Ausgabe **10** | 2012

Pflegeheim wird Kompetenzzentrum

Seite 40

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva
Verband Heime & Institutionen Schweiz

Wunschkinder

Getestet – und für gut befunden

PERMED JOBS

Temporär- und Dauerstellen im Gesundheits- und Sozialwesen

Verfügen Sie über eine Ausbildung als dipl. Pflegefachperson (FAGE, AKP, DN I, DN II, HF, HöFa)?

Seit 25 Jahren Ihr Spezialist für Personaldienstleistungen im Schweizer Gesundheitswesen. Alle aktuellen Stellenangebote finden Sie auf unserer Website - auch Spontanbewerbungen sind willkommen.

Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen! - Melden Sie sich telefonisch, per Mail, oder senden Sie uns Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen.

Basel I 061 263 23 90
Bern I 031 326 06 06
Luzern I 041 240 44 44
Zürich I 043 544 77 22
Genf I 022 332 25 35
Lausanne I 021 321 12 60

www.permed.ch

swissstaffing®

permed

Ein Unternehmen der TERTIANUM-Gruppe

NELO DECOR AG - Ihr Partner für Vorhanglösungen

Beratung - Planung - Messung - Montage

NELO DECOR AG
Bahnhofstrasse 4
Postfach
CH-9101 Herisau

Tel. 071 353 91 12
Fax 071 352 50 54
admin@nelodecor.ch
www.nelodecor.ch

Schulthess-Wet-Clean – Die erste Wahl für alle Textilien

Schulthess Wet-Clean reinigt äusserst schonend mit Wasser und umweltfreundlichen Flüssigwaschmitteln:

- Uniformen
- Bettwaren
- Bekleidung
- Schutzbekleidung
- Sitzkissen
- Mikrofaserlappen

Professionelles Bügeln leicht gemacht!
Tagesseminare in Wolfhausen 2012:
14.08.12 I 16.08.12 I 25.09.12 I 27.09.12
www.schulthess.ch/de/aktuell/seminare

Kontaktieren Sie uns, wir beraten Sie gerne!

Schulthess Maschinen AG
CH-8633 Wolfhausen, info@schulthess.ch
Tel. 0844 880 880, www.schulthess.ch

SCHULTHESS
Wäschepflege mit Kompetenz

«Der Druck auf die Eltern steigt. Die Frage ist, wie sie damit umgehen respektive welchen Umgang die Gesellschaft in Zukunft zulässt.»

Beat Leuenberger
Chefredaktor

Liebe Leserin, lieber Leser

«Wir wählen unsere Kinder nicht aus.» So lapidar die Feststellung des amerikanischen Philosophen Michael Sandel, so weitreichend ihre Konsequenzen. Dass wir unsere Kinder nicht auswählen wie Freunde oder Ehepartner aufgrund von Eigenschaften und Qualitäten, heisst nämlich, «sie als Geschenke willkommen zu heissen, so wie sie sind». Dabei handle es sich um eine der am tiefsten gehegten moralischen Intuitionen, wonach Eltern ein Kind um seiner selbst willen lieben, schreibt unsere Autorin Franziska Felder in ihrem Beitrag «Schöne heile Welt ohne Down-Syndrom?» (ab Seite 26).

Eine neue Möglichkeit der vorgeburtlichen Untersuchung weckt die Horrorvorstellung der totalen Kontrolle: Die «schöne heile Welt» ist nicht weit entfernt von der «schönen neuen Welt». Und wir erinnern uns: In dieser Welt kommt es nicht gerade gut heraus für die Menschen. Also seien wir auf der Hut.

Die Fachzeitschrift Curaviva hat die Schweizer Markteinführung eines Bluttests vor ein paar Wochen zum Anlass genommen, das Verhältnis von Gesellschaft und Behinderung zu beleuchten und dessen Wandel, der mit dem Fortschritt der vorgeburtlichen Diagnostik einhergeht. Der neue Test fahndet im Blut der Schwangeren nach Erbgutpartikel des Kindes, das in ihrem Bauch heranwächst, und stellt fest, ob das Chromosom 21 in dreifacher Ausführung vorhanden ist. Wenn ja, käme das Kind mit Trisomie 21, dem Down-Syndrom, zur Welt. Es wäre behindert.

Zwar konnten die Ärzte diese Chromosomenanomalie schon seit Langem entdecken. Doch die Methoden waren aufwendig und invasiv. Der neue Bluttest dagegen ist einfach, sicher und ohne Risiko für Mutter und Kind. Lilian Studer, EVP-Grossrätin im Kanton Aargau und gläubige Christin, befürchtet, dass dieser biotechnologische Fortschritt noch mehr werdende Eltern zu Kurzschlusshandlungen verführen wird. Was ihr der Jurist und Ethiker Markus Hofmann entgegenhält, lesen Sie im Gespräch über Behinderung, Verantwortung und Gewissen ab Seite 11. Beide sind sich einig: «Der Druck auf werdende Eltern steigt.» Und ein Ende ist nicht absehbar. Denn halten wir fest: Mit dem Blutstropfen der werdenden Mutter können Biogenetiker im Prinzip schon heute das ganze Erbgut des Ungeborenen entschlüsseln. Gewiss werden bald weitere Tests zu haben sein, die gezielt nach genetischer Versehrtheit suchen.

Der Druck steigt. Die Frage ist, wie Eltern damit umgehen respektive welchen Umgang die Gesellschaft in Zukunft zulässt. Die Oktoberausgabe der Fachzeitschrift versucht, Antworten zu finden. ●

«memoriana» – Lebensräume für Demenzbetroffene

Die Betreuung demenzkranker Menschen ist anspruchsvoll. Mit dem neuen, innovativen Raumkonzept «memoriana» unterstützt Bigla sowohl die Betroffenen als auch Pflegende: Das Pflegezimmer bietet seinem Bewohner markante zeitliche und räumliche Orientierungspunkte und hilft bei der räumlichen Wahrnehmung. Auch für Sicherheit ist gesorgt – mit dem Niedrigpflegebett «sentida» sowie zusätzlichen Handläufen an Mobiliar und Wänden. **www.bigla.ch**

bigla
RÄUME LEBEN

Trisomie-21-Test

Elternschaft mit Hürden

System «CURAtime»

Inhaltsverzeichnis

Wunschkinder

Ein neuer Down-Syndrom-Test
Mit einem neuen, einfachen Test und ohne invasive Untersuchungen lässt sich das Down-Syndrom in einem frühen Stadium der Schwangerschaft feststellen. Das macht den Entscheid der Eltern für oder gegen das Kind allerdings nicht leichter. 6

Für und wider den Trisomie-21-Test
Lilian Studer ist Christin und EVP-Grossrätin im Kanton Aargau. Sie möchte, dass Eltern ein behindertes Kind als Geschenk ansehen. Markus Hofmann, NZZ-Redaktor, Jurist und Ethiker, findet den Begriff «Geschenk» in diesem Zusammenhang unpassend. 11

Leben mit Florence
Florence Schudel ist 16 und hat – wie alle Teenagermädchen in diesem Alter – vor Kurzem begonnen, ihre Lippen zu schminken. Auch sonst führt sie ein ziemlich normales Mädchenleben. Dass sie das Down-Syndrom hat, ist nicht das Wichtigste in ihrem Leben – und auch nicht in dem ihrer Eltern. 17

Unfassbares Glück
Eine Studie in Kanada zeigt: Eltern, die sich für ein behindertes Kind entscheiden, bereuen diesen Entscheid in den seltensten Fällen. Im Gegenteil: Sie sagen, die Kinder hätten ihr Leben bereichert. 20

Elternschaft mit einer geistigen Behinderung
Menschen mit einer geistigen Behinderung haben wie alle Menschen ein Recht auf Elternschaft. Doch sie brauchen Beratung und Unterstützung – vor und nach der Geburt des Kindes. 23

Eine behindertenfreie Gesellschaft?
Die immer besseren vorgeburtlichen Testmethoden steigern den Druck, dass Eltern nur noch nicht-behinderte Kinder auf die Welt bringen. Was heisst das für unsere Gesellschaft? 23

Menschen im Alter

Zufriedenheit in Heimen
Wie lebt es sich in den Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz? Eine Umfrage wollte Klarheit schaffen – und wirft neue Fragen auf. 29

Erwachsene mit Behinderung

Die Stärken stärken
Willem Kleine Schaars hat ein Modell entwickelt, wie bei der Betreuung von erwachsenen Behinderten Selbst- und Fremdbestimmung in ein sinnvolles Verhältnis gesetzt werden können. 32

Bessere medizinische Versorgung
Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung soll verbessert werden. Betroffene haben Forderungen aufgelistet. 36

Management

Vom Heim zum Kompetenzzentrum
«CURAtime» ist ein Instrument zur Arbeitszeitanalyse in Alters- und Pflegeheimen. Es macht aus Heimen Kompetenzzentren. 40

Lohrs Legislatur

Das eigene Gewissen als Leitlinie
Der Thurgauer Nationalrat Christian Lohr über die vergangene Herbstsession der Eidgenössischen Räte. 44

Journal

Kurzmitteilungen 45

Titelbild: Florence ist 16 Jahre alt und hat das Down-Syndrom. Ihre Eltern entschieden sich bewusst für das behinderte Kind. Sie haben es nie bereut: «Wir würden mit niemandem tauschen.» Foto: Monique Wittwer

Impressum Redaktion: Beat Leuenberger (leu), Chefredaktor; Susanne Wenger (swe); Anne-Marie Nicole (amn); Urs Tremp (ut) • 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, Förrlibuckstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich, Telefon: 043 444 51 05, Telefax: 043 444 51 01, E-Mail: urs.keller@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, PreMedia und Druck, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Susann Ilge • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2012: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 11×, monatlich, Juli/August Sommerausgabe • Auflage: Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 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

Vereinfachte Suche nach Chromosomenabweichungen

Neue Folge im Testfall Kind

Das Down-Syndrom beim Ungeborenen lässt sich künftig mit einer einfachen Blutprobe der Mutter feststellen. Die Risiken einer invasiven Untersuchung fallen weg – das Dilemma bleibt.

Von Irène Dietschi, «Tages-Anzeiger»

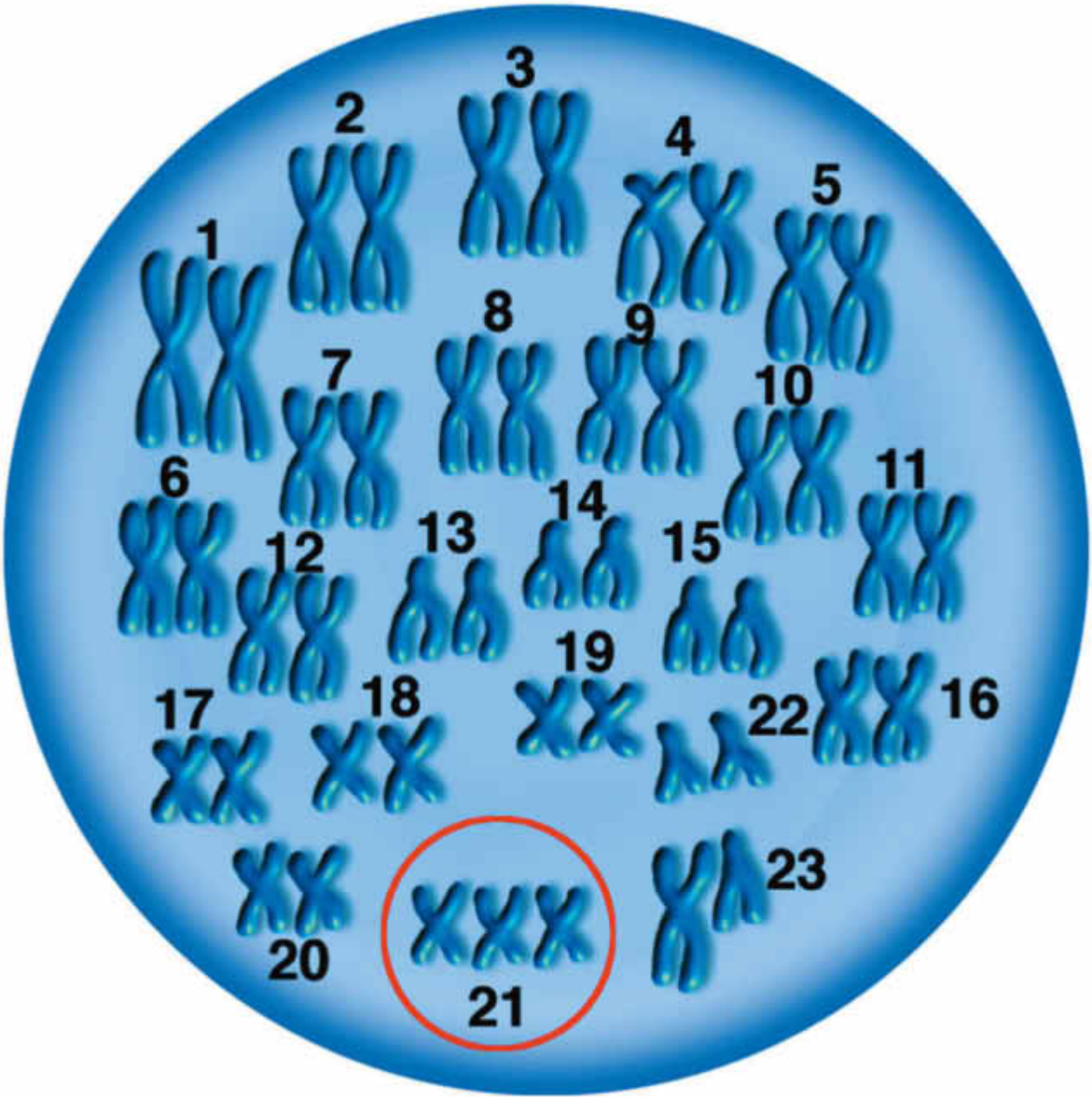
«Zuchtwahl menschlichen Lebens», «Selektion», «Druck auf Schwangere und werdende Eltern», «behindertenfeindlich» – es sind harsche Töne, welche die Einführung des neuen vorgeburtlichen Tests der Firma Lifecodexx vor ein paar Wochen zum Teil begleiten. Die deutsche Firma mit Sitz in Konstanz hat im August in der Schweiz einen Bluttest auf den Markt gebracht, der beim Ungeborenen risikofrei die Chromosomenabweichung Trisomie 21 ausschliesst oder nachweist. Schon die Ankündigung des «Praenatests» hat in den Medien eine heftige Diskussion über den Sinn und die Gefahren der pränatalen Diagnostik ausgelöst.

Indes weist Lifecodexx darauf hin, dass ihr Test im Grunde nichts Neues untersucht: Er liefert ab der 12. Schwangerschaftswoche dasselbe, was bislang eine Fruchtwasserpunktion oder eine Gewebeprobe aus dem Mutterkuchen leistete, nämlich eine genaue Diagnose von Trisomie 21 – wenn eine solche gewünscht ist. «So gesehen, ist dieser Test ein Gewinn für Frauen, die die Punktion scheuen», sagt Monya Todesco Bernasconi, Chefärztin Geburtshilfe und Perinatalmedizin am Kantonsspital Aarau, «denn es besteht dabei keine Gefahr, die Schwangerschaft mit einem gesunden Kind zu verlieren.» Eine invasive Diagnostik empfehlen Ärzte meistens dann, wenn sie beim sogenannten Ersttrimester-Screening ein erhöhtes Risiko für Trisomie 21 – auch Down-Syndrom genannt – feststellen. Der Ersttrimestertest, der neben einer Ultraschalluntersuchung (Messung der Nackentransparenz) und zwei Blutmarkern auch das Alter der Frau berücksichtigt, liefert eine Risikoeinschätzung, kein präzises Resultat. Dafür braucht es eine Folgeuntersuchung: eine Chorionzottenbiopsie, ab der 11. Schwangerschaftswoche möglich, oder eine Fruchtwasserpunktion, die frühestens ab der 15. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird. Dabei sticht der Arzt oder die Ärztin ultraschallgesteuert mit einer langen Hohlnadel durch die Bauchdecke in die Fruchtblase, um an kindliches Zellmaterial zu gelangen, das anschliessend zytogenetisch analysiert wird. Der Eingriff ist nicht ungefährlich: Eine von 100 bis 200 Frauen erleidet nach einer invasiven Pränataldiagnostik eine Fehlgeburt. «Meistens sind es gesunde Kinder, die so verloren gehen», sagt Monya Todesco.

Der Test ist ein Gewinn, weil damit keine Gefahr besteht, ein gesundes Kind zu verlieren.

DNA des Kindes aus dem Blut der Mutter

Schon lange hoffte man deshalb in der Medizin auf eine Methode, welche dieses Risiko umgehen würde, und es gab in der Vergangenheit diverse Versuche, kindliche DNA aus dem mütterlichen Blut zu isolieren. 2008 gelang dem Molekulargenetiker Dennis Lo von der Universität Hongkong der Durchbruch: Mit Hilfe einer hochmodernen Form genetischer Diagnostik, der sogenannten Next-Generation-Sequenzierung, gelang es ihm, DNA-Fragmente des Kindes aus dem mütterlichen Blut herauszufiltern und zu analysieren. Anfang 2011 erschien im «British Medical Journal» dazu die erste gross angelegte Studie, ebenfalls unter der Federführung der Universität Hongkong. Für die Studie waren über 750 Blutproben von «risikoschwangeren» Frauen aus Hongkong, England und den Niederlanden gesammelt und ana-



Genetische Abweichung beim menschlichen Chromosomensatz: Chromosom 21 ist dreimal vorhanden.

Illustration: picture alliance

lysiert worden. Die Publikation bescheinigte dem Verfahren eine hohe Genauigkeit.

Klinische Sensitivität liegt bei 100 Prozent

Der Test, den nun die Firma Lifecodexx vorerst im deutschsprachigen Raum, später in ganz Europa einführen will, ist ein Lizenzprodukt der amerikanischen Firma Sequenom, die ihrerseits diesen Test in den USA bereits vermarktet. Das ökonomische Interesse steht für die Konstanzer Biotech-Firma im Vordergrund. Ihr geht es jetzt darum, möglichst rasch die sogenannte CE-Kennzeichnung zu bekommen. In nur vier Monaten hat das Unternehmen anhand der erforderlichen 500 Blutproben, die es in Deutschland und der Schweiz von Frauen mit Risikoschwangerschaften gesammelt hatte, sein Testverfahren evaluiert. «Erste Ergebnisse der prospektiven, verblindeten Multicenter-Studie zeigen hervorragende klinische Genauigkeiten des geplanten kommerziellen Testdesigns», gab das Unternehmen Ende April bekannt. Sämtliche Trisomie-21-Proben hätten «ohne falsch negative Ergebnisse» nachgewiesen werden können. «Damit liegt die klinische Sensitivität als auch die Spezifität bei jeweils 100 Prozent.» Eine Publikation dieser Daten liegt zwar noch nicht vor, und auch die Pilotstudie vom vergangenen Jahr ist noch nicht publiziert. Trotzdem erlangte Lifecodexx Ende Juni die CE-Kennzeichnung. Damit konnte der Test ohne weitere Zulassungshürden eingeführt werden, auch in der Schweiz, wie das Bundesamt für Gesundheit und Swissmedic bestätigen. Das grösste Hindernis, den Test zu beanspruchen, dürfte der hohe Preis sein: Die Kosten von rund 1500 Franken müssen die Eltern vorerst selbst tragen. «Wir wünschen uns natürlich, dass der Test irgendwann auch von den Kranken-

Wichtig ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Beratungspflicht weiterhin ernst nehmen und erfüllen.

>>

Ihr Partner seit 50 Jahren
PROCHEMA BAAR AG
Wasch- und Bügeltechnik · Ladeneinrichtungen

Bügeltechnik in Perfektion!

Absaug-Bügeltisch ALIFLEX
Tischblattspitze links oder rechts!
Einfache und schnelle Höhenverstellung des Tischblattes!

NEU!

SWISS-VAP Professional - jederzeit nachfüllbar - ohne Arbeitsunterbruch!

Falkenweg 11b, CH-6340 Baar
Tel. 041 768 00 50, Fax 041 768 00 53
www.prochema.ch, info@prochema.ch

Aktivierung aus erster Hand.

Höhere Fachausbildung in Aktivierung HF
(3-jährige Ausbildung mit Diplom)

Fachperson in aktivierender Betreuung FAB
25 Tage modulare Weiterbildung mit Zertifikat

Fachverantwortliche oder Fachverantwortlicher in Alltagsgestaltung und Aktivierung FAA
17 Tage modulare Weiterbildung mit Zertifikat

Fachkurse zur beruflichen Fortbildung

Infoveranstaltungen
15. Februar, 14. März und 9. Mai 2012
Bitte unbedingt anmelden: www.medi.ch

;medi

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

PUBLIREPORTAGE

Mehr Lebensqualität für Demenzkranke – und Entlastung der Pflege

Bereits über 100 000 Menschen leben in der Schweiz mit Demenz – Tendenz steigend. Für Pflegeinstitutionen stellt das Betreuen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner eine besondere Herausforderung dar. Ein speziell auf ihren Bedürfnisse basierendes Einrichtungskonzept erhöht das Wohlbefinden der Bewohner und entlastet gleichzeitig das Pflegepersonal.

Mit der passenden Möblierung kann die Lebensqualität dementer Menschen spürbar gesteigert werden. Es ist ein Zusammenspiel verschiedener Details, das die räumliche und zeitliche Orientierung erleichtert. Das Einrichtungskonzept memoriana von Wissner-Bosserhoff basiert auf diesen Erkenntnissen.

