Akteneinsicht für Verdingkinder

Endlich wissen, wie es war – Seite 47

Ausgabe **12** | 2013

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva
Verband Heime & Institutionen Schweiz

Palliative Care

Gut leben bis zum Ende

ruf

Solide und dialogstark.

CarePflege – die elektronische Pflegedokumentation von Ruf – vermittelt eine Gesamtübersicht des Patientendossiers und unterstützt die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und dem Pflegefachpersonal.

Ruf Gruppe, Rütistrasse 13, 8952 Schlieren
www.ruf.ch, info@ruf.ch, Tel. 044 733 81 11

Lucerne University of Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE LUZERN
Soziale Arbeit

Master of Advanced Studies
MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

Kontroverse Themen wie Gender, Sexualität, sexuelle Gesundheit situations- und zielgruppenadäquat bearbeiten, globale Phänomene sexueller Gesundheit verstehen, lokal wirkungsvoll handeln: Erwerben Sie Kompetenzen, sexuelle Selbstbestimmung in Ihrem Arbeitsfeld professionell zu entwickeln und zu schützen.

Nächster Studienbeginn: April 2014
Details unter www.hslu.ch/m132 und bei Vanessa Zürcher, T +41 41 367 49 33, vanessa.zuercher@hslu.ch

Immer aktuell informiert:
www.hslu.ch/newsletter-sozialearbeit

FH Zentralschweiz

aus erster Hand.

HF Diplom 3-jährige Vollzeitausbildung
Dipl. Aktivierungsfachfrau HF
Dipl. Aktivierungsfachmann HF
Leitung des gesamten Bereichs Aktivierung

Zertifikat FAB Fachperson in aktivierender Betreuung
Zertifikat FAA Fachverantwortliche/r in Alltagsgestaltung und Aktivierung

> Mehr zu den nächsten Infoveranstaltungen und Weiterbildungsangeboten gibts direkt via die Tags oder auf www.medi.ch

;medi

medi | Zentrum für medizinische Bildung | Aktivierung
Max-Daetwyler-Platz 2 | 3014 Bern | Tel. 031 537 31 10 | at@medi.ch

«Wenn man sehr alt geworden ist, kann der Tod auch eine Erlösung sein.»

Beat Leuenberger
Chefredaktor

Liebe Leserin, lieber Leser

Wer alt ist, spielt keine Rolle mehr. Was zunächst schockierend tönt, ist in Tat und Wahrheit eine Befreiung. Alte Menschen brauchen keine Rollen mehr zu spielen, die ihnen ein anstrengender Beruf abverlangt. Sie müssen in der Familie nicht mehr Vorbild sein. Und sie müssen sich nicht mehr einer Gesellschaft anpassen, die auf stromlinienförmige Erwachsene setzt. Wer alt ist, darf die Sinnhaftigkeit eines alternden Lebens entdecken, was «genauso wichtig ist wie die Sicherstellung der materiellen Grundlage im Alter». Das sagt der emeritierte St. Galler Soziologieprofessor Peter Gross. In seinem neuen Buch «Wir werden älter. Vielen Dank. Aber wozu?» geht er der Frage nach, zu welchem Gestaltwandel es im Leben kommt, wenn wir erstmals in der Menschheitsgeschichte ein ganzes Leben erleben können, mit Aufstieg und Abstieg.

Bereits ist der Gestaltwandel spürbar: Neuerdings kann der Tod auch eine Erlösung sein. Viele Menschen, die sehr alt werden, haben deshalb keine Probleme mit dem Tod. Vor 150 Jahren sah es noch ganz anders aus. Die Menschen starben in der Regel jung. Den Tod betrachteten sie als Feind.

In der letzten Lebensphase ist allerdings eine besondere Art der Betreuung nötig. Die Fachzeitschrift macht in der Dezembernummer eine Bestandesaufnahme zum Thema Palliative Care. Die Palliativpflege nimmt sich der Menschen dann an, wenn es nicht mehr darum geht, gesund und leistungsfähig in die Gesellschaft zurückzukehren, sondern schmerzfrei und zufrieden Abschied zu nehmen.

Natürlich ist Palliativpflege nicht nur im Alter ein Segen. Seit das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft ist, beschäftigt sich ein ganzer Forschungszweig an unseren Universitäten und Fachhochschulen damit, wie Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung auf Krankheit, Sterben und Tod vorzubereiten sind (Beitrag Seite 32).

Weiter geht die Fachzeitschrift der Frage nach, wie viel Sterben für Pflegefachleute in der täglichen Arbeit erträglich ist und wie sie sich von der seelischen Belastung erholen (ab Seite 18). Was Palliative Care für die ganze Familie zu leisten vermag, wenn ein Kind sterbenskrank ist, erfahren unsere Leserinnen und Leser im Beitrag Seite 29.

Ein Kind zu verlieren, ist für Eltern schier unerträglich. Kinder, die den Tod vor Augen haben, nehmen dagegen ihr Schicksal oft mit einer beeindruckenden Gelassenheit hin – und mit einer Weisheit, als hätten sie bereits 100 Jahre hinter sich. Eine Weisheit, die im besten Fall auch ein langes Leben mit sich bringt. Der Soziologe Peter Gross erhofft sich sogar, dass das Älterwerden der Menschen zu einer Befriedung der Gesellschaft und zu einem vernünftigeren Umgang mit den Lebensgrundlagen führt. Noch besser täte es unserer gebeutelten Erde, wenn wir jungen Sechzigjährigen damit schon beginnen würden. ●

Wir beraten und unterstützen **Kinder-, Jugend- und Altersinstitutionen** bei der

Zukunftsplanung ihrer Liegenschaften.

- **Bedarfsermittlung**
- **Strategische Planungen**
- **Zustandsanalysen**
- **Machbarkeitsstudien**
- **Immobilienökonomie**
- **Wettbewerbsorganisation**
- **Bauherrenprojektleitungen**
- **Kommunikationskonzepte**

Kontaktieren Sie uns unverbindlich.

arc Consulting, Binzstrasse 39, 8045 Zürich
Ivo Moeschlin, Telefon 044 454 25 00
arc@arc-consulting.ch, www.arc-consulting.ch

Festbankgarnituren
Arbeitszelte
Faltzelte

für professionelle Anwender

Schöni *PartyWare*
Schöni PartyWare AG
Isenrietstrasse 9a
8617 Mönchaltorf
Tel. 044 984 44 05
Fax 044 984 44 60
www.zeltshop.ch

Bewegungsgeräte

Für den Aussenbereich:

Vital und aktiv bis ins hohe Alter.

Otto Wolf Kunstharzbau AG
CH- 6055 Alpnach Dorf
Telefon 041 670 19 82
www.kunstharzbau.ch

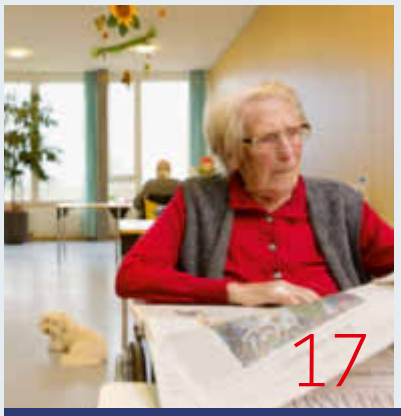
Findus Purées

Ungesüsst/Ungewürzt, in Pelletform, lose gefroren
Wirtschaftlich: exakt portionierbar/kalkulierbar
Effizient: schnell zubereitet und vielseitig einsetzbar
Vielfältig: Gemüse-, Früchte- und Fleisch-Purées

FRISCO FINDUS
Nestlé Suisse S.A., Division Frisco Findus
9401 Rorschach, Tel. 071 844 85 30

caring®
MIT SICHERHEIT WAS GUTES

Vorbildliches Pflegeheim



Palliative Care für Kinder

Ehemalige Verdingkinder

Inhaltsverzeichnis

Palliative Care

«Gegenseitiger Respekt ist wichtig»
Das Alters- und Pflegeheim La Petite Boissière in Genf gilt als Vorzeigeheim für Palliative Care. Direktor Jean-Marie Carron erklärt das Konzept. 6

Nationale Palliative-Care-Strategie
Palliative Care wird in unserem Land zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Gesundheitsversorgung. 10

Der Sinn des Lebens
Was bleibt am Ende? Eine Reihe von Pflegebedarfsinstrumenten soll helfen, philosophische Fragen am Lebensende zu erörtern. 14

Ausgezeichnetes Pflegezentrum
Das Pflegezentrum Reusspark in Niederwil AG ist mit dem Prädikat «Qualität in Palliative Care» ausgezeichnet worden. Was macht man im Reusspark besser als anderswo? 17

Demenz und Sterben
Eine Studie untersucht, welche Bedürfnisse Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase haben. 22

Ein Sterbebett zu Hause
Palliative Care ist auch in den eigenen vier Wänden möglich. Es braucht aber das Zusammenspiel von Angehörigenarbeit und externer Hilfe. Zwei Beispiele aus Bern. 25

Sterbenskrank im Kindesalter
Wenn Kinder auf den Tod krank sind, brauchen auch die Eltern Unterstützung und Hilfe. 29

Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung
Selbstbestimmung am Lebensende gilt auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dazu müssen ihre Wünsche bekannt sein. 32

Palliative Care in Behindertenheimen
Die meisten Wohnheime für Menschen mit kognitiver Behinderung sind kaum eingerichtet für die palliative Versorgung der älteren Bewohnerinnen und Bewohner. Das zeigt eine Studie. 35

Wenn die Eltern sterben
Eine existenzielle Erfahrung: Der Vater stirbt. 36

Von der sozialen Trauer zur Eventtrauer
Sterben und Trauer waren für frühere Generationen fest ritualisierte Ereignisse des eigenen und des gesellschaftlichen Lebens. An ihre Stelle ist die Eventtrauer am TV getreten. 41

Mit Bedauern
Wenn Menschen wissen, dass sie sterben müssen, ziehen sie Bilanz. Eine Sterbebegleiterin hat aufgeschrieben, was Menschen bedauern, verpasst zu haben. 45

Kinder &Jugendliche

Erleichterte Akteneinsicht
Betroffene von seinerzeitigen fürsorgerischen Zwangsmassnahmen sollen einfach und unbürokratisch Einsicht in ihre Akten bekommen. Der Runde Tisch schuf eine Liste der Anlaufstellen. 47

Journal

Kolumne 48
Kurzmitteilungen 48
Stelleninserate 28, 39, 44

Titelbild: Palliativpflege im Pflegezentrum Reusspark Niederwil AG. Die Menschen sollen auch die letzte Phase des Lebens so weit es geht nach eigenem Gusto leben können. Foto: Monique Wittwer

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, 2013, 84. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien, Förrlibuckstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich, Telefon: 043 444 51 05, Telefax: 043 444 51 01, E-Mail: urs.keller@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, PreMedia und Druck, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Lea Hari • 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 2012: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11×, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2012: 3021 Ex. (Total verkaufte Auflage 2938 Ex., Total Gratisauflage 83 Ex.),

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vollständiger Quellenangabe und nach Absprache mit der Redaktion.

ISSN 1663-6058

Palliativpflege im Altersheim: Beispiel für einen konsequenten und erfolgreichen Ansatz

«Auf dem Papier sieht alles einfach aus»

Bestmögliche Lebensqualität bis zum Schluss: Das ist das Ziel der Palliativpflege. Im Alters- und Pflegeheim La Petite Boissière in Genf ist Palliative Care fester Bestandteil der Institutionskultur. Direktor Jean-Marie Carron erklärt das Konzept.

Interview: Anne-Marie Nicole

Herr Carron, was macht den Kern Ihres Projekts Palliative Care im Alters- und Pflegeheim La Petite Boissière aus?

Jean-Marie Carron: Unsere Aufgabe besteht darin, die Bewohnerinnen und Bewohner während ihrer letzten Lebensphase zu begleiten und dabei ihre Entscheidungen und Wünsche zu respektieren, das heisst, alles umzusetzen, was die Lebensqualität verbessern kann. Seit dem Jahr 2000 arbeiten wir an der Entwicklung des Projekts mit dem Ziel, die Rolle der Pflegenden in ihrer Beziehung zu den Bewohnern und Bewohnerinnen sowie im Team zu klären. Wir haben eine interdisziplinäre Organisation eingeführt, die sich mit der Integration und den individuellen Lebensplänen der Bewohnenden befasst.

Jean-Marie Carron führt als Generaldirektor die Altersinstitutionen La Petite Boissière, Les Charmilles, Liotard (Eröffnung im Sommer 2014) und das Appartementhaus für geschütztes Wohnen Les Jardins du Rhône in Genf.

«Es geht nicht darum, dass alle alles machen, sondern um Zusammenarbeit und Partnerschaft.»

Wie wirkt sich diese Interdisziplinarität im Alltag aus?

Dadurch, dass sich alle Mitarbeitenden im gleichen Projekt engagieren, unabhängig von ihrer Funktion. Interdisziplinarität bedeutet aber nicht Vielseitigkeit. Es geht nicht darum, dass alle alles machen. Im Gegenteil: Alle in der Pflege tätigen Personen, ob Rezeptionistin, Zimmerpersonal oder Krankenpflegerin, üben ihren Beruf in Zusammenarbeit und in Partnerschaft mit ihren Kolleginnen aus.

Was braucht es, damit diese Interdisziplinarität gut funktioniert?

Zwei Dinge: ein Kommunikationsnetz, das alle kennen, und eine tägliche Besinnung auf unsere Werte – den Respekt der Person, ihrer Entscheidungen und ihrer Autonomie. Voraussetzung dafür sind gegenseitiger Respekt unter den Pflegenden und die Kenntnis der verschiedenen Rollen der in unserer Institution tätigen Personen. Wichtig ist eine gemeinsame Sprache, damit alle – von der Pflegerin bis zur Reinigungskraft, vom Koch bis zur Betreuerin, vom Zimmermädchen bis zum Buchhalter – verstehen, was die Bewohnerinnen und Bewohner durchleben. Nur so finden wir in schwierigen Situationen oder bei schwierigem Verhalten angemessene Lösungen. Durch unsere interdisziplinäre Arbeit tragen wir alle zur Qualität des Lebens und des Lebensendes der Bewohnerinnen und Bewohner bei.

Wie integrieren Sie die Palliativpflege in den Heimalltag?

Gemäss unserer Institutionskultur ist Palliative Care ein wichtiger Bestandteil der Alterspflege – ab dem Eintritt der Menschen bei uns. Sie erfolgt im Rahmen einer kontinuierlichen Pflege und wird auf ganz natürliche Weise Bestandteil unseres Projekts, das wir entwickeln. Es zielt darauf ab, den

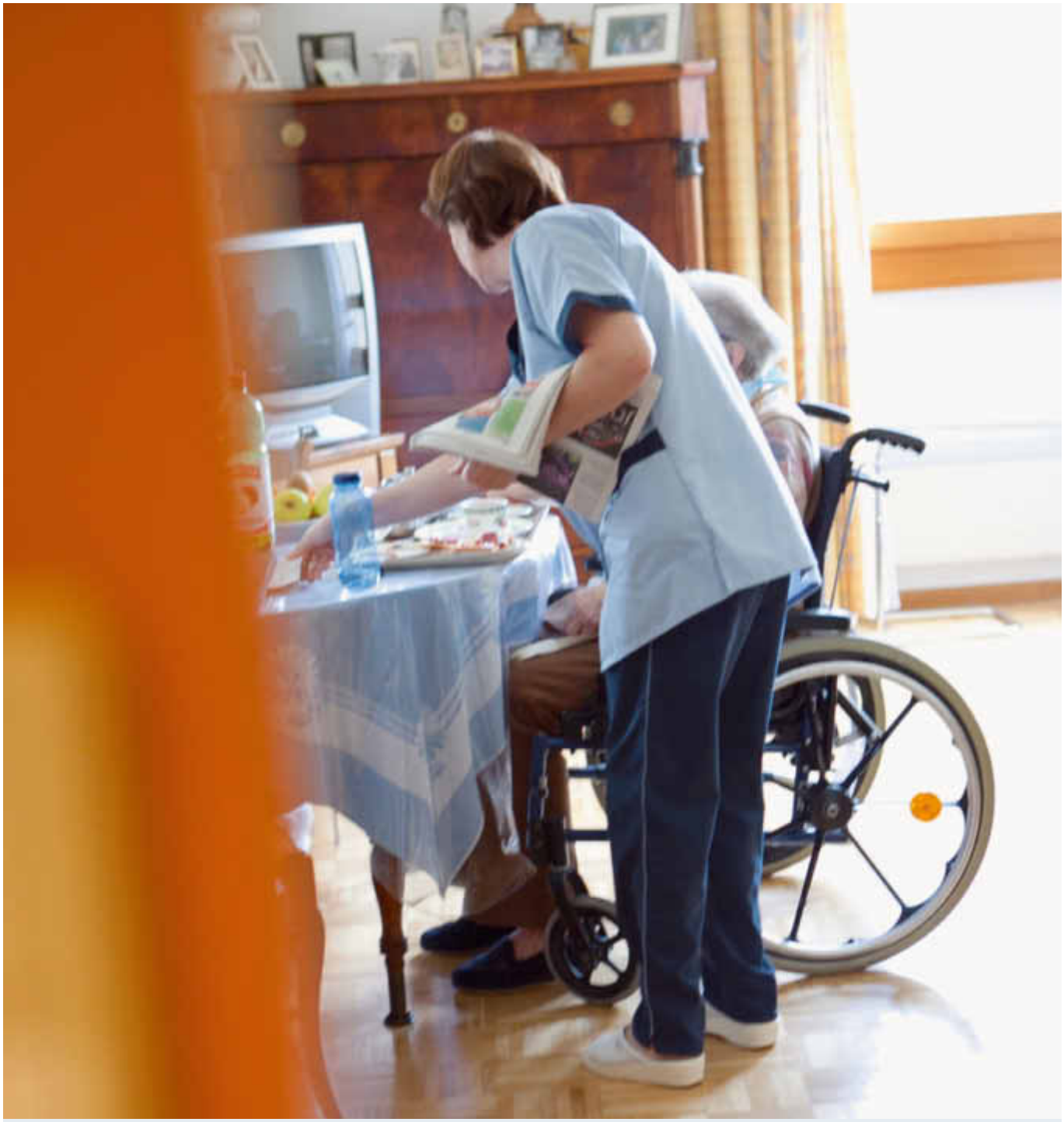
Bewohnerinnen und Bewohnern bis zum letzten Atemzug die bestmögliche Lebensqualität zu bieten.

In Ihrem Konzept unterscheiden Sie verschiedene Arten von Pflege: kurative, palliative, finale Pflege. Wie hängen diese miteinander zusammen?

Diese Begriffe stehen miteinander in Verbindung. Es besteht eine zu starke Tendenz, die Pflege in Kategorien einzuordnen. Doch es geht um ein ständiges Wechselspiel und eine zunehmende Anpassung der verschiedenen Pflegearten an die Bedürfnisse der begleiteten Personen. Die angewendeten Mittel sind verschieden und lassen sich anpassen, doch die Haltung bleibt gleich: Unser Bestreben ist stets, an der bestmöglichen Pflege zu arbeiten, mit Verstand und dem richtigen Mass.

Sind alle Mitarbeitenden für die palliative Betreuung ausgebildet?

Ja, das ist das Ergebnis eines langen Prozesses, den wir Ende der Neunzigerjahre begonnen haben. Glücklicherweise bleibt uns das Personal eher treu. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben am Aufbau der Unternehmenskultur, an der Definition unserer Werte und an allen internen und externen >>



Kern der Palliative Care im Alters- und Pflegeheim La Petite Boissière ist der Respekt der Pflegenden vor den Entscheidungen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner. Foto: Magali Dougados

Ausbildungen teilgenommen, die wir im Rahmen unseres Palliativpflege-Projekts angeboten haben.

Und die neuen Mitarbeiter?
Wir haben Integrationsmassnahmen für die neuen Mitarbeitenden entwickelt, um sie mit unseren Werten, unserem Kommunikationsnetz und unserem Ansatz der Begleitung vertraut zu machen. Eine Charta und weitere Dokumente zur Pflege, die das interdisziplinäre Team leistet, halten die Prinzipien der Palliativpflege fest. Die Mitarbeitenden können sich auf ihre eigenen Kompetenzen und auf eine gemeinsame, im Laufe der Jahre von den Teams entwickelte Kompetenz abstützen.

Über die Jahre hinweg haben Sie die Anzahl der Spitaleinweisungen erheblich verringert. Sehen Sie diese Entwicklung als Folge des Palliativpflege-Konzeptes?
Ganz klar. Vor fünfzehn Jahren behandelte der leitende Arzt während seiner wöchentlichen Visite bei uns ungefähr dreissig Bewohnerinnen und Bewohner. Heute sind es noch vier oder fünf. Das bedeutet aber nicht, dass der Pflegebedarf kleiner geworden ist. Aber unser interdisziplinärer Ansatz und unsere umfassende Sicht der Pflege haben uns ermöglicht, diese zu verbessern. Ausserdem erfordert die Palliativpflege nicht unbedingt die Intervention eines Arztes. In den Vordergrund stellen wir ja die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Wir betreiben keine Akutversorgung. In schwierigen Situationen können wir uns an den mobilen gemeinschaftlichen Palliativpflegedienst und an den Ethikrat des Verbandes der Genfer Alters- und Pflegeheime wenden.

Wie gehen Sie in der Schmerzbekämpfung vor, einer der Herausforderungen in der Palliativpflege?
Wir legen dem leitenden oder behandelnden Arzt eine Situationsanalyse, die Bewertungen des Teams und einen Lösungsansatz für jeden Schmerzpatienten, jede Schmerzpatientin vor. Je korrekter das Team kommuniziert, desto weniger braucht es den Arzt. In der Pflege setzen wir praxiserfahrene Führungskräfte ein. Sie kennen die Bewohnenden, begleiten das Pflegepersonal und treffen Entscheidungen gemeinsam mit den Teams. Auch ist es uns gelungen, den Medikamentenverbrauch zu senken, weil wir uns am Bett des Bewohners, der Bewohnerin mehr Zeit nehmen und aufbauende Pflege anbieten. Eine einfachere Lösung bestünde darin, Psychopharmaka und Schmerzmittel einzusetzen. Doch dieses Vorgehen lehnen wir ab. All dies sieht auf dem Papier einfach aus. Doch es erfordert viel Analysearbeit, Aufwand und Einsatz.

Zeit zum Austausch und zur gegenseitigen Abstimmung innerhalb der Teams, mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner – das ist teuer. Könnten die Kosten über kurz oder lang auch bei Ihnen die guten Vorsätze vereiteln?
Wir haben uns dafür entschieden, uns die nötige Zeit zu nehmen, um die Bewohnerinnen und Bewohner unseren Werten entsprechend zu begleiten. In der Praxis konnten wir – dank der geteilten Zeit – Zeit gewinnen. Krisensituationen, ethische Konflikte und Spitaleinweisungen sind deutlich seltener geworden. Hinzu kommt, dass sorgenfreie Bewohner weniger häufig nach Hilfe rufen. Wir treten für ein Teammodell ein mit einer etwas grösseren Anzahl Mitarbeitenden als der Durchschnitt im Kanton Genf. Manchmal ist es schwierig, die finanziellen Vorteile dieses Modells nachzuweisen. Aber die Verbesserung der Pflegequalität, die zu weniger Krankenhausaufenthalten und zu geringerem Medikamentenverbrauch führt, weniger Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit nötig macht, Stimmungsschwankungen ausgleicht, die Zufriedenheit der Bewohnenden und ihrer Angehörigen steigert, spricht eine deutliche Sprache zugunsten eines solchen Ansatzes. Auch die mit den Human Resources verbundenen Indikatoren – Absentismus, Personalfluktuation, Zufriedenheit der Mitarbeitenden – verändern sich günstig. Leider werden diese Faktoren von der Politik nicht berücksichtigt, wenn es um die ökonomische Beurteilung von – geringen – Investitionen geht.

«Weil wir uns Zeit nehmen am Bett der Bewohner, brauchen wir weniger Medikamente.»

Ist denn Ihr Modell nicht mit weniger Personal realisierbar?
Wenn ich gezwungen wäre, Stellen zu streichen, müsste ich gleich viele Aufgaben auf weniger Mitarbeitende verteilen. Aber

Die Pioniere vom Genfersee

«Die Entwicklung der Palliativpflege ist das Ergebnis von persönlichem Wollen und von persönlichen Überzeugungen», stellt Gilbert Zulian fest. Der Onkologe und Geriater ist Chefarzt der Palliativstation im Hôpital de Bellerive in Genf, die 1987 als erste ihrer Art in der Schweiz gegründet wurde. Zuvor führten Befürworter einer umfassenden Pflege von unheilbar kranken Menschen und von Patienten in der letzten Lebensphase die Palliativmedizin in England, in den USA und in Kanada ein – als Reaktion auf eine Medizin, die zur Ausblendung des Todes tendiert.
In der Schweiz setzte sich die Kultur der Palliativpflege ab den Siebzigerjahren durch, vor allem in der Region des Genfersees. Auch die Alters- und Pflegeheime stellten sich den Herausforderungen der Palliativpflege, um die «Verluste und Einschränkungen alter Menschen auszugleichen und für sie die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten», sagt der psychiatrische Krankenpfleger Manuel Moraga. Moraga begleitete die Genfer Alters- und Pflegeheime in einem wichtigen Bildungsprogramm der Palliativpflege, das ihr Dachverband, die Fegems, zu Beginn des neuen Jahrtausends initiierte. Das Programm basiert auf der Interdisziplinarität der Teams und dem Wechsel von Theorie und Praxis.
Die Palliativpflege entwickelte sich in der ganzen Schweiz kontinuierlich. Das Freiburger Manifest von 2001 zielte darauf ab, die Integration der Palliativpflege zu unterstützen und die kantonalen Unterschiede auf struktureller, politischer und professioneller Ebene auszugleichen. 2010 übernahm die Nationale Strategie Palliative Care diese Aufgabe.

