

Persönliche Assistenz

Jetzt auch in der Schweiz – Seite 36

Ausgabe 1 | 2012

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



Schweigen ist Silber

Autistische Menschen kämpfen gegen Vorurteile

WPH Wohn- und Pflegeheim Flawil

Die Stiftung Wohn- und Pflegeheim Flawil bietet 114 betagten und pflegebedürftigen Menschen eine ihren Bedürfnissen angepasste Wohnform von stilvollem betreutem Wohnen bis hin zu qualitativ hoch stehender Langzeitpflege. Die Zufriedenheit und das Wohlbefinden unserer Bewohner sind uns wichtige Anliegen.

Das Wohn- und Pflegeheim Flawil ist bestrebt, sich immer wieder den Bedürfnissen der Bewohner anzupassen und sich weiter zu entwickeln. So legen wir Wert auf institutionelle wie auch persönliche Weiterentwicklung. Unser Bereichsleiter Pflege und Betreuung stellt sich einer neuen Herausforderung. Deshalb suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine

Bereichsleitung Pflege und Betreuung Mitglied Heimleitung (Arbeitspensum 100%)

In dieser Funktion sind Sie mitverantwortlich für die zukunftsorientierte Ausrichtung unserer Institution. Sie beteiligen sich an der Entwicklung entsprechender Visionen, Konzepte und deren Umsetzung.

Sie

- fördern die Betreuungs- und Pflegequalität für unsere Bewohner und Bewohnerinnen
- sind verantwortlich für 4 Pflegeabteilungen mit rund 85 Mitarbeitenden
- leiten und begleiten verschiedene anstehende Projekte
- bereiten Geschäfte für die Entscheidungsfindung vor
- übernehmen Budget- und Kostenverantwortung
- sind vertraut mit der stationären Altersversorgung in der Schweiz
- freuen sich auf eine herausfordernde und anspruchsvolle Tätigkeit

Wir erwarten

- Dipl. Pflegefachperson
- Führungsweiterbildung Stufe Bereichsleitung
- Führungserfahrung
- Praxiserfahrung in der gerontologischen Langzeitpflege
- Erfahrung in BESA, in EasyDok von Vorteil
- Erfahrung in QM
- hohe Sozial- und Selbstkompetenz
- integrative Persönlichkeit
- Freude und Wertschätzung im Umgang mit betagten Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden
- Schweizerdeutsches Sprachverständnis

Wir bieten

- Raum für Selbständigkeit und Kreativität
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- modernen Arbeitsplatz und zeitgemässe Anstellungsbedingungen
- innovatives, motiviertes Leitungsteam

Fühlen Sie sich motiviert und angesprochen?

Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen mit Foto bis 17. Januar 2012.

Stiftungsrat, Stiftung Wohn- und Pflegeheim Flawil,
Krankenhausstrasse 5, 9230 Flawil,
Auskunft: Paul Seifert, Heimleiter oder Stefan Gasser,
Bereichsleitung Pflege und Betreuung Tel. 071 394 21 21

Einfach komfortabel ..

Der Clematis erfüllt alle Anforderungen an einen Pflegerollstuhl und noch mehr...

Nur beim Preis ist er knauserig!



Beachten Sie auch unsere Aktionen unter www.gloorrehab.ch

Neu ist der Clematis mit Arbeitstisch, Seitenpelotten und winkelverstellbaren Fussplatten ausgerüstet.

Natürlich zum gleichen Preis!

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

Gloor Rehabilitation & Co AG

Mattenweg 5 CH - 4458 Eptingen

Tel. 062 299 00 50 Fax 062 299 00 53

www.gloorrehab.ch mail@gloorrehab.ch



Sehr gut, die überdurchschnittlich vielen aktiven Versicherten im Verhältnis zur Rentnerzahl. **Auch deshalb überzeugt uns die Comunitas.**

*Ernst Gerber, Geschäftsleiter Alters- und Pflegeheim
Rosenpark, Gersau*



COMUNITAS

Comunitas Vorsorgestiftung

Bernastrasse 8, 3000 Bern 6, Telefon 031 350 59 59

www.comunitas.ch

Ein äusserst interessanter Ast



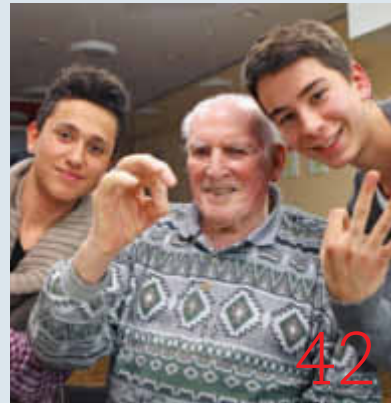
6

Nach Demenz-Diagnose in den Tod



20

Reden von früher



42

Inhaltsverzeichnis

Autismus

Detailverliebt

Menschen mit Autismus legen besondere Verhaltensweisen an den Tag. Oft drücken sie sich nicht mit Sprache aus. Sie haben Mühe, sich in andere Menschen zu versetzen. Und sie sind sehr detailverliebt. 6

Intensivtherapie für autistische Kleinkinder

Mit spielerischer Frühintervention bei autistischen Kleinkindern erzielt eine neue Therapie im Baselbiet Erfolge. 11

Lebensgemeinschaften für Erwachsene mit Autismus

In den Kleinwohnheimen der Zürcher Stiftung Wehrenbach finden auch Menschen mit schwerem Autismus einen Betreuungsplatz. 14

Alter

Demenzbetreuung – wie es die Finnen machen

In Finnland erhalten Demenzkranke und ihre Angehörigen gezielte Beratung und Unterstützung durch Koordinatoren. 17

Im Bernbiet entsteht ein Demenzdorf

Am heutigen Standort des oberoargauischen Pflegeheims Wiedlisbach BE entsteht die erste Demenz-Siedlung der Schweiz. 19

Die Angst davor, abhängig zu sein

Zwei Jahre nach ihrer Alzheimer-Diagnose schied die Künstlerin Erica Bolinger mit Exit aus dem Leben. 20

Mehr Kostentransparenz in den Pflegeheimen

Seit einem Jahr ermöglicht CURAtime den Heimen, den Pflegeaufwand elektronisch zu erfassen. Eine erste Auswertung. 24

Hochaltrigkeit als Herausforderung

Hochbetagte brauchen mehr als Medizin, um Lebensqualität zu erhalten. Die «Gerontological Care» kümmert sich darum. 29

Stürze und Brüche vermeiden

Gesunde Knochen und starke Muskeln sind die Voraussetzungen für ein langes Leben ohne Stürze und Brüche. 33

Erwachsene Menschen mit Behinderung

Grosse Kämpferin ist nicht mehr

Die im vergangenen Dezember verstorbene Aiha Zemp war eine treibende Kraft der Behindertenbewegung – ein Nachruf. 35

Persönliche Assistenz

Seit Anfang Jahr gibt es auch in der Schweiz den Assistenzbeitrag für Menschen mit Behinderung: Chancen und Fallstricke. 36

Kinder und Jugendliche

Dank an Markus Eisenring

Ende Januar geht der engagierte Leiter des Fachbereichs Kinder und Jugendliche bei Curaviva Schweiz in Pension. 40

Reden von früher

2012 ist das «Jahr der generationenübergreifenden Solidarität». Im Projekt «Zeitmaschine» begegnen sich Betagte und Teenager. 42

Gesundheitspolitik

Rettet die Medizin vor der Ökonomie!

Pflegekräfte und Ärzte als Leistungserbringer, Patienten als zahlende Kunden? Keine gute Entwicklung, warnen Harvard-Mediziner. 45

Journal

Kurzmitteilungen

47

Stelleninserate

2

Titelbild: Andy, Bewohner eines Kleinheims der auf Autismus spezialisierten Stiftung Wehrenbach, baut Steinskulpturen im Garten. Foto: zvg

Impressum

Redaktion: Beat Leuenberger (leu), Chefredaktor; Susanne Wenger (swe) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 2012, 83. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien, Förnlubuckstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich, Telefon: 043 444 51 05, Telefax: 043 444 51 01, E-Mail: urs.keller@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sojobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, PreMedia und Druck, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Lea Hari • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2012: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11x, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2011: 2972 Ex. Total verkaufte Auflage 2875 Ex., Total Gratisauflage 97 Ex., Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vollständiger Quellenangabe und nach Absprache mit der Redaktion. ISSN 1663-6058



Neu an der HfH

CAS Gerontologie in der Sozial- und Heilpädagogik

Arbeiten Sie mit älteren Erwachsenen und betagten Menschen mit Behinderung? Ist in Ihrer Institution das Thema „Älter werdende Bewohnerinnen und Bewohner“ aktuell? Unser neuer CAS-Lehrgang richtet sich an Fachpersonen der Sozial- und Heilpädagogik, die als Institutions- und Bereichsleitende, Wohngruppenleitungen oder als Betreuerinnen und Betreuer tätig sind.

- Beginn: Oktober 2012
- Informationsveranstaltungen am 7.2. und 18.4.2012, jeweils von 17.15 - 18.15 Uhr an der HfH Zürich

MAS Heilpädagogische Institutionen leiten und entwickeln

Der von der EDK anerkannte Master-Lehrgang befähigt zur Leitung von Institutionen mit Schwerpunkt im heil- und sozialpädagogischen Feld. Der Lehrgang ist in drei CAS-Module unterteilt.

Detailprogramm, Information und Anmeldung

www.hfh.ch/weiterbildung, 044 317 11 89, wfd@hfh.ch

HfH

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Sekretariat Weiterbildung
Schaffhauserstrasse 239
Postfach 5850
CH-8050 Zürich



Universität
Zürich^{UZH}

Advanced Studies in
Psychotraumatology

CAS in Psychotraumatology

Einjährige, berufsbegleitende Fortbildung in Psychotraumatologie. Für Interessierte in Sozial- und angrenzenden Tätigkeitsbereichen, welche beruflich mit traumatisierten Menschen zu tun haben.

- **Grundlagen** theoretische Konzepte gemäss aktuellem Forschungsstand, Assessment, Diagnostik.
- **Spezielle Psychotraumatologie** Trauma und Folgen bei spezifischen Betroffenengruppen, Trauma bei Kindern, Trauma und Migration.
- **Beratung** Umgang mit traumatisierten Menschen im eigenen Berufsalltag, frühe psychosoziale Intervention (Early Intervention), Psychoedukation, sek. Traumatisierung von Helfern und Helferinnen.
- **Coaching** eigener Fälle, Transfer in Berufsalltag.

Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder

Beginn: Oktober 2012

Ort: Zürich

Abschluss: Certificate of Advanced Studies in Psychotraumatology (15 ECTS)

Weitere Informationen: Cecilia Greber, Sekretariat, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie USZ, Culmannstr.8, CH-8091 Zürich, +41 (0)44 255 52 51

www.mas-psychotraumatology.uzh.ch



Unsere Gesamtlösung für eine moderne Heimverwaltung.

Ihre Garantie für einen verlässlich geführten Betrieb.

KMU Business-Software.
Damit Ideen Erfolg haben.
www.sageschweiz.ch

sage

CURAVIVA.CH
EINKAUFSPOOL - RÉSEAU D'ACHATS

Koordination von Gruppeneinkäufen

Regionales oder kantonales Zusammenlegen gewisser Produktgruppen zum Aushandeln von Grossvolumenkonditionen.

Küche/Restauration – Pflege/Betreuung
Hauswirtschaft/Hotellerie – Administration
Technik/Unterhalt – Mobiliar

Die kostenlose Dienstleistung für alle CURAVIVA-Mitglieder

Kontaktieren Sie uns für eine persönliche Beratung.

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

Ausgeführt durch
Réalisé par **cades**

«Möglicherweise würde Reden für Menschen mit Autismus Gold bedeuten. Und ihr Schweigen ist nur Silber. Genau weiss es niemand.»



Beat Leuenberger

Chefredaktor

Liebe Leserin, lieber Leser

Dass Reden Silber ist, Schweigen aber Gold, haben diejenigen von uns mit auf den Weg bekommen, die in einer Zeit aufgewachsen sind, als Redewendungen noch geholfen haben, die Welt einzuordnen.

Den Menschen mit Autismus zeigt sich die Welt anders als uns Nicht-Autisten. Sie orientieren sich an Details. Sie haben Schwierigkeiten, Bedeutungen und Regeln innerhalb von Verständigung und sozialem Verhalten zu erkennen. Die Welt bleibt für sie oft unverständlich und überwältigend. Sie löst Angst aus. Das Unverständnis ist allerdings gegenseitig, erklärt die Kinderpsychiaterin Esther Manser, die für unseren Themenschwerpunkt im Januar als Autismus-Expertin Auskunft gibt (ab Seite 6): «Nicht nur wir verstehen Menschen mit einer autistischen Störung nicht. Auch sie verstehen nicht, was wir von ihnen verlangen. Von beiden Seiten müssen wir deshalb Brücken bauen.»

Um diesem Anderssein in der Welt Ausdruck zu verleihen, haben wir den Titel «Schweigen ist Silber» gewählt. Auf mehrfache Weise steht er gewissermassen als Symbol für die Lebenslage von Menschen mit einer autistischen Störung:

Das sachte abgewandelte Sprichwort verliert seine inhaltliche Geschmeidigkeit, bekommt einen Bruch, sprengt das Erwartete, zu dem wir alle gewohnt sind zu nicken. Die Welt, wie wir sie kennen, kommt einen Moment lang ins Schlingern. «Schweigen ist Silber» lässt Leser und Leserinnen innehalten, bringt sie im besten Fall zum Nachdenken.

«Schweigen ist Silber» deutet aber auch einen Mangel an, den viele Menschen mit Autismus erfahren: Ihre verzögerte Sprachentwicklung, das völlige Ausbleiben der gesprochenen Sprache gar. Möglicherweise würde Reden für die davon Betroffenen Gold bedeuten. Und ihr Schweigen ist nur Silber.

Genau wissen wir es nicht, weiss es niemand. Aber immerhin: Silber.

Und Schliesslich ist unser Titel eine Hommage an das Sprachverständnis, an den Sprachwitz und den überraschenden Umgang mit Sprache, den Menschen mit Autismus – auch wenn sie selber nicht sprechen – an den Tag legen: neu, klingend, verblüffend. Zeugnis davon legt nicht zuletzt der neue Schweizer Film ab, der den Autisten Roman Dick porträtiert. Darin antwortet er auf die Frage, was ihm helfen würde, als er erregt ist und wütend: «Eine ruhige Jacke anziehen.» Der Film heisst «Eine ruhige Jacke.» Er ist sehenswert.

Wir hoffen, dass auch diese Fachzeitschrift lesenswert ist.

Autismus kommt viel häufiger vor, als lange angenommen

«Wir verstehen autistische Menschen nicht, so wie sie uns nicht verstehen»

Eine tiefgreifende Hirnentwicklungsstörung führt dazu, dass Menschen mit Autismus sich und die Welt anders wahrnehmen. Viel mehr Knaben als Mädchen leben mit der Diagnose Autismus. Weil Mädchen mit autistischen Störungen weniger auffallen, wie neue Untersuchungen zeigen.

Von Beat Leuenberger

«Ihrem Wesen nach sind Autisten moderne Menschen», sagt Xaver Wirth ganz am Anfang des neuen Schweizer Films «Eine ruhige Jacke», der das Leben und Leiden des 29-jährigen Autisten Roman Dick erzählt. Denn: «Wie es unserer Zeit entspricht, gebärden sie sich durch und durch individualistisch, integrieren niemals einen fremden Willen in den eigenen. Der Autist will selber.» Xaver Wirth muss es wissen: 30 Jahre lang arbeitete der Heilpädagoge in der «Sonnhalde Gempfen», einem Heim für autistische Menschen, mit mehreren Einrichtungen in den Kantonen Solothurn und Basellandschaft.

Ein Haar weckt alle seine Sinne

Wirth betreute auch Roman Dick, versuchte, ihm, der immer selber will, im Wald das Hantieren mit der Motorsäge beizubringen. Roman spricht nicht. Er steht nicht gerade, sondern wippt und schaukelt mit dem Oberkörper. Manchmal hält er sich dabei die Ohren zu und gibt brummende und summende, auch zischende und jubilierende Laute von sich. Roman ist detailverliebt: Schon ein Haar oder ein kleiner Zweig weckt seine Aufmerksamkeit und seine Sinne. Oft lacht er schelmisch, auf der Gitarre spielt er immer nur einen Akkord, den aber mit grosser Leidenschaft.

So sind Autisten. Sind Autisten so? Die einen ja, die anderen aber sind ganz anders. Individualisten eben. Im Kern zeigt Roman Dick allerdings exakt die Auffälligkeiten in den drei Bereichen, die zur Diagnose Autismus führen: verspätete oder fehlende Sprachentwicklung, auch Verlust von vorhandener Sprache, repetitive Verwendung von Wörtern oder Sätzen. Besonderheiten in Blickkontakt, Mimik und Gestik. Wenig Interesse an anderen Menschen oder ungeeignete Formen der Kontaktaufnahme, fehlendes Verständnis für Abläufe in Gruppen. Eingeeigte und repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten. Menschen mit Autismus drehen zum Beispiel gerne ausgiebig an Rädern von Spielzeugautos, reihen Gegenstände auf, wiederholen auffällige Hand- und Körperbewegungen, sind vollkommen fasziniert von bestimmten Themen und Gegenständen.

Sind Menschen mit einer autistischen Störung so? Die einen schon. Andere aber ganz anders.

Keine Folge von Erziehungsfehlern

Autismus heisst «sehr auf sich bezogen sein». «Menschen mit Autismus nehmen aufgrund einer komplexen Hirnfunktionsstörung sich und die Welt anders wahr», erklärt Esther Manser, Oberärztin an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik Bern, Leiterin der Autismus-Sprechstunde. Ganz wichtig dabei

zu wissen: «Es ist eine gegenseitige Wahrnehmung von Anderssein und einander Nichtverstehen», sagt die Psychiaterin. «Auch wir verstehen autistische Menschen in vielem nicht, so wie sie uns nicht verstehen. Zum Verstehen müssen wir von beiden Seiten Brücken schlagen.» Oft orientieren sich Menschen mit Autismus an Details und haben Mühe, eine Situation als Ganzes zu erfassen. Sie suchen selten Blickkontakt und können die Stimmung ihres Gegenübers aus dessen Gesicht kaum erkennen. Häufig sind sie über- oder unterempfindlich auf Licht, Geruch, Geräusche oder Berührungen.



Menschen mit Autismus erwecken manchmal den Eindruck, als seien sie der Welt abhanden gekommen: Roman Dick im Film «Eine ruhige Jacke» allein unterwegs in der Weite des Schweizer Juras.

Fotos: cineworx

Die verschiedenen Formen und Ausprägungen von Autismus fasst die Medizin heute im Begriff «Autismus-Spektrum-Störung» zusammen. «Die Kinder werden mit der genetischen Veranlagung für Autismus geboren», sagt Esther Manser. «Autismus ist keine Folge von Erziehungsfehlern oder familiären Konflikten.» Die Ursachen des Autismus sind bis heute nicht vollständig geklärt. Bei der Entstehung spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Neben den genetischen Einflüssen haben dabei wahrscheinlich auch biologische Abläufe vor, während und nach der Geburt eine Bedeutung. Sie können die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen und Autismus auslösen.

Angeborene Unfähigkeit zur Kontaktaufnahme

«Wir müssen also annehmen, dass diese Kinder mit der angeborenen Unfähigkeit zur Welt gekommen sind, den normalerweise biologisch angelegten, affektiven Kontakt zu Menschen

Schon der Kinderarzt Hans Asperger beobachtete, dass Menschen mit Autismus extrem männlich denken.

herzustellen – genau wie andere Kinder mit angeborenen körperlichen oder geistigen Behinderungen zur Welt kommen», beschrieb der österreichisch-amerikanische Kinderpsychiater Leo Kanner den frühkindlichen Autismus 1943 zum ersten Mal. Noch bis vor 20 Jahren betrachteten die Fachleute Autismus als äusserst seltene Krankheit. Neue Untersuchungen zeigen aber, dass die Zahl der Betroffenen weitaus grösser ist als angenommen. Die höchsten Zahlen kommen aus Skandinavien: Schweden rechnet mit einem Prozent der Bevölkerung, das von Autismus betroffen ist. In der Schweiz leben ungefähr 50 000 Menschen mit einer diagnostizierten autistischen Störung. Davon sind knapp 10 000 Kinder und Jugendliche.

Extrem männliches Gehirn?

Noch gibt die Entstehung von Autismus der Medizinwissenschaft Rätsel auf. Immerhin bringen mehr und mehr einzelne Erkenntnisse und Befunde etwas Licht ins Dunkel dieser Hirnentwicklungsstörung. So zeigten Untersuchungen mit modernen bildgebenden Verfahren, dass bei Menschen mit Autismus-Störungen ein anderes Hirnareal aktiv ist, wenn sie Gesichter betrachten, als bei Menschen ohne diese Störungen. «Ein spannender Befund», findet Esther Manser: «Gesichter aktivieren bei autistischen Menschen dasjenige Hirnareal, das andere Menschen beim Betrachten von Objekten brauchen.»

Eine umstrittene These stellt der englische Psychologe Simon Baron-Cohen auf: Autisten hätten möglicherweise ein extrem männliches Gehirn, sagt der Direktor des Autismus-For-

The Transporters – Auf unterhaltsame Weise Emotionen entdecken

Der englische Autismus-Forscher Simon Baron-Cohen entwickelte eine DVD speziell für autistische Kinder, die jetzt auch in deutscher Übersetzung in der Schweiz erhältlich ist. Autistische Kinder können Emotionen in den Gesichtern ihrer Gegenüber nicht wahrnehmen. Oft interessieren sie sich aber für technische Dinge, die sich systematisch und vorhersehbar bewegen, zum Beispiel Trams oder Züge. Diesen Umstand nutzte Baron-Cohen aus: Er animierte in der DVD mit dem Titel «The Transporters – Auf unterhaltsame Weise Emotionen entdecken» die Fahrzeuge mit realen Gesichtern und spielte damit 15 Episoden ein, die unterschiedliche Emotionen darstellen.

In einer Auswertung mit fünf- bis achtjährigen Kindern konnte der Forscher den Nutzen der DVD nachweisen. Kinder mit dem Asperger-Syndrom – einer mildereren Form von Autismus – lernten, Gefühlsausdrücke in fremden Gesichtern richtig wahrzunehmen, wenn sie die DVD einen Monat lang 15 Minuten täglich anschauten. Ob die Wirkung nachhaltig ist, will der Autismus-Forscher in einem nächsten Projekt herausfinden. Die auf Deutsch übersetzte DVD ist beim Elternverein Autismus deutsche Schweiz erhältlich – für Familien mit einem autistischen Kind kostenlos: www.autismus.ch → Publikationen/Infos

>>

schungszentrums an der Universität Cambridge. Er interessiert sich vor allem für das Rätsel, warum mehrheitlich Knaben, vier Fünftel nämlich, von Autismus betroffen sind. In einer kleinen Studie konnte er zeigen, dass sich Kinder umso «männlicher» verhalten, je mehr sie während der Schwangerschaft dem männlichen Geschlechtshormon Testosteron ausgesetzt waren.

Frauen denken emphatisch

Nach Untersuchungen der Gehirnaktivität von Männern und Frauen kam Baron-Cohen zum Schluss, das Gehirn eines durchschnittlichen Mannes funktioniert mehr in Systemen, während Frauen mehr empathisches Denken zeigten. Beobachtungen, die in diese Richtung gehen, machte offenbar schon der österreichische Kinderarzt Hans Asperger. Er war überzeugt, dass Menschen mit Autismus ausgeprägt männlich den-



Das Drama entzündet sich an der Motorsäge: Roman Dick (r.) und sein Betreuer Xaver Wirth in «Eine ruhige Jacke».

ken. Asperger beschrieb 1944 das nach ihm benannte Syndrom, eine mildere Form von Autismus. Ob die Testosteron-Konzentration auch bei der Entwicklung von Autismus eine Rolle spielt, will Simon Baron-Cohen mit Hilfe eines nächsten grossen Forschungsprojekts herausfinden, in dem er Tausende Fruchtwasserproben analysiert.

Verschiedene Formen von Autismus und Therapien

Fachleute sprechen heute von einer Autismus-Spektrum-Störung, weil sie der Meinung sind, dass die einzelnen autistischen Störungsbilder – frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus und Asperger-Syndrom – nicht immer scharf voneinander abzugrenzen sind. Die drei Kerngebiete einer autistischen Störung:

- Auffälligkeiten der Sprache und Kommunikation, verspätete oder fehlende Sprachentwicklung oder Verlust von vorhandener Sprache.
- Auffälligkeiten der sozialen Interaktionen, etwa Besonderheiten im Blickkontakt, in Mimik und Gestik; wenig Interesse an anderen Kindern, ungeschickte Formen der Kontaktaufnahme, fehlendes Verständnis für Abläufe in Gruppen.
- Eingegängtes und repetitives Spielverhalten, auffällige Hand- oder Körperbewegungen, Angst vor Neuem, Bestehen auf bestimmten festgelegten Abläufen, Mühe mit «Programmänderungen», ausgeprägte Spezialinteressen.
- Wenn bei einem Kind Beeinträchtigungen in den drei Kerngebieten vorliegen und die Probleme vor dem dritten Lebensjahr erkennbar sind, stellen Fachpersonen die Diagnose eines frühkindlichen Autismus.
- Sind die Beeinträchtigungen weniger gravierend, nicht in allen drei Teilbereichen vorhanden, oder sind sie nach dem dritten Geburtstag aufgetreten, bezeichnen die Fachleute die Störung als atypischen Autismus. Kinder mit frühkindlichem oder schwerem atypischem Autismus gelingt es nicht, mit ihrer Umwelt in eine wirkliche Beziehung zu treten und ihre Umgebung als eine von Regeln bestimmte Welt zu erfahren.
- Sind Kinder mit frühkindlichem Autismus in ihrer Intelligenz wenig beeinträchtigt, sprechen die Fachleute von «high functioning Autismus».

