

<http://www.aerzte-bl.ch>
<http://www.medges.ch>

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft **Baselland**
und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**



Leitartikel

Geriatrisches Kompetenzzentrum

Dr. Martin Conzelmann, Chefarzt Geriatrisches Kompetenzzentrum, Felix Platter-Spital

Als Chefarzt des grössten geriatrischen Kompetenzzentrums in der deutschsprachigen Schweiz wurde ich von der Redaktion Synapse um einen Beitrag zur aktuellen Diskussion bezüglich eines gemeinsamen Kompetenzzentrums Geriatrie BS/BL gebeten.

Geschichtlicher Abriss rund um die Geriatrie

Als ich als Oberarzt einer Universitätsklinik zu Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts meinem damaligen Chef verkündete, ich würde mich der Geriatrie zuwenden, erhielt ich ein mitleidiges Lächeln, das als Consilium abeundi gewertet werden konnte. Es war dies die Zeit, als in renommierten internistischen Kliniken Geriatrie irgendwo versteckt stattfand, Assistenzärzte, die nirgends gebraucht

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Strafrechtliche und forensisch-
psychiatrische Aspekte
der Geriatrie 5
- Wie ich mit 83 Jahren
noch fit bin 9
- Die Spitex-Organisationen
im Kanton Baselland 10
- Das Gesundheitsprofilverfahren
im Präventionskonzept
für Betagte in Baselland 13
- Ambulante Bedarfsplanung
statt Zulassungsstopp 14
- Die Masernepidemie
und ihre hohe Dunkelziffer 15
- Menü für geriatrische
Feinschmecker 17
- In der Obhut der Sprache 18

Editorial

Geriatrie und Ökonomie – ein Widerspruch?

Dr. med. Franz Rohrer, Lausen

Gesundheitsökonomien konzentrieren sich häufig auf einzelne Prozeduren wie bestimmte Eingriffe oder medikamentöse Behandlungen. Geriatrische Patienten werden aber interdisziplinär im Zusammenspiel von Hausarzt, Spitex und spezialisierten ambulanten, teilstationären und stationären Institutionen betreut. Dabei sind unterschiedlichste Kostenträger beteiligt. Für den Buchhalter sind die Geldflüsse kaum mehr überschaubar, Grundlagen für Wirtschaftlichkeits-

rechnungen können kaum erarbeitet werden. Die mit der in den nächsten Jahren absehbaren demographischen Entwicklung zu erwartende Kostenzunahme erfordert dringend die Analyse des Nutzens der verschiedensten für geriatrische Patienten möglichen Patientenpfade, um eine effiziente Betreuung anbieten zu können. Spitäler und Pflegeheime sind sicher am teuersten, vor allem wenn diese Leistungen den falschen Patienten zugute kommen. Kleinliche Kontrollen der verbrauchten Inkontinenzunterlagen oder der verordneten Medikamente binden andererseits gerade bei den günstigsten Leistungserbringern andernorts notwendige Ressourcen

in der Administration. Der Widerspruch zwischen interdisziplinärer geriatrischer Behandlung und sparsamem Umgang mit den knappen finanziellen Mitteln lässt sich nur durch eine umfassende ökonomische Betrachtung der Versorgung der gesamten betagten Bevölkerung lösen. Die Entwicklung einer intelligenten, auf die Betreuungsbedürfnisse der gesamten betagten Bevölkerung abgestützten «Buchhaltung» in Zusammenarbeit aller beteiligter Kostenträger ist dringend notwendig.

werden konnten, zwangsweise dorthin abkommandiert wurden und der Begriff «Geriatric» mit Langzeitbetreuung oder Sterben assoziiert war.

Dieses Geriatricverständnis hat sich überall dort, wo kein äusserer Druck bestand, bis heute fortgesetzt. Dort wo aber die demographische Entwicklung zunehmend mehr altersmedizinische Dienstleistungen erforderte, entstanden geriatric Zentren, die die Kernaufgabe darin sahen, alte Menschen durch geeignete Behandlung zu befähigen, möglichst lange selbständig zu leben. Entsprechend entstanden diese Zentren in den Städten, wo die demographische Entwicklung (Anstieg der >65jährigen auf über 20% der Gesamtbevölkerung) antizipiert wurde. Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung solcher Institutionen war, dass Geriatric eben nicht als Ressourcenoptimierung einer Akutklinik betrachtet wurde, sondern entweder eine unabhängige Trägerschaft bestand oder das übergeordnete strategische Ziel der Institution auf die Geriatric ausgerichtet war und so die Know-how-Entwicklung unterstützen und fördern konnte. Beispiele dafür sind die geriatric Zentren in Basel, Bern, Genf, Zürich und St. Gallen, wo sich eigentliche Kompetenzzentren entwickelt haben.