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE
LUZERN
Soziale Arbeit

FH
Berner
Fachhochschule

Certificate of Advanced Studies
CAS Soziale Sicherheit

Arbeitsplatzverlust, Krankheit, Unfall: Wie lassen sich Reintegration und Existenz sichern? Lernen Sie Leistungen aus verschiedenen Systemen der Sozialen Sicherheit zu erschliessen und zu koordinieren. – Erfüllen Sie diese anspruchsvolle Aufgabe mit vertieften sozialrechtlichen Kenntnissen.

Dauer: Februar bis Dezember 2014
Anmeldeschluss: 20. Januar 2014

Weitere Informationen unter www.hslu.ch/c171 und bei Nicole Ruckstuhl, T +41 41 367 48 32, nicole.ruckstuhl@hslu.ch

Immer aktuell informiert:
www.hslu.ch/newsletter-sozialearbeit

FH Zentralschweiz

Jetzt anmelden!

SENE FORUM 2014

«Die Macht der Alten»
Fachtagung für «Betreutes Wohnen und Pflege im Alter»

Datum	Mittwoch, 22. Januar 2014
Zeit	13.30 bis 17.30 Uhr anschl. Networking-Apéro
Ort	FOLIUM, Sihlcity, Kalanderplatz, 8045 Zürich
Kosten	CHF 300.–, inkl. Verpflegung und Unterlagen
Referenten	Hans Groth, Beat Kappeler, Andreas U. Gerber, Claude Longchamp und weitere.

Anmeldungen an info@seneforum.ch oder Tel. 031 960 99 99

www.seneforum.ch

Anzeigen

auch mit weniger personellen Ressourcen bliebe unser Modell gültig. Begegnungen, Analysen, Gespräche, Austausch und Kommunikation sind in unseren multikulturellen Teams unabdingbar und kosten nicht mehr. Ich habe eine Zeit erlebt, in der man für Personal, das schlechter funktionierte, viel mehr ausgegeben hat.

Wo liegen die Grenzen Ihres Pflegekonzepts?
Es gibt natürlich einen finanziellen Rahmen, den wir nicht sprengen dürfen. Und es gibt Situationen in der Palliativpflege oder in der letzten Lebensphase der Bewohnerinnen und Bewohner, in denen wir uns machtlos fühlen. Es geht also darum, unsere eigenen Grenzen zu akzeptieren, und manchmal auch darum, von aussen Hilfe zu holen. Für das Pflegepersonal sind die von uns gestellten Anforderungen hoch und können als Belastung empfunden werden. Einfach nur seine Arbeit machen, reicht nicht. Wir erwarten von unseren Mitarbeitenden soziale und interpersonale Kompetenzen, persönlichen Einsatz und eine Motivation, die über die berufliche Aufgabe hinausgehen. Einer unserer grössten Feinde ist die Routine.

«Es gibt Situationen in der Palliativpflege, in denen wir uns machtlos fühlen.»

Routine, Wiederholung der Arbeitsschritte tragen doch auch zur Erfahrung bei. Geben sie nicht eher Sicherheit?
Nein. Automatismen stellen für jedes Modell eine Gefahr dar. Um effizient zu sein, legen Pflegeleitungen manchmal die Tagesplanung zu stark fest, auf die Gefahr hin, dem momentanen Anliegen der Bewohnenden nicht gerecht zu werden. Es gilt daher, sich ständig neu auszurichten und sich an unsere fundamentalen Werte und Prinzipien im Pflegebereich zu erinnern.

Was möchten Sie in der Zukunft noch erreichen als Verantwortlicher von mehreren Altersinstitutionen?
Bewegung! Die Herausforderung besteht darin, unsere Institutionskultur und unsere Mittel, die es dazu braucht, aufrechtzuerhalten. Etwas Gutes ist ein «Circulus virtuosus». Aber es braucht viel Energie, um den Kreislauf in Bewegung zu halten. Um Zusammenhalt und Dynamik zu bewahren, brauchen wir jedes Jahr ein neues Projekt, so bescheiden es auch sein mag. Der Gedankenaustausch über gemeinsame Projekte fördert die Kommunikation und ermöglicht uns eine gemeinsame Entwicklung. ●

Nationale Strategie Palliative Care

Bund und Kantone wollen die palliative Grundversorgung stärken

In den kommenden Jahren brauchen immer mehr Menschen in ihrer letzten Lebensphase Palliative Care. Bund und Kantone fördern deshalb Palliative Care gemeinsam mit einer nationalen Strategie. Im Fokus steht dabei die Grundversorgung.

Von Lea von Wartburg*

Im Januar 2013 hat der Bundesrat die Gesamtschau «Gesundheit2020» verabschiedet. Das erste Handlungsfeld dieser Agenda betrifft die Sicherung der Lebensqualität: Es soll Versorgungsangebote optimieren und somit bessere Chancen auf eine Linderung des Leidens respektive auf Heilung fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, hat der Bundesrat als Massnahme vorgesehen, die integrierte Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care zu verbessern.
Die «Nationale Strategie Palliative Care» von Bund und Kantonen ist damit eingebettet in einen umfassenden Massnahmenkatalog, der zum Ziel hat, das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die kommenden Herausforderungen auszurichten und gleichzeitig bezahlbar zu halten.

***Lea von Wartburg** arbeitet seit 2008 im Bundesamt für Gesundheit für den Bereich Palliative Care. Seit Frühjahr 2012 ist sie die Leiterin der «Nationalen Strategie Palliative Care» von Bund und Kantonen. Sie hat an der Universität Zürich Medien- und Publizistikwissenschaft studiert.

Mehr Menschen benötigen Palliative Care

Die aktuelle Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung führt langfristig zu einer Überalterung der Gesellschaft. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Menschen an der Bevölkerung steigt in den nächsten Jahrzehnten an, während der Anteil der unter 20-Jährigen im gleichen Zeitraum zurückgeht.
Ältere Menschen leiden häufiger an gesundheitlichen Einschränkungen, oft an mehreren und degenerativen Krankheiten (Multimorbidität). Deshalb geht diese demografische Entwicklung mit einer Zunahme von alten, pflegebedürftigen Menschen einher.
Aufgrund der veränderten Altersstruktur nimmt auch die Zahl der jährlichen Todesfälle zu. Heutzutage sterben in der Schweiz jährlich etwa 60000 Menschen jeden Alters. Das Bundesamt für Statistik (BFS) geht davon aus, dass die Anzahl der jährlichen Todesfälle in den nächsten 20 Jahren um einen Drittel zunimmt, also von 60000 auf 80000 Menschen pro Jahr.
Bei den meisten Menschen tritt der Tod nicht plötzlich ein, etwa durch einen Herzinfarkt. 50 bis 60 Prozent der Sterbenden erfahren einen mittelschnellen Tod durch eine schwere, fortschreitende Krankheit (zum Beispiel Krebs) über zirka zwei bis drei Jahre hinweg. In 30 bis 40 Prozent der Fälle tritt der Tod nach einer Demenzerkrankung über einen Zeitraum von acht bis zehn Jahren ein. Das bedeutet, dass künftig mehr Menschen in ihren letzten Lebensmonaten und -jahren palliative Pflege und Begleitung benötigen.

Eine Stärkung der palliativen Grundversorgung ist nötig

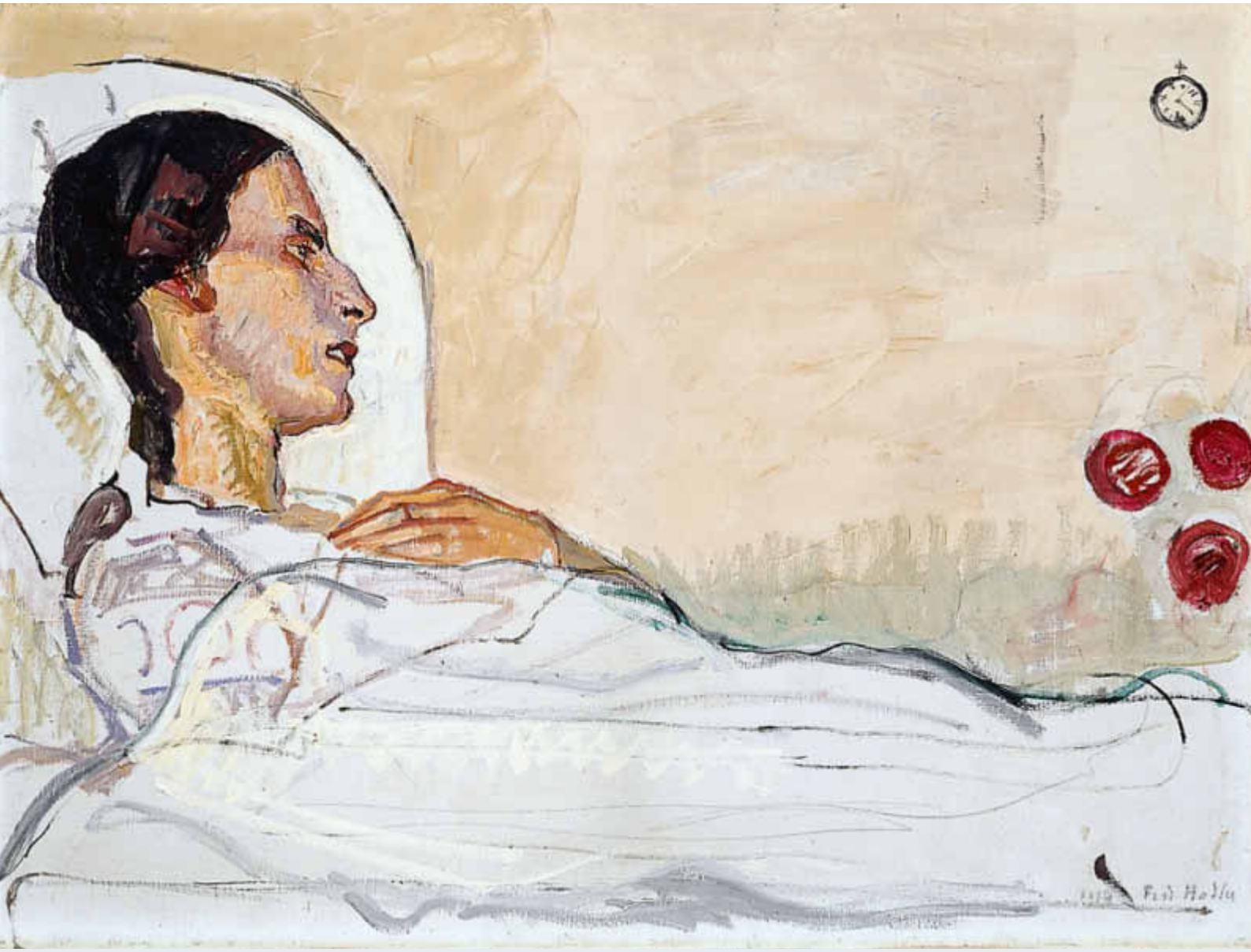
Diese Zunahme wird sich vor allem im Bereich der palliativen Grundversorgung auswirken: Für Patientinnen und Patienten mit komplexen Symptomen und instabilen Krankheitsverläufen gibt es in vielen Kantonen spezialisierte Palliative-Care-Angebote wie Palliativstationen und -kliniken oder mobile Palliativdienste. Aber 80 bis 90 Prozent der Patientinnen und

Patienten in palliativen Situationen können im Rahmen der Grundversorgung behandelt und betreut werden, das heisst in den Institutionen der stationären Langzeitpflege, im ambulanten Bereich durch Spitexorganisationen und Hausärztinnen und Hausärzte oder in einem Akutspital.
Deshalb ist es ein wichtiges Ziel der «Nationalen Strategie Palliative Care», bis im Jahr 2015 die palliative Grundversorgung auszubauen und zu stärken.

Der Bundesrat will die Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care verbessern.

Elemente der palliativen Grundversorgung

Als Grundlage dafür dienen die «Nationalen Leitlinien Palliative Care», in denen die Zielgruppen der Palliative Care beschrieben sind. Patientinnen und Patienten in der palliativen Grundversorgung haben gemeinsam, dass sie sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen müssen. In der Regel befinden sie sich in den letzten wenigen Lebensjahren oder -monaten des Lebens.
Wichtige Bedürfnisse, die für diese Menschen im Vordergrund stehen, sind zum Beispiel, individuelle Prioritäten und Wünsche in Bezug auf die Gestaltung der letzten Lebensphase zu evaluieren und festzulegen. Auch Kommunikation, um die medizinische, pflegerische und psychosoziale Entscheidungsfindung und Vorausplanung zu ermöglichen, ist ein wichtiger Aspekt. Um die Autonomie zu erhalten und die Fähigkeit zum Selbstmanagement belastender Symptome zu stärken, ist die Behandlung von bestehenden oder zu erwartenden Symptomen zentral. Auch die Vorausplanung für Notfallsituationen zu Hause oder im Pflegeheim ist wesentlich. Zudem geht es darum, bestehende oder mögliche Belastungsgrenzen für die nahestehenden Bezugspersonen abzuklären, alternative Aufenthaltsorte zu planen, über regi- >>



Palliative Care eines Künstlers zu Beginn des 20. Jahrhunderts: Bewegend hielt der Schweizer Maler Ferdinand Hodler das Sterben seiner Geliebten fest. Bild: Ferdinand Hodler (1853 bis 1918), Valentine Godé-Darel im Krankenbett, 1914, Öl auf Leinwand, Kunstmuseum Solothurn, Dübi-Müller-Stiftung

onale Palliativnetzwerke und Angebote von Freiwilligendiensten zu informieren und die Finanzierung zu beziehender Leistungen zu klären.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist wichtig

Darauf abgestützt umfassen Palliative-Care-Leistungen in der Grundversorgung hauptsächlich Symptom-Management (körperlich, psychisch, sozial, spirituell), Entscheidungsfindung auf Grundlage individueller Präferenzen und Vorausplanung für eine kommende Krise, Netzwerkorganisation – insbesondere, wenn die eigenen Funktionen eine Selbständigkeit akut oder chronisch nicht gewährleisten (seien es körperliche, psychische oder soziale Funktionen) – und Support der nahestehenden Bezugspersonen, die von der Erkrankung mitbetroffen sind.

Unheilbar Kranke müssen sich vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen.

Diese Palliative-Care-Leistungen erbringen die Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens unter Einbezug der Patientin, des Patienten sowie deren nahestehenden Bezugspersonen. Im Vordergrund stehen auf dieser Ebene die Leistungserbringer der Grundversorgung, das heisst vor allem die Pflegefachpersonen in Alters- und Pflegeheimen, in den Organisationen zur Pflege zu Hause oder in Akutspitälern sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Zudem ist der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie der Seelsorge, der Sozialen Arbeit und anderer mehr wichtig, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Dimensionen (physisch, psychisch, sozial, spirituell) begegnen zu können.

Die neue nationale Strategie soll helfen, palliative Situationen zu erleichtern.

Der grösste Aufwand für die Erbringung dieser Leistungen liegt im Zeitbedarf für die Kommunikation und Dokumentation. Aber auch die Organisation lokaler Netzwerke, oft mit mehreren Beteiligten, sowie die Instruktion der Betroffenen für das Vorgehen im Notfall und bei Komplikationen sind mit Aufwand verbunden.

Massnahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care»

Um die Pflegefachpersonen der stationären Langzeitpflege und die anderen Leistungserbringer der Grundversorgung in ihrer wichtigen Aufgabe zu unterstützen, werden im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» spezifische Grundlagen für die Palliative-Care-Grundversorgung erarbeitet. Diese Definitionen sind die Grundlage, um Palliative Care sichtbar und fassbar zu machen und somit breit zu verankern.

Mit Indikationskriterien für Palliative Care in der Grundversorgung soll zudem ein Arbeitsinstrument zur Verfügung stehen, welches das «Erkennen» von Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen für die Leistungserbringer der Grundversorgung erleichtert.

Um die Finanzierung zu klären, haben die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen gemeinsamen Bericht «Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege)» erarbeitet. Der erste Teil der Broschüre beschäftigt sich mit dem gesetzlichen Rahmen bezüglich Pflegeleistungen. Der zweite Teil beleuchtet Finanzierungsschwierigkeiten im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege.

Zudem werden die bestehenden Erfassungs- und Abgeltungssysteme für Pflegeleistungen im Hinblick auf eine adäquate Abgeltung der erbrachten Palliative-Care-Leistungen überprüft und gegebenenfalls optimiert. Dazu misst eine Studie, an der sich ausgewählte Institutionen mit unterschiedlichen Erfassungsinstrumenten beteiligen, den Aufwand für die Erbringung von Palliative-Care-Leistungen in der Grundversorgung. Im Vordergrund stehen dabei in dieser Phase des Projekts die Erfassung und Abgeltung in palliativen Krisensituationen.

Das Bundesamt für Gesundheit hat ausserdem Mandate in Auftrag gegeben, um die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und von Menschen mit Migrationshintergrund in palliativen Situationen zu ermitteln. Das BAG unterstützt auch eine Studie zu Palliative Care in der Pädiatrie. Mit diesen und weiteren Massnahmen wollen Bund und Kantone gemeinsam mit allen Partnern dazu beitragen, dass schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz Palliative Care erhalten, die ihren Bedürfnissen angepasst ist und ihre Lebensqualität verbessert. ●

Weitere Informationen und alle Publikationen zur «Nationalen Strategie Palliative Care»:
www.bag.admin.ch/palliativecare

Nationale Konferenz zur Palliativ-Care-Forschung

Forschung am Lebensende und in der Palliative Care ist in der Schweiz erst auf dem Weg, sich besser zu etablieren. Die im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» in der lateinischen und deutschsprachigen Schweiz etablierten Forschungsplattformen Palliative Care tragen zur Vernetzung der Forschungsakteure und -interessierten bei. Die Akademien der Wissenschaften Schweiz unter Federführung der SAMW möchten dazu beitragen, diese Entwicklung nachhaltig zu fördern. Deshalb wurde am 26. November 2013 eine Nationale Konferenz für Forschung in Palliative Care unter dem Thema «Palliative care: knowing more, understanding better» durchgeführt (www.samw.ch).

Menschen aus fremden Kulturen haben oft andere palliative Bedürfnisse

Wunsch nach Ritualen der Heimat

Palliative Care und Migration werden in der Schweiz immer öfter zusammentreffen: Jene Menschen, die als Junge in unser Land eingewandert sind, werden älter und alt. Pflegende sollten wissen, welche Wünsche diese Menschen am Ende des Lebens haben.

Menschen aus fremden Kulturen pflegen andere Bräuche.

Foto: Luisa/pixelio.de

Schweigend dreht sich die afrikanische Frau auf dem Bett gegen die Wand, ihre Angehörigen schnappen nach Luft. Dabei hat die Pflegefachfrau nur angesprochen, was sie bei allen sterbenskranken Patientinnen und Patienten thematisiert: Wie möchte die Frau gerne sterben, wer soll bei ihr sein, möchte sie kremiert werden, werden ihre sterblichen Überreste nach Afrika zurückgeführt, und wer kümmert sich darum?

«Solche Fragen besprechen wir mit unseren Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen ganz offen», erklärt Nelly Simmen, Leiterin Diaconis Palliative Care in Bern. «Das Planen des Abschieds gehört zu unserem Umgang mit dem Sterben im Rahmen von Palliativpflege.» Aber es passt nicht für alle Kulturen: «Von einer afrikakundigen Seelsorgerin lernten wir dann, dass Menschen aus dem afrikanischen Kulturkreis häufig nicht über ihr Sterben sprechen wollen», erzählt Nelly Simmen. «Ihrer Meinung nach redet man damit den Tod herbei und gibt ihm Macht.» Statt das Sterben vorzubereiten, betete die ganze Verwandtschaft um Genesung und wollte das Leben hier behalten. Als das nicht half und die Frau schliesslich doch verstarb, stellten sich die Angehörigen ohne Probleme auf die Situation ein und organisierten die Bestattung.

Palliativ Pflegende sollten über «transkulturelle Kompetenz» verfügen.

Wissen über Kulturen wird immer wichtiger

Für Pflegende im Palliativbereich ist es sehr wichtig, solche kulturellen Besonderheiten zu kennen, also über «transkulturelle Kompetenz» zu verfügen. Diese wird immer wichtiger, weil immer mehr Migrantinnen und Migranten alt werden und Palliative Care benötigen. Darum hat die Public Health Services GmbH im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) einen Bericht erarbeitet mit dem Titel «Migrationssensitive Palliative Care: Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz». Ende Jahr werden die Ergebnisse erwartet.

Ein Zwischenbericht zeigt jedoch bereits erste wichtige Erkenntnisse, beispielsweise: «Das Konzept ‹Palliative Care› ist gemäss der wissenschaftlichen Literatur stark protestantisch und angelsächsisch geprägt, sodass es der Migrationsbevölkerung zum Teil nur schwer zugänglich ist.» Oder die Feststellung, dass von Seiten der Pflegenden die Kommunikation als Hauptproblem gewertet wird: «Dazu gehören auch die individuelle Klärung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse sowie die sozialen und kulturellen Spezifitäten zu Sterben und Tod.»

Kenntnis der Riten trägt zum Verständnis bei

Laut Schätzungen haben rund 10 bis 20 Prozent der Patientinnen und Patienten in den zehn befragten Institutionen einen Migrationshintergrund. Vereinzelte Palliative-Care-Einrichtungen achten bereits auf eine gute transkulturelle Weiterbildung ihrer Pflegenden. Diaconis Palliative Care beispielsweise hat drei ausführliche Dokumente über die Bräuche und Riten in den grossen Religionen Islam, Judentum und Hinduismus erarbeitet. Das trägt viel zur Aufklärung der Pflegenden bei.

Bei Hindus beispielsweise sind körperliche und spirituelle Reinheit sehr wichtig, Berührungen wie zum Beispiel Hände drücken sind ihnen jedoch fremd. Wenn ein Mensch gestorben ist, trauern dafür die Verwandten gemeinsam sehr laut und ausgiebig. «Das kann schon einmal zu einer schwierigen Situation führen, weil wir in unserem Kulturkreis eher leise und zurückhaltend trauern», weiss Nelly Simmen. Einmal verlegten die Pflegenden deshalb eine verstorbene Frau in Absprache mit der Familie in einen Schulungsraum, wo ihre zahlreichen Verwandten ungeniert und laut ihre Trauer ausleben konnten. «Der ungemütliche Raum und das grelle Licht störte sie nicht – die Familie war einfach froh, dass sie auf ihre Art trauern konnte.»

Die Erkenntnisse aus dem Bericht, so das Ziel, werden «nutzbar gemacht und helfen dabei, den weiteren Handlungsbedarf für Bund, Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer festzulegen». Palliativ-Pflegenden können sie helfen, Menschen aus anderen Kulturen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen am Lebensende zu begleiten. (cw) ●

Existenzielle Not ist eine der grössten Herausforderungen für die Palliativpflege

Auf der Suche nach dem Sinn des Lebens

Die Frage nach dem Sinn des Lebens ist heute ein wichtiger Teil der Palliativpflege. Danach zu forschen heisst, den Grad der existenziellen Not von Patientinnen und Patienten zu «messen», schreibt unser Autor.

Von Mathieu Bernard *

Die existenzielle respektive spirituelle Dimension des Lebens stellt eine grosse Herausforderung für die Palliativpflege dar. Sie stösst seit Ende der Neunzigerjahre auf ein wachsendes Interesse. Eine Durchsicht der Fachliteratur zeigt, dass sich die Begriffe «existenziell» und «spirituell» meistens auf dieselben Inhalte beziehen, etwa auf «die Suche nach dem Sinn», auf «den Verlust des Lebenssinns und des Lebensziels» sowie auf den Wunsch, auf die folgenden Fragen eine Antwort zu finden: «Wer bin ich?», «Was ist das Ziel meines Daseins?» und «Was passiert nach dem Tod?».

Es ist schwierig, eine übereinstimmende Definition von Lebenssinn herauszuarbeiten. Allerdings greifen in der wissenschaftlichen Literatur zur Palliativpflege viele Autoren auf die von den beiden amerikanischen Psychologieprofessoren Gary Reker und Roy Baumeister eingeführte Definition zurück. Sie beschreibt Lebenssinn als ein Kohärenzgefühl, das ein Individuum dazu befähigt, Zusammenhänge zwischen Handlungen, Lebensereignissen und Verhaltensweisen herzustellen, und zweitens künftiges Handeln und künftige Verhaltensweisen auf Ziele hin zu orientieren. Diese subjektive Erfahrung trägt laut Reker und Baumeister zu einem Gefühl der Sinnerfüllung oder Selbstverwirklichung bei.