- Kinder mit Asperger-Syndrom, einer milderen Form von Autismus, zeigen in den ersten drei Lebensjahren keine gravierenden Auffälligkeiten in der sprachlichen und allgemeinen Entwicklung. Auch die soziale Beeinträchtigung ist weniger ausgeprägt. Im späteren Leben verfügen die Betroffenen über eine normale Intelligenz. Ihre Auffälligkeiten kommen oft erst zum Ausdruck, wenn sie als Jugendliche aus der Familie in neue Lebensumstände wechseln: im sozialen Verhalten, in der Sprache und im Sprechen, im Blickkontakt, im Einsatz von Mimik und Gestik, in ausgeprägten Interessen, in der Schwierigkeit, sich auf Neues einzustellen.

Therapien und Heilung

Nach dem heutigen Stand des Wissens ist Autismus nicht heilbar. In der Therapie werden aber stetig Fortschritte erzielt. Geeignete intensive Therapien können teilweise erhebliche Verbesserungen erreichen, sodass sich Betroffene besser in ihrer Umgebung zurechtfinden. Es gibt eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten. Am besten untersucht und wissenschaftlich überprüft sind autismusspezifische Programme, die auf entwicklungs- und verhaltenstherapeutischen Prinzipien beruhen: die angewandte Verhaltensanalyse ABA (Applied Behavior Analysis), TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). Andere Ansätze stützen sich auf Methoden, die soziale Kompetenzen spieltherapeutisch fördern wie etwa die aus Israel stammende, in der Schweiz neu eingeführte Mifne-Therapie (siehe Beitrag ab Seite 11). Die geeignete Therapieform müssen die Eltern in Zusammenarbeit mit den Fachpersonen auswählen.

Autismus bei Mädchen häufig ein stilles Leiden

Gewiss sind die Erkenntnisse von Simon Baron-Cohen von Interesse, um der Entstehung von Autismus auf die Spur zu kommen. Dass viel mehr Knaben autistische Störungen entwickeln, erklären sie indessen noch nicht. Denn Mädchen sind dem Testosteron im Mutterbauch in gleichem Mass ausgesetzt wie Knaben. Esther Manser setzt denn auch eher auf eine andere Erklärung für den starken Überhang an autistischen Knaben: «Wohl sind bei allen Formen von autistischen Störungen mehr Buben als Mädchen betroffen», sagt sie, «doch wahrscheinlich verpassen wir einen Teil der Mädchen, weil die heute gebräuchlichen Diagnosemethoden für Mädchen und Frauen nicht gerade ideal sind. Mit ihren intensiven Vorlieben für Reiten und Lesen fallen sie weniger auf als die Buben, die Fahrpläne auswendig lernen und sämtliche Automarken kennen. Auch rasten die Mädchen kaum aus wie die Buben, stören weniger und zeigen seltener aggressives Verhalten. Mädchen richten ihre Aggressionen eher gegen innen. Autismus ist bei ihnen häufig ein stilles Leiden.»

Mit dieser Einschätzung bestätigt Esther Manser die Erfahrungen der Autismus-Expertin Judith Gould, die Ende 2011 in einem Interview mit dem «Tages Anzeiger» berichtete, sie habe in den letzten Jahren vermehrt Mädchen im Teenageralter und junge Frauen diagnostiziert. «Das heisst, der Autismus wurde bei ihnen im Kindesalter nicht erkannt», erklärte die Direktorin des Autismuszentrums im englischen Kent. Dies liege daran, dass viele eine sehr enge Vorstellung von Autismus hätten – nicht nur Laien, sondern auch Ärzte und andere Fachpersonen. «Sie denken, autistisch zu sein, bedeute, dass jemand total verschlossen ist, sich nur für technische Dinge und Objekte interessiert, und dass eine autistische Person hyperaktiv und aggressiv ist – Merkmale, wie sie autistische Buben an den Tag legen. Wenn ein Mädchen kommt, das zumindest oberflächlich kontaktfreudig ist und Interessen zeigt, die für Mädchen typisch sind, sagen viele: Das kann unmöglich Autismus sein.»

Es gilt, Vorurteile und Klischees zu entkräften

Mit ihrem ungewöhnlichen Verhalten und ihrem Anderssein nähren autistische Menschen immer noch viele Vorurteile und

Klischees, «die es zu entkräften gilt», sagt Heike Meyer Egli, Dozentin an der Pädagogischen Hochschule Bern. Etwa die irri-ge Meinung, «Menschen mit einer autistischen Störung brauchten gar keinen sozialen Kontakt. Sie fühlten sich in ihrer eigenen Welt vollkommen wohl, seien gar nicht fähig, in unsere Welt zu finden». Oder auch der Trugschluss, «wer nicht gut sprechen könne, könne notgedrungen auch nicht gut denken».

«Viel Erlösungskraft»

Dass diese Vorstellungen nicht zutreffen, dafür ist Roman Dick ein Botschafter. Als Hauptdarsteller im neuen Schweizer Film zeigt er

sein Potenzial auf eindruckliche Weise: In der Beziehung zu seinem Betreuer Xaver Wirth, als Musiker und Filmemacher, mit seinem geradezu poetischen Sprachverständnis, das er immer wieder demonstriert, ohne selbst zu sprechen, indem er auf Buchstaben deutet, die auf einer Tafel stehen: Als er einmal ausser sich ist vor Aufregung, fragt ihn Wirth, was ihm jetzt guttun würde. «Eine ruhige Jacke anziehen» antwortet er. Und seinem Betreuer, der am Ende des Films stirbt, wünscht er «viel Erlösungskraft». ●

Weitere Informationen

www.autismusschweiz.ch: Die Dachorganisation «autismusschweiz» ist eine landesweite Plattform für die Thematik «Autismus Spektrum». Sie bietet grundlegende Informationen und Vernetzung in autismusspezifischen Themen

<http://autismus.ch>: «autismus deutsche schweiz» vertritt die Interessen der Menschen mit Autismus, deren Eltern, Angehörigen und der Fachpersonen in der deutschen Schweiz. Der Verein veranstaltet Fachtagungen, Workshops, Kurse, Ferienlager und Familienpicknicks

www.autismuslink.ch: Die Stiftung «autismus link» hat zum Ziel, für Menschen mit Autismus und ihren Angehörigen eine bedürfnisgerechte Situation in allen Lebensbereichen zu schaffen von der Diagnose, Behandlung, Beratung, Betreuung, Therapie über die schulische Förderung, Arbeit, Beschäftigung bis zum Wohnen und zur Freizeit.

«Eine ruhige Jacke»: Ein überwältigender Film über Autismus

Wer etwas über Autismus erfahren will und eindringliche, überwältigende Bilder von starken, berührenden Menschen und Landschaften erträgt oder noch besser: liebt, sollte sich den Film «Eine ruhige Jacke» des jungen Schweizer Regisseurs Ramon Giger ansehen. Zurzeit läuft er in grösseren Schweizer Städten.

Zwischen Roman, der Hauptfigur, und der Welt scheint kein schützender Puffer zu sein. Er kann seine Reaktionen auf die Umwelt nicht dosieren und wechselt stets zwischen Apathie und Panik. Den Reizen der Welt ist er schutzlos ausgeliefert. Roman spricht seit 26 Jahren nicht und lebt in seiner eigenen inneren Welt. Er ist autistisch. Seit er 16 Jahre alt ist, lebt er in der «Sonnhalde Gempfen», einem Heim für Menschen mit Au-

tismus. 2002 kommt Roman in die Aussenstelle Roderis, auf einen Bauernhof im Jura. Dort handelt der Film, zeigt ihn und seinen Begleiter Xaver im Alltag. Kühe sind zu betreuen und Holz ist zu sägen. Rund um eine pädagogisch eingesetzte Motorsäge ergibt sich das Drama zwischen Roman und Xaver. Den dramaturgischen Höhepunkt liefert die Wirklichkeit am Schluss des Films: Xaver, die wichtigste Bezugsperson für Roman, stirbt an Herzversagen. Allein die Szene, in der Roman die Todesnachricht erfährt, ist es wert, sich den Film anzusehen. Sie zeigt, wie viele verschiedene Gefühlsregungen zwischen Ratlosigkeit, Trauer, Nicht-Glauben-Wollen und Angst auf dem Gesicht eines Menschen mit Autismus innerhalb von Sekunden aufscheinen können.

EINLADUNG ZUM ROUND TABLE

Von der Analyse von Einzelleistungen zur Unternehmensstrategie

Neue Pflegefinanzierung, Akut- und Übergangspflege, Fusionen von Gemeinden oder integrierte Versorgung:

- Was bedeutet dies alles für meine Institution?
- Was ist CURAtime[®]? Welche Möglichkeiten bieten sich, wie lässt es sich anwenden? Was wird wie gemessen?
- Wo liegen die Ansatzpunkte für Effizienz und Prozesssteuerung?
- Meine Institution als Magnetinstitut – Ist Exzellenzmanagement umsetzbar?

Programm

Kantonale und nationale Herausforderungen an die Langzeitpflege

Referentin: Monica von Toggenburg – Health Care Consultant Curanovis

Messung von Leistungen in den Kernprozessen mit CURAtime[®]: Methode und Möglichkeiten

Referent: Thomas Bächinger – Geschäftsführer MicroMED AG

Prozesse optimieren und Effizienz steigern – aber wie?

Referent: Stefan Knoth MHSch – Gesundheitswissenschaftler – Geschäftsführer Curanovis

Diese und andere Fragen werden in drei Referaten mit anschliessender Diskussion erörtert und konkrete Lösungsansätze und Instrumente vorgestellt.

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung.

27. Januar 2012	14.00 – 17.00 Uhr	Hotel Herisau, Herisau
6. Februar 2012	14.00 – 17.00 Uhr	Hotel Blumenstein, Frauenfeld
8. März 2012	14.00 – 17.00 Uhr	AZ Bruggwiesen, Effretikon
3. April 2012	14.00 – 17.00 Uhr	Hotel Radisson BLU, St.Gallen

Die Teilnahme ist kostenlos. Anmeldung jeweils bis spätestens 10 Tage vor der Veranstaltung.
Die Platzzahl ist beschränkt. Die Teilnehmer werden nach Eingang der Anmeldung berücksichtigt.
Veranstalter: Curanovis – Care Management – www.curanovis.ch

Anmeldung: **barbara.knoth@curanovis.ch**
 oder Fax +41 56 441 91 71

Curanovis – Care Management
Badenerstrasse 9
5200 Brugg AG

Vielversprechende neue Frühintervention bei autistischen Störungen

Autistische Kleinkinder lernen, sich zu äussern

Wenn Kinder mit Autismus früh und intensiv behandelt werden, sind ihre Chancen auf ein normales Leben gross. In Muttenz BL wird eine Intensivtherapie angeboten, die den kleinen Patienten und ihren Familien einiges abverlangt.

Von Liliane Minor

Wenn es an der Haustür der Familie Petermann* klingelt, kommen die vierjährigen Zwillinge Alois* und Lea* neugierig herbei, um zu sehen, wer da ist. Wie das für kleine Kinder eben normal ist. Normal? Bei Petermanns war das lange Zeit anders. Lea kam. Ihr Bruder nicht. Alois hat sich noch als Dreijähriger immer verkrochen und still beschäftigt, bis der Besuch wieder weg war. Der kleine Bub ist Autist.

Dass Alois anders ist, merkten seine Eltern relativ früh. Vater Jan Petermann* erzählt: «Er hat zum Beispiel jeden Augenkontakt vermieden, auch mit uns Eltern.» Zwar habe der Bub durchaus seine Wünsche mitgeteilt, aber kaum mit Worten. «Wir haben meistens verstanden, was er wollte», sagt der Vater, «und sind dann darauf eingegangen.» Das tun sie nicht mehr. Heute verlangen sie von Alois, dass er sich klar mit Worten ausdrückt. Und es geht, meistens.

Kernstück ist der reizarme Raum

Das ist Teil einer Therapie, die seit 2010 in einem Zentrum für autistische Störungen in Muttenz angeboten wird: die FIAS-Behandlungsmethode. Sie lehnt sich eng an die von der israelischen Psychologin Hanna Alonim entwickelte Mifne-Therapie an. Mifne ist Hebräisch und heisst «Wendepunkt». Die Schweiz war das erste Land, in welches die Mifne-Methode exportiert wurde; inzwischen haben sich die Wege

getrennt, und die in Muttenz angebotene Therapie heisst FIAS, benannt nach der Stiftung Frühintervention bei autistischen Störungen (FIAS), die das Zentrum finanziert. Das FIAS-Therapiezentrum ist der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universität Basel angeschlossen und wird von einer Psychologin und einer Kinderpsychiaterin geleitet.

Die FIAS-Therapie ist eine auch für die Eltern und Geschwister ausserordentlich intensive Angelegenheit. Am Anfang steht eine dreiwöchige, teilstationäre Behandlung mit der ganzen Familie. Die Eltern, das betroffene Kind und dessen Geschwister leben in dieser Zeit in einer Wohnung in Muttenz, die zum FIAS-Zentrum gehört. Die Behandlung findet in einem Häuschen statt, das eigens für die Therapie umgebaut worden ist. Kernstück ist der reizarme Raum: Ein Dachzimmer mit weichem Boden und gepolsterten Wänden, dessen Fenster mit weissen Holzplatten komplett verschliessbar sind – man wähnt sich dann in einem fensterlosen Zimmer. «Das war am Anfang sehr irritierend», sagt Jan Petermann, «aber wichtig, denn das Kind soll nicht abgelenkt werden.»

Heute verlangen Alois' Eltern, dass er sich klar mit Worten ausdrückt. Und es geht, meistens.

Mit Video und Einwegspiegel

Für die kleinen Patienten besteht die Therapie in erster Linie aus Spiel. Das Kind spielt mit den Eltern oder einer Therapeutin, manchmal auch mit den Geschwistern. Bis sechs Stunden am Tag, jeden Tag. Ziel für den Spielpartner ist es immer, Kontakt zum Kind herzustellen, seine Anregungen aufzunehmen und Interesse

am gemeinsamen Spiel zu wecken. Zum Konzept gehört, dass das Regal mit den aufs jeweilige Kind abgestimmten Spielsachen ausser Reichweite des Kindes angebracht ist: Es soll fragen müssen, wenn es etwas will.

Während des Spiels stehen Kind und Spielpartner ständig per Video und aus einem Nebenraum durch zwei grosse Einweg-

>>



Kontaktaufnahme mit Seifenblasen: Während des Spiels stehen Kind und Spielpartner unter therapeutischer Beobachtung.

Foto: zvg

spiegel unter Beobachtung. Diese Beobachtung von aussen ist ein zentraler Aspekt. «Es ist verblüffend, zu sehen, was sich in dem Raum abspielt», sagt Jan Petermann. «Plötzlich realisiert man Auffälligkeiten und fragt sich, warum man sie nicht schon vorher bemerkt hat.» So habe er erst in Muttenz bewusst wahrgenommen, wie sein Sohn versucht, mit anderen Leuten Kontakt aufzunehmen – und wie oft das scheitert.

Lust wecken auf soziale Kontakte

All diese Beobachtungen werden in Einzel- und Paargesprächen zusammen mit Therapeuten besprochen. Ziel sei es nicht in erster Linie, Fehler im Umgang mit dem Kind aufzudecken, sagt die leitende Psychologin Esther Kievit, sondern das eigene Sensorium zu schärfen und auf das zu reagieren, was vom Kind komme: «Wir wollen es «gluschtig» machen auf soziale Kontakte.» Entscheidend sei, dass man dem Kind dabei nicht jeden Wunsch von den Augen ablesen kann: «Es soll lernen, dass es Erfolg hat, wenn es etwas klar kommuniziert. Und dass es das auch kann.» Mit den drei Wochen im Zentrum ist es nicht getan, diese dienen lediglich als Initialzündung für die weitere Behandlung.

Anschliessend an die Intensivphase erfolgt eine ungefähr achtmonatige Nachsorge. Dabei gilt es, das Gelernte zu vertiefen und anzuwenden. Alois' Vater räumt ein, sich damit zuweilen schwer zu tun. «Es ist nicht einfach, im Alltag eine tägliche Stunde intensives Spiel mit Alois einzubauen. Wenn man als Eltern gleichzeitig die Rolle des Therapeuten übernimmt, ist das eine recht grosse Belastung.» Auf Dauer sei das zu viel geworden: Seit verganginem Frühling besucht Alois jeden Morgen das Autismus-Zentrum in Riehen. Dennoch möchte Jan Petermann die FIAS-Therapie nicht missen: «Sie hat als Initialzündung enorm viel gebracht.» Die Therapie in Riehen sei nun eine gute Ergänzung.

Wissenschaftliche Auswertung läuft

FIAS und ihre Vorgängerin Mifne ist eine erstaunlich erfolgreiche Therapie. Rund zwei Drittel der in Israel behandelten Kinder konnten später normal eingeschult werden, zeigt eine Begleitstudie. Entscheidend ist das Eintrittsalter: je jünger das Kind, desto grösser die Erfolgschance. Nach dem vierten Lebensjahr sinkt sie drastisch. Mittlerweile sind auch in Muttenz

Erfolge erzielt worden: Fünf Kinder wurden bislang nach dem FIAS-Konzept behandelt, und alle machten grosse Fortschritte. Drei konnten oder können in den regulären Kindergarten beziehungsweise in eine Spielgruppe integriert werden. Künftig sollen rund zehn Patienten pro Jahr behandelt werden.

Ronnie Gundelfinger, Leitender Arzt im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der Uni Zürich, hält FIAS für einen «sehr spannenden Therapieansatz», vor allem für Eltern, denen die klassischen Verhaltenstherapien nicht zusagten. FIAS müsse wissenschaftlich aber noch genauer untersucht werden, sagt der Autismus-Spezialist. Dass dies noch nicht geschehen sei, sei wohl ein Grund, weshalb die Therapie trotz guter Erfolge bisher nicht weiter verbreitet sei. In Muttenz läuft deshalb die erste wissenschaftlich fundierte Evaluation der Therapie. Erste Resultate werden in zwei bis drei Jahren erwartet.

Teure Therapie

Der Basler Psychologieprofessor René Spiegel, einer der Initianten des FIAS-Zentrums und Präsident der Stiftung, sieht einen weiteren Grund, weshalb FIAS respektive Mifne erst an zwei Orten angeboten wird: Die Behandlung ist ausserordent-

lich aufwendig. «Die drei Wochen im FIAS-Zentrum sind eine Parforce-Tour», sagt Spiegel. Nicht nur für die Eltern. Während der Intensivphase sind ständig sechs, sieben Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt. Eine FIAS-Behandlung kostet rund 70000 Franken pro Familie; diese Kosten werden von

Krankenkassen und von der IV nur teilweise übernommen. Vorderhand zahlt die FIAS-Stiftung einen grossen Teil der Behandlung, die Eltern müssen einen ihren finanziellen Möglichkeiten angepassten Beitrag leisten.

Längerfristig will man erreichen, dass die FIAS-Therapie kassenpflichtig wird, ebenso wie andere Intensivtherapien. Spiegel arbeitet zu diesem Zweck mit anderen Institutionen zu-

sammen; auch der Elternverein Autismus deutsche Schweiz ist beteiligt. Autismus-Spezialist Gundelfinger unterstützt das: «Für den Therapieerfolg ist es entscheidend, dass das Kind sehr früh und sehr intensiv behandelt wird. Möglicherweise ist die Art der Behandlung dabei gar nicht so entscheidend.» ●

*Alle Namen geändert

Weitere Informationen: www.autismus-fias.ch

Die Autorin: Liliane Minor ist Redaktorin beim «Tages Anzeiger».

Anzeige

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

Werkstatt Supervision

Die Werkstatt ist eines der Vertiefungsmoduls des Nachdiplomstudiums Beratung in Veränderungsprozessen. Für erfahrene Beratungspersonen besteht die Möglichkeit, das Kernstudium durch einen Äquivalenznachweis zu ersetzen und direkt in das Werkstattmodul einzusteigen.

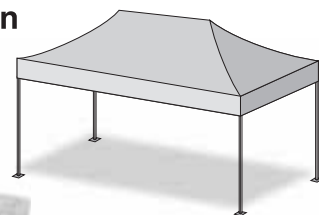
Zielpublikum Angesprochen sind Personen aus der Beratung (intern oder extern), die über Grundlagenwissen verfügen, bereits mit Gruppen und Teams arbeiten und das Beratungsformat Supervision vertiefen möchten.

Daten / Ort April bis Oktober 2012 (12 Tage), Luzern

Nähere Informationen und das Detailprogramm erhalten Sie unter www.weiterbildung.curaviva.ch

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

Festbankgarnituren Arbeitszelle Faltzelle



für professionelle
Anwender

Schöni
PartyWare

Schöni PartyWare AG
Isenrietstrasse 9a
8617 Mönchaltorf

Tel. 044 984 44 05
Fax 044 984 44 60
www.zeltshop.ch

50 Jahre WWF – Gemeinsam für unseren Planeten

Spenden Sie per SMS mit Panda (Betrag) an 488 oder wwf.ch/spenden. (Bsp. Spende 9 Fr.: Panda 9 an 488)

Betreuung von Menschen mit Autismus muss auf deren Eigenheiten Rücksicht nehmen

Vom stillen Glück, gemeinsam am Tisch des Wohnheims zu sitzen

In den fünf Kleinwohnheimen der Stiftung Wehrenbach im Kanton Zürich finden erwachsene Menschen mit schweren Formen von Autismus geeignete Betreuungsplätze. Strukturiertes Zusammenleben in der Gruppe gibt ihnen Halt – auch wenn sie nicht miteinander sprechen.

Von Susanne Wenger

Plötzlich hatte Heimleiterin Marianne Wettstein die Faust im Gesicht. Eine Bewohnerin mit Autismus, der es in der räumlich etwas beengten Garderobe des Heims zu wenig schnell vorwärts ging mit Anziehen, schlug zu. Sprechen kann die über 40-jährige Frau nicht. «Es war mein Fehler. Ich war zu wenig aufmerksam und kannte zudem die Bewohnerin noch nicht so gut wie heute», sagt Marianne Wettstein im Rückblick auf diesen Vorfall. Sie ist Co-Leiterin des 2007 eröffneten Kleinwohnheims Rebrain im Weiler Erlösen zwischen Hinwil und Wetzikon. Das Haus Rebrain ist eines von fünf Wohnheimen, die die Stiftung Wehrenbach im Kanton Zürich für Menschen mit Autismus betreibt (siehe Kasten). Auch ein anderer Rebrain-Bewohner fordert das Team immer wieder stark heraus: Er hat Impulskontrollstörungen. Er tritt, beisst, wirft Mobiliar um.

Aggressives Verhalten ist bei der Betreuung von Menschen mit Autismus eine der grössten Herausforderungen. Es ist eine Folge der Behinderung: Autistische Menschen können sich, wenn ihnen alles zu viel wird, oft nicht anders als mit Aggression ausdrücken. Gewaltprävention nimmt denn auch im Hand-

buch für Mitarbeitende der Stiftung Wehrenbach viel Platz ein. Regelmässig werden auch Weiterbildungen zum Thema organisiert. Keine Gewalt, aber doch eine zerstörerische Leidenschaft lebt ein weiterer von der Stiftung Wehrenbach betreuter Mann aus: Er findet einen Sinn darin, Glas und Blumentöpfe zu zerbrechen, und das repetitiv, seit Jahrzehnten. Die Beispiele zeigen: Die insgesamt 56 Mitarbeitenden der Stiftung Wehrenbach, die derzeit 29 Bewohnerinnen und Bewohner im Alter zwischen 18 und 52 Jahren betreuen, üben einen anspruchsvollen Job aus. «Fachlich und menschlich stellen wir hohe Anforderungen an unsere Mitarbeitenden», sagt Geschäftsführer Heinrich Gantenbein. Team-Supervision hilft, auch mit den schwierigen Betreuungssituationen umzugehen. Trotzdem sind nicht alle der Aufgabe gewachsen. Die Stiftung musste sich auch schon von Personal trennen – wie von jener neuen Mitarbeiterin, die in ihrer dritten Arbeitswoche von einem Bewohner gebissen wurde und damit nicht mehr klar kam.

Autistische Menschen können sich oft nicht anders als mit Aggression ausdrücken.

