

3 | 2016

DEFACTO

FAKTEN UND MEINUNGEN DER ARGOMED

Schwerpunkt

Altersbetreuung



Inhalt

- 3 Editorial: Altersbetreuung**
Von Dr. med. Gregor Dufner
- 4 «Selbstverantwortung im hohen Lebensalter ist Teil der Generationensolidarität»**
Interview mit Prof. Dr. François Höpflinger zu Altersbetreuung und Alterspolitik
- 7 Leben im Alter – ambulant und stationär!**
- 9 «Es war insgesamt eine wunderbare Zeit»**
Interview mit dem Hausarzt Dr. Ruedi Ebnöther zu seinem Übergang in den Ruhestand
- 10 Alterspflege im Ausland – Beispiel Thailand**
- 11 Alterspflege in der Schweiz mithilfe von Ausländern**
- 11 Und wenn die Rente nicht reicht?**
- 12 Die Gefahr der Schnittstellen**
- 13 Fahrdienst des Roten Kreuzes**
- 14 Non-Profit-Spitex – nahe bei den Menschen**
- 15 Home-Care-Service (Zur Rose) «Nie mehr Spritzen!»**

Gesucht: Neues Mitglied in der Defacto-Redaktionskommission

Haben Sie als Hausärztin oder Hausarzt ein Flair für Texte und Kommunikation? Sind Sie interessiert an gesundheits- und standespolitischen Themen? Haben Sie Freude an der Aufarbeitung und dem «Vordenken» neuer Themen? Und an der optischen Gestaltung eines Printmediums? Dann sind Sie vielleicht schon bald Mitglied in der Defacto-Redaktionskommission, die viermal jährlich das Mitglieder-magazin Defacto herausgibt. Das Redaktionsteam besteht aus drei Ärzten, einem Journalisten, dem CEO der Argomed und der Leiterin Administration der Argomed. Ihr Arbeitsaufwand (der vergütet wird) umfasst ca. alle zwei Monate eine rund zweistündige Redaktions-sitzung in Lenzburg (über Mittag) sowie gelegentliches Schreiben eigener Beiträge. Sie werden dabei von einem Profi-Journalisten unterstützt.

Wenn Sie interessiert, aber noch etwas unsicher sind, können Sie gerne auch mal probeweise bei einer Redaktionssitzung mitmachen und danach entscheiden. Für Fragen steht Ihnen der Leiter der Defacto-Redaktionskommission, Dr. med. Gregor Dufner (Telefon 056 631 08 08, E-Mail: g.dufner@hin.ch) zur Verfügung oder Karl Züger, CEO der Argomed (Telefon 056 483 03 33, E-Mail: karl.zueger@argomed.ch).

Altersbetreuung



Liebe Leserinnen, liebe Leser

Der Mehrgenerationen-Haushalt mit Altenbetreuung im «Schöpfli» nimmt an Zahl und Bedeutung ab. Bereits bei zunehmender Betreuungsbedürftigkeit stösst die Betreuung zuhause oder in der Alterssiedlung an Grenzen. Kommen Erkrankungen und eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit hinzu, bleibt nur noch das Alters- und Pflegezentrum.

Was gibt es für Alternativen dazu? Wir haben uns in der Redaktion Gedanken gemacht und stellen in dieser Ausgabe von Defacto unter dem Schwerpunkt «Altersbetreuung» ein paar konkrete Möglichkeiten vor, das Leben im Alter anders zu gestalten.

Dazu gehören Anbieter wie Spitex oder private Betreuungsdienste, die darauf ausgerichtet sind, ein Leben zuhause weiterhin zu ermöglichen, so wie das Herr Meier in unserem Beispiel gewählt hat. Frau Müller entschied sich für den Weg nach Thailand, wo sie in einem speziellen Altersresort betreut wird.

Beide Varianten setzen ein gewisses Vermögen voraus. Was aber ist zu tun, wenn die Rente nicht reicht? Christina Zweifel, Leiterin Fachstelle Alter des Aargauer Gesundheitsdepartements, skizziert in ihrem Artikel die Möglichkeiten der ambulanten Unterstützung zuhause, wenn das Einkommen klein ist. Stichwort: Ergänzungsleistung.

Wie stellen wir uns denn unser Altwerden überhaupt vor? Und passen unsere Vorstellungen zu den finanziellen Möglichkeiten? Dazu erfahren wir mehr von Manfred Breitschmid, langjähriger Leiter grosser Pflegeinstitutionen und Politiker. Er unterstreicht die Bedeutung der Freiwilligenarbeit und des Hausarztes.

Dazu kommen weitere Beiträge von Institutionen und Verbänden, die ihre je eigenen Dienstleistungen für alte Menschen kurz vorstellen.

Um die Vielseitigkeit und Mehrdimensionalität der Betreuungsproblematik im Alter besser zu verstehen – und die einzelnen Artikel in diesem Defacto auch richtig einordnen zu können –, haben wir ein grösseres Interview mit einem Spezialisten gemacht, der sich mit allen Belangen des Altwerdens und Altseins wissenschaftlich fundiert auseinandergesetzt hat: Prof. François Höpflinger von der Uni Zürich erläutert gesellschaftliche Zusammenhänge und medizinische Wechselwirkungen.

Und last but not least: Für uns Hausärzte werden funktionierende Schnittstellen bei der medizinischen und sozialen Betreuung von älteren Menschen in Zukunft noch wichtiger werden. Da sich der Hausärztemangel in den nächsten Jahren verschärfen wird, sind wir auf zeitsparende und effiziente Schnittstellen angewiesen. Auch dazu ein paar Gedanken in diesem Heft.

Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen

Dr. med. Gregor Dufner

«Selbstverantwortung im hohen Lebensalter ist Teil der Generationensolidarität»

Fragen an Prof. Dr. François Höpflinger zu Altersbetreuung und Alterspolitik

Defacto: *Ab welchem Alter sprechen wir in der Schweiz von «den Alten»? Gibt es eine verbindliche Definition?*

François Höpflinger: In der europäischen Kultur wurde der Beginn des Alters – der Beginn der sogenannten «Hundejahre» – auf 60 Jahre festgelegt. Früher war das noch anders: 1889 wurde das Alter 60 in einer statistischen Publikation als Beginn des «Greisenalters» definiert. Mit der Einführung der AHV wurde der Beginn des Alters dann auf 65 festgesetzt und bis heute gehören demografisch betrachtet alle Frauen und Männer über 64 Jahren zur «Altersbevölkerung». Da Frauen und Männer in der Schweiz oft sehr lange behinderungsfrei verbleiben, hat sich – subjektiv gesehen – der Beginn des Alters nach oben verschoben. Individuell erachten sich allerdings zunehmend mehr Frauen und Männer dann als «alt», wenn sie aufgrund funktionaler Beschwerden im Alltagsleben merkbare Einschränkungen erfahren.

Seit wann gibt es den Begriff der «Alterspolitik»? Und was versteht man darunter?

Höpflinger: Zumindest in der Schweiz wurde 1966 mit dem ersten eidgenössischen Bericht zu Altersfragen eine Alterspolitik formuliert, wobei es damals vor allem um die Bekämpfung von Armut im Alter ging. Spätere Berichte – 1979 und 1995 – haben vermehrt soziale Dimensionen (Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft, Fragen sozialer Integration sowie Pflege im Alter) thematisiert. Heute wird unter Alterspolitik eine umfassende Querschnittspolitik verstanden, in der es



Prof. Dr. François Höpflinger

darum geht, einerseits die Ressourcen älterer Menschen einzubringen und andererseits soziale und wirtschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Menschen möglichst lange gesund verbleiben und bei Bedarf auf gute medizinisch-pflegerische Versorgungsstrukturen zurückgreifen können.

