bedeutet, dass man die Parkinsonkrankheit künftig viel früher diagnostizieren könnte – lange bevor sich die motorischen Störungen zeigen. «Können wir einmal die externen Auslöser genau identifizieren, bekommen wir neue Ansätze für eine Therapie, die den Eintritt des schädlichen Faktors oder die Ausbreitung des abnormen Alpha-Synucleins ins Gehirn verhindert.» Bis es so weit ist, dauert es laut Sturzenegger allerdings «noch einige Jahre».

Medikamente, Neurorehabilitation und Hirnstimulator

Bis es so weit ist, müssen Parkinson-Patienten wie Ex-Basketballer Brian Grant, inzwischen 43 Jahre alt, mit den heute verfügbaren Therapieformen noch auskommen: Gezielte Neurorehabilitation erhält die Beweglichkeit viel länger aufrecht (siehe Kasten links). Und verschiedene Medikamente wie Levodopa können im Hirn den Dopaminmangel wettmachen und die Parkinsonsymptome wie Verlangsamung, Muskelstei-

Gezielte Bewegung hilft bei Parkinson

Parkinson ist nach Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung. In der Schweiz leben 15 000 Betroffene. Ihnen hilft gezieltes Training, die Beweglichkeit zu verbessern. «Das ist besonders wichtig, weil Medikamente allein gegen Gang- und Gleichgewichtsstörungen oft nicht genügend wirksam sind», erklärt Stephan Bohlhalter, Chefarzt im Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation am Luzerner Kantonsspital. Neurorehabilitation sei eine wichtige Ergänzung, beispielsweise mit Übungen aus dem Tai-Chi: «Wie eine gut kontrollierte Studie belegt, vermindern diese Übungen Stürze.» Bei Parkinson sind automatische Bewegungsabläufe gestört. Deshalb müssen sich die Patienten gezielt darauf konzentrieren, genügend lange Schritte zu machen, wie es Gesunde ohne nachzudenken tun. «Mit gezieltem Training wird das Frontalhirn aktiviert, grössere Bewegungsabläufe zu initiieren», erklärt Bohlhalter. Lässt die Aufmerksamkeit nach, können jedoch Gangblockaden auftreten. Einfache Tricks helfen den Patienten, die Blockade durch zielgerichtete Bewegungen zu überwinden. «Auch ein neurodegenerativ erkranktes Hirn hat gesunde Anteile, die gefördert werden können», betont Neurologe Bohlhalter. «Und dank dem Bewegungstraining bleiben Parkinson-Patienten länger selbstständig.»



Neuroanatom Heiko Braak mit einem hauchdünnen Hirnscheibchen: Die krankhaften Stellen verfärben sich mithilfe eines speziellen Verfahrens braun und zeigen so den Verlauf der Parkinson-Krankheit.

Foto: Wolfram Scheible für Bild der Wissenschaft

figkeit und Muskelzittern verringern. Wenn Grant in Interviews und Vorträgen über seine Krankheit spricht, bewegen sich die Finger seiner linken Hand trotzdem unablässig, und das Zittern macht allein vom Zusehen müde.

Wahrscheinlich wirken eines Tages die Parkinson-Medikamente bei ihm nicht mehr. Meist zeigen sie ihre volle Wirkung nur fünf bis zehn Jahre lang. Danach wirken sie immer schwächer, und bei einigen treten als Langzeitnebenwirkung sogar krampfartige unwillkürliche Bewegungen auf. Vor allem jüngeren Patienten hilft in diesem Stadium oft ein Deep-Brain-Stimulator, eine Art Hirnschrittmacher, dessen Elektroden direkt ins Gehirn implantiert werden.

Brian Grant ist ein Kämpfer. Vorerst hält er sich mit einem speziellen Parkinson-Workout fit (www.briangrant.org/exercise).

Medikamente verringern oft die Symptome. Sie wirken aber nur fünf bis zehn Jahre.

Und er ermutigt alle, die kürzlich diese Diagnose erhalten haben: «Du kannst nicht immer beeinflussen, wie eine Situation ausgeht. Aber du kannst immer beeinflussen, wie viel Energie du hineinsteckst.»

Das muss dem Neuroanatomen Heiko Braak niemand sagen. Mit jeder Menge Elan untersucht er in seinem Labor, das ihm die Universität Ulm zur Verfügung stellt, unermüdlich Gehirnschnitte, Alpha-Synucleine und Lewy-Körperchen. Er ist fest entschlossen, seine Hypothese zu verifizieren: Damit könnte er die Tür für neue Therapieformen gegen die Parkinson-Krankheit öffnen. ●

Weitere Informationen: Schweizerische Parkinsonvereinigung, www.parkinson.ch

Brian Grants Parkinson-Workout: www.briangrant.org/exercise

Professionalisierung der Arbeitsagogik – ein Wirkungsmodell

Rehabilitation durch Arbeit

Wie wirkt die Arbeitsagogik? Welchen Wert schafft sie für die Klienten und für die Gesellschaft? Und wie werden die angestrebten Wirkungen erreicht? Diese Fragen beantwortet das «Modell zu den Wirkmechanismen der Arbeitsagogik». Entwickelt hat es die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Von Gena Da Rui, Daniel Schaufelberger, Sabine Rimmele*

Das «Luzerner Modell» fokussiert auf den Zusammenhang zwischen den Kerntätigkeiten und den Wirkungen arbeitsagogischen Handelns. Oder, anders gesagt, auf die Verbindungen zwischen den Handlungs- und Vorgehensweisen der arbeitsagogischen Praxis und den avisierten Zielen der Arbeitsagogik. Das Modell ist als Beitrag zur Professionalisierung der Arbeitsagogik zu verstehen.

Das Berufsfeld der Arbeitsagogik hat sich in den vergangenen Jahren sowohl in der Praxis wie auch in der Ausbildungstätig-

keit stark entwickelt und stetig professionalisiert. Seit 2009 ist die Berufsausbildung zur Arbeitsagogin/zum Arbeitsagogen anerkannt. Es besteht die Möglichkeit, im Anschluss an die Ausbildung eine Höhere Fachprüfung abzulegen.