Die Kombination durchdachter Details macht den Unterschied
Die verschiedenen memoriana-Möbelstücke sind aus hellem Holz, deren Kanten jedoch deutlich dunkler – dies erleichtert es Demenzkranken, die Konturen wahrzunehmen und die Möbel zu erkennen.
Gewisse Teile des Mobiliars sind nur dem Personal zugänglich. Die dem Bewohner zugänglichen Schränke haben durchsichtige Türen – so erkennt er, was sich darin verbirgt, und hat kein Bedürfnis, den Inhalt durchzuwühlen. Dies entlastet die Pflegenden – gleichzeitig sieht das Zimmer ordentlicher aus, wenn Angehörige zu Besuch kommen. Was wiederum das wohltuende Gefühl vermittelt, das demenzkranke Familienmitglied an einem guten Ort zu wissen. Funktionale Elemente wie Handläufe an Mobiliar und Wänden fördern Selbstständigkeit und Sicherheit – dies steigert den Selbstwert und vermindert Unfälle und Verletzungen.

Das innovative Betreuungskonzept der Niederlanden setzt auf memoriana
memoriana hat sich in verschiedenen Institutionen bewährt. In den Niederlanden, bezüglich Pflege demenzkranker Menschen europaweit führend, ist memoriana zentraler Bestandteil des Betreuungskonzepts. Davon haben sich die Fachleute der Emmentaler Firma Bigla AG diesen Sommer vor Ort überzeugt. Bigla vertreibt memoriana in der Schweiz – sie berät Institutionen, wie sie ihre Demenzabteilung gemäss aktuellen Erkenntnissen der Forschung einrichten können.

Erleben Sie das innovative Einrichtungskonzept memoriana an der IFAS vom 23. bis 26. Oktober, bei Bigla in Biglen BE oder im Showroom in Effretikon ZH.

So funktioniert der neue Trisomie-21-Test

Bislang lieferte mütterliches Blut bloss indirekte Hinweise, um beim Ungeborenen eine Chromosomenabweichung festzustellen. Beim Ersttrimester-Screening wird unter anderem der Serumspiegel der Hormone ß-hCG und PAPP-A bestimmt, deren Werte bei Trisomien abweichen. Zusammen mit einer Ultraschalluntersuchung und dem Alter der Mutter wird ein Risikofaktor errechnet. Der Praenatest hingegen untersucht direkt die kindliche DNA: Schon im zweiten Schwangerschaftsmonat gelangen über die Plazenta winzige Anteile kindlicher Erbinformation in den Blutkreislauf der Mutter. Dies macht sich das neue Testverfahren zunutze: Eine Blutprobe reicht, um mit Hilfe einer neuen Sequenziermethode, dem sogenannten Next Generation Sequencing, Millionen von DNA-Fragmente zu analysieren. Das Resultat liegt nach wenigen Tagen vor.

kassen übernommen wird», sagt Elke Decker, Sprecherin von Lifecodexx.

Fragen bleiben schwierig

Wird die Pränataldiagnostik damit einfacher? Kommt es künftig zu noch mehr Abtreibungen, weil sich noch mehr Eltern gegen ein behindertes Kind entscheiden? «Die Diagnose einer Chromosomenabweichung wird einfacher und risikofreier – aber die Fragen rund um die pränatale Diagnostik bleiben schwierig», meint Frauenärztin Monya Todesco. Eine werdende Mutter werde sich kaum leichter gegen ihr ungeborenes Kind entscheiden, nur weil sie für die Diagnose keine invasive Untersuchung auf sich nehmen musste. «Wichtig ist, dass wir Ärzte und Ärztinnen unsere Beratungspflicht weiterhin gut erfüllen und ernst nehmen und dass sich werdende Eltern frühzeitig mit dem Thema auseinandersetzen, wenn möglich schon vor der Schwangerschaft.»

Sämtliche Trisomie-21-Proben konnten ohnen falsch negativen Ergebnisse nachgewiesen werden.

Testen hat nicht immer einen Automatismus zur Folge, wie dieser Kommentar eines Newsnetz-Lesers nahelegt: «Ich bin fest davon überzeugt, dass solche Test durchgeführt werden sollen und dürfen und jeder frei entscheiden darf, ob er das Kind behält oder nicht.» Er und seine Frau würden im Sommer Eltern eines Down-Syndrom-Kindes. ●

Anzeige

Unsere Lösung für den effizienten Heim- und Pflegealltag.

Ihre Garantie für mehr Freiraum in der Betreuung.

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

sage

Eine Heimat für deine Karriereziele.

Die Stiftung Waldheim bietet erwachsenen Menschen mit schwerer geistiger, körperlicher und psychischer Behinderung eine Heimat. Unsere Mitarbeitenden schätzen das positive Arbeitsklima mit sehr attraktiven Leistungen. Mehr dazu: **www.stiftung-waldheim.ch**

Eine Heimat für Behinderte.

stiftung waldheim

Ich schätze die Überschaubarkeit der Organisation und den angenehmen persönlichen Kontakt. **Auch deswegen sind wir gerne Kunde bei der Comunitas.**

Barbara Nägeli, Gemeindepräsidentin Marthalen

COMUNITAS

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

www.comunitas.ch

3 2 1

Heute starten – morgen führen.

Optimieren Sie Ihre Führungskompetenz.
Mit einer Managementausbildung für Kader im Gesundheitswesen.
Mit einem anerkannten Abschluss.

wittlin stauffer
Unternehmensberatung und
Managementausbildung
Schmelzbergstrasse 55
8044 Zürich

Telefon 044 262 12 86
info@wittlin-stauffer.ch
www.wittlin-stauffer.ch

wittlin stauffer

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

CURAVIVA.CH
EINKAUFSPOOL - RÉSEAU D'ACHATS

Koordination von Gruppeneinkäufen

Regionales oder kantonales Zusammenlegen gewisser Produktegruppen 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

Pränataletests: Ein Gespräch über Behinderung, Verantwortung und Gewissen

«Der Druck auf werdende Eltern steigt»

Der neue Bluttest für Trisomie 21 und andere Untersuchungen des ungeborenen Kindes werfen grundsätzliche Fragen auf: Wollen wir eine behindertenfreie Gesellschaft? Und werden Eltern mit behinderten Kindern zunehmend gesellschaftlich geächtet?

Interview: Beat Leuenberger und Urs Tremp

Frau Studer, Herr Hofmann, haben Sie Kinder?
Markus Hofmann: Ja, wir haben einen Sohn.
Lilian Studer: Nein, ich habe keine Kinder.

Frau Studer, wünschen Sie sich Kinder?
Studer: Ja.

Und Sie werden auf eine pränatale Diagnostik verzichten?
Studer: Ich glaube schon. Ich sage zwar nicht, dass ein Test nur etwas Negatives wäre. Die Frage ist aber: Wie gehe ich mit diesem Test um? Da sehe ich die Gefahren.

Warum?
Studer: Weil Eltern diesen Test oft in einer Art Kurzschlusshandlung durchführen lassen. Ist der Test für eine Trisomie 21 positiv, stehen die werdenden Eltern meist ziemlich unvorbereitet vor der Frage: Was heisst das, und was machen wir nun?

Herr Hofmann, ist es eine zu intime Frage, wenn wir wissen wollen, ob Sie und Ihre Frau abklären liessen, ob Ihr Kind mit einer Trisomie 21 auf die Welt kommen wird?
Hofmann: Nein, dazu stehe ich: Wir haben die Tests gemacht. Vor allem, weil meine Frau über 35 Jahre alt war. Wir haben allerdings nicht alle Möglichkeiten genutzt.

Das heisst …
Hofmann: … wir verzichteten auf invasive Tests, nachdem die Ärztin nichts Verdächtiges erkennen konnte. Wären die Tests positiv ausgefallen, hätte dies freilich nicht geheissen, dass wir uns zwangsläufig für eine Abtreibung entschieden hätten.

Sondern?
Hofmann: Selbstkritisch muss ich sagen: Wir haben uns vorgängig vielleicht zu wenig überlegt, was wir getan hätten, wenn

>>

Die Gesprächspartner

Lilian Studer, 34, ausgebildete Lehrerin für Textiles Werken, ist gegenwärtig Redaktorin bei der TV-Sendung «Fenster zum Sonntag-Talk». Zuvor war sie Fachmitarbeiterin Blaues Kreuz (Prävention und Gesundheitsförderung). Studer ist Grossrätin/Fraktionspräsidentin der EVP im Kanton Aargau. Sie ist Präsidentin von Benevol Aargau, der Fach- und Vermittlungsstelle für Freiwilligenarbeit.

Markus Hofmann, 43, ist Inlandredaktor der «Neuen Zürcher Zeitung» (NZZ) mit Spezialgebiet Sozialpolitik. Er ist ausgebildeter Jurist (Dr. iur.) mit einer Zusatzausbildung in Angewandter Ethik (Master of Advanced Studies in Applied Ethics). Hofmann war wissenschaftlicher Assistent an der Universität Zürich (Rechtsgeschichte und Rechtsphilosophie). Er ist zudem Vorstandsmitglied der Museumsgesellschaft und des Literaturhauses Zürich.

Lilian Studer und Markus Hofmann: «Natürlich kann man bei einem Geschenk das Gefühl haben, dass man es sich nicht so gewünscht hat.» «Im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft habe ich Mühe mit dem Begriff ‹Geschenk›.»

der Test positiv ausgefallen wäre. Sicher hätten wir uns nicht reflexartig oder – wie Frau Studer sagt – in einer «Kurzschlusshandlung» für eine Abtreibung entschieden. Es gibt ja auch die Möglichkeit, sich vorzubereiten, sich kundig zu machen, was diese Behinderung bedeutet und wie sich das Leben mit einem behinderten Kind gestaltet.

«Es gibt auch die Möglichkeit, sich auf ein behindertes Kind vorzubereiten.»

Gibt es für Sie denn Behinderungen, die weder für das Kind noch für die Eltern noch für die Gesellschaft annehmbar sind?

Hofmann: Es gibt Behinderungen, die sind derart schwer, dass ein Kind kaum eine Lebenserwartung oder nur eine von wenigen Tagen hat. Dann ist es ein persönlicher Entscheid, ob man dies mit einer Abtreibung verhindern will. Entscheidet man sich dafür, ist das sicher auch gesellschaftlich weniger umstritten.

Tatsächlich, Frau Studer?

Studer: Ich kann mir persönlich nicht vorstellen, dass ich abtreiben würde. Das Leben ist ein Geschenk, auch wenn es nicht – in Anführungszeichen – perfekt ist oder so ist, wie wir uns ein perfektes Lebewesen vorstellen. Ich gebe zu bedenken: Schon in früheren Zeiten sind behinderte Kinder zur Welt gekommen. Unsere Vorfahren hatten nicht die medizinischen Möglichkeiten von heute zur Verfügung. Sie haben diese Kinder zur Welt gebracht, auch wenn sie nur kurze Zeit zu leben hatten. Das war möglicherweise sogar hilfreich, weil es möglich machte, dass die Eltern dem Kind das Leben schenkten – wenn auch nur für eine kurze Zeit – und auch würdig wieder von ihm Abschied nehmen konnten.

Warum soll ein kurzes Leben mit einem schwer behinderten Kind für die Eltern hilfreich sein?

Studer: Eine Abtreibung lässt einen würdigen Abschied nicht zu. Trotzdem ist es ein Abschied – einer, der viele Frauen hilflos zurücklässt. Denn in ihrem Bauch ist ja spürbar Leben entstanden. Und dieses wurde einfach abgestellt – ohne Abschied.

Sie sagen, dass für Sie persönlich eine Abtreibung nicht in Frage kommt. Empfehlen Sie auch anderen Frauen, ein schwer behindertes Kind in jedem Fall auszutragen?

Studer: Das empfehle ich auch anderen Frauen, ja. Eine Empfängnis ist in jedem Fall ein Geschenk. Und nicht jede Frau kann eine Abtreibung einfach wegstecken.

Herr Hofmann, ist ein Kind tatsächlich ein Geschenk, das man in jedem Fall annehmen muss?

Hofmann: In diesem Zusammenhang habe ich Mühe mit dem Begriff «Geschenk». Von wem bekomme ich denn dieses Geschenk? Und welche Verpflichtung habe ich gegenüber diesem Geschenk und gegenüber dem Schenkenden? Natürlich ist ein Kind etwas sehr Schönes, etwas sehr Bereicherndes. Aber ein Geschenk?

Fotos: Monique Wittwer

Etwas prosaischer würden Sie sagen: Es liegt in der Natur eines jeden Lebewesens, dass es sich fortpflanzt – und das gilt auch für den Menschen?

Hofmann: Ja.

Studer: Ich bleibe beim Begriff «Geschenk». Natürlich kann man auch bei einem Geschenk zuerst einmal das Gefühl haben, dass man es nicht unbedingt braucht oder dass man es sich nicht so gewünscht hat. Aber man kann auch eine neue Einstellung zu einem Geschenk entwickeln. Ich glaube, das kann auch so sein, wenn man ein behindertes Kind zur Welt bringt. Ich kenne diese Erfahrung jedenfalls von Eltern, die ein Kind mit Trisomie 21 haben.

«Eine Abtreibung lässt den würdigen Abschied von einem ungeborenen Kind nicht zu.»

In diesem Fall ist für Sie die Pränataldiagnostik, als würde man das Geschenkpapier eines Weihnachtsgeschenks lange vor dem Weihnachtstag wegreissen und das Geschenk sofort zurückgeben, wenn es einem nicht gefällt?

Studer: Daran ist etwas Richtiges. Übertragen auf unser Thema möchte ich sagen: Alle Eltern wünschen sich ein gesundes Kind – und ich wünsche allen Eltern ein gesundes Kind. Aber keine Eltern haben die Garantie, dass ihr Kind gesund bleibt oder dass kein Unfall passiert. Die Pränataldiagnostik will uns die Garantie geben, dass wir nur noch gesunde Kinder auf die Welt bringen. Das übt einen ziemlichen Druck auf werdende Eltern aus – und überfordert sie auch.

Hofmann: Noch kurz zum Geschenkpapier, das man vor der Zeit aufreisst: Das ist ein schönes Bild. Man redet heute ja auch von Schwangerschaft auf Probe. Man nutzt die Frist, die einem vom Strafgesetzbuch für die straffreie Abtreibung gegeben ist, um das werdende Kind zu testen. Und da gebe ich Ihnen recht, Frau Studer: Diese Möglichkeit hat die Sache für die Eltern nicht einfacher gemacht. Man muss sich heute im Voraus viel mehr Gedanken machen, wenn man ein Kind möchte. Es ist nicht mehr ratsam, unbedacht Eltern zu werden. Das heisst aber auch: Wer ein behindertes Kind zur Welt bringt, wird nicht sagen können, er hätte nicht gewusst, worauf er sich einlässt.

Dann geben Sie Frau Studer recht, wenn sie sagt: Der Druck auf die Eltern steigt mit jedem neuen pränatalen Test?

Hofmann: Ja. Aber dieser Druck muss nicht nur negativ sein. Wir müssen uns auch in anderen Lebensbereichen mit vielen Informationen versorgen, um einen vernünftigen Entscheid fällen zu können. Warum soll das nicht so sein, wenn wir Eltern werden wollen? Der Druck steigt aber auch für die Ärzte. Sie werden gezwungen, eine gute Beratung anzubieten. Das ist nichts Schlechtes.

Studer: Ich möchte noch einmal betonen: Wichtig und entscheidend ist, wie wir mit all diesen Informationen umgehen.

Die Frage, wie wir mit der immer differenzierteren Pränataldiagnostik umgehen, hat auch einen gesellschaftlichen Aspekt: Sehen Sie eine Gefahr, dass Eltern mit einem

>>

behinderten Kind mehr und mehr als Belastung empfunden werden, weil sie öffentliche Gelder beanspruchen – zum Beispiel für Sonderschulen –, obwohl sie ja hätten verhindern können, dass sie ein Kind zur Welt bringen, das solche Sonderschulen braucht?

Studer: Das ist so. Und wir leben heute mit bedeutend weniger Menschen, die von Geburt an körperlich oder geistig behindert sind, als früher. Hier spürt man bereits die Auswirkungen der Pränataldiagnostik. Es sind doch über 90 Prozent aller Frauen, die abtreiben, wenn der Trisomie-21-Test positiv ausfällt.

Hofmann: Das stimmt. Aber es ist nicht so, dass es keine behinderten Menschen mehr gibt. Aber in diesem Punkt ist auch die Behindertenpolitik gefordert. Behinderte Menschen sollten vermehrt integriert werden – in unser Arbeitsleben, in unseren Alltag. Sonst ist mit einem Mal einer Mehrheit nicht mehr bewusst, dass es Menschen gibt, die anders sind – und dass dies nichts Schlechtes ist. Es wäre gefährlich, wenn diese Mehrheit die Unterstützung für behinderte Menschen beschneiden würde. Dennoch wird der gesellschaftliche Druck, dass wir keine behinderten Menschen zur Welt bringen sollten, überschätzt.

«Es ist nicht so, dass es keine behinderten Menschen mehr gibt in unserer Gesellschaft.»

Studer: Mich dünkt aber doch, dass mit zunehmendem medizinischem Know-how das Ideal des perfekten Menschen in vielen Köpfen herumgeistert. Und das Vorbild des starken, leistungsfähigen Menschen, das unsere Gesellschaft prägt, ist auch nicht eben behindertenfreundlich.

Ist denn – ganz generell – die Pränataldiagnostik behindertenfeindlich?

Studer: Ja. Die hohe Zahl an Abtreibungen bei einem positiven Trisomie-21-Test ist ein Zeichen für die Behindertenfeindlichkeit. Man verhindert das Leben von Menschen, die vielleicht trotz ihrer Behinderung ganz viel Freude an ihrem Leben gehabt hätten.

Hofmann: Ich finde diesen Schluss etwas gar kurz. Man kann aus der Entscheidung eines Paares für eine Abtreibung nicht schliessen, dass diese zwei Menschen behindertenfeindlich sind. Es kann ja umgekehrt nicht das Ziel sein, die Zahl der Behinderten Menschen in unserer Gesellschaft zu erhöhen, um den Beweis zu erbringen, dass wir nicht behindertenfeindlich sind.

Studer: Es geht nicht darum, mehr behinderte Kinder zu gebären. Wir alle wünschen uns gesunde Kinder. Aber es ist nun einmal Realität, dass es einfacher geworden ist, Kinder, die mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Behinderung auf die Welt kämen, nicht auf die Welt zu bringen.

Hofmann: Ich wiederhole: Wichtig ist, dass die behinderten Menschen, die es in unserer Gesellschaft nach wie vor gibt, so zu integrieren, dass sie wirklich Teil unserer Gesellschaft sind. Aber grundsätzlich behindertenfeindlich ist unsere Gesellschaft nicht. Wir haben gute Sozialleistungen, behinderte Menschen werden nicht mehr eingesperrt …,

Studer: … und die Bauvorschriften sind auch immer behindertenfreundlicher geworden.

Trotzdem: Behinderte Menschen verschwinden aus unserem Blick. Wie sollen wir sie besser in unserer Arbeitswelt und in unseren Alltag integrieren?

Hofmann: Ich bin gegen Quoten für Behinderte in Betrieben. Der Quotenbehinderte, das wäre auch wieder eine Diskriminierung. Ich bedaure vielmehr, dass es die Patrons von früher nicht mehr gibt, die es als ihre soziale Pflicht ansahen – aus welcher weltanschaulichen Haltung heraus auch immer –, Menschen zu beschäftigen, die handicapiert waren. Sie haben ihnen Aufgaben zugewiesen, die sie ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend und zum Erfolg eines Unternehmens erfüllten. Das ist für mich fast der Idealfall. Schön, wenn es wieder mehr von diesen Patrons gäbe.

Sie glauben tatsächlich, wenn behinderte Menschen in unserem Alltag präsenter wären, würden Verständnis und Toleranz diesen Menschen gegenüber steigen?

Studer: Ich denke schon. Die Menschen wären mit Situationen und Verhalten konfrontiert, über die sie sich Gedanken machen müssten und die sie heute eher ausblenden – nicht aus bösem Willen, sondern weil sie im Alltag nicht mit diesen Situationen und diesem Verhalten konfrontiert sind.

Hofmann: Wir haben heute gut ausgestattete Heime und Einrichtungen für behinderte Menschen. Das hat möglicherweise den Trend verstärkt, dass die Menschen aus unserem Arbeitsleben und unserem Alltag verschwunden sind. Es wäre sicher förderlich für Verständnis und Toleranz, wenn behinderte Menschen in unserem täglichen Umfeld zeigen und beweisen könnten, wie sie ihr Leben meistern und dass sie es eben meistern – anders als wir, aber auch erfolgreich.

Lilian Studer: «Die hohe Zahl an Abtreibungen bei einem positiven Trisomie-21-Test ist ein Zeichen von Behindertenfeindlichkeit.»

Können wir Nichtbehinderten denn umgekehrt von behinderten Menschen profitieren, etwas von ihnen lernen?
Hofmann: Was heisst profitieren? Ökonomisch? Wir können sie als Bereicherung unseres Lebens ansehen, so wie jede Begegnung und Bekanntschaft eine Bereicherung ist.
Studer: Gerade Trisomie-21-Menschen haben oft ein Feingefühl, das uns abgeht, uns aber guttun würde.

Ist das nicht auch eine etwas kitschige Sicht: Da der feinfühlige, von der Gesellschaft verstossene Behinderte, und neben ihm der tumbe, weltbeherrschende Normalo, der längst alle Sensibilität verloren hat?
Studer: Halt, halt. Ich sage nicht, dass die behinderten Menschen nicht auch nerven und unsere Geduld strapazieren können. Aber das kann auch jeder andere Mensch. Schliesslich kommt es darauf an, dass Eltern von behinderten Kindern ebenso wie die Eltern von nichtbehinderten Kindern sagen können: Unser Kind macht uns viel Freude.