Wie unterscheidet sich die Generation der heutigen «Alten» von früheren Generationen?

Höpflinger: Die heute älter werdenden Frauen und Männer – vor allem Personen

der Nachkriegsjahrgänge – verbleiben insgesamt länger gesund, sind sozial oft sehr gut integriert und aktiver als frühere Generationen. In den wirtschaftlichen Wachstumsjahrzehnten aufgewachsen, verfügen sie öfters über gute wirtschaftliche Ressourcen und eine Mehrheit der heutigen 65- bis 69-Jährigen verfügt beispielsweise über Wohneigentum. Sie schätzen sich zudem subjektiv jünger ein, als es ihrem biologischen Alter entspricht, und der Anteil der 65- bis 74-Jährigen, die sich selbst als innovativ und kreativ einschätzen, ist gleich hoch wie bei den 25- bis 34-Jährigen.

Im Jahr 2030 wird jede vierte Person in der Schweiz über 65 Jahre alt sein. Sind wir Ihrer Meinung nach in der Schweiz grundsätzlich genügend auf eine älter werdende Gesellschaft vorbereitet?

Höpflinger: Grundsätzlich gehört die Schweiz von ihrer Wirtschaftsstruktur zu den Ländern, welche von der demografischen Alterung Europas bzw. der Welt durchaus profitieren könnte, weil die Schweiz viele Produktionszweige – Pharmaindustrie, Medizintechnik, Robotik, Finanz- und Versicherungsbereich u.a. – aufweist, in denen die Nachfrage demografisch bedingt ansteigt. Armut im Alter ist in der Schweiz weniger häufig als in anderen europäischen Ländern und auch die Pflegequalität im Alter ist im Vergleich zu anderen Ländern hoch. Politisch sind jedoch Anpassungen notwendig, wie eine Erhöhung der Lebensarbeitszeit, die Verankerung einer Bildungspolitik 50+ und eine vermehrte Ausbildung von Pflegefachkräften. Zentral für eine gute Vorbereitung auf die zukünftige demografische Entwicklung ist ein Ausbau der Gesundheitsförderung. Internationale Studien weisen darauf hin, dass Gesundheitsförderung zur Ausdehnung der gesunden, behinderungsfreien Lebenserwartung eine zentrale Grundlage zur Bewältigung der sich anbahnenden demografischen Herausforderungen darstellt.

Ist die Altersbetreuung Ihrer Meinung nach grundsätzlich eine private oder eine öffentliche Aufgabe?

Höpflinger: Pflege und Betreuung alter Menschen funktioniert am besten, wenn private Verantwortung und öffentliche Unterstützung zusammen funktionieren. Ein europäischer Vergleich belegt, dass in Ländern mit ausgebauten öffentlichen Pflegediensten insgesamt mehr Angehörige bei der Hilfe und Pflege alter Menschen engagiert sind. Generell zeigen Wohlfahrtsstudien, dass Länder, die gute sozialpolitische Strukturen mit privaten und wettbewerbsorientierten Angeboten kombinieren, die höchste Lebensqualität aufweisen – dies gilt für junge Familien ebenso wie für alte Menschen.

Was halten Sie von der Erhöhung des Rentenalters, damit die Altersvorsorge auch in Zukunft finanziert und damit gesichert werden kann?

Höpflinger: Persönlich erachte ich es mittelfristig als notwendige Reform, auch wenn sie gegenwärtig keine politische Mehrheit findet. Am besten erachte ich den Vorschlag, das Rentenalter von Frauen und Männer parallel zur Ausdehnung der Lebenserwartung zu erhöhen, wobei für Personen in körperlich oder psychisch anstrengenden Berufen gezielte Begleitmassnahmen – wie Erholungsphasen – eingeführt werden. Eine Ausdehnung der Lebensarbeitszeit setzt allerdings diverse Anpassungen während des Berufslebens voraus, wie zum Beispiel nicht-lineare Karrieremodelle, permanente Weiterbildung, Möglichkeiten eines Berufswechsels auch in späteren Erwerbsphasen, keine Altersdiskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt u.a. Die Erwerbsjahre müssen im Sinne eines «Langstreckenlaufs» gestaltet werden und nicht im Sinne eines kurzen Sprints. Langfristig wird entscheidend sein, einen grundlegenden Wechsel von einem Nacheinander von Ausbildung, Erwerbszeit, Rentenjahre zu einem Nebeneinander von Bildung, Arbeit, Ruhephasen zu erreichen, das heisst: lebenslanges Lernen, lebenslang aktiv, aber auch lebenslang genügend Ruhephasen.

Eine älter werdende Gesellschaft führt zu einem Ungleichgewicht zwischen Jungen und Alten bezüglich Aufgaben und Finanzierung. Muss das Verhältnis zwischen Alten und Jungen neu geregelt werden (evtl. gesetzlich)?

Höpflinger: Das steigende politische Gewicht älterer Stimmbürger und Stimmbürgerinnen könnte dadurch korrigiert werden, dass man ein Stimmrecht ab Geburt einführt, das in den ersten 14 Lebensjahren von den Eltern ausgeübt wird. Eine zentrale Säule für eine gute Bewältigung der demografischen Entwicklung ist im Übrigen eine ausgebauter Bildungspolitik: Gut ausgebildete junge Menschen haben höhere Löhne, was sich positiv auf die AHV-Kassen auswirkt, sie bleiben zudem länger gesund und länger leistungsfähig. Wie neue Studien aufweisen, sinkt bei guter Bildung auch das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken. Bildungs- und Alterspolitik sind gezielt als Gesamtwerk zur Bewältigung der demografischen Entwicklung zu konzipieren.

Wie gut ist die Wohnsituation von alten Menschen heute? Sind Alters- und Pflegeheime die Lösung? Oder gäbe es bessere Lösungen (z. B. Ausbau Spitex)?

Höpflinger: In der Schweiz ist die Wohnzufriedenheit alter Menschen sehr hoch. Zudem beklagen mehr ältere Menschen eine zu grosse als eine zu kleine Wohnung! Die Qualität der Pflege in Alters- und Pflegeeinrichtungen ist – international betrachtet – in der Schweiz hoch. Auffallend ist allerdings, dass in der Schweiz mehr alte Menschen stationär gepflegt und betreut werden als in unseren Nachbarländern. Eine verstärkte Verlagerung auf ambulante Pflege – etwa durch den Ausbau betreuter Wohnformen – ist angebracht und in vielen Regionen im Gang. Das Schlagwort «ambulant vor stationär» greift allerdings gerade im hohen Lebensalter oder bei merkbareren kognitiven Einschränkungen zu kurz. Die ideale Zukunft liegt eher in Formen einer integrierten Versorgung (die durch Palliative Care auch ein würdiges Lebensende garantiert).

Was bedeutet für Sie Selbstverantwortung im Alter?