Seit den Anfängen Mitte der 90er Jahre treiben vorwiegend Praktikerinnen und Praktiker die Entwicklung der Arbeitsagogik voran. Theoretische und empirische Grundlagen zur Arbeitsagogik fehlen weitgehend. Vorhandene theoretische Annahmen und Handlungskonzepte sind primär den Bezugsdisziplinen Soziale Arbeit, Psychologie und Betriebswirtschaft entnommen.

Mit dem Anliegen der Professionalisierung bekam die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU) von den drei Bildungsanbietern für Arbeitsagogik in der Deutschschweiz (Academia Euregio Bodensee AG, Agogis Weiterbildung, Institut für Arbeitsagogik) den Auftrag, ein Modell zu den Wirkmechanismen der Arbeitsagogik zu entwickeln.

Voraussetzungen zum arbeitsagogischen Grundverständnis

Arbeit stellt das zentrale Instrumentarium der Arbeitsagogik dar, um deren intendierte Wirkungen und Ziele zu erreichen. Demzufolge bilden Kenntnisse über die soziale Bedeutung und über die Wirkungen von Arbeit die Grundlage für das arbeitsagogische Handeln. In der Literatur ist die hohe Bedeutung der (Erwerbs-)Arbeit in modernen Gesellschaften unumstritten. Die Vielseitigkeit der Funktionen von Arbeit zeigte die Forschergruppe um Marie Jahoda bereits Anfang der 1930er Jahre auf. Neben «manifesten» Funktionen der Arbeit wie der Güter- und Dienstleistungsproduktion sowie der materiellen Existenzsicherung formulierte Jahoda (1983) «latente» sozialpsychologische Funktionen der Arbeit wie die Ermöglichung einer Zeitstruktur, der sozialen Integration ausserhalb des familiären Umfelds oder der Vermittlung von sozialem Status und Identität in der Gesellschaft. Heute lassen sich neben der



* **Gena Da Rui** (links) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin, **Daniel Schaufelberger** (Mitte) und **Sabine Rimmele** (rechts) sind Dozierende und Projektleitende an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU).

gesellschaftlichen Bewertung von Arbeit insbesondere auch Aspekte der Werteverstärkung von der Erwerbsarbeit hin zur ausserberuflichen Selbstverwirklichung identifizieren. Nach Michael Brater (2013) dient die praktische Arbeit in Einrichtungen für Menschen mit psychischen Behinderungen in erster Linie als Mittel der Rehabilitation. Demnach besteht der Sinn der Arbeit in arbeitsagogischen Settings nicht primär in der Herstellung von (wertschöpfenden) Produkten oder im «Arbeitstraining», sondern in der Entwicklung der Person und ihrer Reintegration in die Gesellschaft («Rehabilitation durch Arbeit»).

Prämissen der Arbeitsagogik

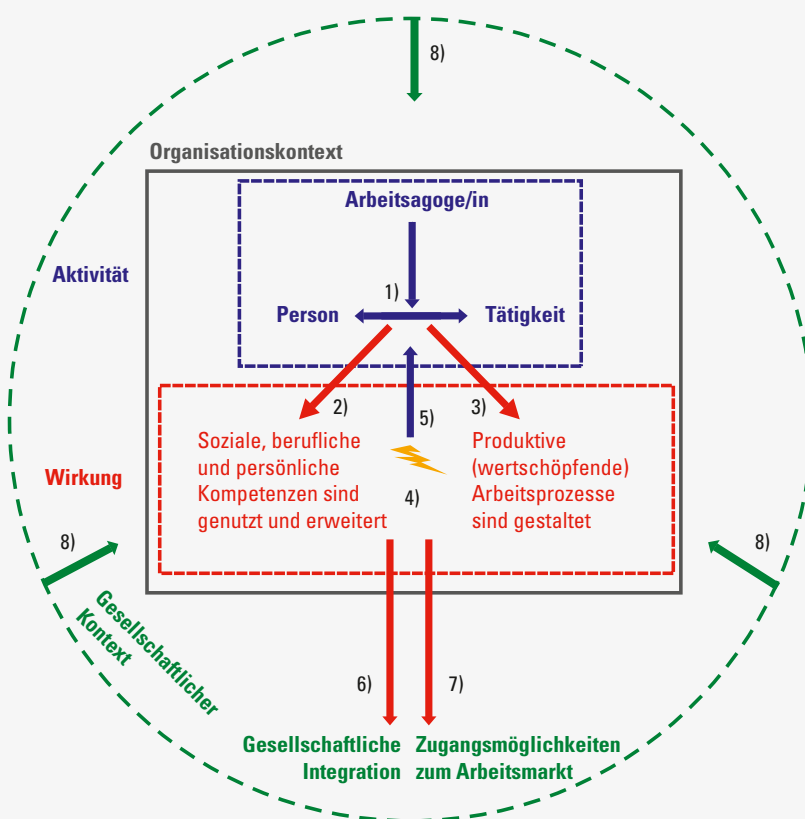
Grundlage für die Erarbeitung des Modells zu den Wirkmechanismen der Arbeitsagogik bildet das arbeitsagogische Verständnis, das Anfang der 90er Jahre entwickelt wurde und auch dem heutigen Berufsprofil der Arbeitsagogik zugrunde liegt. Ein Orientierungspunkt stellt auch das Modell des Dual- und Kernauftrags von Dario Togni-Wetzel (2015) dar, in dem (Re-)

Die Entwicklung der Arbeitsagogik treiben vorwiegend Praktikerinnen und Praktiker voran.

