

Ausgabe 3 | 2019

Uno-BRK

Curaviva, Insos und VAHS haben
einen Aktionsplan erarbeitet – S. 26

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



Romandie

Eine andere Kultur und Politik prägen die Langzeitpflege

«Die Kantone und Landesteile fungieren als Versuchslabore für wichtige politische Aufgaben, die Langzeitpflege gehört hier zweifellos dazu.»



Elisabeth Seifert

Chefredaktorin

Liebe Leserin, lieber Leser

Im März 2009, also vor genau zehn Jahren, ist erstmals eine französische Version der Fachzeitschrift publiziert worden. Etwas früher, im Jahr 2006, haben sich alle kantonalen Verbände der Romandie Curaviva angeschlossen. Damit konnte sich Curaviva als schweizerisch-nationaler Dachverband für Heime und soziale Institutionen etablieren.

Im Bewusstsein, dass die Landesteile unterschiedlich ticken, spezielle eigene Bedürfnisse und Strukturen haben, trägt die Hauptverantwortung für die französischsprachige Fachzeitschrift unsere zweisprachige Redaktionskollegin Anne-Marie Nicole, die in Genf wohnt und arbeitet. Von der ersten Westschweizer Ausgabe an ist sie mit an Bord und erarbeitet viermal pro Jahr in den Monaten März, Juni, September und Dezember eine auf die französischsprachigen Mitglieder zugeschnittene Fachzeitschrift. In der Vorbereitung dieser vier jährlichen Ausgaben, die sich vor allem dem Bereich Alter widmen, arbeiten wir beim Fokusthema eng zusammen – und vertiefen von Ausgabe zu Ausgabe unser Verständnis für das jeweils Andere.

Zum 10-Jahr-Jubiläum der französischen Fachzeitschrift haben wir beschlossen, die Besonderheiten der Romandie mit einem eigenen Schwerpunkt ins Zentrum zu rücken. Die stationäre und ambulante Pflege und Betreuung von betagten Frauen und Männern ist an der Schnittstelle der Politikbereiche Gesundheit, Soziales und Bildung angesiedelt. Und damit in Aufgabenfeldern, bei denen die Kantone aufgrund des föderalen Staatsverständnisses der Schweiz trotz allen Regelungen auf Bundesebene einigen Gestaltungsfreiraum haben. Der Föderalismus erlaubt auch den von einer bestimmten Sprache und Kultur geprägten Landesteilen, eigene Akzente zu setzen. Die Kantone und Landesteile fungieren als Versuchslabore für wichtige politische Aufgaben, die Langzeitpflege gehört hier zweifellos dazu.

Um voneinander lernen zu können, muss man sich aufeinander einlassen – und sich gegenseitig verstehen. Eine Herausforderung, die gerade über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg alles andere als einfach zu meistern ist. Diese Erfahrung machte auch Fachzeitschrift-Redaktorin Claudia Weiss, als sie sich für diese Ausgabe mit den unterschiedlichen Ausbildungswegen im Bereich der Langzeitpflege beschäftigt hat. Die Schwierigkeiten reichen von unterschiedlichen Berufsbezeichnungen über andere Berufs- und Rollenbilder bis hin zum Verständnis der höheren Berufsbildung (Seite 17). Luc Dapples, der ein zweisprachiges Heim in Biel leitet, plant in den Sitzungen mit seinem Team extra Zeit für die Übersetzung ein. Dadurch gehe zwar alles etwas langsamer, sagt er im Interview mit der Fachzeitschrift. Einen grossen Vorteil aber sieht er etwa darin, dass jeder gezwungen ist, sich präzise auszudrücken und Toleranz zu üben (Seite 6).

Mit einem Text unserer Westschweiz-Redaktorin Anne-Marie Nicole über Besonderheiten in den zweisprachigen Kantonen Freiburg und Wallis, den wir ohne Übersetzung in der französischen Originalsprache publizieren, möchten wir bei Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, die Neugier wecken, den anderen Sprach- und Kulturraum näher kennenzulernen (Seite 9). Und hoffentlich können wir mit dieser Ausgabe insgesamt dazu beitragen, dass Sie vielleicht gerade über das bessere Verständnis, wie Langzeitpflege in der Romandie funktioniert, Anregungen für Ihre Arbeit erhalten. ●

Titelbild: Die Romandie-Metropole Genf. In vielem ist die französischsprachige Schweiz so schweizerisch wie der Rest des Landes. Doch zuweilen tickt die Westschweiz anders, etwa in der Gesundheitspolitik. Diesen Unterschieden geht diese Ausgabe nach. Foto: Stephan Hunziker/Keystone

Luc Dapples

Beau-Site

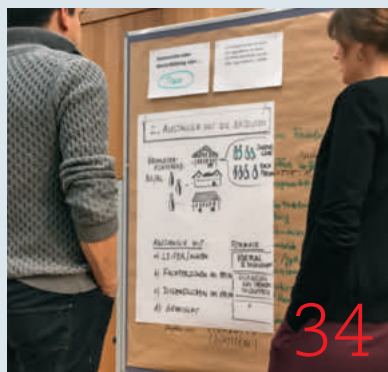
Care Leavers



6



21



34

Inhaltsverzeichnis

Romandie

«Die Unterschiede sind nicht unüberwindlich» 6
Luc Dapples leitet eine Pflegeinstitution in der zweisprachigen Stadt Biel. Dass die Menschen in verschiedenen Sprachen reden und unterschiedliche Mentalitäten pflegen, biete auch Chancen.

Gleiche Ziele, unterschiedliches Vorgehen 10
In der Deutschschweiz sind die Gemeinden mitbestimmend in der Langzeitpflege. In der Romandie schwenkt man um, nachdem lange Daraus erwachsen unterschiedliche Handlungsweisen.

«Betreutes Wohnen» statt ambulanter Pflege 13
Das «Betreute Wohnen» dürfte in Zukunft zur Wohnform im Alter werden. Auch in der Romandie schwenkt man um, nachdem lange die ambulante Pflege im Vordergrund stand.

Verschiedene Ausbildungswege 17
In den Pflegeheimen der Romandie fühlen sich die Menschen ebenso zufrieden wie in der Deutschschweiz auch wenn die Ausbildungen der Betreuenden und Pflegenden sich unterscheiden.

Arbeit als interdisziplinäre Aufgabe 21
Wie die Aufgaben in einem Pflegeheim angegangen werden können, ohne dass Zuständigkeiten als Handlungshemmnisse wirken, zeigen die Heime der Stiftung Fondation Beau-Site.

Menschen mit Behinderung

«Wahlfreiheit ermöglichen» 26
Die drei Verbände Curaviva, Insos und VAHS haben sich zusammengenommen, um die Uno-Behindertenrechtskonvention auf institutioneller Ebene nachhaltig umzusetzen.

Es braucht mehr Gebärdensprachdolmetscher 31
Gehörlose Menschen haben für die Teilhabe am öffentlichen Leben das Anrecht auf einen Gebärdensprachdolmetscher. Es bräuchte aber viel mehr Dolmetscher, um den tatsächlichen Bedarf zu decken.

Kinder & Jugendliche

Was nach dem Heim? 34
Heim-Jugendliche, die dem Heim entwachsen, sind von der Selbstständigkeit häufig überfordert. Care Leavers sollen helfen. Das können Jugendliche sein, die die Situation aus eigener Erfahrung kennen.

Alter

Herausforderung für die Pflegeheime 39
Menschen mit seltenen Krankheiten brauchen oft eine ganz spezifische Pflege. Heime können diese oft nur unzureichend bieten.

E-Health

Die Digitalisierung geistert schon lange durch das Gesundheitswesen. Doch Skepsis und Zurückhaltung sind weit verbreitet.

Journal

Buchtipps 45

Kolumne 46

Kurznachrichten 46

Stelleninserate 4, 30, 47

Impressum: Redaktion: Elisabeth Seifert (esf), Chefredaktorin; Urs Tremp (ut); Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 2017, 90. 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: Zürichsee Werbe AG, Fachmedien, Laubisrütistrasse 44, 8712 Stäfa, Telefon: 044 928 56 53, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, Digital Media and Print, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Lisa Oppliger • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2014: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11x, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage (deutsch): Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2017: 2848 Ex. (Total verkaufte Auflage 2777 Ex., Total Gratisauflage 71 Ex.), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058



Pflegeheimleiter Luc Dapples wirkt als Brückenbauer zwischen den Landesteilen

«Es braucht Toleranz und Achtsamkeit, um einander zu verstehen»

Während einiger Jahre leitete Luc Dapples* ein Pflegeheim im Kanton Neuenburg, seit einem Jahr führt er eine Einrichtung im zweisprachigen Biel. Im Interview wirbt er für das interkulturelle Verständnis – und benennt die Unterschiede in der Langzeitpflege zwischen den Landesteilen.

Interview: Anne-Marie Nicole

Was hat Sie als Romand dazu motiviert, die Leitung einer Pflegeinstitution im Kanton Bern zu übernehmen?

Luc Dapples: Für mich war das eigentlich ein logischer Schritt in meiner Laufbahn. Früher arbeitete ich als Generalsekretär des Neuenburger Verbands der Institutionen und Heime für Menschen im Alter. Dabei habe ich mir fundierte Kenntnisse der Alters- und Pflegeheime und der kantonalen Gesetzgebung angeeignet. Später wollte ich vor Ort in Erfahrung bringen, ob das, was wir im Verband erarbeitet hatten, wirklich funktionierte. Also wurde ich Leiter einer Institution. Und als ich dem Vorstand von Curaviva Schweiz beitrug, wurde mir bewusst, dass ich nur einen Teil der Alters- und Pflegeheime kannte und es interessant wäre, auch den anderen Teil zu entdecken. Da kam die Gelegenheit in Biel genau richtig.



* **Luc Dapples**, 1964, leitet seit Mai 2018 das Alters- und Pflegeheim Schüssspark, eine der vier kommunalen Alters- und Pflegeeinrichtungen der Stadt Biel. Zuvor war er mit der Leitung einer Institution im Kanton Neuenburg betraut. Darüber hinaus ist er Mitglied des Vorstands von Curaviva Schweiz.

Biel ist die zweisprachige Stadt schlechthin, hier sind Deutsch und Französisch gleichberechtigt. Sie haben sich also für den Kompromiss entschieden...

Ich selbst bin nicht zweisprachig. Ich bin ein Romand, der Deutsch mehr oder weniger gut versteht und versucht, es zu sprechen. Was mich interessierte, war der zweisprachige Rahmen. Die Arbeit in mehreren Sprachen zog mich an.

Was haben Sie entdeckt, als Sie angefangen haben?

Zunächst einmal, dass die Zweisprachigkeit sich ganz anders gestaltet, als man gemeinhin glaubt. Es stimmt, dass sämtliche Mitarbeiter im Alters- und Pflegeheim Schüssspark zwei Sprachen sprechen. Aber 80 Prozent von ihnen sprechen eine Landessprache, Französisch oder Deutsch, und eine andere Sprache, Portugiesisch, Serbisch, Italienisch, Albanisch. Als ich hier anfang, dachte ich, ich könnte dieselbe Regel anwenden wie in den nationalen Gremien: Jeder spricht in seiner Sprache. Aber so einfach ist das nicht. Wenn ich Französisch spreche, mein Gegenüber hingegen Deutsch und eine andere Sprache, werde ich nicht verstanden.

«Die Zweisprachigkeit verpflichtet jeden Einzelnen, seine Gedanken präzise zu äussern.»

Wie lässt sich das im Alltag lösen?

In den Sitzungen muss stets Zeit für die Übersetzung eingeplant werden. Dabei müssen nicht nur Worte übersetzt werden, sondern auch ihre Bedeutung. Das braucht Zeit, es geht alles etwas langsamer, aber es ist auch sehr interessant: Die Zweisprachigkeit verpflichtet jeden Einzelnen, über die Worte hinauszudenken und Gedanken präzise zu äussern. Wenn man ein Wort oder einen Ausdruck erläutern muss, wird man sich dabei

manchmal der Unstimmigkeiten innerhalb eines Projekts oder einer Vorgehensweise bewusst. Das bedeutet, dass man gut hinhören muss. Zudem ist gegenseitige Toleranz gefordert. Bei den Mitarbeitenden stelle ich eine echte Bereitschaft fest, den anderen zu verstehen, und zwar nicht nur seine Argumentation, sondern auch seine Gefühle. Übrigens werden alle internen und externen Dokumente in beiden Sprachen verfasst.

Wie steht es mit den Bewohnern?

Da ist die Situation ähnlich: Von 48 Bewohnern sind um die 20 «echte» Bieler, die einen Satz auf Französisch beginnen und auf Deutsch beenden – oder anders herum. Die übrigen sprechen nur eine der Landessprachen plus eine oder zwei Fremdsprachen.

Wie wirkt sich diese Sprachenvielfalt auf die Arbeitsorganisation aus?

Vor zehn Jahren, als das Heim eröffnet wurde, umfasste es eine geschlossene Abteilung für die Aufnahme von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und drei offene Abteilungen, von denen eine für die französischsprachigen und die beiden anderen für deutschsprachige Bewohner reserviert war. Mit der Zeit wurden Zimmer frei, neue Patienten kamen hinzu, oft auch als Notfall – und da achtet man nicht unbedingt auf die Sprache. Heute werden auf sämtlichen Abteilungen alle Sprachen gesprochen! Und wir sorgen im Rahmen des Möglichen dafür,

dass das Personal dieselbe Sprache spricht wie die Bewohner, um die es sich kümmert.

Kann diese Zweisprachigkeit eine Quelle von Unverständnis, Missverständnissen oder sogar Fehlern sein?

Die Menschen sind das Leben in einem zweisprachigen Umfeld gewohnt. Sie gehen toleranter miteinander um und achten immer

darauf, zu verstehen und verstanden zu werden, besonders wenn es um Hinweise zu pflegerischen oder ärztlichen Handlungen geht. Es kann allerdings vorkommen, dass die Mitarbeiter in ihrem Umgang mit den Bewohnern deren Anliegen nicht immer in vollem Umfang verstehen – vor allem, wenn diese im Dialekt geäußert werden.

«In der Romandie lebt man eher die Überzeugung, für die Menschen zu sorgen.»

Erfolgen die Betreuung und Pflege der Menschen im Alter zu beiden Seiten der Saane auf dieselbe Art und Weise?

Ja und nein. Ja, weil wir uns ganz allgemein überall in der Schweiz gut um Menschen im Alter kümmern. Nein, weil die kantonale Politik in Bezug auf Menschen im Alter nicht überall die gleiche ist, und auch die Zusammensetzung der Bewohner unterscheidet sich. Aber man kann die Frage auch anders stellen: Erfolgt die Pflege auf dieselbe Weise im Val de Travers, wo die Menschen einander seit ihrer Kindheit kennen, und in der Stadt Neuenburg, wo die Bewohner sich noch nie vorher getroffen haben?



Blick von der Bieler Altstadt aus bis hin zum Bielersee: Luc Dapples führt in der zweisprachigen Stadt eines der vier kommunalen Alters- und Pflegeheime.

Foto: Tourismus Biel Seeland/Stefan Weber

>>

Sie haben die kantonale Politik angesprochen. Wie unterscheidet sich diese zwischen Romandie und Deutschschweiz?

Die Kantone der Romandie verfolgen eine Politik, die zwar sozial und solidarisch, aber auch interventionistischer ist, was die Betreuung von Menschen im Alter angeht. Die staatliche Steuerung bevorzugt besonders den Verbleib zu Hause mittels ambulanter Pflege. Zusammenfassend würde ich sagen, dass man in der Romandie eher die Überzeugung lebt, für die Menschen zu sorgen, in der Deutschschweiz hingegen geht man eher von der Idee aus, dass jeder für sich selber sorgt. Es wird mehr Wert auf Individualität und Autonomie gelegt. Man berücksichtigt auch eher, was die Menschen wollen. Das erklärt die Entwicklung einer grösseren Zahl von intermediären Strukturen.

Wie äussern sich diese Unterschiede konkret?

Ich kann das nur von meinem Standpunkt aus bewerten. Der Kanton Bern verfolgt eine weniger strenge Politik und gibt einen flexibleren Rahmen vor. Ein Beispiel dafür ist der Pensionspreis: In Neuenburg unterscheidet sich der vom Kanton vorgegebene Tarif nach Kriterien wie Fläche des Zimmers, Belegung mit einem oder zwei Betten, ob das Zimmer eine Aussicht oder eine Dusche hat. Im Kanton Bern gilt für alle derselbe Mindesttarif von 162.60 Franken pro Tag, der einen minimalen Leistungskatalog umfasst. Den Institutionen steht es frei, weitere kostenpflichtige Dienstleistungen anzubieten.

«Im Unterschied zur Romandie gibt es in Biel praktisch kein Fachpersonal Betreuung.»

Und die Zusammensetzung der Bewohner ist ebenfalls anders.

In Neuenburg leitete ich eine Institution, deren mittleres Pflegeniveau nach dem Bedarfserfassungsinstrument Plaisir, das 12 Pflegestufen umfasst, bei Pflegestufe 8 lag. Hier erreichen wir gerade so die 6, wobei ein Drittel der Bewohner sich in Pflegestufe 1 oder 2 befindet und zum Beispiel das Mittagessen ausserhalb der Institution einnimmt.

Was bedeutet das im Alltag der Institution?

Als Vergleich: In Neuenburg hatte ich im Bereich Animation 2,4 Stellen für 40 Bewohner, während ich in Biel mit einer Stelle für 48 Bewohner auskomme. In Biel gibt es keine eigentlichen Lebensbegleitungs- und Betreuungskonzepte, die Animation hat vor allem einen beschäftigenden Aspekt. In der Romandie gewinnt die Geriatrie bei der Ausbildung immer mehr an Bedeutung. In der Deutschschweiz kennt man das Berufsbild des soziokulturellen Animators kaum und wir haben so gut wie kein Fachpersonal Betreuung für Menschen im Alter. Dafür haben wir Aktivierungsfachleute, die sich auf Ressourcen und Motorik der Personen konzentrieren. Im Schüsspark obliegen diese sozialen Aktivitäten den Verantwortlichen für Hotellerie, Wäsche und Hauswirtschaft.

Wie sieht man Pflegeheime in der Deutschschweiz?

Da die Personen früher und mit grösserer Autonomie ins Alters- und Pflegeheim kommen, besteht in der Öffentlichkeit nicht

Dieser Text wurde aus dem Französischen übersetzt

dieses Bild eines Sterbehauses wie in der Romandie. Die deutschsprachige Terminologie ist vielleicht auch weniger stigmatisierend als im Französischen, wo die Betreuungseinrichtungen meist auf drei Buchstaben reduziert werden: EMS. Der französische Ausdruck «Établissement Médico-Social» beinhaltet zudem das Medizinische, während man im Deutschen eher von Pflege spricht: Alters- und Pflegeheim. Wenn man in der Romandie in ein Pflegeheim kommt, bleibt man in den meisten Fällen bis zum Lebensende dort, während die Heime in der Deutschschweiz auch Orte der Rehabilitation sein können.

Sie sind Mitglied des Vorstands von Curaviva Schweiz. Haben die französisch- und die deutschsprachigen Vertreter die gleichen Anliegen?

Die Prioritäten des Vorstands haben eher strategischen und politischen Charakter. Der Vorstand beschäftigt sich mit Themenschwerpunkten, welche die Gesamtheit der nationalen Anliegen betreffen. Diese grossen thematischen Schwerpunkte sind in allen Regionen dieselben, und wir betrachten uns in diesem Zusammenhang vor allem als Schweizer und nicht so sehr als Romands, Tessiner oder Deutschschweizer. Die verschiedenen Ansätze, die man im Vorstand beobachten kann, haben eher mit individuellen Vorstellungen, Berufserfahrungen oder der politischen Sensibilität der Mitglieder zu tun.

Welche Rolle spielt der Dachverband dabei, die Regionen näher zueinanderrücken zu lassen?

Dem Dachverband kommt eine wichtige Rolle dabei zu, die Interessen sowie den Zusammenhalt der Branche auf nationaler Ebene zu wahren. Schon seit mehreren Jahren bringt er den Anliegen der Regionen Verständnis entgegen. Die Romands haben sich dem Verband erst später angeschlossen. Es sind die kleinen Störenfriede, die dem Dachverband seine nationale Dimension verliehen haben. In diesem Prozess ist eine erhöhte Sensibilität für «die westschweizerische Vision» spürbar. In den letzten Jahren hat Curaviva zwei Projekte von nationaler Tragweite entwickelt: das Wohn- und Pflegemodell 2030 und das Konzept Lebensqualität. Die grösste Herausforderung auf nationaler Ebene wird wahrscheinlich die verstärkte Zusammenarbeit mit dem Verband Spitex Schweiz sein.

Letztlich erscheint der Graben zwischen den deutsch- und den französischsprachigen Schweizern im Bereich Menschen im Alter doch nicht allzu gross.

Alle meine Tätigkeiten und Engagements auf nationaler Ebene haben mir gezeigt, dass wir gar nicht so unterschiedlich sind! Und selbst wenn: Die Unterschiede sind nicht unüberwindlich; sie sind sogar von Vorteil, wenn man es versteht, sie zu nutzen. Oft genügt schon ein wenig Offenheit. Ich kann einer Familie die Ergänzungsleistungen erklären, egal, ob in Bern oder Neuenburg. Die Grundprinzipien sind dieselben. Dasselbe gilt für die Wahl des Lebensendes, die Palliativpflege oder die Betreuung von Demenzkranken. Wir sind nicht so unterschiedlich. Aber wir lieben es, die Unterschiede herauszuzustreichen. ●

«Il faut savoir faire le grand écart»

Dans les cantons de Fribourg et du Valais, les frontières des langues et des cultures ne sont pas insurmontables. Cela demande simplement du temps, du respect et quelques concessions.

Von Anne-Marie Nicole

En mai 2017, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (Afipa) a obtenu le Label du bilinguisme qui atteste un bilinguisme vécu tant au sein de son administration que de son comité et une pratique vivante des deux langues à l'égard de ses membres et de ses partenaires. «La labellisation était une démarche volontaire de notre part pour confirmer que nous étions dans le juste sur les questions du bilinguisme et pour renforcer notre position d'association véritablement bilingue», explique Emmanuel Michielan, secrétaire général de l'Afipa.

L'association cantonale regroupe 55 institutions pour personnes âgées, dont un tiers en terre alémanique. Avec une forte minorité germanophone, l'association se doit d'être toujours très active sur les questions de langue. Elle produit tous ses imprimés et son site internet en français et en allemand et veille à intégrer des représentants des EMS des deux langues dans les groupes de travail internes et dans les représentations et commissions externes. L'association joue un rôle de relais entre les régions, elle est toujours dans la recherche du consensus. «C'est une tâche à part entière. Il faut être souple et savoir faire le grand écart!», reconnaît le secrétaire général.

Car au-delà de la langue, les différences culturelles existent, «des petits choses» certes, mais suffisamment importantes pour constater que les projets de l'association sont accueillis diversement de part et d'autre, tel le projet de développement durable dans lequel s'investissent des EMS francophones mais qui n'a pas encore suscité de vocations du côté germanophone.