Standespolitisch wurde im Jahr 2000 die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatric gegründet; sie ist die ärztliche Berufsorganisation aller Geriater und Geriaterinnen. Das Curriculum zum Schwerpunkt Geriatric umfasst eine dreijährige Weiterbildung in Altersmedizin entweder zum Titel Allgemeine Medizin oder Innere Medizin. Mit der Errichtung dieses Schwerpunktes zu bestehenden Facharzt Titeln hat die Standesorganisation der Geriatric den ihr gebührenden Stellenwert zukommen lassen. Geriatric ist nicht mehr die Disziplin, die jeder Internist mit links noch schnell erledigt, sondern Geriatric erfordert zusätzliche Kompetenzen und Fachwissen. Nach der WHO ist Geriatric «der Zweig der Medizin, der sich mit Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen befasst». So ist denn Geriatric tatsächlich ein Fachgebiet mit grosser Verwandtschaft zur Inneren Medizin; die erwähnten grossen geriatric Zentren werden auch alle von Internisten mit dem Schwerpunkt Geriatric geleitet.

Das Geriatric Kompetenzzentrum (GKZ) im Felix Platter-Spital 2008

Geriatric Abklärungs- und Akutbehandlungsstation (GAAST)

Zentraler Bereich des geriatric Kompetenzzentrums stellt die Abklärungs- und Akutbehandlungsstation dar. Hierhin werden akut erkrankte oder in ihrer Selbständigkeit bedrohte Patientinnen und Patienten zugewiesen, mittels geeigneter Diagnostik abgeklärt und entsprechend behandelt. Die Infrastruktur eines Akutspitals steht zur Verfügung, mittels Labor, konventioneller Radiologie und Computertomographie. Notfallmässige Zuweisungen sind möglich, sofern nicht initial eine Diagnostik, die zentrumsmedizinische Strukturen voraussetzt, im Vordergrund steht. Nachts werden keine PatientInnen aufgenommen, sondern diese treten über die Notfallstation des USB ein und werden anderntags im Rahmen der geriatric Behandlungskette (vgl. unten) auf die GAAST verlegt. Circa 900 PatientInnen treten jährlich ein; im Zentrum der Abklärung steht das sogenannte geriatric Assessment. Dabei handelt es sich um eine interdisziplinäre Abklärung, die nach einem strukturierten Prozess abläuft und mindestens 6 Berufsgruppen umfasst. Neben der ärztlichen medizinischen Diagnostik erfolgen entsprechende Abklärungen durch Pflege, Sozialberatung, Physiotherapie, Ergotherapie und (Neuro-) Psychologie. In diesen Prozess fliessen Informationen der Angehörigen, von Spitex und vom Amt für Langzeitpflege (ALP) mit ein, so dass innert Wochenfrist

eine umfassende Bestandaufnahme vorliegt und die weitere Behandlung und Zukunftsplanung eingeleitet werden kann.

Die geriatric Diagnostik und Therapie benötigt den Beizug von weiteren Spezialdisziplinen, die konsiliarisch zugezogen werden können.

Neurologie, Alterspsychiatrie und Orthopädie sind wohl die wichtigsten Partner. Zum leitenden ärztlichen Kader im GKZ gehören denn auch neben vier Internisten (mit Schwerpunkt Geriatric) ein Neurologe und ein (Alters-)Psychiater. Ein strukturierter Konsiliardienst besteht mit den Disziplinen Rheumatologie, Orthopädie, Ophthalmologie, HNO, Urologie, Chirurgie, Zahnmedizin, Dermatologie, Infektiologie und Endokrinologie.

Geriatric Rehabilitation

Die klassischen geriatric Syndrome wie Immobilität, Sturz- und Dekubitusrisiko, Demenz, Inkontinenz und Malnutrition sind häufig mitbestimmend für die Dauer der stationären Rehabilitation sowie für den Gewinn an Selbständigkeit. Im GKZ bestehen zwei Schwerpunkte, die infolge ihrer Grösse auf eigenen Stationen untergebracht sind:

1. Rehabilitation Bewegungsapparat
Hier werden Patienten behandelt, die nach der Erstversorgung einer Fraktur im USB weiterhin spitalbedürftig sind. Klassischerweise handelt es sich um 80–100jährige Patienten nach Hüftfraktur, nach Humerusfraktur oder einem anderweitigen chirurgischen Eingriff. Typi-





scherweise treffen diese Frakturen nicht ältere Personen in voller Gesundheit, sondern das Frakturereignis ist Folge einer beginnenden «Frailty», Gebrechlichkeit. Der Unterschied zur klassischen Rehabilitation bei jüngeren PatientInnen ist offensichtlich: Im geriatrischen Kontext spielen die oben erwähnten geriatrischen Syndrome eine wesentliche Rolle, und der Rehabilitationsverlauf kann immer wieder durch Phasen akuter Erkrankung unterbrochen oder kompliziert werden. Eine wöchentliche Konsiliarvisite mit dem Operateur klärt die Fragen rund um die operative Versorgung (Mobilisation, Belastung, radiologische Kontrollen etc.).

Die Abteilung umfasst 54 Betten, die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten kann nach erfolgter Rehabilitation wieder ins gewohnte häusliche Umfeld zurückkehren. Dies zeigt sich eindrücklich auch bei der Altersgruppe der 90jährigen und älteren, von denen immerhin noch 50% der Betroffenen nach einer Fraktur wieder nach Hause zurückkehren werden.

