

Ausgabe 11 | 2021

Pflegeinitiative

Eine stellvertretende Heimleiterin
erklärt, warum sie dafür ist – Seite 32

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



Gesellschaftliche Tabus

In den Blick nehmen und darüber sprechen

«Die Enttabuisierung von Themen mit hoher gesellschaftlicher Relevanz ist nötig, um Antworten auf soziale Problemlagen zu finden.»



Elisabeth Seifert

Chefredaktorin

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Begriff «Tabu» stammt aus der pazifischen Inselregion Polynesien, hat sich aber längst in den Sprachen der Welt eingebürgert und ist von kulturübergreifender Bedeutung. Als Adjektiv bezeichnet tabu einen Zustand, der mit «unverletzlich», «heilig» oder «unberührbar» beschrieben werden kann. Tabuisierte Dinge müssen gemäss der religiösen Vorstellung der Polynesier streng gemieden werden

Tabus können sich auf nahezu alles beziehen, was in das menschliche Blickfeld rückt. Auf Wörter, Handlungen, Situationen, Konfliktthemen, einzelne Menschen oder soziale Gruppen. Tabus beruhen auf stillschweigend praktizierten, nicht hinterfragten gesellschaftlichen Normen, die etwas strikt gebieten oder eben verbieten. «Die Tabuverbote entbehren jeder Begründung, sie sind unbekannter Herkunft; für uns unverständlich, scheinen sie jenen selbstverständlich, die unter ihrer Herrschaft leben», schreibt Sigmund Freud.

Ein Tabu ist damit nicht nur etwas Verbotenes, sondern steht auch für etwas Unausgesprochenes und Unausprechliches. Jede Gesellschaft und jede Zeit haben ihre eigenen Tabuisierungen. Auch unsere modernen und aufgeklärten westlichen Gesellschaften kennen mit Tabus belegte Verhaltensweisen und Themen, die nicht oder nur sehr ungerne angesprochen werden. Dazu gehören etwa die Sexualität, verschiedene Krankheiten, das Alter und der Tod, aber auch Gewalt und Übergriffe im häuslichen Bereich sowie die persönlichen und finanziellen Verhältnisse.

Tabuthemen entziehen sich per definitionem der Auseinandersetzung. Für jeden und jede sowie für die ganze Gesellschaft bedeutet es aus diesem Grund eine Herausforderung, Unausprechliches anzusprechen und unhinterfragte soziale Normen zu hinterfragen. Die Enttabuisierung namentlich von Themen mit einer hohen gesellschaftlichen Relevanz ist indes nötig, um Fragen für sich selbst zu klären, Antworten auf soziale Problemlagen zu finden und die gesellschaftliche

Entwicklung voranzutreiben. In den letzten Jahren und Jahrzehnten haben wir als Gesellschaft wichtige Schritte zu einer Enttabuisierung verschiedener Themen eingeleitet. Häusliche Gewalt und Massnahmen dagegen stehen vielerorts oben auf der politischen Agenda. Dies betrifft vor allem Misshandlungen respektive sexuellen Missbrauch von Kindern. Und wie jüngst die Abstimmung über die «Ehe für alle» gezeigt hat, sind wir bereit dazu, das tradierte Verhältnis der Geschlechter zu hinterfragen und neue Familienmodelle zu denken.

Ein Tabuthema ist indes noch immer das Alter, die damit verbundene Gebrechlichkeit, Krankheit und Tod. Im Interview mit der Fachzeitschrift erläutert Markus Leser, Leiter Fachbereich Alter von Curaviva Schweiz, die Folgen einer Tabuisierung namentlich des hohen Alters (Seite 6). Wie schwer sich unsere Gesellschaft damit tut, an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen zu begleiten, zeigt die eindrückliche Geschichte von Nathalie und Gianluca de Febis (Seite 14). Während häusliche Gewalt generell zu einem Thema in der Öffentlichkeit geworden ist, trifft dies noch immer zu wenig auf die Gewalt gegen ältere Menschen zu (Seite 23). Ähnliches gilt für die Suchtprävention, auch hier sind alte Menschen wenig im Blick, obwohl sie gerade bei der Alkoholabhängigkeit stark gefährdet sind (Seite 27).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gesteht die Gesellschaft in der Zwischenzeit sexuelle Bedürfnisse zu, man tut sich aber immer noch schwer mit ihrer Elternschaft (Seite 10). Wenn Kinder und Jugendliche psychisch krank und delinquent werden, verspüren die Eltern oft eine grosse Scham gegenüber der Gesellschaft (Seite 19). ●

Titelbild: In der Glaskugel spiegelt sich verdichtet die Landschaft. Ein Sinnbild dafür, gesellschaftlich Tabuthemen in den Blick zu nehmen – und eben nicht wegzuschauen.
Foto: Adobe Stock

Markus Leser



Gianluca De Febis



Christina Affentranger



Inhaltsverzeichnis

Gesellschaftliche Tabus

«Auch das hohe Alter bietet Gestaltungsmöglichkeiten» 6
Noch immer betrachtet die Gesellschaft das hohe Alter als Lebensphase mit vor allem Defiziten. Das sei falsch, sagt Markus Leser, Leiter Fachbereich Alter bei Curaviva Schweiz.

Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beschränkungen 10
Liebe und Sexualität gesteht man Menschen mit geistigen Behinderungen zu. Sind Liebesbeziehungen aber mit einem Kinderwunsch verbunden, reagiert die Gesellschaft mit Skepsis.

Demenz mitten im Leben 14
Nathalie De Febis' Mann erkrankte mit 45 Jahren an Demenz. Sie musste plötzlich allein für alles sorgen und konnte über vieles, was sie beschäftigte, mit niemandem reden.

Stigma psychische Krankheit 19
Wenn Kinder psychisch auffällig werden und delinquieren, machen sich Eltern oft Vorwürfe. Der Kinder- und Jugendpsychiater Marc Birkhölzer sagt, wie man sich von der Scham befreien kann.

Tabuthema Gewalt gegen Alte 23
Man redet kaum darüber, aber Gewalt gegen alte Menschen kommt in Familien und in Institutionen vor. In den Institutionen muss man Aggressionen präventiv angehen.

Trunksucht im Alter 27
Menschen über 60 sind besonders gefährdet, ungesund Alkohol zu konsumieren. Das Falscheste, was man machen kann: wegschauen.

Alter und Behinderung

«Die anfallende Arbeit auf mehr Schultern verteilen» 32
Eine stellvertretende Heimleiterin legt dar, warum die Pflegeinitiative der richtige Weg ist für bessere Arbeitsbedingungen und damit für eine höhere Attraktivität für den Pflegeberuf.

Konflikte ums Thema Covid-19 vermeiden 37
Das Coronazertifikat und die Impfung sind hochemotionale Themen – auch in den Institutionen. Wie sich Konflikte vermeiden lassen, erklärt Christina Affentranger von der Riva Care AG.

Studie zum Stress im Gesundheitswesen 40
In den Pflegeheimen ist die emotionale Belastung des Personals am grössten. Das zeigt erstmals eine gesamtschweizerische Untersuchung. Wie kann dem Stress begegnet werden?

Wie entscheidend ein sauberer Boden ist 43
Für die Hygiene in Pflegeeinrichtungen ist eine richtige und gute Behandlung der Bodenbeläge von grosser Wichtigkeit.

Kosten in Behinderteninstitutionen 45
Welche Faktoren beeinflussen die Kosten in den Heimen? Um dies genau aufzuschlüsseln, braucht es gute Controlling-Instrumente.

Journal

Buchtipps 48

Carte Blanche 49

Kurznachrichten 49



DIE NATÜRLICHEN FARBEN
ZERTIFIZIERT MIT
CRADLE TO CRADLE



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, 91. 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: Belinda Flury • Abonnemente: Yolanda Birrer, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: y.birrer@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: 10x, monatlich, Januar/Februar Winterausgabe, Juli/August Sommerausgabe • Auflage (deutsch): Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2021: 2700 Ex. (Total verkaufte Auflage 2549 Ex), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058



Plädoyer für einen differenzierten Blick auf das Alter

«Die gesellschaftliche Realität hinkt dem Wissen hinterher»

In der Öffentlichkeit kursieren defizitorientierte Darstellungen des hohen Alters. Für Markus Leser, Leiter des Fachbereichs Alter von Curaviva Schweiz, handelt es sich um eine Lebensphase, die wie jede andere auch gestaltet werden muss. Dies erfordert eine Sensibilisierung der Gesellschaft.

Interview: Elisabeth Seifert

Die Enttabuisierung des Alters ist Ihnen ein grosses Anliegen. Welches Tabu haben Sie hier insbesondere im Blick?

Markus Leser: Das Tabu des Alters, und damit meine ich das hohe Alter ab 80 oder 85 Jahren, leitet sich vom Lebensende ab. Wir wollen nicht wahrhaben, dass wir sterben, und wir wollen auch die mit dem hohen Alter verbundene Vulnerabilität nicht annehmen. Die Tatsache, dass wir gebrechlich werden und abbauen. In unserem heutigen gesellschaftlichen Verständnis erfährt das Alter eine Zweiteilung: Das vierte Lebensalter wird dabei kaum als wertvolle Ressource wahrgenommen, sondern gilt vor allem als Kostenfaktor und ist damit negativ besetzt. Ganz im Gegensatz zum dritten Lebensalter, das mit der Pensionierung beginnt. Das junge Alter wird positiv gewertet. Die jungen Alten sind konsumfähig und konsumfreudig. Solche einseitig negativen oder positiven Zuschreibungen werden den Menschen nicht gerecht.

Unsere Gesellschaft verdrängt das hohe Alter, obwohl es immer mehr alte Menschen gibt?

Wir werden im Durchschnitt älter als alle Generationen vor uns. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt zu, wobei gerade die Gruppe der Hochbetagten am

stärksten wächst. Bereits seit den 70er-Jahren wissen wir, dass wir auf eine Gesellschaft von immer mehr älteren Menschen zusteuern. Zuerst haben wir lange gebraucht, bis wir diese Entwicklung wahrhaben wollten. Jetzt wissen wir das. Wir interessieren uns aber vor allem für die gesunden Alten, die noch einen gesellschaftlichen Nutzen haben. Wir haben aber nicht begriffen, dass es eine immer grössere Gruppe von Hochaltrigen gibt.

Es braucht also einen neuen Blick auf das hohe Alter?

Das Alter, gerade auch das hohe Alter, gehört zum Lauf des Lebens. Wie jede andere Lebensphase hat es seine eigenen Möglichkeiten sowie Herausforderungen. Die in der Öffentlichkeit kursierenden negativen und defizitorientierten Darstellungen dieser Lebensphase werden der Vielfalt des Alters nicht gerecht. Es braucht im Bewusstsein der Öffentlichkeit differen-

zierte Altersbilder, welche die ganze Vielfalt dieser Lebensphase mit all den individuellen Lebensgeschichten berücksichtigen.

Der defizitorientierte Blick auf das Alter hält sich hartnäckig ...

Diese einseitige Sichtweise auf das Alter entspricht einem Denken, das man im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen schon längst überwunden hat. Der defizitorientierte Blick geht zurück auf die 40er-Jahre, wo man in den USA unter Soldaten unterschiedlichen Alterstests durchgeführt hat, die auf bestimmte kognitive Kompetenzen fokussierten. Je älter die Personen waren, desto schlechter schnitten sie ab. Später begleitete man dann im Rahmen von Längsschnittstudien zahlreiche Personen über mehrere Jahrzehnte hinweg. Dabei stellte man fest, dass sich die Fähigkeiten einfach verändern. Wir Menschen verändern und entwickeln uns ein ganzes Leben lang bis ins

«Wir haben noch nicht begriffen, dass es immer mehr Menschen im hohen Alter gibt.»

höchste Alter. Gewisse Kompetenzen nehmen ab, dafür kommen andere dazu.

Sie plädieren für kompetenzorientierte Altersbilder?

Eine kompetenzorientierte Sichtweise auf das Alter zu haben, bedeutet, dass wir den Menschen als Ganzes betrachten, mit einem ganzheitlichen Blick auf Körper, Seele und Geist. Jemand mag schwere körperliche Defizite haben, aber geistig und seelisch über hohe Kompetenzen verfügen. Und jemand mit kognitiven Defiziten verfügt womöglich über grosse emotionale Fähigkeiten. Jeder Mensch verfügt über einen grossen inneren Schatz, und es lohnt sich für die Gesellschaft, diesen Schatz wahrzunehmen. Es ist zudem sehr wichtig, die Würde alter Menschen zu anerkennen.

Können Sie das näher erläutern?

Damit der Begriff der Würde nicht zu einer Farce wird, müssen wir anerkennen, dass die Leistung hochbetagter Menschen in der Vergangenheit liegt und nicht in der Zukunft. Leistung ist im allgemeinen Verständnis immer auf Zukunft gerichtet. In meinem Verständnis ist es eine gesellschaftliche Frechheit, einem 90-jährigen Menschen, der keine grosse Zukunft mehr hat, die Vergangenheit abzusprechen respektive diese nicht zu honorieren. Alte Menschen haben während vieler Jahre mit ihrer Erwerbsarbeit oder der Betreuungsarbeit viel zur gesellschaftlichen Entwicklung beigetragen, das geht oft vergessen.

In unserer auf Leistung konditionierten Gesellschaft ist es alles andere als einfach, ein solches Denken entwickeln ...

Das Ende passt nicht in eine Gesellschaft, in der es um ständige Weiterentwicklung geht, darum, immer wieder etwas Neues zu schaffen. Den Moment, wo das nicht mehr möglich ist, das Lebensende, schieben wir auf die Seite. Immer wieder etwas Neues schaffen zu müssen, ist aber auch mit viel Stress verbunden. Für viele Leute ist dieses ständige Gerenne durch die Welt je länger desto weniger sinnstiftend. Wir spüren alle die Grenzen dieses Denkens. Immer mehr Leute suchen deshalb neue Wege und Lebensweisen, die ihnen mehr Sinn vermitteln. Das dürfte einer Enttabuisierung des hohen Alters und auch des Todes entgegenkommen.

Sie sprechen auf die vielen Bücher und Diskussionsforen an, wo es um Sinnfragen geht und auch um die Themen Sterben und Tod?

Es wird heute tatsächlich immer mehr über den Tod gesprochen, auch über das hohe Alter. Und damit verbunden ist auch



Markus Leser, Leiter des Fachbereichs Alter von Curaviva Schweiz:
«Jeder Mensch verfügt über einen grossen inneren Schatz.»

Foto: esf

oft die Rede davon, eine Patientenverfügung aufzusetzen oder einen Vorsorgeauftrag zu erstellen. Es gibt deshalb Fachleute, die meinen, dass Sterben und Tod gar keine Tabus mehr sind.

Darüber reden alleine genügt aber nicht?

Wie ich bereits erwähnt habe, hatten wir schon in den 70er-Jahren ein grosses Wissen über den demografischen Wandel. Unser Problem besteht aber darin, dass es immer sehr lang geht, bis wir solches Wissen in Taten umsetzen. Als Gesellschaft muss es darum gehen, bestimmte Rahmenbedingungen

>>

neu zu definieren. Damit stehen wir noch am Anfang. Und was uns als einzelne Individuen betrifft: Wie viele setzen sich hin und machen wirklich eine Patientenverfügung? Es ist sicher ein guter Anfang, über den Tod und das hohe Alter zu reden, wir müssen aber auch entsprechend handeln.

Ist es nicht natürlich, dass wir diese Themen ein Stück weit verdrängen?

Es ist zugegebenermassen ein schmerzlicher Prozess, sich einzugestehen, dass wir gebrechlich werden und sterben. Aus der Psychologie wissen wir aber, dass es sehr viel Energie braucht, solche Tatsachen einfach zu verdrängen. Energie, die verloren geht, um uns mit diesen Themen, die uns ja ohnehin einmal einholen werden, zu beschäftigen. Als Gerontologe beschäftigen mich aber vor allem auch die negativen Folgen einer solchen Verdrängung für ein selbstbestimmtes Alter.

Tabuisierung verhindert die Selbstbestimmung?

Wir reden heute sehr viel über die Selbstbestimmung im Alter, das ist zu einem richtigen Modewort geworden. Diese richtige und wichtige Diskussion wird aber zur Farce, wenn man dann als alter Mensch nicht im Voraus bestimmt, was einem am Lebensende wichtig ist. Wenn es dann so weit ist, bestimmen andere darüber. Der Verdrängungsprozess ist nachvollziehbar, aber gleichzeitig auch tragisch. Ein Leben lang handelt man selbstbestimmt und dann ganz am Schluss bestimmen andere, weil man sich nicht mit diesen Fragen auseinandersetzen wollte.

Sie nähern sich selbst langsam dem Pensionsalter: Wie gehen Sie persönlich mit diesen nicht ganz einfachen Themen um?

Im Hinblick auf meine Pensionierung in zwei Jahren habe ich mich in den letzten Monaten zusammen mit meiner Frau mit diesen Themen beschäftigt. Zu diesem Zweck haben wir gemeinsam mit einer Beraterin von Advanced Care Planning Schweiz einen Prozess durchlaufen. Ziel war es, uns darüber klar zu werden, wie wir die vor uns liegende Zeit verbringen möchten, und damit auch eine gute Grundlage für das Ausfüllen der Patientenverfügung zu schaffen. Die Pensionierung bedeutet eine doch grosse Veränderung im Leben. In einer solchen Phase ist es entscheidend, sich nicht an das Alte zu klammern, sondern loszulassen, um so die Möglichkeit zu haben, das Neue zu gestalten.

Sie stellen sich also sehr bewusst den schmerzlichen Themen Alter und Tod?

Ich halte nichts davon, für sich alleine im stillen Kämmerlein die Patientenverfügung ausfüllen. Die Unterstützung eines Profis ist eine gute Hilfe, sich ehrlich und umfassend mit diesen Fragen zu beschäftigen. Verbunden mit dem Ausfüllen der Patientenverfügung ist zudem eine Analyse der eigenen Wünsche.

Zum Zeitpunkt der Pensionierung, dem Start ins dritte Lebensalter, steht das Lebensende noch nicht gerade vor der Türe?

Mit der Pensionierung geht eine lange und wichtige Lebensphase zu Ende. Das gilt es zu anerkennen. Und dieses Anerkennen bedeutet, dass man bewusst Abschied nimmt. Und für diesen Abschied muss man sich auch Zeit nehmen. Das schärft dann den Blick für die Gestaltung des Neuanfangs. Es scheint mir wichtig, einen solchen Prozess, wie wir ihn jetzt durchlaufen haben, in rund zehn Jahren zu wiederholen. Wir stehen dann womöglich an einem anderen Ort, wo es wiederum gilt, sich bewusst von einer Lebensphase zu verabschieden und eine neue Phase zu gestalten.

Haben Sie das hohe Alter bereits im Blick?

Bei der vorhin erwähnten Analyse der eigenen Wünsche wurde deutlich, dass mir das Leben, das tätige Leben, sehr wichtig ist. Wir haben beschlossen, uns jetzt auf die nächsten rund fünfzehn Jahre zu fokussieren. Wir überlegen uns konkret, was wir noch alles machen möchten. Wenn man sich das so bewusst überlegt, dann realisiert man seine Pläne

auch. Der Blick auf das hohe Alter ist für mich zum jetzigen Zeitpunkt schwierig, weil ich mir noch kaum vorstellen kann, wie es dann sein wird.

Verdrängen auch Sie selbst das hohe Alter?

Die Beraterin von ACP Schweiz hat mich darauf angesprochen, wie das für mich wäre, wen ich schwer dement und nicht mehr ansprechbar bin. Für mich war das kaum vorstellbar und auch ein sehr schwerer Gedanke. Ich hoffe auch, dass mir das nicht passiert. Es gibt aber einen Unterschied zwischen Hoffnung und Verdrängung. Hoffen tun wir alle. Verdrängen heisst für mich, etwas Unangenehmes ständig vor sich herzuschieben, sich nicht damit auseinanderzusetzen, seine Angelegenheiten nicht zu regeln und sich auch nicht zu überlegen, wie man im Fall von Krankheiten betreut und gepflegt werden will.

Erlauben Sie mir dennoch die Frage: Was bedeutet es für Sie, alt zu werden und zu sterben?

Die Kompetenzen, die mir auch im hohen Alter noch verbleiben, möchte ich pflegen und fördern. Entscheidend ist für mich aber, dass ich jede Situation, in die ich kommen mag, möglichst selbst gestalten kann. Das trifft auch auf das Lebensende zu: In der Patientenverfügung habe ich sehr genau festgelegt, wie ich mir die Begleitung am Lebensende vorstelle. Zum Beispiel, was die Medikamente betrifft, die ich benötige, damit eine mögliche Atemnot gelindert wird. Zudem möchte ich an einem parkähnlichen Ort sterben, wo eine Kapelle steht.

«Es ist schmerzlich, sich einzugestehen, dass wir gebrechlich werden und sterben.»

«Wie jede andere Lebensphase kann und muss auch das Alter gestaltet werden.»

Kommen wir von der individuellen Ebene auf die Ebene der Gesellschaft zurück: Worin zeigt sich Ihre Meinung die Enttabuisierung des hohen Alters und des Todes?

Auch hier geht es um das Gestalten. Wir setzen uns als Gesellschaft mit der Gestaltung verschiedener Lebensphasen auseinander und schaffen dafür gute Rahmenbedingungen. Jede Lebensphase ist mit einer Aufgabe verbunden. Wir gehen zur Schule, werden erwachsen, erlernen einen Beruf, sind

erwerbstätig, gründen womöglich eine Familie. Die Enttabuisierung des Alters zeigt sich darin, dass wir anerkennen, dass das Alter zum Lauf des Lebens gehört und wie jede andere Phase gestaltet werden kann und muss. Zwar gibt es immer mehr bedarfsgerecht entwickelte Unterstützungsangebote für betagte Menschen. Die öffentlichen und politischen Diskussionen drehen sich aber nach wie vor in erster Linie um Finanzierungsfragen.

Sie kritisieren, dass das fachliche Wissen über die Gestaltung des hohen Alters und des Lebensendes zu wenig Eingang findet in die öffentliche Diskussion?

Das Wissen in diesem Bereich ist mittlerweile sehr umfangreich. Die gesellschaftliche Realität hinkt diesem Wissen aber stark hinterher. Im Rahmen der Demenz- und Palliativ-Care-Strategie unternehmen wir als Gesellschaft zwar einige gestaltende Bemühungen. Diese Bemühungen werden aber immer wieder ausgebremst und bei der Umsetzung behindert, weil die Kostenfrage allzu sehr im Vordergrund steht und vor allem nicht befriedigend gelöst wird.

Um dies zu ändern, haben Sie zusammen mit anderen Akteuren eine Sensibilisierungsaktion in Angriff genommen ...

«Viele Bemühungen werden ausgebremst, weil die Finanzierung nicht gelöst ist.»

Die Planungsarbeiten haben wir vor der Coronapandemie gestartet, und damals haben wir auch bereits erste Ideen entwickelt. Jetzt geht es zunächst einmal darum, die vor rund zehn Jahren von Curaviva Schweiz lancierte und von zahlreichen Fachverbänden unterzeichnete Charta der Zivilgesellschaft zum würdigen Umgang mit älteren Menschen zu überarbeiten. In einem zweiten Schritt sollen die Postulate in den Altersorganisationen sowie der Öffentlichkeit verankert werden.

Wo stehen Sie heute mit den Arbeiten an dieser Sensibilisierungsaktion?