Ou la démarche Palliative Gériatrie, qui donne lieu à un même certificat pour tous les EMS du canton, mais avec deux lignes de conduite différentes. «Il faut parfois lâcher sur les aspects plus formels», admet Emmanuel Michielan. Dès lors, mieux vaut proposer deux solutions, conduire deux démarches en parallèle plutôt que bloquer l'entier d'un projet. «La langue est prétexte aux clichés réducteurs, mais les différences culturelles tiennent davantage au régionalisme qui caractérise notre canton et à l'existence de districts forts et autonomes dans leur fonctionnement.»

Autre canton bilingue, le Valais, dont la cinquantaine d'EMS couvre un territoire à la géographie changeante, qui alterne entre plaine et montagne. Comme à Fribourg, les homes germanophones du Haut-Valais forment une forte minorité, représentant un bon tiers des membres de l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux (Avalems). «Les homes du Haut-Valais et du Bas-Valais n'ont pas les mêmes attentes à l'égard de leur association faitière», constate le secrétaire général, Arnaud Schaller. En effet, les premiers, qui montrent un esprit entrepreneurial plus marqué, verraient volontiers une structure légère – «schlank» – avec des services optionnels, tandis que les seconds souhaiteraient l'étoffer pour développer davantage de concepts et projets communs. D'ailleurs, si l'engagement récent à l'Avalems d'une collaboratrice scientifique «Soins et Qualité» a été salué par les membres francophones de l'association, il a fallu quelques mois pour convaincre leurs collègues alémaniques de son utilité.

En Valais, une différence très concrète révèle peut-être aussi une autre façon d'envisager la prise en soins des personnes âgées entre Romands et Alémaniques: le prix de pension. Dans le Haut-Valais, il est en moyenne de trente francs moins cher par jour que dans le Bas-Valais. Il est vrai que les résidents haut-valaisans sont plus autonomes et continuent de cultiver des relations sociales à l'extérieur. Ils requièrent donc moins de soins et sollicitent moins d'animations institutionnelles. Les homes peuvent également compter sur la présence de villageois bénévoles qui tiennent la cafétéria ou qui animent le quotidien de leurs résidents. «Mais avec l'introduction de la planification médico-sociale cantonale en 2016 et la pression financière actuelle, ces différences tendent à s'estomper», prédit Arnaud Schaller.

Pour le secrétaire général de l'Avalems, comme pour son homologue de l'Afipa, la cohésion et la fédération des membres restent une volonté permanente. Il se réjouit de voir les EMS valaisans partager depuis peu un même outil de gestion des soins et un même système de management de la qualité. Les deux assemblées générales annuelles, les conférences des directeurs, celles des responsables des soins, sont autant de lieux d'échange en deux langues et d'occasion de rapprocher les membres. Il n'empêche: Arnaud Schaller reconnaît qu'il est toujours stressé avant une assemblée générale, car les représentants haut-valaisans sont souvent plus virulents dans leurs interventions. ●

Die Heime im Oberwallis haben ein stärker ausgeprägtes unternehmerisches Denken.

Vor allem die französischen Heime im Kanton Freiburg unterstützen die Nachhaltigkeit.

In der lateinischen Schweiz haben die Kantone die Zügel fest in der Hand

Die staatliche Strategie setzt auf ambulante Pflege

Während die Langzeitpflege in der deutschen Schweiz von den Gemeinden mitgeprägt wird, setzen die Romandie und der Kanton Tessin auf kantonale Strategien. Diese fördern die ambulante Pflege und bevorzugen die Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen.

Von Elisabeth Seifert

Aus Sicht der Deutschschweiz sind die Romandie und der Kanton Tessin durch eine höhere staatliche Regulierung charakterisiert als die übrigen Landesteile. Die durch die französische und italienische Politikultur geprägten Bürgerinnen und Bürger akzeptieren eher eine Steuerung durch den Staat, so die allgemeine Meinung, verlangen aber auch etwas dafür. Dazu gehören gute Sozialleistungen, mehr Subventionen für Leistungserbringer im Bereich wichtiger gesellschaftlicher Aufgaben sowie höhere Löhne für das Personal im öffentlichen Dienst. Private Initiativen und Unternehmertum würden indes eher kleingeschrieben respektive mit Auflagen belegt. Trifft diese Charakterisierung gerade auch auf die Organisation der stationären und ambulanten Langzeitpflege in der lateinischen Schweiz zu?

Studien, die sich spezifisch mit den Unterschieden zwischen den Landesteilen bei der Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege beschäftigen, gibt es derzeit keine. Gewisse Hinweise enthalten mehrere Forschungsarbeiten, welche die Langzeitpflege in den Kantonen untersucht haben: der im Jahr 2016 publizierte Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur «Langzeitpflege in den Kantonen», das ebenfalls 2016 veröffentlichte Kantonsmonitoring des liberalen Think

Tanks Avenir Suisse, «Neue Massstäbe für die Alterspflege», sowie der im letzten Jahr erschienene Schlussbericht des Bundesamtes für Gesundheit, «Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung», den das Forschungs- und Beratungsunternehmen Infrac zusammen mit Careum Forschung und Landolt Rechtsanwälte verfasst hat.

Unterschiede zeigen sich vor allem im ambulanten Bereich

Aus diesen Studien und Gesprächen mit den Autoren geht nicht eindeutig hervor, dass die lateinische Schweiz insgesamt eine höhere staatliche Regulierungsdichte aufweist als die Kantone der Deutschschweiz. «Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind oft grösser als die Unterschiede zwischen den Landesteilen», betont Jérôme Cosandey, Autor der Avenir Suisse-Studie. Ähnlich meint Eva Gschwend, Projektmitarbeiterin bei Infrac, das die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung geleitet hat: «Im Bereich der Pflegefinanzierung können

wir keine ausgeprägtere staatliche Steuerung erkennen als in der Deutschschweiz.»

Tatsache ist, dass in der lateinischen Schweiz die Kantone eine zentrale Rolle im Bereich der Langzeitpflege innehaben. Jérôme Cosandey spricht mit Blick auf die Zuständigkeit in diesem Aufgabenbereich von einem «Ost-West-Gefälle»: «In der lateinischen Schweiz erfolgen die Organisation der Pflege und die Finanzierung

der Pflegerestkosten vor allem kantonal, während in der deutschen Schweiz die Gemeinden stark in der Verantwortung stehen.» Besonders auffallend ist der Unterschied in der ambulanten Pflege: In sämtlichen Kantonen der Romandie (Genf, Neuenburg, Jura, Freiburg, Waadt, Wallis) sowie im Kanton Tessin schliessen die Kantone die Leistungsaufträge ab und legen die Pfliegergarfe fest. Die Finanzierung der Pflegerestkosten erfolgt in vier Kantonen (Freiburg, Waadt, Wallis und Tes-

Die Romandie und der Kanton Tessin sind geprägt durch grosse regionale Spitex-Dienste.



Ambulante Pflege: Während in der deutschen Schweiz immer noch zahlreiche kleine Spitex-Dienste tätig sind, gibt es in den Kantonen Genf und Neuenburg nur eine einzige öffentlich-rechtliche Spitex-Organisation.

Foto: Spitex

sin) gemeinsam mit den Gemeinden. In der Deutschschweiz indes sind in der grossen Mehrheit der Kantone die Gemeinden für den Abschluss der Leistungsvereinbarungen zuständig, in etlichen Kantonen haben zudem auch die Gemeinden die Verantwortung bei der Festlegung der Tarife und eine Mehrheit ist alleine für die Restfinanzierung zuständig.

Im stationären Bereich sind bei der Bettenplanung und bei der Erteilung der Betriebsbewilligungen die Kantone schweizweit in der Pflicht. Im Unterschied zu grossen Teilen der Deutschschweiz übernehmen in der lateinischen Schweiz die Kantone aber auch die Finanzierung der Restkosten, in Fribourg, Waadt, Wallis und Tessin gemeinsam mit den Gemeinden. In der deutschen Schweiz hingegen tragen vielfach die Gemeinden alleine die Restkostenfinanzierung.

Kulturelle Präferenz für die Spitex

Die kantonale Zuständigkeit im Bereich der ambulanten Pflege hat in der lateinischen Schweiz grössere Spitex-Organisationen zur Folge. Während in der deutschen Schweiz immer noch zahlreiche kleine Spitex-Dienste tätig sind, sind die Romandie und der Kanton Tessin geprägt durch grössere regionale Strukturen, etwa in den Kantonen Waadt, Wallis und Freiburg. In den Kantonen Genf und Neuenburg gibt es für die ambulante Pflege und Betreuung gar nur eine einzige öffentlich-rechtliche Spitex-Organisation.

Die kantonale Zuständigkeit im Bereich der ambulanten Pflege geht einher mit einer grossen Bedeutung der ambulanten Pflege in der lateinischen Schweiz. Wie aus der Avenir-Suisse-Studie hervorgeht, weist die lateinische Schweiz weniger Betten auf pro 1000 Personen, die 80 Jahre alt und älter sind, als der Schweizer Durchschnitt, dafür aber mehr Spitex-Personal. Dies trifft insbesondere auf die Kantone Genf, Jura, Waadt, das

Tessin und den Kanton Neuenburg zu, weniger ausgeprägt ist dieses Muster im Wallis und im Kanton Fribourg. Die oben genannte Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Langzeitpflege in den Kantonen definiert denn auch ein «Modell Lateinische Schweiz», bei dem die Betreuung von älteren Personen in erster Linie ambulant erfolgt. «Die Alters- und Pflegeheime haben sich in diesen Kantonen stärker zur letzten Etappe in einem Betreuungskontinuum entwickelt, und ihre Bewohnerinnen und Bewohner sind im Durchschnitt pflegebedürftiger, älter und bleiben für kürzere Zeit dort», schreiben die Studienautoren.

Die ambulante Pflege, die auch in der Deutschschweiz aufgrund der Bedürfnisse vieler betagter Menschen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, geniesst in der lateinischen Schweiz bereits seit langer Zeit einen hohen Stellenwert. Die Gründe dafür sind weitgehend unklar. Avenir-Suisse-Experte Jérôme Cosandey und auch Eva Gschwend vom Forschungs- und

Beratungsunternehmen Infras führen dies auf «historisch gewachsene Strukturen» sowie «kulturelle und politische Präferenzen» zurück. Diese historisch gewachsene Präferenz für die ambulante Pflege wird aktiv unterstützt und gefördert, indem mit Ausnahme des Kantons Genf alle anderen Kantone der lateinischen Schweiz bei den Pflegekosten vollständig auf die Patientenbeteiligung verzichten. Die entsprechenden Kosten übernehmen die Kantone (zum Teil gemeinsam mit den Gemeinden) im Rahmen der Restkostenfinanzierung. In der übrigen Schweiz liegt die Patientenbeteiligung beim gesetzlich höchstmöglichen Betrag von 15.95 Franken pro Tag oder aber der Hälfte davon. Bei der stationären Pflege indes beträgt die Patientenbeteiligung schweizweit, auch in der lateinischen Schweiz, in aller Regel das gesetzliche Maximum von 21.60 Franken pro Tag. Neben der im Vergleich zur Deutsch-

Mit der Ausnahme von Genf verzichtet die lateinische Schweiz auf eine Patientenbeteiligung.

schweizerischen Kosten übernehmen die Kantone (zum Teil gemeinsam mit den Gemeinden) im Rahmen der Restkostenfinanzierung. In der übrigen Schweiz liegt die Patientenbeteiligung beim gesetzlich höchstmöglichen Betrag von 15.95 Franken pro Tag oder aber der Hälfte davon. Bei der stationären Pflege indes beträgt die Patientenbeteiligung schweizweit, auch in der lateinischen Schweiz, in aller Regel das gesetzliche Maximum von 21.60 Franken pro Tag. Neben der im Vergleich zur Deutsch-

>>

schweiz höheren Steuerung des Patientenverhaltens in der Romandie und im Kanton Tessin fällt in einzelnen Kantonen zudem eine starke staatliche Regulierungsdichte der Spitex-Organisationen auf. In den Kantonen Genf und Neuenburg etwa werden, wie Jérôme Cosandey ausführt, die Aufgaben und Organisation der öffentlich-rechtlichen Spitex-Dienste detailliert in eigenen Gesetzen geregelt, bis hin zur Zusammensetzung des Verwaltungsrats und der Geschäftsleitung.

Private haben einen schweren Stand

Die klare kantonale Zuständigkeit in der lateinischen Schweiz für den ganzen Bereich der Langzeitpflege lässt über die skizzierte Präferenz der ambulanten Pflege hinaus eine allgemein stärker dirigistische respektive steuernde Haltung vermuten. Im Kanton Waadt zum Beispiel besteht eine enge Zusammenarbeit der Behörden mit den Organisationen und Kantonalverbänden im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Im stationären Bereich sind zu diesem Zweck sämtliche Pflegeeinrichtungen in einer kantonalen Organisation zusammengefasst, die der Kanton und die Gemeinden gemeinsam steuern und finanzieren.

Für private Leistungserbringer bleibt in einem stärker staatlich gesteuerten Umfeld eher wenig unternehmerischer Freiraum. Gemäss Christian Streit, dem Geschäftsführer von Senesuisse, Verband der wirtschaftlich unabhängigen Pflegeeinrichtungen in der Schweiz, gibt es in der Romandie denn auch tendenziell immer weniger private Trägerschaften wie Stiftungen oder Vereine, die Einrichtungen im Bereich Wohnen und Leben in Alter betreiben. Auch in der ambulanten Pflege haben private Trägerschaften einen eher schweren Stand.

Die Bedingungen in der Romandie für private Leistungserbringer im Bereich der ambulanten Pflege kennt Markus Reck besonders gut. Er ist Vorstandsmitglied des Verbands der privaten Spitex-Organisationen und ist Leiter Public Affairs der zur französischen Orpea-Clinea-Gruppe gehörenden Senevita AG, die neben 27 Pflegeheimen in der Deutschschweiz auch die schweizweit tätige Spitex-Organisation «Stadt und Land» besitzt. Vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 musste die Spitex Stadt und Land in der Romandie – wie alle privaten Spitex-Organisationen in der gesamten Schweiz – ohne Gelder der öffentlichen Hand auskommen. Öffentliche Gelder flossen im Bereich der ambulanten Pflege einzig im Rahmen von Leistungsaufträgen mit umfassendem Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region.

Das hat sich seit der Einführung der Pflegerestkosten-Finanzierung geändert. Vor allem in der Deutschschweiz, wie Markus Reck beobachtet: «Eine Reihe von Kantonen hat hier sehr schnell nach dem Jahr 2011 die Gesetze angepasst und zahlt auch privaten Spitex-Organisationen Pflegerestkosten-Beiträge.» In der Romandie indes verlaufe der Prozess harziger. Es erfordere einige Überzeugungsarbeit, den Behörden und vor allem der Politik aufzuzeigen, dass die Restkostenfinanzierung keine staatliche Subventionierung darstelle, sondern vielmehr eine auf Bundesebene gesetzlich festgelegte leistungsabhängige Finanzierungspflicht der Kantone.

Mittlerweile erhalten Private in allen Kantonen der Romandie Restkosten-Beiträge. Markus Reck moniert aber, dass in manchen Kantonen die privaten Spitex-Organisationen viel weniger Restkosten-Gelder erhalten als öffentlich-rechtliche Organisationen mit Versorgungsauftrag, die dafür auch noch Subventionen bekommen. Um überhaupt eine Restfinanzierung zu erhalten, müssten sie zudem eine Reihe von Auflagen erfüllen, als ob es sich eben doch um Subventionierungen handle, für die der Staat etwas verlangen kann. Im Kanton Waadt gehört etwa die Einhaltung eines Gesamtarbeitsvertrags dazu, was einen teuren Kontrollaufwand und Mehrkosten zur Folge habe. Im Unterschied zu den Verbänden der öffentlich-rechtlichen Leistungserbringer würden die Verbände der Privaten – im Unterschied zur Deutschschweiz – zudem kaum in die Entscheidungsprozesse der Behörden mit einbezogen.

Hohe Kosten wegen hoher Löhne

Im stationären Bereich macht der Kanton Genf die Höhe der Restfinanzierung davon abhängig, ob eine Einrichtung öffentlich-rechtlich organisiert ist oder privat, wie Avenir-Suisse-Experte Jérôme Cosandey festhält. Und der Kanton Neuenburg zahlt Heimen, die den kantonalen GAV nicht einhalten, deutlich weniger Restkostenbeiträge. Die Unterschiede in der Abgeltung der Restkostenfinanzierung bei privaten und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen sei nur gerechtfertigt, so lange diese Mehrfinanzierung die Mehrkosten aufgrund eines Versorgungsauftrags decken, unterstreicht Eva Gschwend.

Die kantonale Zuständigkeit für den Bereich der Langzeitpflege in der lateinischen Schweiz

habe, so Gschwend, im Grundsatz einheitlichere Bedingungen für sämtliche Leistungserbringer auf dem Kantonsgebiet zur Folge. Die kantonale Finanzierung der Pflegerestkosten heisse allerdings nicht, dass auch überall die effektiv anfallenden Restkosten übernommen werden. In den Kantonen Freiburg, Genf und Tessin orientiere sich die Restfinanzierung an den individuellen Kosten der Leistungserbringer oder Leistungserbringergruppen. In der übrigen Westschweiz erfolgt die Restfinanzierung wie in etlichen Kantonen der deutschen Schweiz indes aufgrund kantonal definierter Normkosten oder Höchstgrenzen. In Kantonen der Deutschschweiz, wo öfters als in der Romandie die Gemeinden in der finanziellen Verantwortung stehen, ist nicht bekannt, wie die Finanzierung ausgestaltet ist. In einigen Fällen dürften die Kosten aber aufgrund der tatsächlichen Kosten abgegolten werden.

Die Pflegekosten in der lateinischen Schweiz variieren stark, wie das Kantonsmonitoring von Avenir Suisse deutlich macht – und sind vor allem nicht höher als in der Deutschschweiz. Aber auch nicht günstiger, wie man vielleicht aufgrund der Präferenz für die ambulante Pflege vermuten könnte. Unter dem Schweizer Durchschnitt schneiden die Kantone Wallis, Tessin und Jura ab. Die Kantone Waadt und Freiburg liegen etwa im Benchmark. Deutlich darüber liegen Genf und der Kanton Neuenburg. Dies erklärt sich vor allem mit sehr hohen Personalkosten. Diese lassen sich gemäss Jérôme Cosandey nicht alleine durch das lokale Lohngefüge erklären, sondern seien in erster Linie auf die Verhandlungsstärke der Sozialpartner zurückzuführen. ●

In einigen Kantonen erhalten private Spitex-Dienste viel weniger Restkostengelder.

«Betreutes Wohnen» beginnt in der Deutschschweiz – doch die Romandie holt auf

Ins Heim nur noch bei sehr hoher Pflegebedürftigkeit

Die Zukunft des Wohnens im Alter heisst «Betreutes Wohnen» – oder «Wohnen mit Serviceleistungen» Dieser Zukunft steht in der Deutschschweiz noch das zu grosse Angebot an Pflegeplätzen und in der Romandie die Fokussierung auf die ambulante Pflege im Weg.

Von Urs Treppe

Hedwig Lanz war zeit ihres Lebens eine selbstständige Frau. Heiraten mochte sie nie. Sie wollte sich nicht von einem Mann abhängig machen. Das Geld verdiente sie sich als Schneiderin. Zwar war sie, nachdem sie das Pensionsalter erreicht hatte, gerne unterwegs, und es gab keine Region der Schweiz, die sich nicht bereist hatte. Aber sie fürchtete auch, dass sie vereinsamen könnte – jetzt, da sie keine Kontakte mit der Kundschaft mehr hatte und in einer Wohnung lebte, wo man wenig Kontakt mit den Nachbarn hatte. Früher wäre Hedi Lanz spätestens jetzt in ein Altersheim gezügelt. Dafür allerdings fühlte sie sich zu jung – und noch zu unternehmungslustig. Das Angebot, das ihr die Wohngemeinde mit einer altersgerechten Zwei-Zimmer-Wohnung machte, kam ihr gerade recht. Sie zog mit etwas über 70 in die Altersstiftung, einem Wohnblock mit zwölf Wohnungen, bewohnt von zumeist älteren Paaren und Einzelpersonen, aber immer auch von jungen Menschen, denen die Stiftung ein Angebot macht, wenn nicht genügend ältere Menschen nach einer altersgerechten Wohnung nachfragen. Ein Hauswart sorgte für Ordnung und Sauberkeit im Haus, wechselte Sicherungen und Glühbirnen aus und trug den Bewohnerinnen und Bewohnern am Müllabfuhrtag den Abfallsack an die Strasse.

Was man einst «altersgerechtes Bauen» nannte, ist heute in Neubauten Standard.

Von «Betreutem Wohnen» sprach man noch nicht. Aber Hedwig Lanz lebte in einer Struktur, die dem schon recht nahe kam. Neben dem Hauswart, der sein Amt ganz pragmatisch auch als guter Geist im Haus verstand, bestand das Serviceangebot zusätzlich darin, dass der Arzt, der im Nachbarhaus wohnte und dort seine Praxis hatte, 24 Stunden für die Bewohnerinnen und Bewohner da war, falls ein Notfall eine medizinische Intervention nötig machte.

Gut zwanzig Jahre ist das her. Hedwig Lanz ist inzwischen gestorben. Die letzten drei Monate ihres Lebens verbrachte sie noch im Pflegeheim ihrer Gemeinde. Sie wurde immer schwächer und starb friedlich im Schlaf.

Dienstleistungen, die mehr sind als der rote Knopf

Lanz hat einen Weg gemacht, der heute vielfach typisch ist für das Wohnen im Alter: Wenn die angestammte Wohnung langsam Mühe bereitet, zu gross und zu anstrengend wird, zügelt man nicht mehr einfach in ein Altersheim, sondern in eine Wohnung, die eine begehbare Dusche, keine Treppen und Schwellen hat und mit dem Lift erreichbar ist – und: Man zügelt in eine Wohnung oder eine Siedlung, in der Dienstleistungen angeboten werden, die über den berühmten roten Notfallknopf hinausgehen. Angebote für Alltagsverrichtungen, die mit dem Alter beschwerlich werden. Das ist, was heute «Betreutes Wohnen» genannt wird.

Das «Betreute Wohnen», davon gehen alle Prognosen und Studien inzwischen aus, dürfte in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu einer weit verbreiteten Form des Wohnens im Alter werden. Was man lange Zeit «altersgerecht» nannte, ist heute in den Neubauten ohnehin Standard. Und mit der Alterung der Bevölkerung hat in wenigen Jahren eine Entwicklung stattgefunden, die das Wohnen im Alter grundsätzlich verändert hat –

>>



Gebügelte Hemden: Dienstleistungen nach Bedarf.

Foto: Ursula Meisser für Age-Stiftung

besser: sich den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Menschen anpasst, die heute ins Alter kommen.