Es sind Menschen mit schweren Formen von Autismus, die in den Kleinwohnheimen der Stiftung Wehrenbach leben. Unter ihnen einige, die in anderen Institutionen oder zuhause nicht mehr tragbar waren. Die abstürzten und in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden mussten. Milieuwechsel und der Verlust gewohnter Bezugspersonen können Menschen mit Autismus extrem stressen. Besonders oft stelle der Übergang von der heilpädagogischen Schule und vom Elternhaus in die Erwachsenen-Institution einen Bruch dar, weiss Heinrich Gantenbein. Er sagt: «Menschen mit Autismus tragen

Viele waren anderswo nicht mehr tragbar

Es sind Menschen mit schweren Formen von Autismus, die in den Kleinwohnheimen der Stiftung Wehrenbach leben. Unter ihnen einige, die in anderen Institutionen oder zuhause nicht mehr tragbar waren. Die abstürzten und in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden mussten. Milieuwechsel und der Verlust gewohnter Bezugspersonen können Menschen mit Autismus extrem stressen. Besonders oft stelle der Übergang von der heilpädagogischen Schule und vom Elternhaus in die Erwachsenen-Institution einen Bruch dar, weiss Heinrich Gantenbein. Er sagt: «Menschen mit Autismus tragen

«Sie führen uns an Grenzen heran. Das bringt uns dazu, unsere Arbeit stets zu hinterfragen.»



Ausgeklügelte Sitzordnung: die Lebensgemeinschaft des Kleinwohnheims Rebrain im Zürcher Oberland.

Foto: zvg

ein schweres Schicksal. Unser Ziel ist es, ihnen trotzdem eine gute Lebensqualität zu ermöglichen.» Gantenbein findet es «ein Privileg», in seinem Beruf Menschen mit Autismus zu begleiten. Diese stellen vieles in Frage, was für uns andere selbstverständlich sei, wie die Kommunikation mittels Sprache: «Sie führen uns oft an Grenzen heran. Das bringt uns dazu, unsere Arbeit stets von Neuem zu hinterfragen und dadurch zu verbessern.» Heimleiterin Marianne Wettstein versucht, «sich in die Bewohnerinnen und Bewohner einzufühlen und herauszufinden, was in ihnen vorgeht». Wie zum Beispiel in jenem autistischen Mann, der zwar dicke Physik-Bücher studiert, aber

Fünf Standorte

Die Stiftung Wehrenbach ist eine von wenigen auf die Betreuung von Menschen mit Autismus spezialisierten Institutionen in der Deutschschweiz. Die Stiftung ging im Jahr 2000 aus einem Verein von Eltern autistischer Kinder hervor. Sie betreibt an fünf Standorten im Kanton Zürich Kleinwohnheime für erwachsene Menschen mit Autismus oder anderen Wahrnehmungsbehinderungen: in Hinwil-Erlosen, in Zürich-Witikon, beim Hasenstrick am Bachtel, in Feldbach und auf der Forch. Derzeit sind 29 Plätze besetzt. Mit einem neuen Kleinwohnheim in Bauma, das 2012 seine Türen öffnet, wird die Zahl auf 32 wachsen. Pro Betreuungsplatz sind es 1,1 Betreuerstellen. Finanziert werden die Heime zu einem Drittel über die Pensionstaxen der Bewohner, zu zwei Dritteln über Betriebsbeiträge des Kantons Zürich und anderer Kantone. Für spezielle Projekte wie Ferienlager und Hauskäufe ist die Stiftung Wehrenbach auf Spenden und Beiträge anderer Stiftungen angewiesen. (swe)

www.wehrenbach.ch

nicht in der Lage ist, alltägliche Verrichtungen wie den Toilettengang zu meistern. Er ist einer von sechs Bewohnenden im Kleinwohnheim Rebrain, das Marianne Wettstein zusammen mit Kathrin Ackermann leitet. Die Biografien der vier Männer und der zwei Frauen sind berührend. Ein junger Mann ist seit frühester Kindheit Vollwaise. Ihn plagten derart schwere epileptische Anfälle, dass er einen Helm trägt, um sich bei Stürzen nicht zu verletzen. Eine Bewohnerin lebte, bevor sie in den Rebrain kam, jahrelang mit ihren Eltern auf einer Alp, sommers und winters.

Strukturiertes Umfeld, geordnete Abläufe

Als Wohnheim mit integrierter Beschäftigung versucht der Rebrain, den betreuten Menschen «ein sicheres Zuhause zu bieten und sie in ihrer persönlichen Entwicklung zu möglichst grosser Selbständigkeit, beim Erhalt und Erwerb von Fähigkeiten, beim Zusammenleben in der Gruppe sowie bei der Pflege ihrer Beziehungen zu Angehörigen und Freunden zu unterstützen», wie es im Leitbild der Stiftung

Wehrenbach heisst. Sie orientiert sich am TEACCH-Ansatz («Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children»), der sich auch bei erwachsenen Menschen mit Autismus eignet. Zentral sei die Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse, erklärt Geschäftsführer Gantenbein: «Wir bieten unseren Bewohnern genau das an, was sie brauchen, und nehmen auf ihre Eigenheiten Rücksicht.» Nicht auf die Defizite der Bewohner werde dabei aber fokussiert, sondern auf die Förderung ihrer Stärken. Jedes Kleinwohnheim der Stiftung Wehrenbach hat deshalb recht viel Gestaltungsfreiheit. Vorgegeben von der Stiftung sind der Betreuungsauftrag, der Stellenplan, das Budget, ein Qualitätsmanagement-System und Sicherheitsprozesse.

Damit die autistischen Bewohnenden sich wohlfühlen, brauchen sie ein gut durchstrukturiertes Umfeld mit geordneten Abläufen. Im Kleinwohnheim Rebrain ist der Vormittag fürs Arbeiten reserviert, die Teilnahme ist für die Bewohner verbindlich. In der Werkstatt im Untergeschoss des Heims fertigen sie am Webstuhl Stoffe, sie mahlen Korn zu Mehl fürs Brot, das sie selber backen, sie sägen Holz, stellen Anzündhilfen fürs Cheminée her. Auch in die Hauswirtschaft sind sie einbezogen: ins Kochen, Putzen, Waschen, Bügeln und Einkaufen. Am Nachmittag laufen Aktivitäten wie Reiten, Schwimmen, Spazieren, Physiotherapie; nach dem Zvieri können die Bewohner sich zurückziehen, wenn sie das möchten.

Kommunikation mit Bildern und Symbolen

Um sich besser zurechtzufinden, erhalten die autistischen Menschen im Rebrain Orientierungshilfen: Zettel mit dem aktuellen Wochentag an der Zimmertür, Kalender, auf denen der Tagesablauf vermerkt ist, klare Angaben, wohin ein Ausflug führen wird, wie es dort aussieht, wer alles mitkommt und wie lange man ungefähr dort bleiben wird, helfen den Bewohnern, durch den Tag zu kommen. Die Kommunikation läuft über Bil-

>>

der, Piktogramme, Symbole und Gebärden. So zeigten anfangs verschiedene Gegenstände auf dem Regal einem Bewohner, wie der Tag läuft: Ein Plastikteller erinnerte ihn ans Frühstück, eine Zahnbürste an die Hygiene nach dem Essen, und kleine Schuhe zeigten ihm an, dass ein Ausflug anstand. Inzwischen ist dieser Bewohner einen Schritt weiter und lässt sich von Piktogrammen leiten. Auch subtil auf persönliche Verträglichkeiten und Unverträglichkeiten abgestimmte Dienst- und Betreuungspläne sowie ausgeklügelte Sitzordnungen ermöglichen im Rebrain erst ein Gruppenleben dieser eigentlich als «bedingt gruppenfähig» etikettierten Menschen. Zudem nimmt die Stiftung Wehrenbach pro Kleinwohnheim ein bis zwei Menschen mit anderer als autistischer Behinderung auf, im Rebrain sind es zwei Männer mit geistiger Behinderung. Deren soziale Fähigkeiten bereichern in der Wohngruppe den sozialen Austausch, bei dem Menschen mit Autismus oft beeinträchtigt sind. Die beiden Nicht-Autisten wiederum profitieren von der intensiven Betreuung, wie sie ein solches Heim gewährleistet.

Mangel an Betreuungsplätzen

Dank zuverlässigem Personal, verständnisvollen Eltern, guter Zusammenarbeit mit den Behörden und grosszügigen Gönnern habe sich die Stiftung Wehrenbach in den vergangenen Jahren positiv entwickeln können, sagt Geschäftsführer Heinrich Gantenbein. Dies bei durchschnittlichen Pensionstaxen, trotz stark

betreuungsbedürftiger Klientel. Das Wehrenbach-Modell eines Verbunds autonomer Kleinwohnheime könnte sich auch in anderen Kantonen bewähren, glaubt Gantenbein, denn: «Es braucht dringend weitere geeignete Betreuungsplätze für Menschen mit schwerem Autismus.» Ein Viertel der Wehrenbach-Bewohnerschaft kommt aus anderen Kantonen ins Zürichbiet, weil es in ihrer Herkunftsregion schlicht keinen geeigneten Heimplatz für sie gibt.

Am meisten freuen Gantenbein und seine Mitarbeitenden die Fortschritte ihrer Bewohner. Wenn es nach einer gewissen Zeit gelingt, dass sich alle an einen Tisch setzen – auch wenn sie sich kaum ansehen und nicht miteinander reden. Wenn auf einmal einer dem anderen hilft, die Schuhe zu binden. Wenn die Ausraster seltener werden. Aussenstehenden mögen solche Erfolge unspektakulär erscheinen. Doch die Beteiligten wissen: Sie sind eine Riesenleistung und das Ergebnis jahrelanger Aufbauarbeit. «Zwischenmenschliche Beziehungen sind auch bei Menschen mit Autismus möglich», betont Rebrain-Heimleiterin Marianne Wettstein. Autistische Menschen seien sogar in besonderem Mass auf stabile Beziehungen angewiesen. So auch die Bewohnerin, die Wettstein damals ein blaues Auge schlug. Sie hat inzwischen Vertrauen gefasst zur Heimleiterin und zeigt bei der Begrüssung gar Gesten der Zuneigung – keine Selbstverständlichkeit bei Menschen mit Autismus. «Ich freue mich enorm darüber», sagt Heimleiterin Wettstein. ●

Anzeige

Modulare Weiterbildung Tagesverantwortung in Langzeitinstitutionen

Module:

- Alltag gestalten und Normalität unterstützen
- Gerontopsychiatrische Veränderungen erkennen
- Somatische Veränderungen erkennen
- Chronische Krankheitsverläufe begleiten
- Tagesverantwortung übernehmen

Zielgruppe:

FaGe, FaBe, FA SRK, Hauspflegerinnen

Persönliche Beratung: Tel. +41 (0)62 837 58 39

www.careum-weiterbildung.ch

– Mühlemattstrasse 42

CH-5001 Aarau

Tel. +41 (0)62 837 58 58

info@careum-weiterbildung.ch

careum Weiterbildung

Fortschrittliches Modell im hohen Norden: Beratung und Unterstützung aus einer Hand

In Finnland werden Demenzkranke und ihre Familien nicht alleingelassen

Koordinatorinnen und Koordinatoren mit einem Pflegebudget stehen in Finnland Demenzbetroffenen und deren Angehörigen bei. Das wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus, weiss Demenzforscherin Kaisu Pitkälä aus Helsinki. In der Schweiz fehlt ein solches Fall-Management bislang.

Von Daniel Vonlanthen

Wenn das Gehirn erkrankt, leidet der Mensch in seiner ganzen Persönlichkeit, leiden auch Angehörige und Freundeskreis. Medikamente und Trainings helfen wenig. Alltag, Zusammenleben, Wohnumfeld und administrative Dinge müssen neu geregelt oder angepasst werden. Wer bietet solch umfassende Hilfeleistungen an? In Finnland bewährt sich seit einigen Jahren das System der Fallkoordination. Kaisu Pitkälä, Dozentin für Medizin und Geriatrie an der Universität Helsinki und Leiterin Demenzforschung, berichtete in Bern an einer Fachtagung der Stiftung Diaconis und der Berner Fachhochschule über die Erfolge dieses Projekts.

Die Fall-Koordinatorinnen und -Koordinatoren kennen die jeweilige Familie und ihre Lebenssituation. Sie sind in der Lage, die Konsequenzen und die mögliche Entwicklung der Krankheit abzuschätzen. Sie handeln vorausschauend, um Notfälle zu vermeiden. Sie sind auch Vermittler, Berater und «Übersetzer» zwischen den Familien und dem komplexen Netzwerk von Institutionen, Behörden und Therapieangeboten.

«Ihr wichtigstes Arbeitsinstrument ist das Telefon», sagt Kaisu Pitkälä. Die Koordinatoren haben keine Beistands- oder Vormundschaftspflichten, verfügen aber über ein Pflegebudget. Das Management-System funktioniert ebenso in ländlichen

wie in städtischen Gebieten. Ein Drittel der Patienten haben pflegende Angehörige im Haus, ein Drittel haben Bezugspersonen beziehungsweise Angehörige ausserhalb des Hauses, und ein Drittel ist alleinstehend. Das Ziel: Kranke sollen so lang wie möglich zuhause weiterleben können, ohne Pflegende und Angehörige zu überfordern. Die koordinierte Intervention führt zu einer höheren Zufriedenheit und Lebensqualität der Demenzbetroffenen. Die pflegenden Angehörigen fühlen sich ernst genommen, erhalten Beratung und Unterstützung aus einer Hand und sind weniger gestresst.

Heimeintritt hinausgezögert, Kosten gespart

Die positiven Resultate wurden in Studien nachgewiesen. Laut Pitkälä konnte der Eintritt in eine stationäre Einrichtung um Monate bis Jahre hinausgeschoben werden. Die durchschnittlichen Einsparungen betragen rund 8000 Euro pro Fall und Jahr.

In Finnland gibt es einen eklatanten Mangel an stationären Heimplätzen. Dieser wird durch die demografische Entwicklung noch verschärft, denn der Anteil an Hochbetagten in Finnland wächst schneller als in anderen europäischen Staaten.

Der Pflegestatus der Demenzbetroffenen hat tief greifende Auswirkungen auf das Familienleben, auf Verantwortlichkeiten, Machtverhältnisse, Beziehungsmuster und Kommunikati-

on. Wegen der Krankheit müssen Rollen oft neu definiert werden, etwa wenn der Partner plötzlich nicht mehr Auto fahren oder die Partnerin nicht mehr kochen kann. Für betagte Paare ist es besonders schwierig, neue Rollen zu lernen. Da kann der Koordinator praktische Lösungen zur Alltagsbewältigung anbieten. Oder er kann einen Ergotherapeuten beiziehen: Dieser lehrt die Patienten, wie sie verlorene Fähigkeiten durch noch vorhandene kompensieren können.

>>

Informationen über Pflegeangebote

Der Case-Koordinator, die Case-Koordinatorin tritt in der Regel dann in Aktion, wenn er oder sie von der Memory-Klinik eine Meldung über eine neue Diagnose erhält. Dann meldet sich die Koordinationsfachperson bei den Angehörigen und bietet ihre Hilfe an. Im frühen Stadium benötigen Betroffene aber meist noch keine grosse Unterstützung. Der Koordinator informiert die Angehörigen über sämtliche Programme und Pflegeangebote. Die Familie entscheidet dann selber, wann sie welche Hilfe in Anspruch nehmen will.

«Die Akzeptanz der Koordinatoren bei den Betroffenen ist hoch», berichtet Pitkälä. Dies im Gegensatz etwa zu ambulanten Pflegefachleuten oder fremden Dienstleistern, die oft als Bedrohung wahrgenommen würden. Die Angehörigen befürchteten einen Autonomieverlust oder die Störung der Privatsphäre.

Case-Management kaum verbreitet

In der Schweiz fehlt das organisierte Case-Management weitgehend. Angebote richten sich entweder direkt an die Patienten oder an die Angehörigen. Sie fokussieren entweder auf Medikamente, auf die Behandlung von Begleitsymptomen oder auf die Schulung von Angehörigen. Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen fehlt die Diagnose, die erst den Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung ebnet. Brigitta Martensson, Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung, bringt die heutige Malaise auf den Punkt: «Für die ganzheitliche Begleitung ist keiner der offiziellen Leistungserbringer zuständig.» Sie fordert seit Jahren eine Demenzstrategie für die

«In der Schweiz ist für die ganzheitliche Begleitung keiner der offiziellen Leistungserbringer zuständig.»

Schweiz. Die Hauptverantwortung lastet heute auf den Angehörigen: 60 Stunden pro Woche beträgt die durchschnittliche Pflegeleistung durch den Partner oder die Partnerin. Dies hat eine Spitex-Studie ergeben. Im Schnitt dauert das Pflegeverhältnis sechs Jahre. Da erstaunt es nicht, dass pflegende Angehörige oft selber krank werden und eine kürzere Lebenserwartung haben.

Kommt die nationale Demenzstrategie?

Laut der Alzheimervereinigung wird sich das Problem schon allein durch die demografische Entwicklung weiter verschärfen: Heute leben etwa 107 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz; in 20 Jahren werden es mindestens doppelt so viele sein. Fachleute rechnen derzeit mit 60 neuen Fällen pro Tag. Rund 6000 Schwerkranke benötigen Hilfe rund um die Uhr. Die Gesamtkosten der Demenz werden auf sieben Milliarden Franken geschätzt – etwa die Hälfte der Pflegeleistungen erbringen heute Freiwillige ausserhalb des Gesundheitswesens. Der private Pflegemarkt mit Billigkräften aus dem Ausland floriert.

Inzwischen gibt es regionale Angebote zur integrierten Versorgung, Tagesstätten und vieles mehr. Der Nationalrat hat zwei Motionen zur Erarbeitung einer nationalen Strategie fast oppositionslos gutgeheissen. Dennoch zweifeln Fachleute an der Umsetzung, so zum Beispiel der Krankenversicherungsspezialist Felix Schneuwly: «Wenn schon die nationale Gesundheitsstrategie fehlt, dann wird es hierzulande wohl auch nie eine Demenzstrategie geben.» ●



Mehr Zufriedenheit bei den Demenzbetroffenen, weniger Stress bei den Angehörigen: Wissenschaftlerin Kaisu Pitkälä stellte in Bern das finnische Unterstützungsmodell vor.

Foto: Berner Fachhochschule/Karin Salathé

Eine Parallelwelt für Demenzkranke

In Wiedlisbach im bernischen Oberaargau soll das erste Demenzdorf der Schweiz gebaut werden, eine geschützte Siedlung für rund 100 Menschen mit Demenz. Als Vorbild dient das holländische Demenzdorf Hogewey.

Von Daniel Vonlanthen

Die holländische Siedlung Hogewey für schwer demenziell Erkrankte gilt europaweit als Vorzeigemodell. Das geschützte Areal ist wie ein Dorf konzipiert; hier leben über 150 Demenzkranke in 23 Wohngruppen. Die Siedlung mit integriertem Supermarkt, Restaurant, Coiffeursalon, Fitnessraum, Galerie und Vereinslokalen verschafft den Patientinnen und Patienten hohe Selbstständigkeit. Entlang den breiten Fusswegen und Vorgärten, die mit Gartenzweigen ausgestattet sind, können sie sich frei bewegen. Demenzkranke brauchen ein überschaubares Umfeld. Die Pioniere haben auf dem 15 000 Quadratmeter grossen Areal eine Welt geschaffen, die einem gesunden Besucher wie eine Theaterkulisse erscheint. Die Kranken allerdings empfinden die eigens für sie konzipierte Parallelwelt als ihren normalen Lebensraum, den sie zu verstehen in der Lage sind. Er ist ihrem früheren Leben und dem Leben draussen nachempfunden. Das Pflegepersonal agiert wie ein Schauspiel-Ensemble: Die freundliche Bedienung im Café, der Gärtner im grünen Arbeitskleid, die vertraute Verkäuferin im Laden – sie haben stets ein wachsameres Auge auf die Bewohner, treten aber nicht als Pflegekräfte in Erscheinung.

Wohngruppen: ländlich, städtisch, kulturell, luxuriös

Die Patientinnen und Patienten leben zu sechst in Wohngruppen, die jede durch einen bestimmten Lebensstil geprägt ist. Es gibt die städtische, ländliche, handwerkliche, kulturelle, gehobene, christliche und auch die exotische Variante. Wer vor Ausbruch der Krankheit Kunst und Musik liebte, lebt bei der Kulturgruppe. Wer sich in seinem früheren Leben Luxus gewöhnt war, zieht bei der Wohngruppe mit Kronleuchtern und Chemineezimmer ein. Da wird Wert auf Etiketten gelegt, die Menschen mit Demenz lesen können. Demenzkranke haben in gewissen Phasen einen grossen Bewegungsdrang und wandern ständig herum. Auch wenn dieses Verhalten als rastlos und ziellos erscheint, erfüllt es einen Zweck: Es hilft den Kranken, noch selbständig etwas zu tun, also Bedürfnisse umzusetzen. Einschränkungen können Verwirrung und Aggression auslösen. In der Sied-

lung Hogewey besteht keine Gefahr des Weglaufens. Die Bewohnenden haben das Gefühl, sich frei bewegen zu können. Sie sind ausgeglichener und benötigen weniger Medikamente als Pflegebedürftige in traditionellen Heimen, wie die Verfechter von Demenzsiedlungen zu bedenken geben. Unter Fachleuten ist das Modell freilich umstritten: Wegsperrern sei mit Blick auf die enorme Zunahme an Krankheitsfällen keine Lösung, sagen Gegner. Demenzkranke müssten vielmehr in die bestehenden Strukturen integriert werden. Die Schweizerische Alzheimervereinigung hingegen unterstützt die speziellen Schutzräume, da sie höhere Zufriedenheit und grösseres Wohlbefinden garantieren.

Auf Schweizer Verhältnisse übertragen

Im bernischen Wiedlisbach ist nun auch in der Schweiz die erste Siedlung nach dem Vorbild Hogewey geplant: Betreiberin ist die Dahlia Oberaargau AG, Bauherrin und Eigentümerin der Liegenschaften das oberaargauische Pflegeheim Wiedlisbach (OPW), dessen Betrieb in die Dahlia Oberaargau integriert wird. Die Dahlia führt Institutionen für betreutes Wohnen und Pflegeheime in Niederbipp, Herzogenbuchsee, Huttwil und ab Januar 2012 auch in Wiedlisbach. Zusammen wollen die beiden Institutionen am heutigen Standort des OPW in der öffentlichen Heimzone in Wiedlisbach ein Demenzdorf für rund 100 Menschen bauen. Die dortigen Gebäude müssen ohnehin erneuert beziehungsweise teilweise abgebrochen werden. Die Delegierten

der 43 Trägergemeinden haben dem Zusammenschluss der beiden Institutionen Ende November grossmehrheitlich zugestimmt – eine Voraussetzung für den Bau des Demenzdorfs.

OPW-Geschäftsführer Markus Vögtlin reiste mit einer Delegation nach Holland, um sich von der geschützten Wohn- und Lebensgemeinschaft überzeugen zu lassen:

«Ich war sehr beeindruckt. Die demenzkranken Menschen machten einen sehr ruhigen und zufriedenen Eindruck – ein Zeichen dafür, dass sie sich wirklich geborgen fühlen.» Vögtlin will das Modell nun auf schweizerische Verhältnisse übertragen. Hierzu sind zusätzliche Studien nötig. So müssen die jeweiligen Räumlichkeiten auf die städtischen und ländlichen Wohn- und Lebensstile, die vor 30 bis 40 Jahren üblich waren, ausgerichtet werden. Zur Erarbeitung des Pionierprojekts kann Vögtlin auf Unterstützung durch die Alzheimervereinigung, auf Gerontologie-Experten und Kompetenzzentren für Demenz zählen. Für die Realisierung rechnet Vögtlin mit fünf bis sieben Jahren. Die Kosten bewegen sich im gesetzlich vorgegebenen Rahmen für Heime und Institutionen des Kantons Bern. ●

**Bedienung im Café,
Verkäufer im Laden:
Das Pflegepersonal
agiert wie ein Schauspiel-Ensemble.**

Zwei Jahre nach der Demenz-Diagnose schied Erica Bolinger aus dem Leben

Sie fürchtete sich davor, nicht mehr selber bestimmen zu können

«Wenn es wieder kalt wird, will ich nicht mehr leben», sagte die an Alzheimer erkrankte Erica Bolinger. Zwei Jahre nach der Diagnose schied sie, 63-jährig, mit Exit aus dem Leben. Man könne zwar würdevoll mit Demenz leben, sagt ihr Mann, «aber man kann auch würdevoll damit sterben».

Von Walter Däpp

Es war ein fröhliches Geburtstagsfest. Die Gäste passten gut zum Anlass. Die meisten waren um die 60, wie die Gastgeber – also längst nicht mehr jung, aber auch noch nicht ganz alt. «Nur ein bisschen älter», wie sie etwa sagten. Die Stimmung war gut. Es wurde vergnügt geschwätzt, angeregt diskutiert, lautstark geklagt, gehörig gehadert, übermütig gescherzt, diskret getuschelt, verschmitzt geschmunzelt, herzlich gelacht und ausgelassen getanzt – zu bekannten Oldies, die in die Beine fuhren und ans Herz gingen. Und zwischenhinein hörte man da und dort den humorvoll formulierten und doch stets auch ein bisschen wehmütig gemeinten Seufzer, es sei «halt nicht mehr so wie früher». Vieles habe sich verändert. Und zwar rasant, nicht mehr so langsam und unmerklich wie damals, als das Älterwerden nicht bereits ein Alterungs-, sondern erst ein Reifeprozess gewesen war.