Zurzeit ruhen die Arbeiten. Aufgrund der Bedeutung des Anliegens ist es aber sehr wichtig, dass die Verbände und Fachorganisationen sich weiterhin engagieren. Angedacht haben wir, dass auf der Grundlage der überarbeiteten Charta Podiumsdiskussionen, Workshops und Medienkampagnen durchgeführt werden sollen. Die älteren Menschen sollen dabei als Referenten, Moderatorinnen oder Botschafter mit einbezogen werden. Gleichsam als Höhepunkt der Aktion soll ein Sternmarsch durchgeführt werden, der auf dem Bundesplatz in Bern endet und zur Übergabe einer politischen Resolution genutzt werden kann. ●

Wenn Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einen Kinderwunsch verspüren

Ehe und Familie für alle

Dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein Recht auf Liebe, Zweisamkeit und Sexualität haben, ist inzwischen breit anerkannt. Der Wunsch nach Elternschaft aber ist noch immer tabubelastet.

Von Urs Tremp

Dass über die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Einschränkung geredet und geforscht wird, hat sich erst in jüngerer Zeit etabliert. Es gibt darum erst wenige Untersuchungen darüber. Die Freiburger Professorin für Sonderpädagogik, Dagmar Orthmann Bless, ist eine der wenigen, die in den letzten Jahren systematisch und empirisch geforscht hat. Die Forschungsergebnisse hat sie jüngst in einer Publikation veröffentlicht*. Sie räumt mit Vorurteilen auf und rückt einiges ins richtige Licht.

Auch Alltagskompetenzen sind massgebend

Für eine intellektuelle Beeinträchtigung (ID) der Eltern sind gemäss Definitionskriterien der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) Einschränkungen in der Intelligenz (IQ < 70) sowie in den Alltagskompetenzen massgebend. Zudem besteht bei Personen mit ID eine erhöhte Vulnerabilität für bestimmte psychische und somatische Erkrankungen. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung liegen bei Eltern mit ID häufiger risikoreiche Lebensumstände vor, wie etwa soziale Isolation oder schwierige biografische Erfahrungen. Die erschwerte Ausgangslage für die Bewältigung elterlicher Rechte und Pflichten ergibt sich somit in vielen Fällen aus dem

Kinder von Eltern mit ID sind nicht automatisch selbst intellektuell beeinträchtigt.

Zusammenwirken der verschiedenen genannten Kompetenzfaktoren. Doch Orthmann Bless kommt auch zum Schluss «dass auch Personen mit einer kognitiven Einschränkung sehr gut in der Lage sind, individuelle Befindlichkeiten und Wünsche der Lebensgestaltung im familiären Bereich zu artikulieren». Tatsächlich hat sie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen interviewt und lässt diese selbst zu Wort kommen. Sie hat dafür zahlreiche Interviews mit jungen Menschen in Wohnheimen geführt:

- «Wenn ich dann alles hinter mir habe mit dieser Wohnschule, dann werd ich mir zuerst einmal eine Wohnung suchen. Dann werde ich mich zuerst ein wenig einleben in dieser Wohnung, und dann werd ich mir dann einmal im Leben 14 Tage Ferien einziehen. Mal ein wenig abschalten von dem Getümmel. Fortgehen, ein bisschen ans Meer. ... Dann möchte ich dann mal das Autobillet machen. Denn ja, einmal dann im späteren Leben, dann auch mal eigene Kinder haben.»
- «Man hätte dann einfach eine Aufgabe.»
- «Also bei mir ist der Grund eigentlich: Wieso gibt's Frau und Mann? Zum Kinderkriegen.»
- «Und da ich ja eben auch noch leichte geistige Behinderung habe und eine Lernschwierigkeit... ich, äh, könnte ich einem Kind gar keine Zukunft bieten. Darum sage ich nein. Ja, mir kommen meist schon Tränen, wenn ich Kinderwagen sehe und so herzige Kinder, aber ich muss es wirklich einsehen. Ich setze sicher kein Kind auf die Welt und nachher irgendwie in ein Heim tun oder so.»
- «Kinder, also kann ich gar nicht haben. Weil, ich verdiene zu wenig, dass ich Kinder haben kann. Darum hat man mit mir das besprochen. Und dann haben meine Eltern gesagt, ob ich mir vorstellen könnte mich zu unterbinden, und jetzt bin ich eben unterbunden.»



Junges Paar mit Trisomie 21: Ist ein Kinderwunsch da, muss man sich damit auseinandersetzen.

Internationale Schätzungen gehen davon aus, dass ca. eine bis drei von 100 Personen mit kognitiver Einschränkung im Laufe ihres Lebens auch Eltern werden und dass etwa eine von 10000 bis zwei von 1000 Geburten pro Jahr eine Frau mit einer derartigen Behinderung betreffen. Das sind immerhin etwa 60 bis 70 Kinder, die in der Schweiz jährlich zur Welt kommen, die Eltern haben, die nach herkömmlicher Ansicht geistig behindert sind. Zwar spielt der Intelligenzquotient (IQ) tatsächlich eine Rolle dabei, wie kognitive Beeinträchtigung definiert wird. Aber entscheidend bei Elternschaft ist ebenso, wie weit die Eltern wie erwähnt fähig sind, den Alltag als Eltern zu meistern.

Früher stand die Frage der Vererbung im Zentrum

Früher galt das Interesse der Entwicklung der Kinder, dabei zunächst der Frage einer möglichen Vererbung der geistigen Einschränkungen. Das familiär gehäufte Auftreten von leichten Formen der geistigen Behinderung gilt heute zwar als nachgewiesen. Ebenso aber der Tatbestand, dass Kinder von Eltern mit ID nicht automatisch selbst intellektuell beeinträchtigt sind. Das Forschungsinteresse verlagerte sich in jüngerer Zeit auf die Erziehungskompetenzen der Eltern. Hinsichtlich der Bewältigung elterlicher Aufgaben wurden deutliche Probleme sichtbar, etwa bei der Sorge für die Gesundheit und Sicherheit der Kinder sowie beim Management von Erziehungsschwierigkeiten. Auch elterliche Belastungsreaktionen, wie beispielsweise hohes Stresserleben, wurden mehrfach beschrieben. Daraufhin entwickelte man gezielte Trainingsprogramme für den

Bedingungen einer ID der Eltern eine dauerhaft gemeinsame Lebensperspektive von Eltern und Kindern unter Sicherung des Kindeswohls zu ermöglichen. Damit dies gelingt, ist es notwendig, die spezifischen Bedingungen und Herausforderungen, die diese Elternschaft mit sich bringt, nicht zu ignorieren,

sondern – im Gegenteil – mehr fundiertes Wissen darüber zu gewinnen. Nur so kann den trotz Rechtsgleichheit bestehenden, besonderen Bedürfnissen dieser Familien entsprochen werden.

Auch Menschen mit geistiger Behinderung haben den Wunsch nach Familie. Dieses Recht steht ihnen auch verbindlich zu, seitdem die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

vor bald zehn Jahren auch in der Schweiz in Kraft getreten ist. Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die gesellschaftliche Gleichstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen zu fördern. Dies schliesst ausdrücklich auch die Aspekte Ehe und Familie ein. Das heisst, rechtlich geht es nicht mehr um die Frage, ob eine Elternschaft möglich ist, sondern nur wie. Allerdings wird die Selbstbestimmung der Erwachsenen, wie bei allen Eltern, dort eingeschränkt, wo das Wohl des Kindes nicht mehr gewährleistet ist und der Staat dessen Schutz und Förderung sicherstellen muss. Und da beginnen die Fragen:

Angehörige, aber auch Mitarbeitende in Institutionen reagieren oft eher mit Bedenken und Besorgnis, wenn Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung den Wunsch nach einem Kind äussern. Aber: Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf Sexualität und Partnerschaft. Vielleicht ist damit auch ein

>>

Kinderwunsch verbunden. Dann sei es wichtig, diesen Wunsch ernst zu nehmen und die Auseinandersetzung damit zu ermöglichen. Denn der Kinderwunsch an sich sei nicht diskutabel, sagt Eva Mühlethaler von der Fachstelle «Lebensräume» bei insieme Schweiz. Die Fachstelle bietet psychologische Beratung und Begleitung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in anspruchsvollen Lebenssituationen und für ihre Angehörigen. Zudem koordiniert sie das Netzwerk Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. «Bei einer Beratung zum Thema Kinderwunsch oder Elternschaft nehmen wir uns Zeit, um Vertrauen aufzubauen. Wir regen an, sich mit den Motiven für den Kinderwunsch auseinanderzusetzen. Wir klären, welche Vorstellungen von Elternschaft bestehen, informieren und zeigen auf, dass es ein Recht gibt, Kinder zu haben, Elternschaft aber ebenso mit Pflichten verbunden ist. Oft ist bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch auch unterstützend, die Anforderungen einer Kinderbetreuung erfah- und erlebbar zu machen. Wir nehmen niemandem den Entscheid ab. Wir stehen aber beratend zur Seite, sodass Menschen selbstbestimmt einen verantwortungsvollen Entscheid fällen können.»

Widersprüchliche Gefühle

Tatsächlich ist ein Kinderwunsch für Eltern von kognitiv behinderten Töchtern und Söhnen nicht immer leicht zu akzeptieren und löst widersprüchliche Gefühle aus. Einerseits begrüssen sie die Grundrechte, denn sie gehören zum selbstbestimmten und eigenständigen Leben ihrer Töchter und ihrer Söhne. Andererseits haben sie Bedenken und Sorgen: Kann mein Kind der Verantwortung gerecht werden, Vater oder Mutter zu sein? Kann sie oder kann er sich um ein eigenes Kind kümmern? Eltern von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sind der Überzeugung, dass sie eine lebenslange Verantwortung für ihre Tochter oder ihren Sohn haben. Sie begleiten und unterstützen ihre Kinder auch im Erwachsenenalter, auch wenn sie selbstständig leben. Aus diesem Grund sehen sie sich beim Thema Kinderwunsch und Familie einer grossen Verantwortung gegenüber. Sie befürchten, dass sie ihre erwachsenen Kinder mit Behinderung ganz wesentlich in ihrer Elternrolle unterstützen müssen. Ausserdem fühlen sie sich für das Wohlergehen des Enkelkinds verantwortlich. Davor haben sie Angst und machen sich grosse Sorgen.

Die Freiburger Sozialpädagogin Orthmann Bless findet wichtig, dass Fachpersonen einer Person mit Kinderwunsch gut zuhören und Raum für einen offenen Austausch zur Verfügung stellen. Zu klären sei als Erstes, welche Motive hinter dem Kinderwunsch stehen und welche Ideen, Vorstellungen und Gefühle die Person oder das Paar mit der Elternschaft verbindet. Dahinter kann beispielsweise der Wunsch nach Bestätigung der eigenen Normalität, nach Ablösung von den Eltern oder nach einer höheren Lebensqualität stecken. In einem weiteren Schritt gilt es herauszufinden:

- ob sich die Person oder das Paar der Herausforderung, Elternteil respektive Eltern zu sein, gewachsen fühlt und sich überhaupt bewusst ist, was es heisst, Eltern zu sein und Verantwortung für ein Kind zu übernehmen.

- ob die Person oder das Paar über die nötigen Fähigkeiten und Mittel für die Erziehung eines Kindes verfügt oder sich diese aneignen kann.

- ob die Person oder das Paar das Kindeswohl langfristig gewähren kann.

- ob es ein Unterstützungssystem gibt, das die Erfüllung der Aufgaben im Sinn des Kindeswohls wenn angezeigt garantieren kann.

Gerade für Menschen mit einer Lern- oder geistigen Behinderung kann das Planen, Vorausschauen und Vorwegnehmen eines zukünftigen Ereignisses eine grosse Herausforderung darstellen.

Realistische Vorstellungen entwickeln

Hilfreich für die Einschätzung, ob jemand sich einer Elternschaft sowie einer bedürfnisorientierte Begleitung wirklich gewachsen fühlt, sind reale Erfahrungen. Sie können künftige Ausgaben erlebbar machen und veranschaulichen – etwa durch das Simulationstraining mit lebensechten Puppen («Real Care Babys»). «Das Ziel ist, dass die jungen Erwachsenen eine realistische Vorstellung von Elternschaft entwickeln», sagt Orthmann Bless. «Sie erleben unmittelbar, was Kinder brauchen, welche Kompetenzen sie sich als Eltern aneignen müssen und wie die Elternschaft sich auf ihre eigene Lebensgestaltung auswirkt.»

Das Simulationstraining dient laut der Forscherin aber auch der Auseinandersetzung mit alterstypischen Entwicklungsaufgaben im weiteren Sinn, etwa dem Aufbauen von Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz. Die jungen Erwachsenen lernen, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen sowie Rollenvorstellungen und Lebensentwürfe zu hinterfragen.

«Das Simulationstraining hat lernpsychologisch grosse Vorteile», sagt Orthmann Bless. Das Wissen, dass sie Fehler machen dürften, entlaste die Teilnehmer enorm. Die jungen Erwachsenen ab 14 Jahren können bestimmte Situationen immer wieder üben, bis sie sie beherrschten. Sie dürfen Dinge ausprobieren, ohne dass das Baby ungeduldig werde oder gar zu Schaden komme. Letzteres wäre,

so Orthmann Bless, auch aus ethischer Sicht «nicht zumutbar». Ein weiterer Vorteil: Die Simulatoren würden auf jede Handlung der Teilnehmer sofort reagieren, das Feedback sei «objektiv und deshalb gerecht». Es motiviere die jungen Erwachsenen nachhaltig, wenn sie merkten, dass sie etwas richtig machten.

Bedarf an Begleitung abklären

Grundsätzlich ist bei jedem ernsthaften Kinderwunsch eine differenzierte Abklärung des künftigen Bedarfs an Begleitung angebracht. Es gilt zu prüfen, welche Dienstleistungen durch wen verbindlich, zuverlässig und langfristig erbracht werden können. Ebenfalls eine zentrale Rolle spielen das nahe und weitere Umfeld der begleiteten Personen. Eine individuelle Vorgehensweise sei deshalb immer angezeigt.

Eltern und Geschwister fühlen sich oft ein Leben lang für ihre Angehörigen mit Behinderung verantwortlich und leisten bei Urteilsunfähigkeit oft auch die gesetzliche Vertretung. Bei ihnen kann ein Kinderwunsch grosse Bedenken oder Ängste auslösen. Es lohnt sich deshalb, das Gespräch zu suchen, um

**Simulationstraining
und unmittelbares
Erleben haben
lernpsychologisch
grosse Vorteile.**

zu verstehen, was hinter einer allenfalls ablehnenden Haltung steckt. Bei einem ernsthaften Kinderwunsch ist eine gemeinsame Suche nach möglichen, allenfalls auch innovativen Lösungen und Unterstützungsmöglichkeiten unumgänglich.

Das Recht auf ein Kind ist ein Menschenrecht

Klar ist: Aus juristischer und ethischer Sicht haben Angehörige oder Rechtsvertreterinnen und -vertreter keine Möglichkeit, die Realisierung eines Kinderwunsches zu verhindern. Das Recht auf ein Kind ist ein Menschenrecht. Wichtig ist jedoch, den werdenden Eltern und auch ihrem Umfeld klarzumachen, dass für jede Entscheidung das Kindeswohl ausschlaggebend sein muss.

Wie sehen aber Begleitung und Unterstützungssysteme aus, die diesen Menschen bei einer Elternschaft angeboten werden? Eva Mühlethaler sagt: «In den meisten Fällen scheint eine Begleitung sinnvoll. Wie diese Unterstützung aussieht, ist allerdings ganz unterschiedlich. Das muss man gemeinsam anschauen: Wo braucht jemand Unterstützung? Wo die Eltern, wo das Kind? Das ist in jedem Fall ganz individuell.» Wer aber gehört sinnvollerweise zu diesem Unterstützungssystem? «Dieses System kann sehr breit sein: Mütter- und Väterberatung, Sozialpädagogische Familienbegleitung, Kitas und weitere Angebote. Die Begleitung verändert sich natürlich auch im Verlauf der Familienentwicklung. Daher muss das Angebot regelmässig überprüft und bei Bedarf angepasst werden.» Eva Mühlethaler sagt aber auch: «Eine kognitive Beeinträchtigung kann einen Risikofaktor für das Kindeswohl darstellen. Gerade deshalb erachte ich es als wichtig, dass in der Schweiz ein ähnliches Angebot wie die in Deutschland schon seit mehreren Jahren bestehende Begleitete Elternschaft aufgebaut würde. Zu wissen, dass es ein solches Angebot gibt, könnte auch für das Umfeld und die Angehörigen entlastend wirken.»

Angesichts der (bisherigen) Seltenheit dieser Elternschaften erstaunt es nicht, dass dazu wenig systematisch gewonnenes und empirisches Wissen vorliegt. Deswegen kann die grundlegende Frage, wie sich eine geistige Einschränkung auf die Erziehungskompetenz und damit auf das Kindeswohl auswirkt,

nicht eindeutig beantwortet werden. Die Eignung, hier sind sich die Forschenden einig, hänge aber sicher nicht nur von kognitiven Fähigkeiten allein ab, sondern auch von anderen Kompetenzen – also etwa von der Fähigkeit, empathisch zu reagieren oder sich im Alltag zurechtzufinden. Je nachdem seien die betroffenen Eltern sehr wohl in der Lage, unter Anleitung Erziehungskompetenzen zu erlernen und weiterzuentwickeln. Damit ein gemeinsames Leben dauerhaft gelänge, müsse jedoch sowohl auf der Seite der Kinder wie auch der Erwachsenen differenzierte und engmaschige Unterstützung gesorgt werden. Eva Mühlethaler sagt: «Zwar ist einerseits der IQ ein Kriterium. Aber wichtiger sind adaptive Fähigkeiten, die sozialen und praktischen Fähigkeiten für die Alltagsbewältigung.»

Von Verständnis bis zu Ablehnung

Zur Frage, wie tabuisiert das Thema Elternschaft von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung überhaupt sei, meint Eva Mühlethaler: «Gesellschaftlich erkenne ich die ganze Palette – von Offenheit und Verständnis bis Tabuisierung oder Ablehnung. Noch immer ist bei vielen eine eher defizitorientierte Sichtweise von kognitiver Beeinträchtigung wahrnehmbar. Gerade auch beim Thema Kinderwunsch und Elternschaft wäre der Fokus auf Potenziale und passende Begleit- und Unterstützungsangebote wünschenswert und vermutlich zielführender, auch im Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK.» ●

Je nachdem sind die betroffenen Eltern in der Lage, Erziehungskompetenzen zu erlernen.



***Dagmar Orthmann Bless (Hrsg.),**
«Elternschaft bei intellektueller
Beeinträchtigung»,
Verlag Beltz Juventa,
156 Seiten, 51.50 Franken

Verschwiegene Themen erschweren den Alltag bei der Pflege von kranken Angehörigen

Die Demenz nahm ihm die Würde und ihr die Freiheit

Wenn Menschen, die mitten im Leben stehen, ihr Gedächtnis verlieren, fühlen sich Angehörige oft im Stich gelassen. Nathalie De Febis erlebte das, als ihr Mann mit 45 Jahren unheilbar erkrankte: Sie musste plötzlich allein für alles sorgen und konnte über einige Themen mit niemandem reden.

Von Claudia Weiss

«Geteiltes Leid ist halbes Leid», heisst es so tröstlich. Nur lässt sich Leid nicht immer teilen: Manche Dinge will niemand wirklich hören. Nathalie De Febis erlebte, wie viele Tabus mit der Pflege von Angehörigen verknüpft sind, als ihr Mann Gianluca «Luca» De Febis im Alter von 45 Jahren an einer frontotemporalen Demenz erkrankte.

Die Diagnose erfuhr das Paar allerdings erst anderthalb Jahre später, und da hatte die Spirale bei Nathalie De Febis, der pflegenden Angehörigen, längst zu kreisen begonnen: Aufopferung, Trauer, Wut und Verzweiflung gaben sich die Hand, für eigene Bedürfnisse hatte die damals 44-jährige keine Zeit mehr. Während der folgenden Jahre löste sich nicht nur Luca De Febis' Persönlichkeit auf, sondern auch der Alltag seiner Frau. Im Juli 2020 starb Gianluca De Febis mit knapp 50 Jahren.

Themen rund um Pflege und Selbstsorge sind oft tabu

Er ist nicht der Einzige mit dieser Krankheit: In der Schweiz leben rund 151'000 Menschen mit einer Demenz, rund 7'000 von ihnen mit der Diagnose frontotemporale Demenz. Für sie alle und ihre Angehörigen hat Nathalie De Febis 2019 in einem Fernseh-Dokumentarbeitrag von SRF-«Puls» mitgemacht,

zudem hat sie ihre Erfahrungen aufgeschrieben: Im November erscheint im Stämpfli-Verlag ihr Buch mit dem Titel «Jung und dement». Damit will sie andere, die in einer ähnlichen Situation sind, dringend aufrufen, sich selber nicht zu vergessen. Sich unbedingt immer wieder Schönes zu gönnen – weiterzuleben. Sie möchte ihnen das Gefühl geben, dass sie nicht allein sind. Auch wenn sie manchmal das Gefühl haben, ein Stück neben der Gesellschaft zu stehen vor lauter Sorgen, über die sie mit niemandem sprechen können: Themen rund um Krankheit, Pflege und Selbstsorge sind oft noch immer tabu.

Tabu 1: Die Krankheit

Wie gesteht man es sich selbst ein, wie bringt man es den Söhnen bei, der Familie und den Freunden: Mein Mann, euer Papi und Freund, entschwindet innerlich. Es fing langsam an, fast unmerklich, «irgendwann im Lauf des Jahres 2015», erinnert sich Nathalie De Febis. Nach wenigen Monaten war es nicht mehr zu leugnen. Luca De Febis, der sportliche Trainer des

Fraunteams des FC Bethlehem, der gepflegte gelernte Coiffeur und spätere Informatiker, der liebevolle Partner und Papa hatte sich verändert, vernachlässigte sich und seine Familie immer mehr. Nach der Arbeit legte er sich auf einmal regelmässig fünf Viertelstunden lang in die Badewanne und sang Kinderlieder. Dann stieg er aus und machte im Pyjama einen kurzen Rundgang durch das Esszimmer. Bat

ihn seine Frau, den Tisch für das Abendessen zu decken, murmelte er: «Ich mag nicht, ich bin müde», verschwand im Schlafzimmer und legte sich hin. Nach den immer stiller verlaufenden Abendessen mit der Familie mochte er kaum noch mit seiner Frau gemeinsam einen Fernsehfilm anschauen: Was er früher sehr genossen hatte, langweilte ihn auf einmal. Maximal eine Viertelstunde hielt er es aus, dann stand er auf und ging schlafen.

Aufopferung, Trauer, Verzweiflung und Wut gaben sich die Hand, für Bedürfnisse blieb keine Zeit.

Das gehört alles zum Krankheitsbild der frontotemporalen Demenz. Nur wussten das damals weder das Ehepaar De Febis noch die Ärzte, die sie in immer kürzeren Abständen konsultierten. «Midlife-Crisis», vermutete der Hausarzt, oder vielleicht auch Ehekrise. Auch an Burnout oder Erschöpfungsdepression dachten andere Ärzte, den wahren Grund zog niemand in Betracht. Das passiert bei dieser Krankheit oft: Sogar Ärzte diagnostizieren oft eine psychische Störung oder Beziehungsprobleme, und die Betroffenen selber halten sich sowieso für gesund. «Menschen mit einer frontotemporalen Demenz fehlt meist die Krankheitseinsicht», heisst es auf Alzheimer.ch. Dadurch konnten sich die De Febis lange keine Unterstützung suchen – denn wie holt man sich Hilfe für etwas Unbenanntes, Unerkanntes?