Integration als Kernauftrag und somit als Hauptziel der arbeitsagogischen Tätigkeit konzipiert wird. Dieser Kernprozess zieht sowohl einen Sozialauftrag wie auch einen Produktionsauftrag (Dualauftrag) nach sich. Entsprechend den arbeitsagogischen Grundlagen liegen der Konstruktion des Wirkmodells folgende zentrale Prämissen zugrunde:

- Wirkungsfeld der Arbeitsagogik ist die agogische Begleitung und Förderung von Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt in Arbeitsprozessen. Arbeitsagogik gestaltet die Prozesse zwischen Klienten und Klientinnen und ihrer Arbeitstätigkeit. Dabei dient die Arbeit als Mittel zur Befähigung und zur Integration. Beabsichtigt wird die Integration durch Arbeit, es wird von einer sinnstiftenden, rehabilitationsfördernden Wirkung der Arbeit ausgegangen.
- Im gesellschaftlichen Kontext schafft Arbeit Zugehörigkeit und erzeugt soziale Anerkennung. Dies gilt auch für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt. Arbeit und Arbeitstätigkeiten sind aber nicht per se sinnstiftend. Ob und inwiefern Arbeit in der individuellen Situation sinnstiftend

Modell zu den Wirkmechanismen der Arbeitsagogik



Organisationskontext: Arbeitsagogisches Handeln findet in einem spezifischen Organisationskontext auf individueller sowie auf betrieblicher Ebene statt (mit jeweiligen Zielgruppen und Auftrag).

Aktivität: Die Ebene der Aktivität umfasst die Tätigkeit des/der Arbeitsagogen/in.

Arbeitsagoge/in: Fachperson, welche mit der beruflichen Qualifikation als Arbeitsagoge/in diese Funktion im Kontext einer Organisation ausübt bzw. als Dienstleistung anbietet.

Person: Die Bezeichnung «Person» berücksichtigt neben der von der Arbeitsagogik unterstützten Person auch das jeweilige individuelle Umfeld sowie Beziehungen zwischen Personen am Arbeitsplatz bzw. Arbeitsteam.

Tätigkeit: Die Bezeichnung «Tätigkeit» berücksichtigt neben der konkreten Arbeitstätigkeit auch die betrieblichen Rahmenbedingungen bzw. die betrieblichen Zusammenhänge, in denen konkrete Tätigkeiten ausgeübt werden.

Wirkung: Mit der Aktivität des/der Arbeitsagogen/in intendierte Wirkungen.

Gesellschaftlicher Kontext: Stellt den Rahmen sowie die gesellschaftlichen Werte und Normen dar, in denen Arbeitsagogik stattfindet und wirksam wird.

Das «Luzerner Modell» unterscheidet zwischen den Aktivitäten und den Wirkungen der Arbeitsagogik.

wirkt und Zugehörigkeit respektive soziale Anerkennung schafft, ist von vielschichtigen individuellen und gesellschaftlichen Bewertungsprozessen und dem konkreten Arbeitsumfeld und -klima sowie von der Abstimmung zwischen Arbeits- und Lebenssituation abhängig.

- Die Funktion der Arbeit in arbeitsagogischen Strukturen ist zudem davon beeinflusst, ob und wie diese im konkreten Anwendungskontext als unterstützendes Angebot oder als verpflichtende Massnahme respektive als Gegenleistung gesehen und eingesetzt wird.

Das von der HSLU entwickelte Modell zu den Wirkmechanismen der Arbeitsagogik (siehe Grafik Seite 41) bezieht sich auf die Praxis der Arbeitsagogik in der Schweiz und fokussiert auf den Zusammenhang zwischen den Kerntätigkeiten und den Wirkungen arbeitsagogischen Handelns. Es werden explizite Annahmen zu Handlungs- und Vorgehensweisen der arbeitsagogischen Praxis für deren Zielerreichung getroffen. Die Entwicklung des Modells erfolgte durch die HSLU in Zusammenarbeit mit den drei beauftragenden Ausbildungsinstitutionen.

Wechselseitige Zusammenhänge

Unterschieden wird zwischen der Handlungsebene respektive den Aktivitäten der Arbeitsagogik (in der Grafik blau dargestellt) und den intendierten Wirkungen, die durch die Aktivitäten erreicht werden sollen respektive können (rot). Arbeitsagogische Aktivitäten und deren (angestrebte) Wirkungen finden stets in einem organisationalen Rahmen statt (grau), der wiederum im gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist (grün). Zwischen dem gesellschaftlichen Kontext und dem organisationalen Rahmen besteht ein wechselseitiger Zusammenhang: So soll die Arbeitsagogik auch gesellschaftliche Wirkungen entfalten, während gesellschaftliche Einflüsse auf die Arbeitsagogik wirken. Im Folgenden werden die zentralen Handlungs- oder Wirkungszusammenhänge (entlang der Nummerierung in der Grafik) kommentiert.

Gemäss dem Handlungszusammenhang Nr. 1 besteht die Aufgabe der Arbeitsagogin/des Arbeitsagogen darin, Klientinnen und Klienten (unter Berücksichtigung vorhandener Arbeitsbeziehungen) in Arbeitsarrangements, die für sie geeignet gestaltet sind, anzuleiten, zu begleiten und zu fördern. Im Kern geht es um die Verbindung und Passung zwischen den Möglichkeiten und Potenzialen der Klientinnen/Klienten und produktiven Arbeitstätigkeiten durch die klientenorientierte agogische Begleitung. Nach dem Wirkungszusammenhang Nr. 2 ermöglicht die Arbeitsagogik auf individueller Ebene, dass persönliche, soziale und berufliche Kompetenzen der Klientin/des Klienten aktiviert, genutzt und erweitert werden können. Durch die Gestaltung von produktiven Arbeitsprozessen erleben Klientinnen/Klienten ihre Tätigkeit als wertschöpfend und nutzstiftend, was dem Wirkungszusammenhang Nr. 3 entspricht. Die geschaffenen Produkte und Dienstleistungen genügen dabei

betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten und Marktanforderungen.

Der Anspruch zur Erreichung der individuellen (vgl. Nr. 2) UND betrieblichen Ziele (vgl. Nr. 3) erzeugt ein Spannungsfeld (Nr. 4). So stellt die gleichzeitige Vereinbarung von individuellen Kompetenzerweiterungen und der Gewährleistung produktiver Arbeitsprozesse nach betriebswirtschaftlichen Prinzipien eine permanente Herausforderung für das Wirkungsfeld der Arbeitsagogik dar. Das Spannungsfeld zwischen der Produktivität von Gütern und

Dienstleistungen und die Förderung der Klientinnen und Klienten beeinflusst Erleben und Handeln von Arbeitsagoginnen/Arbeitsagogen und Klientinnen/Klienten. Der Handlungs- und Wirkungszusammenhang Nr. 5 zeigt auf, dass die Arbeitsagogik und die umsetzenden Organisationen mit diesem Zielkonflikt konfrontiert sind und (bewusst oder unbewusst) einen bestimmten Umgang damit gestalten. Das Ausbalancieren dieses Spannungsfelds ist damit eine inhärente Aufgabe der Arbeitsagogik.