An einem der festlich geschmückten Tische sass Erica Bolinger, eine Frau mit feinen Gesichtszügen und sanftem, gewinnendem und auch neugierigem Blick, die man um Jahre jünger geschätzt hätte als 61. Sie war nicht gesprächig an diesem Abend, hörte vor allem zu – bis ihr plötzlich jenes Wort über die Lippen ging, das sie in diesem vergnügten Kreis bisher gelähmt hatte: «Alzheimer!» Seit Kurzem lebe sie mit dieser Dia-

gnose, sagte sie. Und sie zweifle an ihrer Kraft, «das durchstehen zu können». Was sie aber besonders beschäftige, sei die Befürchtung, die Krankheit werde für alle zur Qual – und zur unerträglichen Belastung für Walter, ihren Mann. Es mache ihr Angst, nun schleichend von diesem gespenstischen Leiden verändert zu werden, allmählich ihre Persönlichkeit zu verlieren, sich «plötzlich nicht mehr im Griff zu haben». Deshalb wende sie sich nun an die Sterbehilfeorganisation Exit, um «dann rechtzeitig darauf vorbereitet zu sein, wenn es konkret darum geht, mein Leben zu beenden».

Die letzten Bilder waren farbenfroh

Doch gleichzeitig zweifelte sie – und fragte: «Was heisst dann aber rechtzeitig? Wann wird dieser Zeitpunkt erreicht sein? Wann wird die Krankheit mich so abgebaut haben, dass mein Leben wirklich nicht mehr lebenswert ist? Dass mein Verstand versagt? Dass ich nicht mehr in der Lage bin, endgültig selber über mein Leben und meinen Tod zu bestimmen?» Antworten auf diese Fragen gab es am Geburtstagsfest keine. Doch während Dessert und Kaffee serviert wurden, entspann sich ein eindrückliches Gespräch – über das Leben und über das Sterben, über die Schwierigkeit, Schicksalsschläge hinzunehmen, und über die Hoffnung, sich allen Ungewissheiten, Leiden, Schmerzen und Ängsten zum Trotz im verblei-

benden Teil des Lebens noch zuversichtlich vorwärtsbewegen zu können. «Ja», sagte Erica Bolinger, «ich will es versuchen. Aber ich will noch bestimmen können, wann alles zu Ende sein soll.» Dann lächelte sie, stand auf, schob den Stuhl nach hinten, nahm ihren Mann bei der Hand – und führte ihn zum nächsten Tanz. Erica Bolinger starb zwei Jahre später, am 11. November 2010. Wie sie es an jenem Geburtstagsfest angekündigt hatte, schied sie mit Exit aus dem Leben. Freiwillig, wie man sagt,

«Freiwillig», wie man sagt, obschon der letzte Schritt wohl nicht frei, sondern bloss willig war.

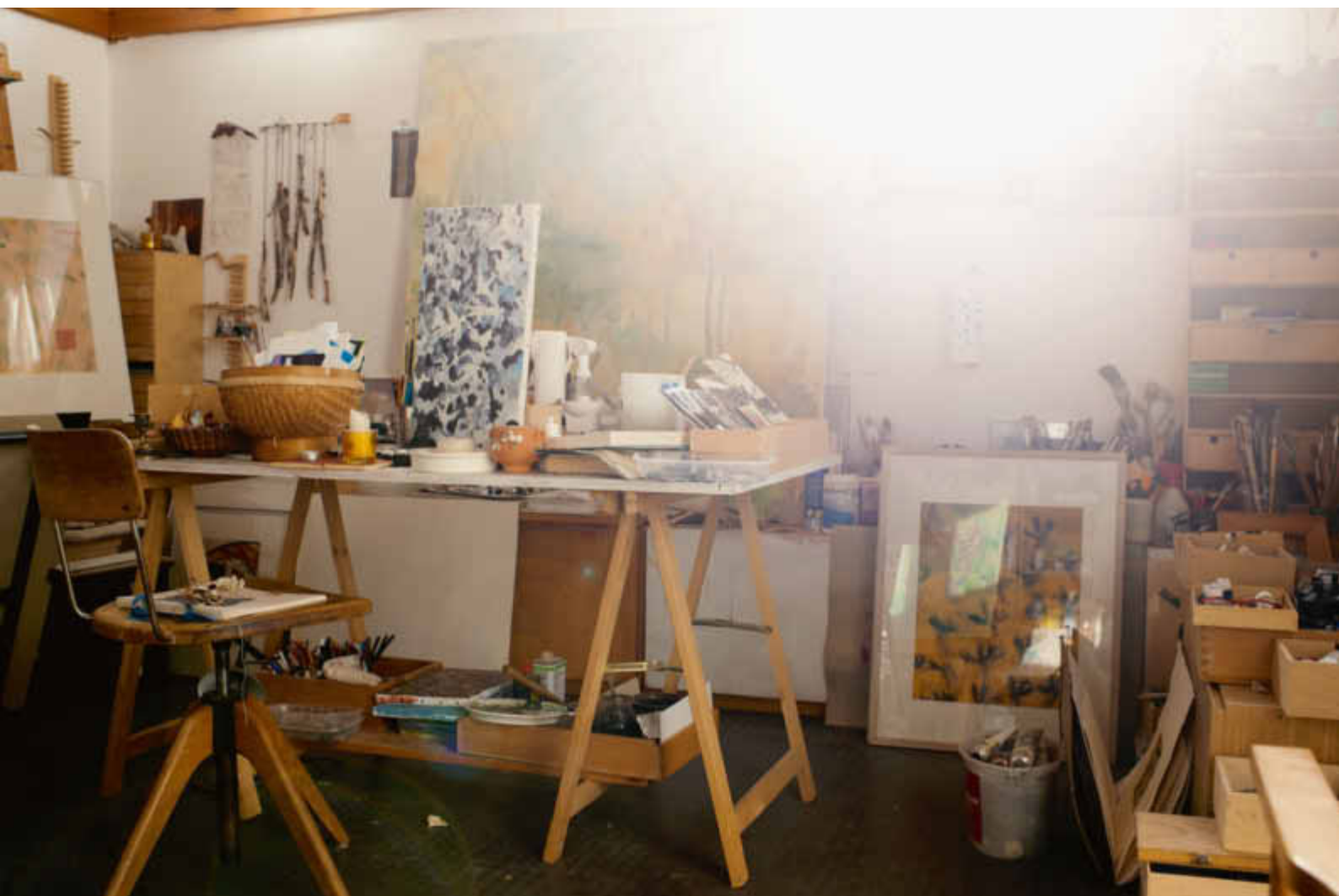
obschon dieser letzte Schritt für sie angesichts ihrer Krankheit wohl nicht wirklich frei, sondern bloss willig war. Denn wer scheidet schon «freiwillig» aus dem Leben – ohne aus seinen unfreiwilligen Sorgen, Nöten, Befürchtungen und Empfindungen heraus zu glauben, gute Gründe dafür zu haben?

Erica Bolinger war eine lebenslustige, aktive, offene, kontaktfreudige, feinfühlig und kreative Frau. Neben ihrem Beruf als Künstlerin war sie Teamcoachin im international tätigen Unternehmen ihres Mannes, den sie einst in der Entwicklungshilfe kennengelernt hatte. In ihrem Heim am Neuenburgersee umgab sie sich mit Tieren, engagierte sich aus vollem Herzen für ihre Grosskinder, fühlte sich wohl in ihrem Malatelier. Beim Malen hatte sie, mit feinem Gespür und künstlerischem Flair, ihre ganz grossen Erfolgs- und Glücksmomente – bis zuletzt. Ihre letzten Bilder sind leicht, fröhlich, hell und farbenfroh. Malen war für sie nicht nur Beruf und Berufung, es war ihr zweites Leben, in das sie sich gerne zurückzog

Zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen

Das reale Leben dagegen schien ihr allmählich zu entgleiten, die Alltagsbewältigung wurde beschwerlich. Sie vergass Dinge, hielt Abmachungen nicht mehr ein, wurde depressiv. Mit Medi-

kamenten liessen sich die depressiven Verstimmungen zwar aufhellen, doch die Demenzsymptome blieben. Und nach umfangreichen ärztlichen Abklärungen und Untersuchungen stand fest: «Höchstwahrscheinlich Alzheimer.» Das war im November 2008. Und für Erica Bolinger war von diesem Moment an klar, dass sie das fortgeschrittene Stadium dieser Krankheit sich selber, Walter, und ihrem verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Umfeld nicht zumuten wollte. Walter Bolinger entschied sich, dies zu respektieren, mit ihr diesen Weg zu gehen – nachdem Erica ihm gesagt habe: «Willst du mich in einem Heim besuchen im Wissen, dass ich das auf keinen Fall wollte? Oder willst du mich darin unterstützen, dass es nicht so weit kommt?» «Sie haderte nicht», sagt Walter Bolinger heute, «sie akzeptierte, ja dominierte die Krankheit – und lebte intensiv. Bis zuletzt. Sie blieb unternehmungslustig, besuchte Freundinnen, freute sich innigst an den Grosskindern, liebte die Tiere und die Malerei. Doch sie konnte sich nicht vorstellen, von andern gepflegt zu werden. Sie fürchtete sich davor, abhängig zu sein, nicht mehr selber bestimmen oder zumindest mitbestimmen zu können. Und es fiel ihr schwer, zu akzeptieren, dass sie zwar viel unternehmen wollte, aber immer weniger in der Lage war, dies ohne fremde Hilfe auch zu tun.» Ihr «visuelles Gedächtnis» sei >>



«Plötzlich ein gleissend helles Licht»: In ihrem Atelier ging Erica Bolinger am 11. November 2010 mithilfe von Exit in den Freitod.

Foto: Ruben Wyttenbach

bis zuletzt sehr gut gewesen, sagt er, doch viele gewohnte, alltägliche Handlungen seien bald eingeschränkt gewesen: «Telefonieren zum Beispiel. Fahrplanlesen. Einkäufe planen. Zahlungen erledigen. Das alles lag für sie nicht mehr drin.»

Die Krankheit erträglich gemacht

Walter Bolinger glaubt, dass Erica der frühe Entscheid, «mit Exit aus dem Leben zu gehen», die zunehmenden Krankheitssymptome erträglicher gemacht hat. Möglich, sagt er, dass sie deshalb noch glücklich habe weiterleben können, weil für sie feststand, dass sie «den Film dann schneiden» werde: «Ich bin überzeugt, dass die Möglichkeit, mit Exit aus dem Leben zu gehen, ihr geholfen hat.» Dank dieser Gewissheit habe sie «das Leben noch geniessen» können, trotz allem noch «die Kraft gehabt, guter Dinge zu sein». So hätten sie auch noch unbeschwertere gemeinsame Reisen unternehmen können, bis nach Trinidad und Tobago. Und in ihrem letzten Jahr habe sie auch mehrmals Freunde in Frankreich besucht. «Mit Alzheimerpatienten strebt man sonst einen möglichst geregelten Tagesablauf an», sagt Walter Bolinger, «Erica hatte aber andere Bedürfnisse. Und ich glaube, dass ihre beiden letzten Jahre für sie gute Jahre waren. Auch für mich waren sie es. Und für uns beide zusammen.»

Den Zeitpunkt ihres angekündigten Todes schob sie mehrmals hinaus – bis Besuche an gewissen Orten und letzte Begegnungen mit Menschen, die für sie wichtig waren, stattgefunden hatten. Ihr letztes Bild wurde kurz vor ihrem Tod fertig – ein Bild mit Vögeln. Im August 2010 habe sie gesagt, dass es «nun bald soweit sei», und dass sie «nicht mehr da sein will, wenn es wieder kalt wird». So habe man sich, nach Absprache mit ihrem Sohn und mit Exit, auf den Monat November geeinigt. Und als der 11. November als möglicher Termin feststand, habe sie eines Morgens «plötzlich über ein gleissend helles Licht» berichtet. Walter Bolinger: «Sie stand unter der Dusche, mit geschlossenen Augen, und war überwältigt von diesem Licht –



«Sie haderte nicht»: Erica Bolinger †

Foto: zvg

und von einer völlig neuen Farbe, die sie noch nie gesehen habe.» Dieses Licht, das sie bis in ihr Innerstes durchdrungen habe, sei für sie eine prägende Erfahrung gewesen. «Jetzt will ich wissen, was auf der anderen Seite des Leben ist», habe sie gesagt. Doch ihr Hausarzt und der Exit-Vertrauensarzt hatten noch ihre Urteilsfähigkeit zu bestätigen.

Der Tag des Abschieds

Den 11. November 2010, den Tag des Abschieds, verbrachten Erica und Walter Bolinger gemeinsam mit ihrem Sohn auf dem Mont Vully – «bei prächtigem Wetter, einer wunderbaren Föhnstimmung». Gegen Abend trafen sie sich «mit den beiden Frauen von Exit und mit Ericas bester Freundin» in Ericas Malateli-er. Man habe nochmals lange miteinander geredet, und die Exit-Vertreterinnen hätten Erica dreimal ausdrücklich gefragt, ob es nach wie vor ihr fester Wille sei, zu sterben. «Für sie», sagt Walter Bolinger, «war das klar.» Ihrem Wunsch entsprechend habe man eine CD mit Kuhglockengeläut aufgelegt. Sich dann umarmt. Dabei habe sie noch über die Kuhglocken ge-

Nur wenige Demenzkranke gehen diesen Weg

Von den 257 Personen, welche die Sterbehilfeorganisation Exit im Jahr 2010 in den Freitod begleitete, hatten vier eine beginnende Demenz, wie Erica Bolinger (siehe Haupttext). Zum Vergleich: 98 litten an Krebs, 55 an kumulierten anderen Altersbeschwerden, 17 waren schwer herzkrank. Seit 2005 nahmen bei Exit jährlich jeweils ein bis drei Demenzkranke Suizidbeihilfe in Anspruch. Insgesamt sei die Zahl der Anfragen von Personen mit Demenz tief, sagt Heidi Vogt, Leiterin Freitodbegleitung bei Exit. Das werde sich vielleicht ändern, weil immer mehr Menschen an Demenz erkranken. Vielleicht aber auch nicht, denn, so Vogt: «Gemäss meiner Erfahrung ist für die Menschen mit einer Demenzdiagnose der Entscheid zum Freitod schwierig und schmerzhaft.» Die Betroffenen seien in einem Zwiespalt: «Eigentlich möchten sie noch leben, haben noch eine gewisse Lebensqualität, andererseits fürchten sie sich davor, in den Zustand der schweren Demenz zu geraten.» Das Problem ist: Wie bei allen Fällen der organisierten Suizidbeihilfe muss auch bei der Hirnabbaukrankheit Demenz die Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Freitodbegleitung gewährleistet sein. Exit verlangt die Bestätigung durch eine Fachärztin,

einen Facharzt (Psychiater, Geriater, Neurologe) und durch einen zweiten Arzt, zum Beispiel den Hausarzt, samt Dokumentierung des Krankheitsverlaufs. Unmittelbar vor der Freitodbegleitung braucht es zusätzlich eine aktuelle Bescheinigung der Urteilsfähigkeit, die nicht älter als zehn Tage sein darf. Das bedeutet: Demenzkranke, die Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen wollen, müssen dies zu einem Zeitpunkt tun, da es ihnen unter Umständen noch wesentlich besser geht, als sie dies für spätere Phasen befürchten. «Personen mit Diagnose Demenz begleiten wir oft über Monate und Jahre», sagt Heidi Vogt. Es gehe darum, die sterbewillige Person und deren Angehörige zu beraten, und – wenn sie es wünschten – «darin zu unterstützen, den Zeitpunkt für eine Freitodbegleitung so festzulegen, dass es dem Wunsch dieses Menschen entspricht und gleichzeitig die Urteilsfähigkeit noch intakt ist». Persönlich hat Vogt zweimal erlebt, dass eine Freitodbegleitung wegen zu weit fortgeschrittener Demenz nicht mehr möglich war: «In beiden Situationen hatten sich aber Angehörige zu einem Zeitpunkt bei Exit gemeldet, in dem die Urteilsfähigkeit bereits fraglich oder nicht mehr gegeben war.» (swe)

scherzt («wenn sie euch nerven, stellt die CD dann ab»), nochmals zum Pinsel gegriffen und auf dem Bild mit den Vögeln einige bunte Tupfer angebracht. Dann habe sie «mit beeindruckender Leichtigkeit und Selbstverständlichkeit» nach dem Glas gegriffen, das die Frauen von Exit bereitgestellt hatten – und gelächelt.

«Nach einigen Minuten», sagt Walter Bolinger, «fühlte sie sich müde, dann schlief sie ein. Friedlich. Harmonisch. Ihr Atem wurde schwächer – bis er aufhörte. Ich wünschte mir, auch einmal so sterben zu können.»

Umstritten, aber «ein möglicher Weg»

Walter Bolinger ist sich bewusst, dass gerade für Alzheimerpatienten der Weg zu einer Sterbehilfeorganisation wie Exit umstritten ist. «Es ist einer von mehreren möglichen Wegen», sagt er, «und ich bin mir bewusst, dass etwa die Schweizerische Alzheimervereinigung eine andere Haltung einnimmt.» Das habe ihn davon abgehalten, mit ihr Kontakt aufzunehmen. Er ist aber überzeugt, dass gerade die Möglichkeit dieses «bewussten letzten Schritts» Erica von einer grossen Last befreit habe: «Sie ist noch glücklich gewesen. Der Entscheid, ihr Leben dann zu beenden, hat ihr das möglich gemacht.» Geweint habe sie in den Tagen und Wochen vor ihrem Tod nur einmal: Als sie sich nach ihrer letzten Reise zur Familie ihres Sohnes nach Holland von ihren Grosskindern verabschiedete. «Doch dann», sagt Walter Bolinger, «war für sie alles ein normaler Vorgang. Ein bewusstes Abschiednehmen.»

Erica habe alle Vorgaben erfüllt, die ihr erlaubt hätten, diesen Weg zu gehen: «Sie ist während längerer Zeit von diesem Schritt überzeugt gewesen; wir waren bereit, sie zu unterstützen – denn jemand musste letztlich, ihrem Willen entsprechend, ihren Tod organisieren; Erica und wir hatten klare Kriterien für diesen Entscheid und befolgten diese dann auch – Kriterien, die es Erica erlaubten, den Todeszeitpunkt nicht zu verpassen. Dazu gehört, den Tod nicht zu tabuisieren, sondern sich immer wieder mit dieser schwierigen Situation auseinanderzusetzen.»

Nicht das Gefühl haben, man falle anderen zur Last

Es gebe allerdings auch «ein Leben mit der Krankheit», gibt Birgitta Martensson, die Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung, zu bedenken. Doch sie respektiert den Weg, den Erica Bolinger gewählt hat: «Das ist ein sehr persönlicher Entscheid. Es liegt nicht an mir, ihn zu werten.» Auch dieser Fall mache aber deutlich, in welcher schwieriger Situation sich Menschen mit der Diagnose Alzheimer befinden. Insbesondere die Zeit unmittelbar nach der Diagnose sei emotional sehr belastend, Suizidwünsche seien in dieser Phase häufig. Erica Bolingers Entscheid, mit Exit zu sterben, sei aber offenbar während längerer Zeit, zusammen mit ihren Angehörigen, herangereift. «Ich kann das verstehen», sagt Birgitta Martensson, «und ich begreife, dass die Angst vor dem Verlust an Selbstbestimmung zu diesem Schritt führen kann.»

Doch auch Ericas Tod sei eine Aufforderung an die Gesellschaft, den Betroffenen und ihren Angehörigen «eine sinnvolle, res-

pektvolle und solidarische Begleitung» anzubieten. Und ihnen die Gewissheit zu geben, dass sie «darauf auch ein Recht haben – also nicht das Gefühl haben müssen, sie fielen der Gesellschaft zur Last».

Es gibt Alternativen zum Suizid

Da sei noch viel zu tun, sagt Birgitta Martensson. Bis ins Jahr 2030 werde sich die Zahl von derzeit 107'000 Alzheimer- oder anderen Demenzkranken in der Schweiz verdoppelt haben. Die Betroffenen und ihre Angehörigen und Freunde, die Gesellschaft und die Schweizerische Alzheimervereinigung stünden also

vor grossen Herausforderungen. Ziel müsse es sein, den Betroffenen «eine Alternative zu einem möglichen Suizid» aufzuzeigen. Die Alzheimervereinigung unterstütze deshalb «eine Palliative Care, die bestmögliche Lebensqualität und aktiven Beistand bis zum Tod gewährleistet», denn: «Auch wenn man nichts mehr machen kann, ist noch alles zu tun.» Auf ihrer Website stellt die Vereinigung fest, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Suizidproblematik eine besondere Stellung einnehmen: «Demenz macht Angst. Sie berührt wichtige Werte unseres Menschseins, insbesondere die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht. Und sie macht schutzlos. Ganz besondere Probleme stellen sich auch dann, wenn demenzkranke Menschen den Kontakt zu einer Sterbehilfeorganisation suchen, ist doch die Urteilsfähigkeit im Verlauf der Krankheit nicht mehr gegeben.» Durch eine umfassende und auf die Bedürfnisse des Einzelnen angepasste Begleitung und Betreuung bestehe die Möglichkeit, dass «ein allfälliger Suizidwunsch in den Hintergrund tritt und neuer Mut zum Weiterleben entsteht».

«Nicht in die vollkommene Dunkelheit»

Erica Bolinger starb schnell und schmerzlos. «Und nicht würdelos», betont Walter Bolinger: «Man kann zwar würdevoll mit Alzheimer leben, aber man kann auch würdevoll mit Alzheimer sterben. Erica hat uns das auf beein-

druckende Weise vorgemacht. Würde kann von einzelnen Menschen sehr verschieden wahrgenommen werden. Wir können Erica nun so in Erinnerung behalten, wie sie wirklich war. Sie hat jenem körperlichen und geistigen Zustand entfliehen können, den sie absolut nicht haben wollte.»

In der Todesanzeige stand, Erica habe sich entschlossen, den Schatten ihrer unheilbaren Krankheit «nicht in die vollkommene Dunkelheit gleiten zu lassen». Sie habe sich deshalb «für den Weg des Lichts jenseits dieses Lebens» entschieden: «Wir bewundern ihr Wesen, ihr Schaffen, sowie ihren Willen und ihre Kraft, sich mit Würde und mit Unterstützung durch Exit aus diesem Leben zu verabschieden.» ●

Dieser Text ist zuerst in der Wochenzeitung «Die Zeit» erschienen. Zur **Diskussion um Demenz, Würde und Suizid** siehe auch Beitrag des Ethikers Heinz Rüegger in der Fachzeitschrift Curaviva 7-8/2011, zu finden im Online-Archiv der Fachzeitschrift auf www.fachzeitschrift.curaviva.ch.

Erica Bolinger war eine lebenslustige, aktive, kontaktfreudige, feinfühlig und kreative Frau.

«Willst du mich in einem Heim besuchen, im Wissen, dass ich das auf keinen Fall wollte?»

CURAtime misst den Aufwand in Pflege, Hauswirtschaft und Hotellerie

Arbeitszeitanalyse zeigt auf einen Blick, ob Massnahmen Früchte tragen

«CURAtime», das System zur Arbeitszeitanalyse von Curaviva Schweiz, ersetzt seit einem Jahr die Blätter, mit denen das Pflegepersonal von Hand die geleisteten Arbeiten erfasst. Erste Auswertungen geben Anlass zur Hoffnung, dass sich das neue Instrument am Markt bewähren wird.

Von Alice Baumann

Die 40 Anwesenden der ersten «CURAtime»-Veranstaltung Anfang Dezember in Zürich liessen sich in die ersten Auswertungen erfasster Echtzeiten zu den Bereichen KVG-pflichtige und nicht KVG-pflichtige Pflegeleistungen und Betreuung einführen und, je nach Wissensstand und persönlicher Er-

fahrung, darüber näher informieren. Die Auswertung enthielt Daten der Jahre 2010 und 2011 aus 40 Heimen mit 1750 Bewohnerinnen und Bewohnern, 1490 Mitarbeitenden, 870000 Erfassungen in 67000 Stunden. Die konsolidierten Ergebnisse beziehen sich auf 27 Heime, 51800 Stunden, 1241 Bewohnerinnen und Bewohner und 1093 Mitarbeitende. Wie sich herausstellte, unterscheiden sich die analysierten Heime in den Angeboten und somit auch in den Messresultaten stark voneinander.

Gleiche Massstäbe anstreben

Klar wurde an der Veranstaltung in Zürich, dass die Tätigkeiten noch besser definiert werden müssen. Dies im Interesse aller Beteiligten: der Heimleitungen, der Krankenkassen, der Angehörigen und der Betroffenen.



In der Tasche von Hanumshahe Tahiri misst der Scanner die Zeit, während sie das Bett eines Bewohners macht. Fotos: zvg



Nach jeder Verrichtung zieht die Mitarbeiterin den Scanner, den Bewohner- und den Leistungskatalog aus der Tasche ...