Tabu 2: Die Überforderung

Im März 2016 hielt es Nathalie De Febis nicht mehr aus, sie stellte ihren Mann vor die Wahl: «Entweder du gehst zu einem Psychiater, oder ich stelle dir die Koffer raus.» Der Psychiater schickte ihn in eine Klinik, wo er fünf Monate lang auf Angst- und Zwangsstörung und Depression behandelt wurde. Fast ein halbes Jahr, in dem eine falsche Therapie keinen Erfolg zeigte. «Jeden Freitagabend holte ich Luca ab, und jeden Freitag hatte ich schon den ganzen Tag über enorm Angst vor dem Wochenende», erinnert sich Nathalie De Febis. Der Umgang mit ihrem

Mann war schwierig geworden, das Zusammensein nur noch belastend.

Am 16. Dezember 2016, nach endlosen Abklärungen, erfuhr das Ehepaar endlich die Diagnose. «Frontotemporale Demenz.» Eine Erleichterung war das nicht, im Gegenteil:

«Es war der schlimmste Tag, als ich erfuhr, dass keine Besserung möglich ist.»

«Es war der schlimmste Tag meines Lebens», sagt Nathalie De Febis. «Es war der Tag, an dem ich erfuhr, dass keine Besserung möglich ist.» Bis dahin hatte sie noch gehofft, es handle sich um eine Episode, um etwas Behandlbares. Das Paar erhielt ein Infokärtchen in die Hand gedrückt und wurde nach Hause geschickt. Eine Woche später überwältigte Nathalie De Febis die Überforderung und sie schluckte Schlafmittel. «Suizid wollte ich nie begehen», versichert sie. «Ich hatte ja noch meine Buben.» Aber Schlafen, einfach einmal sorglos durchschlafen, das hätte sie sich so sehr gewünscht. Auf der Notaufnahme war ihr klar: «Es muss etwas geschehen.» Denn inzwischen hatte die Krankheit Gianluca De Febis' ganze Persönlichkeit verändert, sein Verhalten war nicht mehr wiederzuerkennen.

Auf Alzheimer.ch werden die Symptome so beschrieben: «Zu Beginn werden Betroffene zunehmend oberflächlich, unkonzentriert und vernachlässigen ihre Pflichten sowie die Hygiene. Es kann zu Wutausbrüchen, Aggressionen und sexueller Enthemmung kommen. Rededrang und unpassende Bemerkungen sowie Masslosigkeit beim Essen und Trinken können eintreten. Einfühlungsvermögen weicht Selbstbezogenheit. Die Planungs-, Organisations- und Urteilsfähigkeit ist beeinträchtigt.» Nathalie De Febis nickt, noch heute schnürt es ihr den Hals zu, wenn sie an all die Veränderungen denkt, die sie nach und nach feststellte: Ihr Mann zeigte eines dieser Symptome nach dem



27 Jahre lang ein glückliches Paar: Nathalie und Gianluca De Febis bei der Hochzeit und an seinem 40. Geburtstagsfest, fünf Jahre bevor sich die Krankheit zeigte.

Fotos: Privat

anderen, quasi den ganzen Katalog. «Ich musste ihm die Kleider nachts wegnehmen und heimlich waschen, weil er sich weigerte, sie zu wechseln», erzählt sie. Stattdessen stopfte er unaufhaltsam alles Essbare in sich hinein, bewegte sich immer weniger und verlor völlig das Interesse an allem.

Seine Frau wusste derweil kaum mehr, wie sie den Alltag mit einem Mann meistern sollte, der sich immer unvernünftiger verhielt. Und da waren ja auch die beiden Söhne Gianmarco und Giuliano, zu Beginn der Krankheit 15 und 17 Jahre alt, die enorm darunter litten, dass ihr Vater nicht mehr für sie da war, >>

nichts mehr mit ihnen unternahm – dass er ihnen buchstäblich verlorenging. «Manchmal wusste ich kaum mehr, wo mir der Kopf stand vor lauter Arbeit und Betreuungsaufwand», sagt Nathalie De Febis heute.

Wo sie Hilfe finden könnte, finanzielle oder psychologische, mochte sie schon gar nicht mehr heraussuchen, sie paddelte nur noch, um in der Überforderung nicht unterzugehen: «Ich funktionierte einfach irgendwie von einem Tag zum anderen.»

Tabu 3: Die Fremdbetreuung

Irgendwann war trotzdem klar: Allein schaffte sie das nicht, sie musste Hilfe organisieren. «Das war an sich schon schwierig, sich einzugestehen, dass man es allein nicht mehr schafft.» Und danach zeigten sich erst noch unerwartete Hürden. Ein Versuch mit Spitexbetreuung scheiterte nämlich ebenso wie ein Versuch, Gianluca De Febis mit dem Fahrdienst von Betax in eine Tagesklinik fahren zu lassen: Nach zwei Tagen öffnete er kurzerhand die Türen nicht mehr, auch nicht, als er in eine andere Klinik gefahren werden sollte. «Er weigerte sich schlichtweg, von zu Hause wegzugehen oder jemanden für seine Betreuung hereinzulassen.»

Nach einem Gespräch mit dem Vertrauensarzt ergab sich deshalb für Nathalie De Febis nur eine Möglichkeit: Weil Gianluca De Febis dringend stationär betreut werden musste, war eine Fürsorgerische Unterbringung unumgänglich. Sie packte den Koffer ihres Mannes und versteckte den Schlüssel, damit er sich nicht einschliessen konnte. «Der reinste Horror», sagt sie heute: «Ich musste entscheiden über den Rest des Lebens meines Ehepartners.»

Daran hatte sie umso heftiger zu beissen, weil die Schwiegereltern ihr zum Vorwurf machten, sie habe sich nicht gut um ihren Sohn gekümmert und wolle ihn abschieben. Dass eine Betreuung zu Hause gar nicht mehr möglich gewesen wäre, zeigte sich spätestens, als es sogar im Heim schwierig wurde. Schon länger hatte Luca De Febis begonnen, die Pflegefachfrauen unsittlich zu betatschen, und als die Krankheit weiter fortschritt, wurde er inkontinent. Er zog sich die Windeln aus, stuhlte auf den Boden und spazierte nackt durch das Heim. «Auch das war grässlich mitzuerleben», sagt Nathalie De Febis heute: «Diese Entwürdigung.» Sie musste zuschauen, wie sich die Persönlichkeit ihres Partners, in den sie sich als 17-Jährige verliebt und mit dem sie 27 glückliche Jahre verbracht hatte, rasend schnell auflöste. Mit der Zeit bewegte sich Gianluca De Febis kaum mehr aus eigener Initiative und wollte meistens nur noch im Bett liegen bleiben. Von da an entschwand seine Persönlichkeit noch rapider.

Tabu 4: Die Verzweiflung

Kein Wunder, litt Nathalie De Febis auch dann noch unter grossem Stress, als ihr Mann längst in einem Heim betreut wurde: Die Belastung wirkte nach, ihre sozialen Kontakte hatten gelitten, und sie sah keine Perspektive mehr, fühlte sich nur noch ausgebrannt und leer. Während ihre Söhne am Wochenende im Ausgang waren, setzte sie sich erschöpft vor den Fernseher und öffnete eine Flasche Wein. Trank ein Glas, dann noch eines, immer ein bisschen mehr, die Freitag- und Samstagabende verbrachte



Alleinerziehende Mutter und pflegende Ehefrau, später neu verliebte Nathalie De Febis mit ihren Söhnen Gianmarco und Giuliano (Bild links)

sie immer stärker beduselt. «So konnte ich am Wochenende wenigstens gut schlafen», sagt sie. Irgendwo im Hinterkopf drängte immer wieder der Gedanke: «Das kann nicht alles gewesen sein, ich muss mich neu erfinden.» Aber das Vergessen im Alkohol war einfacher, zum Kämpfen fehlte ihr die Kraft.

Tabu 5: Die Selbstfürsorge

Nach vier Monaten gab sie sich einen verzweifelten Ruck und beschloss, dass etwas ändern musste: Sie war erst Mitte vierzig, ihr Leben noch lange nicht vorbei. Endlich liess sie sich von einem befreundeten Paar überreden und fuhr mit zum Tanzen in das Felix-Tanzlokal Münsingen, wo sie zunächst eine Viertelstunde lang Mut schöpfen musste, bevor sie sich hineingetraute. Dann aber spürte sie einen Funken, der ihre Lebensfreude wieder neu entfachte: «Tanzen hatte ich schon immer geliebt, dazu super Musik und fröhliche Menschen, so toll!» Sie lernte einen jüngeren Mann kennen und genoss drei wilde Monate mit ihm: Hinten auf seiner Harley fuhr sie mit ihm zum Tanzen und erlebte das Gefühl, wieder Wind in den Haaren zu spüren – das Leben zu spüren. Nur: «Das ist in unserer Gesellschaft ein völliges Tabu», stellt sie heute fest: An sich denken, vorwärtsschauen, Energie tanken – unter allen Glücksgefühlen plagte sie ein schlechtes Gewissen, der Gedanke, das könne sie doch nicht, während ihr Mann krank im Heim lag. Auch die Schwiegerfamilie und sogar enge Freundinnen erwarteten irgendwie von ihr, dass sie «besser» zu ihrem

Die Schwiegereltern warfen ihr vor, sie kümmere sich nicht gut um ihren Sohn und schiebe ihn ab.

Buch: «Jung und dement. Wenn das Leben plötzlich ausser Kontrolle gerät», Esther Hürlimann mit Nathalie De Febis, Stämpfli Verlag 2021, 167 Seiten, 29 Franken

SRF Dokumentarbeitrag: www.srf.ch/wissen/gesundheit/jung-und-dement-ein-mensch-verblasst



Frau, die das Leben wieder geniessen kann:
und mit ihrem heutigen Partner Thomas Friedli.

Mann stand. «In guten wie in schlechten Zeiten» kann sich als untragbare Last erweisen: «Was ist, wenn das gar nicht mehr der Ehepartner ist, den ich gekannt hatte?», fragt sie: «Wenn das Hirn des Partners zerfällt, ist das eine untragbare Belastung.»

Tabu 6: Die Finanzen

Als wäre das noch nicht genug, hatte Nathalie De Febis zusätzlich mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen: Weil Gianluca De Febis kurz nach einem Stellenwechsel krankgeschrieben wurde, verlor er die neue Stelle nach wenigen Monaten wieder. So musste seine Frau mehrheitlich für das Einkommen der Familie aufkommen, so lange die Anmeldung bei der Invalidenversicherung lief. Aber obwohl sie ihr Pensum auf 80 Prozent aufgestockt hatte, wusste sie nicht, wie sie alles bewältigen sollte. «Jahrelang bezahlte ich die 30000 Franken ab, die sich angesammelt hatten», erzählt sie. Die Kosten für die Fürsorgerische Unterbringung müssen alle, die nicht aufgrund eines zu geringen steuerbaren Einkommens davon befreit sind, selbst tragen. Zusammen mit dem Erstellen einer Beistandschaft, Behördengebühren, Betreuungs- und Beerdigungskosten kommen schnell ein paar tausend oder zehntausend Franken zusammen. Sie schüttelt den Kopf. Inzwischen hat sie sich freigearbeitet. Aber: «Das Erbe meines Vaters ist ebenso rasant entschunden wie die Persönlichkeit meines Mannes.»

Tabu 7: Das neue Glück

Ein Paar waren Nathalie De Febis und ihr Mann längst nicht mehr. Seit seiner Inkontinenz konnte sie ihn nicht mehr für das Wochenende nach Hause holen, und auch zuvor waren die Abendessen mit der Familie immer stiller und anstrengender geworden, weil ihr Mann sich nicht mehr mit ihr und den Söhnen unterhielt – sie war längst zur alleinerziehenden Mutter geworden. Kurz nach den Dreharbeiten zum Dokumentar-

beitrag auf SRF lernte sie einen Mann kennen, der das Gleiche durchmachte wie sie: Auch Thomas Friedlis Frau hatte die Diagnose Frontotemporale Demenz erhalten, und er musste genauso hilflos mit ansehen, wie sie ihm und seinen beiden Töchtern schrittweise entglitt. Im März 2019 trafen sich die pflegende Frau und der pflegende Mann erstmals privat, redeten lange zusammen: über ihre Ehepartner, seine beiden Töchter und ihre beiden Söhne, über das Leben, ihre Interessen, und merkten, wie gut es tut, mit jemandem zu reden, der all die schwierigen, einsamen Momente selber erlebt hat, weiss, wovon das Gegenüber redet. Schon vier Tage später, als er mit ihr auf ihren 47. Geburtstag ansties und sie einander Mut zuzuprosten, war beiden klar: Sie würden den Weg gemeinsam weitergehen. Nathalie De Febis strahlt: «Das ist wie ein Märchen, wie ein Sechser im Lotto!» Ein Glückstreffer, auf den ihre Umgebung teils befremdet reagierte: Sie waren ja beide verheiratet.

Das zweite Leben

2019 starb Thomas Friedlis Frau, im Juli 2020 Nathalie De Febis' Mann. Auf der Ablage beim Eingang steht das Hochzeitsbild von Gianluca und Nathalie De Febis, daneben Familienbilder mit den beiden Söhnen: die meisten mit einem strahlenden, wach blickenden dunkelhaarigen Mann darauf, ein paar mit einem fülligen und verloren wirkenden Abbild des früheren Mannes.

Nathalie De Febis nimmt das Hochzeitsbild und schaut wehmütig darauf. Jung waren sie damals, ahnungslos darüber, was ihnen noch bevorstand. Sie stellt das Bild zurück, atmet durch und nickt: «Inzwischen bin ich in mein zweites Leben gestartet.» Das erste Leben schliesst sie demnächst quasi offiziell ab: Im November kommt ihr Buch heraus. Damit hat sie die Erfahrungen aus dieser schweren Zeit

verarbeitet, jetzt kann sie vorwärtsschauen.

Heute wohnt Nathalie De Febis zur Hälfte in der Nähe der Söhne in Bern, zur anderen Hälfte mit ihrem neuen Lebenspartner im Seeland, sie ist wieder glücklich. Was sie erlebt hat, machen andere pflegende Angehörige ebenfalls durch, vielfach still und ungehört. Aber vielleicht gelingt es ihr, einige der bisher vermiedenen Themen aus der Tabuzone zu holen. ●

**An sich denken,
vorwärtsschauen,
Energie tanken: «Das
ist in unserer Gesell-
schaft ein Tabu.»**

Psychisch kranke, straffällig gewordene Jugendliche schämen sich doppelt. Zu Unrecht.

«Unserer Gesellschaft fehlt oft die Toleranz für Andersartigkeit»

Eltern von Kindern mit psychischen Erkrankungen fühlen Schuld und Scham – erst recht, wenn die Jugendlichen dadurch straffällig geworden sind. Dabei, sagt Marc Birkhölzer*, sei das häufig aufgrund der geringen familiären Ressourcen ihre Art, auf schwierige Situationen zu reagieren.

Interview: Claudia Weiss

Jugendpsychiatrie und Jugendforensik: Zwei grosse Tabuthemen in einer Klinik – zu Ihnen kommen wohl kaum je Eltern und Jugendliche freiwillig?

Marc Birkhölzer: Doch, das kommt tatsächlich vor! Sehr, sehr selten zwar, und meistens dann, wenn Jugendliche erste kleine Straftaten begangen haben, diese aber noch nicht zur Anzeige gekommen sind. Dann gibt es Eltern und Jugendliche, die von sich aus bei uns Hilfe holen oder von Fachkolleginnen und -kollegen zu uns überwiesen werden. Aber die Mehrzahl der Jugendlichen ist tatsächlich nicht freiwillig bei uns, weder ambulant noch stationär, sondern im Zusammen-

«Vorbelastete Eltern haben es sehr viel schwieriger, mit einem anspruchsvollen Kind umzugehen.»

***Marc Birkhölzer**, 34, ist Kinder- und Jugendpsychiater und Oberarzt an der Jugendforensischen Ambulanz der Forensischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. In der Jugendforensik Basel werden Jugendliche, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung straffällig geworden sind, abgeklärt, begutachtet und ambulant oder stationär behandelt.

www.upk.ch/kinder-und-jugendliche/jugendforensik.html

hang mit einer strafrechtlichen Massnahme der Jugendanwaltschaft. Und die Eltern dieser Jugendlichen kämpfen immer mit grossen Scham- und Schuldgefühlen. Denn egal, ob ein zehn-, zwölfjähriges Kind eine psychische Krise hat oder eine Jugendliche aufgrund einer psychiatrischen Beeinträchtigung straffällig geworden ist: Das Umfeld fragt häufig sogleich: «Was ist da los, was haben die Eltern falsch gemacht?»

Woher kommt denn diese spontane Schuldzuweisung?

Das lässt sich auch psychiatriehistorisch erklären: Die klassische Psychoanalyse sucht den Ursprung psychischer Erkrankungen in frühkindlichen Erlebnissen, hinterfragt, ob die Mutter dem Kind zu wenig Liebe gegeben hat, der Vater zu streng war. Heute sind wir da weiter, das biopsychosoziale Modell berücksichtigt, dass die Einflüsse vielfältig sind, wenn ein Kind dekompenziert, also Stressbelastung nicht mehr ausgleichen kann: Die genetischen Anlagen sind gegeben, aber ob Anlagen wie beispielsweise starke Impulsivität sich ungünstig auswirken, wird auch durch psychosoziale Faktoren bestimmt, also durch frühe Interaktionserfahrungen, das Umfeld und die Lebensweise. Wir gehen deshalb nicht mehr vom Tabula-rasa-Konzept aus, nach dem Kinder quasi unbeschrieben zur Welt kommen: Heute wissen wir, dass Kinder schon bei der Geburt ein eigenes Temperament mitbringen, beispielsweise ob sie nervös oder ausgeglichen sind, durchschlafen oder viel schreien. Das wiederum hat einen grossen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung. Hinzu kommt, dass vorbelastete Eltern, also alleinerziehend, psychisch instabil oder sozioökonomisch schlecht gestellt, es sehr viel schwieriger haben, mit einem anspruchsvollen Kind umzugehen. Sie können häufig weder auf eigene Ressourcen zurückgreifen, noch haben sie ein stützendes Umfeld.

>>

Und damit beginnt ein Teufelskreis ...

Genau. Und dann schliessen alle daraus: «Klar, musste das Kind bei diesen Eltern so werden.» Damit tun wir aber allen Beteiligten Unrecht. Es gibt das Konzept der «good enough mother»: Eltern müssen nicht perfekt sein, ein Kind kann es verkraften, wenn sie zwischendurch genervt sind. Es reicht, ausreichend gut zu sein. Viele Eltern wären mit einem weniger anspruchsvollen Kind zurechtgekommen. Für den Verlauf einer ungünstigen Spirale treffen meist mehrere ungünstige Faktoren aufeinander. Ich begegne hier sehr vielen alleinerziehenden Elternteilen, die mit der doppelten Verantwortung und der Belastung eines Kindes mit Verhaltensauffälligkeit überfordert sind und schon eine langjährige, zermürbende Geschichte hinter sich haben. Viele haben das Gefühl, versagt zu haben. Übrigens ist das nicht nur bei uns in der Forensik so, sondern allgemein in der Jugendpsychiatrie.

Warum schämen sich denn Eltern derart, wenn ihr Kind psychiatrische Unterstützung benötigt?

Ein Stück weit ist das gut nachvollziehbar: Wer zu uns in die Jugendforensik kommt, hat Grenzen verletzt und gesellschaftliche Konsensregeln gebrochen wie «Du sollst nicht stehlen, betrügen, andere schädigen, verletzen oder töten». Gleichzeitig fehlt unserer Gesellschaft oft die Toleranz für Andersartigkeit: Wenn jemand in dieser Leistungsgesellschaft nicht in der Lage ist, das eigene Leben im Griff zu haben und auch seine Kinder so aufzuziehen, dass sie ihr Leben in den Griff bekommen, wird das oft als Affront empfunden. Das Nichtkönnen wird dann als

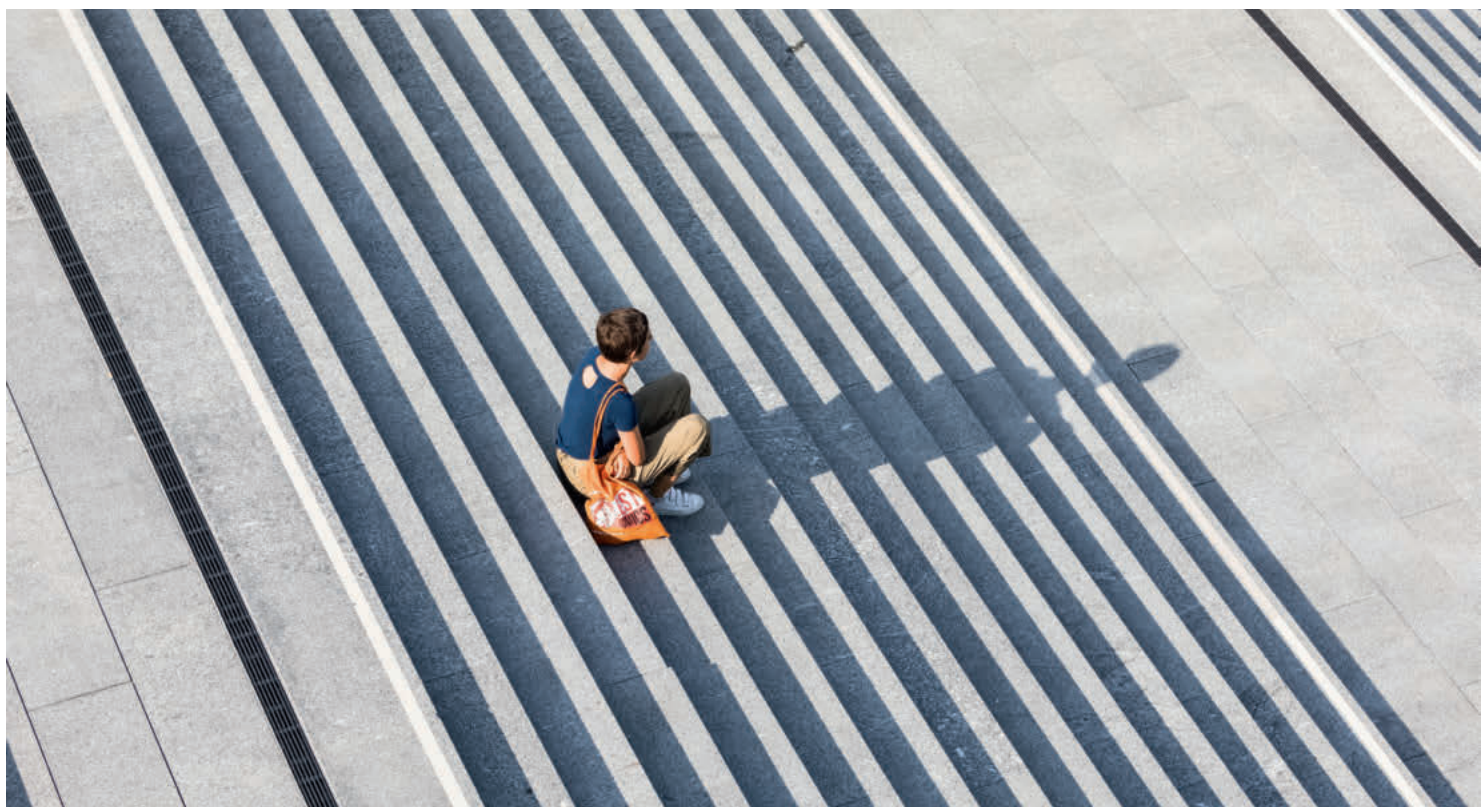
Nichtwollen eingestuft, und viele sehen gar nicht, dass diese Eltern oft das Beste geben, das sie halt können. Die Jugendlichen selbst, die schädigend und aggressiv auffallen, werden rasch als schlechte, böse Menschen abgestempelt. Dabei waren sie auch mal Kinder, die davon träumten, Pilot, Astronautin, Polizist oder Wissenschaftlerin zu werden.