Je mehr wir das Erbgut analysieren können, desto mehr Behinderungen können wir verhindern. Läuft unsere Gesellschaft nicht zwangsweise in Richtung behindertenfreie Welt?
Studer: Was heisst behindertenfrei? Ich bin ja auch nicht zu allem fähig und so gesehen auf vielen Gebieten behindert. Eine Gesellschaft lebt doch davon, dass die Menschen sich ergänzen. Wir brauchen uns gegenseitig. Da haben sicher auch behinderte Menschen ihren Platz und ihre Aufgabe.
Hofmann: Eine behindertenfreie Gesellschaft ist eine Utopie. Unsere Genetik ist zu komplex, als dass man sie so steuern könnte, dass es keine Mutationen mehr gibt, die zu Behinderungen führen. Für mich wäre eine behindertenfreie Gesellschaft eine negative Utopie: Was Behinderung heisst, ist auch gesellschaftlich definiert. Ich bin überzeugt, dass eine «behindertenfreie» Gesellschaft bald neu definieren würde, wer behindert ist und wer nicht.

«Wir sollten Menschen mit Behinderung als Bereicherung des Lebens ansehen.»

Die Entschlüsselung unserer Gene wird eines Tages auch möglich machen, Kinder vor der Geburt bis zur Haar- und Augenfarbe zu designen. Wie kommt diese Aussicht bei Ihnen an?
Hofmann: Welche Farbe Haare und Augen haben, das überlasse ich dem Schicksal. Wenn aber eine schwere Erbkrankheit droht, würde ich alles unternehmen, dass mein Kind davon nicht betroffen ist. Da geraten wir in die PID-Diskussion, in die Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik. Da möchte ich grundsätzlich sagen: Man darf niemandem vorschreiben, wie er damit umgeht, wenn die PID dereinst auch in der Schweiz möglich sein wird – ob er auf Kinder verzichtet, weil das Risiko einer Erbkrankheit zu gross ist, oder aber er die neuesten Erkenntnisse und Techniken der Medizin nutzt, um solche Krankheiten zu verhindern. Umgekehrt darf man aber niemandem vorschreiben, dass er PID machen lassen muss. Und schliesslich stellt sich die Schwierigkeit, zu definieren, welche Erbkrankheiten als schwer zu bezeichnen sind.

Und diese Liste definiert dann auch, welche Krankheiten einem Menschen zumutbar sind und welche nicht?

Markus Hofmann: «Für mich wäre eine behindertenfreie Gesellschaft eine negative Utopie.»

Hofmann: Ich glaube nicht, dass es möglich ist, für alle gültig zu definieren, was in welchem Fall zumutbar ist und was nicht. Es wäre fragwürdig, eine Liste zusammenzustellen, welche die Krankheiten definiert, bei denen eine PID erlaubt sein soll. Es bestünde nämlich die Gefahr, dass den Menschen, die diese Krankheit haben, ein Stigma anhaftet. Ihre Eltern müssten mit dem Vorwurf leben, sich nicht an die gesetzlichen Vorgaben gehalten zu haben. Aber das Recht, über eine Elternschaft zu entscheiden, muss grundsätzlich immer bei den Eltern liegen.

Aber auch Eltern müssen sich doch moralisch-ethisch an etwas orientieren können?
Hofmann: Um in der Sprache der Wirtschaft zu reden: Es gibt auf dem Feld der Moral und der Ethik verschiedene Player: Es gibt den Gesetzgeber, es gibt Ethikkommissionen mit beratender Funktion, es gibt die Parteien mit ihren moralisch-weltanschaulichen Positionen. Und schliesslich gibt es die Kirchen und Glaubensgemeinschaften mit Wertvorstellungen und Handlungsregeln. Aber am Ende bleibt uns wohl nichts anderes übrig, als ganz für uns allein zu entscheiden, wem oder welcher Moral wir folgen wollen und wie wir unser Gewissen ausbilden.

Aber einen gesamtgesellschaftlichen Konsens, was Gut und was Böse ist, brauchen wir doch, sonst funktioniert unser Zusammenleben gar nicht.
Hofmann: Ein liberales Grundprinzip wäre zum Beispiel, dass man sich gegenseitig keinen Schaden zufügen soll. Auch die Menschenrechte können als grundlegende Prinzipien betrachtet werden.

>>

Lilian Studer und Markus Hofmann im Gespräch mit den Curaviva-Redaktoren Beat Leuenberger (rechts hinten) und Urs Tremp in den Räumlichkeiten von Curaviva Zürich: «Wer muss die Grenzen setzen? Der Gesetzgeber? Die Kirchen? Unser Gewissen?»

Studer: In einer modernen Gesellschaft ist unabdingbar, dass verschiedene Wertvorstellungen nebeneinander Platz haben. Ich bin zwar eine gläubige Christin, aber ich darf andere nicht zwingen, mein Weltbild zu übernehmen. Wir müssen eine Gesellschaft schaffen, die es aushält, dass es verschiedene Wertvorstellungen und Weltanschauungen gibt. Aber dies geht natürlich auch nicht ohne bestimmte Werte wie Toleranz, Rücksicht, Respekt und so weiter.

Und an was ist die Forschung gebunden? Gibt es in der Forschung kein Gut und Böse?

Hofmann: Es liegt in der Natur des Menschen, dass er sich selbst und seine Umwelt umgestaltet. Wir wären wohl keine Menschen, wenn wir unsere Umwelt nicht beeinflussen würden. Man denke nur an die Landwirtschaft, die einen starken Eingriff in unsere Umwelt darstellt. Per se ist Umformung nichts Schlechtes. Zur Umformung gehört auch die Erforschung der Natur. Das soll erlaubt sein. Was man aus den Forschungsergebnissen macht, da gilt für mich wiederum: Es darf nicht zum Schaden von Mensch und Umwelt sein.

Glauben Sie denn, man könne so einfach sagen, was gut ist für die Menschen und die Menschheit – zum Beispiel bei der Genmanipulation?

Hofmann: Ich teile die Befürchtungen der Genforschungskritiker nicht, dass wir die Welt mit Hilfe der Genmanipulation nach unserem Willen gestalten können. Es passiert noch immer vieles, auf das wir keinen Einfluss haben. Ich denke zum Beispiel an Erdbeben oder an neue Krankheiten. Da haben wir trotz aller Forschung noch immer kaum eine Chance, Einfluss zu nehmen oder diese Bedrohungen gar zu beherrschen.

Studer: Wir tragen eine Verantwortung dafür, was wir mit unseren Möglichkeiten machen. Wir sollen Verantwortung übernehmen – aber im Bewusstsein, dass wir keine Übermenschen sind, sondern Menschen mit Grenzen. Und es gibt Grenzen, die aus ethischen Gründen nicht überschritten werden dürfen.

Und wer muss die Grenzen setzen? Soll der Gesetzgeber die Forschung einschränken?

Hofmann: Grundsätzlich soll die Forschung möglichst frei sein. Gleichzeitig muss der Gesetzgeber aber darauf schauen, was die Forschung macht. Es ist ja auch unser Geld, das in die Forschung investiert wird. Aber grundsätzlich gilt für mich: je weniger Schranken, desto besser.

Dass die Forschung aus dem Ruder läuft, davor fürchten Sie sich nicht?

Hofmann: Wir sind davor nicht gefeit. Aber die Ergebnisse der Forschung kennt man eben nicht im Voraus. Es gehört zum Wesen der Forschung, dass sie Risiken in sich birgt. Mit dem Vorsorgeprinzip und einer klugen Technikfolgen-Abschätzung können wir Unerwünschtem vorbeugen.

Studer: Es gibt bereits heute gesetzliche Bestimmungen für die Forschung. Die Forschung kann also nicht einfach machen, was sie will. Darüber bin ich froh. Es gibt nämlich nicht nur verantwortungsvolle Forscher.

Wird denn die immer differenziertere, präzisere pränatale Diagnostik unsere Gesellschaft nachhaltig verändern? Bewegen wir uns bereits in diese Richtung?

Studer: Diese Entwicklung ist tatsächlich längst im Gang. Ich wiederhole mich: Die Zahl der Abtreibungen nach Trisomie-21-Tests spricht da eine deutliche Sprache.

Hofmann: Ich glaube auch, dass diese Veränderung stattfindet. Die Frage ist nur: Waren zuerst diese Tests, oder waren zuerst die gesellschaftlichen Veränderungen, die diese Tests erst möglich gemacht haben? Es ist fraglos so, dass wir heute andere Entscheidungen fällen als frühere Generationen. Aber für unsere Grosseltern standen diese Fragen einfach nicht zur Debatte. Die heutige Gesellschaft ist durch Liberalisierung, Säkularisierung und technischen Fortschritt eine ganz andere geworden. In ihr erst sind diese Tests möglich geworden – aber auch, dass wir darüber reden. ●

Familie Schudel hat eine Tochter mit Down-Syndrom

Leben mit Florence

Adrian und Ursula Schudel wussten schon während der Schwangerschaft, dass sie ein Kind mit Down-Syndrom bekommen werden. Heute ist ihre Tochter Florence 16 Jahre alt. Die Eltern möchten mit niemandem tauschen.

Von Irène Dietschi

Kennerhaft prüft Florence den neuen Lippenstift in ihrer Hand. Sie schraubt den Verschluss auf und zieht das schaumstoffüberzogene Stäbchen aus der glitzernden Flüssigkeit, dann zaubert sie geübt einen Hauch von Rosa auf ihre Lippen. Ein prüfender Blick in den Spiegel, ein zufriedenes Lächeln, danach greift sie zum Lidschatten.

Schminken, Kleider, Accessoires – all das mag die bald 16-Jährige sehr; so wie die anderen Teenager, denen sie auf dem Weg zur Schule begegnet. Diese coolen Mädels beachten sie im Zug zwar nicht, doch Florence imitiert ihr Auftreten, und sie hat gelernt, was ihr selber steht: Unter einem hellgrünen Jupe trägt sie spitzenbesetzte blaue Leggings, die Füsse stecken in roten Flip-Flops, ihre etwas breite Mitte versteckt sie unter einer saloppen blauen Bluse. Ihr zartes Gesicht ist von hellbraunen, modisch geschnittenen Haaren umrahmt.

Die coolen Mädels im Zug beachten sie zwar nicht, doch Florence imitiert ihr Auftreten.

«Sie wäre gerne Kosmetikerin geworden», erzählt Florences Mutter, «doch diesen Wunsch können wir ihr leider nicht erfüllen.» Jetzt will sie Kellnerin lernen. Florence habe Menschen gerne, sie beherrsche das Lesen und Schreiben, nur den Wert der Münzen und Geldnoten müsse sie noch lernen. «Das ‹Wie Weiter?› beschäftigt uns zurzeit intensiv», sagt der Vater von Florence. Eine Psychologin hat sie kürzlich abgeklärt, samt eines IQ-Tests, um den Eltern ein möglichst objektives Bild zu vermitteln, wo Florence steht und was für die Zukunft möglich ist. Jetzt stehen Gespräche mit der Berufsberatung der Invalidenversicherung an und Besuche bei Institutionen. Entscheidungen müssen getroffen werden. Die Eltern wollen für ihre Tochter das Beste. «Wenn so ein Kind kommt, wird man zum Kämpfer», sagen sie. So ist es immer gewesen, seit Florence am 26. Dezember 1996 zur Welt gekommen ist: Ursula und Adrian Schudel haben jeden Schritt ihrer Tochter umsichtig und geduldig begleitet. Florence war ihr erstes Kind, und sie ist ihr einziges geblieben. Ein Kind mit Down-Syndrom – heute an der Grenze zum Erwachsenwerden. «Wir haben sie damals mit offenen Armen empfangen, und von diesem Grundsatz sind wir nie abgerückt», sagt das Paar. Adrian und Ursula Schudel sind heute überzeugt: Florence hat sie als Eltern ausgesucht. Die Mutter sagt: «Ich möchte kein anderes Kind.»

Als es einschlug, war Ursula 38 Jahre alt

Die Schudels wussten damals im Voraus, dass das Kind, das sie erwarteten, behindert sein würde. Das Paar hatte nach der Hochzeit fast vier Jahre lang vergeblich auf eine Schwangerschaft gewartet und sich schon fast damit abgefunden, kinderlos zu bleiben. Das war nicht weiter schlimm, denn beide waren gut im Berufsleben verankert und genossen das Leben auch zu zweit. Als es dann eines Tages doch unverhofft einschlug, war Ursula 38 Jahre alt. Sie und ihr Mann konnten ihr Glück kaum fassen.

Der Schock kam in der 16. Schwangerschaftswoche. Der Frauenarzt hatte Ursula Schudel wegen ihres Alters zu einer vorgeburtlichen Untersuchung geraten. «Triple-Test» hiess der damals gebräuchliche Bluttest, der beim ungeborenen Kind das Risiko eines Chromosomenfehlers oder eines Offenen Rückens

>>

ermittelte. «Frau Schudel, das sieht nicht gut aus», sagte der Gynäkologe am Telefon. Das Kind in ihrem Bauch habe eventuell Trisomie 21. Für Ursula Schudel stand ohne Frage fest, dass sie die genaue Diagnose wissen wollte. «Jede Ungewissheit diesbezüglich hätte mich damals für den Rest der Schwangerschaft unerträglich belastet.»

«Wir waren enttäuscht und wie gelähmt»

Die Plazentapunktion, der sie sich anschliessend unterzog, bestätigte drei Wochen später den Verdacht: Down-Syndrom. «Wir waren in diesem Moment bitter enttäuscht und wie gelähmt», erinnert sich das Paar. Und sie begannen sich zu hintersinnen: Hätten sie in ihrem Alter doch kein Kind mehr bekommen sollen? War es ein Wink des Schicksals, dass sie zu viel wollten? Warum gab es kein Glück ohne Dämpfer?

Florence kann lesen und schreiben – nicht selbstverständlich für ein Kind mit Down-Syndrom.

«Schliesslich gaben wir uns einen Ruck, denn wir hatten Ja gesagt zu diesem Kind», erzählt Adrian Schudel. Sie suchten eine Beratungsstelle auf und führten mit der Ärztin ein langes Gespräch, das sie in ihrer Entscheidung bestärkte. Das Gefühl der Lähmung verschwand und machte dem Bedürfnis Platz, alles über das Down-Syndrom zu erfahren und sich auf das künftige Leben mit einem behinderten Kind einzustellen. Als die Geburt nahte, hatte sich das Paar längst gefasst. Mehr noch: Die alte Freude darüber, bald zu dritt zu sein, erfüllte sie wieder. Sie bekamen ein Kind. Eine Tochter mit Down-Syndrom. Als am Weihnachtstag die ersten zögerlichen Wehen einsetzten, entwarfen sie in aller Eile die Geburtsanzeige: «Ab heute hinterlasse auch ich meine Spuren», stand in schwungvollen Lettern unter einem Bild mit zwei Babyfüsschen.

Das war vor 16 Jahren. Jetzt sitzt Florence am Esstisch, ihre Notizblätter vor sich ausgebreitet. «I wott schriibe», verkündet sie mehrmals. Dem Gespräch der Eltern mit der Journalistin und der Fotografin von Curaviva hört sie zwar aufmerksam zu, aber sie hat keine grosse Lust, über ihr Leben Auskunft zu geben. Als Adrian sie liebevoll auffordert, eine Frage zu beantworten, verdreht sie die Augen. «Hallo, i bi am Schriibe, das närvt», sagt sie und wendet sich mit unmissverständlicher Geste ihren Listen zu. «Typisch Down-Syndrom – plus die Symptome der Pubertät», kommentiert Ursula schmunzelnd. Florence sei ein sehr fröhlicher Mensch mit viel Schalk, aber sie habe einen sturen Kopf.

War es ein Wink des Schicksals, dass sie zu viel wollten? Warum gab es kein Glück ohne Dämpfer?

Und jetzt ist eben Schreiben angesagt. Florence ist ein grosser Fan von Rosamunde-Pilcher-Verfilmungen. Sie schneidet Filmhinweise aus Programmzeitschriften aus, klebt die Ausschnitte säuberlich auf und kopiert dann mit grosser Ausdauer die Namen der Filmtitel und Schauspieler, lange Listen in regelmässigen, exakten Grossbuchstaben. Auch unzählige Zeichnungen gibt es dazu. Florence besitzt Skizzenbücher im A3-Format, die sie reihenweise mit ihren Traumfiguren füllt. Nicht nur die romantischen Welten von Rosamunde Pilcher haben es ihr angetan, sondern auch die Miss-Schweiz-Wahlen oder Hannah Montana. O der die Sängerin Rihanna, deren Lieder sie manchmal nachsingt, karaokemässig. Kennt sie Eliane Müller, diediesjährige Gewinnerin der TV-Show «Die Grössten Schweizer Talente»? Florence winkt ab. «Dasch scho lang här», meint sie und schreibt weiter.

Florence habe sich gut entwickelt, erzählen die Eltern. Woran erinnern sie sich besonders gern? «An die Ferien in den Freibergen, als Florence gehen lernte», sagen sie unisono. Nach drei Jahren Herumtragen, das bei Ursula Schudel zu chronischen Sehnenscheidenentzündungen an den Handgelenken führte, waren Florences erste selbständigen Schritte ein sehnlichst erwartetes Ereignis. Das Video, auf dem es festgehalten ist, schauen sich die Eltern noch heute gerne an.

Stolz sind sie auch, dass Florence Lesen und Schreiben gelernt hat, was nicht unbedingt selbstverständlich ist für ein Kind mit Down-Syndrom. «Wir haben viel und ausdauernd mit ihr geübt, damit es gelingt», erzählt Ursula Schudel. Zu den Hausaufgaben aus der Schule erledigte Florence über Jahre eigene Schreibübungen, und zum Abendritual der Kleinfamilie gehören bis heute ausgedehnte Vorlese- und Lesestunden. Florences Lieblingslesestoff sind die Conny-Geschichten. Als kleines Mädchen konnte sie sich gar nicht satthören an den Abenteuern aus den Pixi-Büchlein – «Conny lernt Schlittschuhlaufen», «Conny auf dem Bauernhof», «Conny zieht um» und so weiter –, und seit Conny grösser geworden und in die Jugendbuch-Abteilung umgezogen ist, liest Florence die Bücher selbstständig.

Die Ausgrenzung empfanden die Schudels als schmerzvoll

Natürlich war es nicht immer nur schön, und die Eltern waren nicht immer nur zuversichtlich. Eine grosse Last waren die gesundheitlichen Probleme ihrer Tochter. Florence war noch kein Jahr alt, als sie am Herzen operiert werden musste, «ein Paukenschlag», sagt Ursula Schudel, «der mir fast mehr zu schaffen machte als zuvor die Diagnose Down-Syndrom». Später belasteten Florences zahlreiche Infekte, darunter allein acht Lungenentzündungen, den Alltag der Familie.

Als schmerzvoll empfanden Schudels auch die Ausgrenzung, die sie bald zu spüren bekamen. Als ihr Mädchen klein war, knüpfte Ursula enthusiastisch Kontakte mit anderen Müttern – im Muki-Turnen, in der Spielgruppe, auf dem Spielplatz. Ihr und Adrians Traum war der «integrative Weg»: Florence sollte aufwachsen wie andere Kinder auch, integriert in den normalen Kindergarten und die Schule. Das Paar strengte sich enorm an, um mit ihrem einzigen Kind diesen Weg zu gehen, sie lasen Bücher, besuchten Kurse, führten zahllose Gespräche mit anderen Betroffenen. Dass das Engagement einseitig war und sie letztlich mit ihrem Kind allein bleiben würden, merkten sie schon früh in der eigenen Siedlung, als manche Kinder – und Erwachsene – Florence zu meiden begannen. Der «integrative Weg», den sie in der Spielgruppe und im Kindergarten so verheissungsvoll eingeschlagen hatten, war in der ersten Primarschulklasse bereits zu Ende. Er scheiterte – nachdem die Schulleitung zugestimmt hatte – am «Njet» der Unterstufenlehrer.

«Also suchten wir für Florence die beste Sonderschule», erzählt Ursula Schudel. Das Paar fand sie in der Christophorus Schule

Stolz, dass Florence lesen und schreiben gelernt hat: Die Eltern Ursula und Adrian Schudel mit ihrer Tochter.

Foto: Monique Wittwer

in Bern, einer heilpädagogischen Tagesschule, die nach anthroposophischen Grundsätzen geführt wird. Neben den Kulturtechniken und Epochenunterricht wird viel Wert gelegt auf musische Tätigkeiten. Auch eine Werkstatt und ein Stall gehören zum Schulbetrieb. Ausserhalb der Schule haben die Eltern alles Mögliche unternommen, um Florence zu fördern: heilpädagogisches Reiten, Halliwick-Schwimmen, Tanzen, Malen bei «insieme» und der Freizeittreff Domino – Schudels nutzen diese Angebote seit Jahren. Und hier, in den geschützten Räumen findet Florence auch immer wieder Anschluss unter ihresgleichen. Auch in ihrem Leben gibt es eine «beste Freundin» oder «gute Kollegen» – und einen jungen Mann, in den sie sich unsterblich verliebt hat.

Geld und Karriere spielen eine untergeordnete Rolle

«Wenn es Florence gut geht, geht es auch uns gut», resümiert Adrian Schudel. Das sei das Ziel, seit Florence auf der Welt sei. «Unser Leben dreht sich hauptsächlich um unsere Tochter.» Und wie geht es dabei ihnen selbst? Als Erwachsene? Als Paar? «Klar kommen wir teilweise zu kurz», sagt Ursula Schudel, «aber unsere Werte haben sich mit Florence eben verschoben.» Geld, Karriere, die eigene Entwicklung, spielten eine untergeordnete Rolle. Adrian Schudel sagt, er sei zufrieden in seinem Beruf als Einkäufer.

Ursula Schudel ist nicht mehr in ihren Beruf zurückgekehrt. Stattdessen hat sie eine Weiterbildung als textile Gestalterin abgeschlossen. Jetzt hat sie bereits einen Auftrag, ein Weihnachtsschaufenster zu gestalten. «Es ist schön für mich, etwas Eigenes zu verfolgen», sagt sie. So lange Florence noch zu Hause wohne, wolle sie aber freischaffend bleiben.