Der Verlust des Lebenssinns geht oft einher mit einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens

Seit ungefähr 15 Jahren bringt die Forschung Ergebnisse hervor, die eine klinische Bedeutung für Palliativpatienten erkennen lassen. Ein Verlust des Lebenssinns geht oft einher mit den vom australischen Psychiater David Kissane eingeführten Begriffen der existentiellen Not, Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung. Angehörige und Patienten können dieses Erleben existenzieller Not als Verlust von Verbundenheit verstehen, aber auch als Verlust der eigenen Autonomie und als Gefühl, anderen zur Last zu fallen. Auch kann es um die Wahrnehmung von Endlichkeit gehen, die dem Patienten weitere Zukunftspläne verunmöglicht. Die Analyse der damit zusammenhängenden psychologischen Mechanismen zeigt, dass solche Phänomene in der Hauptsache das Resultat einer Konfrontation zweier unterschiedlicher Ebenen sind:

Die eine Ebene stellt alle vor der Krankheit vorhandenen Faktoren dar, die ein mehr oder weniger ausgeprägtes Gefühl hervorrufen, dass das Leben lebenswert ist. Dieses Gefühl verstärkt sich im Laufe der persönlichen Entwicklung. Die andere Ebene markiert den Ausbruch einer potenziell tödlichen Krankheit, die zu einer Suche nach dem Sinn des Lebens führt.

* **Der Psychologe Mathieu Bernard** ist Forschungsleiter der Palliativpflegestation im Universitätsspital Lausanne. Er führt derzeit in Zusammenarbeit mit den Spitälern von St. Gallen und Bellinzona eine Studie über die existenzielle Dimension bei Palliativpatienten in den drei Sprachregionen der Schweiz durch.

Mehrere Forschungsarbeiten zeigen, dass ein intensives Empfinden, das eigene Leben habe einen Sinn, einen Schutzfaktor darstellt. Er verringert das Risiko, nach dem Eintreten physischer Symptome in eine existenzielle oder psychologische Notsituation mit Angst- oder Depressionsstörungen zu geraten. Umgekehrt hängt Sinnverlust in der Regel mit der Schwere der physischen Symptome zusammen. Dieser Zusammenhang beeinflusst das Auftreten psychologischer Notsituationen. Ob das Gefühl von Sinnverlust andauert, hängt vor allem von der Fähigkeit von Patientinnen und Patienten ab, den Abstand zwischen den beiden Ebenen zu verringern, indem sie beispielsweise Lebensziele definieren, die den neuen, von der Krankheit diktierten Gegebenheiten angepasst sind.

Existenzielle Notsituationen wecken den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod.

Dies ist entscheidend, zeigen Forschungen doch, dass psychologische und existenzielle Notsituationen den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod in der letzten Lebensphase wecken können. Diesen Wunsch hegen laut Studien 8 bis 22 Prozent der Palliativpatienten. Dabei fallen Depressionen und Gefühle der Hoffnungslosigkeit mehr ins Gewicht als der Grad der Selbständigkeit und die Qualität der sozialen Unterstützung.

Unterstützung in existenzieller Not

Mehrere psychotherapeutische Interventionen sollen bei Patienten, die an einer potenziell tödlichen Krankheit leiden, das Gefühl stärken, dass das Leben immer noch lebenswert ist. Die meisten dieser stark strukturierten Interventionen kommen aus angelsächsischen Ländern (etwa die «Meaning-Centered Psychotherapy» oder die «Meaning-Making Intervention»). Allerdings sind sie aufgrund der Verletzlichkeit und der Instabilität der Patienten im palliativen Kontext schwer anzuwenden. Eine andere Art, mit diesen Patienten nach dem Sinn des Lebens zu forschen, besteht darin, mit Fragebögen zu arbeiten, die den Grad der verspürten existenziellen Not «messen» sollen. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich nicht weniger als 59 verschiedene solcher Instrumente. Sie bestimmen zum Beispiel, in welchem Masse der Patient das Gefühl verspürt, dass sein Leben sinnerfüllt ist, oder in welchem Masse ein Patient einer Sinnsuche zugänglich ist.

Eine Haltung, die Offenheit und die Fähigkeit zuzuhören ausdrückt, steht an erster Stelle.

Dieser Ansatz ist begrenzt, weil er nicht die Existenzbereiche jedes Einzelnen berücksichtigen kann, die zur Entwicklung eines Gefühls der Selbstverwirklichung oder Unzufriedenheit, des Sinnverlustes oder der mangelnden Sinnerfüllung beitragen. Die Verwendung solcher Instrumente mit vordefinierter Skalen erscheint deshalb für die Berücksichtigung individueller Faktoren als zu restriktiv. Auf die gleiche Problematik stiess die Forschung schon bei der Evaluation der Lebensqualität.

Ein Ansatz im klinischen Kontext

Ein zweiter methodischer Ansatz wirkt dieser Begrenzung entgegen. Er besteht darin, offene Fragen zu stellen, die dem Patienten ermöglichen, seine Antworten frei zu formulieren. Solche Instrumente haben einen doppelten Vorteil, da sie sowohl in der Forschung als auch im klinischen Kontext eingesetzt werden können. Die Forschung kann die freien Antworten der Patienten nach Themen kategorisieren und untereinander vergleichen. Von einem klinischen Standpunkt aus ist die Berücksichtigung von Faktoren, die dem eigenen Leben einen Sinn geben, fundamental. Sie erlaubt es, auf einen existenziellen Orientierungsverlust einzugehen. Dies stellte schon der Wiener Psychiater Victor Frankl fest. Frankl, der das Konzentrationslager Auschwitz überlebte, ist der Begründer der Logotherapie, einer psychotherapeutischen Intervention, die Patientinnen und Patienten auf ihrer Suche nach dem Sinn des Lebens begleitet.

Daran angelehnt entwickelte der deutsche Psychologe Martin Fegg den «Schedule for Meaning in Life» (SMiLE). Den Fragebogen können alle Fachleute verwenden, die in der Patientenbetreuung tätig sind. Konkret beginnt er damit, die Bereiche herauszuarbeiten, die dem Leben der Patientinnen und Patienten Sinn geben oder ihr Leben lebenswert machen. Anschliessend evaluiert er die Bedeutungs- und Zufriedenheitsstufen genauer, die mit der aktuellen Situation zusammenhängen. Auch ist es möglich, ein repräsentatives Gesamtergebnis für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den Lebenssinn zu erhalten.

Der Einsatz solcher Fragebogen stellt in einem klinischen Kontext nicht unbedingt ein Allheilmittel dar. Doch können die dadurch erhaltenen qualitativen Informationen als Schlüssel dienen bei Patienten, für die sich die direkte Konfrontation mit dieser Thematik als zu problematisch erweist. Allerdings zeigten Studien, dass für die Palliativpatientinnen und -patienten bezüglich der Betreuung in existenziellen Notsituationen an erster Stelle die «klinische Präsenz» steht, das heisst eine Haltung, die Aufgeschlossenheit, Offenheit und die Fähigkeit zuzuhören ausdrückt.

Ein Forschungsprojekt auf nationaler Ebene

Eine Studie über den Sinn des Lebens, die auch das Projekt SMiLE mit einbezieht, führt derzeit das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» in den drei Sprachregionen der Schweiz durch. Die Studie begann im September 2012 und dauert bis Ende 2014. Ihr Ziel ist, die Rolle besser zu verstehen, die die existenzielle Dimension am Lebensende spielt als Schutzfaktor gegen das Auftreten psychologischer Störungen wie Angst, Depression und Todeswunsch. ●

Weitere Informationen: Der Fragebogen SMiLE ist auf der Website www.psychologie-muenchen.de/lebenssinn_en.html in deutscher und französischer Sprache abrufbar. Interessenten können den Autor des Fragebogens für einen individuellen halb- oder ganztägigen Kurs buchen. Die Website enthält auch eine Anleitung (in englischer Sprache) zur Durchführung der Befragung und zur Bewertung der Antworten sowie eine Quellenangabe für Forschungsveröffentlichungen.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zh aw Gesundheit Institut für Pflege

Neue CAS Klinische Kompetenzen

Klinisch ausgerichtet, berufsfeld- und praxisorientiert: neue CAS für dipl. Pflegefachpersonen BScN und MScN sowie dipl. Pflegefachpersonen HF mit entsprechender Vorbildung.

CAS Klinische Kompetenzen in der Pflege von Menschen mit Demenz

Erweitern der Fähigkeiten im Erkennen der unterschiedlichen Symptome einer Demenz und vertiefte klinische Kompetenzen, um in den unterschiedlichen Pflegesituationen neue und auf die betroffenen Menschen zugeschnittene Lösungen zu finden.

– Modul Klinisches Assessment bei Menschen mit Demenz
  Start: 24. Februar 2014
– Modul Pflege von Menschen mit Demenz
  Start: 9. Oktober 2014
– Modul Alltagsgestaltung von Menschen mit Demenz
  Start: 2015

CAS Klinische Kompetenzen in
– Gerontologischer Pflege
– Patienten- und Familienedukation
– Pädiatrischer Pflege
– Onkologischer Pflege

Fachspezifisches Wissen mit klinischer Ausrichtung in kompakter Form: Ein unmittelbarer Mehrwert für die Pflegepraxis.

Weitere Informationen

www.gesundheit.zhaw.ch/pflege
Telefon 058 934 63 88

Zürcher Fachhochschule

CURAVIVA.CH
EINKAUFSPOOL - RÉSEAU D'ACHATS

Zusammen sind Sie stark!

Koordination von Gruppeneinkäufen

Der Einkaufspool für CURAVIVA Mitglieder

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

Ausgeführt durch / Réalisé par cades

Mit Ihrer Spende geben Sie Kindern in aller Welt eine Zukunft:

www.sos-kinderdorf.ch
PC 30-31935-2

ZEWO

PERSONALBERATUNG
WEIL GUTES PERSONAL ZÄHLT

Wir finden Ihr Wunschpersonal.
Persönlich. Professionell.

Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz unterstützt Sie dabei, neues Fach- und Kaderpersonal zu suchen und gezielt auszuwählen. Profitieren Sie von unserem persönlichen umfassenden Netzwerk und langjährigen Branchenwissen.
Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wir informieren Sie gerne (e.tel@curaviva.ch / Tel. 031 385 33 63).

www.curaviva.ch/personalberatung

Palliative Care gehört im Zentrum Reusspark zu einem umfassenden Pflegekonzept

Tun und geniessen, was noch geht

Das Pflegezentrum Reusspark im aargauischen Niederwil hat die Auszeichnung «Qualität in Palliative Care» erhalten. Wir lassen uns zeigen, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders gut machen.

Von Claudia Weiss

Von der Reuss steigt dichter Nebel auf, ein paar Herbstblätter fallen von den Bäumen, über die feuchte Wiese vor dem ehemaligen Kloster in Niederwil galoppieren vier Pferde. Wäre Lisa Keller (alle Namen der Bewohnerinnen wurden geändert) schon auf, könnte sie ihnen durch das Fenster ihres Zimmers zuschauen. Aber zuerst ist Waschzeit für die Bewohnerin des Zentrums für Pflege und Betreuung Reusspark. Die 78-Jährige hat heute früh erbrochen, wie das jetzt manchmal passiert an ihren weniger guten Tagen. Sanft wäscht ihr Heidi Eichenberger, Leiterin Wohnbereich, die Beine mit warmem Seifenwasser und spricht leise zu ihr. Dabei achtet sie immer wieder aufmerksam auf den Gesichtsausdruck ihrer Patientin: «Frau Keller kann nicht mehr mitteilen, wenn ihr das Bewegen der verkrampften Glieder Schmerzen bereitet, ich muss das selber merken.»

Palliative Care wird seit drei Jahren im ganzen Haus und bei allen Bewohnern angewendet.

Das ist einer der wichtigen Punkte, die zum Konzept Palliative Care gehören, das seit drei Jahren im ganzen Haus und für alle der beinahe 300 Bewohnerinnen und Bewohner angewendet wird: Ihnen soll wohl sein an ihrem Lebensabend, Schmerzen sollen möglichst vermieden werden. «Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität in der letzten Lebensphase» heisst das Motto des Pflegezentrums.

Diesen Sommer verlieh die Fachgesellschaft palliative.ch dem Reusspark für diese Haltung das Label «Qualität in Palliative Care» im Langzeitbereich. «Auf die Bedürfnisse aller Bewohnerinnen und Bewohner eingehen» will man im Pflegezentrum, und «die Würde jedes einzelnen Menschen wahren».

Eine Rose zeigt: Hier geht es jemandem gar nicht gut

Der Reusspark ist die erste Institution im Kanton Aargau, die sich so eingehend mit dem Thema Palliative Care befasst. Vor acht Jahren wurden im «Wohnbereich 3. Ost» sogar vier Zimmer für spezialisierte Palliative Care eingerichtet. «Die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Zimmer werden uns von Hausärzten oder Spitälern zugewiesen, zu 90 Prozent sind es krebskranke Menschen, häufig auch junge», erklärt Wohnbereichsleiterin Heidi Eichenberger. Will heissen: Zu ihr kommen Menschen, um zu sterben. Eine lachsfarbene Rose an einer Tür zeigt jeweils: Hier liegt jemand, dem es sehr schlecht geht, hier hat die «End of Life»-Phase angefangen. Hängt eine Rose an einer dieser vier Türen, sind viele Gespräche nötig, mit den Sterbenden, mit den Angehörigen, mit anderen Fachleuten, aber auch unter Kolleginnen und Kollegen: Wer mittragen muss, wenn eine 40-jährige Mutter von zwei kleinen Kindern im Sterben liegt, und einen verzweifelten Ehemann stützen soll, muss selber im Team gut getragen werden (siehe «Die Zeit vor dem Sterben ist belastender», Seite ??).

Längst nicht immer spielen sich indes tragische Szenen ab, denn Palliative Care beginnt viel früher: Tritt jemand in den Reusspark ein, fängt meist auch die letzte Lebensphase an, egal, ob diese noch Wochen oder Jahre dauert. Fanny Berg ist eine jener Bewohnerinnen, die schon länger hier sind, fünf Jahre wohnt sie schon im Reusspark, und die 88-Jährige ist noch sehr gut beieinander. «Ja ja, das kommt wohl vom Turnen», sagt sie und lächelt ihr schalkhaftes Lächeln, mit dem sie «ihr» Pflegeteam gerne um den Finger wickelt. «50 Jahre >>

Wie viel Tod können Pflegende aushalten, und was machen sie bei Überforderung?

«Darüber reden und Hilfe suchen»

Wie halten Pflegende es aus, wenn sie manchmal mehrere sterbende Menschen zugleich betreuen? Drei Expertinnen aus dem Zentrum für Pflege und Betreuung Reusspark erzählen.

Sandra Moesch (25) Pflegefachfrau

Lebensqualität ist das Wichtigste

«Für mich ist es ein grosser Unterschied, ob ich jüngere Palliativ-Patienten betreue, die unbedingt noch leben möchten, oder hochbetagte Menschen, die ihr Leben gelebt haben. Meistens macht mir jedoch nicht das Sterben Mühe, sondern das Leiden, das sich manchmal lange hinzieht und während dem wir doch ständig versuchen, noch eine gute Lebensqualität zu ermöglichen. Ich muss immer wieder darauf achten, wo die Grenzen liegen und wie viel für mich noch tragbar ist. Da ist es enorm wichtig, ein gutes Team zu haben, das einen trägt. Sehr hilfreich sind auch die jeweiligen Fallbesprechungen nach einem Todesfall, hier schauen wir gemeinsam an, was gut gelaufen ist und was besser werden könnte. Privat, mit meiner Familie und den Freundinnen und Kollegen, geht das weniger gut, sie vermeiden das Thema eher. Dort suche ich vor allem den Ausgleich. Beim Fitness und Joggen kann ich mich auspowern, bei einem Spaziergang in der Natur oder bei Treffen mit Kollegen tanke ich wieder auf. Das wichtigste Thema, das mich immer wieder begleitet, ist die Frage nach der Lebensqualität. Das Sterben ist dann oft eher eine Erlösung.»

Heidi Eichenberger (43) Leiterin Wohnbereich

Mit Kolleginnen darüber reden hilft enorm

«Die eigentliche Herausforderung für uns ist die Begleitung auf dem Weg zum Sterben, denn je besser diese gelingt, desto besser gelingt auch das Sterben. Ganz wichtig ist für alle Pflegefachleute, dass wir viel miteinander reden. Das hilft, und es zeigt, dass andere vielleicht mit genau demselben Problem Mühe haben. Stehen wir bei einem Thema an, können wir eine Supervision beantragen und bestimmte Themen mit Vorgesetzten oder Fachleuten durchgehen. Ebenfalls wichtig sind Teamsitzungen, bei denen wir Zeit haben, etwas zu diskutieren und neue Lösungen zu finden. Wenn

jemand aus dem Team bei einer Situation nicht mehr durchsieht und zu nah dran ist, darf man sich ungeniert an die Vorgesetzte wenden. Denn es kann passieren, dass wir alle vor lauter Überlastung gar nicht merken, dass etwas nicht gut läuft. Meine Kraft hole ich mir bei Spaziergängen mit meinem Hund Sheila in der Natur oder beim Sport. Ich muss aber auch merken, wann es genug ist, denn gerade für mich als Vorgesetzte ist es sehr wichtig, nicht einfach zu meinen, ich müsse jetzt damit zurechtkommen. Wenn nötig, suche ich daher das Gespräch oder professionelle Hilfe.»

Monica Heinzer (44) Leiterin Pflege und Betreuung

Bessere Ausbildung schützt vor Stress

«Das Thema Sterben betrifft ja das ganze Haus, besonders aber die «Station 3. Ost». Deshalb sind die mehrmals am Tag stattfindenden Rapporte im Team sehr wichtig, auch wenn diese Zeit aus reinen Rationalitätsgründen vielleicht verkürzt werden könnte. Aber die Gespräche, die dabei stattfinden, dienen der Psychohygiene: Was im Alltag belastet, können die Pflegenden hier lassen. Dasselbe gilt für die Teamsitzungen, die alle vier bis sechs Wochen stattfinden, bei denen auch das persönliche Befinden zum Gesprächsthema werden darf. Die Wohnbereichsleitungen sowie das Pflegekader führen regelmässige Vieraugengespräche. Wir geben unseren Mitarbeitenden sechs Wochen Ferien, ermöglichen unbezahlte Urlaube sowie Teilzeitanstellungen und Wunschpensen so weit vereinbar, daneben bieten wir regelmässig Gespräche, Coachings und Supervisionen an. Das lohnt sich. Sehr wichtig ist auch, dass ausreichend ausgebildetes Fachpersonal arbeitet; das kostet zwar mehr, aber jemand mit Zusatzwissen und Strategien kann reflektierter und gezielter arbeiten. Qualitätssicherung ist ganz wichtig. Wir arbeiten mit den Instrumenten ‹Chancenmeldungen› und ‹Meldungen besonderer Vorkommnisse›. Das alles hilft, die Belastung zu tragen.» ●

Rita Tiefenbach übt mit dem Rollator wieder zu gehen - auch das gehört zu den Aufgaben der Palliative Care: Zur Selbstständigkeit helfen, damit jemand für die letzte Lebenszeit wieder nach Hause zurückkehren kann. Fotos: Monique Wittwer

lang habe ich im Turnverein mitgemacht, habe lange ein Frauenturnen geleitet und später auch noch ein Kinderturnen.» Im Reusspark ist Fanny Berg jeden Mittwochmorgen dabei, wenn Turnen auf dem Stundenplan steht, daran hindert sie auch der Rollstuhl nicht. Und am Dienstag hat sie eine wichtige Aufgabe, da hilft sie den Angestellten, Waschlappen zusammenzulegen und zu sortieren – die grossen auf die eine Seite, die kleinen auf die andere und die fleckigen zurück in den Korb. «Ich habe früher im Büro gearbeitet, jetzt geniesse ich die Weichheit des Stoffs», sagt sie, während ihre Hände mit den hübsch perlmuttrosa lackierten Fingernägeln sorgfältig einen beigen Frotteee-Waschlappen glattstreichen.

Den Tagen Sinn geben und Wohlbefinden fördern

Auch das bedeutet Palliative Care: Den Tagen einer Bewohnerin Sinn geben, alles ermöglichen, was möglich ist. Dazu gehört, dass das Pflegeteam manchmal ein Stück weit die Familie ersetzt und beispielsweise mit Fanny Berg über das Sterben spricht, darüber, was sie gerne anziehen möchte, wenn es einmal so weit ist, und wen man informieren soll. «Uns ist ganz wichtig zu wissen, was jemand rund ums Sterben wünscht», sagt Heidi Eichenberger. «So sind wir sicher, dass es für die Betroffenen dann auch stimmt.»

Für heute hat Fanny Berg ihre Arbeit erledigt, die Waschlappen liegen schön geordnet auf dem Tisch – Zeit fürs Vergnügen: Der grossgewachsene ältere Herr im Rollstuhl, elegante Metallbrille, exakt getrimmter Schnauz, wartet schon ungeduldig, bis die Fotografin fertig ist und er sich endlich zu seiner Freundin gesellen kann. «Bonjour, mon amie», begrüsst er sie jovial, und sofort vertiefen sich die beiden in ein privates Gespräch, lachen leise miteinander.

Am Tisch nebenan hat Heidi Eichenberger der 78-jährigen, frisch gewaschenen Lisa Keller ihren Zmorge fertig eingegeben. Sie wischt sich die Finger an der Serviette ab und sagt zufrie-

Kriterien für das Qualitätslabel

Als Stärken des Reussparks stellte die Fachgesellschaft palliative.ch verschiedene Punkte fest:

- Palliative Care gehört zur Gesamtkultur des Hauses und ist bei allen Mitarbeitenden verankert
- Die Mitarbeitenden gehen sehr differenziert auf die Bedürfnisse jedes Bewohners und jeder Bewohnerin ein
- Das Qualitätsbewusstsein wird gepflegt, Fehler werden erfasst und als Chancen aufgefasst, das Konzept Palliative Care wird innovativ weiterentwickelt
- Die Institution verfügt über viel interne Fachkompetenz zu Palliative Care
- Als Grundlage für die tägliche Arbeit bestehen viele gute interne Dokumente und Leitlinien
- Der Stellenwert der Freiwilligenarbeit ist hoch und die Zusammenarbeit mit ihnen wertschätzend.

>>

Wenn sie Lisa Keller anziehen und in den Rollstuhl aufnehmen, müssen die Pflegefachfrauen immer gut auf ihren Gesichtsausdruck achten: Sie kann nicht mehr selber sagen, wenn ihr etwas weh tut.

Das sind wichtige Fachbegriffe rund um Palliative Care

Abschiedskultur
Abschiednehmen und Sterben gehören in den Alters- und Pflegeinstitutionen zum Alltag. Die Abschiedskultur einer Institution hat einen Einfluss auf die Begleitung der Sterbephase, die Aufbahrung der Verstorbenen, die Abschiedsrituale und die Verarbeitung im Team.

Kuration
Die Medizin baut auf den drei Säulen «Prävention», «Kuration», und «Rehabilitation» auf. Der Begriff «curare» stammt aus dem Lateinischen und bedeutet «heilen». Das Therapieziel der Kuration ist die Heilung einer Erkrankung.

Lebensqualität
Sie umfasst alles, was das Leben lebenswert macht und ist ein zentrales Element in der Palliative Care. Die Vorstellung von Lebensqualität ist sehr individuell und kann sich im Lauf eines Lebens verändern. Deshalb ist es wichtig, immer wieder abzuklären, was für eine Person in einer aktuellen Situation Lebensqualität bedeutet.

Multidimensionalität
In der Palliative Care wird der Mensch als ganzheitliches Wesen betreut: Körperliche Symptome wie Schmerzen oder Atemnot werden regelmässig erfasst und behandelt. Gleichzeitig werden psychische Stressfaktoren der Patienten und auch der Angehörigen wahrgenommen und mit Gesprächen oder wenn nötig psychotherapeutischer Hilfe angegangen.

Palliation
Der Begriff leitet sich ab aus dem lateinischen «pallium», was einem mantelähnlichen Umhang entspricht, «palliare» heisst: etwas schützend umhüllen. Ziel der Palliation ist im Gegensatz zur Kuration nicht eine Heilung, sondern das Erhalten der optimalen Lebensqualität bis zum Tod.

Palliative Care
Das englische Wort «care» heisst «Pflege, Fürsorge». Die Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten sowie ihrer Angehörigen, und zwar ab dem Moment, in dem festgestellt wird, dass keine Heilung mehr möglich ist. Palliative Care ist mehr als eine reine Sterbebegleitung.

Patientenverfügung
In einer Patientenverfügung kann festgehalten werden, welchen medizinischen und pflegerischen Massnahmen man zustimmt und welche man ablehnt, sollte man eines Tages nicht mehr dazu in der Lage sein, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu äussern.

Fanny Berg geniesst es, nach Jahren im Büro den weichen Stoff der Waschlappen glattzustreichen. Das Sortieren und Falten ist eine Aufgabe, die sie jeden Dienstag sehr seriös erledigt.

den: «Es ist schön zu sehen, wie sehr Frau Keller das Essen noch geniesst, sie freut sich sichtlich darüber.» Wenn Lisa Keller eines Tages keinen Appetit mehr hat und ihre Konfibrötchen zurückweist, wird niemand sie zum Essen zwingen, und Magensonden gehören erst recht nicht ins Programm des Pflegezentrums. Und ist die demenzkranke Frau mit dem verlorenen Blick zwischendurch zu müde und schläft in ihrem Spezialrollstuhl ein, darf sie auch einmal einen Tag im Bett verbringen. Hauptsache, sie fühlt sich im Moment wohl. Mit den Angehörigen werden solche Fragen jeweils schon beim Eintritt geklärt, und wer palliativ betreut wird, darf fast alles und muss fast nichts.