Die Rechtsgrundlage für die Alters- und Pflegeheime

Stefan Meierhans, der Preisüberwacher des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (EVD), erinnerte an der CURA-time-Veranstaltung in Zürich an die gesetzliche Pflegefinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG:

«Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältigt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.»

Die Beschränkung der Eigenbeteiligung gilt

- für jede Pflegebedarfsstufe
- in jedem einzelnen Alters- und Pflegeheim.

Als Problem bezeichnet Stefan Meierhans

- Kostenträgerrechnung (KTR) und Anlagebuchhaltung
- KTR und Tarifordnung stimmen nicht überein
- grosser Auslegungsspielraum bei Abgrenzung von Pflege und Betreuung
- Unklarheit bezüglich Umlagen.

«Wir befinden uns in einem wichtigen Prozess», betonte Peter Läderach, stellvertretender Direktor von Curaviva Schweiz. «Wir sollten alle vom Gleichen reden und mit denselben Ellen messen. Dies würde die geforderte Transparenz begünstigen.» Ziel sei eine einheitliche Professionalität, doch gehe es nicht darum, so viel wie möglich an Bürokratie zu kreieren, sondern so wenig wie nötig.

Heime unter Druck

Tatsache ist, dass im Rahmen der Neuen Pflegefinanzierung nach KVG der finanzielle Druck auf die Pflegeheime immer grösser wird: Im Rahmen der Kostenrechnungen müssen sie ihre Kostenträgeranteile transparent ermitteln. Seit einem Jahr steht den Pflegeheimen dafür ein professionelles Arbeitsinstrument zur Verfügung. CURAtime erfasst die Arbeitszeit auf elektronischem Weg rasch und effizient. Heime, die dieses Tool nutzen, greifen der staatlichen Forderung nach mehr Kostentransparenz aktiv und verantwortungsvoll vor. Und sie erhalten ein Instrument zu ihrem eigenen Nutzen und zur Stärkung ihrer Branche.

Externer wie interner Nutzen

Mit Excel MS Office 2007 können Heimleitungen die erfassten Leistungen detailliert auswerten und interpretieren. Dies soll immer effektiver geschehen: Das Instrument CURAtime wird

den Bedürfnissen der Nutzer punkto Anwenderfreundlichkeit, Aussagekraft und Wirksamkeit laufend angepasst werden. Der Detaillierungsgrad der erfassten Daten nimmt ständig zu, was die Relevanz erhöht.

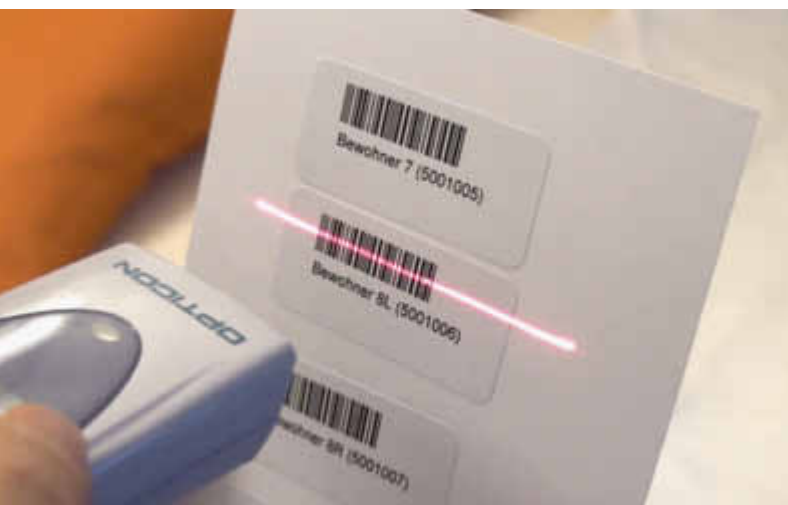
Zu den internen Zielen gehört, dass die Organisationsleitung ihre Einsatzplanung optimieren kann. CURAtime wird daher gerne auch als nützliches Führungsinstrument bezeichnet. Wer CURAtime einsetzt, kann auf einen Blick erkennen, ob die getroffenen Massnahmen Früchte tragen oder nicht. Auf-

So funktioniert CURAtime

Die Pflegeeinrichtungen haben den Auftrag, den Anteil der KVG-pflichtigen und der nicht KVG-pflichtigen Pflegeleistung auszuweisen. In ihren Pflegeabteilungen jährlich Arbeitszeitanalysen vorzunehmen, wird den Altersheimen seit 2003 empfohlen.

So funktioniert CURAtime: Mit Scanner und Strichcode erfassen die Mitarbeitenden ihre Tätigkeit. Die Daten werden online übermittelt und automatisch ausgewertet. Curaviva Schweiz vermietet die Erfassungsgeräte, installiert die Software, schult das Pflegekader, leistet Support und organisiert Workshops zur Analyse der ermittelten Daten. (AB)

>>



... und scannt das Feld des Bewohners, für den sie gearbeitet hat ...



... und die Tätigkeit selbst, in diesem Fall das Bettenmachen. Nachher beginnt die Zeiterfassung wieder bei Null.

grund fehlender Routine verursacht die Durchführung von CURAtime bei den involvierten Pflegeabteilungen aber einen erheblichen Mehraufwand.

Preisüberwacher Meierhans involviert

Von staatlicher Seite wird der Einsatz des Analyseinstruments CURAtime klar empfohlen: Stefan Meierhans legte an der Zusammenkunft seine Sicht der Dinge dar. Der Preisüberwacher aus Bundesbern stellt sich entschieden auf den Standpunkt, dass die Tarife in Hotellerie, Pflege und Betreuung der Heime durch die Kostenrechnung begründet sein müssen. Es geht ihm darum, unterschiedliche Leistungen eindeutig voneinander zu unterscheiden. Für ihn ist die objektive Messung des tatsächlichen Aufwands in Hotellerie, Pflege und Hauswirtschaft daher wesentlich. Des Preisüberwachers Schwerpunkt gilt der Objektivität und Neutralität der Leistungen

Heime, die CURAtime nutzen, greifen der Forderung nach mehr Kostentransparenz aktiv vor.

Dank der CURAtime-Analyse können Heime ihre Tarife objektiv und sachbezogen begründen.

und Daten. «Wir geben elf Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit und Pflege aus. Dafür darf die Gesellschaft auch eine hohe Qualität erwarten», so Meierhans.

Jedes Heim mit eigenem Profil

Gleichzeitig sollten die Heime auch ihr eigenes Profil haben dürfen und nicht durch Normkosten über einen Leisten geschlagen werden. Eine Alterseinrichtung sollte an ihrem Leistungsangebot erkennbar sein, findet Thomas Bächinger von MicroMED AG, der Firma, die im Auftrag von Curaviva Schweiz für die technische Umsetzung von CURAtime und die Workshops verantwortlich ist. Wer bewusst mehr Betreuungsleistung anbietet, dürfe auch höhere Tarife haben. Sollte sich ein Bewohner eines derart ambitioniert positionierten Heims beim Preisüberwacher beklagen, könne das Heim seine Tarife dank der CURAtime-Analyse objektiv und sachbezogen begründen. >>

Der Aufwand hat sich gelohnt

Thomas Holliger, Heimleiter des Krankenhauses Lindenfeld im aargauischen Suhr, bezeichnet CURAtime als sehr interessant für die Optimierung innerbetrieblicher Abläufe. Die innerbetrieblichen Verbesserungen, die er dank CURAtime erzielen konnte, beschreibt er so:

«Im Lindenfeld nutzten wir die Gelegenheit, Ende 2010 während 14 Tagen die Leistungen auf allen sieben Abteilungen zu erfassen, eine Vollerhebung zu machen. Der Aufwand war finanziell wie ressourcenseitig erheblich. Um es vorwegzunehmen: Er hat sich aus meiner Sicht gelohnt.

Die Analyse bestätigte vieles, was wir zwar schon immer wussten, aber nie beweisen konnten. Gleichzeitig relativierte sie aber auch Annahmen, die immer wieder zu Diskussionen führten, letztlich aber mangels fundierter Daten fruchtlos bleiben mussten.

Die Analyse bringt sehr viele Argumente für unterschiedlichste Diskussionen, wenn die Anwender ihre Möglichkeiten in der Datenverdichtung und -auswertung gezielt nutzen. Plötzlich können sie aufzeigen, wann Arbeitsspitzen angefallen sind. Und plötzlich haben sie die Möglichkeit, Behauptungen nachzugehen und diese zu bestätigen oder zu widerlegen. Aber, und das erscheint mir das Wichtigste: Das Ergebnis führte zu konstruktiven und selbstkritischen Fragen rund um den Einsatz von Personal und zu Diskussionen, wie Bedarfsspitzen besser aufgefangen werden können. Dadurch stellten sich Teams der Frage: Wo können wir Arbeitszeit gewinnen, die wieder unmittelbar den Bewohnern zugute kommt? Das Resultat waren zwei konkrete Anträge zur Frei-



«Die Analyse bestätigte vieles, das wir schon wussten, aber nicht beweisen konnten.»

Thomas Holliger, Direktor Krankenhaus Lindenfeld, Spezialisierte Pflege und Geriatrie

Foto: zvg

setzung von Ressourcen zu Gunsten der direkten Bewohnerbetreuung.

Für mich als Direktor ist die Erhebung in erster Linie ein gutes Führungsinstrument, das ich bei verschiedensten Fragestellungen konsultiere und das immer auch einen Teil zur Argumentation für einen Entscheid beiträgt. Neulich gerade wieder im Rahmen der Tariffestsetzung und der Fundierung dieser Tarife.

Erwähnen möchte ich noch, dass der Erfolg dieser Analyse weniger mit dem Ergebnis an sich zu tun hat als mit der Art der Kommunikation und dem, was die Anwender aus dem Ergebnis machen und wie sie es verwenden. Es gilt eben auch hier: Betrachten wir das Glas als halb voll oder halb leer? Ich betrachtete es als halb voll, und das war gut so. Wir gehen jetzt daran, die leere Hälfte sukzessive zu füllen.»

Im Kanton Baselland ist es aufgrund behördlich festgelegter zu tiefer Pflegekosten zu Klagen an den nationalen Preisüberwacher gekommen. Die angespannte Lage zwischen Krankenkassen, Kantonen und Gemeinden als Restfinanzierer fördert solche Klagen naturgemäss. In Baselland war es so, dass die Gemeinden aufgrund eines Verdikts des Kantons die Restkosten der Pflege zu niedrig ansetzten. Der Kanton Baselland hat deshalb zusammen mit den Gemeinden und Heimen mit CURAtime ein Pionierprojekt vollzogen. Die Lösung bestand da-

rin, die Daten aus zehn Heimen zu analysieren und daraus für 2012 einen neuen Finanzierungsschlüssel zu generieren.

Oft höherer Pflegeaufwand

Thomas Bächinger von MicroMED AG und Daniel Domeisen, Ressortleiter Betriebswirtschaft und Recht bei Curaviva Schweiz, und Preisüberwacher Stefan Meierhans sind sich einig, dass die Kostentransparenz in Zukunft verbessert werden muss und CURAtime ein dafür geeignetes Arbeitsinstru-

>>

Kommentar: Öffentliche Hand anerkannte verschiedentlich Pflegekosten nicht in voller Höhe, schreibt Daniel Domeisen

Die Arbeitszeitanalyse stärkt die Heimbranche und ist ein wichtiges Kriterium für den Kostennachweis

Damit die Heime das richtige Verhältnis von pflichtigen und nichtpflichtigen Pflegeleistungen nach Krankenversicherungsgesetz feststellen können, bedarf es einer Arbeitszeitanalyse. Obwohl Curaviva Schweiz seit 2003 den Heimen eine solche Arbeitszeitanalyse empfiehlt, besteht Unklarheit über die effektive, anzahlmässige Umsetzung dieser Empfehlung. So lange die Finanzierer der Pflegeleistungen die durch die Heime angewandten Leistungsverhältnisse von Pflicht- und Nichtpflichtleistungen in der Pflege nicht in Frage stellten, bestand auch keine akute respektive direkte Nachweisverpflichtung über die Richtigkeit der angewandten Prozentsätze.

Mit der Inkraftsetzung der Neuen Pflegefinanzierung Anfang 2011 und dem gesetzlichen Auftrag an die Kantone, die Restfinanzierung zu regeln, hat der Druck auf die Heime nach nachweisbarer Kostentransparenz allerdings deutlich zugenommen. Verschiedene Kantone stellten die bisher angewandten Prozentwerte (zum Beispiel 80% zu 20%) grundsätzlich in Frage, reduzierten die pflichtigen Pflegekosten oder forderten die Heime gar auf, die tatsächlichen Verhältnisse mittels Arbeitszeitanalysen zu dokumentieren und nachzuweisen.

Enorme Last für die Gemeinden

Unabhängig davon, welche Methode der Arbeitszeitanalyse die Heime anwenden (CURAtime oder andere), sind zwei zentrale Punkte national einzuhalten. Erstens muss die Arbeitszeitanalyse zwingend auf der offiziellen Tätigkeitsliste basieren, und zweitens muss die Analyse nachvollziehbar und transparent sein sowie schriftlich dokumentiert werden. Die Kantone haben im Vorfeld der Neuen Pflegefinanzierung geschätzt, dass die öffentliche Hand rund 350 Millionen Franken an die Pflegekosten zahlen wird. Einige Kantone haben diese Finanzierungspflicht an die Gemeinden delegiert. Für die Gemeinden sind die zusätzlichen Ausgaben eine enorme Last.



«Es besteht das Risiko, dass die vorgesehenen Parteien die Pflichtleistungen nicht vollständig finanzieren.»

Daniel Domeisen,
Ressortleiter Betriebswirtschaft und Recht bei Curaviva Schweiz

Foto: zvg

Die öffentliche Hand anerkannte verschiedentlich die tatsächlichen Pflegekosten der Heime nicht in der vollen Höhe oder setzte die Restfinanzierungsbeträge aus finanzpolitischen Überlegungen zu tief an. Dadurch besteht nach wie vor das Risiko, dass die vorgesehenen Parteien die effektiven Pflichtleistungen nicht vollständig finanzieren und sogenannte Deckungslücken entstehen. Nur wenn die Heime über eine nachvollziehbare und transparente Rechnungslegung verfügen, werden sie auch die geforderten Nachweise und Beweise gegenüber den Restfinanzierern vorlegen können, wenn es darum geht, diese in die Finanzierungspflicht zu nehmen.

Heime mit transparenter Rechnung können Restfinanzierer in die Pflicht nehmen.

Das Fehlen von Nachweisen schwächt die Argumente

Die Arbeitszeitanalyse stärkt die Heimbranche und bildet eines der wichtigen Kriterien für den Kostennachweis, der für die Umsetzung der Neuen Pflegefinanzierung erforderlich ist. Das Fehlen ausreichend glaubwürdiger Nachweise schwächt

die Argumentationsbasis gegenüber den Restfinanzierern. Curaviva Schweiz hält die seit 2003 bestehende Empfehlung zur Durchführung von Arbeitszeitanalysen deshalb mit Überzeugung aufrecht. ●

ment ist. Dazu Bächinger: «Wir haben im Rahmen der Analyse von Einzelfällen immer wieder festgestellt, dass Heimbewohner mit einer Demenzerkrankung wesentlich mehr Aufwand in der Pflege erfordern, als das Einstufungssystem (BESA oder RAI) abbildet und die Neue Pflegefinanzierung finanziert. Typisch ist zum Beispiel, dass der Aufwand für «Essen und Trinken» pro Tag ein bis zwei Stunden erfordert. Die entsprechende Pflegestufe gibt aber beispielsweise nur ein Gesamtbudget von eineinhalb Stunden vor. Der gesamte Aufwand in der Pflege pro Tag kann in einem solchen Fall ohne Weiteres doppelt so hoch sein wie die Einstufung. Die Heime können dem Restfinanzierer aufzeigen, dass ein Mehraufwand gerechtfertigt ist, wenn man keine ethisch fragwürdige Pflegeplanung als Standard zulassen will.»

Man könne mit CURAtime dem Heim zeigen, wo Optimierungspotenzial vorhanden sei, aber auch, wo es sich nicht lohnen würde, Verbesserungen anzustreben. Fragestellungen

seien «Skill/Grade»-Mix, Überprüfung der RAI/BESA-Einstufung, Optimierung im Tagesablauf, Einsatz der Nachtwachen, Analyse von einzelnen Pflegefällen und die Analyse des Leistungsprofils.

Der Pflegeaufwand kann ohne Weiteres doppelt so hoch sein wie die Einstufung.

Weiterentwicklung von CURAtime

«In diesem Bereich werden wir CURAtime 2012 noch ausbauen, damit sich die Heime anhand von Vergleichswerten noch detaillierter analysieren können», erklärt Thomas Bächinger. «Ausserdem wollen wir zusehends Partner mit einbeziehen, die Heime bei

weiteren Schritten unterstützen können.»

Wer interessiert sich ausserdem für CURAtime? Eine wichtige Zielgruppe seien die Stiftungsräte der Alterseinrichtungen, erzählt Bächinger: «Ich habe 2011 gegen 30 Workshops durchgeführt. Teilnehmende waren neben dem Kader der Heime auch Vertreter der Aufsichtsbehörden, darunter Stiftungsräte und Kommissionsmitglieder. Sie haben dank den Workshops ein wesentlich besseres Bild ihres Heims erhalten.» ●

Anzeige

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

Nachdiplomkurs EPOS

(Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich)

Weiterbildung zum/zur Ethik-Beauftragten
Entscheidungen, Organisationsstrukturen und Arbeitskultur ethisch reflektieren und Veränderungen einleiten
Daten/Ort: Juni 2012 bis Mai 2013, 22 Tage, Luzern

Ethik-Forum – ein Modell für Ihre Institution?

Grundsatzfragen ansprechen, Lösungen suchen.
CURAVIVA Weiterbildung unterstützt Sie bei der Einführung eines Ethik-Forums in Ihrem Betrieb.

Detaillierte Angaben unter
www.weiterbildung.curaviva.ch

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

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

Bildung bringt Sie weiter!

NDK PraxisausbilderIn

Angehende Berufsleute professionell durch die Ausbildung begleiten

- Berufliche Spezialisierung als PraxisausbilderIn mit NDK-Zertifikat HF
- **integriert:** Abschluss BerufsbildnerIn BBT und SVEB-Zertifikat Stufe 1

Februar bis Oktober 2012
19 Tage, Luzern

Weitere Informationen und das Detailprogramm finden Sie unter **www.weiterbildung.curaviva.ch**

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

Gerontological Care: Paradigma zur Unterstützung alter Menschen mit hoher Fragilität

Kultur der Mitmenschlichkeit bindet Hochbetagte in die Gesellschaft ein

Mit medizinischer und pflegerischer Versorgung ist es nicht getan. Hochbetagte Menschen brauchen viel mehr, um eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Das Konzept der «Gerontological Care» kümmert sich darum.

Von Barbara Föh et al.

Die demografischen Entwicklungen der Gesellschaft und die steigende Lebenserwartung wirken sich vor allem in einem starken Anwachsen der hochbetagten Bevölkerung aus. Die sich verlängernde Lebensdauer erweist sich zwar überwiegend als eine Zunahme der Jahre relativ gesunden, behinderungsfreien Alters. Manches spricht für die These der verdichteten Morbidität (compressed morbidity), die James F. Fries, Mediziner an der kalifornischen Universität Stanford, schon 1980 entwickelte. Nach dieser These lässt sich die Zeit der chronischen Krankheiten und Pflegeabhängigkeit im Alter auf die letzte Lebensphase komprimieren. Zuvor können wir eine lange Phase gesunden, von fremder Hilfe weitgehend unabhängigen Alterns erwarten.

Starke Zunahme des Unterstützungsbedarfs

Dennoch bringt die Steigerung des durchschnittlichen Lebensalters unweigerlich auch eine starke Zunahme der Anzahl Menschen mit sich, die als Hochbetagte in eine Phase der Fragilität, der Multimorbidität und damit auch eines vermehrten Unterstützungsbedarfs geraten. Diese Entwicklung bedeutet eine Herausforderung für diese Menschen selber, für ihr Umfeld, für Organisationen, die ihre Dienstleistungen für alte Menschen anpassen müssen, sowie für die Gesellschaft im Allgemeinen.

Professionelle Unterstützung von hochbetagten Menschen mit erhöhter Fragilität und Morbidität ist eine sehr komplexe Aufgabe. So haben sich innerhalb der Medizin die Geriatrie und die Gerontopsychiatrie als neue, auf Altersmedizin spezialisierte Subdisziplinen herausgebildet. Angesichts der grossen Herausforderung, die Multimorbidität im hohen Alter schon heute und in Zukunft noch mehr darstellen wird, sind vertiefte pflegerische Kompetenzen von zentraler Bedeutung. So sehr auch die medizinische und pflegerische Versorgung einen zentralen Aspekt dessen ausmacht, was heute für eine professionelle Unterstützung hochbetagter Menschen mit erhöhter Fragilität zu fordern ist, so sehr greift sie zu kurz.

Alternsvorgänge werden von vielfältigen Faktoren bestimmt

Grundlage dieser Überlegungen bildet die Orientierung an einem sozialwissenschaftlichen Verständnis von Alter und Altern. Die Gerontologie versteht sich als eine interdisziplinäre Wissenschaft, die sich mit dem Alter ebenso wie mit dem Alternsprozess auseinandersetzt. Altern ist ein mehrdimensionaler Prozess, der in verschiedenen Lebensbereichen in unterschiedlicher Art verlaufen kann. Der überwiegende Teil alter Menschen gestaltet sein Leben selbstbestimmt und selbstständig, sodass das hohe Lebensalter weiterhin mit Aktivitäten und Partizipation am sozialen Leben verbunden ist. Altern führt aber auch natürlicherweise

sowie verstärkt durch chronische Krankheiten zu Defiziten, die oft nicht mehr oder nur teilweise verbessert werden können. Deswegen ist der Ansatz von Palliative Care in der Unterstützung hochbetagter Menschen grundlegend. Alternsvorgänge werden von vielfältigen biografischen Faktoren physischer, psychischer, geistiger, sozialer, spiritueller und kultureller Art bestimmt, die eine Vielzahl von Ansatzpunkten bieten, um

Die Gerontologie setzt sich mit dem Alter ebenso auseinander wie mit dem Altern.

>>

Phänomene im Alter zu erklären und zu beeinflussen. Gerontologie nimmt den alternden Menschen nicht nur im Hinblick auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen wahr, die der Alterungsprozess häufig mit sich bringt, sondern versteht ihn bis ins hohe Alter als lernfähigen Menschen mit je eigenen Ressourcen und Möglichkeiten, die es anzuerkennen und zu bestärken gilt.

Herausforderung für Individuum und Umfeld

Die Hochaltrigkeit bildet eine letzte Lebensphase mit oft markanten Veränderungen, die sowohl für die betroffenen alten Menschen selbst wie auch für ihre Angehörigen und Betreuenden eine grosse Herausforderung darstellen.

Die Auseinandersetzung mit Altersbildern gehört zur Betreuung hochbetagter Menschen.

Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, die Abnahme von Anerkennung, der Verlust von Bezugspersonen, die geringer werdenden Möglichkeiten zu aktiver Gestaltung des Alltags gehen oft einher mit materiellen und körperlichen Einschränkungen. Angehörige leisten – häufig neben weiteren Verpflichtungen wie Berufstätigkeit und Familienarbeit – einen beträchtlichen Anteil an die Unterstützung hochbetagter Menschen. Das Spektrum reicht vom Erledigen der Post, Hilfestellungen im Haushalt, regelmässigen Anrufen und Besuchen bis zu Pflege und Betreuung über

Gerontological Care umfasst alle Aspekte des Menschseins

Unter Gerontological Care verstehen wir ein Konzept, das durch folgende Aspekte charakterisiert wird:

- Erhöhte Fragilität und Gesundheitsprobleme sind immer eingebunden in individuelle Lebensentwürfe der betroffenen Menschen.
- In der Hochaltrigkeit sind gesundheitliche Beschwerden immer mehr als medizinische Probleme. Sie werfen grundsätzliche existenzielle Fragen auf, tangieren die bisherige Wohn- und Lebensform des hochbetagten Menschen und fordern von ihm und seinem sozialen Umfeld Anpassungen.
- Gesundheitliche Probleme sind immer unter Berücksichtigung der Ressourcen, Kompetenzen und Ziele des hochaltrigen Menschen anzugehen.
- Die multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit zwischen Fachper-

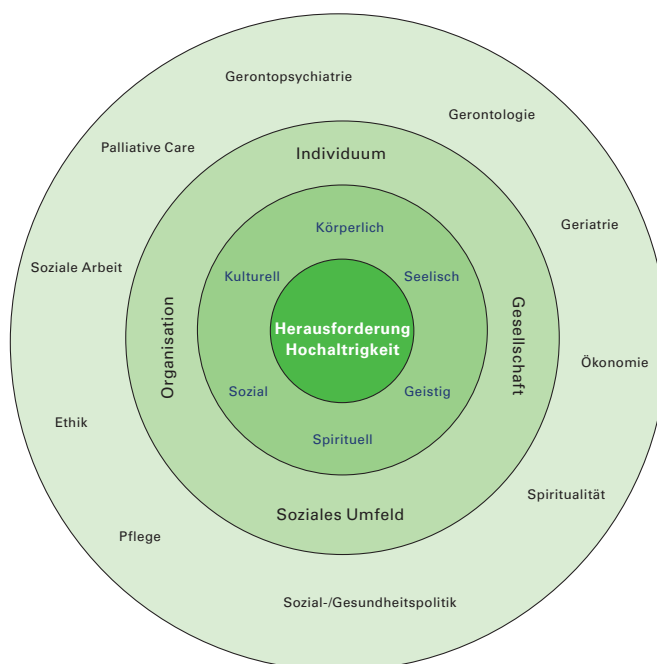
sonen, alten Menschen, ihren Angehörigen und weiteren Laien wie freiwillige Mitarbeitende sind für die Unterstützung älterer Menschen zentral.