«Das Nichtkönnen wird in unserer Leistungsgesellschaft als Nichtwollen eingestuft.»

Wie gelingt es Ihnen, Eltern trotz ihrer Scham ins Boot zu holen?

Ich spreche die Themen Schuld und Scham offen an. Statt nach Schuld zu fragen, rede ich allerdings von Verantwortung: Alle tragen die Verantwortung für ihr Handeln. Bei meiner Arbeit erlebe ich immer wieder, welch grossen Einfluss die Wertung der Gesellschaft hat –

und wie ungefiltert Schuldzuweisungen gemacht werden. Zwei Beispiele aus meinem Berufsalltag zeigen das deutlich: Die Mutter eines Jugendlichen mit einer Persönlichkeitsstörung eröffnete das Gespräch, indem sie sagte: «So, jetzt können Sie mir die Leviten lesen und mir sagen, dass ich alles falsch gemacht habe.» Und der Vater einer Jugendlichen mit einer Borderline-Störung gab zu, dass er gar nicht zum Gespräch kommen wollte: Er hatte gelesen, dass sich eine solche Persönlichkeitsstörung oft nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit entwickle, und war überzeugt, dass ich ohnehin davon ausginge, er habe seine eigene Tochter missbraucht. Beide waren sehr erleichtert, als sie merkten, dass es mir nicht um Schuldzuweisung geht, sondern darum, was sie und ihre Kinder in dieser Situation von uns benötigen.



Jugendliche in der Isolation: «Die Jugendlichen, die schädigend auffallen, werden rasch als schlechte Menschen abgestempelt. Dabei waren sie auch einmal Kinder, die davon träumten, Pilot oder Astronautin zu werden.»

Foto: Eleni Kougonis UPK

Können Sie so auch das Vertrauen der Jugendlichen gewinnen?

Wie gehen Sie vor?

Ich habe keine besondere Methode, sondern halte mich an zwischenmenschliche Verhaltensstandards: Ich interessiere mich für die Jugendlichen, frage, wie es ihnen geht, warum sie hier sind? Wenn ich offen auf sie zugehe, komme ich relativ schnell auf eine gute Basis. Dann können wir zusammen anschauen, was passiert ist, wie sie ihren Alltag erleben, mit welchen Problemen sie zu kämpfen haben und welche Wünsche sie an die Zukunft haben. Bevor wir dann mit der spezifischen Therapie beginnen, zeige ich ihnen dadurch, wie ich mit ihnen umgehe, auch ein wenig, wer ich bin – nicht auf privater Ebene, aber als Mensch und Therapeut –, dass ich sie ernst nehme. Das ist wichtig, denn diese Jugendlichen haben oft die Überzeugung verinnerlicht, dass sie niemandem trauen können.

Gibt es denn etwas, das alle diese Jugendlichen unbedingt und ausnahmslos von Ihnen benötigen?

Fast allen ist gemeinsam, dass sie aus schwierigen Familienverhältnissen kommen und vieles von dem nicht mitbekommen haben, was alle Menschen brauchen: Sicherheit, Vorhersehbarkeit, Kontrolle, Selbstwirksamkeit. Dieses Gefühl, in seinem Leben etwas bewirken zu können. Viele unserer Jugendlichen haben bereits Platzierungen in mehreren Institutionen hinter sich und kennen vor allem das Gefühl von Versagen. Die einzige Selbstwirksamkeit, die sie erfahren haben, ist, etwas plakativ gesprochen: Ich haue dir auf die Nase, dann blutest du. Und Sicherheit suchen sie oft in dysfunktionalen Beziehungen – das ist oft die einzige Form, die sie kennen.

Das heisst, viele der Jugendlichen haben schon früh Wichtiges vermisst für eine gesunde Entwicklung.

Ja, und die meisten dieser Jugendlichen, die wegen einer Störung des Sozialverhaltens Delikte oder Grenzverletzungen begehen, waren schon als Kinder auffällig: vorlaut, impulsiv, aggressiv. Sie haben schon früh immer wieder die Erfahrung gemacht «Ich bin das Problem». In der Schule verstärken sich dann diese Erfahrungen. Die Schule – dessen sind sich die meisten zu wenig bewusst – ist eine zentrale sinnstiftende und selbstwertfördernde Instanz: Wer gut ist in der Schule, gewinnt Selbstvertrauen, Eltern und Lehrpersonen sind stolz, und der Erfolg ebnet den Jugendlichen den Weg in eine gesellschaftsfähige Zukunft. Jene hingegen, die Schwierigkeiten beim Lernen und im Sozialverhalten haben, leiden schon früh unter Frust, Enttäuschung und dem Gefühl, sie seien nicht gut und könnten nie etwas auf die Reihe bekommen. Damit sie sich trotzdem einer Gruppe zugehörig fühlen, suchen sie sich zielstrebig andere Jugendliche mit ähnlichen Schwierigkeiten – gemeinsam in der Gruppe fühlen sie sich als «Outlaws» auf eine gewisse Weise selbstwirksam. Tatsächlich kennen sich viele unserer Jugendlichen bereits, haben einen Aufenthalt in der gleichen Institution hinter sich oder sind einander sonst begegnet – die Erfahrung von Ausgegrenztwerden verbindet. Umso wichtiger ist eine frühe Therapie, damit sich das schädigende Verhalten nicht verfestigt oder weiter auswächst.

«Frühe Therapie ist wichtig, damit sich das schädigende Verhalten nicht weiter auswächst.»

Jugend im Stresstest

Die Covid-Pandemie bringt Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in psychisch belasteten Situationen unter zusätzlichen Druck. Sie benötigen eine gute Portion Resilienz, damit aus psychischer Belastung keine psychische Erkrankung wird, und sie sind auf tragfähige Netzwerke und Begleitung im Alltag angewiesen. Angebote zur psychosozialen Unterstützung existieren, sind aber lückenhaft: Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Fachpersonen ist notwendig. Eine Nationale Fachtagung, vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) gemeinsam mit Pro Juventute Schweiz organisiert, zeigt Bedarf und Möglichkeiten auf.

Nationale Fachtagung «Jugend im Stresstest. Wege zur psychosozialen Unterstützung für gefährdete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene»: 30. November 2021, Kongresshaus Biel und online. Anmeldefrist verlängert bis 19.11.2021! **Infos:** martina.zurschmiede@redcross.ch.

Programm/Anmeldung: www.redcross.ch/nft21

Genau dort wird es aber schwierig: Viele ereifern sich über Geschichten wie die des straffälligen Carlos/Brian K., der bekannt wurde durch seine teuren Spezialsettings.

Viele Leute empören sich darüber, dass Jugendliche zuerst der Gesellschaft schaden und dann erst noch auf deren Kosten therapiert werden sollen. Das greift zu kurz. Es ist sehr sinnvoll, im Jugendalter viel in die Therapie zu investieren und die weitere Entwicklung langfristig günstig zu beeinflussen: Sonst droht eine Chronifizierung der psychischen Störung. Das gilt auch punkto Persönlichkeitsstörungen, die bei uns ein häufiges Thema sind. Vermied man früher eine Diagnose bei Jugendlichen, versuchen wir heute möglichst früh auch schon Vorläufer der Störung zu erfassen und zu behandeln, um eine Chronifizierung zu verhindern. Dank Therapien wie beispielsweise dem Adolescent Identity Treatment, einem speziellen Therapieverfahren mit Psychoedukation und engem Einbezug der Eltern, lassen sich rechtzeitig erkannte Persönlichkeitsstörungen im Gegensatz zur früheren Lehrmeinung zu 50 bis 70 Prozent behandeln.

Wie hoch ist denn die Erfolgsquote der Jugendforensischen Therapien generell, kann man diese messen?

Ein Hauptparameter für den Erfolg einer jugendforensischen Therapie ist sicherlich das Nicht-rückfällig-Werden. Genaue Zahlen werden erst seit Kurzem erfasst, beispielsweise im Masterprojekt «Katamnesestudie Jugendforensik». Der Modellversuch «Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen» (JAEL) hat gezeigt, dass ein Drittel der platzierten Jugendlichen das Leben in den Griff bekommen wird, ein Drittel wird mittelmässig durchkommen und ein Drittel fasst nie richtig Fuss. Bei der

>>



Jugendpsychiater Marc Birkhölzer: «Ich möchte den Jugendlichen keinen Stempel aufdrücken.»

JAEL-Studie handelt es sich jedoch nicht spezifisch um Fälle aus der Jugendforensik, sondern um in Jugendhilfeeinrichtungen platzierte Jugendliche.

Wie gehen Jugendliche selbst nach aussen damit um, dass sie in der Jugendforensik betreut werden?

Unterschiedlich. Einige verschweigen es, andere gehen sehr offen damit um. Ich erinnere mich da gerade an eine Jugendliche, die völlig unbefangen darüber redete und damit auch gute Erfahrungen machte. Ich staune auch immer, wie positiv und unterstützend Ausbildungsverantwortliche in den Betrieben mit unseren Jugendlichen umgehen, die eine Lehre absolvieren.

Wie sieht das bei Ihnen aus: Bereitet Ihnen die Aufgabe in der Jugendforensik manchmal Kopfzerbrechen?

Manchmal ist es für mich eine Herausforderung, mit jemandem zu arbeiten, der wegen Vergewaltigung oder anderen sexuellen Übergriffen bei uns ist. Auch sonst gehe ich häufig mit sehr viel Respekt an eine Aufgabe heran: Sitzen unbegleitete Minderjährige oder andere Jugendliche vor mir, die komplex traumatisiert sind, sehe ich eine sehr grosse Herausforderung, eine Fehlentwicklung überhaupt noch günstig beeinflussen zu können. Für den Langzeiterfolg ist letztlich auch das Umfeld wichtig und die Haltung der Gesellschaft.

Die Gesellschaft begegnet allerdings psychischen Erkrankungen auch heute noch sehr zurückhaltend. Warum?

Die alten Bilder halten sich hartnäckig. Viele Menschen wissen nicht, wie die moderne, zeitgemässe Psychiatrie arbeitet. Dass man sich mit Missbrauch und Traumata im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzt, hinschaut und ein gewisses Verständnis empfindet, ist eher eine jüngere Entwicklung. Dabei liegen einem nichtkonformen Verhalten oft frühkindliche Traumata zugrunde, mit denen Betroffene auf zwei Möglichkeiten umgehen können: Sie können internalisierend reagieren, beispielsweise mit Drogenkonsum, Selbstverletzung oder Depression, und damit sich selbst schaden. Oder sie können externalisierend reagieren, mit Gewalt und Aggression nach aussen, andere schädigen und allenfalls straffällig werden.

Und damit eben Tabus brechen. Was ist Ihnen in der Jugendforensik besonders wichtig zu diesem Thema?

Gewisse gesellschaftliche Tabus haben eine wichtige Funktion: Sie zeigen, wie wir miteinander leben sollen oder eben was wir nicht tun sollen, also nicht stehlen, angreifen, verletzen. Es ist in der Natur der Sache, dass auch die Person, die so etwas Verpöntes tut, ins Abseits gerät. Aber es ist wichtig, immer wieder dahinterzuschauen und den Menschen mit all seinen Belastungen zu sehen – aber auch mit den Ressourcen: Ich erlebe mit den meisten Jugendlichen hier auch sehr gute Zeiten, sie sind nicht einfach schlechte Menschen. Deshalb spreche ich nicht von jugendlichen Straftätern, sondern von Jugendlichen, die eine Straftat begangen haben: Ich möchte ihnen keinen Stempel aufdrücken. ●

Bei der Gewalt gegenüber alten Menschen gibt es eine hohe Dunkelziffer

Prävention erfordert Wertschätzung und Verständnis für die Betagten

Die meisten Übergriffe finden im häuslichen Bereich statt, aber es kommt auch in Pflegeheimen zu Formen von Misshandlung. Um der Gewalt im Heimbereich vorzubeugen, braucht es Verständnis für die Bedürfnisse der Bewohnenden. Dies erfordert Schulung und genügend Zeit für die Pflege.

Von Elisabeth Seifert

«Die meisten Fälle werden verschwiegen und kommen gar nicht erst ans Licht. Aufgrund dieses allgemein anerkannten Dunkelfelds kann davon ausgegangen werden, dass das Ausmass der Gewalt und Vernachlässigung im Alter allgemein unterschätzt wird. Die Tragweite des Problems ist somit nicht zu bestreiten.» Es sind ernste Worte, die der Bundesrat in einem letztes Jahr veröffentlichten Bericht verwendet. Als Antwort auf ein parlamentarisches Postulat erörtert er darin die Sachlage zur Gewalt im Alter und skizziert den Handlungsbedarf.

Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr 300 000 bis 500 000 Menschen ab 60 Jahren von mindestens einer Form der Gewalt betroffen sind. Der weitaus grösste Teil der Misshandlungen findet im häuslichen Bereich statt, es kommt aber auch in Pflegeeinrichtungen zu

Übergriffen. Dies entspricht den Erfahrungen der Expertinnen und Experten der Organisationen, die in der nationalen Anlaufstelle Alter ohne Gewalt zusammengeschlossen sind (siehe dazu auch Seite 26). «Innerhalb der Institutionen sind es mehrheitlich psychische Misshandlungsmuster, die von den Pflegenden nicht als solche wahrgenommen werden», sagt Yolanda Schütz gegenüber der Fachzeitschrift. Sie ist Mitglied der Kommission Nordwestschweiz der Unabhängigen Beschwerde-

stelle für das Alter (UBA). Zudem ist sie Gerontologin und ehemalige Pflegeheimleiterin.

Wenn Bewohnende rufen, ohne gehört zu werden

Solch psychische Misshandlungsmuster können etwa darin bestehen, so Schütz, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die immer wieder rufen oder immer wieder die «Glocke» betätigen, nicht beachtet werden. Oder auch darin, dass Bewohnende ohne Kontakte im Zimmer gelassen werden. Gefährdet seien insbesondere an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner, indem sie zum Beispiel als aggressiv eingestuft oder nicht als gleichwertige, erwachsene Menschen behandelt werden. Eine psychische Misshandlungsform bestehe auch darin, dass Pflegenden «routinemässig und routiniert» ihre Arbeit erledigen, «unter Umständen schnell und ohne einfühlsame, wertschätzende Kommunikation».

Neben psychischen Misshandlungsmustern kann es auch zu physischen Übergriffen kommen. Diese betreffen zum Beispiel einen «grobe, unangemessenen Umgang bei der Körperpflege oder beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt». Weiter gehöre auch die Ruhigstellung mit Medikamenten dazu. Hinzu kommen verschiedene Formen von Vernachlässigung, etwa dass jemand bei Bettlägerigkeit nicht regelmässig umgebettet wird, dass

Einlagen nicht gewechselt werden oder dass Haut, Zähne, Haare und Nägel ungenügend gepflegt werden.

Einen wesentlichen Grund für diese verschiedenen Formen von Misshandlungen, die im institutionellen Bereich vorkommen können, sieht Yolanda Schütz in der aufgrund des Personalmangels hohen Belastung des Pflegepersonals. Der Zeitdruck führe schnell zur Überforderung. Auch der Bundesrat verweist in seinem Bericht darauf, dass Fachkräfte und auch betreuende

«Psychische Misshandlungsmuster werden oft nicht also solche wahrgenommen.»

>>



Im Pflegeheim Bauma spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle: Pflegedienstleiter Anton Distler legt grossen Wert auf das Coaching der Mitarbeitenden (links). Eine Aktivierungstherapeutin im Gespräch mit einem Bewohner (rechts).

Foto: Bauma

Angehörige mit der Pflege «allenfalls überlastet» sind. Der Bericht verweist denn auch auf die wichtige Bedeutung, welche der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal zugunsten der Gewaltprävention zukommt. Darüber hinaus spricht der Bundesratsbericht die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Schulung des Pflegepersonals an. Auch Yolanda Schütz bezeichnet die Aus- und Weiterbildung zum Thema Misshandlung als zentralen Aspekt. «Dazu gehören neben dem Wissen, was Misshandlung ist und was sie für Betroffene bedeutet, auch, welche Bedürfnisse und welche möglichen Verhaltensstörungen alte Menschen haben.» Gegenstand der Schulungen müsse zudem sein, über das eigene Handeln und die Einstellung zu den betagten Menschen zu reflektieren. Im Pflegealltag der Institutionen gelte es, sich innerhalb der Teams regelmässig auszutauschen. «Es geht darum, Schwierigkeiten und Herausforderungen der Pflege offen anzusprechen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern gerecht werden und entlastend auf die Pflegenden wirken können.»

Schulung im Umgang mit Aggression

Den Organisationen der Altershilfe, auch der Alters- und Pflegeeinrichtungen, kommt bei der Prävention von Gewalt und Misshandlung eine wichtige Bedeutung zu. Eine besonders ausgeprägte Sensibilität für die Notwendigkeit der Prävention von Gewalt haben die Verantwortlichen des Pflegezentrums Bauma im oberen Tösstal ZH. Die Institution habe sich darauf spezialisiert, Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose wohnen zu ermöglichen, erklärt Anton Distler. Er ist Pflegedienstleiter des Pflegezentrums und leitet gleichzeitig den Bereich Pflege der ganzen Töss-Gruppe. Diese ist unter anderem auch im Bereich teilstationärer sowie ambulanter Angebote

Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen hat eine wichtige Bedeutung für die Gewaltprävention.

tätig und unterstützt Heime im Umgang mit Bewohnenden, die zum Beispiel aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung ein herausforderndes Verhalten an den Tag legen.

Das Pflegezentrum Bauma unterstützt bis zu 162 Menschen mit «chronifizierten und oftmals austerapierten Krankheits- und Zustandsbildern», so Distler. Rund 80 Bewohnende leben zurzeit aufgrund einer zivil- oder strafrechtlichen Massnahme mehrheitlich im geschlossenen Bereich. Das Altersspektrum reicht von 18 Jahren bis zum Lebensende, wobei das Durchschnittsalter unter 55 Jahren liegt. Sie bleiben in der Regel über viele Jahre im Heim.

Aufgrund ihrer Defizite seien die Bewohnenden in ihrer Kommunikation sehr stark und vielseitig eingeschränkt, sagt Distler. Verantwortlich dafür sind oft jahrzehntelange und fortschreitende Krankheitsgeschichten, eine mangelhafte Sozialisierung, auch Traumatisierungen durch Fluchterfahrungen oder andere biografische Ereignisse. Auch wenn es in aller

Regel sehr gut gelinge, so Distler, die in der Klinik erzielten Fortschritte im Sinne einer gewissen psychopathologischen Stabilität zu erhalten, werde der Alltags der Pflegenden immer wieder durch herausfordernde Verhaltensweisen der Bewohnenden begleitet.

«Um Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu begleiten, braucht es eine ganz bestimmte ethisch-moralische Arbeitshaltung

und auch eine entsprechende Firmenkultur», unterstreicht Distler und hält fest: «Alle unsere Mitarbeitenden werden im Umgang mit Aggressionen und Gewalt, im Umgang mit Nähe und Distanz und in der Anwendung von deeskalierenden Massnahmen fortlaufend geschult.» Dies geschieht im Rahmen interner Weiterbildungen, während der Arbeit oder auch bei regelmässig stattfindenden Intervisionen, wo anstehende Fragen und Problemstellungen besprochen werden.

Die Arbeitshaltung müsse getragen sein von einer «hohen Wertschätzung des Menschen hinter jeder Person, hinter jeder Erkrankung, hinter jedem Lebenslauf», betont Distler. Die Wertschätzung zeige sich etwa in einer freundlichen und offenen Grundhaltung, die Zuhören und Verstehen wollen signalisiert. Dies bedeute, dass die Mitarbeitenden die Schilderung eines Sachverhalts durch die Bewohnenden so stehen lassen können, ohne diese einer realitätsnahen Überprüfung unterziehen zu wollen. «Sobald man in einer anderen Sichtweise recht behalten will, kann das sehr negativ ausgelegt werden und zu einer Eskalation führen», weiss Distler.

Die Wertschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner komme weiter darin zum Ausdruck, dass die Pflegenden sehr zurückhaltend sind mit körperlichen Berührungen. «Schon die kleinsten körperlichen Berührungen oder unangebrachte humorvolle Äusserungen können negativ erlebt oder ausgelegt werden», weiss Distler. «Berührungen müssen mit Bedacht vorher angekündigt werden, und grundsätzlich gilt, ein angemessenes Mass an Abstand zu wahren.»

Ein wesentlicher Punkt für eine gelingende Kommunikation ist zudem, dass die Bewohnerinnen und Bewohner immer mit Sie angesprochen werden und nie mit Du. Distler: «Mit dem Du würde man rasch die persönliche Ebene treffen, die bei den Bewohnenden grundsätzlich schon sehr verletzt ist und höchst vulnerabel bleibt.» Die respektvolle Anrede mit Sie sei gerade dann, wenn herausfordernde Situationen zu meistern sind, ein wichtiger Faktor, um Aggressionen vonseiten der Bewohnenden zu verhindern.

Wenn das Verständnis und die Zeit fehlen

Eine wertschätzende Haltung ist geprägt vom Verständnis für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, für ihre Defizite, aber auch für ihre Möglichkeiten. Aufgrund der hochkomplexen Problemlagen ihrer Klientel sind die Mitarbeitenden des Pflegezentrums Bauma besonders gefordert – und besonders sensibilisiert. Auch in «normalen» Pflegeheimen haben die Bewohnerinnen und Bewohner spezielle Bedürfnisse.

Aufgrund ihrer Gebrechlichkeit, die dem hohen Alter geschuldet ist, sowie aufgrund zusätzlicher, zum Teil unerkannter gerontopsychiatrischer Diagnosen. Etliche betagte Menschen leiden etwa unter Depressionen oder sind an Demenz erkrankt.

In vielen Pflegeheimen nehme man die daraus resultierenden Bedürfnisse der Bewohnenden nicht adäquat wahr, beobachtet Anton Distler, der als Leiter Pflege der Töss-Gruppe immer wieder Einblick hat in Institutionen des Heim- und Gesundheitswesens. «Wenn man die Bewohnenden nicht so akzeptiert, wie sie sind, mit ihrer Leistungsfähigkeit und ihren Defiziten, führt das zu Überforderung und herausforderndem Verhalten.» Wenn sich die Bewohnenden nicht so verhalten, wie die Pflegenden sich dies vorstellen, sind schnell einmal Konflikte die Folge. Die fehlende Zeit sei ein wesentlicher Faktor dafür, dass es den Pflegenden oft schwerfällt, die Bedürfnisse zu erkennen und dann auch entsprechend zu handeln. «Die mangelnden Ressourcen verhindern, dass man den Bewohnenden zuhören kann und so ein Verständnis für ihre Situation entwickelt.» Genügend und genügend gut ausgebildetes Pflegepersonal sowie fortlaufendes Coaching seien entscheidend, um die Mitarbeitenden und damit auch die Bewohnenden nicht zu überfordern, sagt Distler.