Die Gewohnheiten und Bedürfnisse sind tatsächlich andere geworden. Es gibt nicht mehr nur entweder das selbstständige Wohnen in den eigenen vier Wänden oder das Wohnen im Heim. Es gibt inzwischen ein ganzes abgestuftes Programm von Wohnmodellen im Bereich zwischen dem angestammten Wohnen (evtl. mit Unterstützung der Spitex) und dem Wohnen im Heim. Man nennt diesen Bereich den intermediären (intermediär = dazwischen liegend) Bereich. Dazu gehören alle Angebote, die kurzzeitig oder für länger Pflege und Dienste «nach Mass» anbieten: Tages- und Nachtstrukturen, Aktivierungsangebote, Ferienplätze, Tagesfamilien, Inhouse-Spitex oder eben Betreutes Wohnen. Bei nur leichter Pflegebedürftigkeit ist kein Umzug in ein Pflegeheim mehr angezeigt, betreutes Wohnen genügt in den meisten Fällen.

Kein klarer Trennstrich mehr

Zwar zeichnete sich schon vor Jahren ab, dass es immer schwieriger wird, einen klaren Trennstrich zwischen der Betreuung zu Hause und der Unterbringung in einem Heim zu ziehen. Aber es dauerte, bis man anerkannte, dass die Ausgangslagen und Bedürfnisse der alten Menschen derart verschieden sind, dass sie sich nicht mehr dem strengen Stundenplan eines Heims unterordnen wollten, sondern sich ein möglichst breites Dienstleistungsangebot wünschten, das ihnen ermöglichte, die eigenen Lebensgewohnheiten beizubehalten.

Allerdings ist dies leichter gesagt als getan. Denn lange hat man – auch weil die Pflegefinanzierung dies begünstigte – in der Schweiz vor allem den Bettenbestand in den Heimen aus-

gebaut. Bis in die Gegenwart. Die Gesundheitsökonomin Monika Merki Frey sagt: «Lange fragte kaum jemand, welchen Einfluss ein sich rapid veränderndes gesellschaftliches Verhalten auf den Bedarf an Heimplätzen haben könnte.»

In der Romandie, wo man den Trennstrich zwischen der Betreuung zu Hause und der Unterbringung in einem Heim bis vor wenigen Jahren noch ziemlich klar zog, existierte darum bis vor Kurzen kaum ein intermediäres Angebot. Man fokussierte lange stark auf die ambulante Pflege. Mit einer Ausnahme: In der Romandie gibt es mehr dezentralisierte Wohngruppen für Menschen mit demenziellen Krankheiten.

Der Belegungsquotient in den Heimen ist in der Romandie noch immer höher als in der deutschen Schweiz. Gleichzeitig ist in den Westschweizer Kantonen aber rechtlich festgeschrieben, was «Betreutes Wohnen» beinhaltet – in der Deutschschweiz gibt es kantonale Unterschiede oder es existieren keine klaren Vorgaben. In der Praxis wird die französischsprachige Schweiz beim «Betreuten Wohnen» schon bald zur deutschsprachigen Schweiz aufschliessen.

Eine Entwicklung mit Pferdefuss

Die Stiftung Pro Senectute rechnet damit, dass im Jahr 2030 im Vergleich zu heute ein wesentlich kleinerer Teil der älteren und

alten Menschen auf die stationäre Pflege in einem Heim angewiesen sein wird. Der Anteil an leicht pflegebedürftigen Menschen wird zwar deutlich zunehmen. Aber diese Menschen, die heute zum Teil noch in Heimen leben, sollen künftig in erster Linie «betreut wohnen». Für Andreas Sidler von der Age-Stiftung, einer Organisation, die sich mit dem Wohnen im Alter

befasst, hat dieser Wechsel vom Heim ins «Betreute Wohnen» allerdings einen Pferdefuss: «Ungeachtet seines Potenzials zur passgenauen Unterstützung älterer Menschen steht das «Betreute Wohnen» quer im Schweizer Versorgungssystem. Dieses verlangt nach binären Klassifikationen von Leistungen: in pflegerisch oder nicht pflegerisch sowie in stationär oder ambulant. Das hochflexible Konzept des

betreuten Wohnens kann seine Stärken darin nur mit Mühe entfalten.» Tatsächlich gibt es in vielen Kantonen (noch) keine spezifischen Regelungen für die finanzielle Unterstützung der Bewohner und Bewohnerinnen von Alterswohnungen mit Service.

Zwar haben die Kantone in den letzten Jahren angefangen, diese Wohnform zwischen angestammter Wohnung und dem Heim auf unterschiedliche Art zu fördern. Über kurz oder lang dürfte dies aber dazu führen, dass sich die Finanzierungsmodi der veränderten Situation anzupassen haben – und nicht um-

Das «Betreute Wohnen» stärkt die Selbstbestimmung – und sie entlastet die Volkswirtschaft.

>>

gekehrt. Das verlangt politische Entscheidungen. Ein schmerzhafter Prozess wird das just für diese Kantone und Gemeinden werden, die heute noch viel zu viele stationäre Pflegeplätze haben und Mühe haben, diese zu belegen. Der Zürcher Stadtrat Andreas Hauri hat im Februar für seine Stadt die Notbremse gezogen. Er sistierte die bisherigen Altersstrategie: Statt wie vorgesehen für 600 Millionen Franken Altersheime zu renovieren und neu zu bauen, will er das Geld für Wohnformen einsetzen, die den Bedürfnissen künftiger Senioren entsprechen. Sie wollen selbstständig in ihrem Quartier leben, den Alltag mit Personen anderen Alters teilen und nur bei Bedarf Pflege in Anspruch nehmen.

Hohes Sparpotenzial

Hauris Paradigmenwechsel in der Stadt Zürich dürfte Vorbildcharakter haben. Denn das flexible «Betreute Wohnen» stärkt nicht nur die Selbstbestimmung älterer und alter Menschen, es entlastet auch die Volkswirtschaft. Eine breit angelegte Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG hat im vergangenen Jahr das Einsparpotenzial des betreuten Wohnens im Vergleich zu einem stationären Heimaufenthalt untersucht. Das Ergebnis war eindeutig: Wenn Menschen mit nur geringem Pflegebedarf in ein betreutes Wohnen eintreten

statt dass sie in ein Heim einziehen, führt das in der Regel zu Einsparungen bis 25 Prozent.

Heimaufenthalte sind teuer

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass das «Betreute Wohnen» für Versicherungen und den Staat günstiger ist als ein stationärer Heimaufenthalt. Denn Heimaufenthalte sind teuer. Ohne Ergänzungsleistungen sind sie von den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern nicht finanzierbar. Je länger das betreute Wohnen aber andauert und ein Eintritt in ein Heim hinausgezögert werden kann, umso grösser ist die Einsparung. Die Pro Senectute hat es

einmal für den Kanton Graubünden durchgerechnet: Würden knapp 300 leicht pflegebedürftige (Stufen 0–3) Männer und Frauen statt im Heim in einem betreuten Wohnen leben, würde dies Kanton und Gemeinden jährlich um 2,5 Millionen Franken entlasten.

Wenn dabei Geld eingespart werden kann, so lehrt die Erfahrung, kann es in der Politik mit einem Mal ganz rasch gehen. Mit dem «Betreuten Wohnen» kann dem Wunsch nach Sparen im Sozial- und Gesundheitswesen entsprochen werden. Es trägt aber auch einer gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung, die nicht mehr ignoriert werden kann. ●

**Wenn Geld
eingespart werden
kann, kann es in der
Politik mit einem Mal
ganz rasch gehen.**

Die Ausbildung in den Sprachregionen hat sich kulturbedingt anders entwickelt

Die Romandie liebt ihre Fachhochschulen

Fachhochschulen in der Romandie, Höhere Fachschulen in der deutschen Schweiz: Diese Unterschiede haben kulturelle Gründe. Zudem sind FaGe in der Deutschschweiz häufiger zu sehen, dafür «Animation Socioculturelle» in der Westschweiz. Das Ziel ist überall gleich: Bewohnerzufriedenheit.

Von Claudia Weiss

Ein wichtiger Punkt vorab: In den Alters- und Pflegeheimen der Romandie fühlen sich die Bewohnerinnen und Bewohner ebenso gut betreut wie jene in der deutschen Schweiz. Das bewies die Studie zu Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim Respons («Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland») der Fachhochschule Bern. «Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner waren insgesamt zufrieden mit ihrem Pflegeheim», heisst es jedenfalls im Schlussbericht. Auch wenn der Bericht nicht nach Sprachregionen unterscheidet: 94 Prozent der Befragten äusserten, sie würden ihr Heim anderen weiterempfehlen. Auch mit der Pflege im Heim zeigten sich die meisten grundsätzlich zufrieden: «Neun von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern meinten, dass sie im Pflegeheim gut bis sehr gut gepflegt würden.»

Dennoch besteht ein grosser Unterschied zwischen den Sprachregionen: Viele der Betreuungs- und Pflegefachleute haben diesseits und jenseits des Röstigrabens einen unterschiedlichen Berufsabschluss. In der Romandie sind das vielfach sogar ausländische, vor allem französische Abschlüsse. Ein Blick über die Ausbildungsstrukturen zeigt aber auch, dass die Abschlüsse der deutschen und französischen Schweiz anders verteilt

sind: Während Pflegende in der Deutschschweiz sehr oft Höhere Fachschulen (HF) besuchen und ein wichtiger Schwerpunkt auf den dualen Berufslehren liegt, machen jene in der Romandie hauptsächlich Fachhochschul-Abschlüsse (FH).

Kultur der Berufslehre ist in der Deutschschweiz verbreiteter

Einen Grund dafür vermutet Fabienne Pauchard, Ressortleiterin Berufsbildung und Entwicklung Westschweiz bei Curaviva Schweiz, darin, dass in der Romandie – beeinflusst von Frankreich und Italien – vermehrt die Tendenz Richtung Hochschulabschlüssen geht. «Dieser Einfluss ist je nach Kanton und Grenznähe ziemlich stark spürbar.» Marianne Geiser, Ressortleiterin HR Pflege und Betreuung Alter bei Curaviva Schweiz, ergänzt: «In der Deutschschweiz hingegen ist die Kultur der Berufslehre sehr viel verbreiteter als in der Romandie.» 85 Prozent der Studienplätze in Pflege werden zudem nicht an Fachhochschulen angeboten, sondern an höheren Fachschulen, für die keine Berufsmatura erforderlich ist.

Diese unterschiedlichen Trends zeigen sich besonders in zwei Berufsfeldern ganz deutlich, nämlich bei der Ausbildung für Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) und Aktivierungsfachfrau/-fachmann HF. Während sich der Beruf FaGe in den letzten 15 Jahren

seit seiner Einführung in der Deutschschweiz etabliert hat und mittlerweile zur dritbeliebtesten Ausbildung geworden ist, fasst er in der Romandie eher zögerlich Fuss.

Und Aktivierungsfachleute HF kennt man in der Westschweiz bisher gar nicht: Dort wird auf «Animation» gesetzt, die in Alters- und Pflegeheimen oft von Fachfrauen/Fachmännern Betreuung angeboten wird – oder dann von Fachpersonen in Soziokultureller Animation, und das ist ein Abschluss auf Fachhochschul-Niveau.

Die Tendenz zu mehr Fachhochschul-Abschlüssen in der Romandie kommt aus Frankreich.

>>



HES-SO Campus Siere: Die Fachhochschulen Gesundheit der Romandie wollen gemäss Positionspapier die FH-Studiengänge «als einzigen Weg zum Pflegediplom in der Westschweiz» beibehalten.

Die Entwicklung dieser unterschiedlichen Ausbildungen, erklärt die Genfer Sozialberaterin und -unternehmerin Christine Serdaly, habe geschichtliche Hintergründe: Lange Zeit sei die Pflege einerseits von hochqualifizierten Pflegefachleuten und andererseits von wenig qualifizierten Pflegehelferinnen, beispielsweise solchen mit dem SRK-Diplom, abgedeckt worden. «Mit zunehmender Komplexität der Langzeitpflege stiegen aber die Anforderungen an die Ausbildung.» Tertiäre Abschlüsse auf Niveau I und dann II seien nötig geworden, aber auch Spezialisierungen wie Psychiatrie-, Palliativ- oder Onkologiepflege. «Während die Deutschschweiz zu diesem Zweck in den Aufbau der Höheren Fachschulen investierte, begann die Westschweiz in einem allgemeinen Trend und auch ein wenig als Antwort darauf, die Fachhochschulen zu fördern.»

Konkurrenz Fachhochschule und Höhere Fachschule?

Die französische Schweiz, sagt Christine Serdaly, betrachte die unterschiedlichen Ausbildungsgänge HF und FH als Konkurrenz zueinander, obwohl die Höheren Fachschulen besonders den FaGe erlauben, höhere Diplome zu erlangen. «Und damit reagieren sie ja exakt auf den Bedarf an qualifizierten Fachkräften!» In der Westschweiz habe man aber stattdessen schon früh auf die Wichtigkeit von Fachhochschulen gesetzt und beispielsweise 1998 die Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) gegründet, die in den Kantonen Genf, Waadt, Jura/Neuenburg, Wallis und Freiburg verankert ist und «alle Alternativen schwierig macht». Dennoch eröffnete im September 2017 in Visp eine Höhere Fachschule für Gesundheit für den Kanton Wallis, vorerst zwar nur auf Deutsch, aber mit dem Fernziel, auch eine Abteilung für die französischsprachigen FaGes zu schaffen. Ob diese Erweiterung überhaupt gewünscht ist, wird sich zeigen. Im Bereich der Soziokulturellen Animation beispielsweise habe sich nämlich her-

ausgestellt, dass das Berufsprofil «Aktivierungsfachfrau/-fachmann HF» in der Westschweiz als bedrohliche Konkurrenz zum Fachhochschul-Abschluss «Animation Socioculturelle» angesehen wird, sagt Christine Serdaly. «Diese Wahrnehmung ist meiner Ansicht nach auch korrekt, denn die Ausbildung der Höheren Fachschule ist eigentlich ideal an die Pflege und Betreuung in Alters- und Pflegeheimen angepasst.»

Allerdings sind die unterschiedlichen Curricula der Ausbildungsstätten teils etwas verwirlich: «Die pflegespezifischen Kompetenzen, die an den deutschschweizerischen Höheren Fachschulen vermittelt werden, entsprechen eigentlich jenen der westschweizerischen Fachhochschulen», sagt beispielsweise Fabienne Pauchard von Curaviva Schweiz. Im Lauf der Jahre hätten zwar diverse Angleichungsbestrebungen stattgefunden. Dennoch vermutet ihre Deutschschweizer Kollegin Marianne Geiser: «Die Auswirkungen von vermehrten Fachhochschul-Abschlüssen in der Romandie könnte sich eventuell in der bevorstehenden Messung der nationalen Qualitätsindikatoren Langzeit zeigen.»

FaGe bleiben in der Romandie länger in ihrem Beruf, in der Deutschschweiz wechseln sie öfter.

Studie zeigt: FaGe in der Romandie bleiben

Tatsächlich zeigen sich bereits in anderen Studien Auswirkungen der unterschiedlichen Ausbildungsprofile. Beispielsweise in einer mehrjährigen Laufbahnstudie von FaGe, aktuell publiziert unter dem Titel «Der Beruf Fach-

frau und Fachmann Gesundheit: Manchmal ein Traumjob, häufig ein Zwischenstopp» von Ines Trede, Leiterin Observatorium für die Berufsbildung am Eidgenössischen Hochschulinstitut für Berufsbildung. Diese Studie untersucht die Laufbahnentwicklung der FaGe in der Zeit nach ihrem Abschluss seit 2011. In der französischsprachigen Schweiz, so zeigt sich, bleiben die FaGe länger in ihrem Beruf: Während dort nach fünf Jahren noch über die Hälfte der ausgebildeten FaGe auf dem Beruf arbeiten, sind es in der deutschen Schweiz nur noch gut jede fünfte FaGe. Die



Foto: HES-SO

anderen haben in der Zwischenzeit eine höhere fachliche Weiterbildung absolviert (54 Prozent) oder sind ausgestiegen (21 Prozent).

Die geringeren Ambitionen der FaGe für ein Pflegestudium in der Romandie haben gemäss Ines Trede damit zu tun, dass in der Romandie das Studienangebot in Pflege «hauptsächlich Personen mit einem Berufs-, Fach- oder allgemeinen Maturitätsabschluss vorbehalten ist, da es an den Fachhochschulen angesiedelt ist». Doch nur etwa 13 Prozent der FaGe erwerben während der Lehre eine Berufsmatur.

Eine weitere Erklärung liegt beim Alter: Eine FaGe-Ausbildung wird in der Romandie

eher als Zweitausbildung oder nach einigen Jahren Berufserfahrung gewählt und seltener direkt nach der obligatorischen Schule – durchschnittlich mit 19 Jahren statt mit 17 Jahren wie in der Deutschschweiz. «Und die Studie zeigt, dass jüngere Absolventinnen und Absolventen häufiger einen tertiären Gesundheitsberuf anschliessen als ältere.»

Neue Eidgenössische Höhere Fachprüfungen

Weder die festgestellten Verbleibzahlen im Beruf noch die Übertritte in ein Pflegestudium genügen jedoch gemäss den Hochrechnungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und OdaSanté: Idealerweise sollten rund 60 Prozent der FaGe eine Weiterbildung im tertiären Bereich absolvieren und 40 Prozent im Beruf bleiben. Solche Idealzahlen werden wohl ein Wunschtraum bleiben. Daher betont Ines Trede: «So lange wir nicht anderweitig Fachpersonal rekrutieren können, müssen wir dringend die Ausstiegsquoten von 20 Prozent senken und für FaGe-Absolventinnen und -Absolventen attraktive Karriere- und Bildungsmöglichkeiten schaffen.»

Beidseits des Röstigrabens sind deshalb starke Bemühungen festzustellen, um dem Fachkräftemangel vorzubeugen, die Ausbildungen attraktiv zu gestalten und den immer komplexer werdenden Anforderungen in der Langzeitpflege unter anderem mit neuen Ausbildungen zu begegnen. Nach und nach finden deshalb Angleichungen im Bildungssystem statt.

Demnächst werden gesamtschweizerisch die wichtigen neuen Lehrgänge für Fachexpertinnen und Fachexperten mit einem Diplomabschluss «Höhere Fachprüfung in Palliative Care» und «Geriatric Psychogeriatric» angeboten. Bereits 2011 schrieb das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation im «Schlussbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe» optimistisch: «Im Rahmen des Masterplans wurde ein Commitment erarbeitet, wonach sich die beiden tertiären Bildungsgänge in der Pflege – HF und FH – ergänzen und einen wichtigen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs leisten.»

Ob das so einfach geht, ist ungewiss. Jedenfalls lautet eine Mitteilung vom 8. Februar 2019 auf der Homepage des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK unter der Rubrik News: «Die Fachhochschulen Gesundheit der Romandie sprechen sich in einem Positionspapier für die Beibehaltung der FH-Studiengänge als einzigem Weg zum Pflegediplom in der Westschweiz aus.» Ausserdem, sagt Christine Serdaly, existiere kein Studienangebot für eine berufsbegleitende HF-Ausbildung, und in der Romandie würden auch die Fachprüfungen noch nicht wirklich genutzt.

Zukunft: Masterstudiengänge und Grade and Skill Mix

Wenn auch nicht unbedingt parallel, aber insgesamt läuft doch in beiden Sprachregionen einiges punkto Pflegeausbildung. So führte die Deutschschweiz im Jahr 2000 den ersten Masterstudiengang in Pflege ein sowie vor Kurzem den Studiengang «Advanced Practice Nurse plus» an der Universität Basel. In der Westschweiz hingegen, sagt Christine Serdaly, seien die Schwerpunkte im selben Zeitraum vor allem auf bestimmte Schwerpunktthemen wie Palliative Care, Low Vision oder Alterspsychiatrie gelegt worden. «Die Verantwortlichen haben ausserdem erkannt, dass in Alters- und Pflegeheimen interdisziplinäre Teams ideal wären, zusammengesetzt aus Pflegeassistentinnen und -assistenten, FaGe, Pflegefachpersonen HF oder FH, Sozialarbeiterinnen wie auch Personal aus Hauswirtschaft, Küche und Administration.» Und weil der Anteil an qualifiziertem Pflegepersonal oft knapp sei, sollte «mindestens eine Fachperson mit Master-niveau im Team sein, oder eine Advanced Practice Nurse oder eine Fachexpertin mit Spezialisierung in Geriatrie oder Palliative Care».

Tatsächlich zeigte bereits der Schlussbericht des «Swiss Nursing Homes Human Resources Project» (Shurp Studie, 2013), dass genau solche Fragen die Institutionen in beiden Sprachregionen am meisten beschäftigen. Auf die Frage nach den brennenden Themen für die Forschung in der Langzeitpflege gaben die teilnehmenden Institutionen am häufigsten den Skill and Grade Mix an: «Welches Personal mit welchen Kompetenzen und in welchem Mix braucht es, insbesondere auf Abteilungen mit dem Schwerpunkt Demenz oder Gerontopsychiatrie, um eine angepasste Pflege- und Betreuungsqualität zu erbringen?»

Darüber, wie Advanced Practice Nurses (APN) in Teams von Schweizer Pflegeinstitutionen eingesetzt werden, ist allerdings noch wenig bekannt. Das Projekt Intercare («Nurse-led models of care in Swiss nursing homes: improving Interprofessional Care for better resident outcomes») unter Leitung der beiden Pflegewissenschaftler Michael Simon und Franziska Zúñiga von der Universität Basel will dem abhelfen: «Die Studie wird erste evidenzbasierte Aussagen zum Einsatz von hochqualifiziertem Pflegepersonal in interprofessionellen Teams in Schweizer Pflegeinstitutionen erlauben», verspricht der Beschrieb des Projekts, das noch bis 2021 läuft. «Sie adressiert damit den mangelnden Zugang zu geriatrischer Expertise in Schweizer Pflegeinstitutionen und entwickelt nachhaltige Lösungsmöglichkeiten.»

**Brennende Themen
in der ganzen
Schweiz: Grade and
Skill Mix und neue
Versorgungsmodelle.**

>>

Ein besonders beunruhigendes Problem seien vermeidbare Spitaleinweisungen und deren negative Auswirkungen (Mortalität, Funktionseinschränkungen, Delir und Stürze) sowie die daraus resultierenden höheren Kosten: «Zwischen 19 und 67 Prozent der Spitaleinweisungen aus Pflegeinstitutionen werden als vermeidbar eingestuft», heisst es im Projektbescrieb. Mit dem Einsatz einer APN als Teamleitung könne man komplexen Bedürfnissen besser begegnen: «Eine Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen sind neue Versorgungsmodelle, wie sie bereits in verschiedenen Ländern entwickelt wurden. Schlüsselemente dieser Modelle sind interprofessionelle Gesundheitsteams mit einem Skill Mix, der erlaubt, die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen zu decken, die Koordination von Übergängen an den Schnittstellen zu verbessern, das Pflege- und Betreuungspersonal in Pflegeinstitutionen in ihrer klinischen Expertise zu befähigen und die Pflegeentwicklung zu unterstützen.» Solche Versorgungsmodelle, geleitet von spezialisierten Expertinnen und Experten, seien bereits in anderen Ländern in der Langzeitpflege erfolgreich implementiert worden und hätten zu einer besseren Pflegequalität geführt. Beispielsweise dank

Laufbahnstudie FaGe: (D) www.ehb.swiss/obs/FAGE und (F) www.iffp.swiss/obs/ASSC

besserem Schmerzmanagement sowie weniger Dekubitus, Stürzen oder Hospitalisierungen. Und damit zu guter Letzt auch zu einer besseren Gesundheit und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner.