Palliativ und Demenz – eine Herausforderung

Für die Pflegefachleute hingegen sind Bewohnerinnen wie Lisa Keller eine Herausforderung. Sie müssen nicht nur ständig den Palliativ-Gedanken im Kopf tragen, sondern zugleich bei jeder pflegerischen Handlung die starke Demenz berücksichtigen. Bei anderen Bewohnern müssen sie das Doppelproblem «Palliative Care und Psychogeriatrie» lösen. «Wir versuchen, das planerisch aufzufangen und genügend diplomierte Fachpersonen einzusetzen», sagt Wohnbereichsleiterin Eichenberger. Besonders zeitintensiv werde das bei einer palliativen Sedation, wenn jemand mit starken Schmerzen zur Linderung in einen medikamentösen Tiefschlaf versetzt wird: «Das ist bei uns fünf Mal vorgekommen, und in solchen Fällen planten wir jeweils eine Diplomierte zusätzlich ein.»

Alles ermöglichen, was möglich ist. Auch mal die Familie ersetzen und über das Sterben reden.

Im Aufenthaltsraum hat Rita Tiefenbach ihre Tageszeitung fertig gelesen. Die feingliedrige 95-Jährige weiss gerne, was so läuft in der Welt, und sie wartet sehnlich darauf, dass sie wieder zu ihrer Schwiegertochter und dem Sohn nach Hause zurückkehren darf. Heidi Eichenberger schiebt sie im Rollstuhl in den Gang des Pflegezentrums: Rita Tiefenbach hat sich bei einem Sturz zu Hause den Oberschenkelhals gebrochen, jetzt muss sie sachte wieder gehen lernen, vorher kann sie das Pflegezentrum nicht verlassen. Behutsam helfen ihr Heidi Eichenberger und Pflegefachfrau Sandra Moesch aufzustehen, dann setzt sie ganz vorsichtig Fuss vor Fuss, bis sie sich erschöpft wieder in den Rollstuhl sinken lässt. Auch das ist Palliative Care: Möglich machen, was noch irgendwie machbar ist, auch wenn jemand letztlich nur noch für die letzten Tage oder zum Sterben nach Hause zurückkehren kann.

Nach wenigen Schritten ist Rita Tiefenbach erschöpft. Das Bein schmerzt immer noch, das zeigt ihr angestrengter Gesichtsausdruck, obwohl sie sich mit keinem Ton beklagt und lieber einen Schritt zu viel versucht als einen zu wenig. Die Pflegefachfrauen im Reusspark helfen ihr, so gut sie können: Palliative Care gilt für alle Bewohnerinnen und Bewohner und im ganzen Haus.

Der Nebel rings ums Haus hat sich inzwischen gelichtet, die Pferde grasen ruhig auf der grossen Wiese. Im demenzgerechten Garten nebenan liegt das letzte Herbstlaub am Boden. ●

Wenn Demenz das Lebensende beeinflusst

Das Gedächtnis geht – welche Wünsche bleiben?

Wie erleben Menschen mit fortgeschrittener Demenz das Lebensende? Unsere Autoren untersuchen diese Frage zusammen mit einer Studiengruppe. Die Untersuchung soll Ergebnisse liefern, damit Konzepte für ein angemessenes Sterben für Menschen mit Demenz geschaffen werden können.

Von Heike Geschwindener und Florian Riese *

Sowohl das Thema Demenz wie auch das Thema Palliative Care stehen im Fokus des gesellschaftlichen Interesses. Ursache hierfür sind eine alternde Bevölkerung und die weltweit steigende Anzahl von Menschen, die von Demenz betroffen sind. Die Schweiz hat auf diese Entwicklungen u. a. mit der Formulierung der Nationalen Strategie Palliative Care und neu auch mit der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 reagiert. Obwohl grosser Handlungsbedarf in diesem Bereich gesehen wird, verfügen wir nur über wenige Daten zur Situation in der Schweiz. Ebenso ist unklar, was unter Palliative Care im Bereich Demenz verstanden werden kann, und wie sich diese von Palliative Care bei anderen Erkrankungen, z. B. Tumorleiden, unterscheidet.

* **Heike Geschwindner** ist Mitglied der ZULIDAD-Steuergruppe. Sie ist promovierte Pflegewissenschaftlerin und arbeitet bei den Pflegezentren der Stadt Zürich, Stabstelle Pflegeentwicklung/Pflegeforschung.

Florian Riese ist Projektkoordinator der ZULIDAD-Studie und arbeitet als Assistenzarzt an der Abteilung für Psychiatrische Forschung und Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Die letzte Lebensphase mit Demenz

Demenz ist inzwischen die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz. Aus internationalen Untersuchungen ist zudem bekannt, dass eine hohe Anzahl der Personen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen verstirbt – in den Niederlanden etwa 90 Prozent. Auch ist davon auszugehen, dass etwa 60 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in Schweizer Pflegeeinrichtungen kognitiv beeinträchtigt sind, was die Wichtigkeit des Themas für die stationäre Langzeitpflege unterstreicht. Die häufigsten Todesursachen bei Demenz sind Kachexie, Dehydratation und Infektionen, wobei von Ärzten zunehmend auch Demenz selbst als unmittelbare Todesursache angegeben wird. Hingegen wird Demenz in der Allgemeinbevölkerung oft nicht als tödliche Erkrankung wahrgenommen, obwohl bei fortgeschrittener Demenz die Lebenserwartung ähnlich verkürzt sein kann, wie z. B. bei schweren Tumorleiden oder Lungenerkrankungen. Dies ist von Bedeutung, da Studien aus den Niederlanden und den USA zeigen, dass sich ein höheres Wohlbefinden und weniger belastende medizinische Eingriffe am Lebensende durch das Verständnis der Angehörigen für die Prognose vorhersagen lässt.

Entscheidungen zum Lebensende bei Demenz

Die Information und der Einbezug der Angehörigen sind von entscheidender Wichtigkeit in allen Stadien der Demenzerkrankung. Dies trifft umso mehr im fortgeschrittenen Stadium zu, da die Betroffenen selbst aufgrund ihrer Erkrankung häufig

Sterbezimmer auf der Demenzabteilung im Pflegeheim Reusspark in Niederwil AG: Gerade bei Demenz hat eine vorausschauende und frühzeitige Beschäftigung mit dem Lebensende eine grosse Bedeutung. Foto: Monique Wittwer

nicht mehr unmittelbar in die Entscheidungsfindung eingreifen können. Damit ist ein Grundprinzip der Palliative Care, die Selbstbestimmung, in Frage gestellt. Abhilfe können Patientenverfügungen schaffen. Eine belgische Studie zeigte jedoch, dass nur etwa jede zehnte Person, die mit Demenz in einem Pflegeheim verstirbt, mit einem Arzt über ihre Wünsche und Erwartungen bezüglich des Lebensendes gesprochen oder eine Patientenverfügung hinterlegt hat. In der Schweiz wurden Entscheidungsfindungsprozesse während der letzten Lebensphase von demenzkranken Menschen in der «Pallhome»-Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft untersucht. Erste Ergebnisse weisen daraufhin, dass Pflegende und Angehörige das Lebensende des demenzkranken Menschen gut vorhersagen können und entsprechend handeln. Mit weiteren Ergebnissen ist hier für 2014 zu rechnen.

Die Lebensqualität auch bei Demenz zu erhalten, ist ein zentrales Behandlungsziel.

Palliative Care bei Demenz

Im Unterschied zu anderen tödlich verlaufenden Erkrankungen, leidet ein Grossteil der Betroffenen bei fortgeschrittener Demenz bereits ein Jahr oder noch länger vor dem Tod unter andauernder Alltagsbehinderung. Insofern sollte gerade bei Demenz Palliative Care nicht erst in der unmittelbaren Sterbephase beginnen, sondern schrittweise begonnen und ausgeweitet werden, während kurative Behandlung im Verlauf immer weiter zurücktritt. Beschwerden wie Atemnot oder Schmerzen sind während der Sterbephase bei Demenz ähnlich häufig wie bei körperlichen Grunderkrankungen und müssen bei der palliativen Versorgung berücksichtigt werden. Die grösste Herausforderung besteht jedoch im adäquaten Umgang mit Verhaltenssymptomen wie Agitation und Fremdaggression. Die meisten Konzepte für Palliative Care erfassen diesen Bereich nicht, da sie ursprünglich für den Umgang mit Krebs-, Herz-/Kreislauf- oder Lungenerkrankungen entwickelt wurden. Für die Zukunft besteht also ein klarer Handlungsbedarf, was die Konzeptentwicklung für Palliative Care bei Demenz betrifft. Ein Anfang wurde 2013 durch die Europäische Vereinigung für Palliative Care (EAPC) gemacht, die in ihrem White Paper zur optimalen Palliativversorgung bei Demenz neben der Symptombehandlung vor allem auch die Wichtigkeit der individualisierten Versorgung hervorhebt («person-centered care»).

Die ZULIDAD-Studie

Um die Forschung im Bereich Palliative Care zu fördern und Daten über die Situation in der Schweiz zu erhalten, schrieb der Schweizerische Nationalfonds das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» aus. Im Rahmen dieses Forschungsprogramms untersucht die ZULIDAD Studie (Zurich Life and Death with Advanced Dementia Study – Zürcher Studie über das Leben und Sterben mit fortgeschrittener Demenz) 200 Personen, die in einem von vier Pflegezentren in Zürich wohnen >>

und an fortgeschrittener Demenz leiden, sowie ihre Angehörigen und Bezugspflegenden.

Die Erfassung der Bewohnerdaten erfolgt über das RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set), das in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen routinemässig zur Erfassung des Pflegebedarfs eingesetzt wird. Angehörige und Bezugspflegende füllen zusätzlich alle drei Monate Fragebogen aus. Die Studie endet mit dem Versterben des Bewohners oder aber nach drei Jahren Beobachtungszeitraum.

Erhoben werden Einschätzungen zur Lebensqualität, zum Ausmass von Symptomen, zu durchgeführten Massnahmen und zum Verlauf der Sterbephase. Die verschiedenen Perspektiven stützen dabei gegenseitig ihre Aussagekraft. Beteiligt sind an der Studie die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Abteilung für Psychiatrische Forschung und Klinik für Alterspsychiatrie), das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich und die Pflegezentren der Stadt Zürich sowie die Stiftung Sonnweid, Wetzikon.

Um die Erhebung, Interpretation und Verbreitung der Studienergebnisse zu verbessern, wird die ZULIDAD-Studie während der gesamten Dauer von einem «Runden Tisch» begleitet. Der Runde Tisch ist paritätisch aus Angehörigen von Demenzkranken, Fachpersonen aus der Praxis und Mitgliedern des Forschungsteams besetzt. Er ermöglicht somit «partizipative Forschung», d. h. die direkte Teilnahme der wichtigsten Interessengruppen an der Gestaltung der Forschung, und erhöht die Relevanz der Studienergebnisse für die Praxis.

Die Studie zeigt, welche Erwartungen in der letzten Lebensphase bei Demenz bestehen.

Bedeutung der ZULIDAD-Studie

ZULIDAD ist die bislang umfangreichste Studie zu Lebensqualität, Symptomverlauf und Pflege im Kontext der institutionellen Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der Schweiz. Für 2014 planen wir die Veröffentlichung von Daten aus der Ersterhebung, während längsschnittliche Daten erst für 2016 zu erwarten sind. Diese längsschnittlichen Daten werden u. a. zeigen, welche Erwartungen und Wünsche bezüglich der letzten Lebensphase bei Demenz bestehen, wie sich diese über die Zeit entwickeln und inwieweit der tatsächliche Verlauf sich mit den Erwartungen deckt. Da in Belgien und den Niederlanden Studien mit ähnlicher Methodologie und Zielsetzung durchgeführt wurden, wird durch ZULIDAD auch eine internationale Einordnung der Schweizer Situation möglich. Die Ergebnisse können dadurch als Ausgangspunkt für eine breit angelegte Diskussion zur Verbesserung der Palliative Care bei Demenz dienen. ●

Anzeige

Zuhause sterben ist möglich mit Hilfe von Spitex und Angehörigen

Im Wechselbad der Gefühle

Der 79-jährige Architekt Hans Huber* bereitet sich zuhause aufs Sterben vor. Die 38-jährige Ärztin Jeanine Blaser ebenfalls. Die beiden Todkranken haben sich von der Akutmedizin verabschiedet. Zwei Beispiele von Palliative Care in den eigenen vier Wänden.

Von Daniel Vonlanthen

Das Zeitfenster zum Sterben in der Palliativklinik ist begrenzt; die Krankenkassen übernehmen die Kosten für 60 Tage. Der Aufenthalt kostet täglich über tausend Franken. Doch was geschieht, wenn der Tod nicht fristgerecht eintritt? In der Schweiz gibt es nur wenige Sterbehäuser, wo Todkranke ihre letzte Zeit verbringen können.

Hans Huber überlebte den Aufenthalt in einer Palliativklinik in Bern. Nach einem Monat stabilisierte sich sein Zustand. Er wollte nach Hause, obwohl er noch zwei Wochen hätte bleiben können. Er sei dort bestens betreut worden, sagt der 79-Jährige. «Ich konnte glücklich sein.» Obwohl der Tod allgegenwärtig war: «Oft brannten Kerzen, ein Zeichen dafür, dass wieder jemand gestorben war.»

«Oft brannten Kerzen – ein Zeichen dafür, dass wieder jemand gestorben war.»

Jetzt liegt Hans Huber zuhause im Bett. Seine Frau Rosmarie, 69, betreut ihn. Er ist zwar sehr geschwächt, kann aber noch selber aufstehen. Hubers sind seit 45 Jahren verheiratet und blicken auf eine schöne Zeit zurück, die sie zusammen verbracht haben. Es ist ein Wechselbad der Gefühle zwischen Dankbarkeit und Trauer, Hoffen und Bangen. In den 19 Jahren seit Hubers Pensionierung haben der Architekt und seine Ehefrau viel Gefreutes erlebt. Oft waren sie im Ferienhaus. Er rannte auf alle Berggipfel in der Umgebung.

*Alle Namen in diesem Beitrag sind geändert.

Die Kräfte verlassen ihn

Hans Huber war immer sportlich und schlank gewesen. Jetzt wiegt er noch 53 Kilogramm. «Meine Appetitlosigkeit ist ein grosses Problem», sagt er. Die Kräfte verlassen ihn. Essen mag er nicht. Aber seine Augen sind wach. Vom Bett aus kann er durchs Fenster die Lärchen und Föhren sehen, den Kirchturm im Dorf. Hubers wohnen in einem Berner Vorort in einer verdichteten Siedlung in schöner Hanglage direkt am Wald. Eine privilegierte Lage, das sind sich beide bewusst. Sie schätzen auch die guten nachbarschaftlichen Beziehungen. Man hilft einander, wenn man etwas braucht.

Hubers mussten sich damit abfinden, dass es keine Besserung mehr geben wird. Nun will der Schwerkranke noch so viele Fragen wie möglich klären. Seine Patientenverfügung hat er unterzeichnet. Er verfasste die Rede zur eigenen Abdankung. Der Bruder wird sie vorlesen. Rosmarie Huber, Sohn und Tochter sowie die drei Enkelkinder werden daneben stehen. Auch viele Angehörige und Bekannte. Er sagt: «Die Leute sollen mich so in Erinnerung behalten, wie sie mich kannten.» Eine Frage haben Hubers noch offen gelassen: Einzelgrab oder Gemeinschaftsgrab? «Wir haben das noch nicht zu Ende gedacht», sagt Rosmarie Huber. Eigentlich möchte sie die Nachkommen nicht zur Grabpflege über Jahre hinaus verpflichten.

Wunden, die nicht verheilen

Die medizinischen Möglichkeiten sind ausgeschöpft. Die schwere Krankheit hatte sich leise angekündigt, zuerst mit Hautaus- >>

schlägen an den Extremitäten, die er mit Salben und Verbänden behandelte. Doch die Wunden verheilten schlecht. Selbst Cortison half nicht. Der Hausarzt ordnete eine gründliche Untersuchung an. 2008 erhielt Hans Huber die vernichtende Diagnose: Myelodisplastisches Syndrom (MDS), eine unheilbare Blutkrankheit, die in akute Leukämie umschlagen kann. Bis 2011 konnte er relativ gut damit umgehen, bis sich die Lage dramatisch zuspitzte. 2012 unterzog er sich einer neuartigen Therapie. Im Rhythmus von vier Wochen wurde ihm ein Medikamentengemisch in die Bauchdecke gespritzt. Die Resultate waren zunächst erfolgsversprechend. Doch diesen Sommer, nach einem gemeinsamen Ausflug, traten plötzlich Schüttelfrost und hohes Fieber auf. Er musste ins Universitätsspital. Dort konnte er nicht mehr essen. Die Ärzte wollten ihn künstlich ernähren, was er verweigerte. Auch eine weitere Spritzentherapie wollte er nicht mehr über sich ergehen lassen. Er entschied sich für den Aufenthalt in der Palliativklinik.

Panneau «Trauer» der Künstlerin Johanna Näf: «Ich gehe bald auf die Reise.»

Foto: Johanna Näf/Bildbearbeitung Jonas Näf

Nun ist er wieder zuhause. Ständige Bluttransfusionen halten ihn am Leben. Das Onkologie- und Palliativ-Care-Team (Seop) der Spitex Bern bietet umfassende Betreuung, Sicherheit und Orientierung für krebskranke Menschen zuhause an. Das Team mit Spezialausbildung steht täglich 24 Stunden zur Verfügung. Der Spitexdienst besucht Hubers wöchentlich, bringt je nach Bedarf eine neue Dosis Blut, bis jetzt etwa alle zwei Wochen. Rosmarie Huber zeigt sich dankbar für diese Hilfe: «Dank Seop-Spitex kann mein Mann zuhause sein.» Auch sie selber erhalte die nötige Unterstützung, damit sie diese schwere Zeit durchstehe.

Diagnose Brustkrebs

Vor drei Jahren erhielt Jeanine Blaser die Diagnose: Brustkrebs. Bereits hatte sich der bösartige Tumor im Körper ausgebreitet. Sie musste sofort eine starke Chemotherapie über sich ergehen lassen. Im Herbst vor zwei Jahren unterzog sich die Bernerin der unvermeidlichen Operation. Es folgte eine zweite Chemotherapie, die noch stärker war als die erste. «Ich

war so fertig, dass ich weder aufstehen noch essen konnte», berichtet die Patientin. Sie entschied sich für einen vorzeitigen Abbruch. Jeanine Blaser ist selber Ärztin und wusste, was auf sie zukommen sollte. Im Juli feierte sie den 38. Geburtstag. Sie hatte sich im Beruf sehr engagiert. Doch jetzt konnte sie nicht mehr. Ihre letzte Stelle, ein 60-Prozent-Pensum bei einem Ärztenetzwerk, musste sie aufgeben. Nach Abbruch der Chemotherapie konnte sie zwar bald wieder essen und legte an Gewicht zu. Sie kommt seither mit weniger Schmerzmitteln aus. Aber die Tumore im Körper wuchern ungebremst weiter.

Seit dem Abbruch der Chemotherapie legt sie an Gewicht zu. Doch der Krebs wuchert weiter.

Sauerstoff gegen die Atemnot

Von den Akutspitälern hat sie sich verabschiedet. Die Ärztin hat für sich selbst verfügt: Sie will weder Reanimation noch Antibiotika im Falle eines Infekts. Jetzt liegt sie zuhause im Bett in ihrer Mietwohnung in Bern. Sie kann sich zwar erheben, aber der Gang zur Toilette wird immer beschwerlicher. Zur Linderung der Atemnot bekommt sie Sauerstoff. Die Maschine neben dem Bett bläst ihn mit einem Pumpgeräusch in einen langen Schlauch, der zur Nase führt. Die Tage sind lang. «Aber langweilig ist mir nicht», sagt Jeanine Blaser. Sie weiss sich zu beschäftigen, liest, macht Puzzles und löst gern Rätsel, empfängt enge Freundinnen und Freunde. Doch die Besuche musste sie einschränken, denn: «Sie ermüden mich schnell, und viele Leute können mit der Situation und meinem Anblick nicht umgehen, sind hilflos.»

«Ich bin da bis zum Schluss»

Die grösste Unterstützung bekommt Jeanine Blaser von ihrer Mutter Regula Blaser, selber diplomierte Pflegefachfrau. Die alleinstehende Rentnerin, 71, gab alle Verpflichtungen auf und zog kurzerhand in die Wohnung ihrer Tochter und versprach ihrem todkranken Kind: «Ich bin da bis zum Schluss.» Eine solche Mutter an der Seite vermittelt Sicherheit. Die nötige psychologische, pflegerische und medizinische Hilfe bekommt Jeanine Blaser von den Spitexdiensten Bern: Einmal wöchentlich kommt das Onkologie- und Palliativ-Care-Team Seop vorbei, einmal wöchentlich Pflegeteam und Haushalthilfe. Ohne diese professionelle Unterstützung müsste sie ins Heim, darin sind sich Mutter und Tochter einig. Die beiden starken Frauen scheuen sich nicht davor, das auszusprechen, was sie kommen sehen: «Ich gehe bald auf die Reise», sagt die Tochter; und die Mutter fügt bei: «Ich weiss nicht, ob sie an Weihnachten noch da ist.» ●

Auch pflegende Angehörige brauchen Hilfe

Immer mehr Menschen in der Schweiz benötigen professionelle Pflege zuhause oder im Heim. 2012 nahmen fast 260 000 Personen Leistungen der Spitex in Anspruch. Rund die Hälfte der Leistungsempfänger waren 80 Jahre alt und älter. Dies zeigt die jüngste Erhebung des Bundesamts für Statistik. Die Leistungen der Spitex wachsen stärker als jene in Pflegeheimen, wo im letzten Jahr schweizweit gut 120 000 Personen betreut wurden.

Die Hilfe durch Angehörige zuhause ist allerdings noch bedeutender als jene der Profis, die ihre Leistungen in Rechnung stellen können. An einer Tagung zur Palliativpflege, organisiert durch Caritas Schweiz, Curaviva, Curahumanis und dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Zentralschweiz, wurden diese Pflegeleistungen durch Angehörige gewürdigt. Die Tagung fand vor Kurzem im luzernischen Emmen statt und stand unter dem Titel «Angehörige sind wir alle». Dabei kamen auch die Überforderung zur Sprache und das Verhältnis zwischen Laien und Fachleuten.

Pasqualina Perrig-Chiello, Honorarprofessorin am Institut für Psychologie an der Universität Bern, ist eine Kennerin der Generationenbeziehungen: «In der Schweiz wird die grosse Mehrheit der zuhause lebenden pflegebedürftigen älteren Menschen von ihren Angehörigen betreut. Neben den Partnerinnen und Partnern sind es die Töchter und zunehmend auch die Söhne, die diese Arbeit übernehmen – sehr oft bis zur Überforderung.» Möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu leben und zuhause sterben zu können, sind menschliche Bedürfnisse. Zuhause zu bleiben ist erst noch – gesundheitsökonomisch – viel günstiger als der Heim- oder Spitalaufenthalt. Erfüllt werden kann der Wunsch aber meist nur dann, «wenn ein familiales oder informelles Netzwerk mit grosser Leistungsbereitschaft vorhanden ist», sagt Beat Sottas. Er ist Berater, Forscher und Publizist sowie Mitglied des Leitenden Ausschusses der Stiftung Careum. Kritisch und komplex werde die Situation, «wenn die Zahl der involvierten Fachpersonen rapide zunimmt». Ungenügender Informationsaustausch, Rivalitäten und unklare Hierarchien führten nicht selten zu Konflikten zwischen Profis und Angehörigen.

Die Zahl der über 80-Jährigen steigt in den nächsten Jahrzehnten von heute 382 000 auf über eine Million. CVP-Nationalrätin Lucrezia Meier-Schatz, Geschäftsführerin Pro Familia Schweiz, ortet – mit Blick auf den sogenannten Pflegenotstand und die wachsenden Gesundheitskosten – «grosse gesellschaftliche, wirtschaftliche und soziale Herausforderungen». Von zentraler Bedeutung für das Wohlbefinden und den Verbleib zuhause sei das «enge Zusammenspiel zwischen pflegenden Angehörigen und professioneller Betreuung». Im Parlament fordert Meier-Schatz die Einführung einer Betreuungszulage und das Recht auf eine Auszeit für pflegende Angehörige.

Mit dem Thema Work-Care befasst sich eine interdepartementale Arbeitsgruppe des Bundes, die ihren Bericht zur «Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen» demnächst vorlegen wird. Es sind überwiegend Frauen, die diese unentgeltliche Hilfe in der Familie leisten. Ohne sie, sagt Meier-Schatz, würden die Gesundheitskosten ins Unermessliche steigen. Gemäss einer Studie stehen pflegende Angehörige rund sechs Jahre im Dauereinsatz und stossen oft an die Grenzen ihrer körperlichen Möglichkeiten. Fast ein Fünftel opfert gar den bezahlten Job zugunsten des Pflegeeinsatzes in der Familie.