«Wenn man die Bewohnenden nicht so akzeptiert, wie sie sind, führt dies zu Überforderung.»

Zufriedenheit vermindert die Fluktuation

Die Personalrekrutierung stellt die Pflegeheime, auch das Pflegezentrum Bauma, indes vor eine ständige Herausforderung. Im «Bauma» bestehe diese vor allem darin, entsprechend qualifiziertes Personal zu finden. «Wir investieren viel in die Ausbildung, sowohl auf der Sekundar- als auch auf der Tertiärstufe.» Auch auf

der Sekundarstufe ausgebildetes Fachpersonal könne man im Übrigen sehr gut für spezifische Aufgaben in der Institution intern fortbilden, ohne dass dieses eine höhere Fachausbildung machen müsse. Der Personalmangel erfordere zudem entsprechende Investitionen in die Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung, um die Fluktuation tief zu halten. Distler spricht hier attraktive Arbeitsbedingungen sowie eine auf Vertrauen und Wertschätzung basierende Firmenkultur an. ●

Die Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA) hilft bei Konflikten

Niederschwellige Unterstützung

Jahr für Jahr sind in der Schweiz 300 000 bis 500 000 Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber von irgendeiner Form von Gewalt betroffen, von physischer oder psychischer Gewalt, von unterschiedlichen Formen der Vernachlässigung oder von Diskriminierung. Diese Zahlen entsprechen Schätzungen, die aus einem Bericht des Bundesrates hervorgehen. Nur ein verschwindend kleiner Teil all dieser Fälle wird bekannt. Dies zeigt sich etwa an der Zahl der Meldungen an die Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA), die in der Deutschschweiz ältere Menschen und ihr Umfeld bei der Klärung, Vermittlung und Schlichtung in Konfliktsituationen und in Misshandlungssituationen unterstützt.

Über die Jahre hinweg haben die in den deutschsprachigen Landesteilen tätigen vier Fachkommissionen der UBA zwar mit einer stets steigenden Anzahl von Beschwerden zu tun. Die Zahlen sind aber immer noch tief: 426 Fälle waren es im Jahr 2018, 544 im Jahr 2019 und 582 im Jahr 2020. «18 bis 20 Prozent der Beschwerden betreffen jeweils Formen von Gewalt, und 80 Prozent drehen sich um Konflikte unterschiedlichster Art», sagt Ruth Mettler. Sie ist Geschäftsleiterin der UBA und der schweizweiten Plattform-Anlaufstelle «Alter ohne Gewalt».

Eine Ausnahme bildete das Coronajahr 2020. Die Anzahl der Fälle mit Gewaltthematik ist hier zurückgegangen. Weshalb das so sei, könne nicht abschliessend beantwortet werden, so Mettler. Drittpersonen sahen weniger in häusliche Situationen hinein, was womöglich eine Meldung verhinderte. Mittlerweile jedenfalls entspricht die Anzahl der Fälle mit Gewaltthematik wieder der vor 2020.

Weitere Sensibilisierung unbedingt nötig

«Die hohe Dunkelziffer von Gewalt gegenüber älteren Menschen erklärt sich mit der immer noch existierenden Tabuisierung», sagt die Geschäftsleiterin. «Während die Öffentlichkeit etwa bei der Misshandlung von Kindern viel genauer hinschaut, ist das bei Gewalt im Alter noch nicht der Fall.»

Es brauche deshalb unbedingt eine weitere Sensibilisierung für das Thema, unterstreicht Mettler. Die Misshandlung an älteren Menschen wurde im Jahr 2002 von der Weltgesundheitsorganisation WHO als vorrangiges Problem der Volksgesundheit erkannt.

Ein paar Jahre früher, 1997, wurde die erste Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA) in Zürich gegründet. In den folgenden Jahren wurden die Vereine UBA Zentralschweiz, UBA Ostschweiz und UBA Schweiz gegründet. Im Jahr 2015 wurden die UBA-Vereine fusioniert zu einem UBA-Verein mit Sitz in Zürich und den vier regionalen Fachkommissionen Nordwestschweiz (2016), Ostschweiz (2017), Zentralschweiz und Zürich.

In den 90er-Jahren entwickelten sich Anlaufstellen in der Westschweiz, betrieben von der Organisation Alter Ego, sowie im Tessin und dem Misox, welche die dortige Pro Senectute leitet. Um nach aussen besser auftreten zu können und das Fachwissen zu bündeln, wurde durch die drei Akteure im Jahr 2019 die nationale Anlaufstelle Alter ohne Gewalt ins Leben gerufen.

Konflikte schlichten, bevor es zur Gewalt kommt

«Eine grosse Mehrheit von Misshandlung oder Gewalt an älteren Menschen geschieht im häuslichen, privaten Bereich», beobachtet Ruth Mettler. Ausgeübt werde diese Mehrheitlich von Seiten eines Familienmitglieds.

Ein bedeutend kleinerer Teil betrifft Fälle in den Pflegeinstitutionen. Mettler: «Eine Institution ist nicht so abgeschottet wie der häusliche Bereich, sie verfügt über mehr Augen und Ohren, die hinsehen und anhören können.»

Oft sind es Betroffene selber, die sich bei den Anlaufstellen melden, aber auch Angehörige oder Nachbarn sowie Pflege- und Betreuungspersonen. Die besondere Bedeutung der Beschwerdestellen bestehe in der Möglichkeit, niederschwellige Hilfe zu bekommen, unterstreicht Mettler. Gerade ältere Menschen scheuen oft den Behördenweg. Zudem können sie sich vertraulich an die in der Plattform Anlaufstelle Alter ohne Gewalt zusammengeschlossenen Organisationen wenden.

«Die Anlaufstellen decken damit ein echtes Bedürfnis ab, sind aber noch immer viel zu wenig bekannt.» Besonders wichtig sei, dass sich die Betroffenen bereits im Fall eines Konflikts melden, also noch bevor es zu einer effektiven Gewaltsituation kommt.

Mettler: «Dadurch wird es möglich, dass die

Expertinnen und Experten Konflikte schlichten können, bevor sie in Gewalt ausarten.» Die UBA klärt, vermittelt und schlichtet in Konfliktsituationen und erarbeitet mit allen Involvierten annehmbare Lösungsansätze.

Sehr oft sei die Überforderung der betreuenden und pflegenden Personen ein Auslöser für Gewalt. «Wenn man über solche Überforderungen reden kann und auch Unterstützungsangebote annimmt, ist die Basis für eine Entspannung der Situation gelegt», weiss Mettler. ●

«Die Anlaufstellen decken ein echtes Bedürfnis ab, sie sind aber noch zu wenig bekannt.»

Hinweis: Die Anlaufstelle ist von Montag bis Freitag von 14 bis 17 Uhr erreichbar. Telefon 0848 00 13 13 oder 058 450 60 60. E-Mail info@uba.ch oder info@alterohnegewalt.ch. Die Beratungen und Schlichtungen sind für die Betroffenen kostenlos.

Bei übermässigem Alkoholkonsum wird in den Heimen noch oft weggeschaut

«Das Schlechteste ist, nichts zu sagen»

Obwohl keine Altersgruppe einen höheren Anteil an Personen aufweist, die chronisch risikoreich Alkohol konsumieren als die Generation 60+, wird das Problem gerade in Institutionen gerne ignoriert. Warum das so ist, erklärt der Fachexperte Domenic Schnoz*.

Interview: Urs Tremp

Herr Schnoz, beginnen wir ganz konkret: Der Leiter einer Altersinstitution stellt fest, dass einer der Bewohner zu viel trinkt. Wie soll er diesem Bewohner begegnen?

Domenic Schnoz: Aus suchtpräventiver Sicht wäre wünschenswert, dass man nicht erst jetzt etwas unternimmt, sondern dass man ein solches Verhalten schon früher erkennt – bevor ein manifestes Alkoholproblem da ist. Je früher man jemandem hilft, einen problematischen Konsum in den Griff zu kriegen, umso einfacher ist es.

«Es geht nicht darum, Menschen um jedem Preis vom Alkohol wegzubringen.»



*Domenic Schnoz, 46, ist Soziologe mit dem Schwerpunkt Sucht und Leiter der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs (ZFPS). Die Fachstelle entwickelt und lanciert zielgruppenspezifische Projekte, führt Weiterbildungen durch, leistet Öffentlichkeitsarbeit und ist Teil des Verbunds der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich.

Aber haben nicht Menschen, die im Alter zu viel trinken, nicht zumeist schon lange vor der Zeit im Heim mit Trinken angefangen?

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Menschen, die im Alter ein Alkoholproblem haben, dieses erst im Lebensabschnitt ab 60 entwickeln. Die anderen zwei Drittel nehmen das Problem aber tatsächlich aus jüngeren Jahren mit.

Was macht denn das Alter 60 zu einer Schwelle?

Es gibt verschiedene Gründe. Einerseits steht der Übergang ins Pensionsalter an. Das heisst, man befindet sich in einem kritischen Lebensabschnitt, einem Übergang mit neuen Herausforderungen. Die Erfahrung zeigt, dass ein Teil der Menschen in solchen Situationen zu Suchtmitteln greift – wie zum Beispiel Alkohol –, um mit dieser Herausforderung vermeintlich besser umgehen zu können. Der Übergang in die Pension ist ein Übergang in einen Lebensabschnitt, mit dem viele Menschen Mühe haben.

Nun kommen aber die wenigsten Menschen bereits mit 60 in eine Altersinstitution,

sondern 20, 25, 30 Jahre später. Ist es in diesem hohen Alter denn noch sinnvoll, Menschen zur Abstinenz anzuhalten?

Es geht ja nicht darum, Menschen um jeden Preis vom Alkohol wegzubringen. Unser Anliegen ist, dass man ältere Leute nicht einfach sich selbst überlässt, nur weil sie älter sind. Auch sie haben ein Recht darauf, Hilfe angeboten zu bekommen. Man darf sie nicht wegen ihres Alters diskriminieren. Die meisten Menschen, die einen problematischen Alkoholkonsum hatten und diesen Konsum überwinden konnten, sagen im Nachhinein, dass es ihnen besser geht und ihr Leben schöner ist, dass sie also eine bessere Lebensqualität haben. Für uns ist dies der springende Punkt: Den Menschen den Weg zu mehr

>>

Lebensqualität zu ebnen – ganz egal, wie alt sie sind. Das geht nicht mit Zwang, aber mit Angeboten zu Hilfe und Unterstützung.

Muss man mit alten Menschen anders umgehen als mit jüngeren?

Der springende Punkt ist nicht so sehr das Alter, sondern die Frage: Ist die betroffene Person bereit, in ihrem Leben Veränderungen anzugehen. Wenn die ältere Person diese Veränderungsbereitschaft hat und merkt, dass da jemand ist, der bereit ist zu helfen, und sie diese Hilfe annehmen möchte, dann sind die Aussichten sehr gut, dass man das Problem in den Griff bekommt.

Ist denn das Personal in den Heimen und Institutionen fähig, diese Hilfe anzubieten? Braucht es da nicht spezifisches Wissen und Erfahrung?

Just darum geht es unserer Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs: Wir bieten nicht Beratung für Betroffene an, sondern führen Ausbildungen und Schulungen durch, die Menschen in den Institutionen befähigen, Suchtprobleme ihrer Klientel zu erkennen und richtig anzugehen. Die Pflegenden in den Institutionen sollen fähig sein, das Problem zu erkennen und die Menschen richtig darauf anzusprechen und zu wissen, welches geeignete Hilfsangebote sind. Wir helfen auch mit, dass die Institutionen Suchtkonzepte für das Heim ausarbeiten.

Was soll das Personal in den Altersinstitutionen unbedingt nicht tun im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern, die einen problematischen Alkoholkonsum haben?

Was man ja nicht tun soll: Das Problem ignorieren und wegschauen. Auch wenn dies häufig gemacht wird: Das ist in jedem Fall falsch. Man muss diese Menschen ansprechen – aber nicht mit Schuldzuweisungen, mit moralisierenden Vorwürfen oder mit Zwang.

Wie geht das denn konkret? Wie erkennt man, dass jemand ein Problem hat?

Beim Alkohol ist es relativ einfach, dies festzustellen: die typische Alkoholausdünstung, der unsichere Gang. Überhaupt bekommt man in einem Heim mit, was die Leute so konsumieren, weil man ja nahe an ihnen und ihrem Leben dran ist.

Und wie soll man jemanden ansprechen, von dem man annimmt, dass er ein Alkoholproblem hat?

Ich möchte da etwas vorausschicken: Es ist wichtig, welche Einstellung eine Institution zum Alkohol hat. Da gibt es grosse Unterschiede. Es gibt Heime, die den Alkoholkonsum streng regulieren. Es gibt aber auch Heime, wo Alkohol in der Cafeteria frei erhältlich ist.

Was ist besser?

Welche Regelungen man macht, das ist im Einzelfall anzuschauen. Eine Patentregelung gibt es nicht. Wie immer man das in einem Heim regelt: Das Personal muss hinschauen und frühzeitig Hilfe anbieten, wenn man feststellt, dass jemand einen problematischen Alkoholkonsum hat.



Alter Mann mit einem Alkoholproblem: «Der springende Punkt ist nicht Ist die betroffene Person bereit, in ihrem Leben Veränderungen anzu-

Nun weiss man aber auch, dass man in den Heimen oft überfordert ist und zwischen Fürsorgepflicht und dem Anspruch und Recht auf Selbstbestimmung der einzelnen Bewohnern schwankt.

Noch einmal: Wichtig ist, dass man sich traut hinzuschauen, dass man nicht einfach sagt: In diesem Alter bringt es ohnehin nichts mehr. Oder: Das geht uns nichts an. Es stimmt: In der Pflege ist man immer in diesem Spannungsfeld zwischen Fürsorgepflicht und dem Recht auf Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner. Da gilt es auszuhandeln: Wo hört das eine auf? Wo fängt das andere an?

Entscheidend ist, dass man sich getraut, die Sache anzusprechen, dass man der Bewohnerin oder dem Bewohner sagt: Wir sind aufmerksam, uns fällt auf, dass Sie viel trinken und wir würden Ihnen gerne Hilfe anbieten. Wenn man dies macht, ist schon viel gewonnen.

Welchen Ton gilt es anzuschlagen?

Entscheidend ist, dass man nicht mit Vorwürfen und einer moralischen Haltung kommt. Es geht nicht darum, jemandem etwas zu verbieten – es sind immer noch erwachsene Menschen und nicht Kinder, denen man Grenzen aufzeigen muss –, sondern ins Gespräch zu kommen und die Sache auch zu benennen.

Was soll man ganz konkret sagen?

Ganz einfach. Man spricht jemanden darauf an, dass einem aufgefallen ist, dass er oder sie viel trinkt und dass einem dies Sorgen macht und man gerne Hilfe anbieten möchte – wenn sie diese annehmen möchte.

**«Die Pflegenden
in den Institutionen
sollen fähig
sein, das Problem
zu erkennen.»**



Soll man auch die Angehörigen in die Gespräche mit einbeziehen?

Pauschal kann man das nicht sagen. Es gilt den einzelnen Fall anzuschauen. Das hat unter anderem auch mit dem Gesundheitszustand der betroffenen Person zu tun: Ist sie überhaupt fähig, zu reflektieren und einzuordnen, was passiert. Das muss man von Einzelfall zu Einzelfall entscheiden. Ich persönlich neige dazu, zuerst auf die betroffene Person zuzugehen und mit ihr zu versuchen, das Problem anzusehen. Die Angehörigen einzubinden, wäre dann ein möglicher zweiter Schritt.

Ein Standardvorgehen gibt es nicht?

Was in jedem Fall getan werden muss: Das Problem an-

sprechen. Das Schlechteste ist, nichts zu sagen. Wie gesagt: Man muss hinschauen – nicht dogmatisch moralisierend agieren, aber direkt auf die Person zugehen. Entscheidend ist, dass man als Institution abmacht, wie man in der Institution umgeht mit dem Problem. Das heisst: Das Personal entsprechend schulen und in der Institution eine Haltung entwickeln, die dann für alle gilt: Wie gehen wir um mit Alkohol? Ist der Konsum bei uns erlaubt? In welchem Ausmass? Wie gehen wir um mit Alkohol, der von den Angehörigen ins Heim gebracht wird? Wie sieht es aus mit Alkohol bei festlichen Anlässen? Das ist ganz wichtig, weil sonst die Verantwortung auf die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen wird und jeder und jede Mitarbeitende entscheiden muss: Was unternehme ich? Unternehme ich überhaupt etwas? Soll ich etwas sagen? Und wenn ja: Was? Was mache ich, wenn ich am Anschlag bin? Darum ist wichtig, dass man sich in der Institution mit dem Thema ernsthaft auseinandersetzt und eine gemeinsame Haltung entwickelt, die man dann auch lebt.

Wie soll man sich gegenüber den unauffälligen Alkoholikern verhalten? Die stören ja niemanden.

Alkoholkonsum zu verstecken, ist gar nicht so einfach. Zwar werden tatsächlich nicht alle, die trinken, laut und auffällig. Aber auch bei den stillen Trinkerinnen und Trinkern muss man hinschauen und diese Menschen ansprechen – auch da: nicht aus der Position des moralisch Überlegenen, sondern als HelferIn oder Helfer. Ich kann nicht genug betonen, dass es darum geht, Hilfe anzubieten – nicht darum, jemanden moralisch zu verurteilen.

Und wenn diese Hilfe nicht angenommen wird?

Dann muss man das respektieren. Allerdings gilt es zu beachten: Wie beeinflusst der Alkoholkonsum eines Bewohners oder einer Bewohnerin den Heimablauf? Wenn eine Person die anderen stört, ausfällig, vielleicht sogar gewalttätig wird, dann ist dies für das Heim etwas anderes, als wenn es eine Person ist, die nur sich selbst Schaden zufügt, ansonsten aber unauffällig bleibt.

Diese Person kann man also weitertrinken lassen?

Nein. Auch ihr soll man signalisieren, dass es einem auffällt und man sich Sorgen macht und gerne Hilfe anbieten möchte. Aber es geht nicht darum – so jedenfalls meine Ansicht –, ältere Leute, die ein Alkoholproblem haben, auf Teufel komm raus vom Alkohol wegzubringen. Ältere Menschen haben aber wie alle anderen ein Recht darauf, Hilfe angeboten zu bekommen. Alles andere wäre Diskriminierung nur aufgrund des Alters. Wir müssen davon wegkommen zu denken: Diese Menschen sind ja alt, was soll man da noch etwas unternehmen?

Müsste man den Angehörigen verbieten, dass sie Alkoholika ins Heim bringen?

Auch das kann man nicht generell beantworten. Es wäre sicher übers Ziel hinausgeschossen, wenn man den Angehörigen verbieten würde, dem Vater oder der Mutter einmal eine Flasche Wein mitzubringen. Da ist auch das Pflegefachpersonal gefordert. Wenn diesem auffällt, dass jemand zu viel trinkt und entsprechend Probleme entwickelt, dann soll man die Angehörigen mit einbeziehen und sie mindestens informieren darüber, was einem auffällt bei der betroffenen Person.

«Entscheidend ist, dass man nicht mit Vorwürfen und einer moralischen Haltung kommt.»

Ist denn das Personal inzwischen so sensibel, dass es weiss, was zu unternehmen ist? Oder ist der Alkoholkonsum im Alter nach wie vor ein Tabu?

Er ist noch immer ein Tabu. Nicht nur im Alter, aber dort besonders. Sucht und Suchtmittelmissbrauch sind in unserer Gesellschaft ein

Thema – in der ganzen Widersprüchlichkeit: Jeden, der gerne mit einem ein Glas Wein oder ein Bier trinkt, empfindet man als geselligen Typ. Wer aber zu viel trinkt, bei dem wird die Nase gerümpft, und man schaut weg. Dabei muss man darüber reden. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit und verdient ein Hilfsangebot. Ob das Pflege- und Betreuungspersonal in den Altersinstitutionen sensibler geworden ist? Ich glaube schon. Da ist einiges passiert – in den Heimen, aber auch bei der Spitex. Doch am Ziel sind wir noch lange nicht. Es gibt noch eine ganze Menge Arbeit. ●



Buchtip: «Sucht im Alter – Massnahmen und Konzepte für die Pflege», Verlag Springer, Taschenbuch, 170 Seiten, 47.90 Fr.

so sehr das Alter, sondern die Frage: gehen.»

Foto: Rolf Neeser

Die stellvertretende Heimleiterin des Pflegeheims Homburg ist für die Pflegeinitiative

«Nur bessere Arbeitsbedingungen können die Leute im Beruf halten»

Es braucht eine bessere Abgeltung der Pflegeleistungen und einen für die ganze Schweiz verbindlichen Personalschlüssel. Das fordert Karin Gäumann-Felix*, Leiterin Pflege und Betreuung des Alters- und Pflegeheims Homburg in Läfelfingen BL. Sie argumentiert für die Pflegeinitiative.

Interview: Elisabeth Seifert

Ein Indirekter Gegenvorschlag, der wichtige Anliegen der Pflegeinitiative aufnimmt, liegt auf dem Tisch. Warum genügt dieser Vorschlag aus Ihrer Sicht nicht?

Karin Gäumann-Felix: Der Gegenvorschlag nimmt mit der Ausbildungsoffensive ein wichtiges Anliegen der Pflegeinitiative auf. Das genügt aber nicht, und zwar deshalb, weil die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nicht aufgenommen worden ist. Nur damit aber können wir die Leute im Beruf halten. Die ganzen Bemühungen, mehr Personen auszubilden, nützen ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wenig. Zum einen, weil über 40 Prozent der Pflegenden frühzeitig aus dem Beruf aussteigen, teilweise schon kurz nach der Ausbildung. Und zum anderen, weil wir die Qualität der Ausbildung nicht gewährleisten können. Die

*Karin Gäumann-Felix, 52, ist Leiterin Pflege und Betreuung und stv. Heimleiterin des Alters- und Pflegeheims Homburg in Läfelfingen BL Sie ist zudem Lehrperson an der Höheren Fachschule Pflege Kanton Solothurn. Gäumann ist diplomierte Pflegefachfrau FH und diplomierte Erwachsenenbilderin.

«Der Stellenschlüssel ist ein wichtiges Problem. Es sind oft zu wenig Leute auf den Schichten.»

knappen personellen Ressourcen machen es schwierig, die Lernenden und Studierenden zu begleiten. Es braucht bessere Arbeitsbedingungen, damit die Ausbildungsoffensive nachhaltig zum Ziel führt.

Sie sprechen die Arbeitsbedingungen an: Wo liegen aus Ihrer Sicht genau die Probleme?

Der knappe Stellenschlüssel ist ein zentrales Problem. Es sind häufig zu wenig Leute auf den Schichten, vor allem auch zu wenig diplomiertes Personal. Dadurch kann die Pflegequalität oft nicht so sichergestellt werden, wie das eigentlich nötig wäre. Man kann oft nur gerade das machen, was in einer bestimmten Zeit eben möglich ist. Hinzu kommen die Belastungen, weil man keine Pause machen kann und Überstunden machen muss. Dies fördert die Unzufriedenheit der Mitarbeitenden, weil sie ihr Arbeit nicht so erledigen können, wie sie das gerne würden. Sie können auch schlecht abschalten, weil sie befürchten, womöglich Fehler gemacht zu haben. Hinzu kommt, dass der knappe Personalschlüssel es sehr schwierig macht, die Dienstzeiten attraktiv zu gestalten.