Skill Mix: Vielleicht wichtiger als die Ausbildungsfrage

Tatsächlich zeigt ein nochmaliger Blick auf den Schlussbericht der Respons-Studie zur Zufriedenheit der Altersheimbewohner: «Handlungsbedarf besteht vorwiegend im Schmerzmanagement, in der Alltagsgestaltung, der Selbstbestimmung und in der personenzentrierten Pflege und Betreuung.» Allerdings, und hier zeigen sich wohl wieder kulturelle Unterschiede, sieht dieser Handlungsbedarf in den Sprachregionen unterschiedlich aus: «Die Dimensionen Alltagsgestaltung und Autonomie wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Deutschschweiz positiver bewertet, die Dimension Personenzentriertheit von den Befragten der Romandie.»

Vielleicht spielen letztlich die Ausbildungsunterschiede der Sprachregionen eine gar nicht so wichtige Rolle. Vielleicht ist es viel wichtiger, alle Ausbildungsgrade mithilfe eines sinnvollen Grade and Skill Mix so zu kombinieren, dass die unterschiedlichen Berufspersonen ideal miteinander zusammenarbeiten können. Vielleicht haben dann alle Bewohnerinnen und Bewohner automatisch das Gefühl, sie würden optimal betreut – egal ob in der Deutschschweiz oder in der Romandie. ●

Interdisziplinäre Arbeit am Beispiel der Fondation Beau-Site

Das Heim als gut eingespieltes Ensemble

Die interdisziplinäre Arbeit gehört schon seit vielen Jahren zu den Werten der Fondation Beau-Site und ihren verschiedenen Institutionen. Heute geht die Stiftung noch einen Schritt weiter und setzt auf einen «partizipativen Ansatz»: Bei diesem werden die berufsspezifischen Grenzen überschritten.

Von Anne-Marie Nicole

Das erhabene Gebäude auf der Anhöhe von Clarens mit einem grandiosen Blick auf die verschneiten Alpen, in dem heute die Zentralverwaltung der Fondation Beau-Site und das Alters- und Pflegeheim desselben Namens untergebracht sind, war nicht immer ein Heim für Menschen im Alter. Es wurde Ende des 19. Jahrhunderts erbaut und war zunächst eine Familienpension, dann ein schönes Hotel der Waadtländer Riviera, bevor es in den 1950er Jahren zu einem Altersheim und schliesslich zu einem Alters- und Pflegeheim umgestaltet wurde.

Heute verfügt die Fondation Beau-Site über vier Alters- und Pflegeheime in der Region – Beau-Site, Montbrillant, Le Maillon und Coteau-Muraz – sowie über ein Zentrum für vorübergehende Betreuung und eine Zentralküche. Seit etwas über einem Jahr hat die Stiftung mit

der Modernisierung ihrer Heime ein neues Kapitel in ihrer Geschichte angefangen, und zwar mit dem Ziel, eine kontinuierliche Altersbetreuung schutzloser Menschen im Alter zu gewährleisten – von ihrem Zuhause bis zur langfristigen Unterbringung.

Dieser Text wurde aus dem Französischen übersetzt

Um die Strukturen offener und durchlässiger zu gestalten, haben der Verwaltungsrat und der Stiftungsrat einen Strategieplan für die kommenden fünf Jahre entworfen. Ihre Vorstellung ist im Wesentlichen «eine moderne Stiftung (...), die ihren Bewohnern einen auf ihre Bedürfnisse und ihr Wohlbefinden zugeschnittenen, sicheren Lebensraum bietet». Im Mittelpunkt stehen die Schlagworte: Vertrauen, Respekt, Qualität und Kompetenz.

Während der Verwaltungs- und der Stiftungsrat die sechs Schwerpunkte der Strategie sowie eine Reihe von Zielen definierte, sollten die rund 200 Mitarbeitenden in einer breiten partizipativen Herangehensweise den operativen Rahmen festlegen. Die Hälfte von ihnen nahm an Arbeitsgruppen teil, um die kommenden Herausforderungen aus ihrer Sicht zu formulieren und Lösungen zu suchen. «Wie wir festgestellt haben, weichen die Ansichten der Räte und des Personals nicht voneinander ab, vielmehr ergänzen sie sich», freut sich Yves Motet, Direktor der Fondation Beau-Site.

Auch Bewohner, Angehörige und externe Partner gaben ihre Meinung zur Strategie.

Einen Schritt weitergehen

«Wir wollen in Zukunft die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner auf Ebene der Stiftung und nicht mehr auf Ebene der verschiedenen Heime gewährleisten.» Als wollte man diese Absicht in den Köpfen besser verankern, wurde das Schema des Strategieplans auf einem Becher aufgedruckt, der an das gesamte Personal verteilt wurde.

Und die Stiftung hat auch die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen sowie externe Partner (Institutionen, Schulen, politische Instanzen und andere) mit einbezogen, um ihre Meinung zu dem Strategieplan und den geplanten Massnahmen zu hören.

Konkret soll der Strategieplan zu mehr Interaktion und Zusammenarbeit zwischen den Strukturen führen. Das soll schliesslich dazu führen, dass das Fachwissen zusammenfliesst und neue

>>



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fondation Beau-Site an einem Workshop: Alle definierten aus ihrer jeweiligen Sicht die künftigen Herausforderungen und suchten nach Massnahmen, um diesen optimal zu begegnen.

Foto: Fondation Beau-Site

interne Netze geschaffen werden können. «Damit wollen wir in der Interdisziplinarität der Teams einen Schritt weitergehen, wir wollen nicht nur, dass sich drei Fachkräfte an einen Tisch setzen», erklärt der Direktor. Er ist überzeugt davon, dass die Logik des «empowerment» der Mitarbeitenden, auf der diese neue Strategie beruht, die Interdisziplinarität noch verstärkt.

Die interdisziplinäre Arbeit gehört bereits seit vielen Jahren zu den Werten der Fondation Beau-Site und ihrer verschiedenen Einrichtungen. «Sämtliche Fachkräfte teilen einander ihre Beobachtungen mit und vereinen ihre Kompetenzen und ihr Know-how, um Leistungen anzubieten, die den spezifischen Bedürfnissen und Wünschen der verschiedenen Bewohner Rechnung tragen», heisst es im Kapitel zu den Grundprinzipien. So haben alle Mitarbeitenden im Alters- und Pflegeheim – gleich ob in der Altenpflege, am Empfang, als Koch, Pflegefachfrau, in der Cafeteria, als Raumpflegerin oder als Reinigungskraft arbeitend – unabhängig von ihrer Tätigkeit oder Funktion ihre Aufgabe. So tragen sie alle in Absprache mit ihren Kolleginnen und Kollegen zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner bei.

Interdisziplinäre Arbeit seit fast 20 Jahren

Die Anfänge der interdisziplinären Arbeit in den waadtländischen Alters- und Pflegeheimen reichen bis zum Anfang dieses Jahrhunderts zurück, und zwar dank den internen Schulungen in der Palliativpflege oder in der Gerontopsychiatrie. Diese Schulungen für das gesamte Personal machten deutlich, wie notwendig eine gute Zusammenarbeit und eine Ergänzung der Kompetenzen sind. Dies erleichterte den Aufbau einer gemeinsamen Sprache unter den Fachkräften verschiedener Tätigkeitsbereiche. Gleichzeitig gewannen so alle ein besseres Verständnis für die Aufgaben und Funktionen der anderen.

Daneben wurde die Interdisziplinarität zu dieser Zeit auch

dadurch gefördert, dass man einerseits die hauswirtschaftlichen Fachkräfte integrierte, denn diese – wie man festgestellt hatte – verfügen über wertvolle Informationen über die Bewohner, über ihre Lebensgeschichte, ihre Gewohnheiten, ihren Humor, und ihre Neigungen. Gleichzeitig wurden die neuen, frisch auf den Arbeitsmarkt gekommenen Fachkräfte für Pflege und Gesundheit (FaGe), Fachpersonen Betreuung (FaBe) sowie die Fachkräfte für Hauswirtschaft gefördert. Durch diese neuen Tätigkeitsprofile war man gezwungen, die Aufgabenverteilung innerhalb der Teams unter einem interdisziplinären Aspekt neu zu überdenken.

Die Grenzen auflösen

Schliesslich startete 2007 in der Medizin- und Sozialbranche im Waadtland das Projekt «Teams von morgen» mit dem Ziel, die Arbeitsorganisation zu optimieren, die notwendigen Kompetenzen in den Teams zu identifizieren und den Personal-mangel zu bekämpfen.

Heute setzt die Fondation Beau-Site auf den partizipativen Ansatz, der im Sommer 2018 initiiert wurde: Interdisziplinarität wurde zu einem Projekt der Einrichtung gemacht und der Schwerpunkt auf einen integrierten Ansatz der Betreuung gelegt. «In der Praxis wollen wir die beruflichen Grenzen auflösen und gleichzeitig die spezifischen beruflichen Kompetenzen entwickeln», erklärt Yves Mottet. Das neue Organigramm kombiniert deshalb die hierarchischen und funktionalen Ebenen und animiert das Personal dazu, interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Ein neues «Betreuungstrio», das sich aus den drei Verantwortlichen der Bereiche Pflege und Betreuung, Unterbringung und Infrastruktur sowie Soziokulturelles und Innovation zusammensetzt, ist damit betraut, auf Ebene der Stiftung eine Betreuungspolitik zu formulieren, die die Komponenten Soziokulturelles, Unterbringung und Pflege vereint.

>>

«Interdisziplinäre Teams sind sehr unterschiedlich organisiert»

Die Zusammenarbeit der Professionen funktioniert nicht in allen Sprachregionen und Kantonen gleich, sagt Pflegeberaterin Iris Ludwig. Das Thema sei aber überall wichtig.

Claudia Weiss

Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Skill and Grade Mix sind in der heutigen Pflegelandschaft aus den Teams nicht mehr wegzudenken. Allerdings funktionieren sie nicht überall gleich. Iris Ludwig, Pflegeberaterin und pädagogische Beraterin am Berner Bildungszentrum Pflege Fachbereich Weiterbildung, hat sich in Institutionen der Schweiz umgeschaut und zusammengetragen, wo Interdisziplinarität wie funktioniert.

Ihr Fazit, das sie in ihrem Buch präsentiert hat: «Das interdisziplinäre Team im hier dargestellten Sinn – die Zusammenarbeit zwischen der Pflege, dem (sozialen) Betreuungspersonal und der Hotellerie/Hauswirtschaft – ist nicht in allen Sprachregionen, Kantonen und Einrichtungen gleich organisiert.»

Eine eindeutige Unterscheidung zwischen Deutschschweiz und Romandie, sagt Iris Ludwig im Gespräch, lasse sich nicht feststellen: Zu gross seien die kantonalen, aber auch die individuellen Verschiedenheiten. «Hinzu kommt, dass es beim Skill and Grade Mix nicht nur um die Frage der unterschiedlichen Fachbereiche geht, sondern auch um Fragen rund um den Generationenmix, die Rollen von Mitarbeitenden und den gezielten Einbezug von Fachexpertinnen und -experten.»

In der Westschweiz, hat sie jedoch festgestellt, wird tatsächlich vielerorts seit Jahren ein sehr grosser Wert auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungsteams gelegt, und auch Hauswirtschaft sowie technischer Dienst wer-

den oft mit einbezogen. Aber: «Auch in der deutschen Schweiz unternehmen einzelne Institutionen grosse Bemühungen, die Interdisziplinarität zwischen den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und therapeutischen Berufen zu stärken.»

Einen wesentlichen Unterschied zwischen den Sprachregionen sieht Iris Ludwig vor allem in einem anderen Punkt: «Einige Westschweizer Alters- und Pflegeheime beschäftigen sehr viele Pflegenden aus Frankreich», sagt sie. «Diese bringen eine besondere Note in die Pflege.» Diese Besonderheit – «eine Andersartigkeit, nicht eine Wertigkeit!» – basiere auf einer Tradition mit stärkeren Hierarchien, aber auch auf einem anderen fachlichen und ausbildungsmässigen Hintergrund: Während in der deutschen Schweiz die Höheren Fachschulen einen grossen Stellenwert haben, setzt die Romandie eher auf Fachhochschulen.

Deutschschweiz bindet FaGe schon früh ein

«Im Betagtenbereich zeigt sich das vor allem im Einsatz von Fachleuten der «animation», erklärt Iris Ludwig. Den Beruf Aktivierungsfachfrau/-fachmann, der mit einem Diplom der Höheren Fachschule abgeschlossen wird, gibt es in der Romandie nicht, stattdessen werden dort seit vielen Jahren Fachpersonen in Soziokultureller Animation ausgebildet – eine Ausbildung, die es wiederum in der deutschen Schweiz erst seit Kurzem auf Fachhochschul-Niveau gibt.

In der deutschen Schweiz hingegen, das sei ein weiterer wesentlicher Unterschied zur Romandie, hätten Pflegeheime schon sehr früh angefangen, Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit (FaGe) in die Pflegeteams einzubinden: «Teils geschieht das sogar schon während der FaGe-Ausbildung.» Es gebe sehr interessante Modelle, wie FaGes mit Diplomierten zusammenarbeiten. Gleichzeitig registriert Iris Ludwig auch starke Bemühungen in

Die Geschäftsführer der Institutionen werden künftig «Leitungsassistenten der Institution» tituiert. Dieser Titel soll sie daran erinnern, dass sie Teil eines Teams sind. Und weil die oberste Leitung mit gutem Beispiel vorangehen soll, arbeiten die Mitglieder der Geschäftsleitung in einem «open space» zusammen, und die frei gewordenen Büros wurden in Ruheräume für das Personal umgewandelt.

Wichtiger Paradigmenwechsel

«Die Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Bewohner geben die Zusammensetzung des Teams für die Betreuung vor – und nicht umgekehrt», sagt Gaëlle Rochat Karlen, verantwortlich für Soziokulturelles, Förderung und Innovation. «Auch wenn es nicht offensichtlich ist, aber das ist ein wichtiger Paradigmenwechsel.» Vor der Umorganisation war sie Leiterin für Entwicklung

und Interdisziplinarität. In dieser Funktion koordinierte sie die Massnahmen und gab Impulse, um die Mitarbeitenden derselben Einheit zur Zusammenarbeit anzuregen – damals wurde allerdings noch weit weniger von Interdisziplinarität unter den Einheiten auf Ebene der Stiftung geredet.

Schon früh erkannte Gaëlle Rochat Karlen, dass die Zusammenarbeit rasch an ihre Grenzen stösst, wenn alle ihre Teilinteressen verfechten und bei der Arbeit ein Scheuklappen-denken zeigen. Und wie nachteilig es sich auswirkt, wenn die Mitarbeitenden verschiedener Fachgebiete mangelhaft miteinander kommunizieren und deshalb die gegenseitigen Arbeitsbereiche nicht kennen. Ihre Überzeugungskraft, dass Interdisziplinarität ihre Berechtigung hat, wurde allerdings auf eine harte Probe gestellt: «Sie musste grosse Überzeugungsarbeit leisten!», scherzt Yves Mottet. Es erstaunt daher

Die Bedürfnisse der Bewohner geben die Zusammensetzung des Teams vor, und nicht umgekehrt.

der ganzen Schweiz, deutlich zu machen, welche Stärken die verschiedenen Berufsgruppen mit sich bringen. Und wie sie mit anderen Berufsgruppen aus der Pflege, auch solchen mit einem anderen «grade», also einer unterschiedlichen Funktionsstufe, gut zusammenarbeiten können: «Einige Heime haben bereits Modelle wie Bezugspflege oder Gruppenpflege eingeführt, und besonders das Modell einer Tandempflege ist ein Anstoss dafür, dass die Berufsgruppen einander gegenseitig stärken.»

In der deutschen Schweiz hat sich deshalb – anders als in der Romandie – in den letzten Jahren ein neuer Begriff etabliert, der weiter geht als Interdisziplinarität: Interprofessionalität. Beat Sottas, freischaffender Berater und Publizist, beschrieb das in einem Fachbeitrag so: Der Begriff «interdisziplinär», der genau genommen intraprofessionell heissen müsste, komme aus den (Natur-)Wissenschaften und bedeute, dass Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Fachrichtungen innerhalb eines akademischen Fachs oder des gleichen Berufs zusammenarbeiten. In der Pflege könnte das bedeuten, dass eine Diabetes Nurse und eine Oncology Nurse zusammenarbeiten.

Interprofessionalität als «Schlüsselkonzept»

Interprofessionalität hingegen, wiederum gemäss Definition Sottas, setzt sich «als Schlüsselkonzept für das Gesundheitssystem» durch: «Die Beteiligten haben unterschiedliche berufliche Hintergründe und Qualifizierungswege, sind aber gefordert, gemeinsam mit einer (dynamischen) Situation umzugehen, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Interaktion ist zwingend.»

Im Heimalltag, erklärt Iris Ludwig, könnte Interprofessionalität bedeuten, dass man den Skill and Grade Mix in jedem Bereich

anschaut, «also beispielsweise nicht nur in der Pflege, sondern auch in der Hauswirtschaft», und die verschiedenen Berufsgruppen optimal miteinander verknüpft. Ein Projekt im Kanton Jura habe dieser Thematik bereits Rechnung getragen: «Die Verantwortlichen haben die Aufgaben innerhalb sämtlicher Altersheime präzisiert, unterschiedliche und überschneidenden Aufgaben aufgezeigt und versucht, das konzeptuell in der Umsetzung zu nutzen.»

In ihrem Buch fasst Iris Ludwig zusammen: «Einzelne Betriebe achten bewusst darauf, einerseits in junge Mitarbeitende zu investieren, andererseits die Generationen 50-plus zu fördern. In einem der Betriebe konnten zum Beispiel erfahrene Pflegeassistentinnen auf Wunsch in den Hotelleriebetrieb wechseln.» Wichtig sei es, die Rolle aller Berufsgruppen zu stärken und «eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe» anzustreben.

Ohne gelebte Interdisziplinarität – oder noch besser Interprofessionalität – werde es in Zukunft weder in der Deutschschweiz noch in der Romandie möglich sein, Bewohnerinnen und Bewohner optimal zu betreuen, davon ist Iris Ludwig überzeugt: «Insgesamt besteht ein weiträumiger Konsens darin, dass in einer Institution alle Mitarbeitenden dazu beitragen, den Lebensraum der Bewohnerinnen und Bewohner zu gestalten – unabhängig von ihrem jeweiligen Beruf.» ●



Iris Ludwig: «Wir brauchen sie alle. Pflege benötigt Differenzierung. Soins et accompagnement: Une nécessaire diversité des métiers», hpsmedia Verlag, 586 Seiten, 67 Franken

nicht, dass sie sich über die ersten ermutigenden Resultate des partizipativen Ansatzes freut. Am 12. Februar dieses Jahres fand sich der Grossteil der Belegschaft der Stiftung zu einer Informationsveranstaltung ein, an der in erster Linie die bereits durchgeführten oder noch aktuellen Projekte vorgestellt werden sollten: Dies als Zeichen dafür, dass über die Worte, die Theorie und Strategiepläne hinaus ganz konkrete Massnahmen durchgeführt werden.

Welche Funktion hat das Küchenpersonal beim Empfang?

So fragte sich das Küchenpersonal, welche Funktion es beim Empfang eines neuen Bewohners und bei seiner Betreuung im Alltag hat. Ein weiteres Beispiel ist das Frühstücksbuffet, das von den Bewohnern und den Mitarbeitenden gemeinsam vorbereitet und eingenommen wird. Es werden auch Überlegungen angestellt, wie Technologie besser eingesetzt werden kann, um nützliche Informationen über die Bewohnerinnen und Bewoh-

ner in elektronischen Akten festzuhalten und allen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich zu machen. Die Umsetzung dieser «bewährten Praktiken» hat den Vorteil, dass sie die beruflichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden steigert. Sie sind sinnstiftend und motivierend. Damit diese Praktiken nicht in Vergessenheit geraten und alle an jedem Standort davon profitieren können, hat die Stiftung eine «Fabrik für Praktiken und Innovation» ins Leben gerufen: Diese soll sich für aktuelle und künftige Praktiken einsetzen, die die gemeinsame und partizipative Arbeit fördern und kollektive Intelligenz, Kreativität und Innovation unterstützen.

Der Weg ist noch lang. Aber es scheint nicht an Enthusiasmus zu mangeln. «Früher verfügten wir über verschiedene Fachkräfte, heute haben wir ein Team. Wir haben statt eines abgeschoteten nun ein vernetztes System. Wir sind dabei, uns vom Partikularismus hin zu kooperativen Strukturen zu bewegen», fasst Yves Mottet zuversichtlich zusammen. ●

Wie die Verbände Curaviva, Insos und der VAHS die Uno-BRK umsetzen wollen

«Mit einer Vielfalt an Angeboten Wahlfreiheit ermöglichen»

Mit einem nationalen Aktionsplan bezwecken Insos Schweiz, Curaviva Schweiz und der VAHS einen umfassenden Veränderungsprozess bei der Lebensgestaltung und den Arbeitsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung. Die Fachzeitschrift hat bei den Geschäftsführern der Verbände nachgefragt.

Von Elisabeth Seifert

Jeder Mensch soll sein Leben selbstbestimmt führen können. Dieses Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie, welches wir selbstverständlich für uns in Anspruch nehmen, gilt für zahlreiche Menschen mit Behinderung – noch – nicht. Die Uno-Behindertenrechtskonvention, welche die Schweiz im Jahr 2014 ratifiziert hat, soll das ändern. Auch hierzulande besteht einiger Handlungsbedarf. In der Verantwortung stehen unter anderem die Verbände und Institutionen für Menschen mit Behinderung. Mit dem nationalen «Aktionsplan UN-BRK 2019–2023» haben die drei Verbände Curaviva Schweiz, Insos Schweiz und der Verband anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie (VAHS) Schweiz ein ambitioniertes Dokument ausgearbeitet, um die Konvention auf institutioneller Ebene umzusetzen.

Im Aktionsplan werden 35 Ziele und 145 Massnahmen und Empfehlungen aufgeführt. Die drei Verbände, die erstmals gemeinsam ein derart umfassendes Projekt lanciert haben, nehmen damit in erster Linie sich selbst in die Pflicht und geben den Institutionen eine Wegleitung an die Hand. Die Massnahmen, Ziele und Empfehlungen beziehen sich auf Eckwerte der Uno-BRK wie Mitwirkung, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Angebotsvielfalt in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Lebensgestaltung. Aktiv mitgearbeitet hat am Aktionsplan eine Gruppe von 40 Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern. Das

Projekt startete im Herbst 2017, unterstützt vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EGBG. Anfang März ist der Aktionsplan an einer Medienkonferenz in Bern der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Die Fachzeitschrift hat dies zum Anlass genommen, den Geschäftsführern der drei Verbände, Daniel Höchli (Curaviva Schweiz), Peter Saxenhofer (Insos Schweiz) und Matthias Spalinger (VAHS), ein paar grundsätzliche Fragen zu den Hintergründen und Absichten des Aktionsplans zu stellen.