Die erreichten persönlichen, sozialen und beruflichen Kompetenzerweiterungen respektive die ausgeübten wertschöpfenden Arbeitstätigkeiten erhöhen die gesellschaftlichen Integrations- und Partizipationschancen der Klientinnen und Klienten (Nr. 6). Als weiterer Wirkungszusammenhang (Nr. 7) entstehen für Klientinnen/Klienten neue Zugangsmöglichkeiten im allgemeinen oder ergänzenden Arbeitsmarkt. Schliesslich zeigen die Zusammenhänge unter Nr. 8 die Arbeitsagogik als Teil gesellschaftlicher Funktionssysteme (Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen) auf. Das arbeitsagogische Handeln findet vor dem Hintergrund und in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen, politischen, gesetzlichen und ökonomischen Gegebenheiten statt.

Perspektiven zur Anwendung des Wirkungsmodells

Das Modell zu den Wirkungsmechanismen der Arbeitsagogik soll zur Weiterentwicklung und Professionalisierung der Arbeitsagogik beitragen. Es kann als Ausgangspunkt und Hilfestellung für die Auseinandersetzung mit der Arbeitsagogik und deren fachlichen Weiterentwicklung im Rahmen der Ausbildung oder in der Praxis genutzt werden. Das Modell soll aber auch den Diskurs über die Funktion und die Wirkungen der Arbeitsagogik vorantreiben.

Es wäre zu begrüssen, wenn die im Modell angenommenen Wirkungen und Wirkungszusammenhänge mit empirischen Studien/Evaluationen untersucht würden. Das Wirkungsmodell könnte dabei als Basis für entsprechende Untersuchungen dienen, gleichzeitig könnten die theoretischen Annahmen zu den Handlungs- und Wirkungsweisen der Arbeitsagogik anhand der empirischen Ergebnisse überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Generell erachten wir eine wissenschaftliche Untersuchung als zentrale Voraussetzung für eine Professionalisierung und langfristige Legitimierung der Arbeitsagogik. Wenn das Modell hierfür einen Anstoss geben oder als Anregung dienen kann, wäre dies besonders erfreulich. ●

Das Modell bezieht sich auf die Praxis der Arbeitsagogik in der Schweiz.

Das Modell soll der fachlichen Weiterentwicklung der Arbeitsagogik dienen.

Die Debatten werden in Zukunft deutlich härter verlaufen

Nach Abschluss der Wintersession, dem Beginn der 50. Legislaturperiode des Nationalrats, wurde ich allerorten mit derselben Frage konfrontiert: Und, wie läuft es jetzt im neuen Parlament, mit der am 18. Oktober gewählten Rechtsmehrheit? Darauf Antwort zu geben, fällt gar nicht so leicht, da drei Wochen im Bundeshaus hinter uns liegen, in denen sich die Neuen teilweise erst noch an die wichtigen Themen herantasten mussten. In der Budgetdiskussion waren allerdings bereits erste klare Signale zu erkennen, dass die Sparschraube markant stärker angezogen werden soll. Wo am meisten Potenzial für einen substanziellen Minderaufwand vorhanden ist, wird in den kommenden Jahren noch sehr heftige Voten auslösen.

Mediengepolter darf die Motivation nicht beeinträchtigen

Der neue Finanzminister Ueli Maurer sorgt mit seiner Aussage, dass namentlich in der Verwaltung «das angelegte Fett abgesaugt werden muss», bereits für einigen Zündstoff. Ich hätte dies, um einigermaßen diplomatisch zu bleiben, sicherlich nie so ausgesprochen. Denn eines ist klar: Bei allen notwendigen Sparanstrengungen darf solches Mediengepolter die Motivation des Personals nie frühzeitig zerstören. Aufgabe des Bundesrats ist überlegtes Führen und Lenken. National- und Ständerat haben ihre Funktion als Korrektiv, jedoch mit Augenmass und Verantwortungsbewusstsein für die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes. Noch neigen die Politikerinnen und Politiker in unserem Milizgremium zu einem ausgeprägten Interessen- und Klientelverhalten bei ihren Entscheidungen. Ob sich das Volk nun besser vertreten fühlt als vor dem letzten Herbst, muss erst bewiesen werden.

Die Lösungen liegen nicht immer auf der Hand, sondern müssen oft hart erarbeitet werden. Kompromisse gehören nicht an den Anfang, sondern an den Schluss des politischen Prozesses. Dies gilt es sich vor Augen zu halten, wenn in den kommenden Monaten die Reform der Altersvorsorge 2020 wie auch die 7. IV-Revision zu echten Zerreißproben werden könnten. Es sind eigentliche Herkulesaufgaben, bei denen damit zu rechnen ist, dass die Positionen nur schwer verschiebbar sein werden.

Ein veritabler Richtungsstreit

Die Debatten werden in Zukunft deutlich härter verlaufen. Weshalb? Weil die Frontlinien klar gezogen sind und die Mitte an Einflusskraft verloren hat. Beim verstärkt von rechts geäußerten Sparwillen erwähnen die Parlamentarier, die dahinterstehen, stets die angespannte Finanzlage



«Menschlichkeit, Würde und Gerechtigkeit sind für mich keine Worthülsen.»