Höpflinger: Alle in den letzten Jahrzehnten durchgeführten Studien belegen, wie stark Alterungsprozesse durch eigenverantwortliches Verhalten – dazu gehören ausgewogene Ernährung, genügend Bewegung, regelmässiges Gedächtnistraining, Pflege sozialer Kontakte – bestimmt werden. Wer sein Altern aktiv und eigenverantwortlich angeht, kann von einer deutlich längeren gesunden Lebenserwartung ausgehen, selbst wenn biologisch-genetische Faktoren die Spielräume begrenzen. Neue Ansätze der Generationenforschung verdeutlichen, dass Selbstverantwortung im Alter in demografisch alternden Gesellschaften zu einer zentralen Säule der sogenannten «Generativität des Alters» wird: Denn wer sein Altern selbstverantwortlich gestaltet, entlastet wesentlich auch die nachkommenden Generationen. Selbstverantwortung im hohen Lebensalter ist Teil der Generationensolidarität.

Welches Verhältnis haben Ihrer Erfahrung nach die alten Menschen heute zum Tod – im Vergleich zu früheren Generationen alter Menschen?

Höpflinger: Insgesamt scheint es nicht der Fall zu sein, dass der Tod von alten Menschen stärker tabuisiert wird als früher, sondern Mühe bereitet auch alten Menschen vielfach das Sterben. Dies hat auch damit zu tun, dass das Sterben heute auch im hohen Alter primär in medizinischen und sozio-medizinischen Einrichtungen geschieht. Bei Menschen im Alter 90+ ist in der Schweiz der Sterbeort in 78% der Fälle ein Alters- und Pflegeheim, weitere 20% sterben in einem Spital – und kaum jemand stirbt einfach zu Hause. Der Ethiker Heinz Rügger formuliert diesen Wandel wie folgt: «War Sterben früher einmal fremdbestimmtes Schicksal, so wird es heute je länger, je mehr und in hohem Masse von den Entscheidungen der Menschen abhängig und damit in die eigene (Mit-)Verantwortung gestellt. Das macht die Sache eindeutig schwieriger.»

EXIT fordert den Altersfreitod. Was halten Sie davon?

Höpflinger: Mit dieser Forderung entspricht EXIT einer neu entstehenden Herausforderung in einer Gesellschaft, in der mehr alte Menschen länger leben als eigentlich geplant. Mehr Menschen als früher erreichen ein hohes Alter, das als mühsam oder geplagt von kognitiven Einbussen erfahren wird. Die Forderung nach Altersfreitod kommt postmodernen Gefühlen von Lebensmüdigkeit oder auch Lebenssattheit im hohen Alter entgegen. Was bei der Forderung von EXIT auffällt, ist, dass das Alter, ab dem ein Altersfreitod möglich sein sollte, unbestimmt bleibt. Rechtlich lässt sich die Forderung nur verankern, wenn klare Altersgrenzen bestimmt werden, was allerdings mit Verfassungsbestimmungen in Konflikt steht, die eine altersbezogene Bevorzugung oder Benachteiligung ausschliessen. Rechtlich – aber auch ethisch – sind noch viele offene Fragen. Persönlich vertrete ich eher den Standpunkt, dass ein Ausbau der palliativen Pflege – inklusive Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen – eine bessere Lösung darstellt, wenn auch sicherlich nicht in allen Fällen.

Max Frisch hat einmal geschrieben: «Alt werden ist ein Skandal.» Der Philosoph Prof. Dr. Wilhelm Schmid findet andererseits, dass das Alter zu mehr Gelassenheit und Ruhe führe. Wie sehen Sie das? Ist Altwerden für Sie eher positiv oder negativ konnotiert?

Höpflinger: Alter hat ein Janusgesicht und die positiven wie negativen Beschreibungen des Alters haben in der Kulturgeschichte eine lange Tradition. Was eine relativ neue Entwicklung darstellt, ist die Beobachtung, dass die positiven und negativen Seiten des Alters in modernen Gesellschaften sich zeitlich verschoben haben: Bei den sogenannten «jungen Alten» bzw. Personen im dritten Lebensalter werden heute primär die neuen Chancen und Kompetenzen – zum Reisen, zu neuen Aktivitäten usw. – hervorgehoben und betont. Die negativen Bilder zum Altern beziehen sich immer stärker auf das hohe Lebensalter – auf die «alten Alten» bzw. das vierte Lebensalter. Anstelle eines Nebeneinanders von positiv-negativen Bildern zum Alter ergibt sich immer stärker ein Nacheinander.

Gibt es Ihrer Lebenserfahrung nach eine Regel oder eine Formel für «Lebenskunst im Alter»? Wie gelingt «Altwerden» heute am besten?

Höpflinger: Gelingendes Altern ist von vielen individuellen Faktoren abhängig und je nach bisherigen Erfahrungen, Persönlichkeit und Werthaltungen von Frauen und

Männern gibt es grosse Unterschiede in der Lebenskunst des Alterns. Für eine gute Lebensphase nach der Pensionierung ist es wichtig, genügend ausserberufliche Interessen und Beziehungen zu haben. Bei Paaren wird das Leben im Rentenalter insgesamt erleichtert, wenn eine offene Partnerbeziehung gepflegt wird – und beide Personen genügend Raum für eigene Interessen eingeräumt wird. In manchen Fällen ist auch eine gezielte Anpassung des Lebensstils an ein tieferes Einkommen und die Akzeptanz von Statureinbussen förderlich. Genügend körperliche Bewegung und geistige Aktivitäten verzögern negative Alterungsprozesse entscheidend. Im sehr hohen Lebensalter – bei ansteigender Fragilität und Hilfebedarf – ist auch ein gelassener Umgang mit Einschränkungen, aber auch ein rechtzeitiger Umzug in eine altersgerechte Wohnform für eine positive Bewältigung des Alters entscheidend. Menschen, die auch im hohen Lebensalter neugierig und offen für jüngere Menschen sind, geniessen allgemein eine bessere Lebensqualität. Was soziale Beziehungen im hohen Alter betrifft, wird die Qualität der Beziehungen wichtiger als die Quantität an Kontakten – und ein gewisser sozialer Rückzug im hohen Alter ist oft eine angemessene Reaktion auf abnehmende Ressourcen und Kompetenzen.

**Die Fragen stellte Bernhard Stricker,
Redaktor Defacto**

Prof. Dr. François Höpflinger (geb. 1948) ist emeritierter Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich. Aktuell ist er Mitglied der Leitungsgruppe des Zentrums für Gerontologie an der Universität Zürich. Seine Forschungsschwerpunkte sind Altersforschung (Sozialgerontologie), Familiensoziologie, Generationenbeziehungen, Bevölkerungsentwicklung (Demografie). Zu seinen aktuellen Forschungsprojekten gehören Wohnen im Alter, Wandel des Alterns, Sozialbericht 2016. Seit 2013 ist er Ehrenmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie.

François Höpflinger ist verheiratet, Vater von zwei erwachsenen Kindern und Grossvater von vier Enkelkindern.

Leben im Alter – ambulant und stationär!

«Alt werden» und nicht «alt sein»: ist dies wirklich eine Zeiterscheinung? Brauche ich Studien und Umfragen, um zu wissen, wie ich im Alter leben möchte? Gehe ich ins Altersheim und gebe an der Pforte meine Selbstständigkeit ab?