2. Neurorehabilitation

Hier werden Patienten nach Schlaganfällen, nach neurochirurgischen Eingriffen, mit Multipler Sklerose oder anderen neurologischen Leiden behandelt. Die Erstversorgung findet zumeist auf der Stroke Unit des USB statt. Da in der geriatrischen Diagnostik und Behandlung alle Berufsgruppen, die auch in der klassischen Neurorehabilitation eine Rolle spielen, vorhanden sind, macht es Sinn, dass hier auch jüngere Patienten behandelt werden.

Auf den dritten Schwerpunkt, die Nachbehandlung oder Rehabilitation nach internistischen Erkrankungen, soll hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden.

Die geriatrische Behandlungskette

Den dargestellten Fachbereichen ist allen gemeinsam, dass sie nach dem Modell der geriatrischen Behandlungskette funktionieren. Diese beinhaltet: Jedes Glied der Kette leistet jenen Beitrag, für den es am besten geeignet ist und für den es einen definierten Auftrag hat. Die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern sind geregelt, und der Wissenstransfer findet nach definierten Kriterien statt. Für den Patienten bedeutet dies, dass seine Versorgung immer am geeignetsten Ort, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit stattfindet und Doppelspurigkeiten verhindert werden. Am Beispiel eines Patienten nach Fraktur heisst dies:

Erstversorgung und Operation im USB, Verlegung des Patienten nach einer Woche ins Geriatrische Kompetenzzentrum, Daten- und Know-how-Transfer durch Visite vor Ort des chirurgischen Konsiliariums, Hausbesuche durch behandelnde Therapeutinnen, Austrittsplanung mit Einbezug von Hausarzt, Spitex und Angehörigen. Alle Schnittstellen sind zwischen den Partnern definiert, und die diesbezügliche Organisation untersteht geregelten Vorgaben. Je nach Gegebenheiten werden in diese Behandlungskette zusätzlich die Angebote der Übergangspflege oder der Tagesklinik miteinbezogen. Dank der strukturierten Vorgehensweise können mehr als zwei Drittel der Patienten wieder in ihr angestammtes Umfeld – nach Hause – austreten.

Psychogeriatric

Die Abklärung und Behandlung von kognitiven Einbussen, Delirien oder demenziellen Symptomen gehören zu den zentralen Aufgaben der geriatrischen Versorgung. Auf die eminente Bedeutung des ärztlichen Know-hows in Alterspsychiatrie wurde bereits eingegangen; genauso bedeutsam ist das diesbezügliche Know-how bei allen in der Diagnostik und Therapie involvierten Berufsgruppen, insbesondere beim Pflegedienst, und das Vorhandensein einer demenzgerechten Infrastruktur. Das systematische Erfassen der kognitiven Fähigkeiten ist Bestandteil des geriatrischen Assessments, und ein umfassender neuropsychologischer Dienst ist Voraussetzung für eine korrekte Diagnostik und Behandlung.

Bereits heute werden auf dieser Abteilung viele ausserkantonale Patienten, insbesondere auch aus Baselland, behandelt.

Übergangspflege

In anderen Kantonen werden unter Übergangspflege Einrichtungen bezeichnet, wo Patienten auf einen Heim eintritt warten. Im Geriatrischen Kompetenzzentrum bedeutet Übergangspflege eine spezielle Arbeitsmethodik, die den Patienten während des Spitalaufenthaltes mit der häuslichen Wirklichkeit konfrontiert und ihn befähigt, spezifische Defizite anzugehen und die Alltagsbewältigung wieder zu erlernen oder entsprechende Kompensationsstrategien zu entwickeln. Der Einsatz der Übergangspflege erfolgt häufig bei kognitiv eingeschränkten Patienten oder bei Patienten nach stattgefundener Rehabilitation, also am Ende der Behandlungskette, wo es darum geht, in speziellen Situationen die Rehabilitationserfolge auf ihre Alltagstauglichkeit zu überprüfen.

Tagesklinik

Hier wird im teilstationären Setting weiterführende Rehabilitation angeboten. Die Patienten sind soweit selbständig, dass sie die Nacht zu Hause verbringen können; weitere rehabilitative Zielsetzungen werden jedoch anvisiert, um den Hilfsbedarf und die Abhängigkeit stärker zu reduzieren. Diese Behandlung ist häufig Bestandteil der Behandlungskette «Neuro-Rehabilitation», wo die Patienten nach stationärer Rehabilitationsphase 2–3mal pro Woche einen Tag in der Tagesklinik verbringen. Hier erhalten sie mehrere Therapieeinheiten wie Physiotherapie, Ergotherapie, Aktivierungstherapie und Logopädie und erleben eine auf Alltagsziele ausgerichtete Rehabilitationsphase. Auch in der Tagesklinik werden schon heute viele ausserkantonale Patienten behandelt.

Ambulante Sprechstunden

Die zunehmende Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in die Ambulanz hat dazu geführt, dass im GKZ verschiedene geriatrische Spezialsprechstunden angeboten werden. Aktuell bestehen Sprechstunden zu den Themen Inkontinenz, Orthetische Versorgung, Sturz (vgl. www.sturzklinik.ch), Malnutrition und Hirnleistungsstörung.