Christian Lohr,
Nationalrat CVP TG,
ist der einzige Rollstuhlfahrer im Parlament.

sowie nachhaltige Sanierungsaspekte als Hauptargumente. Demgegenüber befürchtet die Linke, die Schwächsten könnten in Zukunft sozial zunehmend schlechter gestellt werden. In diesem veritablen Richtungsstreit ist es mir wichtig, Fragen zur Sozial- und Gesundheitspolitik immer differenziert zu betrachten. Menschlichkeit, Würde und Gerechtigkeit sind für mich nicht Worthülsen. Der Ruf nach mehr Eigenverantwortung kann ich nur so lange nachvollziehen, wie die Menschen auch die Gelegenheit dazu haben, ihre Lebensausgaben selbst zu bestreiten. Genauer hinzuschauen, Systeme und Strukturen zu hinterfragen, vernünftige Entwicklungen neu aufzugleisen: Darin besteht die grosse Herausforderung für die nächsten Jahre.

«Bereits sorgte der neue Finanzminister mit seiner Aussage zur Verwaltung für einigen Zündstoff.»

Näherrücken in Sachfragen ist möglich

Gibt es denn in der neuen Berner Politrealität überhaupt keine Hoffnungen auf breit abgestützte Einigkeit in heiklen Dossiers? Zumindest in einer Sachfrage kamen sich die Räte in der Startsession etwas näher:

Nach den unmenschlichen Anschlägen in Paris auf die westliche Lebensweise mit vielen unschuldigen Opfern gewichteten breite Kreise das Sicherheitsdenken wieder akzentuierter. Die Weiterentwicklung der Schweizer Armee wurde, nach parlamentarischen Spitzbubenstreichen in der ersten Runde, im zweiten Anlauf auf das richtige Gleis gestellt. Eine vernünftige Ausstattung unseres Heers macht für mich Sinn. Denn wir müssen uns einer Zukunft stellen, in der wir auf neue Gefahrenszenarien treffen. Umso mehr wird von der Politik ein kluges und überlegtes Handeln gefragt sein. Allein mit träfen und lauten Sprüchen von selbst ernannten Meinungsmachern wird unser Land keinen Schritt vorwärtskommen. Klar zu reden: Das ist für mich etwas anderes und hat für mich mit weitsichtigerem Denken zu tun. ●

Eine riesengrosse Chance

Neue Berufsprüfung trägt zur Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung bei.

Von Monika Weder*

Im kommenden Winter wird zum ersten Mal die Berufsprüfung Langzeitpflege und -betreuung durchgeführt. Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen werden einen Fachausweis erhalten, einen Abschluss auf Tertiärstufe. Damit werden den Alters- und Pflegeinstitutionen in gut einem Jahr auf einen Schlag schätzungsweise 300 bis 400 höher qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Die neuen Fachkräfte werden nicht als Stellensuchende auf dem Arbeitsmarkt zu finden sein, sondern sind in der Regel bereits in Alters- und Pflegeinstitutionen angestellt. Anders gesagt: Arbeitgeber, die geeignete FaBes und FaGes in ihren Weiterbildungsplänen unterstützen, werden Spezialisten für die Langzeitpflege und -betreuung erhalten.

Diese Fachkräfte verfügen – neben hoher Motivation und Initiative – über vertieftes Wissen und Können in Pflege und Betreuung von Menschen in palliativen Situationen und demenzieller Erkrankung. Das sind die zwei Bereiche, in denen auch der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen im Rahmen von spezifischen Strategien Ziele festgelegt hat, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Die Betriebe ihrerseits sind gefordert, sicherzustellen, dass entsprechende Konzepte vorhanden sind und dass diese umgesetzt werden. Die Fachfrauen und Fachmänner Langzeitpflege und -betreuung wer-

den künftig zur Erfüllung dieser Anforderungen einen massgeblichen Beitrag leisten.

Der neue Abschluss ist also eine riesengrosse Chance: Er trägt zur Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung bei und hilft gleichzeitig, den Fachkräftemangel auf Tertiärstufe zu lindern. Nun ist zu hoffen, dass alle relevanten Partner diese Chance rasch erkennen und nutzen. Mit dem Festhalten an überholten Gewohnheiten, mit Gärtchendenken und berufsständischen Abwehrreaktionen wird sich die Branche nicht weiterentwickeln. Angesprochen sind nicht nur die künftigen Absolventen und Absolventinnen der Berufsprüfung, also FaGes und FaBes und ihre Arbeitgeber, sondern auch die Behörden, die die Vorgaben zu Qualität und den Stellenschlüssel verantworten. Sowohl die Branche wie ihre leistungsbereiten Fachkräfte haben es verdient.

* **Monika Weder** leitet den Geschäftsbereich Bildung bei Curaviva Schweiz.

Menschen mit Behinderung

Marcel Hug wieder Sportler des Jahres

Marcel Hug, 29, eines der Aushängeschilder im Schweizer Behindertensport, ist zum vierten Mal mit dem Award als Behindertensportler des Jahres ausgezeichnet worden. Der Rollstuhlsportler gewann 2015 an der Leichtathletik-WM in Doha über 5000 m Silber und über 800 m Bronze. Damit hat Hug von Paralympics, WM und EM bereits 30 Medaillen in seinem Trophäenschrank hängen. Der seit seiner Geburt auf den Rollstuhl angewiesene Profi gewann im vergangenen Jahr zudem erstmals den traditionsreichen Marathon in Boston. Weitere Siege über die gut 42 km gelangen ihm in Seoul, Oensingen und zum sechsten Mal in Folge in Oita (Japan).

In meinem Kopf ein Universum

Ein berührender Spielfilm aus Polen ist jetzt auf DVD erhältlich: «In meinem Kopf ein Universum» heisst er und erzählt von Mateusz, der unter einer zerebralen Bewegungsstörung leidet und nicht imstande ist, seinen Körper zu kontrollieren. Seine Umwelt nimmt ihn deshalb für nicht ganz voll. Darunter leidet der junge Mann. Nachts schaut er aus dem Fenster, blickt in die Tiefen des Universums und fragt sich: «Wie kann ich den anderen zeigen, dass ich nicht zurückgeblieben bin? Wie kann ich beweisen, dass ich fühle und denke wie jeder andere?» Auch wenn er nicht allgemeinverständlich mit der Umwelt kommunizieren kann, nimmt er doch alles um sich herum wahr: Die abtossenden Bemerkungen seiner Schwester, aber auch das Lächeln der wunderschönen Anka, die liebevolle Fürsorge seiner Mutter und die üppigen Brüste der netten Nachbarin. Als der Vater stirbt und die Mutter zusammenbricht, kommt Ma-

teusz in ein Heim für geistig Behinderte. Er beschliesst, allen zu zeigen, dass er so klar im Kopf ist wie alle anderen.