So stelle ich mir mein Leben als alter Mensch auf jeden Fall nicht vor! Und politisch Verantwortliche im Gesundheitswesen tun gut daran, sich auch mit diesen Fragen auseinanderzusetzen. Die Finanzierung für den Einzelnen wie auch für die Gesellschaft wird eng. Geschichten von Altersheim-Bewohnern, die verarmen, hören wir zwar, schieben sie aber gleichzeitig zur Seite. Der Vermögensfreibetrag für Einzelpersonen von Fr. 37 500.– auf Fr. 25 000.– zu senken und im Kanton Aargau zusätzlich den jährlichen Vermögensverzehr von 10 % auf neu 20 % festzulegen, ist Gegenstand der politischen Diskussion, um Einsparungen beim Staatshaushalt zu erzielen.

Orte der Begegnung

Wie müsste das Wohnen im Alter im Idealfall organisiert und strukturiert sein? Viele Alterszentren haben immer noch Strukturen wie in den 1990er-Jahren, dazu kommt je nach Region ein Überangebot an Betten. Die Folgen kennen wir: Leerbetten-Bestand, finanzielle Probleme, Stress im Personalbereich und nicht zuletzt häufige Wechsel in der operativen Leitung.

Gehen Sie gerne in ein Alterszentrum? Wenn nein, warum nicht? Separation in unserer Gesellschaft wird immer mehr zu einem Problem. Und wenn die Menschen den Weg ins Alterszentrum nicht finden, so muss das Unternehmen auf die Menschen zugehen, ungesehen des Alters. Cura Viva Schweiz hält in ihrem Wohn- und Pflegemodell 2030 fest, der Grundsatz «ambulant vor stationär» sei nicht zukunftsorientiert und deshalb falsch. Richtig müsste es in Zukunft heissen «ambulant **und** stationär».

Die Institutionen müssen sich zu Orten der Begegnung weiterentwickeln und ihre Leistungsangebote den Bedürfnissen der Zeit



Manfred Breitschmid

und der Menschen in ihrer Region anpassen. Der Blick und das Handeln über den Zaun muss alltäglich werden. Private Unternehmen haben seit längerer Zeit dieses Segment im Gesundheitswesen mit seinen Schwachstellen erkannt und mit unternehmerischen Visionen auch erfolgreiche Konzepte realisiert. Das überregionale «Pflegeheim» mit seinen spezialisierten Pflegeangeboten wird auch in Zukunft Bestand haben.

Rolle der Hausärzte wird noch wichtiger

Sind wir heute auf die Betreuungs- und Pflegesituation alter Menschen in naher Zukunft vorbereitet? Ambulante Dienstleis-

ter wie Spitex und Pro Senectute, die ihre Angebote in den letzten Jahren dem Markt anpassten und professionalisierten, sind auch für die Zukunft ein sehr wichtiger Partner im Altersbereich und nicht mehr wegzudenken. Die starke Zunahme der heute rund 30 000 über 80-Jährigen – und man rechnet im Aargau bis 2030 mit einer weiteren Zunahme bis auf 56 000 – kann auf eine gut vorbereitete Organisation hoffen. Die grossartige Leistung der freiwillig und unentgeltlich arbeitenden Menschen bei Pro Senectute und anderen Organisationen muss weiter gefördert werden, das Modell der Zeitgutscheine für die «freiwillige Arbeit» scheint mir ein zukunftsweisender Weg zu sein. Der Mangel an aus-

gebildeten Pflegefachkräften wird bleiben und kann mit «freiwilligen Arbeitskräften» nicht behoben werden. Die Ursache für den Fachkräftemangel ist vielseitig und nicht zuletzt in der gesellschaftlichen und beruflichen Stellung der Pflegenden zu finden. Ich werde nicht in die Versuchung kommen, auch dieses Problem unserer Volksschule anzuhängen. Die Funktion des «Dorf-Arzt» wird noch wichtiger. Ältere Menschen sind auf die ärztliche Versorgung im Dorf oder in einer Institution angewiesen. Die Pflegequalität und die Befindlichkeit der Patienten kann ein Hausarzt sehr gut beurteilen. Dabei hat der Arzt den Auftrag nicht von der Institution, sondern vom Bewohner bzw. vom Patienten. Damit hat er gegenüber den Institutionen nur bedingt Verpflichtungen und kann in erster Linie die Interessen seiner Patienten wahrnehmen.

«Alterspolitik» in der Schweiz

Der eine lebt ganz gut, ist gesund und braucht sein Geld oder noch etwas mehr. Der andere arbeitet bis 65 Jahre, verzichtet auf dies und jenes, legt das Ersparte auf die Seite. Im hohen Alter und infolge des Vermögensverzehr wird dieses ganz oder teilweise für die Pflege- und Betreuungsleistungen aufgebraucht. Das kann es nicht sein. Die Finanzierung im Alter braucht ein neues System, welches einfach, gerecht und transparent ist. Verarmung, Vermögensverzehr und Anreizsysteme zur Selbstverantwortung sind Eckwerte, die ebenfalls zu berücksichtigen sind. Die Optik «die Al-

ten haben Geld» stimmt nur noch bedingt. Auf Institutionen mit Niveau «Hotelbetriebe», die auf Kosten von Beitrags- und Steuergeldern finanziert werden, ist zu verzichten.

Die Würde des Menschen

In unserem Denken und Handeln muss immer der Mensch im Zentrum stehen. Unser Menschenbild muss von Respekt und Achtung vor dem Alter, wohlwollend und unterstützend geprägt sein. Für ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter.

Manfred Breitschmid, Bremgarten AG

Manfred Breitschmid war Chef Ver- und Entsorgung am Kantonsspital Baden von 1979 bis 1987. Danach mehr als 20 Jahre Stiftungsleiter der St. Josef-Stiftung in Bremgarten. Zwischen April und August 2015 war er Interimsleiter des Seniorenzentrums Obere Mühle, Villmergen. Zurzeit arbeitet er in einem Teilpensum als Projektleiter und Berater.

GLEICHE WIRKUNG ZU GÜNSTIGEREN PREISEN

Generika werden nach den gleich strengen Qualitätsverfahren getestet, dokumentiert und hergestellt wie die entsprechenden Originalmedikamente.

In der Schweiz ist Swissmedic, das schweizerische Heilmittelinstitut, für die Zulassung aller Medikamente zuständig.

mit dem Originalpräparat austauschen lässt und die gleiche therapeutische Wirkung sichergestellt ist.

Damit ein Generikum zugelassen wird, muss in einer Studie nachgewiesen werden, dass das Generikum und das Originalpräparat über die Zeit gleich viel Wirkstoff im Blut aufweisen. Damit ist der Nachweis erbracht, dass sich das Generikum

WUSSTEN SIE...
 ... dass Sandoz Generika in originalqualität herstellt?
SANDOZ
 a Novartis company
 August 2016

«Es war insgesamt eine wunderbare Zeit»

Fragen an den Hausarzt Dr. Ruedi Ebnöther zu seinem Übergang in den Ruhestand

Defacto: *Wie lange waren Sie als Hausarzt berufstätig? Mit welchem Alter gehen Sie nun in den Ruhestand?*

Ruedi Ebnöther: Ich war 32 Jahre lang Hausarzt, zuerst 26 Jahre alleine, dann sechs Jahre mit einem Praxispartner und nun vier Monate in der neu gegründeten Grosspraxis Doktorzentrum Mutschellen. Ich bin nun 68-jährig und fühle mich nach wie vor fit.

Welches Fazit ziehen Sie am Ende Ihrer Berufskarriere? Würden Sie den Beruf des Hausarztes wieder wählen, wenn Sie nochmals beginnen könnten?