Strukturen und Prozesse

im Geriatrischen Kompetenzzentrum

Spitalgestützte geriatrische Versorgung benötigt eine spezielle, auf die Bedürfnisse älterer Patienten ausgerichtete Infrastruktur, so unter anderem im Bereich

Ernährungsmanagement und im Bereich Therapieräumlichkeiten. Die erwähnten kognitiven Einschränkungen erfordern in verschiedenen Bereichen räumliche Besonderheiten. Die durch akute Erkrankungen häufig beeinflussten Therapiemassnahmen erfordern ein flexibles Management der Therapieplanung und somit Therapieräumlichkeiten auf der Station. Auf die benötigte Infrastruktur im Bereich Labor und Radiologie wurde bereits eingegangen. Auf weitere Ausführungen soll hier verzichtet werden, die Erfahrungen aus Neubauten geriatrischer Zentren (Deutschland, Zürich) müssen bei einer Neukonzeption einfließen.

Voraussetzungen für ein gemeinsames Geriatrisches Kompetenzzentrum BS/BL

Damit das vielfältige Angebot, das einen wichtigen Bestandteil der heutigen

Grundversorgung der basel-städtischen Bevölkerung darstellt, weiterhin zur Verfügung steht, soll das gemeinsame GKZ die jetzt vorhandenen Angebote vollumfänglich weiter anbieten. Als zentrale Voraussetzung soll die skizzierte etablierte Behandlungskette erhalten bleiben. Eine weitere Grundvoraussetzung ist, dass das gemeinsame GKZ eine eigene Trägerschaft aufweist und nicht Teil eines bestehenden Spitals wird. So kann gewährleistet werden, dass der Betrieb ganz auf die Bedürfnisse der zu behandelnden älteren Menschen ausgerichtet ist. Die verschiedenen Anbieter in der «Behandlungskette» können erhalten bleiben, und die erwähnten Schnittstellen können kontinuierlich angepasst und optimiert werden.

Sinnvollerweise wird diese unabhängige Trägerschaft bald konstituiert, damit schon in der Neubau-Planungsphase die

Interessen und Bedürfnisse des gemeinsamen Geriatrischen Kompetenzzentrums aus dessen Unternehmungsoptik wahrgenommen werden können.

Regierungsrat Dr. C. Conti hat denn auch an einer Medienkonferenz im September 2007 diese Basler Prämissen für ein gemeinsames Zentrum betont, nämlich ein Kompetenzzentrum mit einer eigenständigen Organisation (analog UKBB) und Erhalt der Geriatrischen Behandlungskette.

Wo auch immer das gemeinsame GKZ zu stehen kommt: Eine gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr und eine gute Erreichbarkeit sind zwingend, da besuchende Angehörige häufig ebenfalls betagt sind. Im weiteren gliedert sich an die stationäre Behandlungsphase häufig noch eine teilstationäre oder ambulante Phase an, die eine unkomplizierte Erreichbarkeit voraussetzt.

Recht

Strafrechtliche und forensisch-psychiatrische Aspekte der Geriatrie

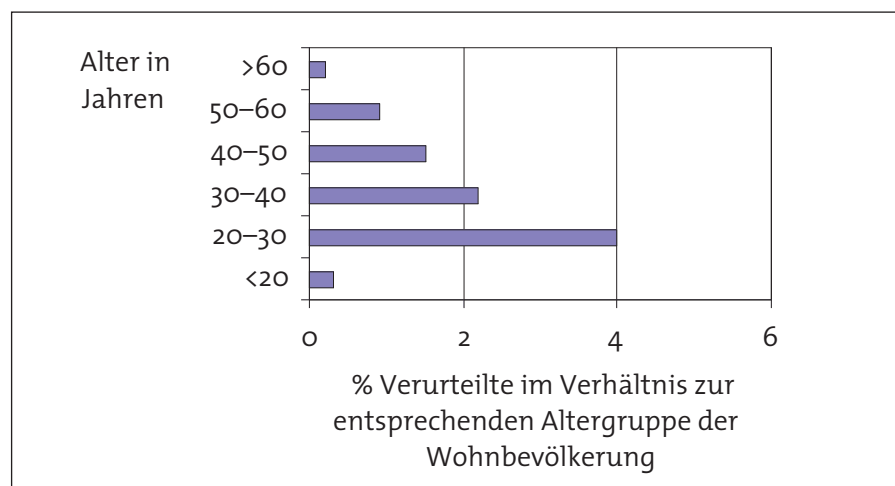
Dr. med. Marc Graf, Stv. Leiter der Abteilung Forensische Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