Die Personalberatung von CURAVIVA Schweiz sucht im Auftrag des Alters- und Pflegeheimes Haus Wieden in Buchs SG per Anfang Februar 2014 oder nach Vereinbarung eine versierte, empathische Führungspersönlichkeit als

HEIMLEITER/IN 100%

Das Haus Wieden in Buchs bietet 100 Bewohnerinnen und Bewohnern ein gepflegtes Zuhause in einem sicheren und geborgenen Umfeld. In Ihrer Funktion als Heimleiter/in stellen Sie den Menschen mit seinen Anliegen in den Mittelpunkt und sorgen insbesondere mit den rund 115 Mitarbeitenden dafür, die Lebensqualität der Betagten durch eine ganzheitliche Betreuung und angepasste Dienstleistungen zu erhalten oder zu fördern.

Ihre Hauptaufgabe ist die operative Gesamtleitung des Betriebes in Zusammenarbeit mit den Bereichsleitungen und im regelmässigen Austausch mit der Betriebskommission des Hauses Wieden. Sie prägen den Heimalltag mit der Umsetzung neuer Strategien und grösserer Projekte massgeblich mit und setzen Ihre Fähigkeiten in der Geschäftsführung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen erfolgreich um, wobei Sie Ihre Mitarbeitenden in Ihre Entscheidungen einbeziehen und dementsprechend kooperativ führen. Sie vertreten die Institution nach aussen, beraten Heimbewohner/-innen und Angehörige, pflegen und fördern Kontakte und wissen sich mit Behörden zu vernetzen.

Für diese zentrale Aufgabe suchen wir eine kommunikative Persönlichkeit mit Heimleiterdiplom und entsprechender betriebswirtschaftlicher Aus- und Weiterbildung sowie ausgewiesener Führungserfahrung. Sie denken entsprechend unternehmerisch und kennen idealerweise die Finanzierungsmechanismen dieser Branche. Ihre hohen sozialen Kompetenzen, ihr Organisationstalent und ein team- und dienstleistungsorientiertes Handeln mit der nötigen Weit- und Umsicht runden Ihr Profil ab.

Sie erwartet ein herausforderndes und spannendes Arbeitsgebiet mit Gestaltungs- und Handlungsspielraum, wo Ihre Ideen bei der unkomplizierten Trägerschaft auf offene Ohren stossen. **Fühlen Sie sich angesprochen? Dann freut sich Frau Elise Tel von der Personalberatung CURAVIVA Schweiz auf Ihre Bewerbung per Post oder Mail bis spätestens 21. Dezember 2013 (Ref. 148).** Gerne beantwortet Frau Tel Ihre Fragen unter der Nummer 031 385 33 63.

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 sowie langjährigen Erfahrungen wird hier die richtige Person an den richtigen Ort vermittelt.

www.curaviva.ch/personalberatung

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

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

Auch wenn Kinder todkrank sind, bleibt noch Platz für viel intensives Leben

Sterben am Anfang des Lebens

Sind Kinder oder Jugendliche sterbenskrank, braucht die ganze Familie Betreuung. Kinder Palliativ Care hilft von der Diagnose bis über das Sterben hinaus. Ein wichtiger Teil auf dem Weg zum Sterben ist: Möglichst viel Leben einpacken und gemeinsame Erlebnisse sammeln.

Von Claudia Weiss

Sie haben kaum gelebt, und schon wartet das Ende: Wenn Kinder und Jugendliche unheilbar krank sind, ist das für ihre Familien schier unerträglich. Dann brauchen nicht nur die kranken Kinder viel Betreuung, sondern auch die Eltern, Geschwister und Grosseltern. Hier hilft pro pallium, die Schweizerische Palliativstiftung für Kinder und junge Erwachsene. Ihr Zweck: «Lebensqualität der betroffenen Kinder und deren Familien verbessern und dazu beitragen, dass neue Zuversicht und Hoffnung entstehen.»

Ende Oktober organisierte pro pallium den ersten nationalen «Kinder Palliativ Care Tag» («KiPaCare Tag»). 160 betroffene Familien, Freiwillige und Fachleute trafen sich im herbstlich dekorierten «Schützi»-Saal in Olten, sie diskutierten, informierten und tauschten sich aus, und sie setzten damit quasi einen Startpunkt, damit das vernachlässigte Thema «Pädiatrische Palliativ Care», kurz PPC, auch in der Schweiz bekannter wird.

Von einem mit Therapien vollgestopften Tag erzählte beispielsweise Judith Weber, von ihren beiden Kindern Nadja und Silvan, die an einer fortschreitenden Muskelerkrankung leiden, von mehrmals unterbrochenen Nächten und von der anspruchsvollen Absprache mit den zahlreichen Spitex-Betreuenden und Therapeutinnen. Und davon, wie schön es wäre, wenn es «eine zweite Judith Weber» gäbe, die darauf achten könnte, dass der Betrieb läuft, während sie selber mit einem der Kinder unterwegs ist.

Betroffene erzählten von mit Therapien vollgestopften Tagen und davon, wie wichtig Hilfe ist.

Auch Hilfe anzunehmen, ist nicht immer einfach

Bernhard Roth auf dem Stuhl neben ihr schilderte die Unsicherheit und Hoffnung in der Zeit, als die Diagnose seiner Zwillingssöhne Elias und Mattia noch ungewiss war, als noch offen war, wie die Stoffwechselkrankheit verlaufen würde, die ihre Gehirne ab dem Alter von drei Jahren wieder rückwärts entwickeln liess. Er erzählte von den Monaten, als die Buben in der Epilepsieklinik in Zürich weilten, wie seine Frau bei den beiden Töchtern zuhause in der Ostschweiz blieb und er selber täglich nach der Arbeit zu den Söhnen fuhr – eine enorme Belastung für die Familie, auch als die Zwillinge endlich wieder nach Hause durften. «Für uns war es ein grosser Schritt, das Haus für fremde Hilfe zu öffnen», sagte Roth. Aber als die beiden Buben den Eltern nachts kaum noch zwei Stunden Schlaf liessen, blieb nichts mehr anderes übrig.

Auch Geschwister erleben solche Situationen als sehr belastend. Mirjam Tanner erinnerte sich, wie sehr es sie beschäftigte, als sie ihre zu früh geborene tote Schwester noch sehen, aber nicht mehr berühren durfte, und sie danach ihr Mami nur noch traurig erlebte. Sie selber litt ebenso: «Alle anderen hatten Geschwister», erzählte sie. Ihr Glück war dann, dass sie die Sommerferien bei den Grosseltern verbringen durfte – Grosseltern sind in solchen Situationen Gold wert.

Aber sie leiden auch intensiv mit, wie sich Josef Bucher erinnerte. Seine Enkelin Aline erkrankte im Alter von zweieinhalb Jahren an Krebs, vor sechs Jahren starb sie im Kindergartenalter. «Ihre Mutter war sehr oft bei ihr im Spital», sagte Grossvater Bucher. «In dieser Zeit fehlte sie zu Hause an

>>

allen Ecken und Enden.» Eine harte Zeit für die ganze Familie sei das gewesen. Umso wichtiger war für Alines ältere Schwester Livia, dass sie oft bei ihren Grosseltern sein durfte. Das half nicht nur ihr, sondern auch Josef Bucher und seiner Frau: «Es war für uns ein sehr wichtiges Erlebnis.»

Auch das Umfeld der Kinder braucht viel Unterstützung

Die vier sehr persönlichen Beiträge machten deutlich, wie hilfreich es in solch belastenden Zeiten für Familien ist, wenn sie nicht nur medizinisch, sondern in ihrem ganzen Alltag unterstützt werden. Und wie fest nicht nur das kranke Kind Betreuung braucht, sondern die ganze Familie. Einen wichtigen Teil dieser Unterstützung bieten unter anderem die rund 40 Freiwilligen von Pro Pallium. Und wichtiges medizinisches Knowhow bietet Eva Bergsträsser, Kinderärztin, Onkologin und Leiterin der Pädiatrischen Palliative Care am Kinderspital Zürich, eine Pionierin in der Schweiz. «Diese Familien darf man nicht allein lassen, auch wenn die Medizin nichts mehr machen kann», betonte sie in ihrem Vortrag. «Palliativ» bedeutet für sie: Therapien abbrechen, die nicht mehr helfen, und stattdessen den Kindern und Jugendlichen einen schützenden Mantel umlegen, der ihnen Freiraum lässt, die letzte Zeit ihres Lebens noch so zu gestalten, wie sie es wünschen. Therapie bedeute nämlich oft, lange im Spital zu bleiben und viel Schmerzen auszuhalten. «Kann ein Kind dadurch geheilt werden, lohnt sich das», sagte Eva Bergsträsser. Andernfalls sei es bloss ein Verlust von kostbarer Zeit, die lieber mit Leben gefüllt werden sollte: «Leben trotz der Krankheit ist sehr wichtig, und zwar möglichst viel und möglichst intensiv.» 500 Kinder und Jugendliche sterben jährlich in der Schweiz, die Hälfte davon im ersten Lebensjahr, es sind Frühgeburten oder Babys mit Fehlbildungen, die ihnen das Leben nicht möglich machen. Viele weitere Kinder sterben an Unfällen, und erst dann kommen die stoffwechsel- und krebskranken Kinder – heute können bereits über 70 Prozent der Kinder mit einer Krebsdiagnose geheilt werden. Egal, woran das Kind sterben wird: «Es geht darum, Erinnerungen zu schaffen, Kindern auch die Gelegenheit geben, etwas Letztes zu schaffen», betont Palliativmedizinerin Bergsträsser. Und da Palliative Care nicht erst mit der Sterbephase beginnt, sondern mit der Diagnose, seien jährlich weit mehr Kinder betroffen als die erwähnten 500: «Einige leben mit ihrer Krankheit noch jahrelang, das bedeutet, von Kinder-Palliativ-Care profitieren jährlich etwa 2000 Kinder und Jugendliche.»

Jugendlichen den Freiraum geben, die letzte Zeit ihres Lebens nach Wunsch zu gestalten.

«Aktive Palliative Care» umfasst alle Aspekte

Beispiele kennt Eva Bergsträsser zuhauf, an diesem Nachmittag erzählte sie von einem siebenjährigen Jungen mit Leukämie, bei dem nach einem Rückfall klar war, dass man die Leukämie nur noch in Schach halten konnte. «Er unternahm so viel wie möglich, so lange es ihm noch besser ging», erinnerte sich die Kinderonkologin. Er bereitete sogar den Schuleintritt vor und wollte mit seiner Familie Ferien in Mallorca verbringen, «ein Arzt vor Ort war bereits kontaktiert». Dann zwang ihn ein zweiter Rückfall abrupt ins Bett, palliative Chemotherapie und Kinderspitex standen jetzt stattdessen auf seinem Programm. Neun Monate später, zwei Tage vor Weihnachten, verstarb der Junge im Kinderspital: Starke Blutungen vereitelten seinen Wunsch, zuhause zu sterben.

«Aktive Palliative Care» nennt das Eva Bergsträsser, jene Unterstützung, die auf die psychischen, emotionalen, physischen, sozialen, pädagogischen und spirituellen Aspekte eingeht, die erkrankte Kinder und Jugendliche in jeder Beziehung unterstützt und das ganze Umfeld mit einbezieht. «Bei der Pädiatrischen Palliative Care haben wir es mit einem ganzen System zu tun, das aus dem Gleichgewicht geraten ist», betont sie. Um ein so entstandenes Ungleichgewicht aufzufangen, ist nicht nur das Ärzteteam gefordert, sondern auch die Pflegefachleute.

Judith Wieland, Pflegeexpertin MScN Rehabilitation am Kinderspital Zürich, schilderte am Beispiel eines 14-Jährigen, der an einem Hirntumor erkrankte, wie wichtig es für Pflegende ist, mit Kindern und Eltern richtig zu sprechen. «Sie hören extrem gut mit», betonte sie. Und manchmal hören sie nicht die Realität. Die Eltern des Teenagers beispielsweise stellten sich vor, dass ihr Sohn schrittweise wieder selbständig würde, stattdessen verlor er immer mehr Fähigkeiten. «Als dann der Sterbeprozess einsetzte, rückte nur noch die Lebensqualität ins Zentrum», erzählte die Pflegeexpertin. Statt zu stundenlangen Therapien begleiteten die Pflegenden den Jungen oft in den Wald, um Blätter zu sammeln, und erleichterten sein Leiden mit basaler Stimulation. «Kinderpalliativpflege braucht viel Zeit», erklärte Judith Wieland. «Pflegende müssen Bedürfnisse voraussehen und darauf reagieren können, oft müssen sie je nach Entwicklung parallel planen, und sie müssen sehr viel triagieren und vernetzen.» Und, ganz wichtig, sie dürfen ihre eigene Trauer «keinesfalls wie eine schwarze Wolke vor sich hin tragen und damit die Eltern zusätzlich belasten», im Gegenteil: «Humor gehört unbedingt dazu!»

«Einmal den Wind um die Nase wehen lassen»

Ebenfalls dazu gehört eine gute psychosoziale Betreuung, welche «Leiden lindert, Störungen behebt, den Freiheitsspielraum erweitert und die Lebensqualität verbessert». So fasste das Psychologe Andreas Dörner zusammen. «Leben ermöglichen», lautet sein Motto: «In der Neonatologie kann das bedeuten, dass Eltern ihrem sterbenskranken Neugeborenen wenigstens einmal den Wind um die Nase wehen lassen wollen.» Bei einem älteren Kind taucht auch schon mal der Wunsch auf, einmal noch das Connyland zu besuchen. «Wenn die Familie noch einmal etwas zusammen erleben kann, schafft das wichtige Erinnerungen», sagte Dörner. Die psychosoziale Unterstützung könne das gut unterstützen, dennoch gelte das Motto «so viel wie gewünscht – aber nicht so, dass es zu viel wird».

Für Pflegende ist es ausserordentlich wichtig, mit Kindern und Eltern richtig zu sprechen.

An diesem Anlass wurde es nicht zu viel, stattdessen kam eine grosse Fülle von Eindrücken und viel professioneller Erfahrung zusammen. Das Ziel des «KiPaCare Tages» ist damit zumindest teilweise erfüllt: Cornelia Mackuth-Wicki, Geschäftsleiterin

Skifahren mit der Familie kann viel Leben in die Zeit der Krankheit bringen. Solche Erlebnisse schaffen schöne Erinnerungen.

Foto: Symbolbild, zur Verfügung gestellt von der Stiftung Kinderhilfe Sternschnuppe

von pro pallium, wollte «die Thematik einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machen, Fachleute vernetzen und das Angebot verbessern». Der grosse Aufmarsch von Fachleuten zeigte, dass das Bedürfnis dazu vorhanden ist. «Ich bin überwältigt und hoffe, dass das ganz viel auslöst», lautete Mackuths erste begeisterte Reaktion.

Die Freiwilligen auf der anderen Seite sahen den Anlass als Gelegenheit, sich auszutauschen und einen weiteren Einblick in das Thema zu gewinnen. Nadine Conz aus Küttigen beispielsweise fand, dieser Nachmittag habe ihr viel gebracht: «Er hat bei allen Teilnehmenden die Wahrnehmung geweckt, diese Schicksale und das Menschliche dahinter zu sehen.»

Auch Christian Feldmann aus Herzogenbuchsee, einer der wenigen männlichen Freiwilligen, fand, der Anlass habe ihm ein gutes Gesamtbild vermittelt: «Etliches habe ich in meiner sechstägigen Ausbildung zum Freiwilligen schon gehört, aber es war gut, das im ungezwungenen Rahmen noch einmal im Überblick zu hören.» Warum sich ein junger Mann, Gärtner und Musiker, überhaupt als Freiwilliger bei pro pallium meldet, kann er gar nicht so einfach erklären. Aber: «Ich bin sensibel, und als Sohn eines Lehrer-Ehepaars habe ich wohl die Fähigkeit mitbekommen, mit Kindern umzugehen.»

Ein breites Gebiet mit vielen Herausforderungen

Seit Kurzem betreut er einen 10-jährigen, schwer kranken Jungen, unternimmt mit ihm «Männersachen» und freut sich, dass er in der Familie sofort sehr gut aufgenommen wurde. Was ihm anfangs allerdings ein wenig Mühe bereitet habe, sei die Tatsache, dass er seine enthusiastischen Vorstellungen zurückstecken musste: «Ich hatte so viele Ideen, wie ich mich hilfreich einbringen wollte – nun muss ich mich sehr zurückhalten und schauen, was die Familie nötig hat, statt selber aktiv zu sein.» Eine grosse Herausforderung für alle Freiwilligen.

«Ganz anders bei Frühgeborenen oder verunfallten Kindern»

Von grossen künftigen Herausforderungen spricht auch Palliativärztin Eva Bergsträsser: «Es gibt so viele unterschiedliche Bedürfnisse und Altersgruppen, und die jeweils nötige Form von Palliative Care ist um Welten verschieden», sagt sie. «Ob es sich um ein Kind in der Neonatologie handelt, um eines mit einem Unfall oder um ein krebskrankes Kind – das sind jeweils ganz unterschiedliche Herausforderungen.» Ein Hospiz, ist sie überzeugt, kann die wahren Bedürfnisse Betroffener nicht erfüllen: Zu kurz wäre die Zeit, damit sich ein Kind wirklich einleben könnte, und zu wenig Raum hätte es für das wichtigste Ziel – die Familie mit einzubeziehen.

Umso mehr hofft Bergsträsser, dass der «KiPaCare Tag» hilft, dieses noch wenig bekannte Thema bekannter zu machen. Vor allem fände sie schön, wenn sich bald einmal Kolleginnen und Kollegen für dieses wichtige, aber von vielen Medizinern vernachlässigte Gebiet einsetzen würden. «Immerhin, zwei Interessierte haben sich schon mal bei mir gemeldet», schmunzelt sie. «Vielleicht findet Pädiatrische Palliativ Care in der Schweiz doch langsam Beachtung.» Das zumindest lassen die vielen Anwesenden hoffen, die im herbstlich geschmückten «Schützi»-Saal in Olten zusammen kamen. ●

Die Wünsche zur letzten Lebensphase von Menschen mit geistiger Behinderung

Wie darüber sprechen?

Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung sollen selbstbestimmt leben und sterben können. Wie man die Wünsche der Betroffenen erfährt, vermitteln die Forscherinnen Monika T. Wicki und Judith Adler von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich.

Von Regula Pfeifer

Wie möchte ich meinen Lebensabend verbringen? Was soll geschehen, wenn ich sehr krank oder am Sterben bin? Was wünsche ich für die Zeit nach meinem Tod? Mit solchen Fragen sollen wir uns auseinandersetzen, heisst es im neuen Erwachsenenschutzgesetz, und unsere Anliegen und Wünsche schriftlich festhalten, etwa in einem Vorsorgevertrag und einer Patientenverfügung. Hinter der Aufforderung steckt ein Ideal unserer Zeit: die Selbstbestimmung, und zwar bis in den Tod und darüber hinaus.

Auch Menschen, die nicht oder nur eingeschränkt handlungsfähig sind, sollten sich diesen Fragen stellen und sie möglichst selbstbestimmt entscheiden. Dazu gewährt ihnen das Erwachsenenschutzrecht mehr Freiheit als bisher.

Ein europaweites Projekt

Auch Monika T. Wicki und Judith Adler fordern mehr Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung. Die beiden Forscherinnen arbeiten an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) und leiten die schweizerische Koordinationsstelle für das europaweite Projekt «New Path to Inclusion Network». Dieses strebt die optimale Integration von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft an und setzt dabei auf personenorientierte Zukunftsplanung. Was das ist, erklärte Monika T. Wicki Vertreterinnen aus Heimen und von Erwachsenenschutzbehörden an einem Workshop in Zürich. Sie übergab ihnen dazu das Arbeitsheft «Die Zukunft ist jetzt. Personenorientierte Zukunftsplanung», das sie gemeinsam mit Judith Adler an der Hochschule für Heilpädagogik entwickelt und nun um Themen zum Lebensende erweitert hatte. Dabei integrierte sie Materialien des Fördervereins für Menschen mit geistiger Behinderung und der Helen Sanders Association. Das Arbeitsheft soll Beistände und Eltern dabei unterstützen, entscheidende Wünsche der Personen, für die sie verantwortlich sind, in Erfahrung zu bringen und schriftlich festzuhalten.

Bei Menschen mit Behinderung müssen Entscheidungen in Erfahrung gebracht werden.

Was, wenn das Herz stillsteht?

Entscheidungen zum Lebensende nehmen darin einen wichtigen Platz ein. Die Menschen mit geistiger Behinderung sollen über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt werden. Sie sollen Erklärungen zu medizinischen Eingriffen abgeben, also entscheiden, was die Ärzte zu tun haben, falls die Nieren versagen, das Herz stillsteht oder der Atem lebensbedrohlich aussetzt. Auch zu Bluttransfusion, zu Infusion, zu Transplantation oder zu Schmerzbehandlung sollen sie Stellung nehmen und bestimmen, wer sie ins Krankenhaus begleitet, wo sie sterben, wie sie bestattet sein möchten und wer ihren Besitz erhält.

Schwierige Fragen zu komplizierten Themen! Wie darüber sprechen mit jemandem, der intellektuell beeinträchtigt ist? Das sei tatsächlich nicht einfach, bestätigt Monika T. Wicki. Sie spielte das Ganze mit einer Frau durch, die sie als private Beiständin betreut. Es habe viel Zeit, wiederholte Erklärungen und Verständniskontrollen gebraucht. Wie es bewährte Instrumente zur Erfassung der Entscheidungsfähigkeit vorsehen, liess sich Wicki jedes Thema,

Monika T. Wicki, Forscherin und Beiständin (l.), findet im Gespräch mit der verbeiständeten Frau Antworten auf Fragen zu Krankheit, Sterben und Tod. Foto: MTW

«Je früher man Übergänge im Leben bespricht, desto besser»

Die Lebenswünsche von Senioren mit einer geistigen Behinderung zu kennen, kann vieles erleichtern. Das weiss Gabi Faye-Achermann, die das Wohnhaus Stöckli der Stiftung Brändi im luzernischen Horw leitet.

Wie werden die Lebenswünsche der Bewohnerinnen und Bewohner bei Ihnen berücksichtigt?
Gabi Faye-Achermann: Dies gehört zu unserer Betreuungsphilosophie, die auf Selbstbestimmung und Empowerment beruht. Bereits beim Aufnahmegespräch geben wir einen Fragebogen ab, in dem sich die Bewohnerin oder der Bewohnern und ihre Angehörigen oder Beistände zum Krankheits- und Todesfall äussern. Wohnen sie einmal bei uns, tauchen neue Wünsche und Anliegen auf, die wir ebenfalls im Fragebogen notieren. Was ich heute am Workshop gehört habe, motiviert mich, unseren Fragebogen zu ergänzen und noch bewusster in die Jahresplanung einzubauen.

Was bringen diese Grundsatzgespräche mit geistig behinderten Menschen?
Sie beziehen die Menschen in die Planung ihres eigenen Lebens mit ein. Das sollte selbstverständlich sein. Klären wir mit ihnen vorgängig wichtige Fragen, erleichtern wir die Übergänge im Leben und vermindern Leiden und Sorgen. Je früher sich die Menschen damit auseinandersetzen, desto einfacher wird es später.

Wie schwierig sind solche Gespräche?
Unsere Bewohnerinnen haben unter Umständen noch kaum eine Vorstellung von der letzten Lebensphase. Ihnen diese näher zu bringen, fordert uns heraus. Und die Entscheidungen sind für sie alles andere als einfach.

Wie läuft eine Notfallsituation konkret ab?
Wir suchen sofort das Gespräch mit allen Beteiligten und besprechen mit ihnen das weitere Vorgehen. Persönliche Aufzeichnungen geben uns dabei die individuelle Richtung vor.

Ist Selbstbestimmung angemessen für Ihre Bewohnerinnen und Bewohner?
Wenn wir die Bewohnerinnen und Bewohner bedürfnisgerecht betreuen und begleiten wollen, gehört Selbstbestimmung unbedingt dazu. Das Bewusstsein dafür wächst. Der älteren Generation von Menschen mit geistiger Behinderung fällt es eher schwer, ihre Meinung in Alltagssituationen und bezüglich ihres Lebensentwurfs zu formulieren, da sie früher weniger gefragt wurden. Die Jüngeren sind es sich eher gewohnt. Sie gestalten ihr Leben bereits individueller.

Weshalb besuchten Sie den Workshop?
Immer wieder habe ich in meiner Tätigkeit bei der Stiftung erlebt, dass ältere Menschen mit Behinderung, die in ihrem angestammten Umfeld leben, plötzlich einen Wohnplatz benötigen, etwa weil ein betagter Elternteil ins Spital eintritt oder stirbt. Gerne möchte ich einen bewussteren Umgang mit der Zukunftsplanung initiieren und somit bei den Beteiligten einen Prozess in Gang bringen. Dazu hat mir der Workshop Anregungen geboten. (rp)

>>

das sie der Frau erklärte, von ihr noch einmal in ihren eigenen Worten erzählen und notierte ihre Antworten. Wicki erklärte Krankheiten und fragte die Frau, was sie verstanden hatte, sprach über Behandlungsmöglichkeiten und überprüfte, was angekommen war. Auch zeigte sie die Konsequenzen jeder Behandlung auf. Danach fragte sie die Frau nach ihrer Meinung und nach den Gründen für ihre Entscheidungen. Diese Antworten notierte sie ebenfalls sorgfältig. Mehrmals trafen sich die beiden in diesem Sommer, bis fast alles entschieden und festgehalten war.