- Die Basis dafür bildet ein mehrdimensionales Menschenbild, das körperliche, geistige, psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Aspekte des Menschseins umfasst.
- Entsprechend ist die Integration medizinisch-pflegerischer, sozial- und geisteswissenschaftlicher sowie ökonomischer und politischer Aspekte in einen umfassenden Care-Ansatz für die angemessene Begleitung, Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen grundlegend.
- Ziel der Unterstützung hochaltriger Menschen ist die möglichst selbstbestimmte Bewältigung des Alltags im Blick auf die Optimierung von Lebensqualität.
- Die Begleitung hochaltriger Menschen bedeutet immer auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, dem eigenen Sterben und Tod.

Die sechs Dimensionen von Gerontological Care

In der Grafik werden die zentralen Ebenen des «Care-Konzeptes» auf die Hochaltrigkeit angewandt und unter dem Begriff «Gerontological Care» dargelegt.

Die gesellschaftlichen Veränderungen bringen grosse Herausforderungen mit sich, die nur gemeinsam angegangen werden können. Im Zentrum des Konzeptes Gerontological Care steht der hochaltrige Mensch mit seinen Bedürfnissen, Ressourcen und Zielen. Die Herausforderung Hochaltrigkeit stellt sich in allen sechs Lebensdimensionen für den Menschen selber, das soziale Umfeld, für das professionelle Unterstützungssystem sowie für die Gesellschaft als Ganzes. Unter Gerontological Care wird folgerichtig die multidisziplinäre und multiprofessionelle Unterstützung von hochbetagten Menschen mit erhöhter Fragilität verstanden. Gerontological Care orientiert sich an den aktuellen Entwicklungen der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen, wie sie im äussersten Feld aufgezeichnet sind, und vernetzt sie. Ziel ist die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tod eines Individuums unter Berücksichtigung seines sozialen Umfeldes sowie der organisationalen und gesellschaftlichen Gegebenheiten.



© Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Institut Neumünster Zollikerberg



Hochaltrigkeit ist nicht nur für die betroffenen Menschen eine Herausforderung, sondern auch für Angehörige und Betreuende.

Foto: zvg

24 Stunden. Doch alte Menschen haben nicht nur Defizite, sondern ebenso Ressourcen, die es zu entdecken und zu nutzen gilt. Darum ist der alte Mensch nicht nur reduktionistisch im Hinblick auf seine Defizite wahrzunehmen, sondern umfassender im Blick auf seine persönlichen Ressourcen, seine individuelle lebensweltliche Situation und seine Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Hilfreich kann dafür das Anforderungs-Ressourcen-Modell von Peter Becker sein, durch das die vorhandenen Ressourcen einer Person in allen sechs Dimensionen systematisch erhoben, reflektiert und in die weitere Lebensplanung einbezogen werden. Angelpunkt ist immer der betroffene Mensch, eingebettet in sein soziales Umfeld.

Herausforderung für die Gesellschaft und die Organisationen

In unserer Gesellschaft herrscht eine Anti-Aging-Mentalität vor, die Morbidität und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen als eine Beeinträchtigung ihrer Menschenwürde, als problematische Belastung der Gesundheitskosten und der gesellschaftlichen Solidarität versteht. Deshalb gehört die kritische Auseinandersetzung mit heute gängigen Menschen- und Altersbildern

**Gerontological
Care ermöglicht
Menschen in hohem
Alter eine hohe
Lebensqualität.**

zur professionellen Betreuung hochbetagter Menschen. Fachpersonen und Laien haben die Aufgabe, sich für institutionelle, gesellschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen sowie für eine menschenfreundliche Kultur in der Begleitung, Betreuung und Pflege von hochbetagten Menschen einzusetzen, die ihrer Würde und ihrem Anspruch auf Respekt, Autonomie und Solidarität gerecht werden. Das Arbeiten an einer Kultur der Menschlichkeit, in der sich auch kranke, behinderte, auf Unterstützung angewiesene hochbetagte Menschen bis ans Ende ihres Lebens als respektierter und solidarisch eingebundener Teil unserer Gesellschaft erfahren können, ist dabei zentral.

zur professionellen Betreuung hochbetagter Menschen. Fachpersonen und Laien haben die Aufgabe, sich für institutionelle, gesellschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen sowie für eine menschenfreundliche Kultur in der Begleitung, Betreuung und Pflege von hochbetagten Menschen einzusetzen, die ihrer Würde und ihrem Anspruch auf Respekt, Autonomie und Solidarität gerecht werden. Das Arbeiten an einer Kultur der Menschlichkeit, in der sich auch kranke, behinderte, auf Unterstützung angewiesene hochbetagte Menschen bis ans Ende ihres Lebens als respektierter und solidarisch eingebundener Teil unserer Gesellschaft erfahren können, ist dabei zentral.

Auch fragile Menschen ernst nehmen

Diese sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen haben Auswirkungen auf die Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen. Es geht darum, institutionelle Dienstleistungen zu entwickeln, die es Menschen gestatten, auch in hohem Alter ein Leben mit möglichst hoher Lebensqualität zu führen, eingebunden in soziale Beziehungen und in die Teilnahme am Leben der Gesellschaft insgesamt. Die Aufgabe stellt

>>

sich, vielfältige professionelle Unterstützungsangebote bereitzustellen, die es ermöglichen, dass auch Menschen mit hoher Fragilität und Multimorbidität ganzheitlich in ihren Ressourcen und Kompetenzen, ihren Einschränkungen und Defiziten ernst genommen sowie in ihrer Würde und ihrem Autonomieanspruch respektiert werden. Die bisherigen Ausführungen können im «Care-Konzept» zusammengefasst werden. Die multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei ein entscheidender Faktor. ●

Zu den Autorinnen und Autoren:

Prof. Dr. Barbara Fäh ist Sozialpädagogin und Leiterin des Bachelor-Studiums Soziale Arbeit an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Evelyn Huber, MSN, ist Pflegewissenschaftlerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Neumünster.

Dr. theol. Heinz Rügger, MAE, ist Theologe, Ethiker und Gerontologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Neumünster und Seelsorger im Wohn- und Pflegehaus Magnolia, Zollikerberg.

Ursula Wiesli, MSN, ist Pflegewissenschaftlerin, Gerontologische Pflegeexpertin APN im Alters- und Spitexzentrum Wallisellen ZH und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Neumünster.



Barbara Fäh



Heinz Rügger



Evelyn Huber



Ursula Wiesli

Anzeige



Symposium Freiburg

Behinderung und Alter: Die letzte Lebensphase

Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung am Ende ihres Lebens

Mittwoch, 9. Mai 2012, 9.30 bis 16.15 Uhr

Universität Freiburg, Auditorium Joseph Deiss, Boulevard de Pérolles 90, Freiburg

Menschen, die unter den Bedingungen einer lebenslangen Behinderung leben, sind am Ende ihres Lebens meist besonders fragil und verletzlich. Für ihr Umfeld stellt sich die herausfordernde Aufgabe, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Wünsche der betreffenden Person wahrzunehmen und sie darin zu unterstützen, die letzte Lebensphase möglichst selbstbestimmt zu gestalten.

Die Tagung

- vermittelt Informationen über ethische Werte und ärztliches Handeln in der letzten Lebensphase
- zeigt Möglichkeiten der Palliative Care und der Berücksichtigung des Patientenwillens auf
- ermöglicht Diskussion mit Fachleuten verschiedener Disziplinen und Ausblick zum fachlichen Rollenverständnis

Das Detailprogramm wird Ende Januar 2012 auf www.insos.ch und www.curaviva.ch publiziert.

Anmeldung bis am 20. April 2012: www.bildungsangebote.curaviva.ch

Vitamin D, Kalzium, Bewegung

In drei Schritten zu unzerbrechlichen Knochen und starken Muskeln

Ein Sturz kann das Leben älterer Menschen für immer verändern: Geht ein durch Osteoporose geschwächter Knochen entzwei, erholen sich viele Seniorinnen und Senioren nie mehr ganz. Heike Bischoff-Ferrari weiss, was es für gesunde Knochen und starke Muskeln braucht.

Von Beat Leuenberger

Zum Welt-Osteoporosetag im Herbst 2011 gab die Internationale Osteoporose Stiftung (IOF) eine Drei-Schritte-Strategie für gesunde Knochen und starke Muskeln heraus, die sich an Menschen jeden Alters wendet. «Wir wollen ein Bewusstsein dafür schaffen, wie wichtig es ist, den Körper täglich mit einer ausreichenden Menge an Vitamin D, Kalzium, Protein und Bewegung zu versorgen, um die Knochengesundheit von Jung und Alt zu erhalten», sagt Heike Bischoff-Ferrari, Leiterin des



«75 Prozent aller Knochenbrüche passieren Menschen, die 75 Jahre alt oder älter sind.»

Heike Bischoff-Ferrari,
Professorin im Zentrum für
Alter und Mobilität an der
Universität Zürich

Foto: Gilberto Lontro/IOF

Zentrums für Alter und Mobilität an der Universität Zürich und Verfasserin der Drei-Schritte-Strategie.

Im Alter nimmt die Muskelkraft ab

Ein zunehmendes Problem seien allerdings Stürze und sturzbedingte Knochenbrüche der immer älter werdenden Bevölkerung. «75 Prozent aller Knochenbrüche passieren Menschen, die 75 Jahre oder älter sind», weiss Bischoff-Ferrari. Da die Muskeln an Kraft verlieren, werden ältere Menschen zunehmend

gebrechlich und ihre körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab. Die Tendenz zu stürzen steigt. «Das höchste Ziel unserer Gesundheitspolitik muss sein, dass Senioren körperlich unabhängig und aktive Mitglieder der Gesellschaft bleiben. Die Gesundheit von Muskeln und Knochen ist der Schlüssel, um dieses Ziel zu erreichen.»

In jedem Alter können die Menschen etwas für die Gesundheit ihrer Knochen und Muskeln tun, indem sie drei grundlegende Schritte befolgen: «Zuerst müssen sie für eine ausreichende Aufnahme von Vitamin D sorgen», erklärt Heike Bischoff-Ferrari. «Zweitens sollte die Ernährung genügend Kalzium und Eiweiss enthalten. Und schliesslich sollten alle auf gewichtsorientierte Übungen und muskelstärkende körperliche Betätigung achten.» Nur in Kombination würden diese drei Elemente ihre volle Wirkung entfalten, betont die Ärztin.

Bewegungsfreiheit geht verloren

Rund 60'000 über 65-jährige Schweizerinnen und Schweizer erleiden jedes Jahr in Haus und Garten einen Sturzunfall, der ärztliche Hilfe nötig macht. Knochenschwund – Osteoporose – ist die Ursache, dass sich dabei über 8000 Menschen den Oberschenkelknochen oder den Schenkelhals brechen. Und: «Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko stark an, an dieser Ver-

>>

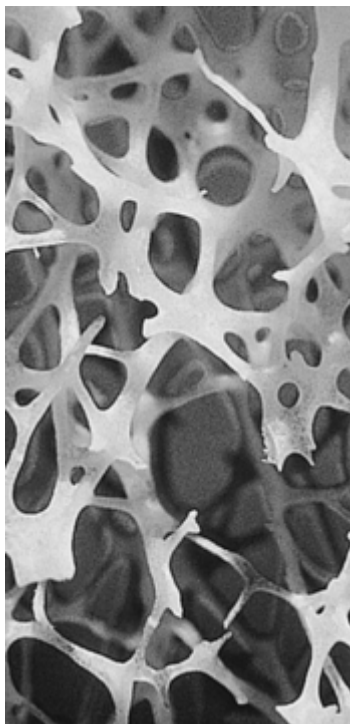
letzung zu sterben», schreibt die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) in ihrem Bericht «Sturzprävention für Senioren und Seniorinnen». Konkret: Etwa 800 Betagte sterben jedes Jahr an den Folgen eines Sturzes, über 500 davon nach einem Hüftbruch.

Und zwischen Sturz und Tod wartet noch anderes Ungemach auf die alten Menschen: Während der Heilung eines Knochenbruchs nehmen meist Bewegungsfreiheit und Selbständigkeit ab – wenn sie nicht sogar ganz verloren gehen. Die Betroffenen werden bettlägerig und pflegebedürftig.

Und auch die Seele nimmt Schaden. Auf die Angst vor weiteren Stürzen folgen Vermeiderverhalten, weiterer Muskelabbau, Gangunsicherheit und – Stürze. «Wiederkehrende Sturzerlebnisse aber verletzen das Selbstwertgefühl der Betagten massiv», sagt Andreas Meier, Leitender Arzt im Pflegezentrum Entlisberg der Stadt Zürich. Der Teufelskreis kann sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickeln: der Sturzangst.

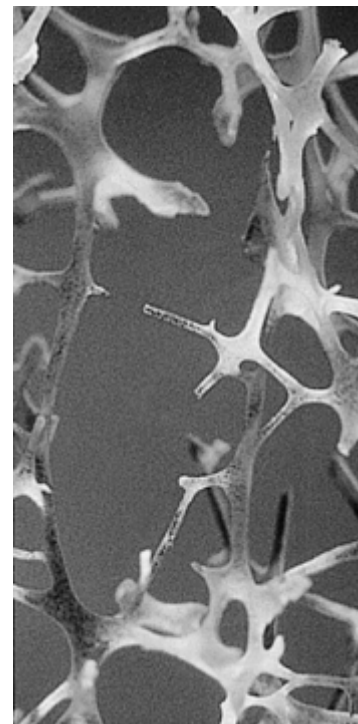
Hochdosiertes Vitamin D schützt vor Stürzen

Was also tun neben einem konsequenten Schutz bei Stürzen, etwa mit Hüftprotektoren? Heike Bischoff-Ferrari: «Gesunde Ernährung und körperliche Aktivität sind in jeder Phase des Lebens die Säulen der Osteoporosevorbeugung.» Und die enorm wichtige Rolle von Vitamin D für ältere Hüftbruchpatienten zeigte eine Forschergruppe um Bischoff-Ferrari 2010 in einer grossen Studie: Hochdosiertes Vitamin D schützte sie vor weiteren Sturzverletzungen und schweren Infektionen. ●



Mikroskopische Darstellung eines gesunden dichten Knochens.

Fotos: Courtesy of IOF



Mikroskopische Darstellung eines osteoporotisch ausgedünnten Knochens.

Vitamin-D-Mangel weltweit stark verbreitet

Die Drei-Schritte-Strategie für gesunde Knochen und starke Muskeln besteht aus gesunder Ernährung mit genügend Vitamin D und Kalzium sowie Bewegung:

- Eine ausreichende Kalzium- und Eiweisszufuhr wird am besten durch eine ausgewogene Ernährung gewährleistet, die Milchprodukte, Nüsse, kalziumreiche Gemüse (Sojabohnen, Grünkohl, Broccoli) und Mineralwasser enthält. Milchprodukte liefern das meiste Kalzium und enthalten zudem Eiweiss.
- Seniorinnen und Senioren, die weniger Eiweiss zu sich nehmen, sind anfälliger für Muskelschwäche, Muskelschwund und Gebrechlichkeit. All dies erhöht das Risiko von Stürzen und Knochenbrüchen.
- Unter Sonneneinwirkung produziert die Haut Vitamin D. In der Nahrung kommt Vitamin D eher selten vor. Kleine Mengen finden sich hauptsächlich in fettem Fisch und Eiern.
- Wie der weltweit stark verbreitete Vitamin-D-Mangel zeigt, erhalten die meisten Menschen nicht ausreichend Vitamin D allein durch das Sonnenlicht. Aus folgenden Gründen: wenig Sonnenschein in den Wintermonaten in unseren Breitengraden, Bewölkung und Luftverschmutzung, Verwendung von Sonnenschutzmitteln, Kleidung, die einen grossen Teil des Körpers bedeckt, und auch die Tendenz von

Jung und Alt, sich hauptsächlich in geschlossenen Räumen aufzuhalten.

- Die Vitamin-D-Produktion der Haut nimmt mit dem Alter ab, was zur Folge hat, dass Seniorinnen und Senioren viermal weniger Vitamin D produzieren als jüngere Erwachsene.
- Studien haben ergeben, dass eine ergänzende Zufuhr von Vitamin D bei älteren Menschen das Risiko von Stürzen und Knochenbrüchen um etwa 20 Prozent verringert. Die Internationale Osteoporose Stiftung empfiehlt allen Risikogruppen und Menschen über 60 Jahren eine Vitamin-D-Zufuhr von 20 bis 25 Mikrogramm pro Tag.
- Tägliche körperliche Ertüchtigung ist in jedem Alter unverzichtbar für starke Knochen und Muskeln.
- Die besten Übungen sind gewichtsorientierte Aktivitäten wie Laufen, Treppensteigen, Springen und zügiges Gehen sowie muskelstärkende Übungen wie Gewichtheben. Solche Trainingsprogramme zur Verbesserung der Gehgeschwindigkeit, der Muskelstärke und des Gleichgewichts von Seniorinnen und Senioren können sich in 20 bis 50 Prozent weniger Stürzen niederschlagen.
- Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und Untergewicht (Body Mass Index unter 19) beeinträchtigen nachweislich die Gesundheit der Knochen. (leu)

Aiha Zemp ist tot – Nachruf auf eine beeindruckende Persönlichkeit

Kämpferin für Selbstbestimmung

Am 14. Dezember starb Aiha Zemp mit 58 Jahren an den Spätfolgen ihrer Behinderung. Die promovierte Psychotherapeutin setzte sich zeitlebens für die Rechte der Menschen mit Behinderung und der Frauen ein.

Von Stefan Sutter

Die Psychotherapeutin und Dozentin Aiha Zemp kam mit Arm- und Beinstümpfen zur Welt. Sie setzte sich zeitlebens für die Rechte und die Selbstbestimmung handicapierter Menschen ein. Ein zentrales Anliegen war ihr der Schutz von Menschen mit Behinderung vor Gewalt und sexueller Ausbeutung. Bis 2010 leitete sie in Basel die Fachstelle für Behinderung und Sexualität (FABS), die sie neben zahlreichen anderen Projekten aufgebaut hatte. Die Diskussion mit Aiha Zemp hat auch meine persönliche und professionelle Einstellung massgeblich geprägt. Ende 1988 vertraute mir die Universitätsklinik Balgrist in Zürich für einen Monat ihren Gast an, Professor Zhao Hui San, Direktor einer Rehabilitationsklinik in Peking. Meine Aufgabe war es, ihm die Verhältnisse im Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen näherzubringen. Insbesondere wollte Professor Hui San erfahren, ob handicapierte Menschen in der Schweiz ein selbstbestimmtes Leben führen können. Wir besuchten unter anderem Aiha Zemp in ihrer Praxis für Psychotherapie, die sie damals in Hausen am Albis ZH führte. Die angeregte Diskussion, die Aiha Zemp mit uns zu führen begann, beeindruckt mich noch heute.

Gleichberechtigtes Gegenüber

Aus Aiha Zemps Einwänden lässt sich für die Rolle und die Aufgaben von Fachpersonen im Betreuungsbereich ableiten: Mach dir kein Bild. Eine Hilfeleistung, die nicht ausdrücklich von denjenigen, die sie brauchen, bestellt wird und definiert ist, kann bereits eine Form von Gewaltanwendung sein. Es ist keine gute Tat, einen «armen» Blinden ungefragt über den Zebrastreifen zu schleppen. Doch ist es auch nicht richtig, wie Aiha Zemp unterstrich, diesem «Helfer» böse Absichten zu unterstellen. Im Gegenteil – er will Gutes tun, ist damit aber überfordert, weil er nicht gelernt hat, denjenigen, dem er helfen will, als gleichberechtigtes Gegenüber wahrzunehmen. Nicht gelernt hat er dies, weil sich unsere Gesellschaft angewöhnt hat, Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, in Heimen zu versorgen. Die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, blieb ihnen lange weitgehend vorenthalten. Deshalb geschah und geschieht die Begegnung mit handicapierten Menschen für die meisten ausser-

Mit Mut, Überzeugungskraft und scharfem Verstand: Aiha Zemp.

Foto: zvg



halb der Normalität. Aiha Zemp hat sich denn auch vehement für das Modell der persönlichen Assistenz eingesetzt (siehe auch Beitrag auf den folgenden Seiten). Aus Enttäuschung darüber, dass sich in dieser Frage in der Schweiz lange Zeit wenig bewegte, zog sie für eine gewisse Zeit ins Ausland. Doch sie kehrte zurück, um die Probleme hier anzupacken, wo sie auftauchen – zum Beispiel in unseren Heimen und Institutionen. Auch war sie zur Überzeugung gelangt, dass die Bedürfnisse unabhängiger Körperbehinderter nicht dieselben sind wie etwa diejenigen von Frauen mit geistiger Behinderung in Heimen. Für deren Förderung und deren Schutz setzte sie sich unermüdlich ein. Wichtig war Aiha Zemp stets die Sensibilisierung aller Beteiligten in den Familien, den Institutionen, den Wohngruppen und den Arbeitsteams. Sie engagierte sich besonders für die Enttabuisierung der Sexualität von Menschen mit Behinderung. Für Aiha Zemp war eine selbstbestimmte Sexualität die zentrale Voraussetzung für wirksame Missbrauchsprävention. Professor Zhao Hui San war 1988 so beeindruckt von der Begegnung mit Aiha Zemp, dass er uns an Ort und Stelle zu Mitgliedern der «China Association for Rehabilitation of Disabled Persons» ernannte. Das Foto, das wir geschossen haben, habe ich verloren, doch die grüne Anstecknadel der chinesischen Vereinigung liegt noch heute neben meinem Computer. Wir erwogen damals, den Austausch weiter zu pflegen und, wenn möglich, mit Aiha Zemp nach Peking zu reisen. Doch nach der Studentenrevolte und dem Massaker auf dem Tiananmen-Platz 1989 in Peking brach unser Kontakt zum Professor ab – weshalb, haben wir nie erfahren. Wo immer sich Menschen um ein friedliches, selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben und Zusammenleben bemühen, braucht es Mut, Überzeugungskraft, Teamgeist und scharfen Verstand – alles Eigenschaften, wie Aiha Zemp sie mitbrachte und uns vorlebte. Ich bin traurig, dass sie nicht mehr da ist. ●

Der Autor: Stefan Sutter ist Leiter des Fachbereichs Erwachsene Menschen mit Behinderung von Curaviva Schweiz.

Assistenzbeitrag für Menschen mit Behinderung

«Ich wurde wieder Herr meines Lebens, bekam Kraft und Selbstbewusstsein»

Persönliche Assistenten geben Menschen mit Behinderung mehr Freiheit – und alle Pflichten und Rechte eines Arbeitgebers. Chancen und Fallstricke einer besonderen Beziehung.

Von Tom Shakespeare

Wo immer Sonali hinget, ist Helena dabei. Wenn Sonali einen Vortrag hält, spricht Helena die meisten der Worte. Wenn Sonali durchs Zimmer stolpert, ist Helena an ihrer Seite. Wenn Sonali eine Mahlzeit zu sich nimmt oder zu Bett geht, wird sie von Helena unterstützt. Sonali ist eine Universitätskollegin von mir. Sie ist 38 Jahre alt und Sozialwissenschaftlerin, sie ist mit einem englischen Fotografen verheiratet und leidet an einer Zerebralparese, die sie beim Sprechen, in der Feinmotorik und beim Gehen beeinträchtigt – aber nicht in ihrer Intelligenz oder ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit. Helena ist ihre persönliche Assistentin, die ihr ein Leben in Würde und die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ermöglicht. Sonali ist Helenas Arbeitgeberin.

Sonali bekommt das Geld für ihre persönliche Assistentin (PA) vom Independent Living Fund, einer 1988 von der britischen Regierung ins Leben gerufenen Institution, die Direktzahlungen an einzelne Behinderte erlaubt. Dies war seinerzeit eine revolutionäre Veränderung. Über weite Strecken des 20. Jahrhunderts hatten behinderte Menschen abgesondert vom Rest der Gesellschaft in eigens für sie eingerichteten Heimen gelebt. Doch seit den 1970er-Jahren wollten immer mehr von ihnen inmitten der Gesellschaft leben: Dort waren sie auf Gemeindeförderer angewiesen, die ihnen am Morgen aus dem Bett halfen,

ihre Mahlzeiten besorgten und andere Aufgaben für sie verrichteten.