Ebnöther: Am Anfang war es eher eine stressige Zeit mit den vielen Haus- und Nachtbesuchen neben der Familie mit vier Kindern. Mit mehr Routine konnte ich auch das Freizeit- und Familienleben neben dem Praxisalltag besser planen. Die Sozialhygiene verbesserte sich dann markant, als mein Praxispartner vor sechs Jahren bei mir einstieg, was mir eine Reduktion der Arbeitszeit auf drei Tage pro Woche ermöglichte. Es war insgesamt eine wunderbare Zeit. Dank der langjährigen medizinischen Betreuung meiner Patienten lernte ich die ganze Vernetzung der verschiedenen Familien in dieser Region kennen. Zusammen mit dem breiten fachlichen Spektrum in der Medizin käme für mich wieder nur der Beruf als Hausarzt in Frage.

Werden Sie nach der Pensionierung noch in irgendeiner Form als Hausarzt tätig sein?

Ebnöther: Ich habe nun 40 Jahre Medizin gemacht und dies intensiv. Ein guter Nachfolger steht bereit. Das Paket ist geschnürt und ich werde keine direkte medizinische Tätigkeit mehr verrichten, wohl aber noch Fortbildungen und für verwaltungstechnische Bereiche zuständig sein.



Dr. med. Ruedi Ebnöther

Was bedeutet Ihnen die Pensionierung? Was erwarten Sie von der neuen Lebensphase? Haben Sie Pläne?

Ebnöther: Für mich ist es wirklich der Beginn der dritten Lebensphase. Ich hatte bis anhin Mittwoch und Freitag frei und konnte mich gut auf diese Zeit vorbereiten, die «To-do-Liste» ist aber noch voll. Wir betreiben viel Sport mit Velo und Jogging und sind häufig auf Reisen in die weite Welt. Einen Wunsch habe ich mir mit meinem neuen Wohnmobil erfüllt: Wir werden damit sicher viele kürzere und weitere Reisen unternehmen. Und nicht zuletzt gibt das Haus mit dem grossen Garten genügend Arbeit. Ich wünsche mir einmal einen Tag Langeweile!

Wie haben Sie sich auf den Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand vorbereitet?

Ebnöther: Nicht von 160% auf 0%, sondern langsam, indem ich die Arbeitszeit Schritt für Schritt reduzierte und stattdessen vermehrt meinen Hobbys nachging und Freundschaften zu pflegen begann.

Was würden Sie heute einem jungen Arzt raten, der Hausarzt werden will? Auf was muss er sich vorbereiten oder einstellen?

Ebnöther: Ich würde ihm sagen: «Steige in eine Doppel- oder Mehrfachpraxis ein, arbeite 80%, damit du genügend Zeit für dich, deine Familie, die Fortbildung und die Freizeit hast.»

Wie wird sich die Hausarztmedizin Ihrer Meinung nach entwickeln?

Ebnöther: Ein Hausarztmangel wird uns noch jahrelang beschäftigen, besonders in den abgelegenen Orten, wo eine «Grosspraxis» nicht möglich sein wird. Auch wenn das Finanzielle nicht im Vordergrund steht, müssen die Leistungen des Hausarztes besser abgegolten werden, sonst stirbt auch IHR Hausarzt.

Die Fragen stellte **Bernhard Stricker**,
Redaktor Defacto

Dr. med. Ruedi Ebnöther (68) war 32 Jahre Hausarzt auf dem Mutschellen und ist nun Mitte 2016 in Pension gegangen. Er ist Mitglied der Defacto-Redaktionskommission.

Alterspflege im Ausland – Beispiel Thailand



Frau Müller ist Rentnerin und seit einigen Jahren geschieden. Sie leidet an einer Kälteallergie. Durch Vermittlung ihres Sohnes verbringt sie die Winterzeit seit rund vier Jahren in Thailand (es könnte auch länger sein, meint sie mit ihrer leichten Gedächtnisschwäche). Im Altersresort Lotuswell «ab 60» hat sie in Hua Hin (in der Nähe von Bangkok) ihre Residenz gefunden. Die Familie würde es gut finden, wenn sie ganzjährig dort wohnen würde. Sie erzählt begeistert von der Schönheit dieser Anlage, dem warmen Klima bei ihrer Kälteallergie und dem Betreuungsangebot.

Die Kosten belaufen sich auf Fr. 120 000.– bis Fr. 150 000.– für eine 2½- bis 3½-Zim-

merwohnung. In Thailand darf kein Land erworben werden. Die Wohnung gehört dem Käufer bis Lebensende.

Die **Vorteile** dieser Form der Altersbetreuung sind: Die Pflege ist sehr billig. Für zirka 500 Franken pro Monat erhält man eine ganztägige Betreuung. Die Lebenshaltungskosten sind ebenfalls sehr günstig. Es hat in der Residenz einen 800 Meter langen Kanal, wo sie um das Resort herumschwimmen kann. Ein Shuttle-Bus wird alle 30 Minuten für die Fahrt in die City und an den Strand angeboten. Es gibt zudem eine ärztliche Betreuung vor Ort, und auch Spitäler mit europäischem Niveau sind in Bangkok zu finden. Zu ihr kommt täglich eine Per-

son, um beim Duschen zu helfen, ausserdem wird die Wäsche gemacht.

Es gibt aber auch **Nachteile**: Obschon im Zentrum viel geboten wird, fühlt sie sich noch oft einsam. Bei Ehepaaren mag dies weniger der Fall sein. Es seien rund 200 Schweizer dort, in verschiedener Zusammensetzung, auch ältere Herren mit jungen Thai-Girls. Irgendwann wird der Heimflug in die Schweiz schwierig werden.

Dr. med. Ruedi Ebnöther

Weitere Infos: www.lotuswell.ch

Alterspflege in der Schweiz mithilfe von Ausländern

Herr Meier bewohnt als verwitweter Rentner ein schönes Einfamilienhaus mit Garten. Leider trat bei ihm 1999 ein Morbus Parkinson auf, der sich ab 2005 verschlechterte. Er musste dann krankheitsbedingt 62-jährig seine Arbeit aufgeben, konnte aber sich selber und den Haushalt alleine besorgen. Einzig seine Schwester war für die Einkäufe besorgt. Einmal pro Woche kam eine Hilfe für die Wäsche und um die Schwester zu entlasten.

Leider verschlechterte sich dann der Parkinson trotz Medi-Pumpe rasant und der Patient benötigte eine Rundumbetreuung. Ein Pflegeheim kam für ihn nicht in Frage. Er wandte sich deshalb an die «Seniorenhilfe Schweiz AG», die ihm den Vorschlag machte, eine ausländische Pflegekraft zu vermitteln. Und zwar zu folgenden Bedingungen: zwei Monate Tag- und Nachtbetreuung durch einen Pfleger mit Deutsch-



kenntnissen aus Tschechien (1 Tag pro Woche frei, dann schaut die Schwester; 2 Stunden frei pro Tag). Nach zwei Monaten Nachfolge-Betreuung durch einen Pfleger aus der Slowakei. Die Kosten: Fr. 5000.– pro Monat (mit AHV und Versicherung). Diese Lösung hat sich nun seit rund zwei Jahren gut eingestellt – zur vollen Zufriedenheit des Patienten und der Familie. Einmal pro Tag kommt die Spitex, um die Infusion neu zu richten.