Der Aufwand habe sich gelohnt, findet Monika T. Wicki. Dank den Gesprächen weiss sie nun: Ihre Mandantin will nie ein fremdes Organ implantiert erhalten. Hat sie einen Herzinfarkt, will sie reanimiert werden. Und bestattet werden will sie in einer Urne. Das zu wissen, hilft der Beiständin: «All diese Fragen muss ich nicht mehr für sie entscheiden.»

Nicht nur übers Lebensende sprach Wicki mit der Frau, sondern auch über ihre Stärken, Wünsche und liebsten Freizeitbeschäftigungen – wie es das an der Hochschule für Heilpädagogik entwickelte Arbeitsheft zur Zukunftsplanung vorsieht. Seither ist klar: Ihre Bekannte möchte sticken wie früher, sie möchte schwimmen lernen und ihre Tante sowie das Elterngrab besuchen. Der grösste Wunsch der Heimbewohnerin war jedoch: Sie wollte mit ihrem Freund in eine gemeinsame Wohnung ziehen. Kaum hatten sie diesen Punkt besprochen, meldete sich der Freund bei Monika T. Wicki. Kurz darauf trafen sich alle drei. Wicki empfahl den beiden einen Wohn-Lern-Kurs bei Pro Infirmis. Doch der Kurs in Zürich war zu weit entfernt und ungünstig am Abend terminiert. Das wollten die beiden nicht – seither ist das Thema pendent. Wicki wird es erneut aufgreifen.

Anhaltspunkte für spätere Entscheide

Wichtige Fragen sind beantwortet, die Umsetzung kann beginnen. Das ist der konkrete Nutzen der intensiven Gespräche zwischen Wicki und ihrer Mandantin. Dabei konnte die Beiständin auch besser erkennen, was für ein Mensch diese Frau ist und welche Werte ihr wichtig sind. «Das gibt mir Anhaltspunkte für Entscheide, die wir vielleicht in Zukunft für sie fällen müssen», sagt Wicki.

Die Workshop-Teilnehmenden nahmen die Inputs und Unterlagen zur personenorientierten Zukunftsplanung mit Interesse auf und überlegten sich, wie sie sie in ihrem Berufsalltag umsetzen könnten. Sie erhoffen sich, damit in Zukunft besser und individueller auf jeden Menschen in ihrer Institution eingehen zu können. Zwar kamen auch Zweifel auf, ob die Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Beistände eine solch anspruchsvolle Aufgabe bewältigen können und ob die Angehörigen dafür grünes Licht geben würden. Doch der Wille, dranzubleiben und die international abgestützten Erkenntnisse auf ihre jeweilige Institution umzumünzen, ist vorhanden. ●

Anzeige

SPITEX
Hilfe und Pflege zu Hause
Spitex Verband Kanton Zürich

CURAVIVA
KANTON ZÜRICH

Fachtagung **ambulant UND stationär**

9. JANUAR 2014 · TECHNOPARK ZÜRICH

Die Dynamik der Langzeitversorgung zeigt sich an Stichworten wie demographische Entwicklung, Zunahme von dementiellen Erkrankungen, Anspruchsgesellschaft, Veränderung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit, zunehmend komplexere Situationen, Auswirkungen der Spitalfinanzierung, zunehmender Kostendruck, Fachkräftemangel etc. Spitex und Heime müssen diese Herausforderungen in enger Zusammenarbeit gestalten, ambulant UND stationär.

Eine Fachtagung für Personen, die in Spitexorganisationen, in Alters- und Pflegeheimen oder weiteren Organisationen im Altersbereich Fach- und Führungsverantwortung tragen, die sich in der Altersarbeit engagieren und die sich in Politik und Gesellschaft mit Altersfragen auseinandersetzen.

Mit: **Andreas Kruse,** Professor am Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Stefan Spycher, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Peter Gross, Autor und Publizist, em. Ordinarius für Soziologie Universität St. Gallen

Informationen zu weiteren Referenten/innen, Themen und Kurzreferaten unter:
www.curaviva-zh.ch/Veranstaltungen

Donnerstag, 9. Januar 2014, 9 bis 16.30 Uhr im Technopark Zürich

Kosten: CHF 280.-, inkl. Pausen- und Mittagsverpflegung

Anmeldung: Curaviva und Spitex Verband Kanton Zürich, Tagungssekretariat, Schärenmoosstrasse 77, 8052 Zürich oder **info@curaviva-zh.ch**

Palliative Care muss in Schweizer Behindertenwohnheimen zum Thema werden

Noch kaum ein Ort zum Sterben

Wie gut sind die Wohnheime für Menschen mit Behinderung auf die palliative Versorgung für ältere Bewohner vorbereitet? Die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) präsentiert erste Ergebnisse einer Studie.

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben eine deutlich geringere Lebenserwartung als Menschen ohne Beeinträchtigung. Doch deren Sterbealter verschiebt sich dank den Entwicklungen in der Medizin und durch eine verstärkte Gesundheitsprävention nach oben. In den kommenden fünf Jahren werden in der Schweiz etwa 2500 Menschen in den Behindertenwohnheimen älter als 60 Jahre sein. Können sie ihren Lebensabend im Wohnheim verbringen? Steht ihnen dort auch eine palliative Versorgung zur Verfügung, sodass sie in der gewohnten Umgebung sterben können?
Die Abteilung Forschung und Entwicklung der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich untersucht seit 2012 das palliative Pflegeangebot in Schweizer Wohnheimen der Behindertenilfe:

- In welchen Wohnheimen können Erwachsene mit einer geistigen Behinderung bis ans Lebensende wohnen?
- Wie sind die Wohnheime auf das Sterben vorbereitet bezüglich Ausführlichkeit und Implementation der Leitlinien zu Palliative Care und Entscheidungen am Lebensende?
- Welche Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung haben Erwachsene mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an ihrem Lebensende in den Wohnheimen?

Wohnheime sind nur selten vorbereitet

Nun liegen erste Ergebnisse der Untersuchung vor. Knapp zusammengefasst heisst das Ergebnis: Palliative Care ist in vielen Heimen für Erwachsene mit Behinderung kein oder kaum ein Thema. Ausgebildetes Personal und entsprechende Instrumente fehlen. Auf die Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, sind nur wenige Wohnheime vorbereitet. Derzeit kann nur ein Drittel aller Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen für Menschen mit einer geistigen Behinderung auch dann im Heim bleiben, wenn sie stark pflegebedürftig sind. Die anderen zwei Drittel werden bei hohem Pflegebedarf in Alters- und Pflegeheime verlegt. Schon bei Erreichen des Pensionierungsalters müssen gut 40 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner ihr angestammtes Daheim verlassen. In konkreten Zahlen: In den nächsten zehn Jahren werden in den Schweizer Heimen gut 3000 Menschen pensioniert. Nach heutiger Usanz müssten also 1200 von ihnen ins Alters- oder Pflegeheim umziehen oder eine andere Wohnmöglichkeit suchen.

Wo es Leitlinien gibt, können Personen mit einer Behinderung mehr selbst- und mitbestimmen.

Mitbestimmung ausbauen

Wenn man ermöglichen möchte, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung auswählen können, wo sie ihren Lebensabend verbringen, müssen sich die Wohnheime intensiv mit Palliative Care auseinandersetzen. Kaum 10 Prozent aller Wohnheime und gerade 30 Prozent der Wohnheime mit älteren Bewohnerinnen und Bewohnern – so die Studie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik – verfügen über verbindliche Leitlinien zu Palliative Care oder Entscheidungen am Lebensende. Nur knappe 6 Prozent verfügen auch über Instrumente zur Erfassung der Entscheidungsfähigkeit. In der Praxis heisst das: Ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung, die im Heim leben, werden kaum in den Prozess mit einbezogen bei Entscheidungen über die Behandlung in der letzten Zeit ihres Lebens. Sie werden fremdbestimmt. Wo es aber Leitlinien zu Palliative Care gibt, stellt die Untersuchung weiter fest, können Personen mit einer Behinderung mehr selbst- und mitbestimmen. Die Autoren der Studie schlagen darum vor:

- Leitlinien zu erarbeiten oder bestehende Leitlinien zu übernehmen.
- Weiterbildungen durchzuführen.
- Instrumente zur Erfassung der Entscheidungsfähigkeit zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.
- Patientenverfügungen/Willenserklärungen gemeinsam mit der Person und der gesetzlichen Vertretung frühzeitig zu erstellen.
- Immer wieder Möglichkeiten zur Mitbestimmung zu eröffnen.

Für Studienleiterin Monika Wicki ist wichtig, dass man ein vielfältiges Angebot an Palliative-Care-Heimen hat, damit auch Menschen mit einer geistigen Behinderung die Auswahl haben: «Es gilt aber zu beachten, dass diese in die Gemeinschaft integriert und von den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern respektiert werden.» Ein Anliegen ist ihr auch, dass nicht nur einzelne Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, sondern alle in die Palliative Care eingebunden werden: «Palliative Care ist ein umfassendes Konzept, das nicht nur auf die Betreuung der kranken Person ausgerichtet ist, sondern auch auf deren Umfeld, auf die Betreuenden, die Angehörigen und die anderen Bewohnerinnen und Bewohner. Darum soll das gesamte Personal eines Wohnheims geschult werden, auch das Küchenpersonal, die Therapeuten und Personen aus der Administration.» (ut) ●

Eine Erfahrung, die fast jeder und jede macht: Die Eltern sterben

Am Ende

Unser Autor hat in diesem Jahr seinen Vater verloren. Er war alt, mit dem Tod war zu rechnen. Trotzdem hat das Ende im Sohn Gefühle ausgelöst, die ihn im Innersten trafen. Das soll man zulassen – in der Hoffnung, in der Zeit des Abschieds verständnisvolle Menschen um sich zu haben.

Von Urs Meier*

Dieser Text hat einen persönlichen Anlass. Er steht in der Ich-Form; es ginge gar nicht anders. Vor einem Monat ist mein Vater gestorben. Selbstverständlich ist dies ausserhalb der Kreise der Angehörigen, Freunde und Bekannten dieses einen Menschen nicht von Bedeutung. Es ist objektiv nichts Besonderes. Vermutlich hat die Mehrheit der Leute ab etwa fünfzig die Erfahrung des Sterbens eines Nahestehenden hinter sich. Ein Allerweltsthema also: Alle haben damit irgendwann zu tun. Gerade deshalb kann kaum etwas uns so sehr betreffen wie Sterben und Tod.

Gesprochen wird darüber durchaus, aber meist unpersönlich und in beschwichtigender Absicht. Das muss wohl im Alltag so sein und ist nicht zu beanstanden. Ich glaube aber, dass es zu ungewohnten Einblicken führen kann, wenn das Reden von Sterben und Tod nicht unpersönlich ist und nicht zu beschwichtigen versucht.

Trotz allem: Die letzten Tage waren schlimm

Was ich erlebt habe, ist, wie eben festgestellt, nichts Besonderes. Dieser Todesfall dürfte dem nahe kommen, was gemeinhin als humanes, gnädiges Ende gesehen wird. Mein Vater hatte ein gutes Leben, erreichte ein hohes Alter, war lange bei bester und dann noch eine Weile bei passabler Gesundheit. Ein – wie soll man sagen – normaler, akzeptabler Tod also. Zudem starb er gut betreut. Hausarzt und Pflegepersonal der Seniorenresidenz liessen es an nichts fehlen.
Trotzdem waren die letzten Tage schlimm. Selbst die moderne Palliativmedizin bringt nicht alle Schmerzen sogleich zum Verschwinden. Zudem liessen vermutlich der unerbittlich antreibende Herzschrittmacher und die kräftige Konstitution den ehemaligen Sportler nur schwer sterben. Der einst so beherrschte Mann stöhnte und schrie. Die Sprache hatte ihm ein Hirnschlag genommen, seine in den letzten Monaten verstärkt aufgetretene Demenz machte ihn hilflos.

Mit einem Mal vertauschen sich die Rollen

In seinem letzten Lebensjahr hatte er den Überblick über seine Angelegenheiten völlig verloren und mich um Hilfe gebeten. Bereits diese erst schleichende, dann rasch zunehmende Schwäche hatte sein Bild verändert. Die Rollen in unserer Be-

*** Urs Meier,** 66, studierte Theologie, Germanistik, Philosophie und Kunstgeschichte. Nach acht Jahren im Pfarramt war er während drei Jahrzehnten Medienexperte der Kirchen und Geschäftsführer der Reformierten Medien. An der Universität Zürich versah er einen Lehrauftrag für Medienethik. Publizistisch war er u. a. bei der Kulturzeitschrift «Reformatio», beim Fachorgan «Medienheft» sowie als Buchautor tätig. Der hier veröffentlichte Text erschien erstmals in der Online-Zeitung «Journal 21» (www.journal21.ch).

Offenes Grab auf dem Friedhof: Ein Moment des Einverständnisses mit Vaters Ende, aber auch mit dem kommenden eigenen.

Foto: Keystone

ziehung, die sich im Lauf seines und meines Lebens langsam verschoben hatten, bewegten sich zuletzt mit zunehmendem Tempo auf die Anfänge zu, allerdings völlig vertauscht: Hatte er mich einst als schreienden Säugling beruhigt, so hielt ich jetzt am Sterbebett seine Hand. Er war zurückgeworfen auf die nackte Existenz, lebte nur noch in den Dimensionen von Schmerzen, Angst, Zuwendung und Zärtlichkeit.

Dann lag mein Vater auf dem Spitalbett wie die Statue eines Königs auf dem Sarkophag. Gesichtszüge und Kopfform sahen aus, als habe ein Bildhauer das Charakteristische hervorgehoben. Der Tote verströmte eine tiefe Stille, die Zeit hielt den Atem an. Man hatte ihm ein gestärktes weisses Sterbehemd angezogen. Die Hände, die auf der Brust übereinander gelegt waren, hielten das Sträusschen Osterglocken, das wir tags zuvor gebracht hatten. Mein Vater mit Blumen! Schraubenschlüssel oder Schieblehre hätten eher in seine Hände gehört. Doch nun hatten Traditionen, Bräuche und vorgeprägte Verhaltensweisen die Regie übernommen. Blumen in der Hand meines Vaters erschienen seltsam; in der Hand des Toten jedoch waren sie ein Zeichen, dass ihm jemand ein letztes Mal etwas Schönes hatte tun wollen.

Wie eine Hand auf der Schulter

In den folgenden Tagen haben mir Dutzende von Personen kondoliert. Ich tat mich früher immer schwer mit Formeln wie >>

«Herzliches Beileid». Ich empfand sie als floskelhaft, an der Grenze zur Peinlichkeit. Jetzt bin ich erstaunt, dass sie mir keineswegs unecht vorkamen. Die traditionellen Kondolenzworte waren wie eine Hand auf der Schulter.

Mitbewohner und Bekannte besuchten meine Mutter, sagten die in dieser Situation üblichen Sätze und waren ein Weilchen bei ihr. Andere telefonierten. Der Hausarzt schickte einen grossen Rosenstrauss. Aus Worten und Gesten entstand eine Wolke von Zeichen, welche die Härte der Tatsache, dass ihr Mann gestorben war, vorübergehend ein wenig milderte.

Der Vater hatte mir schon vor Jahren ein Dokument «Für den Fall des Ablebens» gegeben mit einer Liste der zu Informierenden, diversen Instruktionen und genauen Angaben für seinen Lebenslauf. Diesen brachte ich in die Form, in der er im Trauergottesdienst verlesen werden sollte. Es war sein Wille, kremiert zu werden. Dass eine kirchliche Abdankung stattfinde, war selbstverständlich – auch für ihn als mässigen Kirchgänger. Seinem Hinweis entsprechend empfahlen wir in Todesanzeige und Trauerzirkular Spenden an die Heilsarmee, für deren soziale Tätigkeit er grossen Respekt hatte. Aus solchen Vorgaben und Absprachen in der Familie erwuchsen Form und einzelne Inhalte der Trauerfeier, die nun zu gestalten und zu organisieren war.

Dann lag mein Vater auf dem Spitalbett wie die Statue eines Königs auf dem Sarkophag.

Professionalität und humane Kompetenz

Es gab viel zu tun in diesen Tagen mit Besprechungen, Behördengängen, Anordnungen, Korrespondenz. Selten habe ich die Wohltaten eines funktionsfähigen Gemeinwesens so intensiv und dankbar erlebt wie bei diesen Kontakten. Reihum stiess ich auf Professionalität und humane Kompetenz. Der Arzt, die Leitung und das Pflegepersonal der Seniorenresidenz, die Sachbearbeiterin in der Friedhofsverwaltung, die Mitarbeiterin bei Verlag und Druckerei, die Kundenberaterin der Bank, der Pfarrer, die Leiterin des Restaurants und etliche mehr: Sie waren mitfühlend und sachlich, bewegten sich auf der Höhe ihrer Rollen und Aufgaben und erzeugten gemeinsam so etwas wie Sicherheit. Ich war überrascht, sie zu benötigen. Aber es war ja etwas Ungeheuerliches geschehen. Eisiges Nichts strömte durch das Loch in mein Leben herein, das Vaters Tod geschlagen hatte.

Der Vater hatte mir schon vor Jahren ein Dokument «Für den Fall des Ablebens» gegeben.

Eine junge Friedhofsgärtnerin trug die Urne mit der Asche meines Vaters. Neben ihr ging an der Spitze des kleinen Zuges der Pfarrer im schwarzen Talar zum Reihengrab. Das provisorische Holzkreuz mit der Inschrift «Peter Meier, 1921–2013» war bereits angebracht, das Loch ausgehoben. Die Gärtnerin kniete sich hin und senkte mit einem Netz die Urne ins Grab.

Der Pfarrer las aus Psalm 103: «Des Menschen Tage sind wie Gras, er blüht wie eine Blume des Feldes: Wenn der Wind darüber fährt, ist er dahin, und seine Stätte weiss nicht mehr von ihm.» Die Poesie der Vergänglichkeit traf mich in den Eingeweiden, und das Gefühl der Endlichkeit des Lebens überflutete warm von der Mitte her den ganzen Körper. Es war ein Moment des Einverständnisses mit Vaters Ende, aber auch mit dem kommenden eigenen. Gleichzeitig empfand ich die am Grab Versammelten als eindringlich und tröstlich anwesend.

«Gib ihm die ewige Ruhe», betete der Pfarrer. Es war das einzige, was man dem toten Vater wünschen konnte, und ich habe nie aus vollerem Herzen mitgebetet. In den Worten «Erde zu Erde, Staub zu Staub, Asche zu Asche» hatte die Vergänglichkeit des Lebens einen versöhnten Klang, in welchem ich hörte, der Tote sei freundlich im Grab aufgenommen und der Friedhof wirklich ein umfriedeter Ort des Friedens. In dem Augenblick störte mich nicht einmal das ständige Rauschen der nahen Autobahn.

Neben dem Grab stand ein Kästchen mit Erde und Handschaufel. Der Reihe nach warfen alle Versammelten bis hin zur siebenjährigen Urenkelin ein Schäufelchen Erde auf die Urne. Der Abschied war endgültig.

Die Abschiedszeremonie hätte ihn gefreut und gerührt

Die ganze Zeit über stand ein junger Mann mit der prachtvollen Fahne des lokalen Turnvereins neben dem Grab. Zum Schluss vollführte er den Fahnengruss: dreimal Fahne senken, dreimal schwenken und diese Sequenz dreimal wiederholen. Beim horizontalen Schwung liess der Stoff ein diskretes Knattern hören, das sich knapp über den Geräuschpegel der Autobahn erhob. Vater war viele Jahrzehnte in diesem Verein gewesen. Die steife Abschiedszeremonie hätte ihn gefreut und gerührt.

Der Fahnenträger begleitete anschliessend den kleinen Trauerzug zur nahen Kirche, wo er während des ganzen Gottesdienstes wie eine Ehrenwache neben dem Taufstein stand. Die Kirche war bei unserer Ankunft bereits erstaunlich voll, und die beiden Lieder, die der Pfarrer im vorgängigen Gespräch vorgeschlagen hatte, klangen dann viel besser als ich befürchtet hatte. Eine so stattliche Trauergemeinde ist nicht der Normalfall. Sie spiegelte die soziale Verwurzelung meiner Eltern in einem überschaubaren, dörflich geprägten Stadtteil.

Beim Anblick der stattlichen Besucherschar erinnerte ich mich, was eine befreundete Pfarrerin erzählte hatte. Bei ihr gebe es gelegentlich Abdankungen, zu denen gar niemand komme. Sie führe dann die Trauerfeier mit einem Friedhofsangestellten durch; das seien schöne, würdige Abdankungen. Dort ein einziger Teilnehmer, hier über hundert. Der Sinn ist der Gleiche: Es gibt eine öffentlich zugängliche Teilnahme. Verstorbene Menschen werden nicht entsorgt, sondern in einem Ritual von sozialer und existenzieller Bedeutung bestattet.

Einfühlung ohne Anbiederung

Ich hatte als Leitwort für die Todesanzeige einen Satz von Kant gewählt, in dem Lebenshaltung und Ethos meines Vaters sich spiegeln: «Zwei Dinge erfüllen das Gemüt mit immer neuer und zunehmender Bewunderung und Ehrfurcht, je öfter und anhaltender sich das Nachdenken damit beschäftigt: Der bestirnte Himmel über mir und das moralische Gesetz in mir.» Der Pfarrer hatte sich anerboten, über diesen Text zu predigen, und er entledigte sich der für ihn eher unvertrauten Auf-

gabe gewissenhaft und nicht ohne Schmunzeln. Er sprach zu uns persönlich, mit Einfühlung, aber ohne Anbiederung. Ich hörte ihm gerne zu. Seine manchmal holprige Diktion verriet eine leichte Anspannung, gegen die ich nichts einzuwenden hatte. (Ein flotter salbungsvoller Redner hätte mich auf die Palme gebracht.) Das Beste war der Schlusssatz der Predigt. Er kam mit drei Wörtern aus und geht mir immer noch nach: «Es ist gut.»

Zwischen traurigem Anlass und Freude am Wiedersehen

Beim anschliessenden Trauermahl versammelten sich zwei Dutzend Angehörige. Gerade weil die psychohygienische Funktion dieser Einrichtung oft ihrer eigenen Karikatur nahe kommt – die Gäste verlassen in aufgekratzter Stimmung und leicht angeheitert das Säli, das sie mit Trauermienen betreten haben –, hatte ich die Organisation dieses Treffens nicht ohne leise Bedenken an die Hand genommen. Das Zerrbild blieb jedoch aus, die Balance zwischen traurigem Anlass und Freude am Wiedersehen (vielfach erstmals nach Jahrzehnten) stellte sich ganz von selbst ein.

Für meine Mutter waren die Tage nach der Bestattung schwer. Fast sieben Jahrzehnte hatte sie mit ihrem Mann zusammengelebt. Da sie Geschehnisse aus jüngerer Zeit nicht mehr im Gedächtnis halten kann, fehlt ihr die Erinnerung an die Abdankung als Agens der Verarbeitung. Ihre Pflegerinnen und Angehörigen versuchen, die Lücke wettzumachen mit intensiver Zuwendung.

Jede Begegnung mit dem Tod führt an die Grenze der Existenz, also in Reviere des Lebens, die man im Alltag tunlich meidet. Die Gesellschaft kennt Verhaltens- und Kommunikationsmuster in Sprache, Religion, Brauchtum und Konvention, welche die Annäherung an diese Grenzerfahrung begleiten und strukturieren. Professionelle Akteure, Institutionen und Dienstleistungen kommen in vielfältiger Art zum Zug. Die eigene Erfahrung hat mir gezeigt, wie die komplexe und vielschichtige «Kultur des Sterbens» dem individuellen Erleben und Verarbeiten Form und Halt gibt.

In der Kirche klangen die beiden Lieder dann viel besser, als ich befürchtet hatte.

Die humanen Leistungen der Gesellschaft, die ich rund um den Tod meines Vaters erlebt und hier fragmentarisch beschrieben habe, sind ein hohes Gut, zu dem alle beitragen. Ob es, wie in meinem Fall, die christlich-bürgerliche Form in der Schweizer Wohlstandsgesellschaft oder die Sterbekultur eines anderen ethnisch-sozialen Umfelds ist: Die Wirkung für die Betroffenen dürfte ähnlich sein. Ich bin mir sicher, dass sich am Zustand dieses Guts ablesen lässt, wie es generell um die menschliche Qualität eines Gemeinwesens bestellt ist. ●

Anzeige

Zentrum Schönberg
Demenz und Palliative Care

Mit dem Zentrum Schönberg öffnet am 1. April 2014 ein überregional führendes Kompetenzzentrum für Demenz und Palliative Care seine Türen. Es vereint die Erforschung und Entwicklung therapeutischer und pflegerischer Behandlungsansätze sowie Bildungsangebote nahtlos mit ambulanter bis stationärer Pflege und Betreuung unter einem Dach. Trägerinnen des Zentrums Schönberg sind die tilia Stiftung für Langzeitpflege und die SPITEX BERN.

Aktuelle Informationen über den Entwicklungsfortschritt des Zentrums Schönberg finden Sie auf der Website: www.zentrumschoenberg.ch

Das Zentrum Schönberg liegt im Herzen der Stadt Bern im neuen Quartier Schönberg Ost und ist mit dem öffentlichen Verkehr gut erreichbar.