Nach dem Interview posiert Florence mit ihren Eltern für die Curaviva-Fotografin, und jetzt kommt Florence richtig aus sich heraus. Auf dem Spielplatz kommen die Kinder aus der Nachbarschaft und spielen mit. Es ist ein richtiges Ereignis. «Schade», meint Ursula Schudel, «dass Integration dann am besten funktioniert, wenn etwas Spezielles los ist.» ●

Leben mit behinderten Kindern

Unfassbares Glück

Mindestens 90 Prozent aller Paare lassen ihr Baby abtreiben, wenn bei ihm eine schwere Störung diagnostiziert wird. Doch die Eltern, die sich für ein behindertes Kind entscheiden, erfahren Glück und Bereicherung. Dies zeigt eine Befragung in Kanada.

Von Christina Berndt, Süddeutsche Zeitung

Eine solche Erfahrung wollen neun von zehn Paaren lieber nicht machen. Sie entscheiden sich gegen das Leben mit einem behinderten Kind. Oft haben sie Angst vor Ausgrenzung oder sie glauben, die Aufgabe nicht bewältigen zu können. Deshalb lassen 90 Prozent aller Paare abtreiben, wenn sie erfahren, dass sie ein Baby mit Trisomie 21 erwarten – Down-Syndrom.

Dabei entgeht ihnen offenbar nicht nur die Möglichkeit für Selbsterfahrung und Weiterentwicklung, sondern auch ein Stück Lebensglück. So zumindest sagten es in einer Studie Familien, die mit behinderten Kindern leben – selbst dann, wenn bei diesen die Trisomien 13 und 18 vorliegen, die noch schwerer wiegen als das Down-Syndrom.

Anzeige

buk
Bildung für Unterstützte Kommunikation

Ackerstrasse 3, CH-6300 Zug
T +41 41 711 55 60
info@buk.ch, www.buk.ch

Kursprogramm 2013

Unterstützte Kommunikation (UK)

Mit den Modulen und den Praxiskursen können Sie sich umfassend in Unterstützter Kommunikation (UK) weiterbilden oder gezielt einzelne Themen vertiefen. Die Module und Kurse sind unterschiedlich miteinander kombinierbar.

Neue Kurse – informieren Sie sich auf unserer Homepage unter www.buk.ch

Kinder mit Down-Syndrom sind häufig geistig behindert. Dennoch bezeichnen sich die Eltern als glücklich. Andere Trisomien führen jedoch zu schwereren Behinderungen. Foto: Keystone

Fast alle Eltern solcher Kinder bezeichneten sich als glücklich, betonen Forscher der Universität Montreal im Fachblatt «Pediatrics». Sie haben Familien von 272 Kindern mit Trisomie 13 oder 18 zu ihrer Lebenszufriedenheit befragt. «Unsere Forschung zeigt, dass Eltern, die einen Weg finden, ihr behindertes Kind zu akzeptieren und zu lieben, Glück und Bereicherung erfahren», schreiben die Forscher um die Neonatologin Annie Janvier.

Bei einer Trisomie befinden sich von einem Chromosom (mit der Nummer 13, 18 oder 21) drei statt der vorgesehenen zwei Exemplare in jeder Körperzelle. Dies führt zu zahlreichen Besonderheiten: Down-Kinder sind geistig behindert, leiden häufig unter Infekten, haben asiatisch anmutende Augen und oft Herzfehler. Die Trisomien 13 und 18 sind gravierender. Hier treten häufig äusserliche Fehlbildungen auf, die Kinder sind blind oder gehörlos, müssen oft künstlich ernährt werden. Viele kommen tot zur Welt, von den lebend Geborenen sterben die meisten vor dem ersten Geburtstag.

Trotzdem können diese Kinder für ihre Eltern offenbar Glück bedeuten: 97 Prozent der Befragten gaben in der Studie nicht nur an, selbst ein erfülltes Leben zu führen. Sie glaubten auch, dass ihr Kind glücklich sei und dass seine Existenz das Leben der Familie bereichere.

Die Eltern führen ein erfülltes Leben und glauben, dass auch ihr Kind glücklich ist.

Die Unterstützung für die Familien ist entscheidend

«Ich kann das nur bestätigen. Diese Menschen sind sehr zufrieden», sagt Heinz Joachim Schmitz, Vorsitzender des Down-Syndrom-Netzwerks Deutschland und selbst Vater eines Zehnjährigen mit Trisomie 21: «Die Gesellschaft ist inzwischen so weit, dass Behinderung etwas Normales geworden ist.» Er habe sich in den zehn Jahren mit seinem Sohn nie diskriminiert gefühlt.

Die Erfahrungen der Familien stünden in krassem Gegensatz zu dem finsteren Bild, das Ärzte häufig malen, beklagt die Studienautorin Annie Janvier. 87 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen während der Schwangerschaft gesagt worden sei, ihr Baby sei «nicht mit ihrem Leben vereinbar»; und jedes zweite Paar musste sich demnach anhören, das Kind würde nur «dahinvegetieren» oder «ein Dasein in Leid fristen».

Wie die Eltern mit ihrem Baby zurechtkommen, hänge erheblich von der Unterstützung ab, die sie erfahren, betont Gertrud Müller, die mit dem Ambulanten Kinderhospiz München Familien sterbenskranker Kinder begleitet. «Wenn die Situation von Freunden und Verwandten mitgetragen wird, bewältigen Familien sie gut», sagt Müller. Nach dem Tod des Kindes sagten fast alle Eltern, die sie begleitet hat: «Wir sind sehr froh, dass wir dieses Kind gehabt haben.» ●

Betreutes Wohnen – Ein Zuhause für jede Lebenslage: www.buespi.ch

Wir pflegen individuelle Lebensformen.

Bürgerspital Basel
Viel mehr als ein Spital

careCoach

Die führende mobile Pflegedoku für Spitex und Heim

Doku Überflutung ? Dank careCoach ... ... Zeit für's Wesentliche !

- 80% weniger Dokumentationsaufwand durch unsere brandneue Abweichungs-Methode
- Browser-Lösung für einen flexiblen Einsatz auf PCs, Tablets, Laptops, PDAs
- topaktuelle Pflegekataloge (BESA LK 10, RAI, Spitex, ATL, AEDL, NANDA, etc.)
- Planung, Pflegedoku, Leistungsabrechnung, Verbrauchsmaterial-Abrechnung uvm.
- Beratung und Prozessoptimierung durch kompetentes Fachpersonal

Tel 044 360 44 24

topCare Management AG
Stampfenbachstrasse 68, 8006 Zürich

www.carecoach.ch

Geistig behindert und trotzdem Eltern werden – und Eltern sein?

Ehe, Sex und Missverständnisse

Jede Person hat grundsätzlich das Recht auf Elternschaft. Menschen mit einer geistigen Behinderung aber brauchen spezifische Beratung, wenn sie Eltern werden wollen. Und sie benötigen Unterstützung, wenn sie Eltern sind.

Von Urs Tremp

Die Gäste waren begeistert und applaudierten dem Hochzeitspaar: Da standen Braut und Bräutigam in schönster Hochzeitsrobe, Arm in Arm, selig lächelnd. Ihre Liebe hatte den Segen von oben, aber auch den Segen ihrer Familien bekommen. Happy End also?

Auf der Theaterbühne schon. In der «Sommernachtstraum»-Inszenierung des Hamburger Theaters «Meine Damen und Herren» durften Wilfried Müller und Katrin Peimann ein Hochzeitspaar sein. Doch wie wärs im wirklichen Leben? Wilfried Müller und Katrin Peimann sind geistig behindert, sie haben beide das Down Syndrom.

Möglich wäre es: Wilfried Müller und Katrin Peimann könnten ein Brautpaar sein – auch im wirklichen Leben. Denn sie haben ein höchstpersönliches Recht auf Ehe und Familie wie alle anderen Menschen auch. Das hält eine Uno-Menschenrechtskonvention fest. Und so stehts unter anderem auch in der Schweizer Verfassung.

«Der Wunsch nach einem Kind muss ernst genommen werden – man muss darüber reden.»

Viele Missverständnisse und Unsicherheiten

Doch es stellen sich einige Fragen, wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung heiraten und eine Familie gründen wollen. Sagt die Sonderpädagogin Corinne Wohlgensinger von der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Sie referierte Anfang September an einer Fachtagung in Luzern über «Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit kognitiven Einschränkungen». Zwar sei das Thema heute kein Tabu mehr wie noch vor zwanzig, dreissig Jahren, sagt Wohlgensinger. Aber Missverständnisse und Unsicherheiten gebe es nach wie vor.

Liebevolle und fürsorgliche Eltern

Tatsächlich ist die Ansicht, dass eine geistige Behinderung sich vererbe, nicht aus der Welt zu schaffen, obgleich breit angelegte Studien dies eindeutig widerlegen. Gleichfalls weiss man aus Erfahrung, dass Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen gute, liebevolle und fürsorgliche Eltern sein können. «Wir müssen», sagt Corinne Wohlgensinger, «davon wegkommen, Menschen mit einer geistigen Behinderung als Objekte der Fürsorge anzusehen. Wir müssen sie als Subjekte sehen, die handeln, die Rechte und Pflichten haben.»

Selbstverständlich weiss Corinne Wohlgensinger, dass das höchstpersönliche Recht auf Elternschaft zwar eine notwendige, aber bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht hinreichende Bedingung ist. Wenn diese Menschen den Wunsch nach einem Kind äussern, müsse dieser Wunsch ernst genommen werden, und man müsse mit den potenziellen Vätern und Müttern über ihre Beweggründe, über die Verantwortung, die eine Elternschaft mit sich bringt, und über den Alltag mit einem Kind reden. «Häufig», weiss Wohlgensinger, «haben die Wünsche und Hoffnungen nämlich nichts mit einem eigenen Kind zu tun, sondern mit Wünschen nach Anerkennung, nach mehr Nähe zu einem Partner, nach gesellschaftlicher Akzeptanz.»

Beim Kinderwunsch geistig behinderter Menschen seien darum die professionellen Helfer gefordert, sagt Wohlgensinger. Sie müssten aufklären, fördern, betreuen. Die meisten Schwan- >>

Lola Dueñas und Pablo Pineda als Liebespaar im Film «Yo, también» (Spanien, 2009): Recht auf Sexualität und Kinderzeugung.

Foto: Archiv Cinématheque suisse

gerschaften von kognitiv eingeschränkten Frauen seien noch immer ungeplant. Zudem zeige die Statistik, dass Eltern mit geistiger Behinderung meist aus der Unterschicht kommen. Die Erklärung: Das Wissen über Verhütung ist in diesem Milieu besonders schmal.

Sexualität wird verschwiegen oder ignoriert

Doch nicht nur in der Unterschicht wird kaum oder nicht über Verhütung gesprochen. Nicht zuletzt deshalb, weil das Thema «geistige Behinderung und Sexualität» vielerorts noch immer ein verschwiegenes oder ignoriertes Thema ist. Menschen mit dem Down Syndrom etwa gelten weitherum als Menschen von ewig kindlichem Gemüt und ergo als asexuelle Wesen. Dass sie als erwachsene Menschen ebenso sexuelle Wünsche und Bedürfnisse haben wie nicht behinderte Menschen, ist noch längst nicht in allen Köpfen angekommen. Die Folge: ungewollte Schwangerschaften. Die Gynäkologin Judith Pok Lundquist, die in Luzern von eindrücklichen Erfahrungen mit Schwangerschaften von geistig behinderten Frauen berichtete, fordert darum: «Man muss diesen Frauen Beratung anbieten, vor allem muss Verhütung zu etwas Selbstverständlichem werden.» Dem Einwand, dass Frauen mit kognitiver Einschränkung kaum fähig seien, zuverlässig zu verhüten, entgegnet sie: «Es findet sich immer eine praktikable Lösung.»

«Verhütung muss selbstverständlich werden. Es findet sich immer eine praktikable Lösung.»

Sie redet damit nicht einer Rückkehr zur Sterilisation, wie früher bei geistig behinderten Menschen gang und gäbe, das Wort – «das ist ethisch verwerflich» –, sondern fordert wie die Sonderpädagogin Wohlgensinger, dass der Zugang zu «adäquater Aufklärung und Familienplanung gewährleistet sein muss».

Bedürfnisse der Eltern versus Kindswohl

Der Ethiker Markus Breuer wies an der Fachtagung in Luzern auf verschiedene Dilemmata hin, in die man im Zusammenhang mit einer Elternschaft von geistig behinderten Menschen gerät: auf das Dilemma der sich zuweilen widersprechenden Elternbedürfnisse und -rechte und des Anspruchs auf das Kindswohl zum Beispiel: «Je nach Ausprägung der Behinderung ist die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und Dinge oder Situationen aus ihrer Perspektive zu sehen, mehr oder weniger stark eingeschränkt. Eingeschränkt ist auch die Fähigkeit, die Befriedigung eigener Bedürfnisse zurückzustellen und die eigenen Gefühle zu kontrollieren. Dies hat Auswirkungen darauf, inwieweit Bedürfnisse des Kindes wahrgenommen und trotz abweichenden eigenen Bedürfnissen befriedigt werden können.» Für eine gelungene Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung sei das tatsächlich ein Risiko. Wie hoch es sei, hänge im Einzelfall allerdings stark davon ab, «ob und welche zusätzlichen Risikofaktoren vorliegen und ob und welche ausgleichen-

den ‹schützenden› Faktoren vorhanden sind». Daraus leitet Ethiker Breuer ab:

- Die Selbstbestimmung der Eltern muss unbedingt berücksichtigt sein und ihrer Entscheidung eine entsprechende Wertschätzung entgegengebracht werden. Wichtig ist, dass die Massnahme von den Eltern gewollt sein muss. «Ethische Überlegungen können uns bei offenen Fragen klären helfen, ob wir ‹gut und richtig› handeln und uns so Möglichkeiten eröffnen, Eltern und Kinder so gut wie möglich zu unterstützen.»

«Selbstbestimmung der Eltern muss unbedingt berücksichtigt werden.»

Mit den richtigen Unterstützungsangeboten wird möglich gemacht, dass die Kinder bei den Eltern oder zumindest einem Elternteil aufwachsen können. In Deutschland – für die Schweiz gibt es keine Zahlen – sind das immerhin über die Hälfte aller Kinder von Eltern mit einer kognitiven Einschränkung. 20 Prozent leben in einer Pflegefamilie, 6 Prozent in der Herkunftsfamilie, 5 Prozent in einem Heim, und knapp 4 Prozent der Kinder bekommen Adoptiveltern.

In jedem Fall, so waren sich in Luzern schliesslich Betreuungsfachleute einig, müsse man die Rahmenbedingungen immer wieder neu und genau anschauen und dann entscheiden, wie viel Selbstverantwortung Menschen mit einer geistigen Behinderung übernehmen können und wo sie welche Unterstützung brauchen. Das sei eine anspruchsvolle, aber auch eine bereichernde Arbeit, sagte etwa Rita Wandeler vom Haus «Mutter und Kind» in Hergiswil. Die anderen Podiumsteilnehmerinnen nickten zustimmend. ●

Spott und Hohn, Blödsinnigenanstalten und graue Busse

Zu den Wesensmerkmalen totalitärer Regime gehört, dass sie nicht nur die Menschen, sondern auch die Sprache knechten. Die scheusslichsten Gräueltaten kleiden sie in unverfängliche, gar wohlklingende Begriffe. Die deutschen Nationalsozialisten waren Meister dieser sprachlichen Schönfärberei. Bei ihnen wurde der vieltausendfache Mord an geistig behinderten und psychisch kranken Menschen zur «Aktion Gnadentod».

Das Nazi-Tötungsprogramm war nur der grausame Höhepunkt einer langen Geschichte der Ausgrenzung und Aussonderung geistig behinderter Menschen. Schon rund 3000 Jahre vor der Nazidiktatur mussten im alten Ägypten die Bürger ermahnt werden: «Lache nicht über einen Blinden und verspotte nicht einen Zwerg! Erschwere nicht das Befinden eines Gelähmten. Verspotte nicht einen Mann, der in der Hand Gottes geistig behindert ist.» Im alten Griechenland waren Behinderte ebenfalls Zielscheibe von Spott und Hohn. Schlimmer noch: Geistig behinderte Kinder auszusetzen, war gang und gäbe. Und die Athener Oberschicht ergötzte sich daran, bei Festen geistig Behinderte als einfältige Narren auftreten zu lassen. Nur wenige der griechischen Philosophen sahen darin etwas Verwerfliches.

Daran änderte der Siegeszug des Christentums kaum etwas. Im Gegenteil: Menschen mit Behinderungen betrachtete man als Ausgeburten des Teufels. Der Reformator Martin Luther empfahl den Eltern geistig behinderter Kinder gar, diese zu ersäufen, seien sie doch «ein vom Satan in die Wiege gelegtes Stück seelenloses Fleisch».

Immerhin: In der agrarisch geprägten Welt des Mittelalters und der frühen Neuzeit fanden Menschen mit geistiger Behinderung oft noch Schutz und zuweilen gar Fürsorge in der bäuerlichen Grossfamilie. Mit Beginn der Industrialisierung und der damit einhergehenden Verstädterung der Gesellschaft, riss aber für viele der geistig behinderten Menschen das private Auffangnetz. Nun musste der Staat für diese Menschen schauen. Und der Staat setzte wieder auf Ausgrenzung: mit «Heil- und Bildungsanstalten für Blödsinnige», mit Narrentürmen und Irrenzellen in den Krankenhäusern. Zwar begann sich im 19. Jahrhundert auch die Sonderpädagogik zu etablieren, die sich der Bildung und der Integration «Schwachsinniger» in die Gesellschaft widmete. Doch von einer Gleichberechtigung konnte noch lange nicht die Rede sein.

Verheerend – und letztlich das Fundament für die «Aktion Gnadentod» der Nazis – war Darwins Buch «Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder Die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe ums Dasein» (1859). Obgleich von Darwin nie so verstanden, wurden seine Erkenntnisse von Rassehygienikern eins zu eins auf den Menschen übertragen («Sozialdarwinismus»). Hitler war ein glühender Anhänger dieser sozialdarwinistischen Weltsicht. Als er und die Seinen 1933 in Deutschland an die Macht kamen, war das Schicksal der geistig Behinderten besiegelt: Zuerst trat das Sterilisierungsgesetz in Kraft, dann fuhren die berüchtigten grauen Busse. In ihnen wurden ab dem ersten Kriegsjahr Menschen mit geistiger Behinderung von den «Irrenanstalten» zu den Gaskammern transportiert. Rund 200 000 Menschen wurden zwischen 1940 und 1945 Opfer des nationalsozialistischen Tötungsprogramms.

Der graue Bus: In solchen Fahrzeugen wurden geistig behinderte Menschen von den Nazis in die Gaskammern gefahren.

Foto: Bildarchiv Gedenkstätte Grafeneck

Ein neuer Test für die pränatale Diagnostik wirft ethische und moralische Fragen auf

Schöne heile Welt ohne Down-Syndrom?

Welche Folgen haben immer bessere Methoden der vorgeburtlichen Untersuchung für behindertes Leben? Dem Fortschritt für die Gesundheit von Mutter und Kind steht der steigende gesellschaftliche Druck gegenüber, einen genetisch versehrten Fötus abzutreiben.

Von Franziska Felder

Bis vor wenigen Wochen waren pränataldiagnostische Verfahren, die mit grosser Sicherheit genetische Anomalien entdeckten, nur invasiv möglich. Der neue Bluttest namens Praena hat diese Ausgangslage verändert. Nun existiert ein Test, der keine Gefahr für die Gesundheit von Fötus und schwangerer Frau in sich birgt. Als primäre Vorteile gegenüber bereits bestehenden Verfahren streichen seine Befürworter denn auch die Reduktion der gesundheitlichen Gefährdung für das ungeborene Kind und die werdende Mutter sowie die grössere Sicherheit im Wissen um eine Behinderung hervor. Gegner des neuen Tests führen schwerwiegende moralische Bedenken ins Feld. Sie sprechen von verstärkter Selektion menschlichen Lebens oder gar von zu befürchtender Zucht und stellen unter anderem folgende Fragen in den Raum: Wird der gesellschaftliche Druck auf die Eltern zunehmen, einen behinderten Fötus abzutreiben? Wird aus der Möglichkeit einer pränatalen Diagnostik plötzlich eine gesellschaftliche Pflicht, sie in Anspruch zu nehmen? Werden Schwangerschaften nur noch unter Vorbehalt eingegangen und Föten erst nach dem Nachweis von genetischer Unversehrtheit bis zur Geburt ausgetragen? Werden mit dem Test ungute gesellschaftliche Signale ausgesendet, wonach es Behinderungen gibt – beispielsweise das Down-Syndrom –, die man wenn immer möglich verhindern sollte? Und wird die gesellschaftliche Solidarität gegenüber behinderten Menschen abnehmen?

Werden in Zukunft Föten erst nach dem Nachweis von genetischer Unversehrtheit ausgetragen?

Nimmt die Diskriminierung zu? Der Nachweis ist schwierig

Antworten auf diese Fragen sind schwierig zu geben, da vielschichtig und komplex. Die meisten sind als sogenannt ethische Dammbruchargumente aufgebaut nach dem Schema: Der neue Test wird zu Diskriminierung, abnehmender Solidarität gegenüber behinderten Menschen oder zu Menschenzucht führen, wobei diese Zustände sozial und/oder moralisch unerwünscht sind. Sie argumentativ und empirisch zu belegen, ist anspruchsvoll. Anders gesagt: Es ist schwierig nachzuweisen, dass die neue Methode des Bluttests zusammen mit bereits vorhandenen pränatalen Methoden tatsächlich zu einer zunehmenden Diskriminierung und einer abnehmenden Solidarität gegenüber lebenden Menschen mit Behinderung führen. Denn damit ein Dammbruchargument überzeugt, muss einerseits die Prognose plausibel und nachvollziehbar sein respektive empirisch mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreffen. Und andererseits muss das prognostizierte Ergebnis – also die Abnahme der Zahl von Menschen mit diesem Typ von genetischer Abweichung – moralisch zu verurteilen sein. Obwohl auf den ersten Blick beide Seiten eines Dammbrucharguments tatsächlich zuzutreffen scheinen, ist die Beurteilung bei näherer Betrachtung schwieriger. Vor allen Dingen ist es schwierig, empirisch nachzuweisen, dass die befürchtete Zukunft – verstärkte Diskriminierung bis hin zu Zucht menschlichen Lebens – tatsächlich eintrifft. Tut sie dies nicht, bricht das Dammbruchargument in sich zusammen.