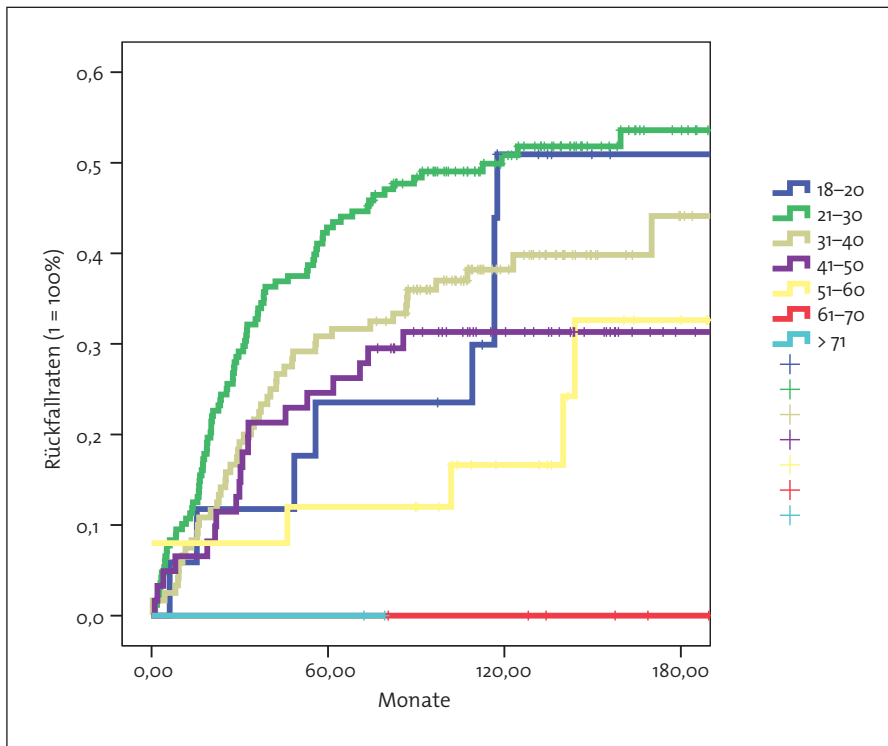
An dieser Stelle sollen einmal ausnahmsweise die straf-(prozess-)rechtlichen forensisch-psychiatrischen Themen dargestellt werden. Zivilrechtliche Themen wie Urteils- und Handlungsfähigkeit, Testierfähigkeit, Patientenverfügung (siehe auch Synapse 3/2008) und Sterbehilfe sind im allgemeinen zwar eher praxisrelevant, Neuerungen und Leitlinien wurden und werden aber laufend in den entsprechenden Zeitschriften publiziert und an vielerlei Anlässen diskutiert.

Interessant ist diesbezüglich besonders die anstehende Revision des Vormundschaftsrechtes (neu Erwachsenenenschutzrecht) im Zivilgesetzbuch: Die breite Vernehmlassung ist abgeschlossen und verlief mehrheitlich positiv, so dass ein Inkrafttreten innerhalb der nächsten zwei Jahre erwartet wird. Wesentliche Neuerungen sind die höhere Flexibilität der Massnahmen und die gestärkte Kompetenz (und damit auch Verantwortung) von Ehe- und Lebenspartnern sowie An-

gehörigen im Vertretungsfalle, und interessant ist, dass die Kantone explizit Gesetze für ambulante Massnahmen (entsprechend z.B. «community treatment orders») erlassen dürfen. Auf jeden Fall wird für den Erfolg des neuen Gesetzes von ganz entscheidender Bedeutung sein, ob die Kantone die Chance zur Schaffung neuer Strukturen und Prozesse nutzen oder die bekannten und häufig insuffizienten Abläufe unter neuen Titeln Anwendung finden.

Straftaten durch Personen jenseits des sechzigsten Lebensjahrs sind im Rahmen der allgemeinen Kriminalitätsbelastung klar von untergeordneter Bedeutung, auch wenn gerade aktuelle Fälle (Amstetten) in den Medien ein anderes Bild zeichnen: Gut ein Fünftel der schweizerischen Wohnbevölkerung ist älter als 60 Jahre, aber nur etwa 4,4% der im Jahr 2006 verurteilten Straftäter entspringen dieser Bevölkerungsgruppe (Zahlen abgeleitet von Daten des Bundesamtes für





Forensisch-psychiatrisch sind Gewaltdelikte durch beginnend demente Personen und Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern die bedeutendsten Straftaten im Alter.

Statistik). Betrachtet man diese Daten relativ zur Altersgruppe der entsprechenden Wohnbevölkerung, so ist die Verurteilungsrate ab dem sechzigsten Lebensjahr mit circa 0,2% gar noch geringer.

Die Daten der Basler Kohortenstudie zur Rückfälligkeit strafrechtlich begutachteter Personen (N = 403, Beobachtungszeit mean = 11,7 Jahre und «time-at-risk» mean = 7,4 Jahre) sind noch eindrücklicher: Kein einziger der begutachteten über sechzigjährigen Probanden wurde rückfällig (lückenlose Dokumentation durch Auszüge aus dem Strafregister)! Dies, obwohl in höherem Alter zwar ähnlich häufig wie bei jüngeren Haftstrafen, aber selten Massnahmen, das heisst gerichtlich angeordnete Therapien, ausgesprochen wurden. Sehr wahrscheinlich ist diese gute Legalbewährung im höheren Alter neben der geringeren Prävalenz von straffälligem Verhalten hauptsächlich durch eine höhere Strafempfindlichkeit bedingt.

In Folge der kognitiven Beeinträchtigung sowie häufiger begleitender depressiver Syndrome steigt zuerst die Wahrscheinlichkeit für Diebstähle und Fehlverhaltensweisen im Strassenverkehr. Bei fortschreitender Erkrankung mit paranoider Symptomatik, Affektlabilität, gesteiger-

ter Erregbarkeit und Störung der Impulskontrolle kommt es gelegentlich zu schwerwiegend gewalttätigem Verhalten bis hin zu Tötungsdelikten, hauptsächlich gegenüber nahestehenden Personen oder Betreuern. In weiter fortgeschrittenen Stadien der Demenz sind komplexere Handlungen in der Regel so weit eingeschränkt, dass fremdaggressive Handlungen nicht mehr zielgerichtet und somit wenig gefährlich sind.