«In meinem Kopf ein Universum», DVD oder Blue-ray, 107 Minuten, 18.90 resp. 22.90 Fr.

Weniger Vertrauen in die Institutionen

Menschen mit Behinderungen zwischen 16 und 64 Jahren haben weniger Vertrauen in das Polit- und Rechtssystem und in die Polizei. Sie hegen indessen dasselbe Interesse für Politik wie die übrige Bevölkerung. Dies sind einige der Ergebnisse der Indikatoren 2013, die das Bundesamt für Statistik (BFS) zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderungen Ende 2015 publiziert hat. Menschen mit Behinderungen haben, insbesondere wenn sie stark eingeschränkt sind, weniger Vertrauen in Institutionen als die übrige Bevölkerung. Dabei handelt es sich um eine starke Tendenz, die statistisch signifikant ist. Menschen mit Behinderungen und die übrige Bevölkerung zeigen ihr Vertrauen gegenüber den verschiedenen Institutionen in derselben Reihenfolge. Das grösste Vertrauen besteht gegenüber der Polizei: Menschen mit Behinderungen weisen gesamthaft einen Wert von 7,0 und jene mit starken Einschränkungen von 6,9. Bei der übrigen Bevölkerung liegt er bei 7,4. Es folgt das Justizsystem mit 6,6 und 6,0 gegenüber 7,1. Das Politsystem weist als Schlusslicht Werte von 6,2 und 5,6 gegenüber 6,7 auf. Dasselbe Bild zeigt sich beim Vertrauen in andere Menschen. Menschen mit Behinderungen stimmen der Aussage, dass man den meisten Menschen vertrauen kann, weniger zu (durchschnittlich 6,0 und 5,5 gegenüber 6,3). Dieses Resultat und weitere gemessene Werte weisen darauf hin, dass das subjektive Wohlbefinden von Menschen mit Behinderungen geringer ist als jenes der übrigen Bevölkerung. BFS

Alter

Hunde im Altersheim

Die Hundeschule Juradog und die Paracelsus-Stiftung haben für die Grenchner

Alters- und Pflegeheime ein gemeinsames Projekt gestartet für tiergestützte Fördermassnahmen für alte Menschen. Bei diesen Fördermassnahmen werden die Heimbewohnerinnen und -bewohner aktiv mit einbezogen und können die Hunde beispielsweise mit einer Bürste pflegen und sie zu kleinen Kunststücken anleiten. Vorgesehen ist auch eine Zusammenarbeit mit der Spitex, sodass betagten Personen auch zuhause Hundebesuche ermöglicht werden können. Die Hundehalterinnen und -halter sind zusammen mit den Tieren in speziellen Kursen auf die neue Aufgabe vorbereitet und nach bestandener Prüfung dafür zertifiziert worden.

Solothurner Zeitung

Online-Shop aus dem Altersheim

Die Altersheimbewohnerin Walpurga Nef hat mit einigen anderen Frauen im Altersheim in Wil SG einen Online-Versandhandel gestartet. Sie produzieren allseits beliebtes Grosi-Kulinarika: Guetsli, Sirup, Konfi, Kuchen. Chez Grand Maman heisst das Start-up der Seniorinnen. Im Internet ist das Geschäft unter www.grosi.net zu erreichen. Tatkräftig unterstützt werden die Frauen zwischen 77 und 95 Jahren vom Küchenteam des Heims. Damit die Produkte auch höchsten Qualitätsanforderungen genügen, haben die Frauen die Spitzenköchin Vreni Giger engagiert, die in der Fachjury von Chez Grand Maman zusammen mit drei Kollegen entscheidet, ob ein Produkt gut genug ist, um in den Verkauf zu kommen.

Sonntagsblick

Eintrittsalter in Heime weiter gestiegen

Die Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen SOMED sowie die Spitex-Statistik 2014 zeigen: Beim Heimeintritt sind die Bewohnerinnen und Bewohner knapp ein Jahr älter als vor acht Jahren. Das Durchschnittsalter der Alters- und Pflegeheimbewohner hat sich zwischen 2006 und 2014 hingegen kaum verändert. Gleichzeitig wurden von den über 80-jährigen 298 664 Stunden mehr (+102,9 Prozent) an pflegerischen und hauswirtschaftlichen Spitex-Leistungen beansprucht. Allerdings werden seit 2010 in der Spitex-Statistik zusätzlich private Anbieter erfasst und seit 2014 auch Betriebe, die nur hauswirt-

schaftliche und sozialbetreuerische Dienste anbieten. Ein Teil der Zunahme ist auf diese Erweiterung zurückzuführen. Auch die Gesamtkosten für Pflege und Unterstützung nehmen zu.

Aargauer Zeitung

Mehr Geld für Palliativpflege

Der deutsche Bundestag hat das neue Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet, das die ambulante Versorgung Sterbender regelt: in der häuslichen Umgebung, in Hospizen, Pflegeeinrichtungen und Spitälern. Dafür sollen die gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche 200 bis 300 Millionen Euro pro Jahr in die Hand nehmen. Gestärkt wird insbesondere die Palliativpflege in der häuslichen Krankenversorgung und die Sterbebegleitung in Pflegeheimen. Es dürfe nicht sein, dass sterbende Menschen aus Pflegeheimen in Krankenhäuser gebracht werden, weil die Heime keine angemessene Palliativversorgung gewährleisten könnten, sagte der deutsche Gesundheitsminister Hermann Gröhe. «Wir wollen, dass Menschen überall in diesem Land die Hilfe erfahren, die sie brauchen.» Obwohl drei von vier Deutschen sich wünschen, zuhause zu sterben, endet das Leben für die meisten im Krankenhaus oder Pflegeheim.