Behinderung wird zur Realität für die meisten Menschen

Dass Menschen mit Down-Syndrom ein gutes Leben haben können, das sie und ihre Umgebung als lebenswert wahrnehmen,

wird zwar nicht bestritten, geht in den Debatten um Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik aber oft vergessen. Dabei wären gerade auch folgende Fragen zentral, die selten direkt angesprochen werden: Welche Erkrankungen halten wir für gesellschaftlich gerade noch tolerier- und tragbar und welche nicht? Und was ist ein gutes Leben mit (und nicht nur trotz) Behinderung? Denn Behinderung ist keine zu vernachlässigende Form menschlichen Lebens, sondern wird – auch wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in industrialisierten Staaten – verstärkt zu einer zu erwartenden Realität für die meisten Menschen. Bereits jetzt ist es so – je nach Berechnungsgrundlage –, dass zwischen 10 und 15 Prozent der Bevölkerung mit einer Behinderung leben. Tendenz eher zunehmend, vor allem im Bereich psychischer Behinderung. Angesichts der massiven gesellschaftspolitischen Herausforderung durch Behinderung – vor allem durch Behinderung im Alter und im Bereich psychischer Erkrankung – scheint die Diskussion um die Vermeidung von Behinderung am Lebensanfang wenig zur Lösung des gesellschaftlichen Problems von Behinderung beizutragen. Ja, es scheint sogar so zu sein, dass die Gesellschaft selbst Behinderung zu einem Teil produziert respektive begünstigt und somit Teil des Problems ist. Zumindest für den Bereich der psychischen Erkrankungen kann dies mit einiger Plausibilität behauptet werden.

Ohne Zweifel sind mit einer Behinderung reduzierte Lebenschancen verbunden.

Letztlich laufen alle angesprochenen Fragen, Befürchtungen und Erwartungen auf denselben Problemkomplex hinaus: Was ist menschliches Wohlergehen? Zweifellos ist Gesundheit ein wichtiger Bestandteil. Aber wird sich Wohlergehen automatisch einstellen, wenn wir garantiert gesund sind und keine genetische Abweichung aufweisen? Inwiefern gefährdet eine Behinderung oder eine Krankheit das Lebensglück der Eltern, aber auch des Kindes, das auf die Welt kommt? Und welches Wohlergehen soll überhaupt im Zentrum stehen? Das zu erwartende des Kindes oder das der Eltern? Zweifelsohne ist es ja so, dass nur Eltern, die ihren Nachwuchs akzeptieren und lieben, auch gute Eltern sein können. Nur ist die Fähigkeit, ein bestimmtes Kind zu lieben und sein Wohlergehen abzuschätzen, selten schon Monate voraus bestimmbar. Auch denken die meisten Menschen, dass mit einer Behinderung reduzierte Lebenschancen verbunden sind. Und so ist es ohne Zweifel zu einem bestimmten Teil: Jemand der blind ist, kann sich nicht von der Schönheit eines Picasso-Gemäldes verführen lassen; jemand, der taub ist, nicht die Schönheit einer romantischen Arie geniessen. Und dennoch wäre erst einmal zu fragen, ob in der Quantität der Chancen und Optionen, die einem offen stehen, bereits ein Wert an sich liegt, oder ob es nicht viel eher um die Qualität der Chancen gehen sollte. Schliesslich stehen auch nicht behinderten Menschen nicht alle möglichen Chancen offen.

>>

Anzeige

Führen mit Zahlen – Erfüllen von Anforderungen

AbaProject – Software für Heime und Werkstätten

> Flexible Leistungsartendefinition und gestaltbarer Bewohnerstamm > Pflegetarife mit Ansätzen gemäss Einstufung BESA, RAI > Rapportierung von Pflegeleistungen, Spesen, Absenzen > Barcode-Scanning für Pflegeleistungen, Material- und Medikamentenbezüge > Fakturierung, Materialwirtschaft, Einkauf > Mehrstufige Gruppierung der Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger > Übersichtliche Auswertung > Automatisierte Kostenverteilung indirekter Kosten > Schnittstelle zu Pflegedokumentation

www.abacus.ch

ABACUS business software

Leider werden diese Fragen auch von den Skeptikern des neuen Tests selten in ihrer Komplexität angegangen. Stattdessen ist gerade in Kreisen von Behindertenvertretern, aber auch von Angehörigen manchmal der Versuch festzustellen, dem Druck der vermuteten gesellschaftlichen Abwertung, Diskriminierung oder Marginalisierung etwas entgegenzusetzen und auf das gute Leben von Menschen mit Behinderung hinzuweisen. Diese Versuche sind allerdings gefährlich, sobald sie von einer individuellen Ebene (ein konkreter Mensch mit Behinderung hat ein gutes Leben) hin zu einer kollektiven Ebene wechseln (alle Menschen mit Behinderung haben ein gutes Leben). In letzterer Sichtweise werden Menschen mit Behinderung – insbesondere Menschen mit Down-Syndrom – oft als Vorhut einer glücklicheren, in sich ruhenden und «entschleunigten» Gesellschaft angeführt. Diese Betrachtung ist erstens falsch, weil zu pauschal. Mit anderen Worten: Genauso falsch wie die Unterstellung, alle behinderten Menschen führten ein schlechtes – oder auch ein nur relativ gesehen schlechteres – Leben, ist es nämlich, zu behaupten, eine Behinderung gehe automatisch mit einem guten Leben einher, beispielsweise, weil sich die eigenen Werte als Paar verändert und der Fokus auf die «wirklich wichtigen Dinge im Leben» gerichtet hätten. Das mag zwar in vielen Fällen durchaus zutreffen respektive mit dem eigenen Erleben, ein Kind mit Behinderung zu haben, einhergehen. Es muss aber nicht, und der Sinn einer Behinderung kann und sollte schon gar nicht kollektiv zugeschrieben werden.

Und zweitens ist die Betrachtung gefährlich, weil daraus tendenziell ein moralisches Postulat abgeleitet wird, wonach beispielsweise Menschen mit Behinderung eine Gesellschaft «reicher» machen würden. Das würde letztlich bedeuten, dass die Gesellschaft Behinderung «produzieren» sollte, um mit Hilfe behinderter Menschen die wahren Werte des Lebens zu entdecken. So oder so: Die eine wie die andere Interpretation weicht den Fragen rund um Behinderung und Wohlergehen letztlich aus. Im einen Fall tendiert man dazu, den Wert von Gesundheit und genetischer Unversehrtheit überzubewerten, im anderen Fall dazu, die mit einer Behinderung einhergehenden Schwierigkeiten und Herausforderungen zu romantisieren und der Behinderung einen letztlich zweifelhaften sozialen Wert zuzuweisen. Letzteres instrumentalisiert Menschen mit Behinderung als Gruppe in der Gesellschaft, die so betrachtet die Aufgabe haben, dem Rest der Gesellschaft den Spiegel ihrer brüchigen Vollkommenheit, ihres Perfektheitswahns und der Leistungsorientierung vorzuhalten.

Behinderung darf nicht romantisiert, genetische Unversehrtheit nicht überbewertet werden.

Gehört er zur Vorhut einer glücklicheren Gesellschaft? Der Schweizer Simon Federer (rechts) ist der schnellste und ausdauerndste Mensch der Welt mit Down-Syndrom.

Foto: www.kinleanita.de

Elterliche Liebe ist nicht abhängig von den Talenten der Kinder

Vielleicht lenkt die Möglichkeit des neuen Tests aber noch von einer anderen Frage respektive Intuition ab, die viel zu wenig beachtet wird. Es handelt sich dabei um eine der am tiefsten gehegten moralischen Intuitionen, wonach ein Kind ein Geschenk sei, das um seiner selbst willen geliebt werden sollte. In einer Passage des US-amerikanischen Philosophen Michael Sandel, seinerseits ein Kritiker von Pränataldiagnostik und genetischer Optimierung, liest sich das in der Übersetzung so: «Kinder als Geschenk willkommen zu heissen, bedeutet, sie zu nehmen, wie sie kommen, nicht als Objekte unseres Designs, Produkt unseres Willens oder Instrument unserer Ambitionen. Elterliche Liebe ist nicht abhängig von den Talenten und Attributen, die das Kind hat. Wir wählen zwar unsere Freunde und Ehepartner zumindest teilweise auf der Basis von Qualitäten, die wir attraktiv finden. Aber wir wählen keine Kinder. Ihre Qualitäten sind unvorhersehbar, und auch die gewissenhaftesten Eltern können nicht vollständig verantwortlich gemacht werden für die Kinder, die sie haben.» Was sich als simple Beschreibung einer sozialen Praxis liest, versteht Sandel in Wahrheit als moralisches Postulat: Mit der Geburt eines Kindes erhalten die Eltern ein Geschenk. Als solches sollten sie es auch betrachten. Dieser Gedanke scheint heute weitgehend verschwunden zu sein, ist aber durchaus und vielleicht gerade deshalb bedenkenswert. ●

Die Autorin: Franziska Felder ist Oberassistentin im Institut für Erziehungswissenschaften, Lehrstuhl für Sonderpädagogik, Bildung und Integration, an der Universität Zürich und Studienleiterin Gesellschaft und Behinderung an der Paulusakademie in Zürich.

Literatur: Michael Sandel, «The Case Against Perfection», Harvard University Press, 2007. Julian Savulescu und Guy Kahane, «The Moral Obligation to Create Children with the Best Chance of the Best Life», Bioethics 23 (5), 2009, S. 274-290.
Franziska Felder, «Inklusion und Gerechtigkeit, Das Recht behinderter Menschen auf Teilhabe», Campus Forschung (2012).

Studie: Wie wollen alte Menschen in einem Pflege- oder Altersheim leben?

«Aufwendige Erhebung kaum verwertbar»

Welche Einrichtungen und Dienstleistungen braucht unser Land, wenn die Bevölkerung immer älter wird? Ein neu erhobener Gesundheitsbericht von Menschen in Alters- und Pflegeheimen sollte die Grundlage für die Planung werden. Doch der Bericht wirft Fragen auf.

Von Beat Leuenberger

In der Schweiz leben über 84 000 Menschen ab 65 Jahren während längerer Zeit in einem Alters- und Pflegeheim. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird diese Bevölkerungsgruppe in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Zur Planung von Infrastruktur und Dienstleistungen ist es notwendig, den Pflegebedarf besser zu kennen, der stark von chronischen Krankheiten und dem Zustand der funktionalen Gesundheit abhängig ist. Der soeben erschienene Bericht «Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen» beschreibt den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohnern und zeigt die Zusammenhänge zwischen bestimmten Krankheiten und der funktionalen Gesundheit auf. Grundlage des Berichts sind die Daten der Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Menschen in Institutionen (EGBI), die das Bundesamt für Statistik 2008/09 zum ersten Mal durchführte.

Grundlagen für das Datenmaterial sind dürftig

Allerdings ist der Bericht nicht über alle Zweifel erhaben. Christoph Schmid, Ressortleiter Projekte und Entwicklung im Fachbereich Alter bei Curaviva Schweiz, bemängelt, dass «die Grundlagen für das Datenmaterial zum Teil dürftig sind und die Vergleiche, die angestellt werden, nicht aussagekräftig». Diese Einschätzung teilt auch die langjährige Heimärztin Regula Schmitt-Mannhart. Die Ergebnisse der Befragung seien in weiten Teilen kaum verwertbar im Sinne des gesteckten Ziels, etwas über den Pflegebedarf, die Infrastruktur und die Dienstleistungen in der Zukunft zu erfahren. Warum Schmitt-Mannhardt zu dieser Beurteilung kommt, erklärt sie im Interview:

Welches ist Ihr genereller Eindruck von den Ergebnissen dieser Erhebung? Erfüllt sie ihren Zweck?

Regula Schmitt-Mannhardt: Ich bezweifle, dass sie wirklich etwas zu den formulierten Zielen beiträgt, nämlich den Pflegebedarf und die notwendigen Infrastrukturen und Dienstleistungen in Heimen für die Zukunft zu ermitteln. Die Befragungen stammen aus den Jahren 2008 und 2009. Die Entwicklungen im Heimbereich gehen aber weiter; es wäre auch wichtig, nicht nur eine Momentaufnahme anzusehen, sondern den Verlauf über mehrere Jahre.

Ergebnisse sind in weiten Teilen kaum brauchbar für die Ermittlung des künftigen Pflegebedarfs.

Finden Sie im Bericht Überraschungen und Neuigkeiten?

Nein, im Allgemeinen nicht. Einige Punkte hingegen haben mich sehr überrascht, etwa die grosse Anzahl der inkontinenten Bewohnerinnen und Bewohner, das Verständnis von Palliative Care und die vielen Menschen mit geringem Hilfsbedarf.

Die Erhebung beruht zur Hälfte auf Aussagen von Bewohnerinnen und Bewohnern, zur anderen Hälfte auf Aussagen der Pflegepersonen. Wie schätzen Sie die Zuverlässigkeit der Befragung ein?

Dass Betroffene und Pflegende befragt werden, ist sinnvoll. Denn eine Schwierigkeit besteht aber darin, dass viele Betroffene nicht selbst Auskunft geben können, zum Beispiel über

>>

ihr subjektives Gesundheitsempfinden. Doch ist es auch ein Problem, wenn andere stellvertretend Auskunft geben müssen bei solchen Untersuchungen.

Sie meinen: Stellvertretend für die vielen Menschen mit Demenz?
Vor allem, ja. Aber zum Beispiel auch Menschen nach einem Hirnschlag mit Aphasie. Zudem stellt sich die Frage, ob die Auswahl der Heime repräsentativ war. Wie gesagt: Ich war überrascht und habe Zweifel daran, wenn ich gewisse Ergebnisse sehe – fast 25 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner weisen kaum Hilfsbedarf auf. Vermutlich wurden in diesem Fragebogen gewisse Begriffe nicht exakt definiert.

«Es ist nicht klar, was die Leute, die Antwort gaben, als Palliative Care einschätzten.»

Also wäre es sinnvoll, Ärzte und Ärztinnen mit einzubeziehen?
Es ist nicht unbedingt nötig, dass sie an den Befragungen direkt teilnehmen. Aber bei der Entwicklung des Studiendesigns müssten sie sicher mithelfen.

Sie sagten, die grosse Zahl Menschen, die unter Stuhl- und Harninkontinenz leiden, habe sie überrascht.
Ja, vor allem die Stuhlinkontinenz. Ich kann mir dieses Ergebnis nur damit erklären, dass ein Missverständnis vorliegt. Und zwar nehme ich an, dass Menschen darunter fallen, die in irgendeiner Weise Hilfe bei der Ausscheidung brauchen – beim Auf-die-Toilette-Gehen oder bei der Reinigung. Stuhlinkontinenz heisst aber, dass Stuhl unwillkürlich abgeht, was als chronisches Problem nicht in diesem Ausmass vorkommt – auch nicht in Heimen mit schwer und schwerst Pflegebedürftigen. Die Urininkontinenz hingegen ist häufig. Doch weder ein paar abgehende Tropfen noch schwere Inkontinenz bedeuten notgedrungen, dass jemand auf fremde Hilfe angewiesen ist. Dies zu wissen, wäre doch wichtig. Deshalb kann man diese Zahlen nicht verwerten.

«Stark zugenommen haben die Kurzaufenthalte. Angaben darüber fehlen aber in der Erhebung.»

Gemäss Erhebung erhalten 16 Prozent der Menschen in stationären Einrichtungen explizit Palliative Care. Was bemängeln Sie an dieser Zahl?
Wenn man mich oder unser Pflegepersonal fragen würde, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner Palliative Care benötigen, könnten wir keine präzisen Antwort geben. Denn Palliative Care ist ja eine Haltung, die in den Heimen vorhanden ist oder sein sollte. Es geht darum, Menschen mit chronisch fortschreitenden und lebensbedrohlichen Krankheiten eine optimale Lebensqualität zu ermöglichen – nicht Leben zu verlängern, sondern Leiden zu lindern. Die Massnahmen, die es dazu braucht, setzen Ärzte und Pflegende individuell ein. Die einen brauchen mehr, andere weniger. Auch mit dieser Zahl kann man also nichts anfangen, weil nicht klar ist, was die Leute, die Antwort gaben, unter Palliative Care verstanden.

Laut Bericht sind 24 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner in ihren Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt. Dies hat Sie überrascht.
Ja. Es ist ein grosser Prozentsatz, und es wird nicht klar, wer alles darunter fällt. Es gibt ja Menschen, etwa mit beginnender Demenz, die zwar selbst aufstehen, sich anziehen und waschen können, selber essen und auf die Toilette gehen können. Aber dazu immer Anleitung brauchen. Möglicherweise sind sie bei den 24 Prozent auch dabei.

Das Bundesamt für Statistik klärt ab, ob eine weitere derartige Erhebung durchgeführt werden soll. Fänden Sie es sinnvoll?
Ja, es könnte sinnvoll sein. Doch bei einer nächsten Befragung müsste man fürs Studiendesign Experten aus verschiedenen Fachgebieten beiziehen.

Wer würde dazugehören?
Experten aus Geriatrie, Pflege, Heimleiter und sicher auch Wissenschaftler, die sich mit Gerontologie, Gerontosoziologie und -psychologie beschäftigen. Sie alle müssten sich genau überlegen, welche Fragen zu stellen sind, um verwertbare Antworten zu erhalten.

Welche Auskünfte haben Sie vermisst in der vorliegenden Erhebung?
Sie hat nur Menschen berücksichtigt, die sich mindestens dreissig Tage in einem Heim aufhielten. Doch stark zugenommen haben in den letzten Jahren die Kurzaufenthalte, ob unter

Überraschendes Resultat der Gesundheitsbefragung: Rund ein Viertel der Betagten in Alters- und Pflegeheimen sind in ihren Alltagsaktivitäten wenig

Zur Person: Regula Schmitt-Mannhart, FMH Innere Medizin, Geriaterin, war bis vor eineinhalb Jahren gesamtärztliche Leiterin in der Tilia-Stiftung für Langzeitpflege mit Pflegezentren in den drei Berner Gemeinden Ittigen, Köniz und Wittigkofen. Heute übernimmt sie dort Stellvertretungen.

oder über dreissig Tagen. Es wäre sehr interessant und wichtig, genauer zu wissen, wie viele und welche Probleme diese Menschen hatten, weil dies eine enorme Bedeutung hat für den ärztlichen und den Pflegebedarf. Kurzaufenthalte erfordern mehr und zum Teil andere Ressourcen. Soziologisch von Interesse wäre zudem der Einfluss von Armut und des Bildungsniveaus auf den Zeitpunkt des Heimeintritts. ●

Der ganze Bericht kann hier heruntergeladen werden:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=4901

eingeschränkt.

Foto: Maria Schmid

Das Wichtigste der Erhebung

Von den 1,308 Millionen Menschen über 65 Jahren in der Schweiz leben rund 84000 für längere Zeit in einem Alters- oder Pflegeheim (6%). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Betagten beträgt 2,7 Jahre.

Allgemeiner Gesundheitszustand
Die Mehrheit der Personen befindet sich aufgrund eines erhöhten Unterstützungs- und Pflegebedarfs in Alters- und Pflegeheimen und kann nicht mehr selbstständig zuhause leben. 77% der betagten Personen in Alters- und Pflegeheimen haben dauerhafte Gesundheitsprobleme, und 83% sind durch ein gesundheitliches Problem seit mindestens sechs Monaten in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt.
Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten sind ein ausschlaggebender Faktor für den Hilfs- und Pflegebedarf. Sie werden mithilfe einer Skala gemessen, die angibt, in welchem Umfang eine Person in der Lage ist, sechs Aktivitäten (sich waschen, sich anziehen, zur Toilette gehen, sich fortbewegen, aufstehen und essen) auszuführen. Bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern können 76% mindestens eine der erwähnten Alltagsaktivitäten nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausführen. Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner leidet an Stuhlinkontinenz (47%) oder ausschliesslich an Harninkontinenz (33%).

Körperliche und psychische Gesundheit
Multimorbidität ist in Alters- und Pflegeheimen stark verbreitet: Bei 86% der Personen wurden mehrere Krankheiten diagnostiziert, bei 23% sind es sogar fünf oder mehr. 78% weisen eine somatische, 69% eine psychische Krankheit auf. 54% der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind gleichzeitig von mindestens einer somatischen sowie von mindestens einer psychischen Krankheit betroffen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (49%) und Bluthochdruck (47%) sind die beiden am häufigsten diagnostizierten körperlichen Beschwerden. Bei den psychischen Krankheiten werden Demenz (39%) und Depression (26%) am häufigsten verzeichnet. Zudem haben 33% der Heimbewohnerinnen und -bewohner zwar nicht die Diagnose Demenz, weisen aber kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen auf, die als Symptome einer Demenzerkrankung gelten. Ebenso wurden bei 34% keine Depression diagnostiziert, jedoch depressive Symptome festgestellt.

Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen
16% der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen erhalten Palliative Care. Sie weisen demzufolge einen sehr hohen Pflegebedarf auf.

Personen mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf
24% der Heimbewohnerinnen und -bewohner gelten als wenig eingeschränkt, da sie in nahezu allen Alltagsaktivitäten selbstständig sind. Sie wären zudem teilweise in der Lage, wenn nötig, selber einzukaufen (61%), öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (49%) oder ihr Essen zuzubereiten (45%).

Betreuung zwischen Überbehütung und Überforderung

Von den Stärken ausgehen und die Menschen ernst nehmen

Der Niederländer Willem Kleine Schaars hat ein Modell entwickelt, wie in der Betreuung von erwachsenen Behinderten Selbst- und Fremdbestimmung in ein sinnvolles Verhältnis gesetzt werden können. Nach den Initialen seines Namens nennt er es das WKS-Modell.