1 Ist der nationale Aktionsplan ein Eingeständnis, dass gerade aufseiten der Institutionen besonders viel Handlungsbedarf besteht, um die Uno-BRK umzusetzen?

Daniel Höchli: Das würde ich keineswegs behaupten. Im Gegenteil: Die Tatsache, dass unsere Branche einen Aktionsplan in Angriff genommen hat, zeigt, dass wir die Uno-BRK genau studiert haben und erkennen, dass sie neue Impulse für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung auslösen kann. Der Aktionsplan zeigt die Nähe der Branche zu den Men-



«Der Aktionsplan zeigt die Nähe der Branche zu den Menschen, welche die Nutzniesser der Uno-BRK sein sollen.»

Daniel Höchli, Direktor von Curaviva Schweiz

schen, welche die Nutzniesser dieser Konvention sein sollen. Der Handlungsbedarf ist breit, auch in den Institutionen, aber nicht nur.

Peter Saxenhofer: Die Uno-BRK ist eine Herausforderung für die ganze Gesellschaft: für die Bürger, die Politik, den Staat, für die Menschen mit Behinderung selbst, für die Behindertenorganisationen und für die Dienstleistungserbringer. Unsere Branche nimmt diese Herausforderung an. Auf nationaler Ebene ist der Aktionsplan der drei Verbände das erste Vorhaben dieser Art, das überrascht mich. Die Schweiz hat 2014 die Uno-BRK unterschrieben, eigentlich müsste es längst einen Aktionsplan auf Bundesebene oder in den Kantonen geben.

Matthias Spalinger: Wir wollen vorangehen und handeln, auch wenn die Inhalte der Uno-BRK in der Gesellschaft noch nicht angekommen sind und es auch in der Politik diesbezüglich noch viel zu tun gibt. Natürlich stehen auch die Anbieter von institutionellen Dienstleistungen noch am Anfang, viele Institutionen haben sich jedoch bereits seit einigen Jahren bei der Umsetzung der neuen Paradigmen auf den Weg gemacht. Das Ziel der Verbände ist es, für die Branche eine unterstützende und begleitende Plattform zu sein, die Austausch und Entwicklung ermöglicht.

2 Mitwirkung, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Angebotsvielfalt in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Lebensgestaltung: Bedeutet das nicht gerade für die Institutionen einen eigentlichen Paradigmenwechsel?

Matthias Spalinger: Der Paradigmenwechsel beinhaltet für mich auch, dass wir Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Mitglieder einer heterogenen Gesellschaft verstehen, in der jeder und jede als Bereicherung für das Zusammenleben betrachtet wird. Dieser Paradigmenwechsel wurde ja bereits viele Jahre vor der Ratifizierung der Uno-BRK eingeleitet. Die dazu erforderlichen Veränderungen brauchen jedoch Zeit.

Daniel Höchli: Die Uno-BRK bestätigt den Paradigmenwechsel auf inhaltlicher Ebene und fordert diesen ein. Es handelt sich nicht mehr um einen Paradigmenwechsel, den einzelne innovative Akteure eingeleitet haben, sondern er ist in einem Rechtsdokument festgehalten. Aufgrund dieser erhöhten Verbindlichkeit verleiht die Uno-BRK dem Paradigmenwechsel Schub. Damit dieser aber wirklich vollzogen werden kann, braucht es auch entsprechende Rahmenbedingungen.

Peter Saxenhofer: Etliche Institutionen haben sich längst auf

den Weg gemacht. Der Paradigmenwechsel beinhaltet, dass weder der Staat noch wir als Dienstleister darüber entscheiden, was für Menschen mit einer Beeinträchtigung gut und richtig ist. Damit sind ein Umdenken und eine Haltungsänderung verbunden, auf Verbandsebene, bei den Institutionen sowie beim Staat. Wir müssen uns von der Haltung verabschieden, für Menschen mit Behinderung sorgen zu wollen. Das ist ein Generationenprojekt, eine Haltung kann man nicht in zwei oder drei Jahren verändern. Es braucht eine Veränderung des gesellschaftlichen Bewusstseins, damit Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft wahrgenommen werden.

3 Die Uno-BRK strebt eine inklusive Gesellschaft an, in der es schliesslich keine institutionelle Unterstützung mehr braucht. Was sagen Sie dazu als Geschäftsführer von Arbeitgeberverbänden?

Peter Saxenhofer: Je inklusiver die Gesellschaft ist, desto weniger ist sie auf die Institutionen respektive Heime im klassischen Sinn angewiesen. Der Vision einer inklusiven Gesellschaft steht aber eine zunehmende Entsolidarisierung entgegen. Der Druck in der Arbeitswelt nimmt zu. Die Gesellschaft wird darum auch künftig auf unterstützende Angebote für Menschen mit Behinderung angewiesen sein, sowohl im Wohn- wie auch im Arbeitsbereich. Wichtig ist jedoch: Die Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistungen sollen selbst darüber entscheiden, ob und welche Angebote sie künftig in Anspruch nehmen wollen. Angebote, die nicht mehr gebraucht werden, werden verschwinden. Sie werden neuen, beispielsweise dezentralen und ambulanten Angeboten Platz machen, die einem Bedarf entsprechen. Ich erachte es dabei auch als legitim, dass ein Mensch mit Behinderung, der in einem familiären Umfeld aufwächst, dieses familiäre Umfeld zur gegebenen Zeit verlassen kann und sich für eine Dienstleistung ausserhalb der Familie entscheidet.

Matthias Spalinger: Wir wollen uns auf den Weg in eine inklusive Gesellschaft machen, auch wenn die gesellschaftliche Entwicklung zum Teil ja in eine andere Richtung weist. Mit neuen individuellen ambulanten Begleitangeboten kann ich mir gut vorstellen, dass es künftig weniger Menschen gibt, die auf institutionelle Unterstützung durch Heime im klassischen Sinn angewiesen sind. Menschen mit schweren und Mehrfachbehinderungen werden jedoch weiterhin die Unterstützung von Institutionen benötigen.

>>



«Je inklusiver die Gesellschaft ist, desto weniger ist sie auf Institutionen respektive Heime im klassischen Sinn angewiesen.»

Peter Saxenhofer,
Geschäftsführer von Insos
Schweiz



«Es braucht Netzwerke und eine Zusammenarbeit über die Verbände der Dienstleister hinaus.»

Matthias Spalinger,
Geschäftsführer des VAHS
Schweiz

Daniel Höchli: Die Uno-BRK fordert eine personenbezogene Unterstützung. Da müssen wir in anderen Kategorien denken lernen als in den Kategorien ambulant und stationär. Mit dem Aktionsplan deklarieren wir, dass es künftig weniger stationäre Plätze geben wird. Wenn immer möglich sollen Menschen mit Behinderung in anderen Wohnformen leben können und auch in anderen Arbeitsplatz-Settings. Wenn das gelingt, braucht es eventuell weniger oder andere Leistungen. Aber es braucht Dienstleister, und wir als Branchenverbände wollen für diese Dienstleister da sein. Mit unserem Aktionsplan machen wir auch unsere Mitglieder darauf aufmerksam, dass sie neue, bedarfsgerechte Dienstleistungen anbieten sollten. Unsere Aufgabe als Verband ist es, die Mitglieder in diesem Veränderungsprozess zu begleiten und für die nötigen Rahmenbedingungen zu sorgen. Im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Behinderung gibt es heute vielerorts noch kein ausreichend differenziertes Angebot an Wohnformen. Da sehe ich eine grosse Chance für die Dienstleister.

Einige zentrale Massnahmen des Aktionsplans

Mit einer Reihe von Massnahmen nehmen sich die Verbände Insos Schweiz, Curaviva Schweiz und der VAHS selbst in die Pflicht. Zu den Massnahmen in den Bereichen «Rolle der Verbände», «Arbeit», «Lebensgestaltung» sowie «Bildung Fach- und Leitungspersonen» gehören:

- Die Verbände entwickeln Messkriterien zur Weiterentwicklung der Betriebskultur zum Thema Inklusion.
- Die Verbände erarbeiten Grundlagen für Finanzierungsmodelle, welche die Anforderungen der Uno-BRK berücksichtigen.
- Die Verbände setzen sich für «inklusives Wohnen» ein.
- Die Verbände betreiben Lobbying für einen überregionalen Zugang von sozialen Institutionen zur ambulanten Dienstleistungserbringung und für Verbundlösungen zwischen sozialen Dienstleistungen.
- Die Verbände schaffen barrierefreie Websites.
- Die Verbände initiieren einen Think Tank in enger Zusammenarbeit mit Compasso und den Wirtschaftsverbänden zwecks Integration von Mitarbeitenden mit einer Behinderung.
- Die Verbände entwickeln Empfehlungen zu Löhnen von Mitarbeitenden mit Behinderung.
- Die Verbände setzen sich dafür ein, dass Supported Education und Supported Employment Bestandteil von Leistungsvereinbarungen werden.
- Die Verbände lobbyieren bei Bund und Kantonen, um die kantonale/interkantonale Niederlassungsfreiheit und Wahlfreiheit von Menschen mit Behinderung sicherzustellen.
- Die Verbände setzen sich für eine Flexibilisierung der Unterstützungsangebote ein, um die Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderung zu steigern.
- Die Verbände überprüfen die Berufsprofile.
- Die Verbände erstellen eine Sammlung von Modellen zum Einbezug von Menschen mit Behinderung in Lehrgängen.

4 Wie definieren Sie die künftige Rolle der Institutionen in den Bereichen Wohnen und Arbeiten?

Peter Saxenhofer: Um eine echte Wahlfreiheit zu haben, benötigen Menschen mit Behinderung eine breite Vielfalt an Dienstleistungen. Sie sollen darüber entscheiden können, welche Dienstleistungen für sie richtig sind. Institutionelle Dienstleistungsangebote werden auf diese Weise zu einem Instrument, um die Uno-BRK umzusetzen. Im Bereich Arbeit zum Beispiel braucht es ein vielfältiges Angebot an Tagesstrukturen, niederschweligen und angepassten Arbeitsplätzen, Aussenarbeitsplätzen im Personalverleih und auch an Begleitung bei neuen Arbeits- und Lehrstellen in Unternehmen ohne sozialen Auftrag. Um eine solche Vielfalt zu ermöglichen, ist die Branche als Ganzes gefordert. Zudem muss auch die staatliche Ebene mit entsprechenden Finanzierungsmodellen und Leistungsvereinbarungen die Vielfalt fördern. Der institutionelle Bereich ist gefordert, sich zu entwickeln: Attraktive Dienstleistungen werden immer nachgefragt. Menschen mit Behinderung sind als Kunden einer Dienstleistung zu verstehen.

Matthias Spalinger: Die Vielfalt der Angebote hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Eine Reihe von Institutionen setzt bereits auf ein breites Angebot mit unterschiedlichen Ausrichtungen und ermöglicht zum Beispiel begleitete Wohnformen ausserhalb der Institution. Andere Einrichtungen wiederum bieten innerhalb der Institution ganz individuelle Wohnmöglichkeiten für ein bis zwei Personen an, die entsprechend ihren Bedürfnissen begleitet werden.

Daniel Höchli: Unsere Branche muss noch besser aufzeigen, dass es für Menschen mit Behinderung Vorteile mit sich bringt, wenn sie aus einer Hand oder durch enge Kooperation ein vielfältiges, durchlässiges Angebot bieten kann. Das trifft vor allem dann zu, wenn es zu Veränderungen im Leben kommt. Wenn jemand zum Beispiel im Alter an Selbstständigkeit einbüsst und nicht mehr allein wohnen kann, kann er unter Umständen in der gleichen Einrichtung bleiben. Und umgekehrt: Wenn jemand aus einem heutigen Heim austritt, macht er das eher, wenn er weiterhin Kontakt zu seinen Bezugspersonen haben kann. Ein durchlässiges Angebot aus einer Hand kann den Menschen mehr Sicherheit geben.

5 Für die Umsetzung des nationalen Aktionsplans sind Sie auf die Bereitschaft der staatlichen Ebenen angewiesen. Welche Rahmenbedingungen braucht es, um Menschen mit Beeinträchtigung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen?

Peter Saxenhofer: Für die Entwicklung vielfältiger Angebote ist unsere Branche stark auf die Zusammenarbeit mit Bund und Kantonen angewiesen. Heute macht der Kanton als Finanzierer klare Bestellvorgaben: Im Rahmen von Leistungsvereinbarungen bestellt er eine bestimmte Anzahl Plätze und fordert eine hohe Auslastung. Das erinnert etwas an Planwirtschaft. Die Leistungsvereinbarungen müssen viel flexibler werden. Finanzierungslücken bestehen etwa bei ambulanten Angeboten mit einem höheren Betreuungsaufwand, zum Beispiel für Menschen mit komplexen Behinderungen. Solche Wohnmodelle können viele Institutionen heute deshalb gar nicht anbieten.

Weil es noch viel zu wenig Zwischenlösungen gibt, sind derzeit wahrscheinlich etliche Menschen in der klassischen Heimstruktur überversorgt. Alle unsere Forderungen an die Seite der Politik gehen sowohl im Bereich Arbeit als auch im Bereich Wohnen dahin, durchlässige Strukturen zu ermöglichen.

Matthias Spalinger: Das Berner Modell, das aktuell entwickelt wird, zeigt in eine interessante Richtung: Menschen mit Beeinträchtigung erhalten aufgrund ihres Bedarfs ein bestimmtes Budget zugesprochen und können sich selbst für eine Dienstleistung entscheiden. Im Rahmen der laufenden Pilotprojekte wurde jedoch deutlich, dass noch viele Fragen beantwortet und Hürden überwunden werden müssen.

Daniel Höchli: Unsere Hauptforderung besteht darin, von der heutigen Objektfinanzierung zu einer Subjektfinanzierung zu wechseln. Es sollen also nicht mehr Heime finanziert werden, sondern vielmehr der individuell erhobene Bedarf. Die Subjektfinanzierung wird sofort ein nachfrageorientierteres Angebot verlangen, weil die Menschen sich dann selbst für eine bestimmte Dienstleistung entscheiden können. Das wird auch einen gewissen Wettbewerb zur Folge haben. Ein Ansatz ist die Flexibilisierung und Öffnung des heutigen Assistenzbeitrags der IV. Das würde allerdings eine finanzielle Verlagerung von den Kantonen zum Bund beinhalten. Eine Möglichkeit besteht auch darin, dass die Kantone für betreutes Wohnen nach dem Bedarf abgestufte Ergänzungsleistungen zur IV auszahlen. Wichtig ist, dass die Finanzierung verschiedene Angebote ermöglicht.

6 Bei der Ausarbeitung des Aktionsplans hat ein Beirat von Selbstvertretern aktiv mitgearbeitet: Welche Bedeutung sollen Menschen mit Beeinträchtigung innerhalb der Verbände und innerhalb der Institutionen haben?

Daniel Höchli: Die Mitarbeit der Selbstvertreter am Nationalen Aktionsplan war für mich eine lehrreiche Erfahrung. Es wurde spürbar, warum es so wichtig ist, die Menschen, um die es hier ja geht, aktiv einzubinden. Wir beabsichtigen, dass wir die direkt betroffenen Menschen auch bei der Umsetzung des Aktionsplans mit einbeziehen. Das empfehlen wir auch den Institutionen. Die Umsetzung der Uno-BRK muss ein Miteinander sein. Es gibt aber auch Herausforderungen: Wir erreichten bisher vor allem jene, die im kognitiven Bereich eher stärker sind und die sich auch engagieren wollen. Es stellt sich für mich die Frage der Repräsentativität. Bei Menschen mit komplexen Behinderungen sollten wir zum Beispiel auch mit den Angehörigen zusammenarbeiten.

Peter Saxenhofer: Die Mitwirkung von Menschen mit Behinderung in allen Belangen, die sie betreffen, ist ein zentraler Bestandteil der Uno-BRK. Bei der Umsetzung des nationalen Aktionsplans werden wir ein Projekt zu Mitwirkung durchführen, in das wir die Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter einbinden werden. Weiter werden Selbstvertreter auch in das Monitoring mit einbezogen, das in den kommenden Jahren den Erfolg der Umsetzung des nationalen Aktionsplans überprüft. Damit Menschen mit Behinderung mitwirken können oder in der Lage sind, sich selbstbestimmt für eine Dienstleistung zu

entscheiden oder auch selbstständig zu leben, brauchen sie die notwendige Unterstützung dafür. Selbstbestimmung muss erlernt werden. Hier sehe ich uns als Dienstleistungsanbieter in der Pflicht.

Matthias Spalinger: Möglichkeiten zur Mitbestimmung müssen unbedingt noch weiter wachsen. Als VAHS können wir aus Erfahrungen profitieren, die wir bereits über viele Jahre an unseren inklusiven Veranstaltungen sammeln konnten, an denen neben Fachmitarbeitenden von Institutionen und Behördenmitgliedern auch Angehörige und Menschen mit Behinderung teilnehmen. Menschen mit Beeinträchtigung können sich dort aktiv mit Referaten oder in Arbeitsgruppen beteiligen oder ihre Anliegen auch mit künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten formulieren. In der Fachkommission Erwachsene des VAHS bringen sich zwei Menschen mit Assistenzbedarf als reguläre Mitglieder aktiv ein. Diese Vertretung wollen wir auf drei erhöhen. Zudem ist ein Verbandsbeirat von Menschen mit Assistenzbedarf des VAHS in Planung.

7 Sie haben als Institutionenverbände gemeinsam den Nationalen Aktionsplan erarbeitet. Ist diese Zusammenarbeit zukunftsweisend – und werden Sie künftig auch mit anderen Organisationen zusammenarbeiten?

Daniel Höchli: Ich habe die Zusammenarbeit als sehr bereichernd empfunden. Gerade bei einem solch grossen Vorhaben ist eine solche Zusammenarbeit auch für die Branche ein starkes Signal. Auch in der Umsetzung wird es gemeinsame Projekte geben. Mit dem Aktionsplan hat unsere Branche zudem gewisse Hausaufgaben gemacht, wodurch wir an Profil gewonnen haben. Das ist eine Chance, um den Dialog gerade auch mit Behindertenorganisationen zu suchen, die eine gewisse Skepsis gegenüber institutionellen Angeboten haben.

Matthias Spalinger: Die Zusammenarbeit der drei Verbände während der Projektphase hat sich als sehr konstruktiv erwiesen und wird auch in der Umsetzung des Aktionsplans weitergeführt. Zudem braucht es Netzwerke und eine Zusammenarbeit über die Verbände der Dienstleister hinaus, insbesondere mit den Behindertenorganisationen, aber auch mit staatlichen Stellen. Nur so lassen sich die Ziele der Uno-BRK umsetzen.

Peter Saxenhofer: Die drei Verbände haben beschlossen, immer dann, wenn die Branche als Ganzes gefordert ist, zusammenzuarbeiten. Zudem streben wir die Zusammenarbeit über diese Verbände hinaus an: Wir werden den Aktionsplan Anfang April der Sozialdirektorenkonferenz, dem Eidgenössischen Büro für Gleichstellung von Menschen mit Behinderung und dem Bundesamt für Sozialversicherung vorstellen. Wir haben unter anderem auch Inclusion Handicap, den Dachverband der Behindertenorganisationen, eingeladen, unseren Aktionsplan gemeinsam zu besprechen und eine verstärkte Zusammenarbeit an die Hand zu nehmen. Ich strebe für die Schweiz eine gemeinsame Absichtserklärung an, wie sie auf europäischer Ebene mit der sogenannten Joint Declaration bereits besteht. Im Rahmen dieser Erklärung treiben die Behindertenorganisationen und die Dienstleistungsanbieter die Umsetzung der Uno-BRK gemeinsam voran. ●

«Wir müssen in anderen Kategorien denken als in den Kategorien ambulant und stationär.»

Gehörlose Menschen hätten eigentlich Anrecht auf Gebärdensprachdolmetscher

Eine Sprache wie die Lautsprache

Das Behindertengleichstellungsgesetz erlaubt gehörlosen Menschen, Gebärdensprachdolmetscher zu beanspruchen, wenn diese in der Kommunikation mit der Umwelt zwingend sind. Der Bedarf ist längst nicht abgedeckt. Und wer die Dienste bezahlt, ist immer wieder strittig.

Von Urs Tremp

Die meisten Leserinnen und Leser werden wohl kurz geschmunzelt haben. Über die Nachricht selbst, die Ende des letzten Jahres in fast allen Schweizer Zeitungen und News-Portalen zu lesen war, dürften die wenigsten aber länger nachgedacht haben. Die Meldung: Zur Gebärde des Jahres sei – analog zu den Wörtern und Unwörtern des Jahres in der gesprochenen Sprache – vom Gehörlosenbund «Alain Berset» gekürt worden, eine Handbewegung mit Daumen und Zeigefinger am Kopf vorbei. Eine Anspielung auf Bersets (Nicht-)Frisur.

Die Auszeichnung einer «Gebärde des Jahres» – im letzten November vom Gehörlosenbund zum dritten Mal vergeben – ist allerdings mehr als ein lustiges Aperçu. Der Gehörlosenbund macht damit auch darauf aufmerksam, dass die Gebärdensprache eine Sprache ist wie die gesprochene Sprache auch – und entsprechend Trägerin einer Kultur, die sich verändert, die Einflüsse neu integriert.

In der breiten Bevölkerung ist diese Tatsache allerdings noch lange nicht angekommen, trotz Behindertengleichstellungsgesetz und Uno-Behindertenrechtskonvention, die auch in der Schweiz gehörlosen Menschen oder Menschen mit starken Höreinschränkungen das Recht auf die Gebärdensprache und

entsprechend das Recht auf Dolmetscherdienste einräumen, um mit der hörenden Welt kommunizieren zu können.

Die Schweiz hinkt hintennach

Da allerdings hat die Schweiz noch einiges nachzuholen. Zwar gibt es in der Schweiz rund 120 Gebärdensprachdolmetscher für gut 10000 Gehörlose oder schwer eingeschränkte Hörbehinderte. Das reiche gerade, sagt man beim Gehörlosenbund, schliesst aber das Tessin und die Romandie aus, weil es dort an Dolmetschern mangelt, da es keine Ausbildungsangebote gibt. Im Vergleich zum Ausland – etwa mit Dänemark – sei aber auch die Zahl der Dolmetscherinnen und Dolmetscher in der Deutschschweiz noch immer gering. Die nur etwas über hundert Dolmetscherinnen und Dolmetscher würden sicherlich kein lückenloses Angebot garantieren können, würden alle Gehörlosen konsequent Gebärdensprachdolmetscher anfordern, wenn sie ein Recht darauf haben: für Gemeindeversamm-

lungen etwa, für Familienfeste, beim Arztbesuch, im Verkehr mit Ämtern. «Das Bedürfnis nach Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern ist nicht abgedeckt», sagt Heidi Stocker. Sie ist Dozentin beim Studiengang Gebärdensprachdolmetschen an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich. Wie viele Dolmetscher es tatsächlich bräuchte, würden alle Gehörlosen immer

ihr Recht einfordern, könne sie zwar nicht beziffern. «Aber der Schweizerische Gehörlosenbund fordert eine Vordoppelung der aktuellen Anzahl, das wäre auf jeden Fall ein Anfang.»