Zwar nimmt die sexuelle Appetenz im Alter parallel mit dem Testosteronspiegel ab, individuell persistieren aber oft Bedürfnisse nach Intimität und sexueller Erregung. Wenn dann Faktoren wie Vereinsamung, «Grossvater-Rolle» und in Folge beginnender kognitiver Beeinträchtigung oder vorbestehender geistiger Behinderung zunehmende Urteilschwäche zusammentreffen, kann es im Sinne von Ersatzhandlungen zu exhibitionistischen und pädosexuellen Verhaltensweisen kommen. In der Regel handelt es sich dabei um unqualifizierte sexuelle Belästigungen; schwere Übergriffe sind sehr selten. Die Reaktion des Umfeldes verlangt dann nach drastischen Massnahmen, und weil diese Täter einer Psychotherapie nicht zugänglich sind, bleiben nur die Mittel der Sicherung oder der medikamentösen Therapie. Letztere hat, unter sorgfältigster

Indikationsstellung und nur mit Einwilligung der betroffenen Person (resp. deren Rechtsvertreter), mit der Verwendung von LHRH-Agonisten wesentliche Fortschritte bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit erfahren.

Werden ältere Personen als Tatverdächtige ermittelt, stellt sich oft die Frage nach der Vernehmungs-, Verhandlungs- und Hafterstehungsfähigkeit: Strafverteidiger gelangen dann an die behandelnden Ärzte mit dem legitimen Versuch, ihre Mandanten durch entsprechende Zeugnisse von einem Verfahren, einer Anklage oder einer Gerichtsverhandlung zu verschonen. Die von Therapeuten ausgestellten Zeugnisse sollten sich auf eine rein deskriptive Beschreibung der unten aufgeführten Fähigkeiten begrenzen und auf pauschale Wertungen wie «mein Patient ist nicht vernehmungsfähig» verzichten. Solche gut gemeinten Zeugnisse entwerfen sich durch die hohe Parteilichkeit. Die Beantwortung dieser Fähigkeiten ist letztlich immer eine behördliche oder gar richterliche Aufgabe im Sinne einer Güterabwägung. Am deutlichsten wird dies bei der Frage der Hafterstehungsfähigkeit, wo die Interessen der Allgemeinheit an einem ordentlichen Verfahren respektive Strafvollzug gegen die Interessen des Betroffenen nach physischer und psychischer Integrität abzuwägen sind. Der Mediziner vermag nur die Informationen für einen sachlichen Entscheid zu liefern, sei dies als Therapeut oder auch in der Rolle des Gutachters. Begrenzt er sich auf sein Fachgebiet, bleibt er darin um so mehr von den Juristen unantastbar. Wichtig ist deshalb in solchen Zeugnissen und Gutachten nicht nur die Darstellung der Defizite und konkreter drohender gesundheitlicher Schäden, sondern auch von Möglichkeiten, diese potentiellen Schäden einzudämmen, sei dies durch Therapien, Hilfestellung oder Anpassung des Settings. Konstruktive und realisierbare Vorschläge werden nach unserer Erfahrung meist dankbar angenommen und umgesetzt.

Die Vernehmungsfähigkeit wird nach Venzlaff [1] definiert als die Fähigkeit, sich polizeilich oder richterlich vernehmen zu lassen und verständliche Angaben oder Ausführungen zu machen. Sie setzt die Fähigkeit voraus, der Vernehmung zu folgen, Fragen in ihren Sinngehalt aufzunehmen und in freier Wil-

lenschliessung und Willensbetätigung Antworten und Erklärungen in verständlicher Form abzugeben. Es besteht somit eine starke Analogie zur Einwilligungsfähigkeit (z.B. für medizinische Massnahmen).

Die Verhandlungsfähigkeit ist die Fähigkeit, in oder ausserhalb der Gerichtsverhandlung seine Interessen vernünftig wahrnehmen, die Verteidigung in verständiger und verständlicher Weiser zu führen sowie Prozessklärungen abzugeben und entgegenzunehmen. Dabei spielen natürlich auch die Komplexität des Sachverhaltes sowie eine mögliche Unterstützung durch einen Rechtsbeistand eine Rolle bei der Beurteilung sowohl der Vernehmung- als auch der Verhandlungsfähigkeit. In der zukünftigen gesamtschweizerischen Strafprozessordnung ist die Verhandlungsfähigkeit im wesentlichen mit der zivilrechtlichen Handlungsfähigkeit gleichgesetzt.