Für den einmaligen Aufbau und die langfristige Etablierung der neuen Angebote im Bereich stationäre und teilstationäre Pflege und Betreuung suchen wir

Pflegefachpersonen HF, FH und DNI, FA SRK sowie Fachpersonen Gesundheit für den Tag- und Nachtdienst

Beschäftigungsgrade 60 – 100 %
Arbeitsbeginn: 1. April 2014 oder nach Vereinbarung

Ihr Beitrag: Die neuen Angebotsbereiche des Zentrums Schönberg für Demenz und Palliative Care reichen von ambulanter bis stationärer Pflege und Betreuung. Sie helfen mit, diese neuen Angebote aufzubauen und zu etablieren. Damit haben Sie Anteil an einer ausserordentlich spannenden und richtungsweisenden Entwicklungsarbeit in einem innovativen Pflege- und Betreuungsumfeld.
Unser Angebot: Sie können sich, Ihr Wissen und Ihre Erfahrung in ein neuartiges Umfeld einbringen und Anteil haben am Aufbau und an der Etablierung eines innovativen Kompetenzzentrums. Im hauseigenen Wissenszentrum werden Weiterbildungsangbote bereitgestellt, die auch für Ihre individuelle Förderung zur Verfügung stehen. Darüber hinaus bieten wir zeitgemässe Anstellungsbedingungen und fortschrittliche Sozialleistungen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Gerne erwartet Luca Lo Faso, Geschäftsführer der Zentrum Schönberg AG, Ihre Bewerbung und steht für Rückfragen unter 031 388 66 11 zur Verfügung.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
Ressort Personal | tilia Stiftung für Langzeitpflege | Tulpenweg 120 | 3098 Köniz oder hr@tilia-stiftung.ch

PROFESSIONELLES VERSICHERUNGSMANAGEMENT

Institutionen

- **Analysieren des bestehenden Versicherungs-Portefeuilles**
- **Entwickeln einer Versicherungs- und Risikopolitik**
- **Erstellen von Offert-Ausschreibungen**
- **Führen von Vertragsverhandlungen**
- **Betreuen des Tagesgeschäftes**
- **Unterstützen im Schadenfall**

Mitarbeitende

- **Ausarbeitung verschiedener Rahmenverträge mit optimalem Verbandsrabatt**
- **Erstellen von Offerten**
- **Unterstützung im Schadenfall (Ombudsstelle, ganzheitlich/umfassend)**

CURAVIVA.CH

VERSICHERUNGSDIENST

Verband Heime und Institutionen Schweiz
Zieglerstrasse, Postfach 1003
CH-3000 Bern 14
Telefon 031 385 33 67, Telefax 031 385 33 34
o.reding@curaviva.ch, www.curaviva.ch

Unsere Partner

neutrass
Versicherungs-Partner AG

NEUTRASS
Versicherungs-Partner AG
6343 Rotkreuz
Tel. 041 799 80 55
info@neutrass.ch

GWP
Insurance Brokers

GWP Insurance Brokers
Herr Heinz Keller
3073 Gümligen
Tel. 058 311 02 08
heinz.keller@gwp.ch

Sterben und Abschied brauchen Rituale – die meisten sind uns abhanden gekommen

Nur noch ein entfernter Bekannter

Unsere Gesellschaft hat den Tod aus dem Alltag verbannt. Nur noch Spezialisten beschäftigen sich mit ihm. Umso hilfloser und verlegener begegnen ihm alle anderen.

Von Urs Tremp

Es war der Schriftsteller Thomas Hürlimann, der einmal darauf hingewiesen hat, dass unmittelbar nachdem Ende der Sechzigerjahre der letzte Trauerzug durch Zürich gezogen war, in einer öffentlichen Toilette der Stadt der erste Drogentote aufgefunden wurde. Was Hürlimann damit sagen wollte: Macht man dem Tod vorne die Türe zu, schleicht er sich sicherlich durch einen Hintereingang wieder ins Leben.

Es ist eine Binsenwahrheit: Der Tod ist das einzig Sichere in unserem Leben. Die Begegnung mit ihm macht uns – als Einzelne und als Gesellschaft –, inzwischen aber beklommen. Wir sind uns den Umgang mit ihm nicht mehr gewohnt. Konventionen und Rituale, die früher selbstverständlich waren, haben in einer weitgehend säkularisierten und individualisierten Welt ausgedient. Tod und Trauer sind zu Betriebsunfällen geworden, deren Spuren und Folgen möglichst rasch weggeräumt werden sollen. Wer früher passiv trauern und sich von einem breiten Kreis von Angehörigen, Freunden und Mitbürgern trösten lassen durfte, ist heute zur aktiven Trauerarbeit angehalten – auf dass er möglichst bald wieder funktionsfähig sei.

«Die neue Zeit hat aufgeräumt mit Dingen, die noch vor wenigen Jahrzehnten als geheiligte Güter mitten in jener Zeitspanne standen, da ein Mensch sich vom Diesseits verabschiedete», schrieb der Luzerner Volkskundler Josef Zihlmann schon vor 30 Jahren. «Was geblieben ist, sind einige Tränen, wenig Trost und grosse Verlassenheit.»

Sogar christliche Priester vermeiden es, den Tod als Durchgangstor darzustellen.

Konventionen und Bräuche sind verschwunden

Tatsächlich hat sich in unserer Gesellschaft das Verhältnis zum Tod in den letzten fünfzig Jahren grundsätzlich verändert – wie sich unsere Lebensumgebung und unsere Lebensgestaltung grundsätzlich verändert haben: Die Autorität der Kirche, die zuvor die Deutungs- und Zeremonialhoheit über das Sterben und den Tod hatte, ist zerbröckelt. Gesellschaftliche Konventionen und Bräuche im Zusammenhang mit Sterben und Tod sind verschwunden. Und schliesslich hat die moderne Medizin Unsterblichkeitsfantasien ebenso beflügelt wie sie mit Hilfe von Hightech das Sterben zur oft Monate und Jahre dauernden Grauzone gemacht hat.

Zur Verlassenheit, wie sie der Volkskundler Zihlmann vor Jahren schon konstatierte, ist die Verlegenheit gekommen. Wussten die Menschen früher noch, wie, wann und wo man trauert, sind die Abschiedsrituale in einer vielgestaltigen Gesellschaft in entsprechend multikulturell kompatiblen Abdankungshallen heute nicht selten ein trostloses Geschehen. Sogar christliche Priester vermeiden es, den Tod als Durchgangstor zu einer anderen, neuen und besseren Welt darzustellen – als hätten sie Angst, in diesem Moment all jene zu verprellen, die nicht an eine Verheissung auf ein neues Leben glauben.

Die Individualisierung unserer Gesellschaft und eine weltanschauliche Toleranz haben die Menschen zwar von Zwängen und oft sinnentleerten Konventionen befreit. Aber sie haben auch eine Leere geschaffen. Obgleich das Sterben und der Tod – ausser im Fernsehen und auf der Kinoleinwand – kaum mehr zum Alltag gehören: Jeder Mensch wird unweigerlich, ob er will

>>

oder nicht, im Leben damit konfrontiert. Was dann? Zumeist: grosses Schweigen.

Statt zu schweigen, müssen wir über den Tod reden

Der Schweizer Palliativmediziner Gian Domenico Borasio sieht gerade in diesem Schweigen den Grund für die Trostlosigkeit, die uns umgibt, wenn Sterben und Tod ins Leben einfallen. «Wir müssen wegkommen vom Schweigen und uns hinwenden zum Reden über den Tod», sagt er.

Das ist freilich schwierig geworden. Die meisten Menschen verlieren just in der Trauer den Rückhalt, auf den sie sonst im gewohnten sozialen Leben vertrauen dürfen: Die Arbeitskollegen fühlen sich nicht zuständig, auch nicht die Nachbarinnen und Nachbarn, nicht die Kameraden vom Fussballverein, auch nicht die Mitsängerinnen im Gemischten Chor. Das Sterben hat den Status einer innerfamiliären Begebenheit angenommen. Die Anteilnahme der weiteren Umgebung beschränkt sich auf eine vorgedruckte Beileidskarte, im besten Fall auf die Teilnahme an einer Abdankungsfeier. Wenn überhaupt! In der Stadt Zürich finden schon heute mehr als die Hälfte aller Bestattungen mit gar keinen oder weniger als einem halben Dutzend Trauergästen statt.

So traurig es tönt. Das hat auch damit zu tun, dass die Lücke, die jemand bei seinem Ableben hinterlässt, entgegen allen gutgemeinten Abschiedsworten, in fast allen Fällen ganz schnell wieder geschlossen ist. Das war früher anders. Der Tod eines Mitglieds konnte ein ganzes gesellschaftliches Gefüge in Schieflage bringen. Entsprechend war Sterben ein öffentliches Ereignis, weil es die Gemeinschaft betraf. Der Tod wurde von sogenannten Notnachbarn und Anwisserinnen ausgerufen. Der Trauerzug vom Wohnhaus zum Friedhof war streng organisiert, und die Stellung in der Gesellschaft wies jedem Teilnehmer den Platz hinter dem Sarg zu (die Frauen bildeten in der patriarchalisch geprägten Welt erst die zweite Hälfte des Zugs). Heute gibt es auch in jenen Dörfern keine Trauerzüge mehr, wo sie kein Verkehrshindernis wären wie in der Stadt. Die Todesanzeige in der Zeitung ist – wenn überhaupt – als einzige öffentliche Bekundung des Ablebens übriggeblieben.

Die Lücke, die jemand hinterlässt, ist heute meist ganz schnell wieder geschlossen.

Angst, falsch und zu lange zu trauern

Ist, dass wir den Tod als Betriebspanne behandeln, ein Zeichen dafür, dass wir gelassener umgehen mit ihm? Im Gegenteil, meint Reiner Sörries, der eine Kulturgeschichte der Trauer geschrieben hat: «Mag der Tod eines Menschen kein Verlust für die Gesellschaft mehr sein, für den Einzelnen ist er eine Katastrophe.» («Herzliches Beileid», Primus Verlag, 2012.) Zwar redet kaum jemand darüber, aber immerhin scheint ein Bedürfnis zu bestehen, sich vorzubereiten auf diese unausweichliche Katastrophe. Trauerratgeber in den Buchhandlungen sind Bestseller, Trauerseminare boomen. Und im Internet bieten unzählige Trauerbegleiter und Trauerbegleiterinnen ihre Dienste an – seriöse ebenso wie Scharlatane. Gross scheint weit herum die Angst zu sein, falsch und zu lange zu trauern.

Zwar legt Sörries in seinem Buch dar, wie Trauer immer ein kulturell erlernter und damit von Zeitströmungen beeinflusster und sich wandelnder Prozess ist. Aber er bestreitet nicht, dass Trauer Rituale braucht. Haben alte ausgedient, müsse nach neuen gesucht werden. Rituale können indes nicht verordnet werden, sie entwickeln sich. «Es gibt eine Sehnsucht nach Trauer», sagt Sörries. Weil die Trauer im eigenen Leben aber als (zu) bedrohlich empfunden werde, habe sich in den letzten Jahren die Trauer als Massenveranstaltung etabliert. Der Tod von Prinzessin Diana stand am Anfang dieses Trends: Man betrauert öffentlich und emotional den Tod eines Menschen, den man gar nicht gekannt hat.

«Trauer ist heute Teil der Unterhaltungsindustrie», konstatiert der Publizist Henryk M. Broder. Immerhin sieht er in dieser Trivialisierung der Trauerarbeit auch «ein Verlangen nach emotionaler Erschütterung». Will heissen: Tief drin im Menschen ist das Wissen um die Vergänglichkeit allen Seins immer da. Man mag zwar nicht dauernd daran denken, aber man weiss, dass das Sterben bei einem selbst und bei seinen Liebsten nicht halt macht. Die Auflehnung gegen das Unvermeidliche ist letztlich sinnlos.

Eventtrauer hat die soziale Trauer abgelöst

Ob allerdings die «normal gewordene Eventtrauer» (so der Publizist Michael Jürgs) eine zeitgemässe sinnvolle Form der früheren sozialen Trauer um Persönlichkeiten aus dem eigenen Lebensgefüge ist, darf infrage gestellt werden. «Früher hatte die Trauer ihre eigene Würde. Seit Lady Dis Tod ist sie verramscht und insbesondere von den Zynikern des Privatfernsehens vereinnahmt worden. Heute umarmen sich weinend Menschen vor einem bei RTL oder Sat 1 versendeten Tatort, stellen Kerzen auf, legen Blumen hin und eilen dann sofort nach Hause, um sich bei der nächsten Übertragung von eben jenen Sendern auf dem Bildschirm weinen zu sehen. Dann warten sie auf eine SMS auf ihrem Handy mit der erfreulichen Botschaft: Habe dich gerade im Fernsehen weinen sehen. Auf YouTube in alle Ewigkeit anklickbar bleibt die Trauer nie mehr still.»

In der Welt der Medien hat sich die Trauer als Massenveranstaltung etabliert.

Ist Trauer in unserer von den Medien geprägten Welt tatsächlich nur noch als Massenveranstaltung gesellschaftsfähig? Fast scheint, als würde man den Tod hämisch lachen hören. Man mag Trauerzüge, Trauerkleidung oder Trauerjahr abgeschafft und die Trauer zum Fernsehspektakel gemacht haben. Den Tod vernichtet hat man damit nicht. Es gelingt ihm bis heute und wohl noch lange, sich zu jeder Zeit und überall Zugang zu verschaffen. Doch es scheint, dass er uns nur noch ein entfernter Bekannter ist, der umso hilfloser und verlegener macht, wenn er auftaucht. ●

Beerdigung in Saignelégier 1938: Der Trauerzug vom Wohnhaus zum Friedhof war streng organisiert, und die Stellung in der Gesellschaft wies jedem Teilnehmer den Platz hinter dem Sarg zu.

Foto: © Theo Frey/Fotostiftung Schweiz

Wir sind Ihr Ansprechpartner für alle Hygienefragen:

– Händehygiene
– Hygienekurse (www.hygienepass.ch)
– Audits
– Steri-Re-Validierung

ALMEDICA
MEDICAL DIAGNOSTICS & HYGIENE

Almedica AG
Guglera 1
1735 Giffers
Tel. 026 672 90 90
office@almedica.ch
www.almedica.ch

Aktuelle Produkte und Aktionen in unserem Web-Shop auf www.almedica.ch

PERMED **JOBS**

Temporär- und Dauerstellen im Gesundheits- und Sozialwesen

Ist Pflege Ihre Leidenschaft? Dann sollten wir uns persönlich kennenlernen. Seit 25 Jahren vermitteln wir interessante Stellen im Schweizer Gesundheitswesen. Alle aktuellen Angebote finden Sie auf www.permedjobs.ch. Für detaillierte Informationen senden Sie uns bitte eine E-Mail an hr@permed.ch. Wir freuen uns auf Sie!

Permed AG. Unsere familiäre Unternehmenskultur zeichnet uns aus. Schweizweit.

www.permedjobs.ch swissstaffing®

permed

Ein Unternehmen der TERTIANUM-Gruppe

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

Bildung, die **weiter** geht

- **Behandlungspflege**
  13. Januar bis 4. Juni 2014 (10 Tage), Luzern
- **Nachdiplomkurs Gerontologie**
  28. Januar 2014 bis 20. Januar 2015 (24 Tage), Zürich und Luzern
- **Fachvertiefung Palliative Care**
  6. Februar bis 20. August 2014 (10 Tage), Luzern
- **Alkohol ist keine Antwort**
  Suchtentstehung und richtiger Umgang mit suchkranken alten Menschen
  10. Februar 2014 Luzern
- **Integrative Validation** (Grundkurs)
  17./18. Februar 2014, Luzern

Weitere Informationen finden Sie unter
www.weiterbildung.curaviva.ch

CURAVIVA Weiterbildung Abendweg 1 6006 Luzern
Telefon 041 419 01 72 weiterbildung@curaviva.ch

Einfach komfortabel ..

Der Clematis erfüllt alle Anforderungen an einen Pflegerollstuhl und noch mehr...
Nur beim Preis ist er knauserig!

Beachten Sie auch unsere Aktionen unter **www.gloorrehab.ch**

Neu ist der Clematis mit Arbeitstisch, Seitenpelotten und winkelverstellbaren Fussplatten ausgerüstet.
Natürlich zum gleichen Preis!

Verlangen Sie ein Exemplar **kostenlos und unverbindlich** zur Probe!

Gloor Rehabilitation & Co AG
Mattenweg 5 CH - 4458 Eptingen
Tel. 062 299 00 50 Fax 062 299 00 53
www.gloorrehab.ch mail@gloorrehab.ch

Im Leben soll man Beziehungen pflegen, sie zählen am Ende mehr als das Materielle

Beim Sterben ist es für Reue zu spät

Jahrelang pflegte die Australierin Bronnie Ware sterbende Menschen. Sie stellte fest: Am Ende des Lebens bereuten alle mehr oder weniger dieselben fünf Dinge. Diese trug sie in einem Buch zusammen – damit die Menschen ihr Leben ändern.

Die alte Grace war schwer krank, als ihre Verwandten die Australierin Bronnie Ware anstellten, um sie in den letzten Monaten zu pflegen. Die sterbende Frau veränderte Wares Leben: Eines Tages gestand ihr die alte Grace, dass sie jahrzehntelang nicht das eigene Leben geführt hatte, sondern eines, das andere von ihr erwarteten, ihr despotischer Ehemann beispielsweise. Die Pflegerin versprach, es anders zu machen, mutig genug zu sein und so zu leben, wie sie es sich wünsche – egal, was andere dazu sagen. Bronnie Ware erfüllte ihr Versprechen: Den ungeliebten Bank-Job hatte sie ohnehin längst aufgegeben. Aber nun tat sie, wovon sie schon längst geträumt hatte: Sie machte Musik und taufte schon bald ihre erste Musik-CD.

Jahre später fasste Bronnie Ware in einem Buch zusammen, was sie an den Sterbebetten all jener erfahren hatte, die sie am Ende begleitet hatte. Beim Schreiben stellte sie fest: Es sind dieselben fünf Dinge, welche die Sterbenden rückblickend gerne anders gemacht hätten. Das Buch heisst denn auch «5 Dinge, die Sterbende am meisten bereuen. Einsichten, die Ihr Leben verändern werden» (Arkana Verlag). In den «Top Fünf», die Ware zusammengestellt hat, wird nicht ein einziges Mal der Wunsch nach mehr Materiellem laut: Reuig waren sich die Sterbenden einzig über verpasste Beziehungen und vergeudete Zeit.

Reuig waren sich die Sterbenden über verpasste Beziehungen und vergeudete Zeit.

1. «Ich wünschte, ich hätte den Mut gehabt, mein eigenes Leben zu leben»

Das war laut Bronnie Ware der allerhäufigste Wunsch, den sterbende Menschen auf dem Totenbett äusserten, so auch ihre erste Patientin, die alte Grace. «Viele Menschen haben nicht die Hälfte ihrer Träume gelebt und mussten im Wissen sterben, dass dies aufgrund von Entscheidungen geschah, die sie getroffen oder eben nicht getroffen hatten», schreibt Ware. Sie ermutigt alle, sich rechtzeitig auf ihre Träume zu besinnen: «Sind Sie einmal krank, ist es dafür zu spät.»

2. «Ich wünschte, ich hätte nicht so hart gearbeitet»

Diesen Wunsch äusserten sämtliche männlichen Patienten, die Bronnie Ware begleitet hatte, aber auch die ausser Haus berufstätigen Frauen: Vor lauter Arbeit hatten sie die Jugendzeit ihrer Kinder verpasst und die Partnerschaft vernachlässigt. «Indem Sie Ihren Lebensstil vereinfachen und bewusste Entscheidungen treffen, benötigen Sie vielleicht weniger Einkommen, als Sie denken», schreibt Bronnie Ware. «Und indem Sie mehr Freiraum in Ihrem Leben schaffen, werden Sie glücklicher und offen für Neues.»

3. «Ich wünschte, ich hätte den Mut gehabt, meine Gefühle auszudrücken»

Manche Menschen, so vermutet Bronnie Ware, unterdrückten ihre Gefühle um des Friedens Willen. «Deshalb begnügten sie sich mit einer mittelmässigen Existenz und wurden nie zu der Person, die sie hätten werden können.» Sie ist überzeugt, dass viele Beziehungen verbessert werden könnten, wenn alle zu ihren Gefühlen stehen würden. «Entweder das – oder dann löst dies eine ungesunde Beziehung aus Ihrem Leben. So oder so können Sie nur gewinnen.»

4. «Ich wünschte, ich hätte den Kontakt mit meinen Freunden aufrechterhalten»

Viele Menschen gaben zu, erst in den Wochen vor ihrem Tod gemerkt zu haben, wie wichtig ihnen Freunde eigentlich sind. «Viele waren so in ihrem eigenen Leben gefangen, dass sie ‹goldene Freundschaften› im Lauf der Jahre wegschlüpfen liessen», schreibt Bronnie Ware. Dabei seien es letztlich weder Geld noch Status, die wirklich wichtig seien im Leben: «In den letzten Lebenswochen läuft alles auf Liebe und Beziehungen hinaus.»

5. «Ich wünschte, ich hätte mir erlaubt, glücklicher zu sein»

Auch diese Reue sei erstaunlich oft erwähnt worden, schreibt Bronnie Ware. «Viele realisierten bis zum Ende nicht, dass Glück eine Wahl ist.» Lachen und Leichtigkeit seien oft wichtiger als viele komfortable Gewohnheiten, und auf dem Sterbebett spiele es eh keine Rolle mehr, was andere von einem dächten. «Wie wunderbar ist es da, loszulassen und zu lächeln – lange bevor Sie sterben.»

Bronnie Ware, 46, versucht, ihr eigenes Leben so zu führen, dass sie später auf dem Sterbebett nichts bereuen muss. Sie arbeitet als Sängerin und Songwriterin, betreibt einen Blog namens «Inspiration and Chai» und liebt es, den Vögeln im Garten zuzuhören. «Leben ist eine Wahl», sagt sie. «Wählen Sie weise – wählen Sie das Glück.» (cw) ●

www.sikado.ch/Bonus
Sichern Sie sich das speziell für Sie erstellte Dokument: „Technische Alarmierungstools - Die Sicht eines unabhängigen Sicherheitsspezialisten“

Alarmierung aus der Cloud

Jede Sekunde zählt!

Beim Auffüllen des Heizöltanks bricht Feuer aus! Dicker Rauch verteilt sich in den Gängen. Dutzende oder gar hunderte Patienten liegen hilflos in Ihren Räumen. Der einzige Weg in die Sicherheit führt durch ein Labyrinth aus Korridoren und Durchgängen! Ist Ihre Institution ausreichend auf den Ernstfall vorbereitet? Ein multifunktionales Alarmierungssystem wie sikado™ portal von Dolphin Systems AG unterstützt die verantwortlichen Fachkräfte zuverlässig und effizient.

Das Evakuieren von Spitälern oder Pflegeinstitutionen in Notsituationen ist eine besondere Herausforderung – der Faktor Zeit spielt eine entscheidende Rolle!

Was ist zu tun? Mit sikado™ sind im Voraus verschiedene Evakuationsszenarien geplant und Meldungsvorlagen erstellt worden. Der Operator löst nun das passende Alarmschema aus – online über das Internet, per Telefon oder per SMS. Das System alarmiert, informiert und organisiert automatisch Entscheidungsträger, Belegschaft und zusätzliche Helfer. Die Übermittlung dieser Informationen erfolgt per SMS, Telefon, E-Mail, Pager und Fax. Den Fortschritt dieser Übermittlung verfolgt der Operator in Echtzeit am Bildschirm. In der von sikado™ geschalteten Telefonkonferenz tauschen die Verantwortlichen immer wieder neue Informationen aus und geben diese an die relevanten Stellen weiter. So sind sämtliche Beteiligten jederzeit auf dem neuesten Stand. Mittlerweile ist der Brand unter Kontrolle und der Rauch hat sich verzogen. Abschliessend erfolgt die Entwarnung. Das Logbuch hat alle Details aufgezeichnet.

Die Hauptargumente für sikado™ sind:

- Die Alarmierungslösung ist umfassend und benötigt keine zusätzliche eigene Infrastruktur
- Es existieren keine Investitions- und Wartungskosten
- Es steht die aktuellste Technologie zur Verfügung
- Die Alarmierung ist unabhängig vom eigenen Firmen-Netzwerk und der Telefonie
- Die Anwendungen lassen sich sehr einfach integrieren und jederzeit online selber verwalten

Eine Lösung - viele Funktionen

sikado™ kann aber noch mehr. Im Alters- und Pflegezentrum Waldruh in Willisau überwacht das System die zeitgesteuerten Türen, löst den internen Feueralarm aus und bietet bei Bedarf die Feuerwehr auf. Als Cloudlösung benötigt man keine teure, wartungsintensive Infrastruktur oder Software vor Ort. Dies sprach im Zentrum für die Portallösung und gegen den Ausbau des alten stationären Systems.