Die **Vorteile** dieser Lösung: Es ist immer jemand anwesend. Er muss ja beim Gehen gestützt werden und benötigt auch auf der Toilette vollständige Hilfe. Die Männer kochen für ihn, machen die Wäsche und den ganzen Haushalt. Herr Meier kann seinen schönen Garten und sein Haus genießen. Er braucht für keine Versicherung/AHV mehr verantwortlich zu sein und muss nicht läuten und warten, bis die Krankenschwester kommt.

Die **Nachteile**: Er ist natürlich nie alleine, sondern immer beaufsichtigt. Er kann die Pflegenden nach Bild und Ausbildungsbeschreibung aussuchen. Bei diesen beiden Pflegern hatte er Glück. Zuvor waren zwei Frauen bei ihm, die nicht die nötige Kraft hatten und deren Arbeitseinsatz mangelhaft war, zudem waren sie Raucherinnen.

Dr. med. Ruedi Ebnöther

Und wenn die Rente nicht reicht?

Im Jahr 2015 lebten in der Schweiz zirka 1,5 Mio. Personen über 65. Ab der Pensionierung leben diese von einer Rente, der Berufsvorsorge und ihrem Erspartem. Trotz dem Drei-Säulen-System kämpfen viele Seniorinnen und Senioren mit Geldsorgen. Das Bundesamt für Statistik berechnet für ältere Menschen eine Armutsquote von 16,4%, wobei die Armutsgefährdungsquote sogar 26,8% beträgt. Zusätzlich muss festgehalten werden, dass armutsgefährdete Personen oft in schlechterem gesundheitlichen Zustand sind und auf notwendige ärztliche und pflegerische Leistungen verzichten. Dies kann im Nachhinein grosse Kosten verursachen.

Da die AHV-Renten nicht existenzsichernd sind, wurden die Ergänzungsleistungen (EL) eingeführt. Sie decken die minimalen Lebenskosten da, wo das Einkommen (Rente) und der Vermögensverzehr nicht reichen. Im Jahr 2015 erhielten 12,2% der AHV-Rentnerinnen und -Rentner EL.

Die EL bestehen aus jährlichen Leistungen, welche monatlich ausbezahlt werden und den Ausgabenüberschuss der anrechenbaren Kosten decken. Zusätzlich kann die Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten beantragt werden. Diese kann auch beantragt werden, wenn kein Anrecht auf monatliche EL besteht, die Arztkosten für eine spezifische Behandlung je-

doch das verfügbare Einkommen (inkl. Vermögensverzehr) übersteigen.

Patientinnen und Patienten, welche eine Rente beziehen und sich in solchen finanziellen Engpässen befinden, können sich direkt an die EL-Zweigstellen in ihrer Wohnsitzgemeinde richten (im Kanton Aargau: SVA Aargau: www.sva-aargau.ch). Zusätzlich existiert in jeder Aargauer Gemeinde eine Informations- und Beratungsstelle für Seniorinnen und Senioren. Die Gemeindeverwaltungen können darüber Auskunft geben.

Dr. Christina Zweifel,
Leiterin Fachstelle Alter, Kanton Aargau

Die Gefahr der Schnittstellen

Schnittstellen bergen erhebliche Gefahren für die medizinische Betreuung. Änderungen der Medikation – beispielsweise im Rahmen eines Spitalaufenthaltes oder ambulanter Fremdverordnungen – sind immer mit Fehlern und Komplikationen behaftet. Im Kanton Aargau wird dies durch den Einbezug der Apotheke als weitere Schnittstelle kompliziert.

Schnittstelle mit dem Alters- und Pflegeheim

Wer kennt die Problematik nicht aus unserem Alltag: Ein Pensionär wird notfallmässig ins Spital eingeliefert, es folgt ein provisorischer Austrittsbericht. Ist dieser gut, so wird Eintritts- und Austrittsmedikation vermerkt. Oftmals stimmen hier aber nicht einmal Eintrittsmedikation (vom Altersheim notiert) mit unserer Medikation in der elektronischen KG überein. Bedarfsmedikamente fehlen meistens, gehen später unter oder wurden nicht auf mögliche Interaktionen geprüft.

Folgt keine direkte Anfrage aus dem Altersheim, so erfolgt keine Visite. Während ich im einen Altersheim meinen Laptop einsetzen und meine elektronische Krankengeschichte durch direkten Einstieg in meine Praxis-Software nutzen kann, muss ich mir im anderen Altersheim alles merken und nach der Rückkehr in die Praxis in die e-KG übertragen.

Irgendwann kommt eine Bitte um Rezeptur. Die Medikation abzugleichen und auf seine Langzeittauglichkeit zu prüfen, benötigt sehr viel Zeit. Diese aber steht schon jetzt kaum zur Verfügung. Genau diese Schnittstelle wird aber in Zukunft noch wichtiger werden. Die Fallkostenpauschalen der Spitäler mit tendenziell frühzeitiger Demission erhöhen wiederum die Anforderungen an die ambulanten Schnittstellen. Im Kanton Aargau besteht keine Selbstdispensation. Die Rezepte und Medikationslisten der hiesigen Apotheke sind vor allem auf die Bedürfnisse der Apotheke ausgerichtet und geben dem Arzt eine unübersichtliche Darstellung der Dauermedikamente. Da die Reservens und flüssigen, nur im Altersheim abgegebenen Medikamente nicht oder unvollständig aufgeführt sind,

sind diese Listen dem guten alten Kardex um Welten unterlegen. Gespannt darf man sein, ob hier ein elektronisches Patientendossier Abhilfe verspricht. Aber wann?

Schnittstelle mit der Spitex

Ganz ähnlich gelagert ist die Kommunikation mit der Spitex. Auch hier wird – aus meiner Sicht plötzlich – ein Rezept oder eine aktuelle Medikamentenliste angefordert.

Änderungen oder Erweiterungen der Medikation nach Spitalaufenthalt oder ambulanten Untersuchungen sind besonders zu beachten. Sobald ich das Rezept unterschreibe, unterliegt es ja meiner Verantwortung, allfällige Interaktionen geprüft zu haben. Es geht nicht, nur auf den letzten Austrittsbericht abzustützen, da auch hier nicht selten Fehler vorliegen.

Konsequenterweise müsste möglichst am Folgetag nach einer ambulanten oder stationären Abklärung/Behandlung eine Konsultation zur Bereinigung der Medikation stattfinden. Ob dies realistisch ist, hängt wohl von der Arbeitsbelastung jedes einzelnen Arztes ab. Nur: Unsere freien Valenzen werden in Zukunft abnehmen.

Schnittstelle Apotheke

Auch von der lokalen Apotheke kommen direkte Anfragen zur Rezeptierung neuer Medikamente. Hilfreich wäre auch die Übermittlung frei erhältlicher Medikamente, die ohne unser Wissen eingenommen werden. Hierzu zählen beispielsweise Vitmin-D-haltige Medikamente, Magnesium usw.

Nervenzehrend ist es, wenn Interaktionsanfragen eines Medikamentes mit einem schon lange abgesetzten Medikament eingehen. Bis man die Akten gewälzt und den Eintrag gefunden hat, zerrinnt wertvolle Zeit.

Medi-Dokumentation in der Arztpraxis, im Altersheim und in der Apotheke. Es sind drei Schnittstellen mit Fehlerpotenzial.

Die Rezeptur über Versandapotheke hat den grossen Vorteil, dass hier die Medikation und Verordnung klar festgehalten ist und auch der Medikamentenbezug überprüft werden kann (Apotheke zur Rose). Qualitativ ist dies eine sichere Variante.