Es war eine Situation der Abhängigkeit. Die Behinderten hatten keinen Einfluss darauf, wer ihnen zugeteilt wurde, mussten oft stundenlang auf Hilfe warten, und an so alltägliche Tätigkeiten wie Ausbildung oder Berufsausübung war kaum zu denken. Im Gegensatz dazu steht das PA-Modell, sagt Peter Wehrli, der Leiter des Zentrums für selbstbestimmtes Leben (ZSL) in Zürich: «Die persönliche Assistenz ermöglicht einer behinderten Person, selbst zu bestimmen, wo, wie, wann und von wem sie die Hilfe erhält, die sie benötigt. Sie besitzt dadurch, trotz ihrer vielleicht schweren Behinderung, die grösstmögliche Selbstbestimmung über ihr Leben, kann am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und selbst etwas dazu beitragen.»

Die persönliche Assistenz enthält viele subtile Momente, in denen es um Grenzen und Intimität geht.

Seit Anfang 2012 auch in der Schweiz möglich

Seit 2000 kämpft ein kleines Netzwerk von Behinderten namens Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) für die Einführung des Modells der persönlichen Assistenz in der

Schweiz. Die Reaktionen bei den Politikern fielen zum Teil überraschend aus. Die Linke gehört zu den natürlichen Bündnispartnern der Bewegung für mehr Behindertenrechte, aber wenn es um persönliche Assistenz geht, hegt sie Bedenken gegen Modelle, die nach Privatisierung aussehen und ausserdem die Arbeitsplätze von Heimgestellten bedrohen. «Die politische Rechte wiederum», erklärt Katharina Kanka von FAssiS, «schätzt unser Engagement und unsere Hartnäckigkeit – die Tatsache, dass wir für unsere Sache eintreten, selbst Verantwortung bei der Organisation der Assistenz übernehmen wollen und nicht einfach nur lamentieren. Sie findet auch die Transparenz und den Wettbewerb unter den Dienstleistern im Assistenzmodell gut.» Nachdem FAssiS dargestellt hatte, dass

das Modell «kostenneutral» eingeführt werden kann, konnten sich am Ende sowohl Vertreter der SP wie der SVP für das neue Konzept erwärmen. «Wir sind überzeugt, dass im Betreuungssystem genug Geld für Behinderte vorhanden ist», sagt Katharina Kanka, «nur müsste die Verteilung gerechter und effizienter organisiert werden.»

Seit dem 1. Januar 2012 ermöglicht die Revision 6a der Invalidenversicherung den behinderten Bürgerinnen und Bürgern der Schweiz jenes Mass an Unabhängigkeit und Flexibilität, über das britische, niederländische und skandinavische Behinderte schon seit vielen Jahren verfügen. «Die einzelnen Personen mit Behinderung und ihre Familien können endlich frei wählen, wo sie leben wollen und mit wem – und von wem sie die Unterstützung erhalten, die sie brauchen», sagt Katharina Kanka (siehe auch Kasten).

Mit Achondroplasie geboren

Ich selbst bin ein britischer Wissenschaftler, der zu Behinderung forscht, und arbeite zurzeit in Genf. Ich hörte zum ersten Mal von der Idee der persönlichen Assistenz, als ich vor 25 Jah-

ren an meiner Doktorarbeit sass. Ich versuchte meinen Studenten an der Universität zu erklären, dass zwischen körperlicher und sozialer Abhängigkeit ein grosser Unterschied bestehe. Ich verwies auf eine Gruppe von Leuten in Grossbritannien, die spezielle Schulen besuchen; sie werden mit eigens für sie hergerichteten Transportmitteln hin- und hergefahren; sie tragen kein Geld auf sich; sie werden angestarrt, wo immer sie hingehen; sie leben in abgegrenzten Wohnarrangements; man muss ihnen bei allen möglichen Dingen zur Hand gehen. Diese scheinbar extrem abhängige Gruppe heisst «die königliche Familie». Ein blöder Vergleich? Vielleicht. Aber er veranschaulicht doch, dass man nicht in der Lage sein muss, alles eigenhändig zu tun: Man muss nur in der Lage sein, selbst zu bestimmen, wie die Dinge für einen erledigt werden. Kontrolle macht einen unabhängig, nicht Fähigkeit.

Ich selbst wurde mit Achondroplasie geboren, einer Störung, die das Körperwachstum beeinträchtigt, und bin immer unabhängig gewesen. Obschon mich diese Behinderung ungewohnt, in den Augen mancher Leute sogar komisch aussehen lässt, schränkte sie das, was ich tun konnte, nicht sehr stark ein. Ich besuchte eine normale Eliteschule, studierte an der Universität Cambridge und erfreute mich einer erfolgreichen akademischen Laufbahn, bis ich 2008 die Herrschaft über meine Beine verlor. Innert dreier Tage wurde ich von einem gehenden, Fahrrad fahrenden, autonomen Individuum zu einer von den Hüften abwärts gelähmten Person. Ich war im Spital in Newcastle ans Bett gefesselt und benötigte zur Bewältigung aller erdenklichen Körperfunktionen plötzlich die Hilfe von Krankenschwestern. Die Rehabilitation von einer Rückenmarksverletzung ist für jeden eine traumatische Erfahrung. Das Besondere an meinem Fall war, dass ich nichts dagegen hatte, behindert zu sein – schliesslich hatte ich mein ganzes Leben lang mit einer Behinderung gelebt. Was mich zutiefst bekümmerte und beinahe zum Selbstmord getrieben hätte, war die Tatsache, dass ich nun von anderen abhängig geworden war.

Als ich aus dem Krankenhaus entlassen wurde, vermittelte mir meine Gemeinde im Nordosten Englands eine Helferin, die mir jeden Morgen half, mich zu duschen und auf den Tag vorzubereiten. Das fühlte sich sehr merkwürdig an. Es handelte sich um eine leicht gelangweilte junge Frau, die oft zu spät zur Arbeit kam. Doch seit 1996 ist es den britischen Gemeinden gestattet, ja sie werden geradezu ermuntert, direkt an die Leistungsempfänger ein Assistenzbudget auszuzahlen. Als man mir diese Möglichkeit anbot, willigte ich hochofrenet ein. Der zuständige Sozialarbeiter schätzte meinen Assistenzbedarf auf 22 Stunden pro Woche, ich unterschrieb einen Vertrag. Danach wurde mir das Budget für die veranschlagten Assistenzstunden überwiesen, und ich bezahlte davon selber die Person, die ich haben wollte, für genau die Hilfe, die ich brauchte.

Bekannte anstellen? Oder doch besser Fremde?

Mir fiel ein Stein vom Herzen. Ich beschloss, Leute anzustellen, die ich bereits kannte. Das fiel mir leichter, als per Annonce völlig fremde Personen zu suchen. Ich kannte viele verarmte Künstler, die das Geld dringend gebrauchen konnten. Ausserdem dachte ich mir, wenn ich schon so viel Zeit mit einem Assistenten zubringen musste, dann wäre es doch angenehmer, wir teilten ein paar Interessen. Wenn ich nun zu einer

>>



Der Kampf hat sich gelohnt: Kundgebung von 2008 auf dem Bundesplatz für die Einführung des Assistenzbeitrags.

Foto: Franziska Scheidegger

Tagung fahren wollte und nicht sicher war, ob die Räumlichkeiten dort behindertengerecht waren, bezahlte ich einfach meine Künstlerfreundin Lucy dafür, mich zu begleiten. Als ich in Dänemark einen Vortrag hielt, begleitete mich meine Freundin Wendy, eine Tänzerin, um mir dort über die Runden zu helfen. Dasselbe galt fürs Einkaufen, Putzen und die Gartenarbeit, alles Dinge, die ich früher eigenständig erledigen konnte, aber für die ich nun die Hilfe anderer Leute brauchte. Dank der Tatsache, dass ich selbst die Assistenten bezahlen konnte, wurde ich wieder Herr meines eigenen Lebens, bekam wieder Kraft und Selbstbewusstsein. Ich fühlte mich frei – auch wenn ich kaum noch allein war. Persönliche Assistenz brachte mir mehr Eigenverantwortung und mehr Macht. Ich war zum Arbeitgeber geworden, was bedeutete, dass ich selbst Leute anstellen, beaufsichtigen und ihre Steuern abführen musste. Ich merkte, dass Künstler und Tänzer zwar hervorragende Gesellschafter sein können, aber dass sie es mit den Quittungen oft nicht so genau nehmen. Ich aber brauchte die ganzen Belege, weil ich gegenüber dem South Tyneside Council, der mir das Budget zur Verfügung stellte, über alle Einnahmen und Ausgaben Rechenschaft ablegen musste. Menschen mit Behinderungen, die in den Genuss einer persönlichen Assistenz kommen, müssen in der Lage sein, den Papierkram in nützlicher Frist zu erledigen – eine Verantwortung, der nicht jeder gewachsen ist. Wenn die Schweiz im Januar 2012 das PA-Modell einführt, werden Organisationen wie das Zentrum für selbstbestimmtes Leben eine entscheidende Rolle dabei spielen, Menschen mit Behinderung darin zu instruieren, was sie als Arbeitgeber ihrer Assistenten zu tun haben.

Manche Behinderten behandeln ihre Assistenten wie Knechte, andere sehen in ihnen Lebensgefährten.

«Sonniges Gemüt plus Katzenfreundlichkeit»

Ein PA kann zu interessanten persönlichen und emotionalen Konflikten führen. Ich entsinne mich, dass ich einmal bei David, einem Freund mit einer neurologischen Behinderung, der seit vielen Jahren seine eigenen Angestellten hat, zum Abendessen eingeladen war. Sein PA bereitete die Mahlzeit und zog sich dann zurück. Irgendwann merkte ich, dass er einfach in der Küche sass und Zeitung las. Als der Wein ausgetrunken war, rief David nach ihm, und der Assistent kam und schenkte neuen Wein ein. Der PA beteiligte sich nicht an unserem Gespräch, sondern blieb stets im Hintergrund, bis er gebraucht wurde. Ich fühlte mich in die Welt vor dem Zweiten Weltkrieg zurückversetzt, als es noch Hausangestellte und Diener gab. Ich erfuhr, dass es unhöflich sei, einen PA ins Gespräch einzubeziehen, weil die behinderte Person stets im Mittelpunkt stehen sollte. Es sei unerträglich, so argumentierten einige meiner behinderten Kollegen, wenn sie zu einer gesellschaftlichen Veranstaltung gingen und alles drehe sich nur um den PA und sie selbst würden ignoriert. Aus demselben Grund beschäftigen die meisten Menschen mit Behinderung aus meinem Bekanntenkreis lieber fremde Personen und machen, anders als ich, einen grossen Bogen um Freunde. Es sei viel leichter, eine professionelle Distanz aufrechtzuerhalten, wenn man seinen PA nicht persönlich kenne, besonders wenn er oder sie auch Aufgaben im Intimbereich verrichten müsse. In dem Moment, wo Freunde die Rolle eines Helfers übernähmen, verliere man sei-

ne Privatsphäre und vielleicht auch die Gleichheit. Um einen anderen Standpunkt kennenzulernen, sprach ich mit Daniela, einer Rollstuhlnutzerin in den Vierzigern. Sie leidet an einer genetisch bedingten progressiven Krankheit und hat eine Behindertenzeitschrift herausgegeben. Daniela ist eine von 250 Schweizer Behinderten, die während der letzten fünf Jahre am nationalen PA-Pilotprojekt teilgenommen haben. Sie erzählte mir, dass sie ihre Helfer per Anzeige am schwarzen Brett der Universität suche. Sie habe immer mehr Bewerber gehabt, als sie benötigte, aber «es ist schwer, Leute zu finden, die diese Aufgabe ernst genug nehmen, egal, wie gut und entspannt die persönliche Beziehung ist». Daniela weiss genau, was sie von ihren Assistenten fordert: «Ich verlange hundertprozentige Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Respekt, gute Arbeitsleistung, einen akademischen Bildungsstand, ein sonniges Gemüt plus Katzenfreundlichkeit!»

Wie andere Arbeitgeber kann auch Daniela ein Lied von all jenen Angestellten singen, die die Anforderungen nicht erfüllten: die Unzuverlässige, die nur die Hälfte der Zeit aufkreuzte; der Alkoholiker, der eines Tages zugehörnt zur Arbeit erschien; der ewige Junge, der im Grunde selbst bemuttert werden wollte. «Es ist schwer, ein guter Arbeitgeber zu sein», sagt sie, «fair und gerecht und anspruchsvoll, aber

nicht bärbeissig, pünktlich zahlend, auch wenn das Geld vom Bund noch nicht eingetroffen ist. Die Verwaltung ist sehr zeitaufwendig, aber es lohnt sich absolut.» Danielas Bericht bestärkt mich in meiner Überzeugung, dass die persönliche Assistenz für behinderte Menschen eine echte Befreiung ist. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen ausserdem, dass das Modell gegenüber der Heimbetreuung günstiger arbeitet.

Ethische Standards sind unabdingbar

Doch als Sozialwissenschaftler finde ich das PA-Modell auch aus sozialer und ethischer Perspektive höchst faszinierend. Die Pioniere aus den 1970er und 1980er Jahren lehnten die traditionellen Hilfsangebote ausdrücklich ab. Mit unterschiedlichen Konsequenzen. Erstens zogen diese Leute es vor, keine professionellen Krankenpflegekräfte zu beschäftigen, die immer schon zu wissen glaubten, was am besten sei. Stattdessen griffen sie auf Ungelernte zurück, die sie anlernen konnten, wie sie es sich wünschten. Doch manche Behinderten sind sehr verletzlich und werden leicht misshandelt, bestohlen oder ausgebeutet. Manche Assistenten arbeiten für mehr als einen Arbeitgeber. Besteht dann nicht die Gefahr, dass sich Klatsch und Tratsch in der oft eng vernetzten Gemeinschaft der Behinderten verbreiten und dass die Schweigepflicht gebrochen wird? Aus diesen Gründen sind hohe professionelle und ethische Standards für persönliche Assistenten meines Erachtens absolut unabdingbar.

Zweitens: Statt für die Unterstützung dankbar sein zu müssen, zogen die meisten Menschen mit Behinderungen ein einfaches Dienstleistungsverhältnis vor, das keine persönlichen Verpflichtungsgefühle und Abhängigkeiten mit sich bringt. Sie wollten Hilfsleistungen und Gefühle voneinander trennen. Aber ich bin mir nicht sicher, ob dies wirklich möglich ist. Ein Mensch, der von anderen Menschen unterstützt wird, befindet

sich immer schon in einer Beziehung. Die persönliche Assistenz enthält viele subtile Momente, in denen es um Grenzen und Intimität geht, um Privatheit und Vertraulichkeit. Manche Behinderten in meinem Bekanntenkreis behandeln ihre persönlichen Assistenten wie Knechte, während andere in ihnen eine Art Lebensgefährten sehen.

Auch die Frage nach der Sexualität ist aufgeworfen

Mit der Intimität ist auch die Frage nach der Sexualität aufgeworfen. Was, wenn Sie jemandem begegnen, den Sie attraktiv finden – aber der oder die geht lieber mit Ihrem PA aus statt mit Ihnen? Man kann leicht eifersüchtig werden, zumal die Assistenten in der Regel jünger sind als ihre behinderten Arbeitgeber. Und was, wenn Sie zu den «Glücklichen» zählen? Gehört es zu den Aufgaben eines PA, Ihnen das Sexualeben zu erleichtern? Oder, falls Sie Single sind, Ihnen bei der sexuellen Befriedigung zu helfen, wenn Sie nicht selbst dazu fähig sind? Was ist, wenn Sie lesbisch oder schwul sind und Ihr Assistent homophob? Solche und ähnliche Fragen führen zweifellos hin und wieder zu Problemen. Es ist auch nicht ungewöhnlich, dass sich zwischen einer behinderten Person und ihrem PA eine erotische Beziehung entspinnt. Was dann? Kann der PA weiter angestellt bleiben? Tut er oder sie jetzt das, was vorher gegen Bezahlung erledigt wurde, um der blossen Liebe willen?

Die internationalen Erfahrungen und die acht Studien, die während des Pilotprojekts «Assistenzbudget» des Eidgenössischen Departements des Innern in Auftrag gegeben wurden, haben alle die wirtschaftlichen und sozialen Vorteile des PA-Modells hervorgehoben, das sich so radikal von der Heimunterbringung und der ambulanten Hilfe zu Hause unterscheidet. Wo die persönliche Assistenz die Heimunterbringung ersetzt, scheint sie

In Grossbritannien profitieren heute auch Menschen mit geistiger Behinderung von persönlicher Assistenz.

günstiger zu sein – nicht zuletzt, weil die Menschen mit Behinderung dabei selbst unbezahlt einen Grossteil der Verwaltungsaufgaben übernehmen. Für Leute mit komplexen Behinderungen bedeutet die persönliche Assistenz einen Gewinn an Selbstbestimmung und Selbstbewusstsein und die mögliche Teilhabe an Bildung, Beschäftigung, ja sogar Politik.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen führte bei den 36 000 Empfängern einer Invalidenrente eine Erhebung durch, die ergab, dass nur 2000 Menschen mit Behinderung an der Anstellung eines persönlichen Assistenten interessiert waren. Doch Peter, Daniela, Katharina und all die anderen behinderten Men-

schen aus meiner Bekanntschaft sind davon überzeugt, dass sich die persönliche Assistenz für alle möglichen Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf eignet. Auch in Grossbritannien entschied sich am Anfang nur eine Minderheit der Betroffenen für eine persönliche Assistenz, doch mit der Zeit hat sich das Modell weiterverbreitet. Heute profitieren nicht nur Menschen mit körperlichen Benachteiligungen, sondern auch Menschen mit geistigen Behinderungen und seelischen Erkrankungen von der Betreuung durch persönliche Assistenten. Sogar Kinder können ihre Assistenten haben. Viele Behindertenaktivisten sagen voraus, dass die persönliche Assistenz nicht nur das Leben von Menschen mit Behinderungen revolutionieren werde, sondern auch, wie diese von anderen wahrgenommen werden, weil sie nun selbst zu Herren über ihr eigenes Leben werden. ●

Der Autor: Tom Shakespeare ist Soziologe; er lebt in Genf. Dieser Beitrag ist zuerst im «NZZ Folio» erschienen (Ausgabe 11/11). Übersetzung: Robin Cackett, Berlin. Im «NZZ Folio» schreibt Tom Shakespeare ab Januar 2012 die Kolumne «Die andere Sicht».

Neuer Assistenzbeitrag: Bundesrat erwartet 400 Heimaustritte

Mit dem Jahreswechsel hat die Schweiz im Rahmen des ersten Teils der 6. IV-Revision den Assistenzbeitrag eingeführt: Menschen mit Behinderung, die von der IV eine Hilfenentschädigung beziehen, haben nun die Möglichkeit, ihre Betreuung selber zu organisieren und zuhause ein eigenständiges Leben zu führen. Zur Bezahlung der persönlichen Assistenz bei alltäglichen Lebensverrichtungen, in der Haushaltführung, der Freizeitgestaltung sowie bei Arbeit und Ausbildung erhalten die Betroffenen von der IV einen Beitrag von 32.50 Franken pro Stunde. Sie können eine oder mehrere Assistentinnen und Assistenten anstellen, der Hilfsbedarf wird von der IV bestimmt. Organisationen wie die Spitex können mit dem Assistenzbeitrag nicht bezahlt werden. Mit diesem Arbeitgebermodell profitieren faktisch nur jene vom Assistenzbeitrag, die ein Mindestmass an Selbständigkeit aufweisen. So müssen erwachsene Betroffene mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit entweder einen eigenen Haushalt führen, im regulären Arbeitsmarkt erwerbstätig sein oder dort eine Ausbildung absolvieren. Kinder und minderjährige Jugendliche bekommen den Assistenzbeitrag, wenn sie die Regelschule besuchen oder

in einer Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt stecken. Auch schwer pflegebedürftige Kinder und Jugendliche, die zuhause gepflegt werden, erhalten aber den Assistenzbeitrag. Dies als Kompensation dafür, dass seit einem Bundesgerichtsurteil 2010 die IV die nicht-medizinische Betreuung durch die Kinderspitex nicht mehr übernimmt.

Behindertenverbände begrüssen den Assistenzbeitrag als Fortschritt, kritisieren jedoch die einschränkenden Regelungen als diskriminierend. Menschen mit geistiger Behinderung beispielsweise könnten so kaum in den Genuss der Neuerung kommen. Auf Kritik stösst auch, dass zur Finanzierung der Assistenz per Anfang 2012 die Hilfenentschädigung aller Heimbewohnenden im IV-Alter halbiert wird. Dies erhöhe den Spardruck auf die Heime, so die Befürchtung. Die Kosten des Assistenzbeitrags schätzt der Bundesrat auf insgesamt rund 50 Millionen Franken pro Jahr. Er erwartet, dass in den kommenden 15 Jahren etwa 3000 Personen eine persönliche Assistenz beanspruchen. Rund 400 Personen werden nach Schätzung des Bundesrats aus einem Heim austreten, etwa 700 Personen werden gar nicht erst in ein Heim eintreten. (swe)

Zur Pensionierung des Fachbereichsleiters Kinder und Jugendliche

«Markus Eisenring hat Curaviva Schweiz massgeblich mitgestaltet»

Auf Ende Januar 2012 wird Markus Eisenring nach mehr als achtjähriger Tätigkeit als Leiter des Fachbereichs Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen aus dem nationalen Dachverband Curaviva Schweiz ausscheiden und mit 67 Jahren in Pension gehen.

Von Hansueli Mösle

Markus Eisenring, der ursprünglich am einstigen Lehrerseminar in Kreuzlingen das Primarlehrer-Patent erworben und anschliessend an der Universität Zürich das Studium in Physik und Mathematik absolviert hatte, wirkte – zeitweise neben seiner nebenamtlichen Tätigkeit als Mittelschullehrer in Physik – vorerst während fünf Jahren in der Obdachlosenarbeit bei Pfarrer Ernst Sieber in Zürich. Acht Jahre lang war er dann unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ambros Uchtenhagen zuständig für den Aufbau und die Leitung der kantonal-zürcherischen Drogenklinik Oberembrach, bis er im Jahr 1988 zum Leiter der städtischen Jugendsiedlung Heizenholz in Zürich ernannt wurde, der er bis im Jahr 2003 vorstand. In der Folge übernahm Markus Eisenring am 1. November 2003 bei Curaviva Schweiz die Kaderstelle des Leiters «Fachbereich Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen». In dieser Funktion war er auch Mitglied der Geschäftsleitung von Curaviva Schweiz. Markus Eisenring war aber schon damals für Curaviva Schweiz kein Unbekannter, denn bereits seit Mitte 1991 engagierte er sich in der damaligen Kommission «Heimerzie-

hung» des Heimverbandes Schweiz, dem Vorgängerverband von Curaviva Schweiz. Und in seiner späteren Eigenschaft als Präsident des nun neu bezeichneten Fachverbandes Kinder und Jugendliche wählten ihn die Delegierten des Heimverbandes Schweiz am 13. Juni 1995 in den Zentralvorstand, dem er bis Mitte 1999 angehörte. Gleichzeitig wirkte er auch im Vorstand der damaligen Sektion Zürich mit. Auf den Zusammenschluss von Heimverband Schweiz und vci – Verband christlicher Institutionen – zum neuen nationalen Verband

Curaviva per 1. Januar 2003 übergab er sein Amt als Präsident des Fachverbandes Kinder und Jugendliche in die Hände von Peter Wüthrich, gehörte aber der neuen Curaviva-Fachkonferenz Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen bis zu seinem Antritt der operativen Fachbereichsleitung bei Curaviva Schweiz auf 1. November 2003 weiterhin als einfaches Mitglied an.

**Obdachlosenarbeit,
Aufbau der
zürcherischen
Drogenklinik, Leiter
der Jugendsiedlung
Heizenholz.**

Engagierte Voten auf fachkundige Art

Durch sein breites Wissen und seine langjährige berufliche Erfahrung im Kinder- und Jugendbereich hat Markus Eisenring unseren nationalen Verband Curaviva Schweiz auf verschiedenen Ebenen massgeblich mitgestaltet. Von Anbeginn weg äusserte er als Leiter des Fachbereichs Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen seine engagierten Voten auf sehr fachkundige Art und aus einer tiefen sozialen Haltung heraus, die bei den Verbandsgrämern, in Fachkreisen, aber auch bei den Kinder- und Jugendinstitutionen auf Achtung stiessen. Mit seiner hohen Sach- und Sozialkompetenz engagierte er sich namentlich auch für gute Kontakte zu Partnerverbänden, Kantonalorganisationen und politischen

**Nach der
Pensionierung Raum
für Liebhabereien:
Physik, Gartenarbeit,
Reisen in ferne
Länder.**

Behörden und war damit zu manchen «Ausstationen» sowohl Brückenbauer wie auch Ansprechpartner.

Zu den Schwerpunkten von Markus Eisenrings engagierter Fach- und Projektarbeit zählten insbesondere die breitere Verankerung und bessere Positionierung des Kinder- und Jugendbereichs innerhalb des Gesamtverbandes, seine Einflussnahmen bei bildungspolitischen und sonderpädagogischen Projekten, die sozialpolitischen Engagements im Rahmen der NFA-Umsetzung, seine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Lancierung eines KJ-Newsletters und mittels profunder Fachartikel in der verbandseigenen Fachzeitschrift Curaviva sowie seine mit grossem Sachverstand verfassten interessenpolitischen Stellungnahmen zu Geschäften der Erziehungsdirektorenkonferenz EDK und der Sozialdirektorenkonferenz SODK.