Können Sie das näher erörtern?

In der Langzeitpflege beispielsweise müssen wir mit geteilten Diensten arbeiten, um die Spitze am Morgen und am Abend zu meistern. Geteilte Dienste sind aber für die Pflegenden unattraktiv. Wenn wir mehr Personal auf den Schichten hätten, dann könnte man gewisse Dienstzeiten attraktiver gestalten. Das würde dann auch die Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit verbessern.

Die in der Pflegeinitiative geforderte Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss Ihrer Meinung nach also

insbesondere darauf zielen, mehr Personal anstellen zu können?

Neben der Möglichkeit, grundsätzlich mehr Personal anstellen zu können, spielt für mich auch ein guter Skill-Grade-Mix eine wichtige Rolle. Ganz besonders in der Langzeitpflege gibt es hier Verbesserungsbedarf. Wir haben auf den Schichten vor allem zu wenig diplomierte Pflegefachpersonen. Das führt dazu, dass diese sehr viel Verantwortung übernehmen müssen. Das erhöht den Druck auf sie selbst, aber auch auf das ganze Team.

Weshalb ist es so wichtig, mehr diplomiertes Fachpersonal auf den Schichten zu haben?

Die Komplexität in der Langzeitpflege hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Das Bild in der Gesellschaft von der

«Mitarbeitende sagen, dass der Stress in den letzten Jahren massiv zugenommen hat.»

Pflege in einem Altersheim entspricht nicht der Realität. Wir haben viel anspruchsvollere Pflegehandlungen und Anforderungen, die es zu erfüllen gilt. Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, brauchen wir mehr diplomierte Pflegepersonen.

Wie sollen diese Forderungen nach mehr Personal und auch nach mehr diplomiertem Personal umgesetzt werden?

Grundlage für die Berechnungen des Personalschlüssels einschliesslich des Skill-Grade-Mix ist die Pflegebedarfsabklärung. Damit wird für jeden Bewohner und jede Bewohnerin festgelegt, welche Pflegeleistungen und welcher Zeitbedarf nötig sind. Wir wissen aufgrund der Erfahrung der Pflegedienstleitungen, dass die den Leistungen hinterlegten Pflegezeiten und die Beiträge an die Pflegeleistungen den Bedarf oft nicht abdecken können. Und zwar vor allem deshalb, weil die Pflegehandlungen zunehmend komplexer werden und dadurch mehr Zeit und qualifizierteres Pflegefachpersonal beanspruchen.

Die heutigen Abgeltungen entsprechen also nicht der real erbrachten Leistung?

Ja genau. Dadurch, dass wir nicht die tatsächliche Pflegezeit abrechnen können und das erst noch mit zu tiefen Beiträgen, haben wir zu wenig Einnahmen, um genügend qualifiziertes Personal zu attraktiven Bedingungen anstellen zu können. Für eine Verbesserung des Stellenschlüssels respektive einer Erhöhung der Lohnsumme müssen wir also die tatsächlich geleistete Pflegezeit und höhere Beiträge abrechnen können.

Sie arbeiten auch als Dozentin an einer Höheren Fachschule: Auffallend ist, dass trotz der Probleme, die Sie ansprechen, das Interesse an den Pflegeberufen nach wie vor gross ist. Wie erklären Sie sich das?

Es gibt immer noch viele Menschen, die sich für einen sozialen Beruf entscheiden. Sie gehen ihre Ausbildung mit Enthusiasmus an und auch mit einer klaren Vorstellung von professioneller Pflege. Wenn sie aber dann sehen, dass sie im Alltag diese Vorstellungen nicht leben können, verlieren sie die Freude, es kommt zu einer grossen Frustration. Und das kann schon sehr rasch der Fall sein. Ich unterrichte Studierende, die knapp vor ihrem Diplom stehen und einige von ihnen überlegen sich, ob sie nach ihrem Abschluss im Beruf bleiben wollen. Ich bin seit über 20 Jahren im Bildungswesen tätig. Dass mir frisch Diplomierte sagen, sie wollen nicht mehr als Pflegefachperson arbeiten, habe ich noch nie erlebt. Das ist ein neues Phänomen.

Welche Erfahrungen machen Sie als Leiterin Pflege und Betreuung des Pflegeheims Homburg mit Fachpersonen, die aus dem Beruf aussteigen?

Wir haben bei uns im Haus zum Glück eine geringe Fluktuation. Wir haben auch viele langjährige Mitarbeitende. Sie sagen aber, dass der Stress und die Belastungen in den letzten Jahren massiv zugenommen haben, weil die Arbeit komplexer geworden ist. Und sie bringen auch zum Ausdruck, dass sich etwas verändern muss, sonst kommen sie an ihr Grenzen.



Karin Gäumann-Felix, Leiterin Pflege und Betreuung des Pflegeheims Homburg: «Langjährige Mitarbeitende sagen, dass sich etwas ändern muss.»

Foto: privat

>>

Sie haben aktuell alle Stellen besetzt. Was macht das Pflegeheim Homburg zu einem attraktiven Arbeitgeber?

Eine wertschätzende Haltung gegenüber den Mitarbeitenden erachte ich als sehr zentral. Gerade auch in Zeiten grosser Belastung. Hinzu kommt, dass ich als Dozentin an einer Höheren Fachschule in einem engen Kontakt mit Studierenden stehe und sie für eine Arbeit in unserem Heim gewinnen kann. Ich versuche den Anteil von diplomiertem Personal zu erhöhen. Das führt dann zu einer Stärkung des ganzen Teams. Wir investieren auch viel in die Ausbildung auf der Sekundarstufe II. Nur so hat man später gutes Personal. Um aber überhaupt ausbilden zu können, braucht es genügend qualifiziertes Personal.

Es ist Ihnen aber nicht möglich, rein zahlenmässig mehr Personen anzustellen?

Ich schaffe es im Moment vor allem, den Skill-Grade-Mix zugunsten von höher qualifiziertem Personal zu verbessern. Schon das ist aufgrund der heute zur Verfügung stehenden Lohnsumme eine Herausforderung. Um grundsätzlich mehr Pflegenden anzustellen, reicht das Geld dann aber nicht mehr. Das bedeutet, dass in gewissen Schichten zu wenige Pflegenden vor Ort sind. Vor allem zwischen den Spitzen am Morgen und am Abend haben wir Zeiten, in denen nur eine Minimalbesetzung auf der Abteilung ist. Sobald eine Bewohnerin oder ein Bewohner grössere Aufmerksamkeit benötigt, bleibt dann keine Zeit mehr, um für die anderen Bewohnenden da zu sein. Das macht den Pflegenden sehr zu schaffen.

Viele Befürworterinnen der Pflegeinitiative verstehen unter einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen nicht nur mehr Pflegepersonal, sondern auch höhere Löhne für das Personal. Was meinen Sie dazu?

Über Lohnfragen lässt sich endlos diskutieren. Die Problematik der Löhne im Pflegebereich ist sicher, dass es sich hier um einen

«Wir brauchen klare Regelungen, an denen sich unsere Auftraggeber orientieren können.»

Frauenberuf handelt. Wenn die Pflege ein Männerberuf wäre, wären die Löhne wohl anders. Aufgrund des Personalmangels müsste man eigentlich davon ausgehen, dass die Löhne steigen. Im Bereich der Pflege, die vor allem durch öffentliche Gelder finanziert wird, spielen solche marktwirtschaftlichen Mechanismen aber nur sehr bedingt.

Wie relevant ist in Ihren Augen die Lohnfrage für die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden?

Die Löhne spielen sicher eine Rolle. Und es wäre auch sehr zu begrüssen, wenn es hier in den nächsten Jahren zu Anpassungen kommen würde. Die Leute steigen aber in der Regel nicht wegen ihrer Unzufriedenheit mit dem Lohn aus dem Beruf aus. Das Hauptanliegen der Pflegenden besteht meines Erachtens vor allem darin, dass die anfallende Arbeit auf mehrere Schultern verteilt wird. Eine höhere Personaldotation ermöglicht zum Beispiel, dass freie Tage wirklich frei bleiben und man nicht plötzlich einspringen muss, weil jemand kurzfristig ausfällt. Um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, können wir vor allem mit entlastenden Massnahmen etwas erreichen.

Ihre zentrale Forderung besteht in einem besseren Stellenschlüssel. Wie soll dieser Schlüssel genau festgelegt werden soll?

Beim Stellenschlüssel in der Pflege gibt es grosse Unterschiede, je nachdem, ob jemand in der Akutpflege, in der Psychiatrie oder in der Langzeitpflege arbeitet. Das Problem in der Schweiz besteht darin, dass der Personalschlüssel nirgends geregelt ist. Wir müssen uns bewusst überlegen, wie viele Pflegenden es pro Patient und Patientin oder Bewohnerin oder Bewohner braucht. Wobei die verschiedenen Arbeitsbereiche unterschiedliche Bedürfnisse haben.

Bei einer Annahme der Pflegeinitiative braucht es also für die einzelnen Arbeitsbereiche klar definierte Stellenschlüssel?

Curaviva Schweiz ist für den Indirekten Gegenvorschlag

Am 28. November kommt die Pflegeinitiative und der Indirekte Gegenvorschlag zur Abstimmung. Curaviva Schweiz gibt dem Indirekten Gegenvorschlag, den das Parlament in diesem Frühling verabschiedet hat, den Vorzug. Damit liege eine substantielle Vorlage auf dem Tisch, heisst es in einer Mitteilung des Verbands. Diese sei geeignet, den Fachkräftemangel zu beheben und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Zudem seien die Bestimmungen gesetzlich verbindlich, damit nicht mehr Gegenstand politischer Auseinandersetzungen und rasch umsetzbar. Dies sei umso wichtiger, als der Handlungsbedarf dringend ist, was bei allen beteiligten Akteuren unbestritten ist. Im Falle einer Annahme der Pflegeinitiative würden dagegen mehrere Jahre verstreichen, bis ein Umsetzungsvorschlag vorliegt.

Die Pflegeinitiative: Bund und Kantone sollen sicherstellen, dass genügend diplomierte Pflegefachpersonen zur Verfügung

stehen. Weiter sollen die Arbeitsbedingungen in den Spitälern, Heimen und Spitexorganisationen verbindlich geregelt werden. Der Bund soll auch eine angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen sicherstellen. Zudem verlangt die Initiative, dass Pflegefachpersonen künftig gewisse Leistungen direkt mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder anderen Sozialversicherungen abrechnen können.

Der Gegenvorschlag: Um die Ausbildung zu fördern, stellen Bund und Kantone für die nächsten acht Jahre rund eine Milliarde Franken zur Verfügung. Weiter sollen Pflegefachpersonen gewisse Leistungen direkt abrechnen können. Berücksichtigung findet auch der erhöhte Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen sowie von Personen, die palliative Pflege benötigen.

Es braucht für jeden Arbeitsbereich schweizweit klare Zahlen, an denen sich unserer Auftraggeber, die Gemeinden oder Kantone, orientieren können. Weil es keine klaren Regelungen gibt, macht heute bei der Festlegung des Personalschlüssels, überspitzt gesagt, jeder was er will. Wichtig ist, dass wir uns am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren und die Zahlen auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

Eine höhere Personaldotation wird zwangsläufig zu höheren Kosten für die Öffentlichkeit führen. Ist das tragbar?

Nein, da bin ich anderer Meinung. Es wird von den Gegnern beispielsweise gesagt, dass die Krankenkassenprämien steigen, weil die Pflegeleistungen teurer werden. Studien zeigen aber im Gegenteil, dass mit einer besseren Pflegequalität und besser ausgebildetem Personal die Komplikationsrate, die Mortalität und damit die Kosten massiv gesenkt werden können.

Können Sie Beispiele nennen?

Zeitmangel im Altersheim führt zum Beispiel dazu, dass Bewohnernde nicht oft genug umgelagert werden, was die Gefahr für schlimme Druckstellen erhöht. Zudem wird auch die Zahnhygiene oft vernachlässigt, was zu hohen Zahnarztkosten führt. Man weiss auch, dass ein grosser Teil der Spitaleinweisungen aus einem Altersheim verhindert werden könnte. Die 100 Millionen Franken Einsparungen, die man dadurch generiert, wiegen längstens die höheren Personalkosten auf.

Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, soll gemäss Befürwortenden der Pflegeinitiative kantonale Gesamtarbeitsverträge eingeführt werden. Was halten Sie davon?

In einigen Kantonen, vor allem in der Westschweiz, bestehen solche Gesamtarbeitsverträge. Mit einem GAV werden zentrale Fragen wie die Arbeitszeit, die Entlohnung und die Sozialleistungen klar geregelt. Arbeitnehmende haben dadurch mehr Möglichkeiten, seine Rechte auch wirklich einzufordern. Für eine echte Verbesserung der Arbeitsbedingungen braucht es aber wie ich mehrfach betont habe, jetzt vor allem eine bessere Abgeltung der erbrachten Pflegeleistungen.

Mit dem Indirekten Gegenvorschlag sind zentrale Verbesserungen, besonders im Bereich der Ausbildung von Pflegenden auf der Tertiärstufe, schon ab nächstem Jahr möglich. Bei einem Ja zur Pflegeinitiative müssen Pflegende noch etliche Jahre auf mögliche Verbesserungen warten. Kann die Pflege noch so lange warten?

Wird die Initiative von Volk oder Ständen abgelehnt, tritt der Indirekte Gegenvorschlag in Kraft. Der Bund hat einen Betrag von einer halben Milliarde Franken für eine Ausbildungsinitiative gesprochen. Damit die Gelder aber auch wirklich fliessen, muss die Gesamtheit der Kantone ebenfalls eine halbe Milliarde sprechen. Bis das so weit ist, kann das Jahre dauern. Die Initiative ist schneller, denn der Bundesrat muss gemäss Initiativtext innerhalb von 18 Monaten handeln, um den Mangel bei den diplomierten Pflegefachpersonen zu beheben. Und was ich noch betonen möchte: Der Gegenvorschlag hat wichtige Themen der Initiative aufgegriffen und ausgearbeitet. Das Parlament kann diese Beschlüsse wieder aufgreifen und entsprechend schnell umsetzen. ●

Wie sich Konflikte rund um die Covid-Impfung und das Testen verhindern lassen

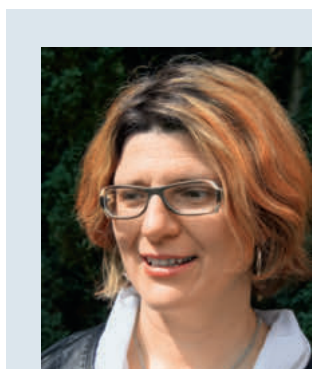
Ein offene und verständnisvolle Kommunikation pflegen

Den Schutz der Bewohnenden gewährleisten und gleichzeitig die Befindlichkeit von Mitarbeitenden, Besuchenden und Angehörigen berücksichtigen. Wir haben die Verantwortlichen eines Alters- und Pflegeheims sowie einer Behinderteninstitution befragt, wie sie diese Aufgabe meistern.

Von Elisabeth Seifert

Zertifikatspflicht für den Zugang zu Einrichtungen unterschiedlichster Art oder repetitives Testen für Mitarbeitende, die nicht geimpft oder genesen sind: Solche Massnahmen, die von Bund und Kantonen für eine Reihe von Bereichen oder von einzelnen Arbeitgebenden verordnet werden, führen derzeit vielerorts zu kontroversen Debatten und roten Köpfen. Ganz besonders auch bei Pflege-, Alters- und Behindertenheimen, dem Zuhause einer besonders vulnerablen Gruppe.

Die Verantwortlichen stehen seit Beginn der Pandemie tagtäglich vor der Herausforderung, sich an ständig neue Situationen rund um das Coronavirus anzupassen. Bei der Umsetzung von Empfehlungen oder Direktiven von Bund und Kantonen gilt es dabei immer auch, die oft nicht deckungsgleichen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, der Mitarbeitenden, der Angehörigen und weiterer Besucherinnen und Besucher zu berücksichtigen.



Oft kommt dies der Quadratur des Kreises gleich. Konflikte sind gleichsam vorprogrammiert, sie lassen sich aber lösen respektive bewältigen. Die zeigt das Vorgehen verschiedener Heime und ihrer Leitungsebene. Zum Beispiel des Alters- und Pflegeheims Riva der Riva Care AG in Walenstadt SG, wo rund 60 betagte Menschen wohnen. Um ihr Wohl besorgt sind insgesamt 75 Mitarbeitende. Die Verantwortung als Geschäftsführerin hat seit Anfang August letzten Jahres Christina Affentranger Weber inne.

Mut zu unpopulären Entscheiden

Leitungspersonen müssen immer wieder Entscheide treffen, von denen sie wissen, dass diese nicht von allen gutgeheissen werden. Seit 1. September dürfen etwa nur noch geimpfte, getestete oder genesene Personen mit einem gültigen Zertifikat

«Es braucht ein von Respekt zeugendes Verhältnis zwischen der Heimleitung und den Mitarbeitenden.»

Christina Affentranger Weber, Geschäftsführerin der Riva Care AG.

das Riva betreten. Zusammen mit dem Zertifikat müssen sie zudem einen Personalausweis vorlegen. Und wie üblich bei der 3G-Regel wird nur ein PCR-Test oder ein offizieller Antigen-Schnelltest akzeptiert, nicht aber die für den Privatgebrauch abgegebenen Schnelltests.

Bei einigen wenigen Angehörigen von «Riva»-Bewohnenden stiess dieser Entscheid auf wenig Verständnis. Einige

beschwerten sich gar bei der Redaktion der Regionalzeitung «Sarganserländer». Daraus resultierte ein grösserer Beitrag, in dem dann aber vor allem die Riva-Geschäftsführerin ihre Argumente darlegen konnte. Zudem ordnete der Chefredaktor ihren Entscheid in die Empfehlungen auf Bundesebene ein.

>>

Altra Schaffhausen: «Unsere Aufgabe ist die Aufklärung»

Die Coronamassnahmen, vor allem die Impfung, sind auch bei der Altra Schaffhausen, einer grossen Behinderteninstitution, ein emotionales Thema. Besonders unter den Mitarbeitenden, die in den Werkstätten rund 400 Menschen mit Behinderung begleiten und im Wohnbereich rund 60 Personen. «Wir gehen konstruktiv damit um und suchen den Dialog», sagt Sven Stückmann. Er ist Leiter Marketing, Verkauf & Kommunikation der Altra sowie Mitglied der institutionsinternen Corona-Taskforce.

Es gehe darum, Verständnis zu zeigen für die unterschiedlichen Sichtweisen, betont der Kommunikationsexperte. «Es ist nicht unsere Aufgabe, den Impfpapst zu spielen und den Leuten zu sagen, dass sie sich impfen lassen müssen.» Die Verantwortlichen verstehen ihre Aufgabe vielmehr in der Aufklärung. Zum einen geschieht dies mittels interaktiver Bildschirme, die auf die verschiedenen Standorte verteilt sind und durch die man sich rasch über Neuigkeiten informieren sowie Hintergrundinformationen abrufen kann. Weiter sind die Coronamassnahmen auch an den Sitzungen der Teams Thema.

Hohe Impfquote

Darüber hinaus ist das persönliche Gespräch von zentraler Bedeutung. Vereinzelt erhalten die Taskforce-Mitglieder E-Mails, in denen Mitarbeitende ihren Frust abladen. Statt einfach mit einem E-Mail zu antworten, rufen er oder andere Taskforce-Mitglieder die Mitarbeitenden an oder treffen sich mit ihnen. «In diesen Gesprächen geht es darum, die Leute ernst zu nehmen, sie nicht zu verurteilen, gleichzeitig aber auch die Sicht der Institution darzulegen.»

Dieses Vorgehen verfehlt seine Wirkung nicht. Mittlerweile hat sich ein grosser Teil der Mitarbeitenden und auch der Klientinnen und Klienten impfen lassen. «Unser Impfquote ist weit höher, als dies bei der Bevölkerung insgesamt der Fall ist.» Jene Mitarbeitenden, die sich nicht impfen lassen möchten, müssen sich einmal pro Woche dem gepoolten Speichel-PCR-Test unterziehen. Dies entspricht den Direktiven des Kantons Schaffhausen und wird von den betroffenen Mitarbeitenden auch akzeptiert.

Obwohl diese wöchentlichen Tests für sie nicht Pflicht sind, beteiligen sich auch zahlreiche Klientinnen und Klienten sowie geimpfte Mitarbeitende daran. «Wir haben mit diesen Tests schon sehr früh angefangen, noch bevor sie vom Kanton vorgeschrieben worden sind», erklärt Stückmann die hohe Bereitschaft zur Teilnahme. Eine wichtige Rolle spiele sicher auch, dass man sorgfältig demonstriert habe, wie diese Tests funktionieren. Die Anzahl Teilnehmende an den Pooling-Tests ist daraufhin deutlich gestiegen.

Besuchende können einen Antigentest machen

Besucherinnen und Besucher der Werkstätten und des Wohnbereichs, die sich länger als eine Stunde dort aufhalten, müssen, so will es der Kanton Schaffhausen, ein gültiges Zertifikat samt Ausweis vorlegen, oder aber sie machen vor Ort einen Antigentest. «Viele haben ein Zertifikat», unterstreicht Stückmann. Und was die anderen betrifft: Bei den Besucherinnen und Besuchern der Werkstätten handelt es sich in der Regel um Handwerker, die in keinem Kontakt mit den Klientinnen und Klienten stehen. Bei diesen gebe auch der Antigentest die nötige Sicherheit.

Christina Affentranger führt diese sachliche Berichterstattung auf wiederkehrende und von gegenseitigem Respekt zeugende Kontakte zwischen dem «Sarganserländer» und dem Pflegeheim zurück.

«Es war mir bewusst, dass ich mich mit diesem Entscheid aufs Glatteis begebe», sagt sie. So hatte der Bundesrat Ende August zwar empfohlen, das Covid-Zertifikat auf breiter Ebene einzusetzen. Der Entscheid fiel dann erst ein paar Tage später und wurde per 13. September umgesetzt. Seither braucht ein Zertifikat, wer irgendwo in der Schweiz ins Restaurant, ins Fitnesscenter oder ins Museum gehen will. Bundesweit nicht obligatorisch ist das Zertifikat indes bei Redaktionsschluss dieses Beitrags für Besucherinnen und Besucher von Spitälern und Heimen.

Mittlerweile haben einige Kantone auch für diesen Bereich eine Zertifikatspflicht eingeführt. Sehr früh im September war dies etwa im Kanton Thurgau der Fall, in der Zwischenzeit hat auch der Kanton Zürich nachgezogen; St. Gallen hingegen noch nicht. Eine entsprechende Empfehlung hatte Bundesrat Alain Berset bereits Ende Juli anlässlich einer Konferenz mit den kantonalen Gesundheitsdirektoren abgegeben. Einen Monat später

bekräftigte das Bundesamt für Gesundheit diese Empfehlung, insbesondere unter dem Eindruck steigender Fallzahlen.