Die Hafterstehungsfähigkeit schliesslich ist die Fähigkeit, in einer Einrichtung der Untersuchungshaft oder des Strafvollzuges leben zu können, den Freiheitsentzug ohne Gefahr für Gesundheit oder Leben zu ertragen und den Sinn und Zweck der Verbüssung einer Freiheitsstrafe zu erkennen. Dies setzt bei komplexen Fällen, z.B. bei älteren Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insulinpflichtigem Diabetes mellitus oder Neoplasien, die Kenntnis einerseits der konkreten Lebensbedingungen in den jeweiligen Haftanstalten (Möglichkeit, sich auch nachts zu melden; Spazierhöfe; Zugang zu sanitären Einrichtungen) und andererseits der medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Ressourcen voraus. Während kleinere Haftanstalten und insbesondere Untersuchungsgefängnisse mit der Betreuung psychisch und/oder somatisch erkrankter Insassen rasch überfordert sind, verfügen die grösseren Gefängnisse wie z.B. die Strafanstalt Pöschwies bei Zürich über eigene interne Arztpraxen mit Krankenzimmer sowie Physio- und Ergotherapie. In ganz anspruchsvollen Fällen können psychisch Erkrankte in die (wenigen) spezialisierten forensischen Abteilungen, z.B. die Klinik Rheinau in Zürich oder die forensische Abteilung der UPK Basel, verlegt werden. Dort kann eine Haft weitergeführt werden, solange notwendig und sinnvoll. Für somatisch Erkrankte besteht die Möglichkeit der Verlegung in

die Behandlungsstation des Inselspitals Bern: Diese ist eine Abteilung der Berner Gefängnisse im Inselspital mit 16 Betten, wo unter gesicherten Bedingungen Diagnostik, Behandlungen und auch alle Operationen durchgeführt werden können.

Medizinisch betrachtet, kann somit auch bei älteren Personen mit erheblichen psychischen oder somatischen Erkrankungen eine Untersuchungshaft angeordnet oder eine Haftstrafe vollzogen werden. Die Gerichte berücksichtigen aber selbstverständlich die Strafempfindlichkeit einer Person, so dass Ältere häufig von Haft verschont bleiben. In Basel ist die Begnadigungskommission des Grossen Rates die letzte Instanz, welche eine Haftverschonung anordnen kann und dies in Härtefällen auch regelmässig tut. Kein Grund zur Haftverschonung sind Suiziddrohungen, auch bei alten Straftätern, wenn diese einem verletzten Ehrgefühl oder der subjektiven Wahrnehmung der Ungerechtigkeit entspringen und nicht durch ein psychisches oder körperliches Leiden begründet sind. Am Lebensende werden in der Schweiz meist pragmatische Lösungen gefunden, wenn Täter offensichtlich keine Gefährdung mehr für Drittpersonen darstellen, damit diese ihren letzten Lebensabschnitt in einer menschenwürdigen Umgebung verbringen können. Sterbehilfeorganisationen wird der Zugang zu den Haftanstalten verweigert, obwohl Verwahrte ohne Entlassungsperspektive gelegentlich ihr Recht auf einen würdigen Freitod einfordern.

Wenngleich selten alte Personen neu in die Haft eingewiesen werden, so steigt der Anteil der über Sechzigjährigen In-

sassen in den Haftanstalten überproportional zur Bevölkerungsentwicklung: Seit dem Sexualmord eines Sexualverbrechers im Hafturlaub 1993 am Zollikerberg und den in der Folge getroffenen Massnahmen wie der Einführung der «Kommissionen zur Beurteilung gemeingefährlicher Straftäter» werden pro Jahr null bis zwei Verwahrte (probenweise) entlassen bei circa 15 Neueinweisungen. Nicht nur, dass Inhaftierte wegen der auch in der Schweiz erschwerten Lebensbedingungen in Haft sowie des meist ungünstigeren Gesundheitsverhaltens deutlich schneller altern als Personen in Freiheit; wegen der rigiden Abläufe sind sie bald einmal vom Gefängnisalltag überfordert und ziehen sich regressiv in ihre Zellen zurück, wo sie Schutz vor Überforderung und jüngeren Insassen suchen. Einige Schweizer Strafanstalten werden deshalb in den nächsten Jahren spezielle Abteilungen für alte Insassen ohne Entlassungsperspektive bauen; die Konferenz der Schweizer Gefängnisärzte hat sich diesem Thema verschrieben und geriatrische Themen und Symposien fehlen an keinem internationalen forensischen Kongress mehr.

Trotz des medizinisch immer kompetenteren Umgangs mit sehr alten Straftätern verbleibt bei deren gutachterlicher Beurteilung, Behandlung und Betreuung immer aufs neue Betroffenheit, Unverständnis, wie es soweit kommen konnte, und auch Traurigkeit in Anbetracht der Perspektivlosigkeit.

[1] Venzlaff U und Foerster K: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 2004. 4. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München, Jena. ISBN 3-437-51400-8

Ende Juli schliesse ich meine Lehre als MPA im Raum Bern ab und ziehe ins Baselbiet. Daher suche ich auf anfangs August eine Stelle als

Medizinische Praxisassistentin

im Kanton Baselland oder Basel-Stadt. Sie finden mit mir eine engagierte, begeisterungsfähige und freundliche MPA, die mit viel Freude und vollem Einsatz ihre Arbeit erledigt.

Ich besitze gute Kenntnisse der Microsoft-Office-Programme und bin versiert in Bedienung der Praxis-Software CB 06 der Ärztekasse.

Ich freue mich auf Ihre Nachricht an EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Synapse, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Mail: synapse@emh.ch oder auf mein Natel 079 738 91 84.