Schutz für geschützte Bereiche

Die Stiftung Bühl aus Wädenswil hat sich aufgrund einer vertieften Risikoanalyse entschieden, sikado™ als Alarmierungslösung für den Bedrohungs- oder Brandfall in Betrieb zu nehmen. Die Stiftung suchte ein einfaches System, das in einer Amoksituation die Alarmauslösung via Telefon und Handy ermöglicht. Wesentliche Elemente dabei waren das Aufbieten von Gruppen und die Möglichkeit von Konferenzgesprächen innerhalb dieser Gruppen. Je nach Alarm müssen zudem vordefinierte Sprachmeldungen ausgelöst werden können. sikado™ erfüllt diese Anforderungen auf ideale Weise. Dazu kommt, dass Dolphin Systems die gesamte Systembetreuung und Wartung übernimmt.

Fazit

Das webbasierte sikado™ portal ist eine leistungsfähige und professionelle Cloudlösung für das Alarm- und Informationsmanagement in Spitälern und Pflegeeinrichtungen: Von der Evakuierung und der Krisenkommunikation über die Bedrohungsalarmierung bis zur technischen Alarmierung. Zusätzlich erleichtert eine solche Lösung die Arbeit des Personals massiv. Die Mitarbeitenden können sich auf ihre Patienten konzentrieren und das Portal übernimmt jederzeit sicher und zuverlässig die Überwachungs- und Alarmierungsaufgaben.

Auf **www.sikado.ch** finden Sie weitere Informationen sowie zusätzliche Referenzprojekte aus nahezu allen Branchen und Geschäftsbereichen.

Dolphin Systems AG
Samstagernstrasse 45
8832 Wollerau
044 787 30 70
info@dolphin.ch
www.dolphin.ch

Akteneinsicht für Betroffene von Zwangsmassnahmen soll einfacher werden

Endlich wissen, was und wie es war

Opfer von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen sollen ohne hohe Hürden Einsicht in die eigenen Akten bekommen. Der Runde Tisch für die Opfer und die Konferenz der kantonalen Archivdirektoren erlassen entsprechende Empfehlungen.

Knabenerziehungsheim Oberbipp 1940: Anrecht auf Akteneinsicht.

Die Zeit drängt. Viele der Menschen, die seinerzeit von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen betroffen waren, sind inzwischen alt und wissen nicht, wie lange sie noch zu leben haben. Darum dürfe nicht auf den St.-Nimmerleinstag verschoben werden, bis die Betroffenen Einsicht bekommen in die Akten, die von ihrem Schicksal erzählen. Das ist die Ansicht des Runden Tisches für Opfer von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen. Er wurde vor einem halben Jahr eingerichtet, um das Unrecht im Zusammenhang mit den Zwangsmassnahmen aufzuarbeiten.

Der Runde Tisch hat im Oktober die Empfehlungen der Schweizerischen Archivdirektorenkonferenz grundsätzlich begrüsst, die den Betroffenen die Einsicht in ihre Akten erleichtern sowie die zuständigen Behörden für deren Anliegen sensibilisieren wollen. Den Betroffenen steht nun eine Liste* zur Verfügung, an welche Stellen sie sich in ihrem Kanton wenden können, um zu erfahren, warum sie seinerzeit in Heime eingewiesen, als Verdingkinder bei fremden Familien untergebracht oder zu Abtreibungen gezwungen wurden.

Für alle Teilnehmer am Runden Tisch ist klar: «Die Zeit drängt. Wir müssen vorwärtsmachen.»

«Es geht in die richtige Richtung»

«Wir empfehlen den Archiven, den Betroffenen grosszügig Zugang zu den Unterlagen zu gewähren, die ihr Schicksal betreffen», sagt Luzius Mader, stellvertretender Direktor des Bundesamtes für Justiz und Delegierter des Runden Tischs. Ein entsprechender Brief an die kantonalen Stellen sei unterwegs. Zwar könne der Runde Tisch nichts verfügen, sondern nur anraten. Mader hat aber festgestellt, dass in den Kantonen und Gemeinden, aber auch in den Institutionen und in den Heimen die Sensibilität und das Verständnis für die Anliegen der Betroffenen gestiegen seien. «Ganz eindeutig», sagt auch Beat Gnädinger, Chef des kantonalzürcherischen Staatsarchivs und Präsident der schweizerischen Archivdirektorenkonferenz. «Es geht in die richtige Richtung.» Will heissen: Die Hürden für die Betroffenen, ihre Akten einsehen zu können, seien nicht mehr gar so hoch. «Der Appell an die entsprechenden Stellen lässt sich relativ einfach formulieren: Betroffene haben Anrecht auf Akteneinsicht.»

Die Befürchtung, die Archive würden sich mit den Argumenten Datenschutz und Schutzfristen weigern, Akten herauszugeben, erweise sich als falsch. «Selbstverständlich müssen persönliche Interessen von Drittpersonen berücksichtigt werden», sagt Staatsarchivar Gnädinger. Aber das lasse sich durch Abdecken von Namen relativ leicht handhaben. «Datenschutz darf nicht vorgeschoben werden, um Akteneinsicht zu verweigern.»

Tatsächlich machen auch Betroffene «Verbesserungen» beim Zugang zu den Akten aus. Walter Zwahlen vom Verein «netzwerk-verdingt» sagt: «Erstens arbeiten heute jüngere und einsichtigere Leute in den Archiven. Und zweitens sitzt die Archivdirektorenkonferenz mit am Runden Tisch.» Zudem erhielten die Betroffenen Unterstützung bei den Opferhilfestellen, wo sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teil unter grossem persönlichem Aufwand um das Einholen der Akten kümmern. Allerdings weist Zwahlen auf weiterhin bestehende Mängel hin: «Der schweizerische Föderalismus ist ein Problem, auch der Personalmangel in den Archiven. Und noch immer gibt es selbstherrliche Archivmitarbeiter, die den Betroffenen das Recht auf Einsicht verweigern, den Datenschutz vorschieben oder einfach behaupten, die Akten gebe es nicht.» Weiter seien etliche private oder kirchliche Institutionen, die Heime geführt haben, zu keinerlei Transparenz und Kooperation bereit. «Der Runde Tisch hat ja keine Kompetenz, diese Stellen zur Herausgabe der Akten zu zwingen.»

Der Präsident der schweizerischen Archivdirektorenkonferenz, Beat Gnädinger, weiss das natürlich auch. Aber er setzt auf Sensibilisierung und auf die Öffentlichkeit. Da sei man schon wesentlich weiter als noch vor wenigen Jahren. Eines ist ihm ebenso klar wie den Betroffenen: «Die Zeit drängt. Wir müssen vorwärtsmachen.» (ut) ●

* Internet: www.fuersorgerischezwangsmassnahmen.ch

Kolumne

Die andere Sicht – Frühlingserwarten

Gärtnern braucht Geduld – darum ist es ideal für Behinderte.

Von Tom Shakespeare

Jetzt, wo ich umgezogen bin, muss ich mit dem Garten von vorn anfangen: einen Komposthaufen anlegen, Blumenzwiebeln setzen, Beete planen. Gärten sind in vieler Hinsicht für Behinderte unerreichbar. Vom Rollstuhl aus kann ich schlecht Unkraut jäten (zu niedrig), Bäume schneiden (zu hoch) oder Rasen mähen (zu anstrengend). Auch eine Giesskanne kann ich nur schwer tragen. Ich muss also bei der Anlage meines Gartens auf meine eingeschränkte Mobilität Rücksicht nehmen. Ich muss auf andere zurückgreifen, die sich die Hände schmutzig machen, und mich auf Anweisungen von der Veranda aus beschränken. Ich plane höher angelegte Rabatten und hochgestellte Blumentöpfe, Büsche und komplizierte Bewässerungssysteme und eine Reihe von Obstgehölzen, die nur minimaler Pflege bedürfen, mit Fahrwegen dazwischen. Vielleicht kann ich aus dem Rest eine Wildblumenwiese machen. Wir haben bereits ein schmales Beet angelegt, das neben der Holzrampe verläuft, die ich bauen lassen musste, sodass diese jetzt als Teil der Landschaft erscheint. Im nächsten Jahr werde ich an Lavendel und Eisenkraut und Rispengras vorbei in die Welt hinausfahren, Düfte und bunte Blüten und im Wind schwankende Ähren werden mich täglich begrüssen.

Behinderte sind geborene Gärtner. Gärtnern lehrt einen, geduldig zu sein, genau wie eine Behinderung, wie ich seit meiner Querschnittslähmung gelernt habe. Warten ist mir seither zur zweiten Natur geworden. Ich habe gelernt, die Dinge langfristig zu betrachten. Auf Blumen lohnt es sich zu warten, anders als auf manche Menschen.

Ein Garten kann ganz Unterschiedliches bedeuten, je nach Behinderung. Dem Blinden ist er ganz Duft und Textur. Dem geistig Gepeinigten bietet er therapeutische Erholung. Menschen, die sich kaum aus dem Haus bewegen oder vielleicht sogar nur aus dem Fenster schauen können, zeigt der Garten ein immer wieder neues Schauspiel. Er zeigt uns, dass das Leben, selbst wo es schiefläuft, stets auch Entschädigungen für uns bereithält.

Zum Autor: Tom Shakespeare ist Soziologe. Diese Kolumne erschien zuerst in der November-Ausgabe von «NZZ Folio».

Kurznachrichten

Schweiz

Begehrte Pflegeberufe

Diesen Herbst haben schweizweit 688 Jugendliche mit einer Ausbildung im noch jungen Beruf Assistenz Gesundheit und Soziales (zweijährige Lehre mit Eidgenössischem Berufsattest) begonnen. Das ist ein Viertel mehr als im Jahr zuvor. Damals wurde die Ausbildung erstmals angeboten. Diese Zahlen hat die Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit erhoben. Mit 100 und mehr Vertragsabschlüssen hat sich die neue Lehre besonders in den Kantonen Zürich, Aargau und Bern etabliert. Aber auch in Basel-Stadt und Luzern fingen rund 50 Lernende eine Ausbildung an. Auch die seit 2004 angebotene Lehre Fachfrau oder Fachmann Gesundheit (FaGe) hat weiter grossen Zulauf. 3749 junge Frauen und Männer haben im Herbst die dreijährige Lehre angefangen (Abschluss mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis) – das sind 700 mehr als noch 2011. Heute gehört die FaGe-Ausbildung nach den KV-Lehren zu den populärsten Ausbildungen in unserem Land.

Schweiz am Sonntag

Preis für die Martin Stiftung Erlenbach

Die Martin Stiftung in Erlenbach mit ihren 130 Wohn-, 85 Arbeits- und 50 Tagesstrukturplätzen sei ein vorbildliches Behindertenheim, das gut gerüstet ist für die Bedürfnisse der älteren Bewohner. Das findet die Paradies-Stiftung und hat die Institution Anfang November mit dem Paradies-Stiftung-Hauptpreis von 80000 Franken ausgezeichnet. «In den vergangenen 20 Jahren hat die Martin Stiftung ihr Konzept für die Betreuung und Förderung ihrer Seniorinnen und Senioren ausgebaut», heisst es in der Begründung. Damit sei die tradi-

tionelle Trennung zwischen Wohn- und Arbeits- respektive Tagesstrukturen aufgehoben. «Das ist herausragende Pionierarbeit», sagt Urs Lauffer, Präsident der Paradies-Stiftung. Drei Anerkennungspreise von je 15 000 Franken gingen an die Sensler Stiftung für Behinderte in Tafers, an die Association Saint-Camille in Marly und an die Stiftung San Gottardo in Lopagno.

Deutschland

Mehr kriminelle Alte

In Deutschland steigt die Zahl der kriminellen Senioren. Das deutsche Bundeskriminalamt hat im vergangenen Jahr 152 000 Tatverdächtige über 60 Jahre gezählt – acht Prozent mehr als vor zehn Jahren. Oliver Malchow, Bundesvorsitzender der Gewerkschaft der Polizei (GdP), erklärte den Anstieg auf einer Fachtagung zu Seniorenkriminalität so: «Aufgrund einer älter werdenden Gesellschaft haben wir auch vermehrt ältere Straftäter. Zudem bleiben die Menschen länger rüstig und sind in der Lage, Straftaten zu begehen.» Allerdings spiele auch die Altersarmut eine Rolle. In vielen Fällen von Seniorenkriminalität geht es laut GdP nämlich um Diebstähle. Tatverdächtige über 60 tauchen in den Kriminalitätsstatistiken allerdings auch bei Delikten wie Beleidigung, Nötigung, Hausfriedensbruch und Tankbetrug auf.

Der Spiegel

Forschung

Nüsse gegen Alzheimer

Nüsse, Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen) und naturbelassene Öle enthalten ein Fett, das offenbar die Entstehung von Beta-Amyloid im Gehirn hemmt und damit möglicherweise vor Alzheimer schützt. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler von der Universität Bonn. Sie haben untersucht, wie der Eiweissstoff Beta-Amyloid entsteht und wie man dessen Entwicklung und damit Proteinklumpen im Gehirn verhindern kann. Solche Klumpen begünstigen die Entstehung von Demenzerkrankungen. Ganz überraschend ist das Ergebnis der Untersuchung nicht: Schon seit Längerem wird vermutet, dass pflanzenreiche Kost den Ausbruch einer Demenzerkrankung hinauszögern kann.

Journal of Neuroscience

Sport auch im Alter

Sogar wenn man erst im Alter damit anfängt, kann Sport zu Wohlbefinden und Gesundheit beitragen. Das berichtet das englische Fachblatt British Journal of Sports Medicine. Die Zeitschrift beruft sich auf eine Studie, die 3500 Personen im Durchschnittsalter von 64 Jahren während mehr als acht Jahren auf ihre körperliche und psychische Gesundheit untersucht hatten. Das Resultat: Diejenigen, die mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv waren, blieben mit einer drei- bis vierfach erhöhter Wahrscheinlichkeit gesund als die Inaktiven. 40 Prozent dieser Inaktiven litten am Ende der Untersuchung an einer chronischen Krankheit, 20 Prozent an Depressionen, ebenso viele an kognitiven Beeinträchtigungen.

British Journal of Sports Medicine

Bücher

Streitschrift gegen unhaltbare Zustände

Es sind starke Worte, die Claus Fussek und Gottlob Schober verwenden. Von Folter ist die Rede und von notorischer Lüge. Nicht zum ersten Mal polemisiert Fussek in seinem neuen Buch* gegen die Zustände in den deutschen Alters- und Pflegeheimen. Schon vor fünf Jahren hat er mit der «Pflegemafia» abgerechnet. Offenbar ist seither nichts besser geworden. Darum legt der Pflegekritiker noch einmal einen Zacken zu. Er will, dass die Zustände in den Heimen endlich ändern. Dafür formuliert die Streitschrift 20 Grund- und Menschenrechte für Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen. Eingefordert werden eigentliche Selbstverständlichkeiten, die aber offenbar längst nicht überall garantiert sind: das Recht auf ausreichend Essen und Trinken, das Recht auf eine angemessene Versorgung mit Medikamenten oder das Recht auf Toilettengang. Dafür braucht es in erster Linie ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger, die genügend Zeit haben. Die Autoren können aus dem Vollen schöpfen. Über 50 000 Mails, Briefe, Telefonate von Pflegerinnen und Pflegern, von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und deren Angehörigen haben sie ausgewertet. So ist das Buch auch zu einem Hilfeschrei geworden und zu einem verzweifelten politischen Aufruf: Es ist genug!

Claus Fussek/Gottlob Schober, «Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte», Knaur Taschenbuch, 207 Seiten, 11 Franken.

Älter werden und autonom wohnen

Ambulant vor stationär gilt heute als Konsens – ältere Menschen möchten so lange wie möglich selbstständig Wohnen. Die Rahmenbedingungen können viel dazu beitragen, das autonome Leben zu bewältigen, auch dann, wenn es schwieriger wird. Ältere Frauen stellen eine grosse Gruppe von Menschen dar, die zu Hause leben. Doch es gibt nur wenige Beispiele, die zeigen, wie sie das Leben organisieren, wenn die Altersbeschwerden zunehmen. Eine neue Broschüre der Age Stiftung und der Zürcher Frauenzentrale porträtiert sechs Frauen, die beschreiben, was ihnen bei der Bewältigung des Alltags hilft und welche Dienstleistungen sie beanspruchen. Neben Tipps von Frauen für Frauen enthält die Broschüre Hinweise, wie Gemeinden und Liegenschaftsverwaltungen auf die Bedürfnisse des Älterwerdens eingehen können.

Die Broschüre «Älter werden und autonom wohnen» kann kostenlos bei der Age Stiftung bezogen werden: www.age-stiftung.ch (Tel. 044 455 70 60).

Wohnen im Alter: So lange wie möglich selbstbestimmt.

«Debridement ist in der Fachwelt Konsens»

EWMA Positionspapier: Alltagstaugliche Orientierung für das Debridement in der Wundmanagementpraxis

In ihrem ersten Positionspapier[1] zum Debridement in der zeitgemäßen Wundversorgung beziehen die interdisziplinären Experten eindeutig Stellung zur zentralen Rolle der Wundvorbereitung mittels Debridement. «Es stellt sich nicht die Frage nach dem ‹ob› des Debridements, sondern lediglich nach dem ‹wann und wie›. Das ist in der Fachwelt einhelliger Konsens», fasst Professor Dr. med. Joachim Dissemond, Oberarzt an der Klinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Essen und Co-Autor des Positionspapiers, zusammen.

Ziel des Positionspapiers der European Wound Management Association (EWMA) ist es, das Debridement in der Wundmanagementpraxis flächendeckend noch selbstverständlicher zu machen. «Tatsächlich wird das Debridement zurzeit noch nicht so umgesetzt wie wir uns das wünschen», bedauert Professor Dissemond. Das Positionspapier soll nun helfen, diese Situation zu verbessern. So bietet es zunächst einen allgemeinen Überblick über die aktuelle Literatur zum Thema. Im Mittelpunkt jedoch steht – basierend auf der klinischen Expertise der Autoren – eine praxisbezogene Orientierung für die Anwendung des Debridements durch Wundtherapeuten vor Ort. Die einzelnen Methoden (z. B. biologisches, autolytisches / enzymatisches und chirurgisches Debridement, Jetlavage / Ultraschall) werden in ihrer Unterschiedlichkeit dargestellt und unter Abwägung ihrer Vor- und Nachteile in ein sinnvolles Gesamtbild eingeordnet.

Das mechanische Debridement mit dem Monofilamentfaser-Pad Debrisoft® von L&R (Lohmann & Rauscher) findet in dem Paper eine explizite Hervorhebung: Nach Überzeugung des Autorenteams ermöglicht Debrisoft® ein besonders rasches, sicheres, einfach anzuwendendes und vor allem schmerzarmes Debridement. Warum dieser letztgenannte Aspekt so essenziell ist, erläutert Professor Dissemond: «Der Schmerz ist das zentrale Problem, das der Therapeut beim Debridement lösen muss. Die Anwendung von Debrisoft bedeutet eine deutliche Schmerzreduktion; das Monofilamentfaser-Pad kann deshalb bei erstaunlich vielen Patienten eingesetzt werden, die ich vorher wegen ihrer starken Schmerzen nicht debridieren konnte.» Für den erfahrenen Dermatologen, der sich mit seinem Team besonders der Behandlung des Ulcus cruris verschrieben hat, ist Debrisoft® eine Evolution der klassischen Kompresse und stimmige Ergänzung vorhandener Möglichkeiten, Wundbett und Umgebungshaut mechanisch zu debridieren. «Debrisoft erweitert meinen Handlungsspielraum im Debridement. Für mich ist es eine Weiterentwicklung der sterilen Kompresse und schließt somit eine Lücke», führt er aus.

Parameter liefern praxisnahe Entscheidungshilfe

Das EWMA Positionspapier zum Debridement geht jedoch über eine Übersicht und einen Vergleich der verschiedenen Debridement-Methoden hinaus: «Ziel war es, eine am klinischen Alltag orientierte Hilfe zu bieten. Denn nur, wenn wir die tatsächlichen Gegebenheiten in der Praxis berücksichtigen, können wir davon ausgehen, dass unsere Empfehlungen auch flächendeckend umgesetzt werden», erläutert Professor Dissemond. Grundsätzlich legt das Paper neun Entscheidungsparameter als Richtschnur für die Wahl der geeigneten Debridement-Methode zugrunde. An erster Stelle steht der Aspekt des Schmerzes, gefolgt von den Lebensumständen des Patienten. So wird der Akzeptanz der Methode durch den Patienten und seiner Lebensqualität ebenso viel Bedeutung beigemessen wie seinem biologischen Alter und Komorbiditäten. Professor Dissemond ist überzeugt, dass hier der Schlüssel zum Behandlungserfolg liegt: «Die Bedürfnisse des Patienten und seine individuellen Voraussetzungen für ein adäquates Wundmanagement stehen für mich im Vordergrund. Mir ist es ganz wichtig, dass der Patient nicht auf seine Wunde reduziert wird.» Und nicht zuletzt berücksichtigt das Positionspapier auch die ökonomischen Rahmenbedingungen, die die Wahl der geeigneten Debridement-Methode beeinflussen.

Algorithmus für die Wahl der geeigneten Debridement-Methode

Den Autoren ist es besonders wichtig, dass die Notwendigkeit des Debridements von allen Anwendern verstanden wird, «ansonsten hat das Positionspapier seine Intention verfehlt», betont der Dermatologe. Denn sie kennen den klinischen Alltag: «Die Wundbehandlung ist flächendeckend in Händen von Schwestern und Pflegern», sagt Professor Dissemond. Für die Wahl der adäquaten Debridement-Methode haben die Experten zusätzlich einen Algorithmus ausgearbeitet, welcher dem behandelnden Wundtherapeuten eine praktische Entscheidungshilfe bieten soll. Dieser Algorithmus orientiert sich an der Dauer der Behandlung und schlägt eine allgemeine klinische Definition vor, warum wann und wie ein Debridement vorzunehmen ist. Zudem zeigt der Algorithmus Vor- und Nachteile der einzelnen Debridement-Methoden auf. Dabei nimmt das mechanische Debridement mit der Einschätzung des geringsten Aufwands die erste Stelle ein; hier lässt sich das Debridement mit Debrisoft® besonders gut einordnen.

Schnell, einfach und schmerzarm

Schon mit einer einzigen Anwendung von Debrisoft® werden Debris, Exsudat, nekrotisches Gewebe und Keratosen gründlich aus der Wunde herausgelöst, neu gebildetes Granulationsgewebe und unversehrtes Epithelgewebe bleiben hingegen erhalten. Debrisoft® reinigt nicht nur das Wundbett, sondern auch die Wundränder und die Umgebungshaut. Damit bietet die Anwendung mittels Monofilamentfaser-Pad nicht nur ein effizientes, sondern auch ressourcenschonendes Debridement, das zudem besonders schmerzarm ist. Auch seine einfache Anwendung findet im EWMA Paper besondere Beachtung. Ein Debridement mit Debrisoft® setzt kein spezielles Fachwissen voraus.

Debridement – integraler Bestandteil des Wundmanagements

Spricht man mit Professor Dissemond über Wundmanagement, fällt ein Begriff sofort und häufig: Ganzheitlichkeit. Es geht nicht nur darum, den Patienten als Ganzes zu sehen, auch das Wundmanagement wird als kompletter Prozess verstanden und behandelt. Das Debridement nimmt dabei einen festen Platz ein. «Das Debridement ist ein essenzieller Bestandteil und muss in ein Gesamtkonzept der Wundheilung eingebunden sein», lautet Dissemonds Überzeugung, die jeder Behandlung zugrunde liegen sollte. Ganz am Anfang einer Therapie steht eine adäquate Diagnostik der Wunde, damit diese ursachenbezogen behandelt werden kann. Das Debridement bildet dann die Grundvoraussetzung, um den Patienten und seine Wunde versorgen zu können. «Und da», sagt er, «hat mich Debrisoft® überzeugt. Ich habe die Vorteile einer sterilen Kompresse, kann aber jetzt Patienten behandeln, die ich vorher aufgrund der Schmerzhaftigkeit nicht behandeln konnte.»

Debrisoft® – Bestandteil einer Gesamtlösung

Das Monofilamentfaser-Pad für ein gründliches und schmerzarmes Debridement ist Bestandteil eines stimmigen Gesamtangebotes des Medizinprodukte-Entwicklers und -Herstellers L&R für alle Phasen der Wundheilung. Bereits mit einer Anwendung entfernt das angefeuchtete Pad gründlich und schmerzarm Fibrin, avitales Gewebe und Verunreinigungen aus dem Bett und der Umgebungshaut chronischer und akuter Wunden. Neues Gewebe wird dabei geschont. Debrisoft ist 10 x 10 Zentimeter groß und besteht aus 18 Millionen weichen Hightech-Polyesterfasern.

Weitere Informationen zu Debrisoft® finden Sie unter:
http://www.lohmann-rauscher.ch/de/produkte/wundversorgung/debridement/debrisoft.html

[1] European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Debridement. In: Journal of Wound Care, Vol 22, London, 2013.

Die führende Software für soziale Institutionen:

Lobos 3.X

Je effizienter die Software, desto mehr Zeit bleibt für den Menschen. Lobos 3.X unterstützt und entlastet die Mitarbeitenden umfassend und wirkungsvoll.

Wenn Sie mehr wissen möchten, fragen Sie uns oder unsere Kunden.
Eine umfangreiche Referenzliste finden Sie im Internet.

LOBOS Informatik AG

Auenstrasse 4
8600 Dübendorf

Airport-Business-Center 64
3123 Belp

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