Vorbild der Mitarbeitenden

«Diese erneute Empfehlung haben wir dann sofort umgesetzt», sagt die Riva-Geschäftsführerin. Gerade in Pflegeheimen achtet sie die verbindliche Einführung der 3G-Regel als wichtig – wichtiger als in Museen oder Restaurants. «In den Pflegeheimen haben wir die vulnerabelste Gruppe, die wir dadurch auf eine gute Art und Weise schützen können.» Die 3G-Regel ermögliche es, das Risiko zu minimieren und gleichzeitig die Freiheit der Bewohnenden möglichst wenig einzuschränken. Es gelte unbedingt zu verhindern, dass man Institutionen generell für Besuchende sowie Angehörige

schliessen oder Besuche wieder stark einschränken müsse. «Bis auf einzelne Ausnahmen schätzen die meisten Besucherinnen und Besucher diese Massnahmen», unterstreicht Christina Affentranger. Mit dazu beigetragen haben dürfte neben den klassischen Info-Mails vor allem die Bemühungen des Personals einschliesslich der Leitungspersonen: Die Einführung der 3G-Regel erfordert, dass während der täglichen Besuchszeiten von

«Geimpftes Personal bedeutet einen grösseren Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner.»

10 bis 17 Uhr – einmal pro Woche bis 20 Uhr – immer jemand am Empfang ist. Christina Affentranger: «Wir legen dabei grossen Wert darauf, dass auch Kadermitarbeitende die Besucherinnen und Besucher empfangen, ganz besonders an den Wochenenden.» Auch die Geschäftsführerin selbst gehört zum Empfangskomitee.

«Auf diese Weise unterstreichen wir, dass wir das Thema sehr ernst nehmen, zudem können wir so auch gut und rasch auf Fragen und Bedenken reagieren.» Zur hohen Akzeptanz trage aber auch bei, dass in der Zwischenzeit sehr viele Mitarbeitende geimpft sind, das Kader der Riva Care AG sogar vollständig.

Eine Frage der Wertschätzung

Seit Februar, als sich Mitarbeitende sowie Bewohnerinnen und Bewohner erstmals impfen lassen konnten, sind heute mit zwei Ausnahmen alle Bewohnenden geimpft und 83 Prozent der Mitarbeitenden. Und die Mitarbeitenden, die sich nicht impfen lassen wollen, unterziehen sich zweimal pro Woche dem gepoolten Speichel PCR-Test. Das ist im Pflegeheim Riva Pflicht und führt zu keinen Diskussionen. Zudem lassen sich alle Mitarbeitenden und Bewohnenden immer sofort testen, wenn sie bestimmte Symptome verspüren. Die hohe Impfbereitschaft erkläre sich sicher auch damit, so Christina Affentranger, dass das Virus bei den ersten Lockerungen über Ostern den Weg ins Heim gefunden und zu drei Todesfällen unter nicht geimpften Bewohnenden geführt habe. «Vor allem aber braucht es eine konsequente Haltung des Kadern», ist sie überzeugt – und bekennt: «Auch wenn ich mich längst nicht immer gegen die Grippe impfen lasse, war die Coronaimpfung für mich gar keine Frage.» Denn: «Es ist klar, dass geimpftes Personal einen grösseren Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet, die wir pflegen und betreuen», sagt die studierte Pharmazeutin und Gerontologin. Neben der eigenen klaren Haltung sei auch eine offene Kommunikation von zentraler Bedeutung: «Es ist wichtig, dass man sich Zeit nimmt, um mit den Mitarbeitenden zu reden, an Teamsitzungen und auch im Rahmen von Einzelgesprächen.» Die Leiterin Pflege und Betreuung habe hier einen sehr guten Job gemacht.

«Es ist wichtig, dass man sich Zeit nimmt, um mit den Mitarbeitenden zu reden.»

Generell gelte es, ein gutes, von gegenseitigem Vertrauen und Respekt zeugendes Verhältnis zwischen der Heimleitung und den Mitarbeitenden herzustellen. Dazu gehöre auch, dass man den Mitarbeitenden gegenüber Wertschätzung zeige. Ende letztes Jahr hat sich die Riva-Geschäftsführerin beim Verwaltungsrat etwa dafür starkgemacht, dass alle Mitar-

beitenden neben den sonst üblichen kleinen Aufmerksamkeiten auch ein namhaftes Geldgeschenk erhalten haben. «Zusammen mit einem Kärtli habe ich dieses Geschenk allen persönlich überreicht.» Eine Geste, deren Wirkung nicht so schnell verhallt sein dürfte. ●

Haltung der Verbände

Curaviva Schweiz und Insos Schweiz unterstützen die Impf- und Teststrategie des Bundesrates sowie den Einsatz des Covid-Zertifikats. Weil im institutionellen Kontext besondere Vorsicht geboten ist, erachten es die beiden Verbände als sinnvoll, sich nicht alleine auf die Impfwirkung zu verlassen. Repetitives Testen und die Nutzung des Zertifikats machen als zusätzliche Massnahmen in den institutionellen Schutzkonzepten Sinn. Deshalb würden die Verbände – sollte die epidemiologische Lage sich weiter verschärfen – auch eine Testpflicht unterstützen und den obligatorischen Einsatz des 3G-Zertifikats mittragen.

Die Verbände empfehlen eine (möglichst landesweit einheitliche) repetitive Testpflicht für ungeimpftes und nicht genesenes (Pflege-)Personal mit Bewohnenden-Kontakt in Alters- und Pflegeinstitutionen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Kinder und Jugendliche, in denen vorwiegend Risikogruppen leben.

Zudem empfehlen die Verbände einen national verbindlichen Einsatz des 3G-Zertifikats für Besucherinnen und Besucher von Gemeinschaftseinrichtungen mit einem hohen Anteil an Bewohnerinnen und Bewohner, die der Risikogruppe angehören.

Stress im Gesundheitswesen: Erstmals liegt dazu eine schweizweite Studie vor

In Pflegeheimen ist die emotionale und physische Belastung am höchsten

Wo besteht im Gesundheitswesen am meisten Stress? Wie können Belastungen reduziert werden? Die erste nationale Studie zu Stress über alle Gesundheitsberufe hinweg liefert neue Resultate. Und setzt bei Änderungen auf die Vorgesetzten. Besonders nötig ist dies in den Pflegeheimen.

Von Lena Rindlisbacher*

Nun ist er da, der lang ersehnte Schlussbericht. Mit einem Titel, der den Inhalt der Studie nicht treffender beschreiben könnte: «Strain», zu Deutsch «Belastung». Diese Thematik wird im Kontext des Gesundheitswesens seit geraumer Zeit diskutiert – unter anderem auch in der Fachzeitschrift (siehe Ausgabe 10/2020: «Wie fatal sind die Folgen von Stress in Pflegeberufen?»). Ob und wie Belastungen zu Stressreaktionen sowie Langzeitfolgen führen, wird auch in der Studie «Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland» (kurz: «Strain») erforscht. Erstmals wurde mit dem 2021 abgeschlossenen und über vier Jahre andauernden Projekt ein nationaler Vergleich von Stress im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen angestellt. Bisherige Studien zu arbeitsbezogenem Stress erfassten lediglich ausgewählte Berufsgruppen oder Regionen des Gesundheitsbereichs. Aussergewöhnlich ist auch, dass es sich um eine Interventionsstudie handelt. Eine schweizweite Studie zu Stress mit Intervention

Von den total 160 teilnehmenden Betrieben stellen die 86 Pflegeheime den grössten Bereich.

wurde mit «Swing», einer 2011 publizierten Pilotstudie der Gesundheitsförderung Schweiz zur Stressprävention in Schweizer Gesundheitsbetrieben, zwar schon durchgeführt. Diese Studie widmete sich aber nicht spezifisch den Gesundheitsfachpersonen.

Mit «Strain» beabsichtigten Forschende von drei Schweizer Hochschulen Stressquellen, Stressreaktionen und deren Langzeitfolgen in verschiedenen Gesundheitsberufen der ganzen Schweiz zu erfassen und zu reduzieren. Als Stressquellen gelten beispielsweise emotionale und physische Anforderungen am Arbeitsplatz oder die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben. Das Themengebiet der Langzeitkonsequenzen beinhaltet unter anderem Arbeitszufriedenheit oder Burnout-Symptome. Durch die Befragung zu solchen Aspekten bilden gut 19000 Schweizer Gesundheitsfachpersonen die Datengrundlage für die nun vorliegenden Ergebnisse von «Strain».

Signifikante Abweichungen bei Pflegeheimen

Die Alters- und Pflegeheime stellen mit 86 Betrieben den grössten Bereich der gesamthaft 160 teilnehmenden Organisationen dar. Ein eigener Bericht liefert spezifische Ergebnisse zur wahrgenommenen Stresssituation in den

Alters- und Pflegeinstitutionen – mit verschiedensten Grafiken als Spielplatz für eine ganze Reihe an möglichen Vergleichen bezüglich der Alters- und Pflegeheime. Sind hier Stressreaktionen überdurchschnittlich stark ausgeprägt? Nehmen medizinisch-therapeutische Gesundheitsfachpersonen mit Anstellung in einem Alters- und Pflegeheim ihre Einflussmöglichkeiten als schlechter wahr als der Durchschnitt dieser Berufsgruppe? Und wie sieht es mit der Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeitenden von Einrichtungen der Alterspflege im Vergleich zu Psychiatrien aus?

*Lena Rindlisbacher ist wissenschaftliche Praktikantin im Fachbereich Alter von Curaviva Schweiz.

Bei einem Grossteil dieser Vergleiche mit anderen Organisationen schneiden die Alters- und Pflegeheime durchschnittlich ab. Die wichtigsten Abweichungen vom Gesamtmittelwert beziehen sich auf die Themenbereiche Langzeitfolgen und – vor allem – Stressquellen. Spezielle Resultate ergeben sich bezüglich emotionaler und physischer Belastungen. Über den aktuellen Stand der Auswertung berichtet Karin Peter, die Projektleiterin der «Strain»-Studie: «Unsere Studie zeigte, dass die emotionalen und physischen Belastungen in Alters- und Pflegeheimen höher sind als im Durchschnitt. Diese Abweichungen sind – das hat eine noch nicht publizierte Zusatzanalyse ergeben – signifikant. Die körperlichen und emotionalen Anforderungen für die Alters- und Pflegeheime sind im Vergleich zu den anderen Bereichen sogar am höchsten.»

Praxistipps für den Arbeitsalltag

Trotz solcher Unterschiede war die Expertin für arbeitsbedingte Belastung der Berner Fachhochschule überrascht, dass bedeutende Stressfaktoren über alle Bereiche hinweg ähnlich sind, so zum Beispiel die fehlende Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben. Aufgrund des doch sehr unterschiedlichen Arbeitsumfelds (beispielsweise eines Pflegeheims im Vergleich zu einem Akutspital) hätte die



«Im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen wird sehr wenig Feedback gegeben.»

Projektleiterin hier mehr Eigenheiten der Organisationen erwartet. Doch: Welche praxisbezogenen Vorteile bringen Erkenntnisse über Unterschiede und Gemeinsamkeiten überhaupt?

Von eher allgemeingültig relevanten Stressfaktoren gehen auch die «Strain»-Empfehlungen aus. Die Anregungen wurden zusätzlich zur und basierend auf der Studie entwickelt und sind frei auf der Website zugänglich. Hier handelt es sich um konkrete Vorschläge für bessere Rahmenbedingungen zur Stressreduktion. Sie sind für Vorgesetzte verschiedener Gesundheitsberufe und -bereiche

geeignet und nach Themen sortiert. Diese können von Führungspersonen beeinflusst werden, indem sie relevante Stressfaktoren reduzieren sowie die Gesundheit der Mitarbeitenden fördern. Für jedes der Themen steht eine Checkliste zur Verfügung, damit festgestellt werden kann, welche Aspekte im Betrieb fehlen – aber auch was schon umgesetzt wurde. Um beispielsweise körperliche Beanspruchungen zu minimieren, wird das Anbieten einer sportlichen Aktivität empfohlen. Zum Umgang mit emotionalen Anforderungen werden unter anderem Trainings rund um Sterbebegleitung oder die Möglichkeit, bei emotional belastenden Situationen ein Care-Team zu konsultieren, aufgeführt.

Wie die Massnahmen Wirkung entfalten können

Gemäss Karin Peter beruht die Entwicklung der Empfehlungen auf verschiedenartigen Datenquellen. «Die «Strain»-Empfehlungen sind nicht nur ein Zusammenschluss aktueller Studienergebnisse. Wir haben auch neue Aspekte basierend auf unseren Befragungsergebnissen sowie den Interviews mit Gesundheitsfachpersonen aufgenommen», so die Studienleiterin. Dies illustriert sie mit folgendem Beispiel: «Aus den Interviews ging hervor, dass im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen offenbar sehr wenig Feedback gegeben wird. Um bei diesem

Eckdaten der «Strain»-Studie

Die Studie «Strain» ist im Zeitraum von 2017 bis 2021 erarbeitet worden. Insgesamt haben sich 160 Organisationen aus dem Gesundheitswesen daran beteiligt: 86 Alters- und Pflegeheime, 26 Akutspitäler und Rehabilitationskliniken, 41 Spitex-Organisationen und 12 Psychiatrien. Zu den beteiligten Berufsgruppen zählten Pflegenden und Hebammen, medizinisch-therapeutische Berufe, medizinisch-technische Berufe, Ärztinnen und Ärzte sowie Administration und Forschung. Und schliesslich wurden auch weitere Berufsgruppen mit einbezogen (Sozialdienst und Haushaltshilfen).

Weitere Details und Resultate zur Studie finden Sie auf der Website der Berner Fachhochschule:
<https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain/>

>>

Thema an Material zu gelangen, mussten wir auf andere Fachgebiete zurückgreifen, zum Beispiel auf wirtschaftswissenschaftliche Literatur.»

Kann aber durch Massnahmen auf organisationaler Ebene tatsächlich etwas verändert werden? Die «Strain»-Studie prüfte die Daten nicht nur auf Unterschiede zwischen Bereichen und Berufsgruppen, sondern auch auf die Wirksamkeit ihrer Intervention, sprich der Massnahmen für Führungspersonen. Diese konnten sich einem Schulungsprogramm inklusive Coaching unterziehen, was zur allgemeinen Reduktion von Stressquellen und -folgen führen sollte. Auch hier waren die Forschenden von den Interviews, der Literatur sowie der «Strain»-Erhebung ausgegangen und hatten sieben Handlungsfelder für die Intervention erarbeitet (siehe Grafik Seite 41).

Bedeutung der Führungspersonen

Um potenzielle Effekte zu testen, wurden die Betriebe in Gruppen aufgeteilt, wobei die Intervention nur mit einer der Gruppen durchgeführt wurde. Eine andere diente als Kontrollgruppe. Bei allen Betrieben wurden die verschiedenen stressbezogenen Grössen vor und nach der Intervention erfasst und die Gruppen miteinander verglichen. Signifikante Unterschiede zwischen der

Interventions- und der Kontrollgruppe resultierten daraus nicht. Dies könnte aber unter anderem mit der Teilnahmequote der

Führungspersonen pro Organisation zusammenhängen. Wurden nämlich die Daten innerhalb desselben Betriebs vor und nach dem Schulungsprogramm verglichen, zeigten sich dort signifikant positive Effekte, wo 70 Prozent oder mehr der Vorgesetzten am Schulungsprogramm teilgenommen hatten. «Es steht und fällt also mit der Bereitschaft der Führungspersonen, ob die vorgeschlagenen Massnahmen

auch ihre Wirkung auf Stressfaktoren beim Gesundheitspersonal entfalten können», lautet Karin Peters Fazit.

Empfehlungen in die Tat umsetzen

Die gross angelegte, auf verschiedenen Datenquellen beruhende «Strain»-Studie bietet bis anhin nicht bekannte Resultate. Diese identifizieren Bereiche, die gerade auch den Alters- und Pflegeheimen Hinweise zu möglichen Verbesserungen geben. Die Empfehlungen beziehen sich hauptsächlich auf die Vorgesetztenebene. Auch wenn sich Heimleitende vielleicht nicht mit der aufwendigen Interpretation von Grafiken befassen können, bieten ihnen die «Strain»-Empfehlungen eine Reihe von Möglichkeiten, die sie direkt im Arbeitsalltag anwenden können. ●

«Es kommt auf die Führungspersonen an, ob Massnahmen eine Wirkung entfalten können.»

Hohe Anforderungen bei Bodenbelägen in Pflegeeinrichtungen

Beim Boden zukunftsfähig planen

Mit den gestiegenen Hygieneanforderungen wachsen auch die Ansprüche an Bodenbeläge in Pflegeeinrichtungen. Es lohnt sich deshalb eine Analyse der Kosten für die Wartung der Böden, weil sich auf diese Weise Betriebskosten langfristig deutlich einsparen lassen.

Von Martina Hoock*

Die Investition in einen Bodenbelag ist für Pflegeeinrichtungen eine Entscheidung, die gut durchdacht sein will. Denn der Boden verbleibt in der Regel jahrzehntelang im Objekt und kann im Idealfall einen entscheidenden Beitrag zur Reduktion der laufenden Unterhaltskosten leisten. Um dieses Potenzial zu nutzen, müssen bei der Planung neben gestalterischen auch zahlreiche funktionale Schlüsselfaktoren mit einbezogen werden. Einer der zentralen Aspekte ist die Hygiene. In ein umfassendes Hygienekonzept ist sinnvollerweise auch der Bodenbelag mit einzubeziehen. Aufgrund seiner grossen Oberfläche bietet er nämlich Potenzial für die Anhaftung von Schmutzpartikeln und daher auch für Bakterien und Viren.

Beständigkeit gegen Desinfektionsmittel

Die aktuelle Coronapandemie hat noch einmal gezeigt, wie schnell umfassende Desinfektionsmassnahmen notwendig werden können. Daher ist es ratsam, den Bodenbelag so aus-

*Martina Hoock, Marktsegment-Spezialistin Gesundheitswesen von Nora Deutschland/Österreich/Schweiz.

zuwählen, dass er einfach und effizient zu reinigen sowie vollständig zu desinfizieren ist, auch im Fugenbereich. Darüber hinaus sollte er dauerhaft gegen unterschiedliche Arten von Desinfektionsmitteln beständig sein.

Während der letzten Jahre hat sich vor dem Hintergrund der kontinuierlich steigenden Anforderungen bei gleichzeitig knapp bemessener Zeit und Ressourcen durchgesetzt, dass die Böden nur noch einmal statt zweimal pro Tag gewischt werden, wodurch häufig deren Erscheinungsbild leidet.

Oft wird sogar nur noch mit einer desinfizierenden Reinigung gearbeitet. Das aber führt im Lauf der Zeit zu Rückständen auf der Belagsoberfläche, die nur mittels einer zeit- und kostenintensiven Grund- respektive Intensivreinigung wieder entfernt werden können. Auch der Einsatz alkoholhaltiger Handdesinfektionsmittel in Pflegeeinrichtungen hat sich deutlich verstärkt. Daraus resultiert eine höhere Belastung der Materialien, was insbesondere bei Bodenbelägen mit temporären Beschichtungen zu einem negativen Erscheinungsbild führen kann.

Bei der Benutzung der Spender tropfen beispielsweise häufig Desinfektionsmittel auf den Boden, die dann wieder antrocknen und unschöne Flecken hinterlassen. Schon nach kurzer Zeit wirkt der Boden ungepflegt.

Die Oberflächenbeschichtung muss in einer zeit- und kostenintensiven Sanierung zu-

nächst durch eine Grundreinigung entfernt und dann neu aufgebracht werden. Die Materialbeständigkeit hat vor diesem Hintergrund einen hohen Stellenwert. Hier ist auch die Dichtigkeit von Oberflächen von Bedeutung. Denn der Boden muss nicht nur gegen Desinfektionsmittel, sondern auch gegen Urin beständig sein. Untersuchungen zufolge sind 70 bis 80 Prozent der demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnenden im Spätstadium der Krankheit harninkontinent. Dass sich die Beläge

>>



Blick ins Pflegeheim Maggenberg in Tifers FR: Kautschukböden lassen sich einfach und effizient reinigen sowie vollständig desinfizieren.

Foto: Dirk Wilhelmy

rückstandslos reinigen lassen, ist nicht nur aus hygienischer Sicht unabdingbar, sondern hat auch positive Auswirkungen auf die Raumluft und die Aufenthaltsqualität. Für eine spätere einwandfreie Optik ist es zudem wichtig, darauf zu achten, dass der Belag von Hygieneinstituten hinsichtlich seiner vollständigen Desinfizierbarkeit und von anerkannten Materialprüfanstalten hinsichtlich seiner Oberflächenbeständigkeit getestet wurde und entsprechende Nachweise besitzt. Auch Empfehlungen von Reinigungsexperten können für die Entscheidungsfindung hilfreich sein. Über die objektspezifische Eignung der Beläge kann ebenso eine entsprechende Testfläche Aufschluss geben, auf der die genutzten Desinfektionsmittel und Reinigungsverfahren geprüft werden.

Schwachstelle Fugen

Weiterhin sollten in die Betrachtung unbedingt die Fugen mit einbezogen werden, denn sie erweisen sich häufig als wartungsintensiv: Sie können leicht schmutzig werden oder sogar aufplatzen und unhygienische Risse bilden, wenn der Bodenbelag nicht massbeständig oder feuchtigkeitsempfindlich ist. Massbeständigkeit ist eine Eigenschaft von Kautschukbelägen und bedeutet, dass sich der Bodenbelag nach der Verlegung nicht mehr verändert und daher nicht verfugt werden muss.

Aus hygienischer Sicht sind vor allem Bodenbeläge, die kleinformatig sind und daher einen sehr hohen Fugenanteil aufweisen, eine Herausforderung. Hygienisch vorteilhaft hingegen sind Bahnenbeläge oder grössere Formate. Wichtig ist, dass diese massbeständig sind, sich einfach reinigen lassen und die Oberflächen inklusive der Fugenbereiche vollständig desinfiziert werden können. Darüber hinaus bietet die unverfugte Verlegung Vorteile im Hinblick auf die Sturzprävention. Denn demenziell

erkrankte Bewohner lassen sich durch optische Unterbrechungen der Belagsoberfläche irritieren und können dadurch ins Straucheln geraten. Eine matte, homogene Oberfläche ohne Spiegelungen bietet hier mehr Sicherheit.

Lebenszykluskosten als Schlüsselfaktor

Für einen wirtschaftlichen Betrieb gilt es, auch die Lebenszykluskosten von Böden zu beachten. Üblicherweise werden Bodenbeläge in Pflegeeinrichtungen nämlich frühestens nach 25 bis 30 Jahren ausgetauscht. Folglich sind die Pflege, Reinigung und turnusmässige Neubeschichtung respektive Sanierung noch einmal Faktoren, die richtig ins Geld gehen können und ein klares Differenzierungsmerkmal zwischen den in Frage kommenden Produkten darstellen. Aufgrund der langen Nutzungsdauer der Beläge ist das in der Anschaffung zunächst günstigste Produkt mit Blick auf den Unterhalt langfristig nämlich nicht immer die wirtschaftlichste Lösung. Denn der reine Kaufpreis beträgt erfahrungsgemäss nur knapp zehn Prozent der Gesamtlebenszykluskosten eines Fussbodens, der Rest

entfällt auf die Nutzungsphase, die sich oft zum heimlichen Kostentreiber entwickeln und erheblich ins Geld gehen kann. Daher gilt es, widerstandsfähige und langlebige Beläge auszuwählen, die sich im Bedarfsfall unproblematisch sanieren lassen.

Für Pflegeeinrichtungen geeignet sind also alles in allem Beläge, die sich durch ihre gute Beständigkeit gegenüber Flächen- und Hand-

desinfektionsmitteln auszeichnen. Eine gute Lösung bietet hier beispielsweise die Noracare-Produktlinie für Kautschukbeläge. Diese wurde mit ihrer Oberflächentechnologie speziell für Bereiche mit höchsten Hygieneanforderungen und intensivem Einsatz von Desinfektionsmitteln entwickelt und steht für optimale Reinigungsergebnisse. ●

Der reine Kaufpreis beträgt nur knapp zehn Prozent der Lebenszykluskosten eines Fussbodens.