Dass in der Schweiz das Bewusstsein dafür fehlt, dass die Gebärdensprache eine eigene Sprache ist – und in der Schweiz in fünf Dialekten gesprochen wird –, hat auch mit der über viele Jahrzehnte und Jahrhunderte in Taubstummschulen und -anstalten praktizierten Pädagogik zu tun. Zwar waren im

«Das Bedürfnis nach Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern ist nicht abgedeckt.»

>>

19. Jahrhundert in der Schweiz die Gehörlosen langsam vom Stigma der «Bildungsunfähigkeit» befreit worden und man attestierte ihnen Anspruch auf Bildung. Die Taubstummenschulen aber verfolgten einen Lautsprachunterricht, die Gebärden als alternative Kommunikationsform waren verboten und den meisten Lehrern unbekannt.

Pädagogik des 19. Jahrhunderts

«In den Taubstummenanstalten lernen die Kinder auf ganz eigen gerichtete Weise nicht etwa nur anständige Sitte, gefälligen Umgang, nützliche Hausbeschäftigungen allerart, sie lernen mit den Augen hören, indem sie die Lippenbewegung der Sprechenden beobachten und sogar selber deutlich sprechen. Ihr Verstand wird gebildet und mit Kenntnissen versehen. So viel vermag weiser Unterricht und fromme Erziehung selbst bei Taubstummen!» So schrieb es der Aargauer Pädagoge, Philosoph und Pionier der Gehörlosenschule, Heinrich Zschokke, in den dreissiger Jahren des 19. Jahrhunderts. Und noch hundert Jahre später beschrieb der

Noch in den achtziger Jahren galt für Gehörlose: «Ich darf nicht gebärden.»

deutsche Psychiater den «Taubstummen» als «leicht erregbar, der mit seinem mimischen Ausdruck einen nervösen Eindruck macht».

Bis spät ins 20. Jahrhundert galt die Gebärdensprache im besten Fall als Krücke, die gehörlosen Menschen sollten Lippenlesen, Buchstaben lesen und sich akustisch ausdrücken lernen. Dass der Spracherwerb für gehörlose Menschen ganz anders

funktioniert, schien lange niemand für wichtig zu halten. Noch in den achtziger Jahren – so berichtete eine gehörlose Frau vor einigen Jahren in der Zeitschrift «Beobachter» – habe sie in der Schule zur Strafe hundertmal den Satz «Ich darf nicht gebärden» von der Tafel abschreiben müssen.

Erst in den letzten zwanzig Jahren hat ein grundsätzliches Umdenken stattgefunden.

Noch ist zwar die Gebärdensprache keine offiziell anerkannte Landessprache (wie etwa in Neuseeland). In den kantonalen Verfassungen von Zürich und Genf wird sie immerhin erwähnt. Die Innerrhoder Landsgemeinde hat im vergangenen Frühjahr live in Gebärdensprache übersetzt. Und die Stadt Bern hat vor Kurzem damit angefangen, auf der städtischen Internetseite wichtige Informationen in Gebärdensprachvideos zu verbreiten.

Bezüge sind limitiert

Der Gehörlosenbund wünscht sich allerdings weitere derartige Dienstleistungen. Die Vermittlung von Gebärdensprachdolmetschern liegt in der Schweiz bei der Organisation ProCom, einer Stiftung, welche diese Aufgabe vor knapp zwanzig Jahren von den Gehörlosenvereinigungen übernommen hat. Die Kosten für die Dolmetscherdienste übernimmt in der Regel die Invalidenversicherung (IV). Allerdings sind die Bezüge für einzelne Versicherte limitiert, sodass praktisch jedes Gesuch wieder neu bewertet werden muss. Ruedi Graf, Regionalleiter Deutschschweiz beim Gehörlosenbund, sagt: «Die Herausforderung ist nicht nur der Mangel an Dolmetschern, sondern auch die Finanzierung der Dolmetscherleistungen. Ich zeige dies am Beispiel Arbeitsplatzförderung: Heute bezahlt der Staat für Zugang, Informationen, interne Schulungen und so weiter maximal 1763 Franken pro Monat. Das sind etwa 12 Dolmetscherstunden pro Monat. Ein Gehörloser mit einer verantwortungsvollen Aufgabe braucht sicher mehr als das. Also behindert diese Regel aktiv die Inklusion von gehörlosen und hörbehinderten Menschen in den Arbeitsmarkt.» Konkret: Wer gehörlos ist und eine Kaderposition mit entsprechend mehr Sitzungen und Kommunikationsbedarf bekleidet, kommt damit schnell an die Grenzen. Er oder sie muss auf einen kulantem Arbeitgeber hoffen, muss selbst in die Tasche greifen oder kann für Dolmetscherdienste ausserhalb der Erwerbsarbeit (Freizeit, Verein) Geld aus einem Spezialfonds der IV beantragen.

Gehörlosigkeit ist keine Behinderung

Gehörlosigkeit sei keine Behinderung, sagt Graf. Wer gehörlos ist, werde behindert. «Wir werden noch oft für nicht voll genommen.» Was das konkret heisst, zeigt die jährlich erhobene Liste der Diskriminierungsfälle des Schweizerischen Gehör-



Taubstummenanstalt Turbenthal (1913), Gebärdensprachdolmetscherin (2017): Von der Laut- zur Gebärdensprache.



Studentinnen und Studenten des Studienlehrgangs Gebärdensprachdolmetschen an der HfH in Zürich: Es gibt noch zu wenige.

losenbundes. Im letzten Jahr waren es 76 Fälle, die eingegangen sind. Bei den weitaus meisten ging es um die Finanzierung von Hilfsmitteln, zu denen auch die Dolmetscher gehören. Eine Krankenkasse etwa weigerte sich, die Dolmetscherkosten bei der Psychotherapie einer hörbehinderten Person zu übernehmen.

Mit dieser Liste macht der Schweizerische Gehörlosenbund Druck, dass die Einschränkungen aufgehoben werden und der effektive Bedarf an Dolmetschereinsätzen vom Bund bezahlt wird, wie es das Behindertengleichstellungsgesetz und die Uno-Behindertenrechtskonvention eigentlich vorsehen würden. Zudem soll der administrative Aufwand reduziert werden. Heute müssen Gehörlose weit voraus planen, für wann sie einen Dolmetscher engagieren möchten. «Viele Gehörlose scheuen den Aufwand», sagt Sabine Vonlanthen von ProCom. «Kurzfristige Einsätze sind fast nur in Notfällen möglich.»

Eine hoch flexible Dolmetscherorganisation würde freilich eine massiv höhere Zahl von Dolmetscherinnen und Dolmetschern bedingen. Derzeit sind es pro Jahr etwas mehr als ein

Dutzend Studierende, die an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich den Studiengang Gebärdensprachdolmetschen aufnehmen.

Heidi Stocker von der HfH macht allerdings ein Dilemma aus: Man hätte zwar gerne mehr Studierende und bewirbt den Lehrgang auch aktiv. «Doch das Problem liegt auf einer anderen

Ebene. Die langfristige Finanzierung der Dienstleistung GSD ist nicht gesichert. Setzt sich unsere Gesellschaft die grösstmögliche Teilhabe gehörloser Menschen an ihr tatsächlich als ernsthaftes Ziel, so muss hier ange setzt werden.»

Teilhabe ist nicht gesichert

Ein – zumindest vorläufig – noch ziemlich frommer Wunsch. Eine Studie der ZHAW im Kanton Zürich hat im vergangenen Herbst gezeigt, dass nur bei Bau und Mobilitätsfragen Menschen mit einer Behinderung systematisch mit einbezogen werden. «Menschen mit einer Seh- oder Hörbehinderung», stellten die Studienverfasser fest, «erhalten nicht die erforderliche Hilfe bei Barrieren im Alltag.» Gebärdendolmetscher gebe es zu wenige. ●

Gehörlose müssen weit voraus planen, wenn sie einen Dolmetscher engagieren möchten.

Jugendliche formulieren, was sie im Leben «draussen» vor dem Absturz bewahrt

Betroffene wissen am besten, was sie nach dem Heimaustritt benötigen

Welche Hilfen brauchen Jugendliche, die nach einem Heimaustritt plötzlich selbstverantwortlich im Leben stehen? Ein Projekt untersucht, was es an Hilfe bereits gibt, aber vor allem, was den Jugendlichen noch besser helfen könnte. Beteiligt an der Studie sind auch Betroffene, «Care Leavers».

Von Claudia Weiss

Der 18. Geburtstag – für viele Jugendliche ist das ein lang ersehnter Moment: Endlich volljährig, endlich (rechtlich) erwachsen. Das geht auch Jugendlichen so, die in einer Institution oder bei einer Pflegefamilie leben. Für sie ist Volljährigkeit aber oft auch ein Sprung ins kalte Wasser: Plötzlich müssen sie sich selbstständig um eine Wohnung kümmern, um eine Lehrstelle oder eine Arbeit, um Finanzen, Sozialgelder, aber auch um soziale Kontakte, kurz: Sie sollten ab Tag X auf einmal ihr Leben im Griff haben. Das ist schwierig, weil sie aus der Institution meist einen Alltag voller Regeln und Strukturen und mit wenig Mitsprache gewohnt sind. Und weil sie ohnehin weniger soziale und finanzielle Ressourcen mitbringen.

«Care Leavers» heissen diese Jugendlichen – aus der staatlichen Obhut Entlassene. Sie verlassen eine Institution oder die Pflegefamilie, weil sie volljährig geworden sind, oder weil sie nach einer Platzierung wieder in ihre angestammte Familie zurückkehren. Doch ganz unabhängig davon, ob sie nach Hause ziehen oder das Leben selbstständig führen: Sie haben oft kaum die nötige Unterstützung und sind plötzlich auf sich gestellt.

Lange Zeit, so scheint es zumindest, hat sich gar niemand gross Gedanken gemacht, wie es diesen Jugendlichen wäh-

rend und nach diesem abrupten Übergang überhaupt geht. Studien jedenfalls, sagt Dorothee Schaffner, Professorin an der Hochschule für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, habe es in der Schweiz bis vor Kurzem kaum gegeben. «Allerdings liessen Studien aus dem Ausland vermuten, dass Care Leavers bei uns mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sind wie in den Nachbarländern.» Sie und ihre Kolleginnen Angela Rein und Sarina Ahmed beschlossen deshalb, hierzulande zu untersuchen, welchen Herausforderungen die Jugendlichen begegnen und wie sie diese bewältigen, aber auch, wo sie Hilfe finden und was sie noch benötigen.

Betroffene interviewen Mit-Betroffene

Um das lebensnah herauszufinden, hatten sie eine bestechende Idee: Für einmal sollten nicht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Zahlen und Fakten von Ämtern erheben und auswerten oder Jugendliche befragen. Nein, beim Projekt «Care Leaver erforschen Leaving Care» erzählen Betroffene selber von ihren Erfahrungen und interviewen Mit-Betroffene. «Dieser partizipative Forschungsansatz erlaubt uns viel unmittelbarere und authentischere Einblicke», erklärt Projektleiterin Dorothee Schaffner.

Beim ersten Schritt, der Suche nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern, halfen ehemalige Studierende der Hochschule: Sie vermittelten Kontakte zu Care Leavers, und diese wiederum konnten weitere Personen vermitteln.

«Dieser partizipative Forschungsansatz erlaubt uns viel authentischere Einblicke.»

Tagung «Care Leaver in der Schweiz: Anregungen für die Praxis», Donnerstag, 29. August 2019, www.zhaw.ch

Insgesamt fanden sich ungefähr 20 junge Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, die mitarbeiteten. «Einige von ihnen haben den Austritt seit Jahren hinter sich, andere sind erst kürzlich ausgetreten und noch voll im Übergangsprozess», sagt Dorothee Schaffner.

«Engagierter Einsatz von starken Leuten»

Zu Beginn trafen sich die mitforschenden Care Leavers, drei Fachpersonen aus dem Heimbereich und die Projektverantwortlichen in kleinen Gruppen. Die drei wichtigsten Forschungsfragen lauteten: «Was war schwierig nach dem Heim/Pflegeeltern-Austritt?», «Welche Hilfe hätte ich gebraucht? Welche Hilfe habe ich bekommen?» und «Was müsste anders sein, damit es nach dem Auszug leichter ist? Was könnte helfen?» Anfangs führten die Care Leavers mit diesen Fragen gegenseitige Probeinterviews durch. Dorothee Schaffner staunte: «Auch wenn vielen Care Leavern eine Grundsticherheit fehlt und ihnen zahlreiche Steine in den Weg gelegt wurden, lernten wir sie als starke Leute kennen, die engagiert mitmachen und sich für ihre Anliegen einsetzen.» Gerüstet

mit den Fragebogen, trafen die Care Leavers weitere Betroffene und befragten sie ausführlich. «39 tolle Interviews sind so zusammengekommen», freut sich Dorothee Schaffner.

Die Wissenschaftlerinnen haben anschliessend zentrale Themen inhaltsanalytisch herausgearbeitet und die Ergebnisse mit den Co-Forschenden reflektiert und verdichtet. «Diese

Ergebnisse wären längst nicht so authentisch herausgekommen ohne den Originalton der Care Leavers», ist Schaffner überzeugt. «Auch die Präsentation der Ergebnisse war sehr echt: nicht theoretisch reflektiert und nicht im Fachton, aber prägnant.»

Die Präsentation der Ergebnisse war sehr echt: Nicht im Fachton, aber prägnant.

Heimalltag war trotzdem immer Thema

Obwohl die Forschenden eigentlich nicht die Erfahrungen im Heim untersuchen wollten, erzählt Dorothee Schaffner, hätten alle darüber berichtet und über die Vorbereitung auf die Selbständigkeit. Dies sei verständlich, denn: «Es gibt keinen Austritt ohne vorhergehenden Eintritt.» Zwischendurch zeigte sich, dass just der ungefilterte Ton für die teilnehmenden Fachpersonen aus Institutionen auch irritierend sein konnte. Etwa wenn die Jugendlichen meinten, sie >>



Betroffene untereinander: Die Care Leavers trafen sich mehrmals mit dem Fachhochschulteam, um die relevanten Fragen herauszufinden und die Interviews zu besprechen. Das erste Fazit zeigt, dass sie niederschwellige, unkomplizierte Hilfsangebote benötigen. Foto: FHNW

seien nicht genügend darauf vorbereitet worden, ihre Finanzen zu regeln, während die Fachpersonen überzeugt waren, dass sie dies getan hätten. Solche unterschiedlichen Einschätzungen zeigten sich auf vielfältige Weise. Ein Care Leaver namens Carlo Maier (dieser und die folgenden Namen von Betroffenen wurden von der Redaktion geändert) formuliert das so: «Das echte Leben kann man im Heim nicht simulieren. Das ist eben das Problem.» Und damit, findet Dorothee Schaffner, trifft er den Nagel auf den Kopf.

Im Moment geht alles plötzlich viel zu schnell

Bereits das Warten auf den Moment des Austritts, das schilderten alle Betroffenen ähnlich, sei von Ambivalenz geprägt: Heiss ersehnt und doch ein wenig bang erwartet. Den Austritt selbst erlebten viele wie eine Art «gleissendes Licht», in dem sie völlig geblendet dastanden, während plötzlich alles viel zu schnell ging. Dazu sagt Care Leaver Linus Alblinger: «Ich bin halt in eine komplett andere Welt gekommen. Aus der durchstrukturierten Heimsituation in die grosse freie Welt.»

Und Sandro Bruni erzählt: «Die erste Zeit war recht schwierig, weil ich wieder in die Grossstadt kam. Ich hatte nichts, keine Kollegen, weder Job noch Lehre.» Viele hatten das Gefühl, sich nach dem Ökosystem Heim «im freien Fall» zu befinden. Care Leaver Romana Tanner meinte: «Und plötzlich bist du ganz alleine. Ich hätte mir gewünscht, dass mal jemand fragt, wie es mir geht.» Alle mussten plötzlich selbst wissen, was sie kochen sollen, welche Kleider sie kaufen wollen.

«Die Ergebnisse sind sehr spannend: Sie könnten helfen, Heimerziehung von hinten zu denken.»

Als zentral für die Zeit nach dem Heimaufenthalt erwies sich, in welchem Umfeld die Care Leavers sich bewegten: «Glück hatten jene, die auf ein Netzwerk von Hilfe trafen, auf Menschen, die ihnen bei Ausbildung, Arbeit und Wohnen halfen», fasst Dorothee Schaffner zusammen. Manchmal seien das Lehrmeister oder Arbeitgeberinnen gewesen, die sehr unterstützend wirken, oder auch Verwandte und andere Care Leaver. «Es sollte aber nicht einfach Glückssache sein, sondern alle sollten zuverlässig ein helfendes Netzwerk haben.»

Dorothee Schaffner ist überzeugt: «Die Ergebnisse der Studie könnten dazu beitragen, Heimerziehung neu von hinten zu denken.» Die zusammengetragenen Erlebnisse hätten gezeigt, dass ein Heim meist wie ein Ökosystem mit eigenen Regeln und Strukturen funktioniere: Stark auf das Innenleben und im Alltag funktionierende Gruppen fokussiert, dafür zu wenig ausgerichtet auf die Zukunftsplanung und eine konkrete Vorbereitung auf das Leben «draussen». Dorothee Schaffner sagt, dazu wären «eine frühe Partizipation und Raum für eigene Erfahrungen» nötig.

Bereits viel gegenseitige Unterstützung

Überrascht hat das Forschungsteam, wie viel Unterstützung die Care Leavers einander jetzt schon gegenseitig bieten: «Einzelne, die schon Erfahrungen gesammelt hatten oder dank Unterstützung Wege gefunden hatten, gaben das Wissen an andere Care Leavers weiter.» Das seien spannende Gedanken, die in einem

Stolpersteine auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben

Die junge Frau, beinahe 18 Jahre alt, hatte drei Jahre im Heim gelebt und in dieser Zeit den Volksschulabschluss verpasst. Sie war jedoch motiviert, in ihrem Leben etwas zu verändern, und machte von sich aus den Vorschlag, zu ihrer Familie zurückzukehren und an einer Privatschule den Schulabschluss nachzuholen. Sie hatte während ihres Heimaufenthalts grosse persönliche Fortschritte gemacht, war sogar in eine eigene kleine Wohnung auf dem Institutionsgelände gezogen und galt als reif. Das Fachpersonal unterstützte deshalb ihren Vorschlag, der Austritt wurde eingefädelt.

Dann ging alles plötzlich sehr schnell: Umstrukturierungen und Personalkürzungen in der Institution beschleunigten den Auszug der Jugendlichen, und bevor sie es sich versah, wohnte sie wieder bei den Eltern. Zwar war das ja ihr Vorschlag gewesen, und mit der Schule lief es gut, aber sie merkte auf einmal: «Ich bin völlig allein, niemand kümmert sich mehr um mich.» Ihre Bezugspersonen aus der Institution arbeiteten inzwischen anderswo, und weil sie wieder daheim wohnte, fühlte sich auch sonst niemand für sie zuständig. «Das war ein abrupter Beziehungsabbruch», stellt Dorothee Schaffner von der Fachhochschule Nordwestschweiz fest. Die Stabilisierung der Persönlichkeit, die im Heim gelungen war, wurde unterbrochen, die Eltern konnten die Tochter nicht genügend unterstützen.

«Andere Jugendliche werden von Eltern unterstützt»

Von da an sei alles klassisch abgelaufen. Die junge Frau holte zwar den Schulabschluss nach, doch dann wurde es schwierig: Sie bekam weder bei der Berufswahl noch beim Bewerben Hilfe, fand keinen Ausbildungsplatz und suchte Halt in einer Peergruppe, die keinen förderlichen Einfluss auf sie hatte. Mit 19 Jahren wurde sie Mutter. Und erlebte durch die Schwangerschaft glücklicherweise den Impuls, sich auf Neues zu konzentrieren. Sie zog zuhause aus, machte Schluss mit dem Freund, der ihr, wie sie selber sagt, nicht gut tat, und beschloss, das Leben als alleinerziehende Mutter in die Hand zu nehmen. Das brachte sie schliesslich gut auf die Reihe: vor zwei Jahren meldete sie sich zu einem Berufsintegrationsprojekt für junge Mütter, schloss letzten Sommer eine EBA-Ausbildung ab und erhielt einen Job bei einer internationalen IT-Firma.

Ende gut, alles gut, möchte man sagen. Aber: «Solche Lebensläufe sind typisch, ein stark verspäteter Schulabschluss und eine sehr viel spätere Ausbildung, die beim Heimaustritt noch nicht einmal angefangen hatte.» Dorothee Schaffner sagt, es dauere häufig gegen zehn Jahre bis zum Abschluss einer Berufsausbildung. Die Berufsbildungsverläufe hätten sich zwar auch bei anderen Jugendlichen verlängert, aber diese würden von ihren Familien unterstützt. «Care Leavers brauchen auch Unterstützung, und zwar nicht eine zufällige, sondern solche von einer niederschweligen, gut erreichbaren Anlaufstelle.»

Folgeprojekt «Care Leaver Netzwerk Region Basel» mit dem Bürgerlichen Waisenhaus weiterverfolgt werden sollen: «Wir überlegen, Peerberaterinnen und -berater auszubilden und ein tragendes Netzwerk für ehemalige und künftige Care Leavers aufzubauen.» Doch zuerst geht es darum, die Studienergebnisse an relevante Akteure wie Kanton, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden (Kesb), Institutionen oder Jugendhilfe heranzu-

Laufende Projekte

- Am 1. Januar 2019 startete das Projekt «Kompetenzzentrum Leaving Care» von Curaviva Schweiz, Integras und PACH, unterstützt von der Drosos Stiftung. www.leaving-care.ch
- «Übergänge in die Selbstständigkeit, Pflegekinder wirken mit!», ZHAW, unterstützt von der Mercator Stiftung, läuft bis August 2020
- Projekt «Care Leaver Netzwerk Region Basel», Waisenhaus Basel/FHNW, unterstützt von der Christoph Merian Stiftung, läuft bis Oktober 2020
- PACH Pflege- und Adoptivkinder: «Endlich 18! Ein Tool für Pflegejugendliche». <https://pa-ch.ch/fuer-pflegekinder-und-eltern/fuer-pflegekinder/endlich-18/>

tragen. Auch bei diesen Überlegungen sind die Care Leavers dabei, diskutieren mit und treten an Informationspodien auf.