Spiegel online

Das Altwerden als Graphic Novel

In den USA ist Roz Chast eine bekannte Karikaturistin. Sie amüsiert ihre Landsleute mit Alltagsbeobachtungen, die sie witzig auf den Punkt bringt. Nun hat sie sich einem ernsten Thema zugewandt: In ihrer neuen Graphic Novel zeichnet sie das Leben und Sterben ihrer Eltern. Mit viel Gespür fürs Detail zeichnet Chast die Schrulligkeiten ihrer Eltern nach, wenn sie die Mutter beim Strumpfhosenkauf begleitet oder versucht, die zunehmende Verwahrlosung des Elternhauses zu stoppen. Bei aller Offenheit, mit der Chast das Eheleben ihrer Eltern betrachtet, ist das Buch auch eine Liebeserklärung an die beiden geworden. Sie erzählt mit viel Liebe und Humor, wie sie das Älterwerden der Eltern erlebt, die zunehmende Abhängigkeit und die Verschiebung des Kind-Eltern-Kräfteverhältnisses, bis hin zum unvermeidbaren Umzug ins Pflegeheim. Doch der Karikaturistin geht es

über die Geschichte der Eltern hinaus auch darum, zu zeigen, wie eine Gesellschaft mit den Alten umgeht, in der echtes Altern jenseits von vitalen TV-Rentnern und umherziehenden Freizeitsenioren nicht vorgesehen ist.



Roz Chast, «Können wir nicht über was anderes reden? Meine Eltern und ich», Rowohlt, 240 Seiten, 26.90 Fr.
Quelle: Spiegel online

Altern Fische gleich wie Menschen?

Hilft ein Fisch zu neuen Erkenntnissen, wie und warum Menschen altern? In Jena sind Forscher derzeit daran, das Erbgut des Prachtgrundkärpflings (*Notobranchius furzeri*) zu entschlüsseln. Der aus Afrika stammende Fisch ist ein Wirbeltier und altert quasi im Zeitraffer. Bei diesem raschen Altern zeigt der Fisch typische Altersmerkmale, wie sie auch beim Menschen zu beobachten sind. So könne man gezielt die Genome kurz- und langlebiger Exemplare vergleichen, um nach neuen Genen zu suchen, die Alterungsprozesse steuern, schreiben die Forscher. «Die Kenntnis des Genoms erlaubt auch gezielte Eingriffe. Wir können zum Beispiel einzelne Gene ausschalten oder überaktivieren und die genauen Auswirkungen beobachten.» Da mehr als 90 Prozent der Gene des Menschen denen im Fisch ähnlich seien, sei die Wahrscheinlichkeit gross, dass sich viele Erkenntnisse auf den Menschen übertragen liessen. Allerdings glauben die Wissenschaftler nicht, in den Genen einen Schalter für ewiges Leben oder ewige Jugend zu fin-

den. «Altern ist ein sehr komplexer Prozess, an dem eine Vielzahl von Genen beteiligt ist und auch Umweltfaktoren eine Rolle spielen.» Es gehe darum, die Prozesse zu ergründen, die uns altern lassen. Mit dem Wissen, so die Hoffnung, könnte künftig zwar kaum die Lebensspanne verlängert, aber mehr Gesundheit und Lebensqualität bis ins hohe Alter ermöglicht werden.

Süddeutsche Zeitung

Medizin

Gesundheitsschutz für Mitarbeitende

Die Hilfe und Pflege zu Hause wird aufgrund der demografischen Entwicklung immer wichtiger und stellt Verantwortliche und Mitarbeitende vor grosse Herausforderungen. Die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (Ekas) hat beschlossen, speziell für das Fachpersonal in Spitexbetrieben eine Broschüre aus der Reihe «Unfall – kein Zufall!» zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz herauszugeben. Die Ekas setzt damit ein Zeichen, dass Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz für die spitalexterne Pflege von zentraler Bedeutung sind. Immer mehr betagte Menschen sind auf spitalexterne Hilfe und Pflege angewiesen. Rund 30000 Vollzeitbeschäftigte arbeiten mittlerweile auf diesem Gebiet, Tendenz steigend. Das Unfallrisiko ist in den letzten zehn Jahren in Spitexbetrieben von 69,2 auf 76,1 Unfälle pro 1000 Vollzeitbeschäftigte gestiegen. 2012 ereigneten sich über 2200 Berufsunfälle in Spitexbetrieben. Diese verursachten laufende Versicherungsleistungen von mehr als 6 Millionen Franken (Quelle: SSUV). Die Mitarbeitenden in der Hilfe und Pflege zu Hause sind oft hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Eine aktuelle Informationsquelle zum Thema «Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz» ist deshalb unentbehrlich. Die neue Broschüre der Ekas richtet sich vor allem an die Verantwortlichen und das Personal von Organisationen und Betrieben, die spitalexterne Hilfe- und Pflegedienstleistungen anbieten. Sie bildet eine wertvolle Basis für ihre Tätigkeiten. In thematischen Abschnitten gegliedert, werden in dieser Broschüre mögliche Gefährdungen aufgelistet und gleichzeitig entsprechende Massnah-

men vorgeschlagen. Die Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten des Bundes, der Suva, der Kantone sowie der wichtigsten Branchen- und Berufsverbände erarbeitet. Mit diesem praxistauglichen und einfach verständlichen Instrument schliesst die Ekas eine wichtige Lücke in der Prävention. Sie leistet damit einen aktiven Beitrag zur Reduktion von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sowie arbeitsassoziierten Gesundheitsbeschwerden beim Fachpersonal in der Hilfe und Pflege zu Hause.



Kostenlose Bestellung oder Download der Broschüre auf der Ekas-Webseite: www.ekas.ch > Bestellservice.

Richtlinien vollständig überarbeitet

Patientinnen und Patienten sollen die Einwilligung in medizinische Eingriffe grundsätzlich autonom erteilen können. Dennoch gibt es Situationen, in denen medizinische Zwangsmassnahmen nicht zu vermeiden sind. In diesem Spannungsfeld bieten die vollständig überarbeiteten Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) konkrete Hilfestellungen für die Praxis. Die Richtlinien berücksichtigen die seit dem 1. Januar 2013 mit dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht geltenden veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen. Sie umschreiben ethische und rechtliche Voraussetzungen für die Anwendung von Zwangsmassnahmen, klären Verantwortlichkeiten, informieren über Dokumentations- und Sorgfaltspflichten und zeigen Möglichkeiten der Prävention auf.