Schnittstelle Hausarztwechsel

Das Zusammenfassen und Weiterleiten medizinisch wichtiger Fakten ist nicht einfach eine beliebige Dienstleistung, sondern eine wesentliche hausärztliche Leistung. Beim Hausarztwechsel – der immer mit Wissensverlust einhergeht – soll die weitere Betreuung qualitativ möglichst reibungslos erfolgen können. Eine elektronische Krankengeschichte kann diese wichtige Arbeit vereinfachen.

Ausblick

Die Schnittstellenproblematik wird in Zukunft noch anspruchsvoller werden. Wie soll dem bei sinkenden ärztlichen Ressourcen begegnet werden? Eine zentrale Medikation im Rahmen eines elektronischen Patientendossiers kann Vorteile bringen. Der Zeitdruck des Hausarztes wird bleiben und sogar zunehmen. Diese wichtige Arbeit – oft in Abwesenheit des Patienten – fristet im Tarmed ein Mauerblümchendasein.

Dr. med. Gregor Dufner

Aus Dank Rotkreuz-Fahrer geworden: «Ich will etwas zurückgeben»

Als seine Frau Krebs hatte, war Richard Franzelli aus Dulliken froh über den Rotkreuz-Fahrdienst. Seit ein paar Jahren ist er selber auf Achse – und kann so als freiwilliger Fahrer etwas zurückgeben.

Er ist auf dem Sprung. Kaum hat Richard Franzelli Platz genommen, kündigt er an, dass er bald wieder weg muss. Nicht weil er, wie das ab und zu vorkommt, kurzfristig für eine Fahrt angefragt worden ist, sondern, weil er einem Sängerkollegen die letzte Ehre erweisen will.

Der Tod ist für den 68-Jährigen ein vertrautes Thema. Vor fünf Jahren hat er seine Frau verloren. Sie hatte Krebs. Nicht immer konnte er es einrichten, sie ins Spital zu den diversen Therapien zu fahren. «Darum schätzte ich es sehr, dass der Rotkreuz-Fahrdienst einsprang. Mir wurde bewusst, was diese Leute leisten – und das zu einem günstigen Tarif.»

Nach dem Tod seiner Frau und nach seiner Pensionierung fiel er in ein Loch. Er rappelte

sich jedoch wieder auf und entschloss sich, Rotkreuz-Fahrer zu werden. Zur Entscheidung trug die Erfahrung mit seiner Frau bei, denn ihre Krankheit und ihr Tod sind markante Einschnitte in seinem Leben. «Ich habe erfahren, was es heisst, wenn man als Angehöriger betroffen ist. Über Jahre habe ich nur noch funktioniert, es war wie in einem Tunnel. Eine solche Erfahrung macht demütig, denn es wird einem bewusst, dass es jeden treffen kann – und wie froh man dann über Entlastung ist.»

Darum fährt Richard Franzelli seit drei Jahren Leute ins Spital, zur Therapie, zum Arzt; fünf Tage pro Woche, manchmal führt er mehrere Fahrten pro Tag durch. «Es tut mir gut, dass ich eine Aufgabe habe, denn ich kann nicht einfach herumsitzen – ich muss,

ich will etwas tun. Dass ich damit anderen helfen kann, gibt mir Befriedigung.»

Solche Entwicklungen mitzuerleben, sind der Lohn für seinen Einsatz; auch ein Dankeschön, ein Lächeln, ein nettes Gespräch honorieren seinen Einsatz. «Deshalb bin ich Rotkreuz-Fahrer, nicht wegen der kleinen Entschädigung für Spesen. Ich will etwas zurückgeben, weil es mir gut geht.»

Fragt man den 68-Jährigen nach seiner Gesundheit, zögert er mit der Antwort. «Ob man wirklich gesund ist, weiss man ja nie. Doch, ich fühle mich gut.» Er weiss, wie fragil das Leben ist. Und das hilft ihm, sich in die Situation seiner Kundinnen und Kunden einzufühlen.

Monika Schönenberger

Dienstleistungen des SRK Kanton Solothurn

Fahrdienst

Die gewünschten Fahrten werden telefonisch unter der Nummer **0848 0848 99** (kostenpflichtig) reserviert. Die Fahrdienstzentrale hat von Montag bis Freitag, von 08.30 bis 11.00 Uhr geöffnet. Die Fahrten müssen mindestens zwei bis drei Tage im Voraus angemeldet werden.

Unsere freiwilligen Fahrer und Fahrerinnen holen unsere Fahrgäste zu Hause ab und bringen diese sicher zum Arzt, in die Therapie, auf den Friedhof oder zum «Käffele» mit der besten Freundin. Auf Wunsch wartet der Fahrer und bringt die Kunden wieder sicher nach Hause.

Alle Fahrten werden dem Fahrgast monatlich in Rechnung gestellt. Bei den Tarifen wird unterschieden zwischen Kurzstrecken (bis 16 km hin und zurück) und Langstre-

cken (ab 16 km hin und zurück). Für die kurze Strecke wird pauschal Fr. 13.60 verrechnet, für eine längere Strecke Fr. 0.85 pro Kilometer.

Weitere Informationen zum Rotkreuz-Fahrdienst erhalten Sie in der Regionalstelle Olten oder in jeder anderen Regionalstelle des SRK Kanton Solothurn: Telefon 0848 0848 99, Mail: fahrdienst@srk-solothurn.ch, Website: www.srk-solothurn.ch.

Haben Sie Lust und Zeit, sich als freiwillige FahrerIn oder freiwilliger Fahrer zu engagieren? Dann melden Sie sich bei uns telefonisch: 062 207 02 44 oder per E-Mail: info.olten@srk-solothurn.ch.

Übrige Dienstleistungen

- Rotkreuz-Notruf, Sicherheit rund um die Uhr

- Patientenverfügung SRK: Damit Ihr Wille zählt
- Besuchs- und Begleitdienst: Momente für Menschen
- Entlastungsdienst für pflegende Angehörige; Durchatmen und Kraft schöpfen
- Helpdesk Entlastung: Gut informiert und beraten
- Ergotherapie: Zurück in die Selbstständigkeit
- Bildungsangebote: Wissen fürs Leben
- Kinderbetreuung zu Hause RoKi; Rettungsanker für Eltern in Not

Für weitere Auskünfte kontaktieren Sie bitte das Team vom Helpdesk Entlastung: Tel. 032 622 37 20, Mail: entlastung@srk-solothurn.ch, Web: www.srk-solothurn.ch, Adresse: SRK Kanton Solothurn, Ringstrasse 17, 4600 Olten

Non-Profit-Spitex – nahe bei den Menschen

Selbstbestimmung bis zum Tod hat in unserer Gesellschaft einen immer höheren Stellenwert. Damit einher geht der Wunsch, auch bei Pflegebedürftigkeit zu Hause in der gewohnten Umgebung bleiben zu können. Dies zeigt sich deutlich daran, dass Eintritte in ein Alters- und Pflegeheim immer später und immer weniger erfolgen. Durch ihre Nähe zur Bevölkerung bietet die Non-Profit-Spitex vor allem für ältere Menschen ein niederschwelliges Angebot in der ambulanten Versorgung. Alle Dienstleistungen werden aufgrund einer umfassenden Abklärung des individuellen Hilfe- und Pflegebedarfs unter Einbezug des sozialen Umfelds geplant, durchgeführt und ausgewertet. Die Bedarfsabklärung erfolgt mittels eines standardisierten Bedarfs-erfassungsinstruments.