«Wir brauchen Hilfe in Notsituationen»

Bereits fand ein Vortrag beim Kanton Baselland statt, in dem der teilnehmende Care Leaver erklärte, es sei schwierig, dass man nach einem Austritt nicht mehr zurückkehren könne: «Es wäre gut, diesen Übertritt zu flexibilisieren – um auch mal zurückzukommen», sagte er und provozierte damit die Frage aus dem Publikum, wie lange er denn gehätschelt werden wolle. Seine ruhige Antwort: «Wir wollen selbstständig sein und nicht ins Heim zurückkehren, aber wir brauchen manchmal Hilfe in Notsituationen.»

Die Erkenntnisse der Untersuchung werden bereits in die Ausbildung und Weiterbildung der FHNW eingebaut, weitere Schritte sind angedacht. Unter anderem werden die Ergebnisse im Rahmen einer Tagung der ZHAW zum Thema «Care Leaver Schweiz» zur Diskussion gestellt. «Es ist uns wichtig, dass die Fachöffentlichkeit sensibilisiert wird und wir gemeinsam über Veränderungen nachdenken können», sagt Dorothee Schaffner. «Mit den Care Leavers überlegen wir auch: Wie könnte man geeignete Informationen zu Themen wie Recht, Finanzen oder Wohnen bereitstellen und allen zugänglich machen?» ●

Seltene Krankheiten – eine Herausforderung für Alters- und Pflegeheime

Für die spezielle Pflege braucht es mehr Ressourcen

Menschen, die an einer schweren Form von Multipler Sklerose oder ALS erkranken, sind im Verlauf ihres Lebens auf eine stationäre Langzeitversorgung angewiesen. In den Heimen aber fehlen das dafür qualifizierte Personal und eine kostendeckende Finanzierung.

Von Anna Hostettler*

Menschen, die an einer seltenen Krankheit leiden, bewegen sich auf einer Strecke voller Hürden. Allein der Weg zur korrekten Diagnose ist für viele ein langwieriger Prozess. Die Suche nach Informationen und entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten gestaltet sich oft mühsam: Gibt es eine Therapie für mich? Wenn notwendig, wo erhalte ich einen Pflegeplatz? Wer übernimmt die Behandlungs- und die Betreuungskosten?

Herr Müller (der Name wurde geändert) hat sich all diese Fragen stellen müssen. Er ist von ALS (Amyotropher Lateralsklerose) betroffen, von einer nicht heilbaren degenerativen Erkrankung des motorischen Nervensystems. Seine Erkrankung ist weit fortgeschritten. Das bedeutet, dass er zunehmend auf mehr Unterstützung im täglichen Leben angewiesen ist. Seine Angehörigen sind damit überfordert.

Den Angehörigen ist bewusst, dass es nicht wie bisher weitergehen kann. Herr Müller ist heute 40 Jahre alt, kein typisches

Viele Betroffene von ALS kennen das Hin und Her zwischen Spital und Pflegeheim.

Pflegeheim-Alter. Trotzdem ist er auf eine stationäre Langzeitversorgung angewiesen. Was also tun?

Schwierige Suche nach adäquatem Pflegeplatz

Da er in seinem nahen Umfeld keinen geeigneten Platz findet, wird er in einem Pflegeheim mit Demenzabteilung untergebracht. Schnell wird deutlich, dass diese Institution weder über das Fachwissen noch die notwendigen Ressourcen verfügt, um ihm die richtige Betreuung und Pflege gewährleisten zu können. Bis zum heutigen Tag geistig voll da, fehlt es Herrn Müller am Austausch mit Menschen in seinem Alter oder in guter geistiger Verfassung. Also muss ein neuer Pflegeplatz gesucht werden. Für ein zunächst ins Auge gefasstes nächstes Heim ist die Herausforderung mit der ALS-Erkrankung von Herrn Müller dann doch zu gross. Die Suche nach einem adäquaten Pflegeplatz geht weiter. Innert dreier Tage erhält Herr Müller vier Absagen.

Herr Müller ist mit seiner Geschichte nicht allein. Viele ALS-Betroffene kennen das Hin- und Her zwischen Spital und Pflegeheim. Ein Einzelfall wie der von Herrn Müller zeigt die Lücken im stationären Netzwerk und in der Versorgungsstruktur für Menschen mit seltenen Krankheiten auf. Auch der nationalen Koordinationsstelle für seltene Krankheiten (kosek) ist das Problem der Versorgungslücken bekannt: Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit bleiben erfahrungsgemäss oftmals in der Reha oder der Akutversorgung «hängen» und haben keinen Zugang zur stationären Langzeitpflege. Genaue Daten gibt es nicht. Was man aber weiss: Für Heime bedeuten seltene Krankheiten neben dem Tagesgeschäft einen enormen Ressourcenaufwand, zumal es an qualifiziertem Personal mangelt.

Seltene Krankheiten sind gar nicht so selten. In Europa wird eine Krankheit als selten bezeichnet, wenn diese 5 oder weni-

* Anna Hostettler, B.Sc. Psychologie, Praktikantin im Fachbereich Menschen im Alter



Patientin mit einer seltenen Krankheit: Wer jung auf stationäre Pflege angewiesen sind, fühlt sich oft nicht ernst genommen.

ger von 10000 Personen betrifft. Heute sind in der Schweiz etwa 580000 Menschen von einer seltenen Krankheit betroffen, also gut 7 Prozent der Bevölkerung.

Weltweit sind 6000 bis 8000 seltene Krankheiten beschrieben worden, wobei fortlaufend neue dokumentiert werden. Die Diversität seltener Krankheiten ist gross – doch haben sie einiges gemeinsam: Sie haben schwere gesundheitliche Folgen, sind oft chronisch, fortschreitend und lebensbedrohlich. Für etliche dieser Krankheiten benötigen Betroffene im Verlauf ihres Lebens und oft schon in jungen Jahren eine stationäre Langzeitversorgung. In der Regel sind die Krankheiten spezielle Formen neurodegenerativer Krankheiten (z.B. Chorea Huntington, schwere Verläufe von Multipler Sklerose oder ALS).

700 betroffene ALS-Patienten

Von ALS sind in der Schweiz etwa 700 Menschen betroffen. Die Signalübertragung der motorischen Neuronen wird zerstört. Es kommt zu Lähmungen im ganzen Körper. Drei Viertel der Patienten sind bei der Diagnose zwischen 45 und 55 Jahre alt. Nach Auftreten der ersten Symptome liegt die Lebenserwartung bei drei bis fünf Jahren. Aussicht auf Heilung gibt es nicht. Die Anzahl der Patienten, die an einer seltenen Krankheit lei-

det, ist zwar vergleichsweise tief. Die Lücken in der Versorgungsstruktur aber sind gross. Susanne Brawand und Susanna Richli vom Verein ALS Schweiz, beide ausgebildete «ALS Care Nurses», kennen das Problem. Beide weisen darauf hin, dass es nur wenige Heime gibt, die ALS-Betroffene aufnehmen. «Zum einen ist die Schulung des Personals durch eine ALS Care Nurse sehr aufwendig. Zum anderen führt die Pflegepauschale zu Einschränkungen, da die notwendigen Hilfsmittel integriert sind. Das heisst, dass ein Heim durch die Aufnahme von ALS-Betroffenen finanzielle Einbussen erleidet», sagt Susanna Richli.

Ein Pflegeheim, das trotzdem Plätze anbietet, ist das Alterszentrum Alenia in Bern. «Hier können auch Betroffene von seltenen Krankheiten wie ALS-Patienten zur Ruhe kommen», sagt Barbara Gäumann, Leiterin Bewohneraufnahme & Beratung im Alenia. Bevor einem

ALS-Betroffenen ein Platz angeboten wird, wird allerdings zuerst die Situation des Patienten genau abgeklärt. Der Betroffene wird zu Hause besucht. Gemeinsam mit den Angehörigen wird geschaut, ob das Alterszentrum Alenia und der Patient zueinander passen.

Barbara Gäumann sagt, dass die im Alenia gelebte Kultur des wohngruppenübergreifenden «einander Aushelfens» eine

Benötigt wird ein fachkompetentes Personal, das über eine Palliative-Care-Schulung verfügt.

Aufnahme auch von ALS-Patienten ermöglicht. Da sich die Mitarbeitenden gegenseitig unterstützen, lassen sich die benötigten Ressourcen ausbalancieren. Ganz klar sei auch, dass es fachkompetentes Personal brauche, das über eine Palliative-Care-Schulung verfügt. Zudem steht das Alenia in engem Austausch mit einer ALS Care Nurse, den das Heim sehr unterstützt. Das von ALS Schweiz initiierte Schulungsangebot «ALS Care Nurse» unterstützt Heime, um genaue Informationen über Pflegeaufwand und Krankheitsbild zu erhalten. «Dies ist vor allem bei der Eintrittsabklärung sehr wichtig», sagt Susanne Brawand.

Zweifellos ist der grosse Pflegeaufwand die zentrale Herausforderung für die Pflegeheime. Ein vom Alterszentrum Alenia bis zum Tod betreuter ALS-Patient hätte im 12-stufigen Pflegebedarfssystem nicht betreut werden können, da dieser sich gemäss tatsächlichem Pflegeaufwand auf Stufe 33 befunden hätte. Quersubventionierungen gibt es dann keine mehr. Hier sieht das Alterszentrum Alenia grossen Handlungsbedarf. Wäre es nicht richtig, dass Krankenkassen einem Pflegeheim per Gesuch und Nachweis über den zu erbringenden Aufwand entgegenkommen? Sollte es zudem nicht auch beim Kanton Möglichkeiten geben, auf mehr Unterstützung zu zählen? Walter Brunner, Präsident von ALS Schweiz, wünscht sich, dass künftig ALS-Betroffene schweizweit in allen Versorgungsbereichen mit angemessener Qualität gepflegt und betreut werden. Zudem wären die dafür notwendigen Leistungen in allen Tarifbereichen kostendeckend zu finanzieren.

Für Barbara Gäumann vom Alterszentrum Alenia ist es wichtig, dass sich ALS-Betroffene in Zukunft nicht erst durch einen «Dschungel» durchfragen müssen, bis sie einen geeigneten Pflegeplatz finden. Beratungsstellen sollten bereits auskunftsfähig sein, um auf geeignete Heime zu verweisen. Auch die Kommunikation zwischen den Pflegeheimen biete Potenzial, da sich nicht jedes Heim auf alles spezialisieren müsste. Gut zu wissen sei, wer welches spezialisierte Pflegeangebot wie zum Beispiel die Pflege von ALS-Betroffenen unterhält. So könnten Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden und eine Kultur des «einander Aushelfens» übergreifend entstehen und Wirkung entfalten.

Der ALS-Patient Herr Müller möchte den Pflegeheimen mit auf den Weg geben, dass die meisten ALS-Patienten – wie er selbst – noch sehr gut denken und fühlen können. Dies gehe bei Pflegenden und Ärzten gern vergessen. Zudem könnten ALS-Patienten sich mit heutigen Hilfsmitteln sehr gut mitteilen und so zur täglichen Pflege beitragen.

Für die Aufnahme, Pflege und Betreuung von Menschen mit seltenen Krankheiten in Institutionen der stationären Langzeitpflege gibt es noch viele Herausforderungen. Das nationale Konzept für seltene Krankheiten vom Bund sieht 8 Ziele und 19 Massnahmen vor in den Bereichen Koordination, Information, Ausbildung, Patientenunterstützung, Kostenübernahme und Forschung. Aus Sicht der Pflegeheime stellt das Thema seltene Krankheiten eine von vielen Herausforderungen im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategien, Aktionspläne und Programme dar, so in den Bereichen Demenz, eHealth, Hygiene oder Palliative Care, wo Fragen der Finanzierung gleichfalls ungeklärt sind (vgl. Fachzeitschrift vom Dezember 2018). ●

E-Health: Die Digitalisierung im Gesundheitsbereich fordert die Pflegeeinrichtungen

Der Chef als Coach im Prozess der digitalen Transformation

Gerade im Gesundheitsbereich sind viele Einrichtungen noch zurückhaltend mit der Einführung elektronischer Lösungen. Mitarbeitende und Chefs fürchten den Aufwand. Die Digitalisierung verhilft dabei zu schlankeren Prozessen und besseren Dienstleistungen.

Von Anne Forster*

Individuelle und organisationale Gesundheit werden zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor für ein wirtschaftlich gesundes Unternehmen. Die Wirtschaft befindet sich in einem starken Wandel: Der Trend zu höherer Volatilität und Dynamik verstärkt sich, das politische und gesellschaftliche Unternehmensumfeld wird instabiler. Darüber hinaus treiben gesetzliche Vorgaben die digitale Transformation und E-Health in Schweizer Spitälern und Heimen voran. Auf Führungskräfte kommen dabei nicht nur zusätzliche Aufgaben zu, sie müssen auch ihre Rollen überdenken.

Durch eine bessere Vernetzung der Anbieter können Leistungen optimiert werden.

Der Trend zu höherer Volatilität und Dynamik verstärkt sich, das politische und gesellschaftliche Unternehmensumfeld wird instabiler. Darüber hinaus treiben gesetzliche Vorgaben die digitale Transformation und E-Health in Schweizer

Spitälern und Heimen voran. Auf Führungskräfte kommen dabei nicht nur zusätzliche Aufgaben zu, sie müssen auch ihre Rollen überdenken.

Prozesse müssen angepasst werden

Der starke wirtschaftliche Wandel führt zu einem dazu, dass die VUCA-Faktoren (volatility, uncertainty, complexity, ambi-

guity) an Bedeutung gewinnen und Manager und Mitarbeitende einmal mehr gezwungen sind, die Unternehmensstrukturen und -prozesse dem dynamischen Kontext anzupassen. Im Gesundheitsbereich geht die digitale Transformation mit E-Health dabei weit über die Einführung des elektronischen Patientendossiers hinaus. Gefordert ist die Digitalisierung aller Prozesse,



Arzt im Austausch mit Pflegefachpersonen: Die Einführung digitaler Lösungen hilft bei der Vernetzung der Gesundheitsfachpersonen.

* Anne Forster ist Dozentin an der FFHS im MAS Gesundheitsförderung. Sie ist zudem Coach und Organisationsentwicklerin.

von der Datenerfassung über den Datenaustausch bis hin zur Archivierung. Diese wachsenden Herausforderungen der digitalen wie organisationalen Transformation stellen Mitarbeitende, Führungskräfte und Unternehmen vor neue Aufgaben.

Ein Treiber für die integrierte Versorgung

Um die Anforderungen an die Zukunft wirtschaftlich zu erfüllen, braucht es digitale Lösungen. Diese müssen aber durchdacht sein, schliesslich geht es darum, Mitarbeitende maximal zu entlasten und ihnen mehr Zeit für die Pflege der Bewohner und Patienten einzuräumen. Der Wunsch- und Anforderungskatalog reicht hier von Entlastung der körperlich schweren Arbeit über Unterstützung während ressourcenknappen Zeiträumen (zum Beispiel der Nachtschicht) über Routinearbeiten bis zur Dokumentation und Kommunikation.

Vielorts ist man mit der digitalen Transformation jedoch noch nicht weit fortgeschritten. Die Gründe für den Verzicht auf elektronische Systeme liegen in der fehlenden Verfügbarkeit von Systemen, die den Bedürfnissen entsprechen, der Unsicherheit betreffend Datensicherheit oder der mangelhaften Transferierbarkeit in andere Daten-systeme. Eine wesentlich längere Liste an Gründen für den Verzicht liegt im persönlichen Empfinden von Mitarbeitenden und Führungskräften. So etwa, dass der Aufwand zu gross sei, es sich nicht lohne, der Betrieb zu klein sei oder die Abhängigkeit von IT-Firmen Gefahren berge. Weiter sei der gesamte Pflegeprozess gestört und der aufwendige Daten-eingabe-Prozess würde noch nicht einmal vergütet.

Es verwundert nicht, dass in Zeiten von Personalmangel und Kostendruck eher mit Vorsicht und schützender Abwehrhaltung reagiert wird. Doch wird das Potenzial der Digitalisierung als Treiber für die integrierte Versorgung und eine verbesserte Leistungserbringung unter anderem auch dank besserer Vernetzung dabei unterschätzt. Wer soll und kann dieses Potenzial aufzeigen, ein Umdenken und die Auseinandersetzung vorantreiben? Auf Mitarbeitende wie Führungskräfte kommen zusätzliche Aufgaben zu, die auch dazu führen die Rolle der Führungskraft neu zu überdenken.

Führungskräfte haben eine besondere Verantwortung Stressfaktoren wie Sozialklima, Ressourcenknappheit und Führungsverhalten sor-

gen in Heimen und Spitälern nicht nur für viele Krankheitstage, sondern auch für einen ausgeprägten Präsentismus, also Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beschwerden. Kraft für die tägliche Arbeit schöpfen insbesondere diejenigen, die das Gefühl haben, bei der Arbeit etwas Sinnvolles zu tun. Dabei können Führungskräfte einen wesentlichen Anteil zur Verbesserung der Situation leisten, denn für die organisationale Gesundheit ist ein vernünftiger Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz entscheidend.

Gesundheit ist als zentraler Massstab für den persönlichen Erfolg wie auch für die Leistung des Teams und der Organisation anzusetzen. Wer für sich selber Ausgleich schafft und diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht, kann bewusst beobachten, ob und inwiefern fitte und gesunde Mitarbeitende höhere Leistungen erzielen, kollaborativer und besser abgestimmt arbeiten. Gesundheit und Leistung verstärken sich und sorgen für nachhaltige Leistungsfähigkeit

der Mitarbeitenden. Bemühungen um einen psychisch sicheren und gesunden Arbeitsplatz zahlen sich aus. Eine unternehmensweite Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Leistung muss nicht zwingend als Projekt im Unternehmen angestossen werden. Wenn Mitarbeitende wie Führungskräfte sich selber und die direkten Kollegen besser verstehen lernen, ist ein

wichtiger erster Schritt gemacht. Als Führungskraft das Gespräch zu Fehltagen oder Überstunden anstossen ist ein weiterer. Im (Führungs-)Team nach einfachen, ursachenorientierten Lösungen suchen, die auf gesammelten Fakten, Meinungen und Perspektiven zum individuellen und organisationalen Gesundheitszustand basieren, kann ein nächster Schritt sein.

Mitarbeitende sollen spüren, dass sie selbst Entscheidungen treffen und Verantwortung übernehmen müssen. Führungskräfte müssen sie dabei unterstützen ohne sie zu bevormunden. Die Führungskraft ist ein Unterstützer und «Möglich-Macher». So kann durch zielgerichtetes Fragen ein Mitarbeitender bei der Lösungssuche unterstützt werden. Ganz entscheidend ist hier die Einstellung und Kompetenz der Führungskraft sowie ihr Rollenverständnis. Die Führungskraft wird in Unternehmen und Organisationen, die Wert auf verantwortungsbereite Mitarbeitende legen, zum Coach. Die Beziehungsgestaltung findet auf «Augenhöhe» statt, und die Bereitschaft, die digitale Transformation mitzugestalten wächst oder wird positiv beeinflusst.

Zu den Aufgaben der Führungskraft im Zuge der Digitalisierung gehören weit mehr Verantwortlichkeiten als bis anhin. Die Führungskraft wird zum Coach, der als Unterstützer die digitale Transformation vorantreibt. Um diese Herausforderung zu meistern, sollten Führungskräfte folgende Punkte berücksichtigen:

■ **Mitarbeitenden die Notwendigkeit aufzeigen:** Es braucht eine umfangreiche Information an die Mitarbeitenden, welche Möglichkeiten sich mit der Digitalisierung in Zukunft bieten. Dabei ist ganz wichtig, dass auch Ängste, Hindernisse, Blockaden angesprochen werden. Vermeiden sie also

Gute Informationen helfen dabei, dass Mitarbeitende Ängste abbauen können.



Foto: Martin Glauser

einen «happy talk» und bleiben sie offen und ehrlich über zusätzlichen Aufwand. Schön-Wetter-Vorträge sorgen nicht für das benötigte Vertrauen. Machen sie deutlich, wie sie die Veränderung und die daraus resultierenden Verbesserungen messen wollen, sodass die nötige Transparenz geschaffen werden kann. Machen sie auch deutlich, dass die zukünftigen Ziele mit dem bisherigen Vorgehen nicht erreicht werden können, dass die Zufriedenheit der Patienten und Kunden stark von einer integrierten Vorgehensweise abhängt. Mitarbeitende wollen die Notwendigkeit und Dringlichkeit eines Umbruchs verstehen. Dies ist der erste Schritt, um Commitment zu erwirken.

■ **Keine Person kann im Alleingang Veränderungen bewirken:**

Es braucht eine Gruppe, die genügend Durchsetzungsstärke hat, um Veränderungen herbeizuführen respektive eine Gruppe, deren Mitglieder einander vertrauen und die die Expertise und Glaubwürdigkeit in ihren Bereichen hat, um sicherzustellen, dass die Änderungen, die sie implementieren möchte, durchgeführt werden. Ein (Führungs-)Team, das eine Vision kommuniziert und lebt, sorgt für Orientierung und stärkt das Vertrauen der Mitarbeitenden, dass die Veränderung richtig und wichtig ist.

**Ein Führungsteam,
das eine Vision lebt,
sorgt für
Orientierung in der
Veränderung.**

■ **Mitarbeitende durch eine 5-Minuten-Vision mitnehmen:** Es ist wichtig, eine effektive Vision zu haben, denn diese vereinfacht durch die Klärung von allgemeinen Veränderungsmodalitäten die Umsetzung von Entscheidungen. Sie motiviert die Mitarbeitenden, die eingeschlagene Richtung mitzuge-

hen, und hilft, die Aktivitäten der Beteiligten zu koordinieren. Mitarbeitende wollen wissen, wie die Zukunft aussehen kann, und diese mitgestalten. Daher sollte die Vision fokussiert, aber flexibel genug sein und in maximal fünf Minuten erklärt werden können. Mitarbeitende zu befähigen, Veränderungen zu bewirken, setzt voraus, dass sie eine Vision als sinnvoll erachten, Strukturen mit der Vision

kompatibel sind und die erforderlichen Trainings zur Weiterbildung ermöglicht werden.

■ **Erste Erfolge der Veränderung rasch zeigen:** Im Zuge von Veränderungen braucht es rasch Erfolge. Wenn Mitarbeitende nachvollziehen können, dass der Erfolg einen Zusammenhang hat mit den Veränderungsanstrengungen, sind sie motivierter, diese Veränderung auch weiter mitzutragen. Erfolgreiche Veränderungen zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass sie mehr Unterstützung und Involvement bieten. Die Veränderungen werden zudem klar vom Führungsteam getragen. Nur so lassen sich neue Ansätze in der Kultur verankern. ●

Wie man schwierige Lebensthemen für Kinder in die richtigen Worte fasst

Mit Biografiearbeit zum Ich finden

Wie soll man Kindern, die im Heim leben, erklären, warum sie nicht bei ihren Eltern sein können? Ein praktischer Leitfaden für Erziehende erklärt, wie man Sachverhalte präzise erklärt und wie man ein Kind mit auch schweren Tatsachen konfrontieren kann.