Von Willem Kleine Schaars

Grundsätzlich sind wir uns einig, dass behinderte Menschen so selbstbestimmt wie möglich leben sollen. Doch es ist eine schwierige Aufgabe, geistig und psychisch beeinträchtigten Menschen zu einem selbstbestimmten, unabhängigen Leben zu verhelfen. Wir kommen immer wieder in Versuchung, von uns aus zu definieren, welche und wie viel Betreuung und Hilfe jemand braucht, statt dass wir dies gemeinsam mit diesen Menschen beraten. Zugegeben: Das ist nicht einfach. Wir haben als Betreuende unsere persönlichen Normen und Werte. Aber gestehen wir diese auch unserem Gegenüber zu? Und was machen wir, wenn diese Werte und Normen nicht den unseren entsprechen? Haben wir nicht oft schon längst die Antwort auf eine Frage für uns geklärt und wollen die Meinung und Haltung des anderen gar nicht wissen? Andererseits: Wie sollen sich die Menschen, die wir betreuen, orientieren, wenn sie es bei der Vielzahl von Betreuerinnen und Betreuern, mit denen sie zu tun haben, immer auch mit verschiedenen Einstellungen, Normen und Werten zu tun haben?

Anzeige

Freiräume der Selbstbestimmung

Im Modell, das ich kurz als WKS-Modell bezeichne, ist in erster Linie der Rahmen wichtig. Mit dem Rahmen ist der Bereich gemeint, in dem ein Mensch eigenverantwortlich handelt und eigene Entscheidungen treffen kann. Dieser Rahmen ist nicht statisch, sondern passt sich immer neu an. Damit er aber genau für eine bestimmte Person passt, ist es wichtig, deren Kompetenzen und persönlichen Stärken zu kennen und zu respektieren. Gleichzeitig ist der Rahmen auch tatsächlich ein Rahmen, also eine Begrenzung. Diese Begrenzung verhindert, dass jemand von der Eigenverantwortung überfordert wird.

- Peters Zimmer ist total verdreckt. Er vergisst regelmässig, Essensreste wegzuwerfen und das Geschirr abzuwaschen. Claudia, seine Betreuerin, ist der Meinung, dass der Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit in dieser Hinsicht zu weit gesteckt ist (Peter wird überfordert). Claudia findet, dass Peter die Essensreste wegräumen und regelmässig abwaschen muss. Peter widersetzt sich: Er findet nicht, dass sein Zimmer verdreckt ist. Ausserdem sei es sein eigenes Zimmer. Also meint er, selbst entscheiden zu dürfen, wie das Zimmer aussieht. Peter fühlt sich bevormundet und lehnt sich gegen Claudias Forderungen

Menschen mit Behinderung spielen Theater (Stiftung Rütimattli, Sachseln OW, Juni 2012): Kompetenzen und Stärken kennen.

Foto: Romano Cuonz, NLZ

auf. Sie überschreitet Peters Grenzen und bestimmt die Lösung. Das läuft leicht auf einen Machtkampf hinaus, bei dem es für beide Parteien darum geht, nicht das Gesicht zu verlieren.

Anhand dieses Beispiels möchte ich zeigen, auf welche Art ein solcher Streit vermieden werden kann – und zwar so, dass der persönliche Handlungsspielraum der zu betreuenden Person und deren Fähigkeiten respektiert werden, ohne die Person aber zu überfordern.

Fähigkeiten und Handlungsspielraum respektieren, ohne jemanden zu überfordern.

Eigene Lösungen finden

Es stärkt das Selbstwertgefühl, wenn jemand selbst die Lösung für eine anstehende Aufgabe findet. Das gilt auch für Menschen, die in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind. Als Betreuerin oder Betreuer habe ich also die Aufgabe, Lösungsansätze, die von diesen Menschen kommen, zu prüfen (und gegebenenfalls ans Verantwortungsgefühl zu appellieren). Bin ich mit der Lösung einverstanden, kann ich ein Kompliment machen und dem Gegenüber damit Respekt zollen.

In unserem Beispiel verkleinert Claudia den Rahmen, in welchem Peter selbstbestimmt handelt, indem sie ihn auf das Durcheinander aufmerksam macht. Danach überlässt sie wiederum ihm die Verantwortung: Sie bittet ihn, sich eine Lösung zu überlegen. Dafür wird Peter Zeit eingeräumt. Wenn Claudia mit seiner Lösung nicht einverstanden ist oder Peter nicht zugange kommt, würde sie seinen Rahmen (seine Verantwortlichkeit) enger stecken; innerhalb dieses Rahmens aber die Verantwortung wieder an Peter übergeben. So behält er die Regie über die eigenen Möglichkeiten. Peter freilich ist nicht in der Lage, eine Lösung zu finden, weil er keine Übersicht über das Chaos hat. Es macht ihn mutlos: «Ich weiss nicht wie, und sowieso sind das meine Angelegenheiten.» Claudia verkleinert wiederum den Rahmen und bittet Peter, sich zu überlegen, um welchen Teil seines Zimmers er sich kümmern will. Gleichzeitig fragt sie ihn, wo er Hilfe benötigt. Eine Woche darauf sagt Peter, dass er sein Waschbecken selbst sauber machen möchte, aber beim Beziehen seines Betts und beim Abwaschen Hilfe brauche. Es bereitet ihm viel Mühe, den Abwasch gut einzuplanen; am liebsten hätte er, dass jemand anderer regelmässig zum Abtrocknen vorbeikäme. Das würde ihn automatisch daran erinnert, dass der Abwasch wartet. Über diese Art behält er entsprechend seiner Möglichkeiten die Regie. Claudia bleibt in der Position, dass sie seine Lösungen prüft. So behält sie die Übersicht über Peters eigenverantwortliche Lösungen, beziehungsweise seinen Bedarf an Unterstützung.

Wenn wir dagegen als Betreuerinnen und Betreuer in den Selbstverantwortungsrahmen eines uns anvertrauten Men- >>

schen eindringen, machen wir ihn nicht nur von uns abhängig, sondern geben ihm auch eine Machtposition: Er zwingt den Betreuer, Lösungen für ein Problem zu finden, und prüft nun seinerseits, ob er diese annehmen will oder nicht.

- Frau Schulz möchte selbst kochen. Im Wohnheim aber gilt: Nur der Koch in der Küche bereitet die Mahlzeiten zu. Frau Schulz' Wunsch wird nicht ernst genommen.

Das Beispiel zeigt: Geben Betreuer Lösungen vor (nur der Koch kocht!), heisst das auch: Sie gehen von ihren eigenen Werten und Normen aus. Anders gesagt: Sie gehen davon aus, zu wissen, was das Beste für die anderen ist. Das aber hat wenig mit Respekt gegenüber den Anderen zu tun, sondern verstärkt deren Abhängigkeit.

Werte und Normen

Meine Werte und Normen sagen zwar viel über mich selbst, aber nichts über mein Gegenüber aus. Wir setzen uns für etwas ein, weil wir die eigene Meinung für wichtig halten. Wir diskutieren oft über Werte und Normen. Aber in erster Linie versuchen wir, andere von unserer Sicht zu überzeugen. Das ist nicht verkehrt, geht aber nicht, wenn ein Abhängigkeitsverhältnis besteht.

- In einer Pflegeeinrichtung findet Herr Petersen grossen Gefallen daran, Papier in Streifen zu reissen. Die erste Betreuerin akzeptiert dies nicht, Herr Petersen produziere zu viel Müll, den sie jedes Mal wieder wegräumen müsse. Die zweite sieht, mit welchem Genuss der Mann sich mit dem Papier beschäftigt, sie beseitigt den Müll gerne. Die dritte gibt dem Mann noch mehr Papier, sobald er fertig ist. Die vierte sagt Herrn Petersen, dass er hinterher aufräumen soll. Wie steht es wohl um Herrn Petersen? Er ist dement und kann nicht sprechen. Jede der Betreuerinnen handelt aus der Überzeugung heraus, dass sie das Richtige tue. Leider ist das aber in keinem Fall das, was Herr Petersen will, sondern das, was jede Betreuerin für das Beste hält.

Gestehen wir persönliche Normen und Werte auch den Heimbewohnern zu?

In vielen Betreuungsteams gibt es unterschiedliche Meinungen. Selten schätzen alle Teammitglieder dieselbe Situation gleich ein. Nicht selten nutzen Heimbewohner dies für ihre Zwecke. Sie wissen genau, welche Betreuer sie ansprechen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Zwar wird solches Verhalten in den Teams immer wieder diskutiert. Aber oft führen diese Diskussionen zu nichts. Gehen – wie im WKS-Modell – die Betreuenden allerdings davon aus, dass der Mensch, der Unterstützung braucht, im Zentrum steht und seine Werte und Normen die zentralen sind (und nicht die eines Betreuers), werden viele (unnötige) Diskussionen in den Teams überflüssig. Damit komme ich zu den Grundlagen des WKS-Modells:

Gleichwertigkeit

Was bedeutet es, gleichwertig miteinander umzugehen? Zuerst: Bei allem, was ein Betreuer oder eine Betreuerin tut, sagt oder entscheidet, muss er/sie davon ausgehen, dass das Gegenüber ebenso viel wert ist wie er/sie selbst. Das bedeutet, dass der andere mit Respekt behandelt wird, auf einer Basis des Einverständnisses. Gleichwertig sein bedeutet aber etwas anderes als gleich zu sein. Alle Menschen sind ungleich. Mein Umgang mit einem anderen wird gerade wegen der Ungleichheit spannend. Bei jemandem, der sich schwer mitteilen kann, muss ich besonders gut zuhören. Wenn jemand etwas weniger leicht verstehen kann, muss ich mir mehr Mühe geben, verständlich zu sein – zum Beispiel durch Visualisierung. Zur Gleichwertigkeit gehört auch, dass Begleiter einen Blick dafür haben, was sie mit anderen Menschen verbindet, und nicht, was sie von ihnen unterscheidet. Die Meinung, die Bedürfnisse und Wünsche des anderen stehen an erster Stelle. Er darf seine Werte und Normen selbst bestimmen.

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung ist ein zweites wichtiges Kriterium. Menschen dürfen selbst entscheiden, wie sie leben möchten. Für viele Menschen, die abhängig sind, ist es ein langwieriger Prozess, selbst entscheiden zu lernen und die Grenzen ihrer Selbstbestimmung herauszufinden. Selbstbestimmung heisst nämlich auch, sich darüber klar zu werden, dass man etwas nicht (mehr) selbst beeinflussen kann. Um Entscheidungen treffen zu können, muss ich meine Möglichkeiten überschauen, Konsequenzen abwägen, Alternativen kennen und die Freiheit haben, entscheiden zu dürfen. Es gibt Fallstricke für die Betreuer: Selbstbestimmung darf nicht bedeuten, dass jemand zu wenig Unterstützung bekommt und überfordert wird.

Verantwortlichkeit

So weit wie möglich sollen Menschen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung selbst Regie in ihrem Leben führen. Dahinter steht die Absicht, dass sie selbst – und nicht andere – entscheiden, was gut für sie ist. Es ist wichtig, sie darin zu unterstützen, dass sie selbst erkennen, wann sie Hilfe brauchen. Viele sind zum Beispiel daran gewöhnt, dass sie zu einer bestimmten Zeit ins Bett müssen. Einige behalten diese Gewohnheit bei, auch wenn die Regel aufgehoben wird. Viele aber nutzen alsbald auch die neu gewonnene Freiheit: Sie gehen eine Reihe von Abenden erst sehr spät ins Bett. Dann entdecken sie freilich selbst, dass wenig Schlaf negative Folgen haben kann: Sie sind tagsüber schrecklich müde. Oft korrigiert sich das Verhalten von selbst. Der Vorteil dieser Herangehensweise: Die Heimbewohner müssen sich nicht gegen auferlegte Regeln auflehnen, sondern werden angeregt, die eigenen Möglichkeiten zu entdecken.
Eigenverantwortung ist ein grundlegendes Kriterium, wenn wir die Stärken und Möglichkeiten von Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen in den Mittelpunkt stellen wollen und nicht ihr Bedürfnis nach Hilfe. Im Grund trägt jeder selbst die Verantwortung für sein Leben. Wir, die professionellen Betreuer, bieten Hilfe, wenn sie gefordert und auch angenommen wird.

Das WKS-Modell in der Praxis

- Annettes Körperpflege lässt sehr zu wünschen übrig. Sie duscht kaum, ist schmutzig und riecht unangenehm. Marlene, ihre Alltagsbegleiterin, konfrontiert sie damit. Annette wehrt sich: «Das ist mein Körper, und das geht dich nichts an.»

Im WKS-Modell hat jeder Heimbewohner zwei Betreuer: einen Alltagsbegleiter für inhaltliche Belange und einen Prozessbegleiter für den Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Beide sind die Ansprechpartner des Heimbewohners. Der Alltagsbegleiter führt die Regie über die Unterstützung. Er kennt Möglichkeiten und Hilfebedarf und würde im Fall von Überforderung den Handlungsspielraum der Heimbewohnerin verändern. Der Prozessbegleiter unterstützt die Kommunikation zwischen dem Klienten und seinem Alltagsbetreuer. Er vertritt keine eigene Meinung, sondern sorgt dafür, dass beide Parteien ihre Kommunikation klarer sehen und einander besser verstehen. Alltagsbegleiter sind für Bereiche verantwortlich, in denen ein Heimbewohner Unterstützung benötigt.

1. Beziehung zwischen Alltagsbegleiter und Heimbewohner

Der Alltagsbegleiter ist als wichtigste Person im WKS-Modell für die Unterstützung verantwortlich. Er führt Regie und koordiniert die Aufgaben des Teams. Neben der Betreuung ist seine wichtigste Aufgabe, Überforderung zu verhindern. Der Alltagsbegleiter äussert nicht ungefragt seine Meinung zu anstehenden Problemen (das wäre Überbehütung), sondern gibt dem Heimbewohner die Möglichkeit, selbst eine Lösung für ein Problem zu finden. Wenn die Alltagsbegleiterin mit einem Lösungsvorschlag nicht einverstanden ist, verkleinert sie den Handlungsrahmen der Heimbewohnerin und bittet ihn, erneut über eine Lösung nachzudenken.

Heimbewohner nutzen nicht selten unterschiedliche Normen der Betreuer für ihre Zwecke.

Obwohl Annette ihre mangelnde Körperpflege nicht als Problem wahrnimmt, greift die Alltagsbegleiterin ein. Marlene verkleinert Annettes Handlungsrahmen, indem sie ihr sagt, dass sie ihre Hygiene nicht akzeptabel findet. Annette widersetzt sich weiterhin. Nach dem WKS-Modell lässt sich ein Alltagsbegleiter nicht auf weitere Diskussionen ein. Also sagt Marlene, dass sie im Lauf des nächsten Gesprächs von Annette einen Lösungsvorschlag für das Problem hören möchte. Innerhalb dieses neuen Rahmens bleibt Annette selbst für ihre Körperpflege verantwortlich. Annette wird bei der Suche nach einer Lösung von ihrem Prozessbegleiter unterstützt.

2. Rolle des Prozessbegleiters

Der Prozessbegleiter unterstützt die Kommunikation zwischen Heimbewohner und Alltagsbegleiter. Wichtig ist, dass der Prozessbegleiter sich auf die Erfahrungswelt des Heimbewohners einlässt und über die Grenzen, die der Alltagsbegleiter setzt, informiert ist. Dies ist nur möglich, wenn der Prozessbegleiter nicht in ein Problem mit einbezogen wird: Er äussert niemals seine Meinung oder ein Urteil. Meist zieht der Alltagsbegleiter den Prozessbegleiter heran, wenn ein Heimbewohner eine eigene Lösung finden soll. Dieser kann den Prozessbegleiter aber auch von sich aus in Anspruch nehmen. Wenn die Beziehung zwischen dem Alltagsbegleiter und dem Heimbewohner harmonisch ist – der Heimbewohner also die passende Unterstützung bekommt – ist die Beteiligung des Prozessbegleiters seltener nötig.

Die Eigenverantwortung soll über das Bedürfnis nach Hilfe gestellt werden.

Der Prozessbegleiter berichtet Annette, Marlene habe ihm von dem Problem mit der Körperpflege erzählt. Er fragt Annette, was sie darüber denkt. So unterstützt er Annette in ihrem Konflikt mit Marlene, ohne seine eigene Meinung zu äussern. Annette ist nicht einverstanden mit Marlenes «Einmischerei». In den ersten Gesprächen mit dem Prozessbegleiter wirkt sie verwirrt. Sie bringt einige Dinge durcheinander und ist wütend auf Marlene: «Warum mischt die sich ein, so ein junges Mädchen? Ich bin Mutter von drei Kindern, und dann will mir eine Betreuerin, die nur kurz vorbeischaut, Vorschriften machen!» Annette fühlt sich schnell angegriffen und reagiert verbal aggressiv. Sie ist dann kaum mehr ansprechbar. Manchmal reagiert sie auch passiv und bleibt im Bett. Marlene macht sich Sorgen: Annette hat Diabetes und Schwierigkeiten, sich an ihre Diät zu halten. Sie nimmt schnell zu und kann sich kaum noch bewegen. Nun lässt auch ihre Hygiene zu wünschen übrig. Eine der Lösungen ist, dass die Betreuer im Dienst Annette beim Duschen unterstützen, denn sie kann es wegen ihres Übergewichts nicht alleine. Aber Annette wurde noch nie von einem Mann geduscht. Während ihrer Gespräche mit dem Prozessbegleiter kommt viel von ihrem Kummer und ihrer Wut zum Vorschein. Das Bemerkenswerte ist – und dies kommt regelmässig vor –, dass die Alltagsbetreuerin von all dem nichts wusste. Wenn ein Konflikt besteht, ist es schwierig, offen zu kommunizieren.

Der Prozessbegleiter unterstützt Annette, damit sie besser mit Marlene reden kann. Die Alltagsbegleiterin und die Bewohnerin sollten ja einen gemeinsamen Weg finden, wobei Annette (im Rahmen ihrer Möglichkeiten) die Regie behält. Sie lernt, selbst um Unterstützung bei der Körperpflege zu bitten, sodass Marlene diese für sie organisieren kann.

Der Alltagsbegleiter ist für die gute und zielgerichtete Unterstützung eines Heimbewohners/einer Heimbewohnerin verantwortlich. Teilweise übernimmt er die Betreuung selbst, da er aber nicht immer anwesend ist, delegiert er vieles an Kollegen. Sie fungieren als Unterstützer und führen Aufträge aus.

Die Grundhaltung der Menschen, die andere Menschen in ihrer Entwicklung begleiten, ist entscheidend dafür, wie viel Selbstbestimmung möglich wird. Die dazu nötige Grundhaltung kann wie folgt beschrieben werden: Menschen mit dem kleineren Rahmen, also mit den geringeren Möglichkeiten, haben die Regie über ihr eigenes Leben. Sie werden bei ihrer eigenen Lösungsfindung unterstützt und bestimmen das Tempo. Wir Betreuenden sind gefordert, dabei die angemessene Unterstützung zu leisten. ●

Zum Autor: Willem Kleine Schaars hat in den Niederlanden viele Jahre in verschiedenen Funktionen in der Betreuung von Menschen mit einer geistigen Behinderung, in der Psychiatrie und in der Altenpflege gearbeitet. Sein Konzept, nach dem jeder Mensch, wie sehr er auch Einschränkungen unterliegt, sein Leben selbst gestalten kann, erläutert er detailliert im Buch «Begegnen mit Respekt» (Dgvt Verlag, 2010).

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung

Engpässe, Unwissen, Ignoranz – und was sich dagegen tun lässt

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung ist in der Schweiz häufig ungenügend. Das stellten Betroffene, Angehörige und Fachleute an einer gemeinsamen Tagung mit dem Titel «Behinderte Medizin?!» fest. Sie arbeiten jetzt zusammen, um Verbesserungen zu erzielen.

Von Susanne Wenger

«Entspannen Sie sich doch!» Das bekommt die Patientin jeweils zu hören, wenn sie sich einer medizinischen Behandlung, zum Beispiel einer Blutentnahme, unterziehen muss. Doch die bald 60-jährige, eine qualifizierte Berufsfrau aus dem Sozialbereich, hat eine cerebrale Bewegungsbehinderung. Unter Druck gesetzt, verkrampft sie sich umso mehr. Schlechte Erfahrungen hat auch eine Patientin mit leichtem Handicap gemacht. Als die 35-jährige wegen Rückenbeschwerden eine Ärztin aufsuchte, schob diese die Behandlung mehrmals hinaus. «Ich fühlte mich nicht ernst genommen», sagt die junge Frau, die in einer betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit geistiger Behinderung lebt. Auch Angehörige erleben Fragwürdiges: Sie solle dankbar sein, dass das Spital ihr behindertes Kind überhaupt aufgenommen habe – das beschied ein Arzt einer Mutter, deren 26-jährige Tochter schwerstkrank auf der Intensivstation lag.

Mutter soll dankbar sein, dass das Spital das behinderte Kind überhaupt aufnimmt.

Nicht für voll genommen

Dass man ihnen nicht zuhört, dass sie nicht für voll genommen oder gar geduzt werden, dass zu wenig Zeit für sie eingeplant wird – solches geschieht Menschen mit Behinderung bei ihren häufigen Kontakten mit dem Gesundheitswesen immer wieder. Ganz egal, ob sie wegen gesundheitlichen Problemen in Behandlung sind, die mit ihrer Behinderung zusammenhängen, oder ob sie einfach eine Grippe haben. Dies zeigten Erfahrungsberichte an einer Fachtagung mit über 150 Teilnehmenden von Anfang September in Bern. Hinter der Tagung mit dem Titel «Behinderte Medizin?!» steht eine breite Allianz von Fachleuten und Betroffenen aus 14 Organisationen. Vertreterinnen und Vertreter aus Medizin, Therapie, Sozial- und Heilpädagogik, Behinderten-Institutionen, -Verbänden und -Selbsthilfevereinigungen haben es sich zur Aufgabe gemacht, die unbefriedigende Situation mit vereinten Kräften zu verbessern.