Qualifizierte und engagierte Fachpersonen bieten mit hoher Zuverlässigkeit ein vielfältiges Leistungsspektrum in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Hauswirtschaft. Damit wird zu einer guten Lebensqualität der Betroffenen beigetragen. Gezielt werden die Mitarbeitenden nach Ausbildungsniveau und Kompetenzen eingesetzt. Dabei werden immer auch An- und Zugehörige miteinbezogen, unterstützt und begleitet.

Nebst den Kerndienstleistungen wie Grundpflege, Behandlungspflege, Abklärung und Beratung sowie den hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Tätigkeiten verfügt die Non-Profit-Spitex über ein vielfältiges spezialisiertes Dienstleistungsangebot. Dazu gehören die Betreuung psychisch kranker Menschen in ihrem gewohnten Umfeld,

Palliative Care für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten wie auch die Pflege und Betreuung in komplexen medizinischen Situationen wie z. B. bei der Versorgung von akuten und chronischen Wunden. Für die Pflege und Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund einer Demenzerkrankung stehen ebenfalls spezialisierte Fachpersonen zur Verfügung.

Die Non-Profit-Spitex übernimmt eine wichtige Koordinationsfunktion innerhalb des gesamten Gesundheitssystems und legt dabei grossen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit Haus- und FachärztInnen, Spitälern, Kliniken, Heimen, Krankenkassen usw.

Esther Egger, Spitex Verband



Dank Non-Profit-Spitex ...
... so lange wie möglich zu Hause wohnen

Die Non-Profit-Spitex bietet Ihnen:

- Hilfe und Pflege zu Hause in gewohnter Umgebung
- Fachliche und soziale Kompetenz bei Demenzerkrankungen
- Professionelle Palliative Care und Unterstützung bis ans Lebensende
- Information, Begleitung und Unterstützung von An- und Zugehörigen
- Enge Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Leistungserbringern
- Koordination zwischen den verschiedenen Dienstleistern
- Niederschweligen Zugang zu Informationen über bestehende Angebote

www.spitexag.ch / Spitex vor Ort

Nahe bei den Menschen



Home-Care-Service (Zur Rose)**«Nie mehr Spritzen!»**

Jeanette Amstatt*, 32, ist alleinerziehende Mutter eines sechsjährigen Sohnes und leidet seit ihrem 16. Altersjahr an Morbus Crohn. Die bisherigen Therapien brachten nicht den gewünschten Erfolg, weshalb sie keine weiteren Versuche unternehmen wollte. Der behandelnde Gastroenterologe kontaktierte den Home-Care-Service von Zur Rose – ein Erfahrungsbericht.

* Name geändert

«Vor dem ersten Termin bei mir zu Hause war ich sehr aufgeregt. Ich hatte Angst vor der neuen Therapie und wusste nicht, wer kommen würde. Als es dann an der Tür klingelte, überlegte ich mir kurz, einfach nicht zu öffnen. Da die Pflegefachfrau beim vorgängigen Telefonat aber sehr nett war und mir erklärte, wir würden dann alles in Ruhe anschauen und besprechen, öffnete ich trotzdem.

Ich sagte Frau Enoguese gleich zu Beginn, dass ich eigentlich keine Therapie mehr machen will und dass es mir richtig schlecht wurde, als ich die Medikamente zugestellt bekam – alles Spritzen! Spritzen habe ich mein Leben lang genug gesehen. Ich dachte immer nur: Bitte nicht schon wieder! Ich war mir sicher, nie mehr in meinem Leben gespritzt zu werden und schon gar, mir selber eine Spritze zu setzen.

Als Frau Enoguese jedoch mit mir sprach, so positiv und überzeugend, liess ich mich fürs Erste darauf ein. Sie erklärte mir, dass wir heute nur das Medikament spritzen und erst beim nächsten Mal über die ganze Therapie und das weitere Vorgehen sprechen werden. Das war mir sehr recht, denn vor lauter Nervosität wäre ich gar nicht in der Lage gewesen, mir etwas zu merken.

Dann sah ich vier Spritzen – und dachte erneut: Das lasse ich doch besser sein. Frau Enoguese bemerkte sofort, was in mir abging und reagierte wiederum sehr motivierend und einfühlsam. Sie erklärte mir, dass nur zu Beginn der Therapie so viele Spritzen nötig seien. Dann sprach sie alles genau mit mir ab, was sie wann und wie macht.

Die erste Spritze war okay, die zweite brannte wie verrückt. Worauf Frau Enoguese eine kleine Pause machte und mit mir über meine Familie redete, sodass ich das Brennen vergass. Die restlichen zwei Spritzen waren dann wieder erträglich.

Als Frau Enoguese 14 Tage später erneut kam, war ich völlig aufgelöst: Mir ging es tatsächlich schon etwas besser. Ich hatte richtig Hunger und sogar ein Kilo zugenommen. Ich vergesse nicht mehr, wie sie meinte: «Bis zu Weihnachten benötigen Sie eine Kleidernummer grösser!» Und so war es dann auch. Ich genoss es, endlich wieder mal gemeinsam mit meinem Sohn abendzuessen.

Frau Enoguese kam noch einige Male vorbei, da es mit dem selber Spritzen einfach nicht klappen wollte. Auch rief ich sie manchmal an, wenn ich ein Tief hatte. Sie sprach alles mit meinem Arzt ab und organisierte sogar meine Termine, wenn er

mich sehen wollte. Ich hatte das Gefühl, alle sind über alles gut informiert. Das gab mir Sicherheit.

Ich bin wirklich froh, dass Frau Enoguese nicht locker liess und mich immer wieder zur Weiterführung der Therapie motiviert hat. In der Zwischenzeit musste ich die Behandlung wegen einer Operation zwar unterbrechen, habe vor wenigen Wochen aber wieder damit begonnen.»

Gaudenz Weber, Zur Rose Suisse AG

Für mehr Lebensqualität

Carmela Enoguese (siehe Artikel) ist Mitglied des HomeCare-Teams von Zur Rose. Das Team unterstützt chronisch kranke Patienten in ihrer vertrauten Umgebung, sei es zu Hause oder am Arbeitsplatz. Die spezifisch weitergebildeten Pflegefachpersonen sorgen für die korrekte Anwendung der Medikation, verabreichen die notwendigen Infusionen, schulen Patienten sowie Angehörige und begleiten die Therapie. Sämtliche Leistungen erfolgen auf Anordnung des Arztes. Im Gegenzug dokumentiert ihn die Betreuerin nach jedem Besuch bei einem seiner Patienten – womit er immer auf dem neusten Stand ist. HomeCare ist für die Patienten kostenlos, vorausgesetzt die Medikamente werden bei der Zur Rose bezogen. Weitere Informationen: www.zurrose.ch/homecare



Impressum

Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
Tel. +41 56 483 03 33
Fax +41 56 483 03 30
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und inhaltliche Verantwortung

Dr. med. Heini Zürcher
Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Rudolf Ebnöther
Bernhard Stricker, lic. phil., Journalist BR
Karl Züger, Geschäftsführer
Sandra Lüscher, Leiterin Administration

Agenda

Plattform (Argomed-Mitglieder
der jeweiligen Netze)

AG/SO Donnerstag, 27.10.2016, 19.00 Uhr
LU/ZG Donnerstag, 03.11.2016, 19.00 Uhr
BE Donnerstag, 10.11.2016, 19.00 Uhr