Von Urs Tremp

Wie kann man einem Kind erklären, warum sein Vater die Mutter getötet hat? Wie redet man mit einem Kind, das die Mutter in der Waschküche findet – tot? Sie hat sich erhängt. Kinder und Jugendliche, die getrennt von ihren Herkunftsfamilien in Heimen leben, mussten oft Schreckliches miterleben: Gewalt, psychische Misshandlungen, Drogenmissbrauch, Vernachlässigung, Polizeieinsätze gegen die eigene Familie. Das sind traumatische Lebenserfahrungen. Kinder können sie meist weder verstehen noch einordnen.

Die Schreibwerkstatt Biografiearbeit der Psychotherapeutin Irmela Wiemann und der Heilpädagogin Birgit Lattschar hat einen Leitfaden verfasst, wie Sozialpädagogen, Heimerzieherinnen und Lehrer «schwierige Wahrheiten» ansprechen, wie sie Dinge erklären und die dafür angemessenen Worte finden können.

Mit Biografiearbeit beschäftigen sich die zwei Autorinnen seit Langem. Ihr Buch «Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte – Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit» ist im vergangenen Jahr bereits in der fünften Auflage erschienen. Es ging schon in diesem Buch um Kinder aus belasteten Verhältnissen. Es vermittelte die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen und bot eine Fülle von Anregungen, Vorlagen und Übungen. Den nun neu vorliegenden Band verstehen die Autorinnen als Fortsetzung, denn sie hätten festgestellt, «dass es oft an konkreten Worten fehlt, um Sachverhalte kindgerecht zu erklären, Lebensgeschichten liebevoll und wertschätzend zu verfassen».

Praktische Biografiearbeit

Im neuen Buch geht es um Kinder und Jugendliche, die fremdplatziert wurden und fragen: Wer bin ich? Wo komme ich her? Wem gleiche ich? Wer ist meine leibliche Familie? Warum musste ich fort? Warum lebe ich hier? Was wird aus mir? Die Biografiearbeit helfe, dass junge Menschen sich besser kennenlernen und sich annehmen können, sind die Autorinnen überzeugt: «Sie gibt Kindern eine strukturierte und verständliche Möglichkeit, über sich selbst zu reden. Sie kann Klarheit schaffen, wo es bedenkliche und idealisierte Fantasien gibt. Einmal fertiggestellt, existiert eine Aufzeich-

nung, in der das Kind jederzeit nachschlagen kann und mit seiner Erlaubnis auch die Personen, die für es sorgen, vor allem während einer Krise.»

Anhand von vielen Beispielen zeigen die Autorinnen, dass Kinder in jedem Fall ein Recht auf die eigene Geschichte haben. Und sie haben ein Recht, erklärt zu bekommen, was mit ihnen ausserhalb der Herkunftsfamilie passiert.

Resilienzfaktoren stärken

Da viele fremdplatzierte junge Menschen oft schon vorgeburtlich und dann in der allerersten Lebensphase vielen Risiken ausgesetzt sind, verlieren sie häufig früh jegliche Kraft, das Leben anzugehen. Und doch stecken in jedem Kind Ressourcen, Begabungen und Eigenschaften, die helfen, das Leben unter Kontrolle zu bekommen. «Biografiearbeit fördert oder installiert in einem jungen Menschen Resilienzfaktoren wie Optimismus, Verantwortungsbewusstsein, Netzwerk- und Lösungsorientierung», sind Wiemann und Lattschar überzeugt. Sie glauben denn auch, dass man nicht warten muss mit dem Ansprechen von schweren Lebensthemen, bis das Kind von sich aus fragt. An einem Beispiel illustrieren

die Autorinnen, wie das Schweigen Kinder zu Fantasien anregt, die schlimmer sein können als die Realität: «Üsein war zwölf Jahre alt und lebte seit kurz nach seiner Geburt bei Pflegeeltern. Er wusste nichts über seinen leiblichen Vater. Dieser war in der Geburtsurkunde als «unbekannt» eingetragen. Üsein fasste sich eines Tages ein Herz und sprach mit seiner Fachberaterin des

Pflegekinderdienstes. Er sagte ihr, dass er gerne wissen würde, wie er entstanden sei. Er traue sich aber nicht, die leibliche Mutter danach zu fragen. Er denke sich, sein Vater sei bestimmt ein Vergewaltiger und er das Produkt daraus, denn es spreche ja nie jemand darüber. Die Fachberaterin suchte darauf das Gespräch mit der Mutter.

Diese war völlig überrascht und erklärte, Üsein sei aus einem One-Night-Stand entstanden. Sie habe den Vater in der Disco kennengelernt, er habe ihr gut gefallen und es sei eine schöne Begegnung gewesen. Dies habe sie allerdings niemandem so erzählen können, weil ein solches Verhalten in ihrer Familie nicht toleriert würde. Sie entschied daraufhin, den Vater, dessen Namen sie wusste, als unbekannt eintragen zu lassen und über die genauen Umstände nichts zu sagen. Sie war gerne bereit, Üsein dies zu erklären und konnte dies im Gespräch mit Unterstützung der Fachberaterin dann tun.» ●

Irmela Wiemann, Birgit Lattschar. «Schwierige Lebensthemen für Kinder in leicht verständliche Worte fassen», Verlag Beltz Juventa, 260 Seiten, 38 Franken.

Das Verschweigen kann Kinder zu Fantasien anregen, die schlimmer sind als die Realität.

Hoffnung lernen – für den Moment, ohne Zukunftsziel

Wer Geriatrie mit Hoffnungslosigkeit verbindet, geht von einem zielgerichteten Hoffnungsbegriff aus. Es geht aber um eine Haltung.

Von Peter Weibel

«Hoffnung kann und wird enttäuscht werden, sonst wäre sie ja keine Hoffnung», schreibt Ernst Bloch in seiner berühmten Tübinger Vorlesung. Ich weiss nun nicht, welchen Hoffnungsbegriff Studierende der Pflege oder der Medizin haben, wenn sie sich von der Alterspflege abwenden, weil ihre Hoffnung nicht enttäuschbar sein will. Oder weil sie Geriatrie mit Hoffnungslosigkeit verbinden. Ich vermute, dass sie das tun, weil ihre Hoffnung ein gutes Ende voraussetzt, weil sie an sichtbare Erfolge gebunden ist. Aber wirkliche Hoffnung ist mehr als die Vorstellung, dass etwas gut ausgehen muss. Wer wirklich hofft, hofft in der Gegenwart, in seinem Denken und Handeln, auf eine Zukunft hin, die im Ungewissen liegt.

Die Hoffnung, die wir mit alten Menschen lernen können, ist keine billige Erfolgshoffnung, das macht sie grösser und tiefer. Sie liegt in der Art, wie wir handeln, wie uns Begegnungen auf Augenhöhe gelingen, wie wir den Patienten das zukommen lassen, was wir uns an ihrer Stelle wünschen würden. Sie liegt in der Chance, ein langes Leben zu ordnen, ein ganzes Leben als Gesamtwerk zu begreifen, bevor es zu Ende geht. Im verborgenen Lebensreichtum, der manchmal aufblitzen kann wie ein Geschenk. Oder sie liegt im Mut, den Zeitpunkt zu erkennen, wo ein getragenes Sterben menschenwürdiger wird als ein untragbar gewordenes Leben. Hoffnung, das lernen wir, wenn wir

alte Menschen betreuen, ist eine menschliche Haltung in der Gegenwart, nicht ein Anspruch auf eine erfolgsgewisse Zukunft.

Ich denke oft an eine Patientin mit lähmender Bewegungseinschränkung zurück, die im letzten Jahr verstorben ist. Sie wusste, dass die Lähmung unaufhaltsam ist, sie war Mitglied einer Sterbehilfeorganisation. Aber sie liebte ihre Enkel, sie war dem Leben immer verbunden, auch diesem schwer gewordenen Leben. Die Hoffnung, die wir mit ihr teilten, war nicht, dass es gut ausgeht, es war die Hoffnung auf einen Abschied in Würde, in menschlicher Verbundenheit. Die Pflegenden haben diese Hoffnung mitgetragen, die Patientin lebte in ein tröstliches Sterben hinein, das sie zuletzt beinahe sanft wegtrug.

Ein bedeutsamer Satz von Peter Bichsel begleitet mich oft: «Wirkliche Hoffnung ist nicht die Beschwörung der Optimisten, es ist die Dennoch-Hoffnung der Traurigen.» Wer zu hoffen gelernt hat, hat immer auch die Trauer und den Widerstand kennengelernt.



Peter Weibel ist
Heimarzt im
Domicil Baumgarten
in Bern.
Daneben betätigt
er sich als Schrift-
steller.

Alter

Immer mehr Menschen sterben mit Exit

Die Sterbehilfe hat in der Schweiz einen neuen Höchststand erreicht. 34 Jahre nach der Gründung zählt Exit, der «Verein für humanes Sterben», gut 120 000 Mitglieder. Im vergangenen Jahr (2018) hat die Sterbehilfeorganisation 905 Freitodbegleitungen durchgeführt – das sind 172 mehr als noch 2017. Exit-Mediensprecher Jürg Wiler hat mehrere Erklärungen, warum die Zahl der Vereinsmitglieder und die Zahl der Freitodbegleitungen immer weiter ansteigt. In einem Interview mit der Fernsehsendung «10 vor 10» meinte er unter anderem, dass durch die erhöhte Lebenserwartung auch die Wahrscheinlichkeit von schweren Krankheiten steigt. Dann möchten die Menschen selbst bestimmen können, das Leiden abzukürzen. «Es ist eine Erscheinung unserer Zeit, dass die Menschen auf ihr Selbstbestimmungsrecht pochen.» Zwar gebe es auch den Altersfreitod ohne zwingend tödliche Krankheit, aber die meisten Freitodbegleitungen mache Exit noch immer bei todkranken Menschen. Angesprochen auf den Widerspruch, dass dank der Medizin ein immer längeres Leben möglich ist, sich aber immer mehr Leute die Option offenlassen, den Freitod zu wählen, sagte Jürg Wiler: «Das ist für mich eine Zeiterscheinung. Die Menschen konnten und mussten ein Leben lang für sich selber entscheiden: Welchen Berufsweg sie beschreiten, ob sie eine Familie oder ein Haus wollen – und am Schluss will man ihnen dieses Recht absprechen. Das goutieren viele nicht. Man lässt sich nicht von einem Spital oder von einem Pfarrer vorschreiben, wie und wann man gehen soll.»

Fernsehen SRF

Menschen mit Asperger können helfen, Diskussionen zu versachlichen

Von Autisten profitieren

Die 16-jährige schwedische Klimaschutzaktivistin Greta Thunberg, die am WEF in Davos für Aufsehen sorgte, leidet an einer Autismus-Spektrum-Störung (das Asperger-Syndrom ist eine Unterform davon). Sie ist deswegen von zahlreichen Kritikern als geistig kranke Agitatorin diskreditiert worden. Nun bekam Greta Thunberg einen prominenten Fürsprecher. Der Psychiater Leonhard Schilbach, ein ausgewiesener Autismus-Spezialist, erklärte in der «Frankfurter Allgemeinen Zeitung», dass Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zwar Defizite haben (mangelnde soziale Kommunikation, fehlende Empathie). Sie hätten dafür die ausserordentliche Fähigkeit, «Muster und Mechanismen zu



Aktivistin Thunberg: Grosse Klarheit.

erkennen und diese zu verwenden, um die Welt vorhersagbar zu machen». Dies spiele die junge Frau aus: «Autisten sind in der Lage, inhaltliche Analysen ohne Rücksicht auf soziale Befindlichkeiten relevanter Akteure durchzuführen, und sie können deren Ergebnisse oftmals mit grosser Klarheit darstellen.»

Im Thurgau zu Hause bleiben

«Thurvita Care» heisst ein in Wil im Kanton Thurgau entwickeltes Modell für die Betreuung von betagten Menschen. Eine Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) zeigt nun auf, dass bei entsprechender Betreuung ein Drittel der Betagten nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurückkehren kann und nicht zwingend in ein Heim zügeln muss. Thurvita betreibt in Wil sechs Altersheime und setzt sich zum Ziel, dass betagte Menschen bis an ihr Lebensende an dem Ort leben, den sie als ihr Zuhause empfinden – und wo sie möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Im Rahmen dieser Strategie wurde in den vergangenen vier Jahren das Angebot «Thurvita Care» entwickelt. In einer spezialisierten Medizin-Reha-Abteilung werden Patienten nach einem Spitalaufenthalt aufgenommen und wenn möglich auf eine Rückkehr in die eigenen vier Wände vorbereitet. Gemäss einer

>>

Studie der ZHAW gelingt dies bei einem Drittel aller Klienten mit nachhaltigem Erfolg. Im Vergleich zu der Zeit, bevor es dieses Angebot gab, konnten doppelt so viele Personen wieder nach Hause zurückkehren.

ZAHW

Menschen mit Behinderung

Geistige Behinderung und Wahlrecht

Psychisch kranke und behinderte Menschen dürfen nicht pauschal von Wahlen ausgeschlossen werden. Das hat in Deutschland das Bundesverfassungsgericht als oberste Rechtsinstanz entschieden. Die Regelungen im Bundeswahlgesetz genügten nicht den «Anforderungen an gesetzliche Typisierungen», weil der Kreis der Betroffenen «ohne hinreichenden sachlichen Grund in gleichheitswidriger Weise» bestimmt werde. Die Verfassungsrichter machten aber auch deutlich, dass bei Menschen, bei denen davon auszugehen ist, «dass die Möglichkeit zur Teilnahme am Kommunikationsprozess zwischen dem Volk und den Staatsorganen nicht in hinreichendem Umfang besteht», ein Ausschluss vom aktiven Wahlrecht grundsätzlich gerechtfertigt sein kann. Nun muss das Bundeswahlgesetz geändert werden. Mehrere Betroffene hatten Beschwerde gegen ihren Ausschluss von der Bundestagswahl 2013 eingelegt. Nach Angaben des Bundesverfassungsgerichts waren bei der Wahl 82 220 vollbetreute Menschen betroffen.

(ARD)

Kinder & Jugendliche

Losglück für ein Kinderheim

Es waren unschöne Szenen, die sich im Morgengrauen nach dem Argovia-Fäschts im Juni 2017 abspielten. Am grössten alljährlich durchgeführten Open-Air-Festival im Kanton Aargau garieten mehrere junge Männer aneinander, es kam zu einer wüsten Schlägerei. Die Auseinandersetzung hatte nun ein juristisches Nachspiel. Vor Bezirksgericht Brugg mussten sich die Beteiligten wegen Raufhandels sowie in einigen Fällen wegen einfacher Körperverletzung verantworten. Die Verhandlung fand ein ungewöhnliches Ende – mit einem Vergleich. Davon profitiert das Kinderheim Brugg. Warum? Der Straf-

antrag wegen Körperverletzung wurde zurückgezogen. Vereinbart wurde aber, dass die fünf Beschuldigten je 400 Franken an eine soziale Einrichtung zahlen. Als Institution per Los gezogen wurde das Kinderheim Brugg.

Aargauer Zeitung

Pflege

Abschaffung der Jahresarbeitszeit

Laut einer Studie der Gewerkschaft Unia kann sich jede zweite Pflegeperson in der Langzeitpflege nicht vorstellen, bis zur Pensionierung im Beruf zu bleiben. Nur jede und jeder Fünfte denkt, dass dies sein oder ihr Job ist bis zur Rente. Das seien «alarmierende Ergebnisse» und schlechte Aussichten für eine Branche, in der ohnehin grosser Personal-mangel herrsche, kommentiert die Unia die Umfrage. Als Grund für den Frust vieler Pflegenden sieht die Unia nicht zuletzt die Ökonomisierung der Pflege. Zum einen sind Pflegeberufe per se körperlich und psychisch belastend. Die Ökonomisierung mit der Subjektfinanzierung führe zu weiterem Stress. Unter der eingeforderten Flexibilität leiden die Freizeit und das Familienleben der Pflegenden. Die Unia fordert die Abschaffung der Jahresarbeitszeit und faire Dienstpläne und Schichtsysteme. Weiter brauche es eine faire Finanzierung der Pflege mit fairen Löhnen, die auch bei Teilzeitpensen zum Leben reichten; über höhere Stellenschlüssel müsse zudem das Personal aufgestockt werden.

SDA

Wahlkampf mit Angehörigenpflege

«Wer freiwillig und unentgeltlich hilfsbedürftige Personen pflegt und betreut, kann jährlich 5000 Franken vom steuerbaren Einkommen abziehen»: Diesen Passus möchte die CVP des Kantons Luzern im Gesetz festschreiben. Damit sollen nicht nur pflegende Angehörige belohnt, sondern auch der Umstand gewürdigt werden, dass diese den Staat entlasten. Rund 2500 der nötigen 4000 Unterschriften seien schon gesammelt worden, sagt CVP-Kantonalpräsident Christian Ineichen. «Unser Ziel ist es, die Initiative bis zu den Luzerner Wahlen zu lancieren.» Am Wochenende vom 31. März wird im Kanton Luzern ein neues Kantonsparlament gewählt.

Luzerner Zeitung

Medizin & Psychologie

Mit IPS-Zellen gegen Parkinson

In Japan hat erstmals ein Parkinsonpatient neue Nervenzellen aus induzierten pluripotenten Stammzellen, kurz IPS-Zellen, ins Gehirn implantiert bekommen. Wie das Wissenschaftsmagazin «Nature» berichtet, wurden dabei 2,4 Millionen Zellen übertragen. Sie sollen abgestorbene Neuronen ersetzen, die für die Produktion des Botenstoffs Dopamin verantwortlich sind. IPS-Zellen sind Stammzellen, die sich offenbar relativ einfach zu beliebigen Geweben entwickeln lassen. Die Forscher hoffen, dass damit die bei der Parkinsonkrankheit abgestorbenen Zellen ersetzt werden können. Japan baut derzeit eine Biobank für IPS-Zellen auf. Sie soll regenerative Therapien für die stark alternde Bevölkerung Japans ermöglichen.

Süddeutsche Zeitung

Kurztherapie mindert Suizidrisiko

Eine in Bern entwickelte Therapie kann das Risiko weiterer suizidaler Krisen nach einem Suizidversuch markant reduzieren. Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) haben in Zusammenarbeit mit der London School of Economics und dem Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern eine Kurztherapie entwickelt für Menschen, die einen Suizidversuch hinter sich haben. Bekannt ist zwar, dass Suizidversuche das grösste Risiko für weitere suizidale Krisen sind. Aber bislang gab es kaum anerkannte Behandlungsmethoden, die dieses Risiko reduzieren. Die Kurztherapie zur Prävention wiederholter Suizidversuche «Attempted Suicide Short Intervention» (kurz: ASSIP) reduziert das Risiko von weiteren Suizidversuchen um 80 Prozent. Die Therapie besteht aus drei Sitzungen, gefolgt von einem anhaltenden brieflichen Kontaktangebot über zwei Jahre. Die aktuelle Studie zeigt, dass mit dem Rückgang der Suizidversuche durch ASSIP auch die Kosten für die Notfallbehandlungen und psychiatrischen Hospitalisationen signifikant reduziert werden. Untersucht wurden 120 Patientinnen und Patienten, die wegen Suizidversuch behandelt worden waren. Mit der Studie hat das Berner Programm ein grosses Potenzial, weltweit in der Suizidprävention eingesetzt zu werden. ●

INFORMATIONEN AUS DEM FACHBEREICH MENSCHEN IM ALTER

UMFRAGE ZUM STAND DER DIGITALISIERUNG UND DES TECHNIKEINSATZES IN INSTITUTIONEN FÜR MENSCHEN MIT UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Das Gesundheits- und Sozialwesen und damit auch Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf werden nicht nur mit Fragen im Zusammenhang mit der Automatisierung und Optimierung bestehender Prozesse konfrontiert. Sie stehen auch Aspekten wie Innovation, Flexibilisierung und Individualisierung, welche die heutige digital geprägte Welt begleiten, gegenüber. Es bestehen jedoch grundlegende Wissenslücken, wenn es um den Stand der Digitalisierung in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf und um die Nutzung neuer Technologien geht. Um den tatsächlichen Handlungsbedarf im Bereich der digitalen Lösungen in den Institutionen eruiieren zu können, müssen diese Wissenslücken zwingend geschlossen werden. Nur so können nachhaltige und bedürfnisgerechte Lösungen und unterstützende Massnahmen entwickelt werden.

CURAVIVA Schweiz lanciert Umfrage

2019 wird CURAVIVA Schweiz eine fachbereichsübergreifende und schweizweite Umfrage bei den Leitungspersonen der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf lancieren. Im Zentrum des Interesses stehen Fragen rund um den Einsatz von neuen Technologien und die Digitalisierung in den heutigen Institutionen für Menschen im Alter, für erwachsene Menschen mit einer Behinderung

und für Kinder- und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Die Umfrage wird in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gerontologie (ZfG) der Universität Zürich sowie Fachexpertinnen und -experten aus den drei CURAVIVA-Fachrichtungen sowie aus dem Geschäftsbereich Bildung realisiert.

Ziel und Nutzen

Mit der Umfrage sollen wesentliche Informationen generiert werden, welche es ermöglichen, den Handlungsbedarf branchenspezifisch offenzulegen. Davon ausgehend können CURAVIVA Schweiz sowie die CURAVIVA Kantonalverbände für die Mitgliederinstitutionen unterstützende Massnahmen entwickeln. Parallel dazu erhalten die mitwirkenden Forschungspartner Zugang zu den Daten aus der Umfrage, sodass praxisrelevante Forschung und Entwicklung angeregt werden. Es wird somit auch einer Überflutung der Organisationen durch unkoordinierte Umfragewellen aus der Forschung, die dem Hypethema Digitalisierung folgen, vorgebeugt.

Mit der Umfrage soll weiter sichergestellt werden, dass Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf und ihre Mitarbeitenden nicht vor vollendete Tatsachen gestellt werden. Vielmehr sollen sie als relevante Gruppe direkt in die Diskussion einbezogen werden. Denn das

Potenzial beim Einsatz neuer Technologien ist gerade im Sozial- und Gesundheitswesen hoch und Menschen mit Unterstützungsbedarf gehören zu jener Gruppe, für welche der Technikeinsatz einen potenziell und verhältnismässig grossen Nutzen besitzt. Es liegt entsprechend im Interesse der Branche, dass die Praxisrelevanz bei der Entwicklung neuer Technologien sichergestellt wird und dass Fragen im Zusammenhang mit dem respektvollen und sicheren Einsatz neuer Technologien in den Mittelpunkt gerückt werden.

Call for action!

Die Umfrage wird voraussichtlich im Sommer 2019 lanciert und richtet sich an die Leitungspersonen in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Wir sind dabei auf Ihre Unterstützung angewiesen – vielen Dank, wenn Sie sich die Zeit nehmen, um die Umfrage zu beantworten!

Kontakt und Projektleitung

Anna Jörger,
Fachbereich Menschen im Alter,
a.joerger@curaviva.ch

Patricia Jungo,
Koordination Forschungsk Kooperationen,
p.jungo@curaviva.ch

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