Tausende von Männern und Frauen sind betroffen

«Die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist in mancher Hinsicht ungenügend, vor allem im Erwachsenenbereich», stellt Felix Brem fest, Initiant der Zusammenarbeit und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton Thurgau. Weil die Lebenserwartung für Menschen mit geistiger Behinderung gestiegen ist, sind Tausende Frauen und Männer betroffen – unter ihnen Menschen mit Autismus, Trisomie 21 oder schwersten körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen ohne Sprachvermögen. Gründe für die nicht immer bedürfnisgerechte medizinische Versorgung dieser Menschen gibt es einige, wie an der Tagung zum Ausdruck kam. So sind die Betroffenen oft nicht selbst in der Lage, zu signalisieren, dass sie einen Arzt brauchen und was ihnen fehlt. Viele Menschen mit Behinderung leben in Institutionen auf dem Land, doch gerade in ländlichen Gebieten mangelt es an Spezialisten. Die Grundversorger in den Hausarztpraxen wissen wenig über die verschiedenen Behinderungsarten. Und sie verfügen kaum über Erfahrung im Umgang mit geistig oder mehrfach behinderten Patientinnen und Pati-

Was braucht es, damit der Arztbesuch gelingt? Menschen mit geistiger Behinderung, Mediziner und Betreuende suchten an der Tagung in Bern gemeinsam nach Lösungen. Foto: Matthias Spalinger

enten. Diese verhalten sich oft auffällig, schreien oder verweigern die Behandlung – meist aus Angst oder aus Mangel an Informationen. Die Folge: Stress pur für alle Beteiligten. Der wachsende Kosten- und Zeitdruck im Gesundheitswesen verschärft die Probleme. So benötigen Menschen mit schwerer Behinderung bei einer Hospitalisation intensive Betreuung. Ihre Versorgung lässt sich nicht in die Fallpauschalen pressen, mit denen seit Anfang 2012 die Schweizer Spitäler finanziert werden.

Vorsorge unterbleibt, Medikamente bringen mehr Schaden als Nutzen, Krankheiten werden übersehen.

Schlimme Folgen für die Betroffenen

Die Medizin betrachtet eine Behinderung primär als Schädigung, die mit Leid verbunden ist – auch diese einseitige, als wertend empfundene Sichtweise kann das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Dies legte die Wissenschafterin Franziska Felder, Studienleiterin an der Zürcher Paulus-Akademie, an der Tagung dar. Soziale und kulturelle Aspekte von Behinderung würden dabei ausgeblendet. Die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung hängt aber wesentlich von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Gute medizinische Behandlung, so schreibt es auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren 2008 veröffentlichten Richtlinien für die Behandlung von Menschen mit Behinderung, sei zentral, um die Betroffenen in ihrem Streben nach Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe zu unterstützen. Die ungenügende Versorgung hingegen kann für die Betroffenen schlimme Folgen haben. Krankheiten werden übersehen, Vorsorge unterbleibt, Medikamente bringen mehr Schaden als Nutzen. Dies legen alarmierende Studien aus dem Ausland nahe. Menschen mit geistiger Behinderung bewegen sich viel zu wenig, sie haben ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, leiden häufig an Knochenschwund (Osteoporose) und an Depressionen. Mit gezielten Untersuchungen und mehr Bewegung im Alltag der Betroffenen wäre bereits viel erreicht, unterstrich die niederländische Fachärztin Heleen Evenhuis an der Tagung. Sie ist Professorin für «Intellectual Disability Medicine» in Rotterdam und hat damit Europas einzigen Lehrstuhl für Behindertenmedizin inne.

Aus- und Weiterbildung für Mediziner in behinderungs-spezifischen Fragen, Aufklärung des Personals in Heimen und Institutionen über gesundheitliche Risiken der Bewohner, Zusammenarbeit von Spitälern und sozialen Institutionen, vermehrter Austausch von Fachleuten, Einbezug der Betroffenen und ihrer Angehörigen – das sind weitere Massnahmen, die Verbesserungen brächten. Die medizinische Versorgung von Menschen mit schwerer Behinderung sei komplex, und «Komplexität erfordert gemeinsames Handeln», betonte an der Tagung Judith Hollenweger Haskell, Professorin an der Pädagogischen Hochschule Zürich. Im Umgang mit Betroffenen können ausserdem Hilfsmittel wie Bilder oder Piktogramme die Kommunikation unterstützen.

Politik soll «wachgerüttelt» werden

Die Berner Tagung war für die Initiantinnen und Initianten erst der Auftakt. Weitere Veranstaltungen sollen folgen, etwa zu >>

«Hören Sie uns gut zu»

Menschen mit geistiger Behinderung werden auch selbst aktiv, um ihre medizinische Versorgung zu verbessern. Die Gruppe «Wir für uns» aus dem Kanton St. Gallen hat viele gemeinsame Anliegen der Betroffenen zusammengetragen und in einem Flyer für Ärztinnen und Ärzte zusammengefasst. «Denn wir wissen selbst, was für uns gut ist», sagt Florian Eugster. Der 34-jährige Rorschacher ist der Sprecher der Gruppe, in der rund zehn Menschen mit geistiger und körperlicher Beeinträchtigung vereint sind. Eugster kämpft für die Selbstvertretung von Menschen mit Behinderung, er vertrat die Gruppe «Wir für uns» auch an der Tagung «Behinderte Medizin?!» in Bern (siehe Haupttext). Damit Arztbesuche von Menschen mit geistiger Behinderung weniger unangenehm verlaufen, sollten die Ärztinnen und Ärzte unter anderem Folgendes beachten: «Sprechen Sie uns direkt an und nicht unsere Begleitperson.» «Sagen Sie uns, wenn Sie uns anfassen.» «Hören Sie uns gut zu.» «Halten Sie Abmachungen ein.» Und: «Erklären Sie uns alles in einfacher Sprache.» Das bedeute aber nicht, fügt Eugster sogleich an, «dass wir wie Kinder behandelt werden möchten». Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung können das Blatt zu ihren Arztbesuchen mitnehmen und – mit Unterstützung von Angehörigen oder Betreuenden – auch individuelle Anliegen darauf vermerken. Zum Beispiel: «Ich habe Angst vor weisser Kleidung.»

Seit einem halben Jahr ist der Ärzte-Flyer nun im Umlauf, und die Reaktionen von Betroffenen und Betreuern seien sehr positiv, sagt Florian Eugster. Noch «keine grossen Reaktionen» habe es hingegen von Ärzteseite gegeben. Der Flyer lässt sich auf der Website der Gruppe herunterladen.

www.wir-für-uns.ch

ethischen Fragen. «Wir wollen auch die Politik wachrütteln», sagt Facharzt Felix Brem. Die Medizin stehe gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung in besonderer Verantwortung – auch in der Schweiz. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein wurden hierzulande zahlreiche als «geistesschwach» abgestempelte Menschen zwangssterilisiert: «Wir haben etwas wiedergutzumachen.»

Mitbestimmen zu können, alles verständlich erklärt zu bekommen, etwas über Alternativtherapien zu erfahren: Vieles von dem, was sich Menschen mit Behinderung für ihre medizinischen Versorgung wünschen, würden die meisten anderen ebenfalls sofort unterschreiben. «Wir haben alle einen fragilen Körper. Wir sind alle verletzlich, besonders am Anfang und am Ende des Lebens. Das erfordert Care-Beziehungen», sagte an der Tagung Barbara Jeltsch-Schudel, Leiterin der Abteilung Klinische Heilpädagogik und Sozialpädagogik an der Universität Freiburg. Sie hob so eine Trennungslinie zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten ganz auf. ●

Weitere Informationen: www.vbmb.ch, www.sagb.ch, www.wir-für-uns.ch, www.samw.ch.de/Ethik/Richtlinien

Anzeige

RENTEX®: Ihr Partner für innovative Textilversorgung

Der Zeitdruck in der Pflege ist hoch, denn rund um die Uhr wird eine professionelle Betreuung der Patienten und Bewohner gefordert. **RENTEX®** unterstützt Sie bei den zeitaufwendigen pflegefremden Tätigkeiten: Die *Textile Logistik* bringt alle Textilien zeitnah und einsatzbereit dahin, wo Sie sie brauchen.

SaniRent AG
Grütlistrasse 1
9016 St. Gallen
Tel. 071 282 53 53
rentex@bernetgroup.ch
www.bernetgroup.ch

RENTEX® an der IFAS 2012 23. – 26. Oktober Halle 5, Stand 117

rentex® TEXTILE LOGISTIK

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)

CURAVIVA weiterbildung

Praxisnah und persönlich.

Bildung, die **weiter** geht

- **Zusatzausbildung für Pflegefachpersonen mit ausländischem Diplom**
  April 2013 bis Februar 2014, 20 Tage, Luzern
- **Professionelle Angehörigenarbeit**
  Durchführung eines Angehörigenprojekts im eigenen Betrieb
  18. April 2013 bis 28. März 2014, 9 Tage, Luzern
- **Durchführung eines Skill- und Grademix-Projekts**
  Organisatorische und kulturelle Veränderungsprozesse gestalten und leiten
  August 2013 bis September 2014, 9 Tage, Luzern

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

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

«CURAtime» bietet mehr als Arbeitszeitanalyse

Strategiewechsel vom Pflegeheim zum «Kompetenzzentrum Alter»

Alters- und Pflegeheimen steht seit zwei Jahren das scannerbasierte Instrument «CURAtime» für die Arbeitszeitanalyse zur Verfügung. Die zweite «CURAtime»-Tagung im August zeigte auf, welche Bedeutung dieses System aus pflegerischer und betriebswirtschaftlicher Sicht hat.

Von Thomas Bächinger, Geschäftsführer Micro-MED

Schon führte eine grosse Zahl von Institutionen aus verschiedenen Deutschschweizer Kantonen eine «CURAtime»-Analyse durch. Mehr als 2,3 Millionen Datensätze wurden in der Zwischenzeit erhoben. In den zahlreichen Workshops konnten wir zusammen mit den «CURAtime»-Kunden den Bereich Pflege und Betreuung aus einem ganz anderen Gesichtswinkel betrachten. Die während zweier Wochen erfassten, sehr detaillierten Daten einer oder mehrerer Abteilungen geben ein genaues «Zeit»-Bild des betrieblichen Alltags. Natürlich ist die Frage, wie hoch der Anteil Pflege und der Anteil Betreuung ist, von zentralem Interesse, weil diese Prozentzahlen ja die Grundlage für die Finanzierung darstellen. Ist es jetzt 70 zu 30%, 80 zu 20% oder 90% zu 10%? Die Erkenntnis nach 50 Workshops: Es gibt keinen einheitlichen Prozentsatz, der für alle Heime gilt. Vielmehr ist die Verteilung abhängig von der Pflegephilosophie des Hauses und vor allem vom Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner. Auch haben wir Unterschiede zwischen ländlichen Gebieten und städtischer Agglomeration festgestellt.

Die Anteile an Pflege und Betreuung sind abhängig von der Pflegephilosophie der Heime.

Hat die Leistung «Abklärung und Beratung» einen Spitzenwert zwischen 13 und 14 Uhr, zeigt eine genauere Analyse, dass dies die Rapportzeit beim Schichtwechsel ist. Obwohl der Rapport nur eine Viertelstunde dauert, ist durch die Doppelbesetzung aus beiden Schichten ein beträchtlicher Zeitaufwand damit verbunden. Solche Erkenntnisse sind es unter anderem, die den Einsatz von «CURAtime» rechtfertigen. Was wir dabei durchwegs erlebten, ist die offene Diskussionskultur, wenn wir in den Workshops Situationen analysierten und kritisch hinterfragten.

Bereits haben die ersten Heime die «CURAtime»-Analyse wiederholt, um zu überprüfen, ob initialisierte Verbesserungmassnahmen im Prozessablauf auch im Zeitaufwand spürbar sind. In diesem Zusammenhang ist es seit diesem Jahr auch möglich, dass wir ergänzend zum «CURAtime»-Leistungskatalog einzelne Tätigkeiten auf Wunsch des Heimes speziell und noch detaillierter erfassen können. So erfasst «CURAtime» die Verabreichung von Medikamenten normalerweise unter der Leistung «Behandlungspflege». Will ein Heim diese Leistung unabhängig erfassen, stellen wir einen Strichcode dafür zur Verfügung. Die erfassten Daten werden dann unter «Behandlungspflege» als Teilleistung «Verabreichung von Medikamenten» zusätzlich ausgewiesen.

Optimierung reicht nicht. Es braucht einen Systemwechsel in der Organisation.

Verschiedene Aspekte der Analyse

Es hat sich gezeigt, dass die zweiwöchige Dauer der «CURAtime»-Analyse absolut ausreichend ist. Eine in einem Heim über vier Wochen durchgeführte Analyse verglichen wir mit einer Stichprobe über zwei Wochen aus denselben Daten und konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Wichtig ist hingegen, abzuschätzen, wie repräsentativ die Stichprobe von 14 Tagen für das ganze Jahr ist. Im Kanton Glarus verglichen wir

bei einer kantonalen Analyse die Stichproben mit dem Patienten-Mix des ganzen Jahres und hatten praktisch komplette Übereinstimmung. Wenn allerdings ein Heim sehr unterschiedliche oder spezialisierte Abteilungen führt, sollte man mehrere Abteilungen oder das ganze Haus mit «CURAtime» analysieren. Es zeigt sich also, dass eine Vollerfassung während 365 Tagen nicht sinnvoll ist. Das Prinzip der Realzeit-erfassung während zweier Wochen, wie es «CURAtime» praktiziert, liefert die erforderliche und ausreichende Genauigkeit.

Potenzial für Verbesserungen

Anspruchsvoll für die Mitarbeiter ist die richtige Verbuchung der Tätigkeiten, weshalb wir den Schulungsaufwand steigerten und auch in Zukunft nach Wunsch des Hauses Angebote bereitstellen werden. Generell erreichen wir eine hohe Qualität bei der Erfassung, auch dank einer systematischen Validierung der Daten durch die Verantwortlichen in den Heimen und durch uns. In den Workshops zeigte sich, dass bei praktisch allen Heimen Potenzial für Verbesserungen besteht. Die quantitative, zeitbezogene Optik von «CURAtime» muss dabei nicht im Konflikt mit qualitativ guter Betreuung und Pflege der Bewohner stehen.

Zum Autor: Thomas Bächinger ist Geschäftsführer der Micro-MED AG. Die Partnerfirma von Curaviva Schweiz betreut die technische Plattform und die Abwicklung der «CURAtime»-Projekte.

Zeitstudien sind auch Führungsinstrumente

«CURAtime» scheidet nicht nur die KLV-pflichtigen Leistungen aus, sondern bildet eine klare Berechnungsgrundlage für die Tarife und zeigt Erkenntnisse zum effizienten Einsatz des Personals.

Von Elke Wattinger, Geschäftsleiterin REDI AG Treuhand

Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Pflegeheime in der Krankenversicherung ist seit 2002 in Kraft. Das Ziel ist definiert: Die Leistungen und die Kosten der Krankenpflege müssen für jede Pflegebedarfsstufe ermittelt werden können. Mit den Daten will der Gesetzgeber Kennzahlen erarbeiten, Betriebsvergleiche vornehmen, Tarife und Globalbudgets errechnen und überprüfen, kantonale Planungen aufstellen, die Wirtschaftlichkeit berechnen und die Kostenentwicklung aufzeigen.

Die Heime mit stationärer Pflege haben sich seit der Einführung der Verordnung schwer damit getan, das Gesetz einzuhalten. Einer der Hauptgründe lag darin, dass bis zur Einführung der neuen Pflegefinanzierung die Ergebnisse der Arbeitszeitanalyse keinerlei Einfluss auf die Entschädigung der Krankenversicherer hatte. Deshalb fragten sich viele, wozu sie den Aufwand betreiben sollten.

Leider fehlten dadurch die Erfahrungswerte, um auf einer guten Grundlage die Beiträge von Kanton und Gemeinden gemäss der neuen Pflegefinanzierung ab 2011 aushandeln zu können. Es folgt somit einmal mehr die Erkenntnis, dass viele Betriebe nur reagieren, wenn es effektiv um Geld geht. Jedes Heim, das die Grundlage zur Kostenermittlung noch nicht seriös für den eigenen Betrieb erarbeitet, kann sich glücklich schätzen, dass die öffentliche Hand ihre eigenen Ziele bisher nicht konsequent verfolgt hat.

Die zeitbezogene Optik von «CURAtime» steht nicht im Konflikt mit qualitativ guter Betreuung.

Wer die Betrachtungsweise verlässt, mit der Arbeitszeitanalyse «nur etwas für andere zu machen», erkennt schnell, dass die betriebswirtschaftlichen Ziele einer Unternehmung nicht von den Zielen der Krankenpflege-Versicherungsverordnung (KLV) abweichen. Eigentlich interessiert sich primär das Unternehmen für Kennzahlen, Tarifberechnungen, effiziente Leistungserbringung und Kostenentwicklung. Dabei wird auch erkennbar, dass nicht einfach das Gesamtergebnis für den Betrieb massgebend ist, sondern dass er in allen Teilen und Bereichen kostendeckend arbeitet. Angehörige von Pflegeheimbewohnenden werden klar den Anspruch stellen, dass die Kostenteile, die von Gesetzes wegen die Krankenversicherer und die öffentliche Hand tragen müssen, korrekt ausgeschieden sind.

Akribische Sorgfalt auch bei den Lohnkosten nötig

Rund 70 % der Kosten im Heimwesen sind Personalkosten. In der Praxis ist zu beobachten, dass die Verantwortlichen im Bereich der Belegkontierung von Kreditoren und Kassenausgaben eine akribisch genaue Aufteilung auf Konten und Kostenstellen vornehmen. Das ist gut und richtig so. Dieselbe Sorgfalt und Genauigkeit wäre für den grössten Teil der Kosten, der Lohnsumme des Pflegepersonals, unbedingt auch erforderlich, um eine möglichst genaue Zuordnung auf die Kostenträger zu erreichen. Hierfür bietet «CURAtime» eine Anwendung zur korrekten Berechnung der Kostenteile nach Finanzierungsgruppe und somit nach der Tarifbestimmung.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht bietet die Anwendung jedoch noch wesentlich mehr. Durch die flexiblen Auswertungen der Verteilung der geleisteten Stunden auf einen

>>

24-Stunden-Arbeitstag kann die Pflegedienstleitung die bestehende Einsatzplanung überprüfen und zur Entlastung von Spitzenzeiten Massnahmen personeller oder organisatorischer Art ins Auge fassen. Sehr interessant ist auch der Teil der Strukturzeiten. Es handelt sich dabei um sogenannte nicht verrechenbare Leistungen wie Rapporte, Pausen, Ausbildung und anderes mehr. Der Anteil von rund 15 % pro Tag erstaunt viele Mitarbeitende und Führungskräfte. Mit der Auswertung und Analyse des eigenen Betriebes können die Beteiligten Diskussionen um notwendigen Personalbedarf und mögliches Optimierungspotenzial im organisatorischen Bereich sichtbar machen und versachlichen.
Basierend auf den bisherigen Auswertungen nach KLV-pflichtigen und nicht KLV-pflichtigen Leistungen definierten die Betriebe die Strukturzeiten, Pensions- und Betreuungsleistungen in der Summe als sogenannte Betreuungsleistung. Viele Auswertungen zeigen einen mehr oder weniger grossen Anteil an Pensionsleistungen, die das Pflegepersonal erbringt. Das können Reinigungsarbeiten oder Mahlzeiten bringen und holen sein. Mit Ausnahme von Lohnteilen hotelartiger Aktivierung sind die Heime bisher davon ausgegangen, dass keine direkten Löhne auf die Kostenstelle Pension gebucht werden. Die Auswertung von «CURAtime» hat diese Annahme widerlegt.

Zur Autorin: Elke Wattinger ist Geschäftsleiterin der REDI AG Treuhand, eines Unternehmens, das KVG-Heime, Schulen und soziale Einrichtungen IVSE berät und betreut.

Es empfiehlt sich, nach Feststellung der Anteile diesen Lohn anteilmässig auf Pension zuzuweisen. Das Schema der Auswertung «Kostenrechnung Curaviva Schweiz», das die Partner der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) in dieser Form verabschiedete, lässt keine Umlage von der Hauptkostenstelle Pflege und Betreuung auf den Kostenträger Pension zu. Die Ausscheidung des Lohnanteils gemäss Auswertung «CURAtime» muss also bereits im Lohnprogramm erfolgen. Gehen wir davon aus, dass die Institutionen die Strukturkosten wie in der Industrie im Verhältnis der Herstellungskosten verteilen, ergibt sich mit der Auswertung nach «CURAtime» eine frappante Veränderung der Anteile Betreuung und Pension.
Eine weitere interessante Aussage ist der Anteil Betreuung pro Pflegestufe. Auch wenn eine leichte Steigerung mit der Pflegebedürftigkeit sichtbar ist, entspricht diese nicht der heute noch oft angewandten linearen Erhöhung nach Pflegestufen. Die schwer pflegebedürftigen Bewohner subventionieren in diesem Fall klar die Bewohner der tiefen Stufen.

«CURAtime» deckt organisatorische Schwächen auf

Die Arbeitszeitanalyse mit «CURAtime» ist ein wichtiges betriebswirtschaftliches Instrument, nicht nur zur Tarifbestimmung und Dokumentation der Kosten, sondern gleichzeitig als Planungs- und Führungsinstrument. Den Mitarbeitern muss klar sein, dass die Analyse keine Kontrolle ist, sondern auch die Aufdeckung organisatorischer Schwächen erleichtert. Effizienz steigern heisst nicht gleich Personal abbauen, sondern verbesserter Einsatz zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden sehen optimierte Abläufe häufig als Entlastung, die sich positiv auf ihre Zufriedenheit auswirkt.
Nachteile wie die einer Momentaufnahme oder aussergewöhnliche Einflüsse im Beobachtungszeitraum können durch häufigere Erhebungen gemildert werden. Den Kosten für die Erhebung und Auswertung steht das Sparpotenzial durch Optimierung von Abläufen und Dokumentation der gesetzlichen Grundlagen gegenüber – aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine lohnende Investition.