Transparenz schaffen bei den Kosten von Behinderteninstitutionen

Es gibt keine einfachen Rezepte

Eine Fallstudie bei einer grösseren Stiftung zeigt, dass die Personalkosten bei Tagesstruktur und Wohnen unterschiedliche Einflussfaktoren aufweisen. Darum sind Controlling-Instrumente wichtig, die Kosten von Arbeits- und Wohngruppen aufbereiten und einfach zugänglich machen.

Von Markus Lips*

Der Kostendruck bei Institutionen nimmt zu. Das Controlling der bestehenden Kosten ist dabei von zentraler Bedeutung. Dieses analysiert die Einflussfaktoren auf die Kosten und stellt schliesslich Entscheidungsgrundlagen für Management und Aufsichtsgremien bereit.

Für Institutionen sind die «Personalkosten pro Stufe des individuellen Betreuungsbedarfs (IBB) und Monat» als Kennzahl von besonderem Interesse, weil sie verschiedene Informationen verdichten. Einerseits sind die Personalkosten für weit mehr als die Hälfte der Ausgaben verantwortlich. Andererseits spielt das Einstufungssystem für den individuellen Betreuungsbedarf eine zentrale Rolle bei der Verrechnung von Leistungen, zumindest bei einem Teil der Kantone.

Entsprechend ihrer Erschwernis werden alle Klientinnen und Klienten den Stufen 0 (Minimum) bis 4 (Maximum) zugeteilt, wobei zwischen Tagesstruktur und Wohnen unterschieden wird. Ein Klient kann

Die Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat sind als Kennzahl von besonderem Interesse.

beispielsweise Stufe 1 in der Tagesstruktur und Stufe 2 beim Wohnen haben. Schliesslich braucht es für die Kennzahl einen Zeitraum. Passend zum Abrechnungsmodus mit den Kantonen bietet sich der Monat an.

Die Kennzahl «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» gibt an, wie viel es kostet, einen Klienten mit einer IBB-Stufe während eines Monats zu betreuen. Diese Kennzahl kann je Klient aber auch für eine Gruppe oder eine Institution insgesamt berechnet werden.

Einflussfaktoren identifizieren

Aus Sicht des Controllings besteht die Herausforderung darin, diese Kennzahl für alle Gruppen effizient und regelmässig zu berechnen. Weiter gilt es, die wichtigsten Einflussfaktoren zu identifizieren, um Möglichkeiten für Kosteneinsparungen aufzuzeigen. Im Fokus stehen dabei die mittlere Erschwernis der Klienten (durchschnittliche IBB-Stufe), die Grösse der Gruppe und die Anzahl der eingesetzten (betreuenden) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Klienten können auch teilzeitlich in einer Gruppe betreut werden. Ihre Anwesenheit wird entsprechend in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemessen. VZÄ werden auch auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Mass eingesetzt, um Teilzeitpensen zu aggregieren. Im Rahmen einer Fallstudie werden die Zusammenhänge mittels Spearman-Rang-

Korrelation untersucht. Neben dem Korrelationskoeffizienten, der sich zwischen 1 (perfekter positiver Zusammenhang) und -1 (perfekter negativer Zusammenhang) bewegt, interessiert, ob sich der geschätzte Korrelationskoeffizient signifikant von null unterscheidet. Dies wird mit der dem Signifikanzniveau respektive der Irrtumswahrscheinlichkeit angegeben. Nur wenn diese kleiner als 5 Prozent ist (nachfolgend dargestellt

>>

*Markus Lips ist Business Intelligence Berater bei der Firma Azept.

Korrelationsresultate für die Gruppen von Tagesstruktur und Wohnen

Gruppen	Anzahl Gruppen	Korrelationen mit «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat»		
		Mittlere IBB-Stufe	Gruppengrösse (VZÄ Klienten)	Mitarbeiter (VZÄ)
Tagesstruktur	18	-0,10 ns	-0,71 **	0,58 *
Wohnen	16	-0,94 **	-0,33 ns	-0,57 *
Alle	34	-0,50 **	-0,39 *	0,22 ns

Zeichenerklärung: ** Korrelationskoeffizient ist von null verschieden auf dem 1-Prozent-Signifikanzniveau;

* von null verschieden auf dem 5-Prozent-Signifikanzniveau; ns= nicht signifikant; VZÄ= Vollzeitäquivalent (100 Prozent-Pensum)

Tabelle: Acept

mit einem «*»), wird der Korrelationskoeffizient als signifikant von null verschieden interpretiert.

Für jede Gruppe die Personalkosten pro IBB-Stufe berechnen

Als Fallstudie dient eine grössere Stiftung aus der Deutschschweiz, die für mehrere hundert Menschen mit Behinderung ein sinnerfülltes Leben und Arbeiten bietet. Die Angebote decken ein breites Spektrum ab und beinhalten hauptsächlich Tagesstruktur und Wohnen.

Die Stiftung verwendet die Betriebssoftware Abacus als bereichsübergreifende Softwarelösung ERP, die alle Daten beinhaltet und alle geschäftsrelevanten Prozesse abbildet. Die Stiftung ist dabei in Arbeits- und Wohngruppen strukturiert, die jeweils auch eine Kostenstelle bilden. Kürzlich wurde die Business-Intelligence-Applikation Axview eingeführt, eine gemeinsame Entwicklung der Firmen Acept und Informatec.

Axview erlaubt die Berechnung der Kennzahl «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» für jede Gruppe, indem zwei Datenangaben miteinander verbunden werden:

- Der Personalaufwand pro Kostenstelle aus der Betriebsbuchhaltung.
- Die aufsummierten IBB-Stufen pro Gruppe aus der Klientenverwaltung. Wenn sich beispielsweise in einer Gruppe zwei (Vollzeit-)Klienten mit den IBB-Stufen 1 und 3 befinden, betragen die aufsummierten IBB-Stufen pro Monat 4.

Weiter werden in Axview die Vollzeitäquivalenten von Klienten und Mitarbeitenden pro Gruppe respektive Kostenstelle berechnet. Die Fallstudie stützt sich auf Daten aus dem Jahr 2020 und umfasst Gruppen, die folgende Bedingungen erfüllen: Sie haben mindestens einen Klienten oder eine Klientin mit IBB-Stufe 1 oder höher. Und zudem umfassen die Gruppen mindestens zwei Vollzeitäquivalente (VZÄ) auf Seite der Klienten. Es verbleiben

34 Gruppen, davon 18 aus der Tagesstruktur und 16 aus dem Wohnen. Die Fallstudie zeigt, dass die «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» zwischen den Gruppen stark variieren. Sowohl bei Tagesstruktur wie auch bei Wohnen weisen die jeweils teuersten Gruppen mehr als fünfmal so hohe Kosten aus wie die günstigsten Gruppen. Die Betreuung einer IBB-Stufe verursacht dementsprechend höchst unterschiedliche Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat.

Die Fallstudie zeigt, dass die Kosten für das Personal zwischen den Gruppen stark variieren.

Personalaufwand steigt nicht linear an

Erhebliche Unterschiede können auch bei den Korrelationen beobachtet werden, die in der Tabelle (siehe oben) dargestellt sind. Das erste Korrelationsergebnis in der Tabelle betrifft den Zusammenhang zwischen den «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» und der mittleren IBB-Stufe der Klientinnen und Klienten. Für Tagesstrukturgruppen beträgt der Korrelationskoeffizient -0.1 . Demnach besteht ein ganz schwacher negativer Zusammenhang: Eine höhere IBB-Stufe würde zu tieferen Personalkosten führen. Nun ist dieses Ergebnis aber nicht signifikant von null verschieden, was mit «ns» gekennzeichnet ist. Entsprechend wird der geschätzte Korrelationswert als irrelevant betrachtet oder in anderen Worten: Man kann keinen Zusammenhang für die Tagesstruktur nachweisen.

Ganz anders sieht es bei den Wohngruppen aus. Hier ist der Zusammenhang mit -0.94 sehr stark und hochsignifikant, die Irrtumswahrscheinlichkeit ist unter einem Prozent «**». Je höher die Erschwernis, desto tiefer die «Personalkosten je IBB-Stufe und Monat».

In den Daten zeigt sich, dass Gruppen mit hohen IBB-Stufen tiefere Kosten ausweisen.

Man kann das so interpretieren, dass ein Klient mit Stufe 2 weniger als doppelt so viel Personalaufwand verursacht wie ein Klient mit Stufe 1. Der Personalaufwand steigt demnach nicht linear an. Dies ist gleichbedeutend mit einem Skaleneffekt. Je höher die IBB-Einstufung der Klienten, desto tiefer

Je grösser eine Gruppe ist, desto tiefer die Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat.

fallen die «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» aus. Der starke Zusammenhang beim Wohnen führt dazu, dass auch über alle Gruppen hinweg ein signifikanter negativer Zusammenhang ausgewiesen wird.

Unterschiedliche Resultate für Tagesstruktur und Wohnen

Bei der Gruppengrösse nach Klienten resultiert sowohl für die Tagesstruktur wie für das Wohnen eine negative Korrelation: Je grösser die Gruppe, desto tiefer die «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat». Bei der Tagesstruktur ist dieser Zusammenhang hochsignifikant. Ein Blick in die Daten zeigt, dass in grossen Gruppen die Mitarbeitenden jeweils mehr Klienten betreuen als in kleinen Gruppen. Entsprechend sind die Personalkosten pro Klient kleiner, was sich auch bei den «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» niederschlägt. Bei den Wohngruppen ist der Korrelationskoeffizient nicht signifikant von null verschieden.

Schliesslich beobachten wir komplett unterschiedliche Resultate bei den Korrelationen zwischen den «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» und den eingesetzten Mitarbeitenden. Ein zahlreicher Einsatz von Mitarbeitenden führt bei der Tagesstruktur zu höheren, beim Wohnen zu tieferen Personalkosten. Tagesstrukturgruppen mit vielen Mitarbeitenden weisen tendenziell eine engere Betreuung auf, die Mitarbeitenden betreuen also weniger Klienten, was hohe Personalkosten pro Klient verursacht.

Beim Wohnen haben jene Gruppen viele Mitarbeitenden, die auch höhere IBB-Stufen aufweisen. Wie wir bereits gesehen haben, sind beim Wohnen hohe IBB-Stufen mit tieferen «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» verbunden. Dies schlägt sich auch hier nieder, hohe IBB-Stufen respektive viele Mitarbeitenden gehen Hand in Hand mit tieferen Kosten. Angesichts der unterschiedlichen Resultate für Tagesstruktur und Wohnen erstaunt es nicht, dass, über alle Gruppen gesehen, kein signifikanter Zusammenhang zwischen Mitarbeiteranzahl und «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» ausgewiesen wird.

Das Bereitstellen von Kennzahlen auf der Gruppenstufe ist von grosser Relevanz.

Vergrosserung der Gruppen ist nicht sinnvoll

Die Fallstudie gibt Einblick in die enorme Heterogenität der «Personalkosten pro IBB-Stufe und Monat» von insgesamt 34 Gruppen. Die Aussagekraft ist begrenzt und eine Verallgemeinerung der

Resultate nicht zulässig. Gleichwohl zeigt sie für die untersuchte Stiftung auf, dass die Personalkosten bei Tagesstruktur und Wohnen unterschiedliche Einflussfaktoren haben. Entsprechend erscheinen generelle Stossrichtungen wie beispielsweise das Vergrössern von Gruppen kaum sinnvoll. Es gibt keine einfachen Rezepte. Stattdessen ist das Bereitstellen von Kostenkennzahlen auf Gruppenstufe von grosser Relevanz und eine solide Ausgangslage für detailliertere Analysen. Controlling-Instrumente wie das Zusammenspiel von Betriebssoftware und Business-Intelligence-Applikationen sind in der Lage, dies auf effiziente Weise zu unterstützen. ●

Ein Buch untersucht die Diversität in den Märchen

Warum sind Prinzen nie behindert?

Die kanadische Autorin Amanda Leduc stellt in ihrem Buch «Entstellt» die Frage, warum in Märchen die Guten immer schön und makellos, die Bösen aber körperlich und psychisch versehrt und erlösungsbedürftig sind.

Von Urs Tremp

Märchen transportieren Vorstellungen davon, wie die Welt sein könnte, würden nicht Bösewichte die gute und heile Welt bedrohen und immer wieder angreifen. Wie sehen diese Bösewichte aus? Nehmen wir das Rumpelstilzchen, das von der schönen Müllerstochter deren erstgeborenes Kind zum Lohn haben will, ihr dafür aber die Fähigkeit verleiht, aus Stroh Gold zu spinnen. Rumpelstilzchen ist ein kleines, verwachsenes Männchen, sozial ausgeschlossen, eine einsame im Wald lebende Kreatur, von der ausser ihr selbst niemand den Namen kennt («Ach, wie gut, dass niemand weiss...»).

Die kanadische Autorin Amanda Leduc untersucht in ihrem nun auf Deutsch vorliegenden Buch «Entstellt – Über Märchen, Behinderung und Teilhabe» Märchengeschichten auf deren Darstellung von Behinderung. Sie kommt zu einem ernüchternden Schluss: Körperliche und psychische Andersartigkeiten werden in den Märchen nicht als etwas Bereicherndes dargestellt. Sie werden als Defizit dargestellt, das es – sind denn die Bösewichte nicht von Anfang bis Ende Bösewichte – auszugleichen und zu überwinden gilt.

Das Abweichende wird der Norm angepasst

Leduc ist selbst mit einer Behinderung zur Welt gekommen. Sie ist betroffen von einer Zerebralparese, einer hirnhypophysologischen Fehlbildung, die mit motorischen Einschränkungen einhergeht, in ihrem Fall einem Hinken und anderen Bewegungsschwierigkeiten. «Wenn der Arzt es von ihnen verlangt hätte, wären meine Eltern in den Wald gegangen und hätten einen Haselzweig gesucht, sie hätten ihn vor unserer Haustür eingepflanzt und auf Regen gewartet. Sie hätten ein gemästetes Kalb geschlachtet und sein Blut um die Tür versprengt, oder mich zu einer Waldhexe gebracht und sie um einen Zauberspruch gebeten, den sie in mein Essen gemischt hätten. Sie hätten alles getan, sie würden alles tun für die Sicherheit ihrer kleinen Tochter. Sie können sich nicht vorstellen, wie das Leben sonst sein soll.»

Das tönt bitter. Und ist es auch. Zwar kommt Leducs eigene Behinderung nicht zentral im Buch vor. Aber man spürt, dass auch eigene Erfahrungen mitspielen, wenn sie anprangert, dass in den Märchen stets der abweichende Einzelne erlöst und der Norm angepasst wird, nie aber die umgebende Gesellschaft Diversität als etwas Wertvolles annimmt und schätzen lernt.



Märchenfigur Rumpelstilzchen:
Kleiner, verwachsener Mann.

Leduc untersucht die Geschichten der ganzen abendländischen Märchentradition – von Charles Perrault über die Brüder Grimm, Hans Christian Andersen bis hin zu den Disney-Märchenadaptionen. Sie findet überall dasselbe: Das Abweichende sorgt zwar für die Spannung, am Ende aber siegt die Ordnung des Schönen und Guten. Aus dem Frosch wird der Märchenprinz, aus Aschenputtel eine Prinzessin, aus einem Scheusal ein liebenswürdiger Mensch. Wer aber wirklich böse ist, der ist zur ewigen Entstellung verdammt. Leduc fragt – und auch diese Frage tönt bitter: Soll man solche Märchen einem Kind erzählen, das mit einer Behinderung lebt? Steht nicht auch die kleine, sich nach einem menschlichen Mädchenkörper sehrende Meerjungfrau für körperliche Identitätszwänge und unweigerlich daraus folgende Identitätsstörungen?

Grimms Märchen werden kaum mehr für einen anderen Umgang mit Diversität umgeschrieben werden. Aber vielleicht werden künftige Geschichten für Kinder anders umgehen mit Diversität. Das jedenfalls hofft Leduc, und sie wünscht, dass künftige Geschichten «das normalistische Diktat von Ordnung und Abweichung insgesamt ausser Funktion setzen». Ihr Buch «Entstellt» trägt immerhin dazu bei, dass wir Grimms und andere Märchen nun anders lesen. ●



Amanda Leduc
«Entstellt – Über Märchen,
Behinderung und Teilhabe»,
Verlag Nautilus, 288 Seiten,
28.90 Franken.

Tabus verhindern eine notwendige Entwicklung

Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche muss endlich angegangen werden. Zu lange hat man nicht darüber geredet.

Von Rolf Müller

Gerade in diesen Tagen werden wir mit Themen konfrontiert, die für uns und unsere Branche zentral sind. Da ist einerseits die Pflegeinitiative. Sie thematisiert, was den Alltag der Pflegenden erschwert. Fehlende Kolleginnen und Kollegen, fehlende Fachkräfte, fehlende Lohnattraktivität. Viel Einsatz, viel Improvisation, viel Frust, weil dem Berufsbild nicht nachgelebt werden kann. Ich höre immer wieder von Pflegenden, dass es ihnen körperlich nicht möglich ist, mehr als 70 oder 80 Prozent zu arbeiten. Und gleichzeitig sind sie damit konfrontiert, dass der entsprechende Lohn ihre Existenz schlecht sicherstellt oder ihre Pension minimal ausfallen wird.

Dieses Thema ist nicht neu. Fachkräftemangel ist keine Folge von Corona, er bestand schon davor. Akzentuiert hat er sich, indem viele Fachleute realisiert haben, dass es beim Applaus bleiben könnte.

Andererseits wird die Frage diskutiert, was ein Lebensjahr kosten darf. Oder allgemeiner, was uns unser Gesundheits- und Betreuungssystem wert ist.

Der Fachkräftemangel entsteht nicht, weil das Aufgabengebiet zu monoton wäre. Auch nicht aufgrund fehlender Karrierechancen. Er entsteht, weil die Fachlichkeit schlicht keinen Platz mehr hat. Oder weil die «Feuerwehrrübung» zur Normalität wird. Es entsteht eine Lücke zwischen den erwünschten und den realen Rahmenbedingungen zur Auftragsbefriedigung. Und diese Lücke

steht für die fehlende Arbeitsplatzattraktivität.

Wollen wir in unserer Branche nicht nachhaltig gravierenden Folgen dieses Fachkräftemangels ausgeliefert sein, sollten wir dieses Thema angehen.

Die fehlende Arbeitsplatzattraktivität muss irgendwie kompensiert werden. Eine Möglichkeit wird über eine bessere Entlohnung laufen. Es wird möglich sein müssen, dass eine Pflegefachperson einen guten Lohn für eine 80-Prozent-Stelle erzielen kann. So bleibt sie unserer Branche als gesunde, erholte Mitarbeiterin erhalten. Und bringt sich weiterhin als engagierte und motivierte Mitarbeiterin ein.

Ich verstehe dies nicht als Forderung, sondern als Notwendigkeit. Es darf nicht sein, dass wir über diese Problematik nicht sprechen und sie somit tabuisieren. Die Wertigkeit unserer Aufgabe ist in Frage gestellt. Die Folgen und somit der Preis zahlen diejenigen, die sich heute mit viel Engagement für unsere Branche einsetzen.



Rolf Müller
ist Vizepräsident
von Curaviva
Schweiz und
Geschäftsführer
der BSZ Stiftung
in Steinen SZ.

Alter

Ein Buch zur Sterbehilfe

Kann ein Christ den begleiteten Freitod gutheissen? Werner Kriesi sagt Ja. Er war dreissig Jahre lang Pfarrer; dann wurde er für den Verein Exit tätig. In einem neuen Buch erklärt er sich. Die Zürcher Philosophin und Autorin Suzann-Viola Renninger hat auf Basis vieler langer Gespräche die Gedanken des 89-jährigen Pfarrers in eine Form gebracht und sie mit philosophiegeschichtlichen und auch persönlichen Exkursen ergänzt. Der Zitatitel «Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer» geht zurück auf ein Erlebnis, das in Kriesis Leben zu einer Wende führte: Immer wieder war er mit dem qualvollen Sterben von Krebspatienten in seiner Gemeinde konfrontiert worden. Kurz vor seiner Pensionierung als Pfarrer sagte ein Gemeindeglied zu ihm: «Nächste Woche will ich sterben. Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer...» Kriesi sagte seine Unterstützung zu. Wenig später wurde er Freitodbegleiter bei der Sterbehilfeorganisation Exit. Suzann-Viola Renningers Darstellung ist kein Thesenbuch und schon gar keine Propagandaschrift für den Sterbehilfe-Verein Exit, der rund 130000 Mitglieder in der Schweiz hat und 80000 aktive Patientenverfügungen verwaltet, sondern ein nachdenkliches Buch, ein Buch, das letzte Fragen stellt. Zweifel formuliert und Widersprüche zulässt.

Suzann-Viola Renninger, «Wenn Sie kein Feigling sind, Herr Pfarrer... Werner Kriesi hilft sterben», Limmat-Verlag, 256 S., 36 Fr.

Schmerzen im Alter

Schmerzen können sich negativ auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden auswirken. Die Studie RESPONS 2019 der Berner Fachhochschule zeigt,

>>

Wünsche an die Arbeitsbedingungen von Pflegenden

Bessere Vereinbarung mit dem Privatleben

Neun von zehn diplomierten Pflegefachpersonen können sich auch sechs Jahre nach dem Berufseinstieg grundsätzlich vorstellen, in den nächsten zehn Jahren noch in der Pflegebranche zu arbeiten. Dieser Befund einer neuen Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) ist eine gute Nachricht in Zeiten, in denen von Pflegenotstand die Rede ist. Allerdings: Die Hälfte dieser Fachleute hat den dringlichen Wunsch, dass sich die Arbeitsbedingungen verbessern. Die Langzeitstudie mit mehr als 600 Pflegefachpersonen des Abschlussjahrgangs 2011/12 gibt Anhaltspunkte, wo anzusetzen wäre. Ein wichtiger Punkt ist die Vereinbarkeit mit



Pflegende in einer Altersinstitution: Zufrieden, aber...

dem Privatleben. Der Wunsch, genügend Freizeit zu haben und den Beruf mit der Familie gut vereinbaren zu können, hat für die Befragten Priorität. In einer Auswahl von zwölf verschiedenen Aspekten wurden diese beiden am stärksten gewichtet.

dass zwei Drittel der Pflegeheimbewohnenden Schmerzen äusserten, wovon mehr als die Hälfte ihre Schmerzen als mässig bis stark bezifferten. In der Studie wurde untersucht, welche Auswirkungen die Schmerzen auf die Stimmung, die Lebensfreude, das Gehvermögen und den Schlaf der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner haben. Beinahe 50 Prozent der Bewohnenden mit Schmerzen verspüren eine leichte bis mässige Beeinträchtigung der Stimmung und der Lebensfreude, annähernd 10 Prozent eine starke Beeinträchtigung. Über 50 Prozent wurden durch die Schmerzen mässig bis sehr stark im Gehvermögen eingeschränkt, was eine wesentliche Auswirkung auf die Bewegungsfähigkeit und die Selbstständigkeit haben dürfte. Die geringste Auswirkung wurde auf den Schlaf festgestellt: 60 Prozent der Befragten gaben an, keine Beeinträchtigung durch die Schmerzen zu erfahren. ●