Auf der SAMW-Website stehen die Richtlinien in vier Sprachen (D/F/I/E) als Download zur Verfügung: www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html; gedruckte Exemplare (D/F) können per E-Mail bestellt werden: mail@samw.ch.

GEDANKEN ZUM NEUEN JAHR AUS DEM FACHBEREICH MENSCHEN IM ALTER

Sehr geehrte Damen und Herren Liebe Kolleginnen und Kollegen

Nationale Strategie Demenz, nationale Strategie Palliative Care, Strategie Langzeitpflege, Strategie eHealth, Gesundheit 2020... Dies ist eine unvollständige Aufzählung der heute aktuellen Strategien im schweizerischen Gesundheitswesen. Als ich im Jahr 2003 bei CURAVIVA Schweiz als Leiter des Fachbereichs Menschen im Alter angefangen habe, gab es noch keine dieser Strategien. Heute sind wir von nationalen Strategien umgeben.

Jede dieser Strategien produziert eine Unmenge von Studien, Berichten und Dokumenten aller Art – das Regal in meinem Büro kann schon lange nicht mehr alles aufnehmen, was hier an Papierwerken entstanden ist und noch entstehen wird. Vielfach gibt es für die Umsetzung all dieser Strategien kein Geld. Für die Umsetzung sind immer die anderen zuständig, sprich die Kantone, die Gemeinden, CURAVIVA Schweiz, die Kantonalverbände von CURAVIVA Schweiz, die Institutionen etc. Es ist fast wie mit dem Alter – alt sind immer die anderen. Unsere Branche muss darauf achten, dass wir mit all diesen nationalen Strategien die Mitarbeitenden in den Institutionen nicht erschlagen.

Und dennoch: Diese Strategien sind wichtig. Einerseits zeigen sie auf, wie vielfältig und vernetzt unsere Arbeit im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich ist; andererseits sind sie der Versuch und die Absicht, das gesamte Gesundheitssystem weiterzuentwickeln und auf die Zukunft vorzubereiten. Nationale Strategien sind auch für die fachliche Diskussion wichtig. Sie geben einen Rahmen, wie wir unsere Arbeit und unsere Dienstleistungsangebote zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner weiter optimieren können. Sie helfen, die Zukunft unserer Branche in-

haltlich mitzugestalten. Demgegenüber steht der tägliche und zermürbende Kampf vieler Verantwortlicher im Heimbereich um die Sicherstellung der Finanzierung. Kommt dazu, dass unsere Branche nach wie vor (und immer stärker) mit dem politischen und gesellschaftlichen Vorwurf konfrontiert wird, zu teuer zu sein. Wer sich Gedanken über die Zukunft macht und Strategien erarbeitet, muss sich auch Gedanken über deren Finanzierung machen. Strategien, die umgesetzt werden sollen, kosten immer Geld. Sonst verkommen sie zu blossen Papierwerken (und auch diese kosten etwas).

Und dennoch: Es greift zu kurz, sich immer nur über eine mangelhafte oder ungenügende Finanzierung zu beklagen. Nach 13 Jahren bei CURAVIVA Schweiz begegne ich bei Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen immer mehr Menschen, denen die Diskussion über die Pflegefinanzierung allmählich zuwider ist. «Ich kann es nicht mehr hören» sind Statements, die nun lauter werden. Endlich.

Das führt uns zurück zu den nationalen Strategien. Nutzen wir die Chance und nehmen die relevanten Inhalte auf, um die Langzeitpflege inhaltlich weiterzuentwickeln. Wir müssen dafür sorgen, dass die Inhalte in die Köpfe der Verantwortlichen gelangen – dann haben wir die Chance, Grundhaltungen und Werte zu gestalten, die uns weiterbringen. So sorgen wir dafür, dass aus Papierwerken lebendige und nachhaltige Taten entstehen. Schliesslich sind es die Mitarbeitenden und Verantwortlichen in den Institutionen, die mit ihrem Handeln und Tun für eine hohe Lebensqualität der ihnen anvertrauten älteren und hochbetagten Menschen beitragen.



*Dr. Markus Leser
Leiter Fachbereich Menschen im Alter
CURAVIVA Schweiz*

Genau hierfür möchte ich mich an dieser Stelle bei Ihnen bedanken. Dass Sie immer noch dabei sind, dass Sie sich nicht zermürben lassen, dass Sie sich nicht von Dokumenten erschlagen lassen und dass Sie weiterhin und unermüdlich mithelfen, die Zukunft unserer Branche aktiv mitzugestalten.

Vielen Dank.

Ich wünsche Ihnen allen ein gutes und spannendes neues Jahr und freue mich auf ebenso spannende und lehrreiche Begegnungen mit Ihnen.

Markus Leser

Die Rubrik liegt ausserhalb der redaktionellen Verantwortung. Der Inhalt wird durch den Fachbereich Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz gestellt.

Bausteine für eine effiziente Verwaltung:

Lobos 3.X



LOBOS Informatik AG

Auenstrasse 4
8600 Dübendorf

Airport-Business-Center 64
3123 Belp

Tel. 044 825 77 77
info@lobos.ch
www.lobos.ch

Unsere Software Lobos 3.X bietet die grösste Modulvielfalt, und unsere Mitarbeitenden verfügen über jahrelang gewachsenes Know-how – beides für die effiziente Verwaltung Ihrer sozialen Institution. So gewinnen Sie immer: Zeit und Geld natürlich, aber auch Freude an der Arbeit.

Wenn Sie wissen möchten, was mit uns und unseren Bausteinen alles möglich ist, fragen Sie uns oder unsere Kunden. Eine umfangreiche Referenzliste für den Branchenprimus Lobos 3.X finden Sie unter lobos.ch im Internet.