Analysen bilden Kernprozesse der Pflege ab

Die Zeitstudien mit «CURAtime» ermöglichen es, die erbrachten Leistungen zu analysieren – und sie geben tiefe Einblicke in die Arbeitsprozesse. Die Analysen bieten eine gute Grundlage, einen Strategiewechsel vom Pflegeheim zu einem «Kompetenzzentrum Alter» zu vollziehen.

Von Stefan Knoth, Geschäftsführer Curanovis

«CURAtime» ist ein einfaches Instrument zur Messung pflegerischer Leistungen und deren Verteilung auf KLV- und Non-KLV-Leistungen. Mit der Messung können Leistungen in einer Pflegeeinheit den Bewohnenden und den Mitarbeitenden zugeordnet, analysiert und interpretiert werden. Doch «CURAtime» bietet weit mehr als die Beantwortung einfacher personeller und ökonomischer Fragen: Das Instrument stellt fest, welche Leistungen zu welcher Tageszeit stattfinden, welche Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Leistungen stabil sind und vieles mehr. Die Analyse einiger Heime zeigt überraschen-

de Ergebnisse, die Auswirkungen auf viele Bereiche haben:

- Verteilung KLV/Non-KLV: Die Verteilung der Leistung ist nicht linear. Die Anteile der Non-KLV-Leistungen hängen stark von der Situation der Bewohnenden ab.

- Verteilung über 24 Stunden: Die KLV-Leistungen verteilen sich nach traditionellem Pflegeverständnis: Körperpflege am Morgen, Diagnostik gegen Mittag und am frühen Abend, Pflegeplanung am Nachmittag.

- Die Leistungsspitze der KLV-Leistungen ist nur teilweise abhängig von der Pflegestufe: Bei allen Pflegestufen liegt die Leistungsspitze zu Beginn des Frühdienstes. Die Kurve verläuft anschliessend bei tiefen Pflegestufen steil nach unten, in hohen Pflegestufen bleibt sie höher und fällt erst nach 18 Uhr steil ab. Die Belastung in der Nacht ist identisch bei allen Pflegestufen.

- Non-KLV-Leistungen (Hotellerie und Pension) variieren abhängiger von der Pflegestufe: Die Spitze der Non-KLV-Leistungen bei unteren Pflegestufen (Besa 1 bis 5) überlappt sich mit der Spitze der KLV-Leistungen und fällt anschliessend kontinuierlich ab. In den Besa-Stufen sechs bis neun steigt die Leistungskurve ab 7 Uhr steil an und hat ihren ersten Höhepunkt um 10 Uhr. Die Spitze wird aber erst am frühen Nachmittag erreicht. Bei den Besa-Stufen zehn bis zwölf gibt es zwei identische Leistungsspitzen: eine um 10 Uhr, eine um 18 Uhr. In der Nacht gibt es keine Unterschiede in allen Besa-Stufen.

Kluft zwischen Zeitbudget und umgesetzten Leistungen

Diese Beispiele zeigen – ohne vertiefte Analyse – grosse Auswirkungen auf die Teamzusammensetzung, deren Arbeitsbelastung und die Reaktion auf Bedürfnisse der Bewohner.
Die Besa- oder Rai-Einschätzung aller Bewohnerinnen und Bewohner ist die Grundlage der Finanzierung. In vielen Datensätzen wird eine deutliche Kluft sichtbar zwischen Besa-Zeitbudget und umgesetzten Leistungen. Dabei gehen die Abweichungen in beide Richtungen: Es werden zu viel oder zu wenig Leistungen erbracht gegenüber der Besa-Einschätzung. Bei genauerer Analyse zeigt sich, dass alle drei Dimensionen betroffen sind: Der Zusammenhang zwischen Besa-Einschätzung und Pflegeplanung ist teilweise durchbrochen (Fokus Krankenkassen-Audits), die geleistete Pflege stimmt nicht mit der Pflegeplanung überein, und die Pflegeleistung deckt sich nicht mit der Zeitgutschrift gemäss Besa-Einschätzung.
Wenn Unterschiede bestehen, sind sie oft gleichzeitig an allen drei Orten. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegenden situativ-reaktiv arbeiten und nicht wie geplant und im Rahmen der Besa-Einschätzung. Für die Bewohnenden muss sich dieses Missverhältnis nicht zwangsläufig negativ auswirken. Doch es besteht ein Problem in der Legitimation und Finanzierung der Leistungen. Als Handlungsansatz reichen hier klassische «Optimierungsmassnahmen» nicht aus. Vielmehr geht es darum, die Prozesse neu zu definieren. Dabei braucht es ein Umdenken von der sogenannten Push- zur Pull-Strategie.
Bei der Push-Strategie handelt es sich um die gewachsene Zuteilung verschiedener Ausbildungsniveaus in ein Team. Die einem Team zugeordneten Arbeitsprozesse sind «zufällig», ebenso die zur Verfügung stehende fachliche Expertise. In der Regel werden Personen, die das Team verlassen, durch gleichwertige oder weniger teure Fachpersonen ersetzt. Dies geschieht oft unabhängig vom Anspruch der Prozesse. Die Delegation verläuft ad hoc, je nach Situation und Teamzusammensetzung.

Nicht verrechenbare Strukturzeiten machen einen Anteil von 15 Prozent pro Tag aus.

Formulierung der Bewohnerprozesse kommt zuerst

Bei der Pull-Strategie sind die Bewohnerprozesse definiert in ihrem fachlichen und quantitativen Anspruch. Die Teamzusammensetzung entspricht diesem Anspruch weitestgehend. Spezifischer Bedarf an Expertise können auch andere Wohn-bereiche zur Verfügung stellen. Die Wohnbereiche oder Ab-teilungen haben spezifische Schwerpunkte und Kompetenzen.
Der Wechsel von der Push- zur Pull-Strategie macht es deut-lich: Optimierung reicht nicht, es braucht einen Systemwech-sel in der Organisation der Arbeitsteilung und Prozessorientierung in der Langzeitpflege. Neben den inneren Anforderungen kommen noch eine Reihe äusserer Gegebenheiten dazu: die demografische Veränderung, die Vermehrung spezifischer Bewohnerkategorien (etwa Palliation oder Demenz), die Schwierigkeiten in der Personalrekrutierung und die zunehmenden Ansprüche von Bewohnern und Angehörigen.
Der erste Schritt in diesem Transformationsprozess liegt darin, die Bewohnerprozesse zu formulieren und inhaltlich abzugrenzen. Die bestimmenden Faktoren sind die Kundenbedürfnisse respektive das Kundensegment, die Finanzierung der zu erbringenden Leistungen, die Angebots- und Ansprechstrukturen und die verfügbaren Fachkräfte.
«CURAtime» ist ein gutes Instrument, um die Kernprozesse der Pflege abzubilden und genauer zu analysieren. Neben der unmittelbaren Optimierung von Arbeitsprozessen bietet das Instrument Hand, langfristige Strategieprozesse fundiert anzu-gehen. In ihrer Wirkung übertreffen sie die Analysen bei weitem und machen heutige Pflegeheime zu Kompetenzzentren und damit zu zentralen Akteuren in der Gesundheits- und Altersversorgung der Schweiz. ●

Zum Autor: Stefan Knoth, Master in Health Sciences, ist Inhaber und Geschäftsführer von Curanovis – Care Management»

«Mit der Zeit spürt man den eigenen Kompass, den Anspruch des eigenen Gewissens, immer besser»

Die Sessionen leben zu einem wesentlichen Teil von den einzelnen Geschäften, die vom Büro der beiden Kammern zur Behandlung angesetzt sind. Das Programm für die drei Wochen ist jeweils dicht gefüllt mit verhandlungsreifen Themen, die sich inhaltlich recht gut abgestimmt folgen. Die Punkte im spannenden Wechsel- und teilweise auch Machtspiel zwischen National- und Ständerat schnell und effizient abzutragen, ist die Devise. Wie die Bedeutung der jeweiligen Sachgeschäfte einzuordnen ist? Nun, diese ist natürlich sehr unterschiedlich, würde ich diplomatisch antworten. Es ist im weiteren gesamtgesellschaftlichen Kontext betrachtet sicher nicht jeder eingebrachte Vorstoss von derselben Relevanz, aber deren Vielfalt ist eben auch der Spiegel der unterschiedlichen Interessen, die in diesem Land von seinen Volksvertretenden wahrgenommen werden. Dass wir dies frei und ungestört tun können, das ist unsere Schweizer Demokratie, die ihren hohen Wert hat.

Die Komplexität der verschiedenen Vorlagen ist sehr gross. Das Fachwissen für die Vorbereitung ist entweder vorhanden oder muss sich angeeignet werden. Sich anzumassen, alles wissen zu können oder zu wollen, ist mit Bestimmtheit der falsche Weg. Entscheidend ist für mich, neben meiner ganz persönlichen Einschätzung auf die verschiedenen wertvollen Meinungen von Parteifreunden und Experten zu hören, bevor ich mich festlege, wie ich abstimme. Gerne stehe ich dazu, dass es sehr oft äusserst anspruchsvoll ist, richtig - wenn man dies überhaupt so absolut sagen kann - zu entscheiden. Es muss für mich selber und mein Gewissen stimmen, diesen Anspruch versuche ich konsequent zu verfolgen. Ob ich damit immer dem Willen meiner Wählerinnen und Wähler entspreche und auf der Parteilinie liege? Was mir am meisten Unterstützung bietet, ist die erfahrene Erkenntnis, dass man mit der Zeit den eigenen Kompass immer besser spürt. Den Richtungszeiger beschrifte ich mit dem Begriff «Fairness», weil ich mich nach diesem Grundsatz in meinem Denken und Handeln immer orientieren will.

Ganz sicher dürfen wir Deutschland gegenüber selbstbewusster auftreten, aber nicht überheblich werden.

Persönlich spüre ich eine verstärkte Kompetenz in Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftsfragen. In diesen Bereichen ist es mir im Bundeshaus und in den Medien schon gelungen, mir ein gewisses Gehör zu verschaffen. Ich nehme neben fachspezifischen Positionen ethische Grundhaltungen ein, die zum Nachdenken anregen sollen. Gerade in dieser Herbstsession nehme ich aber auch mein Interesse, meinen inneren Antrieb wahr, mich mit weiteren Themen auseinanderzusetzen. Die Agrarpolitik beinhaltet mitunter Kernpunkte unseres Verhältnisses gegenüber der Natur. Oder auch das heisse Eisen Steuerabkommen. Als Bewohner der Grenzstadt Kreuzlingen glaube ich verstärkt um die Bedeutung eines vernünftigen nachbarschaftlichen Zusammenlebens zu wissen. Ganz sicher dürfen wir selbstbewusster auftreten, dabei aber nie überheblich werden. Dann habe ich aus diesen neuerlichen Tagen in Bern jedoch auch Anregungen für die Energiepolitik erhalten, die uns in den kommenden Jahren noch mit viel Strom erfüllen wird, woher dieser auch immer kommen mag …

«Nach dem Tod von Otto Ineichen und jetzt Peter Malama ist mir deutlich geworden, wie begrenzt unser Dasein auf dieser Welt ist.»

Christian Lohr, Nationalrat

Foto: zvg

Neben der mehr oder weniger routinemässig laufenden Abwicklung der Tagesgeschäfte bewegen mich in diesem September im Bundeshaus allerdings weitere Ereignisse. Mit dem Tod von Peter Malama habe ich nach dem Hinschied von Otto Ineichen im März in Kürze einen zweiten Ratskollegen verloren. Wie sehr ist mir in diesem Moment deutlich geworden, wie begrenzt unser Dasein auf dieser Welt ist. Auch für mein politisches Wirken kann dies nur bedeuten, dass ich mich an die mir wichtig erscheinenden Anliegen rasch und entschlossen heranbegebe. Es ist mir jedoch auch klar, dass ich wieder einmal im Leben gefordert bin, mit Grenzen umzugehen. Diese haben nichts mit meiner Behinderung zu tun, sondern mit den natürlichen Lebenslinien, dem Rahmen, der uns gesetzt wird. Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln und Kräften haushälterisch umzugehen, das ist eine politische Aufgabe. Aber im besonderen Sinne eben auch eine menschliche. ●

Der Autor: Christian Lohr, CVP-Nationalrat und Journalist aus dem Kanton Thurgau, zieht in der Kolumne «Lohrs Legislatur» nach jeder Session für die Fachzeitschrift Curaviva Bilanz. Lohr ist der einzige Rollstuhlfahrer im eidgenössischen Parlament.

Kurznachrichten

Korrigenda

Falsche Bezeichnungen

In der letzten Ausgabe sind der Redaktion der Fachzeitschrift von Curaviva ärgerliche Fehler unterlaufen. Im Artikel «Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht» wurde die «Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK-CNE» zur «Eidgenössischen Ethikkommission» verkürzt. Diese gibt es zwar auch, aber sie ist für den Ausserhumanbereich zuständig und hat mit der Stellungnahme zur Patientenverfügung nichts zu tun. Zudem weist die Autorin darauf hin, dass ihr Text auf der NEK-CNE-Stellungnahme basiert. Schliesslich legt die Autorin Wert darauf, dass sie nicht Professorin an der Universität Zürich und der Artikel allein aus ihrer Tätigkeit bei der Ethikkommission hervorgegangen ist. Die Redaktion bedauert diese Ungenauigkeiten.

Ausland

Elektronik statt Heim

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) hat in 30 Seniorenwohnungen in Trier und Umgebung modernste Sensor- und Kommunikationstechnik installiert, welche die alltäglichen Lebens-, Ernährungs- und Haushaltaktivitäten der Bewohnerinnen und Bewohner registrieren. Sobald Veränderungen und Abweichungen festgestellt werden, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter «Pflegestützpunkt» der Sozialstation Trier alarmiert. Das dip erhofft sich, dass die Technik erkennen hilft, wenn eine «Hilflosigkeitssituation» eintritt. Auch «schleichende Prozesse» im täglichen Leben, deren Ursache bestimmte Erkrankungen sein können, sollen dank der Überwachungstechnik frühzeitig bemerkt werden können.

Frankfurter Allgemeine Zeitung

Wissenschaft

Transplantation der Darmflora

Eine Transplantation der Darmflora kann älteren Menschen, die an Durchfall leiden, Heilung bringen. Das berichten US-Forscher. So unappetitlich es klingen mag: eine fäkale Transplantation – das heisst, die Übertragung des Stuhls Gesunder – zeigte bei mehr als 90 Prozent der Betroffenen schnell einen günstigen Effekt. Zudem halte die Wirkung lange an. Für die Betroffenen sei die Transplantationstherapie eine eigentliche Erlösung. Erfolg verspricht die Methode auch bei Menschen mit Altersdiabetes. Verpflanze man Darmflora von schlanken Spendern in den Darm übergewichtiger Diabetiker, verbessere sich die Empfindlichkeit für Insulin. Das Problem bei Diabetes: die mangelnde Antwort der Zellen auf Insulin.

Frankfurter Allgemeine Zeitung

Anzeige

CURAVIVA weiterbildung

Praxisnah und persönlich.

Bildung, die weiter geht

Ethik in sozialen Institutionen

- **Ich führe – also werte ich!** ***(Ethik kompakt 1)***
  Ethik als Führungsinstrument im Heimalltag
  10. bis 12. Juni 2013, Luzern
- **Ethikforum – Selbstgemacht** ***(Ethik kompakt 2)***
  Moderation eines Ethikforums zur Bearbeitung brennender Alltagsfragen
  11. bis 13. September 2013, Luzern
- **Es ist eine verfahrene Situation** ***(Ethik kompakt 3)***
  Ethik: ein Ausweg aus dem Konflikt
  11. bis 13. November 2013, Luzern

Die Kurse *Ethik kompakt 1 bis 3* können je einzeln oder als Gesamtpaket gebucht werden.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.weiterbildung.curaviva.ch/management

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

SELLA

Einzigartiges Design – Komfort – gutes Handling

Der Multifunktionsstuhl SELLA gewährleistet dank seinen Vorteilen Erleichterung sowohl für Patienten als auch für das Personal. Verschiedene Ausführungen und Farben. Verlangen Sie unsere Unterlagen oder eine Präsentation.

topol®

Topol AG, Aengermatte 94, CH-4936 Kleindietwil
Tel. +41 62 923 04 43 Fax +41 62 923 04 41, info@topol.ch, www.topol.ch

ROHRMAX®

Ablauf verstopft?
...ich komme immer!
Halte dein Rohr sauber

- 0848 852 856 -
www.rohrmax.ch

Rohrreinigung · 24h-Ablaufnotdienst · Wartungsverträge
Kanal-TV-Untersuchung · Schlussspülung Neubau/Renovation
Rohrsanierung · Lüftungsreinigung · kostenlose Rohrkontrolle

Informationen aus dem Fachbereich Alter

Fachkongress Alter 2013
14. / 15. Februar 2013 in Lausanne

Die Detailarbeiten für den fünften nationalen Fachkongress zum Thema Alter ist 2013 in Lausanne sind abgeschlossen.

Das Kongressprogramm, die Kurzportraits der Referierenden sowie weitere Details finden Sie unter **www.congress.curaviva.ch**.

Wir freuen uns, Ihnen ein spannendes und vielseitiges Kongressprogramm anbieten zu können. Für die Plenumsreferate wie auch für die Themenblöcke haben sich namhafte Referenten / -innen verpflichtet.

Der Fokus des Fachkongresses liegt auf den folgenden Themenbereichen:
– Betriebswirtschaft und Management
– Demenz
– Hochaltrigkeit
– Personal und Bildung

Der Donnerstag, 14. Februar 2013 wird von einem französischen und einem deutschen Philosophen eröffnet und von Bascha Mika, Publizistin (Berlin), und Barry Bittman, Neurologe aus den USA, beendet. In den Wahlblöcken können Sie aus einer Vielzahl von Referaten auswählen. Ebenfalls am Donnerstag bieten wir erstmals einen Workshop zum Thema «Finanzpolitik versus Sozialpolitik?» an.

Auch das erweiterte Abendprogramm verspricht viel Überraschendes mit «Slama / Grünspan bilingue» – eine satirische bilingue Zusammenarbeit und dem anschliessenden Konzert von a-live, ein A-cappella-Show-Act der besonderen Art. Der anschliessende Apéro riche rundet den ersten Kongresstag ab.

Am Freitag, 15. Februar 2013, eröffnet Hans-Georg Häusel, Psychologe, und Jacques Pilet , Journalist und Publizist bei «L'Hebdo», die Tagung. Danach folgen Referate zu Themen wie Qualitätsmanagement, Angehörigenarbeit und Changemanagement. Das Schlussplenum steht unter dem Zeichen «Wissenschaftsabenteuer» - Bertrand Piccard, Ballonfahrer, Solarflugpionier, Forscher und Psychiater, wird Sie mit seinen Ausführungen in den Bann ziehen.

Sie erhalten in den nächsten Tagen die detaillierte Kongresszeitung mit den Kurzexposés der Referentinnen und Referenten.

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung unter www.congress.curaviva.ch.

Markus Leser
Leiter Fachbereich Alter

· Aktuell ·

Veranstaltungen

Impulstag 1
«Attestlernende AGS EBA»
14. November 2012
www.bildungsangebote.curaviva.ch

Fachkongress Alter 2013
14. und 15. Februar 2013 in Lausanne
www.congress.curaviva.ch

Neue Publikationen

«Integrierte Versorgung – Verbundlösungen für integrierte Versorgung und Betreuung im Altersbereich»

«Von der Vision zum Projekt – Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegezentrums»

www.curaviva.ch → Publikationen

Diverses

Laufend neue Informationen:
Studien – abgeschlossene Studien zu unterschiedlichen Themen
www.curaviva.ch/studien

Dossiers – Hintergrundinformationen zu Politik und Sachthemen
www.curaviva.ch/dossiers

Arbeitsinstrumente – Hilfsmittel und Vorlagen für die tägliche Arbeit
www.curaviva.ch → Arbeitsinstrumente

Projektbeschriebe des FB Alters
www.curaviva.ch/projekte → Projektübersicht FB Alter

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

EXHIBIT & MORE

IFAS2012

Fachmesse für den Gesundheitsmarkt

23.–26. Oktober 2012

Messe Zürich

IFAS 2012
www.ifas-messe.ch

Galexis

SIEMENS

sedorama

cosanum
Der Gesundheitslogistiker.

ZOLL
defibrillator.ch

HOSPITEC
MEDICAL SERVICES

GINOVA medical ag

ITRIS MEDICAL AG

bigla
RÄUME LEBEN

Miele
PROFESSIONAL

HESS

MediData
Für eine gesunde Entwicklung.

... und über 300 weitere renommierte Aussteller erwarten Sie.

Exhibit & More AG · Bruggacherstrasse 26 · Postfach 185 · CH-8117 Fällanden-Zürich/Schweiz
T +41 (0)44 806 33 77 · F +41 (0)44 806 33 43 · info@ifas-messe.ch · www.ifas-messe.ch

WIR HELFEN HEILEN FASMED Schweizerische Medizintechnik Swiss Medical Device Technology Technologie Médicale Suisse · FMH SERVICES · SBK ASI · VSFM Verband Schweizerischer Fachhäuser für Medizinalinformatik · TM SGTMeH SSTMeH SATMeH · H+ DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ LES HÔPITAUX DE SUISSE GLI OSPEDALI SVIZZERI

Die führende Software für soziale Institutionen:

Lobos 3.X

Lobos

LOBOS Informatik AG

Bahnstrasse 25
8603 Schwerzenbach

Airport-Business-Center 64
3123 Belp

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

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

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