Fachtagungen mit grossem Echo

Ganz besonders am Herzen lagen Markus Eisenring sodann die Konzipierung und Durchführung professionell gestalteter Fachtagungen zu aktuellen Themen des Kinder- und Jugendbereichs, die jeweils in Fachkreisen auf grosses Echo stiessen. Abschliessend darf im Rahmen dieser Würdigung das von Markus Eisenring zusammen mit seiner Fachkonferenz lancierte Projekt «Vision Jugend- und Familienhilfe 2015 – Sozialraumorientierung» nicht unerwähnt bleiben. Im Zentrum dieses zukunftsweisenden Projekts, das weit über den Heimplatz hinaus zielt und das Potenzial hat, in den nächsten 10 bis 15 Jahren zum Kompass für die Entwicklung sowohl des stationären als auch des ambulanten Kinder- und Jugendbereichs zu werden, standen ein dreitägiger internationaler Fachkongress in Bern und die Herausgabe eines Werkstattbuchs. Beides nachhaltige Ergebnisse der engagierten Facharbeit von Markus Eisenring.



«Wir danken Markus Eisenring von Herzen für die unvergessliche Teamarbeit und seine Freundschaft.»

Hansueli Möhle, Direktor Curaviva Schweiz.



«Tiefe soziale Haltung»: Markus Eisenring geht in Pension.

Fotos: Maria Schmid

Lieber Markus,

Auch im Namen des Vorstandes und deiner Fachkonferenz sowie all deiner Arbeitskolleginnen und -kollegen von Curaviva Schweiz danken wir dir von Herzen für dein langjähriges engagiertes Wirken im Interesse und zum Wohl unseres Verbandes und des Heimwesens in der Schweiz. Ein ebenso grosser Dank gebührt Dir auch für all die Jahre unvergesslicher Teamarbeit und Freundschaft. Wir freuen uns mit dir, dass du jetzt kürzertreten kannst und deine Verantwortung als Fachbereichsleiter bereits schon in neue, ebenso engagierte Hände geben durftest (siehe Fachzeitschrift Curaviva 12/11). Möge es vor allem deine Gesundheit zulassen, dass du dich fortan wieder vermehrt all deinen Liebhabereien, deiner Physik und Mathematik, deinem Garten und deinen Reisen in ferne Länder intensiver zuwenden kannst. In diesem Sinn wünschen wir Dir nur das Allerbeste für die kommende Zeit; viel Glück, Freude und über allem gesundheitliches Wohlergehen in deinem neuen Lebensabschnitt! ●

Senioren als Zeitzeugen, Jugendliche als Journalisten

Mit der «Zeitmaschine» reisen Teenager und Betagte zurück in die alte Zeit

Jung und Alt erforschen zum Auftakt des Jahres des «aktiven Alterns und der generationenübergreifenden Solidarität» gemeinsam die Vergangenheit. Um die Reise zurück möglich zu machen, brachte der in Berlin lebende Schweizer Christian Lüthi eine «Zeitmaschine» nach Bern.

Von Daniel Vonlanthen

Das Rad der Zeit zurückdrehen – dieser grosse Wunsch der Menschheit ist bislang nicht in Erfüllung gegangen. Doch jetzt kommt ein Berner Lehrer und Historiker, der den Traum wahr macht – wenn auch nur für einen kurzen Augenblick und im Kopf der Leute. Christian Lüthi heisst der Erfinder der «Zeitmaschine». Meistens lebt er in Berlin. Kürzlich besuchte der 41-jährige seine Geburtsstadt und brachte die Zeitmaschine mit.

Teilnehmen durften betagte Menschen des Domicils Schwabgut in Bern zusammen mit jungen Menschen von Kidswest, der Kunstwerkstatt für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in Bern West. Beim Experiment braucht es jeweils die erfahrenen Führerinnen und Führer, die wissen, wohin die Reise geht. Diese Rolle können nur jene übernehmen, die bereits viel Lebenszeit hinter sich haben: die Alten. Und es braucht die unverbrauchten, neugierigen und unerfahrenen Mitreisenden, die Fragen stellen und zuhören: die Kinder. Der Erfinder der Zeitmaschine, Christian Lüthi, setzte Jung und Alt zusammen und schickte sie auf eine mehrtägige Reise mit dem Auftrag, sie sollten über ihre Erlebnisse berichten. Herausgekommen sind kurze multimediale Clips mit Bildern und Gesprächsaufzeichnungen, Zweiminuten-Spots aus dem langen Leben von Menschen im Altersheim.

Aus dem Gedächtnis und aus der Foto-schachtel holen die Betagten Schätze an Erinnerungen.

15 Kinder im Alter von 12 bis 16 Jahren liessen sich aufs Experiment ein. Sie befragten zwölf Bewohnerinnen und Bewohner des Domicils Schwabgut nach ihrer Lebensgeschichte. Ausgangspunkt bildeten lieb gewordene Andenken und Fotos.

Der Altersunterschied betrug fast 90 Jahre

Schon da begannen die Schwierigkeiten: «Nicht alle unsere Mitbewohner verfügen noch über Fotos von früher», berichtet Philipp Kämpfer, Geschäftsleiter des Domicils Schwabgut. Er half den Kindern dabei, dass sie im Haus Kontakte knüpfen konnten und fündig wurden. Der Altersunterschied zwischen den Jüngsten und Ältesten betrug fast 90 Jahre. Im Domicil Schwabgut leben 120 Menschen in altersgerechter Umgebung. Einige Betagte warteten mit einem reichen Fundus an Erinnerung auf. Zum Beispiel der 93-jährige Alfred Schwaar, der von der Kriegszeit erzählte, als er als Grenzwächter auf Patrouille ging und in einem verlassenen Posten im dunklen Wald im Einsatz stand. Seine Schilderung tönt nach Abenteuer: «Es war dunkel. Ich musste mich aufs Gehör verlassen.» Nebst seiner offiziellen Waffe, dem Karabiner, trug er jeweils auch eine Pistole auf sich. Die habe er zu seinem persönlichen Schutz angeschafft, berichtet Schwaar. «Weil man damit schneller ist.» Heute ist ihm nur noch das Bajonett als

Erinnerungsstück geblieben; Uniform, Pistole und Karabiner musste er längst abgeben. Ob er denn jemals angeschossen worden sei, wollen seine Befrager Christian Arroyo (15) und Bimi Lajq (14) wissen. Die Buben dürfen das Bajonett in die Hand nehmen und die Klinge spüren. «Was machten Sie damit?» Herr Schwaar beantwortet geduldig alle Fragen: «Ich musste es auf mir tragen. Gebraucht habe ich es nie.» Die Kriegszeit beschäftigt betagte Menschen noch heute: Mehrere Interviews dreh-



Heimbewohner Alfred Schwaar, 93, erzählt Bimi Lajq (l.) und Christian Arroyo von der Kriegszeit, als er als Grenzwächter auf Patrouille ging.

Fotos: Beat Mathys

ten sich um diese Zeit der Entbehrung und der harten Arbeit. Im Clip «Die Zähne zusammenbeißen» erzählt die 78-jährige Sophie Feller von ihrem schweren Unfall, den sie mit 14 während der Arbeit auf einem Bauernhof erlitten hatte. Sie stürzte von der Heubühne, brach sich Handgelenk, Schlüsselbein und Wirbel. Sie blieb zweieinhalb Stunden bewusstlos liegen und musste, nachdem sie wieder zu sich gekommen war, sieben Kilometer bis zum nächsten Arzt marschieren. Im Clip

«Integration der Internierten» berichtet Anna Reusser, Jahrgang 1915, über die strenge Arbeit in der Tuchfabrik während des Kriegs, als die Männer Militärdienst leisteten und die Frauen für Wirtschaft und Familie sorgten.

Urgrossmutter freut sich auf Begegnungen

Hobby, Sport, Schule, Alltag und Familienleben sind weitere Themen, über welche die Betagten gerne Auskunft gaben. Auch

Projektwochen für Schulen

Christian Lüthi ist Initiator und Pädagogischer Leiter der «Zeitmaschine». Er lebt in Berlin und Bern. In Deutschland und der Schweiz hat er mit mehreren Schulklassen Projektwochen durchgeführt. Die Schülerinnen und Schüler durchstöbern alte Bilder und suchen davon ausgehend Erinnerungsgeschichten und Zeitzeugen. Aus Recherchen und Interviews mit Tondokumenten und Bildern stellen sie digitale multimediale Clips her. Die Kinder arbeiten in Teams und lernen den Umgang mit Computer und Kommunikationstechniken. Zeitmaschine.TV ist der Trägerverein mit Sitz in Bern. Er wird von privaten Sponsoren und der öffentlichen Hand unterstützt. (dv)

www.zeitmaschine.tv

Dialog zwischen Generationen

Die EU hat 2012 zum «Jahr des aktiven Alterns und der generationenübergreifenden Solidarität» ausgerufen. Die Kommission Beschäftigung, Soziales und Integration schreibt dazu: «Es soll uns Gelegenheit geben, darüber nachzudenken, dass die Europäer länger leben und länger gesund bleiben als je zuvor – und uns der Chancen bewusst zu werden, die darin stecken.» Aktives Altern sei der Schlüssel zur Wahrung der Solidarität zwischen den Generationen in Gesellschaften mit immer mehr älteren Menschen. In der Schweiz lancierte die Gemeinnützige Gesellschaft den Generationendialog bereits 2010 aus Anlass ihres 200-jährigen Bestehens. Auf der Plattform www.intergeneration.ch sind die regionalen Projekte zusammengefasst. (dv)

www.intergeneration.ch

>>



Bimi Lajq (l.) und Christian Arroyo zeigen Alfred Schwaar, wie sich Jugendliche heute grüssen.

die 94-jährige Gertrud Waeber holte ihre grosse Fotoschachtel hervor. Sie zeigte den Kindern Bilder vom früheren Leben und Arbeiten in der Berner Altstadt. Waeber hatte zusammen mit ihrem Ehemann in der Aarbergergasse ein Möbelgeschäft und später eine Brockenstube geführt. Heute ist sie Ururgrossmutter, lebt allein im Domicil und freut sich auf jede Begegnung mit Kindern, Enkeln und Urenkeln. Auf ihren vergilbten Erinnerungsfotos sieht man fröhliche Leute an der Metzgergasse-Chilbi, die Kleidermode von damals, Puppen und andere Verkaufsobjekte aus dem Laden.

Auf einem Foto ist die junge Frau Waeber abgebildet mit einem übermässig grossen Hut auf dem Kopf, der aussieht wie eine Geburtstagstorte. Genau dieses Foto hat der elfjährigen Erzana Gashi am meisten imponiert: «Einen solchen Hut würde ich nur an der Fasnacht aufsetzen», sagt sie. Zusammen mit ihrer gleichaltrigen Freundin Alberta Berisha verbrachte sie vier Nachmittage bei Frau Waeber. Den Mädchen hat es gefallen: «Es war interessant, einiges über das frühere Marktleben und die Leute in der Berner Altstadt zu erfahren.» Über den Clip setzten sie den entsprechenden Titel: «Eine Märitfrau erinnert sich.» Kontakte zu ihren eigenen Grosseltern haben sie nur selten, denn diese leben im Kosovo. Die hätten es besser dort, zeigen sich die Secondas überzeugt: «Die alten Menschen im Kosovo sind weniger einsam als die alten Leute in der Schweiz.» Sex und Drogen – die Kidswest wollten auch eine Welt ergründen, die für sie noch unbekannt

**Drogen? Ja klar, aber keine harten. «Davor hatte ich Angst.»
Dafür: «Tabak, Alkohol, Affären.»**

ist, und warteten mit unbequemen Fragen auf. Da lagen sie bei der 74-jährigen Gertrud Felber gerade richtig. Sie zeigte keine Tabus. Männerbesuche? Ja, die gab es. «Aber nur, wenn die Kinder nicht zuhause waren.» Drogen? Ja klar, aber keine harten. «Vor Cannabis hatte ich Angst. Beim Alkohol haben wir hin und wieder zugeschlagen – aber nur in der

Freizeit», berichtet die ehemalige Taxifahrerin im Clip «Tabak, Alkohol und Affären» freimütig.

Spannender als Geschichtsbücher

Der Generationendialog zeigt: Erinnerungen älterer Menschen sind spannender und lebendiger als Geschichtsbücher. Da

brannten auch allgemeine Fragen auf der Zunge: Was hat sich am meisten verändert im Leben? War es früher besser als heute? Auch wenn es nicht auf alle Fragen eine Antwort gab und die Befragten nur das bestätigten, was die Kinder ohnehin schon wussten: «Es gibt heute mehr Leute und mehr Autos als früher.» Die Erkenntnis von Frau Waeber indes hatte Gültigkeit für alle: «Wir waren mit wenig zufriede-

den. Heute braucht es viel mehr, um den Jungen eine Freude zu bereiten.» ●

Alle Clips über die Seniorinnen und Senioren des Domicils Schwabgut sind online abrufbar unter:
<http://domicilschwabgut.zeitmaschine.tv>

Harvard-Mediziner warnen vor einer Industrialisierung der Krankenbehandlung

Pflegende und Ärzte sind zu «Leistungserbringern» geworden

Rettet die Medizin vor der Ökonomie: Diesen Aufruf lancierte das bedeutendste medizinische Fachblatt der Welt. Die individuelle Beziehung zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patientinnen und Patienten werde immer stärker in die Begrifflichkeit von Geschäftskontakten überführt.

Von Werner Bartens, Süddeutsche Zeitung

Es ist ein Alarmruf, und aus ihm spricht mindestens so viel Trauer wie Empörung. Schliesslich steht die Zukunft der Medizin auf dem Spiel. Die Harvard-Mediziner Pamela Hartzband und Jerome Groopman beklagten letzten Herbst im New England Journal of Medicine, die Heilkunde unterwerfe sich immer stärker der Ökonomie und Institutionen der Krankenpflege würden zu Fabriken (Bd. 365, S. 1372, 2011). «Die neue Sprache der Medizin» – so der Titel ihres Beitrags – spiegle die Umwertung von der individuell ausgerichteten Fürsorge hin zur industrialisierten Krankenbehandlung bereits deutlich wieder.

«Patienten sind keine Patienten mehr, sondern «Kunden» oder «Konsumenten». Ärzte und Pflegekräfte haben sich zu «medizinischen Leistungserbringern» gewandelt», beklagen Hartzband und Groopman. In Medien, in Fachmagazinen und sogar während der Visite würden diese Begriffe immer häufiger verwendet. Synonym seien sie aber keineswegs. «Patient» leite sich vom Lateinischen *patiens* ab, das bedeute so viel wie leiden und aushalten können. Der Begriff «Doktor» stamme von *docere*, was lehren bedeutet. «Arzt» leitet sich vom Griechischen *iatros* ab, dem Heiler. In Wortschöpfungen wie «medizinische Dienstleister» oder «Leistungserbringer» findet sich der fürsorgliche Aspekt

nicht wieder. Für Hartzband und Groopman sind diese sprachlichen Veränderungen Ausdruck einer Krise, in der sich die Medizin in vielen wohlhabenden Ländern befindet. Die ständigen Reformen dienen oft einzig dem Ziel, die Krankenversorgung zu standardisieren. Archaische Begriffe wie «Patient», «Arzt» oder «Pfleger» passen demnach nicht mehr in einen Krankenhausalltag, der den Fertigungsprozessen in der Industrie angepasst werden soll. Auf das Verhältnis zwischen Ärztinnen, Ärzten, Pflegekräften und Patientinnen, Patienten wirke sich die Wortwahl aus. Diese individuelle Beziehung werde in die Begrifflichkeit von Geschäftskontakten überführt.

Humanistische Aspekte gehen verloren

Die Sorge vor der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin wird von vielen Ärztinnen und Ärzten sowie von Pflegenden artikuliert. Standardisierte Verfahren wie Disease-Management-Programme für die Arztpraxen fassen Krankheiten zusammen, dabei kommen individuelle Eigenheiten der Kranken oft zu kurz. In Kliniken wird – seit Anfang Jahr auch in der Schweiz – nach codierten Diagnosen und DRG (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Oft verbiegen Ärzte ihre Diagnosen so lange und erfinden neue hinzu, bis sie in den Krankheitenkatalog passen. Mit dem Erleben und Befinden der Kranken hat das oft nichts mehr zu tun.

Hartzband und Groopman konstatieren, dass der Patient zum Kunden wird, der etwas kauft, der Arzt zum Verkäufer. Die wichtigen psychologischen, spirituellen und humanistischen Aspekte der Beziehung zum Patienten, Altruismus und Barmherzigkeit, drohten darüber verloren zu gehen – dabei hätten sie die Medizin für viele erst zu einer Berufung gemacht. Dass der Doktor den Kranken lehren könne, wie es zu seiner Krankheit gekommen ist und wie er wieder gesun-

Hinter den neuen Dienstleistungsbegriffen der Medizin verschwindet die fürsorgliche Arbeit der Pflegenden.

->



Austauschbarkeit der Versorgung statt, wie hier, individuelle Zuwendung – eine Folge der Ökonomisierung in der Medizin.

Foto: Robert Hansen

den kann, verschwinde hinter den neuen Dienstleistungsbe-
griffen der Medizin ebenso wie die fürsorgliche Arbeit der Pfl-
genden. Beliebigkeit und Austauschbarkeit der Versorgung statt
individuelle Zuwendung, die sich dynamisch nach den Patien-
tenbedürfnissen entwickelt, seien Kennzeichen dieser neuen
Medizin.

Schleichender Wertewandel

Wird die Medizin auf die Monetik reduziert, befürchten Hartzband und Groopman, dass nur noch die Karikatur einer Arzt-Patienten-Beziehung übrigbleibt. Der schleichende Wertewandel, der dadurch die Medizin ergreife, könne nicht überschätzt werden. Er zeige sich auch darin, dass Ärzte, für die merkantile Interessen im Vordergrund stehen, jahrhundertlang – etwa bei Molière oder Turgenew – dem Gespött ausgesetzt und als Scharlatane verhöhnt wurden, die ihren Beruf verraten haben. Einher mit der Neuorientierung der Medizin ginge die Gering-
schätzung dessen, was lange als «klinisches Urteil» der Ärz-
tinnen und Ärzte hoch geachtet war. Statt die Erfahrung der
Heilkundigen zu würdigen, dominierten Leitlinien – so wie in
Fabriken Gebrauchsanweisungen für Geräte. Das klinische Ur-
teil hingegen werde als subjektiv und unwissenschaftlich dis-
kreditiert. Dabei werde verkannt, dass es in der Medizin nie

**Wer krank ist, soll
um seiner selbst
willen behandelt
werden, und nicht als
zahlender Kunde.**

objektive Daten geben könne, sondern Befunde immer in den
individuellen Kontext eingeordnet werden müssen. Auch be-
stimme die Bedeutung, die der Patient, die Patientin dem eigen-
nen Leiden und den Genesungswünschen zuteile, entscheidend
über die weitere medizinische Vorgehensweise mit. Zudem
seien auch Autoren von Leitlinien befangen, und es sei oftmals
von ihrer subjektiven Einschätzung abhängig, welchen Grenzwert sie festlegen und welche
Tests sie empfehlen.

Unaufhaltsamer Trend?

Hartzband und Groopman beschliessen ihren Text mit einem Appell. Wenn sie krank sind, wollen sie um ihrer selbst willen als Individuen entsprechend ihren Wertvorstellungen be-
handelt werden, nicht als zahlende Kunden. Begriffe wie
«Markt» und «Mehrwert» hätten in der Ökonomie ihren Platz,
aber nicht im Krankenhaus. Ihr Aufruf ist auch deshalb von
Bedeutung, weil sie ihn als Harvard-Mediziner im wohl bedeu-
tendsten medizinischen Fachblatt der Welt veröffentlicht ha-
ben. Ob sich der skizzierte Trend aufhalten oder gar umkehren
lässt, ist zweifelhaft. Als letztes Jahr in München der 10. Euro-
päische Gesundheitskongress eröffnet wurde, lautete ein her-
vorgehobenes Motto der Tagung: «Die neue Rolle des Patienten
als Wirtschaftsfaktor». ●

Schweiz

Demenzbedingte Todesfälle nehmen zu

Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Demenz sind die drei häufigsten Todesursachen in der Schweiz. Das mittlere Sterbealter beträgt bei Männern 74,4 und bei Frauen 81,2 Jahre (1999: 72,6 respektive 79,9 Jahre). Dies zeigt die Todesursachen-Statistik für das Jahr 2009, die das Bundesamt für Statistik (BFS) kürzlich veröffentlichte. 36 Prozent aller Todesfälle wurden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, Tendenz sinkend. 26 Prozent sind auf Krebs zurückzuführen, mit steigender Tendenz. 8 Prozent der Todesfälle gingen 2009 auf Demenz zurück, 1999 waren es noch 4 Prozent. Allerdings wird diese Diagnose von Ärzten heute häufiger gestellt als früher, schreibt das BFS. Demenz selbst gilt nicht als Todesursache. Die Krankheit begünstigt aber andere Erkrankungen wie etwa Lungenentzündungen, die dann zum Tod führen.

Berner Zeitung

Aargau

Ausbildungspflicht für Heime, Spitäler und Spitex

Der Kanton Aargau ergreift Massnahmen, um dem Pflege-Notstand zu begegnen: Er führt für Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen eine Ausbildungspflicht ein. Die Ausbildungsverpflichtung erfasst die nicht-universitären Berufe im Bereich der Pflege und Betreuung mit direktem Kontakt zu Patienten, Bewohnern und Klienten. Zudem erstreckt sie sich ausdrücklich auch auf therapeutische Berufe (Physio- und Ergotherapie, Sozialpädagogik, Ernährung). Eine Institution wird dabei aber nur für jene Berufe zu Ausbildungsleistungen verpflichtet, in welchen sie ausgebildetes Personal beschäftigt. Die Ausbildungsverpflichtung soll mit einem Bonus-Malus-System durchgesetzt werden. Überdurchschnittliche Ausbildungsleistungen können zusätzlich abgegolten, unterdurchschnittliche sanktioniert werden.

Aargauer Zeitung

Basel-Landschaft

Pflegekosten treiben Steuern hoch

Die Budgets der Baselbieter Gemeinden für 2012 verheissen nichts Rosiges: Fast überall kämpft man gegen Defizite. Steuererhöhungen werden in vielen Fällen unumgänglich sein. Besonders belastend für die Gemeinden ist die neue kantonale Pflegefinanzierung. Liestal etwa zahlt 1,1 Millionen Franken für die Pflege – letztes Jahr waren es 200000 Franken. Einschneidende Kürzungen und Verschiebungen von Investitionen sind

die Folge. Andere sehen keine Alternative zur Steuererhöhung. Titterten wird den Steuersatz um drei Prozent erhöhen. Arboldswil greift auf Eigenkapital zurück, kündigt aber für 2013 Steuererhöhungen an. Muttenz streicht geplante Steuererleichterungen und fährt trotzdem ein Defizit ein.

Basellandschaftliche Zeitung

Wissenschaft

Neue Diagnosemethode bei Alzheimer

Eine neuartige Methode, die in der Nase ansetzt, könnte die frühzeitige Diagnose der Alzheimer-Demenz vereinfachen. Boris Schmidt von der Technischen Universität Darmstadt beobachtete, dass sich eine Signalsubstanz in der Nasenschleimhaut von Alzheimerpatienten ansammelt. Die Signalsubstanz ist das sogenannte Tau-Protein, das sich bei Alzheimerpatienten im Gehirn ablagert und dort zum Absterben der betroffenen Zellen führt. Bisher war nur bekannt, dass es sich ebenfalls in den Nervenzellen der Augen nachweisen lässt. Dort kann es mittels fluoreszierender Farbstoffe sichtbar gemacht werden. Schmidt und seine Kollegen fanden nun aber heraus, dass sich die Nase für eine einfachere Diagnose eignet. Für die Zulassung müssen die Forscher allerdings noch je 100 Nasen von kranken und gesunden Menschen untersuchen.

Aargauer Zeitung

Kindesmissbrauch wirkt wie Kriegseinsatz

Misshandlungen und Gewalt in der Familie programmieren das Gehirn eines Kindes dafür, Gefahrenquellen besser wahrzunehmen. Das berichten Forscher vom University College London in der Zeitschrift «Current Biology». In der Untersuchung der beteiligten Gehirnregionen durch funktionelle Bildgebung zeigte sich, dass die Verdrahtung der Neuronen nach Gewalterfahrung ähnlich verändert ist wie bei Soldaten, die in eine Kampfhandlung geraten sind. Die Forscher beobachteten die Gehirne betroffener Kinder, während sie ihnen Bilder von zornigen und traurigen Gesichtern zeigten. Auffallend aktiv waren zwei für die Wahrnehmung von Gefahren und die Vorwegnahme von Schmerzen zuständige Gehirnregionen. «Die verbesserte Reaktion kann für die betroffenen Kinder eine Strategie sein, die kurzfristig durchaus erfolgreich ist und vor Gefahren schützen kann», erklärt Studienleiter Eamon McCrory. Diese kommt freilich zum Preis der erhöhten Verletzbarkeit gegenüber Stressfaktoren, die auch viel später noch die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann.

Current Biology