Wie ich mit 83 Jahren noch fit bin

Gespräch mit einem rüstigen Zeitgenossen

Herr Mächler, Sie haben noch mit 81 Jahren am Velobergzeitfahren auf den Gempfen teilgenommen. Wie schaffen Sie es, in Ihrem Alter noch so fit zu sein?

Das Wichtigste ist, dass ich nicht rauche und praktisch keinen Alkohol trinke. Ich lese viel über Ernährung und habe festgestellt, dass vor allem der Verzicht auf Alkohol von allen wichtigen Ernährungsberatern auf der ganzen Welt empfohlen wird, z.B. auch für die Astronauten. Es muss ja etwas dran sein, wenn das alle sagen.

Worauf achten Sie sonst noch bei der Ernährung?

Ich esse wenig Fleisch, viel Salat, Gemüse und Obst. Beim Brot nehme ich nur Vollkornbrot und nie Weissbrot. Wegen des Fettgehalts nehme ich praktisch keine Milch und wenn schon Milchprodukte, dann nur solche mit wenig oder keinem Fett. Ich finde auch, dass UHT-Milch nicht gut ist, weil sie irgendwie verändert ist auf unnatürliche Weise. Zudem mache ich einmal im Jahr eine Fastenzeit von drei Wochen, in der ich nur Gemüsesäfte zu mir nehme.

Helpen Sie manchmal etwas nach mit Vitaminen oder so?

Nein, das braucht es nicht. In letzter Zeit habe ich regelmässig Ginseng genommen, weil das allgemein als gesund gilt.



Haben Sie schon früher Sport gemacht?

Ja, ja, natürlich. Aber ich habe erst mit etwa 30 Jahren angefangen, als mich Arbeitskollegen auf Bergtouren mitnahmen. Später bin ich dann dem SAC beigetreten, bin geklettert und habe viele Hochtouren gemacht. Ich habe 18 Viertausender bestiegen und 100 Dreitausender, oft als Führer. Zweimal habe ich eine Tour aufs Matterhorn (4478 m ü.M.) und zweimal auf den Dom (4545 m ü.M.) geführt. Später habe ich dann vor allem Ausdauersport betrieben und bin zum Beispiel am Abend nach der Arbeit direkt auf die Finnenbahn gegangen, bevor ich nach Hause ging. Heute noch mache ich mit dem Velo jedes Jahr fast 80 000 Höhenmeter. Das entspricht etwa 150mal den Gempfen hinauf.

Hatten Sie nie gesundheitliche Probleme bei soviel Sport?

Ich musste leider einen Meniskus operieren lassen. Deswegen habe ich mit dem Joggen aufgehört. Aber dann habe ich mit Velofahren und Langlaufen angefangen. Das geht problemlos. Ich hatte auch einmal eine Herzrhythmusstörung und deswegen dann einen Schrittmacher bekommen, weil mein Puls so langsam war. Das hat mich aber beim Sport überhaupt nie gestört, es geht immer noch sehr gut. Ich merke gar nichts davon.

Was machen Sie heute mit 83 Jahren noch an Sport?

Mindestens jeden zweiten Tag mache ich etwas Sport, z.B. Turnen, Velofahren oder Walking mit Stöcken. Oft gehe ich auch mit meiner Frau auf Wanderungen. Im Winter führe ich einmal pro Woche eine Langlaufgruppe und im Sommer eine Walkinggruppe. Damit ich fit bin und den Teilnehmern auch etwas bieten kann, gehe ich meistens im Dezember drei Wochen ins Goms zum Langlaufen und trainiere. Zu Hause habe ich einen Hometrainer, den ich oft benütze.

Wie erholen Sie sich von den Anstrengungen?

Zum Erholen mache einfach mal einen Tag oder so eine Pause. Ich spüre es dann in den Muskeln. Ausserdem ist es wich-



tig, genug zu schlafen – ich schlafe regelmässig etwa 8 Stunden. Sehr gerne stehe ich früh auf, so etwa um 6 Uhr.

Was raten Sie älteren Menschen, damit sie auch so gesund und fit werden wie Sie?

Ich schaue, dass ich nie über 68 kg schwer bin bei einer Grösse von 168 cm. Diese Faustregel (Grösse minus 100) ist einfach, und man kann das erreichen, ohne zu übertreiben. Ausserdem sollte der obere Blutdruck nie über 130 gehen und der Puls am Morgen nicht über 60. Auch sollte das Cholesterin nicht höher als 5 sein.

Haben Sie irgendein Geheimnis, das Sie den Lesern verraten können?

Ja, schon ... ich habe es am Anfang gesagt. Man sollte nicht immer allen glauben, die behaupten, Wein sei gesund. Die wollen damit nur Geld verdienen. Gar kein Alkohol oder nur ganz wenig ist eines meiner Geheimnisse.

Herr Mächler, wir danken Ihnen ganz herzlich, dass Sie uns ein paar Ihrer Geheimnisse für eine gute Gesundheit im Alter verraten haben. Wir sind sicher, dass viele ältere Personen von Ihren Erfahrungen profitieren können.

1 Höchster Berg, der ganz in der Schweiz liegt.

Die Spitex-Organisationen im Kanton Baselland

Interview mit Herrn Lukas Bäumle, Geschäftsführer des Spitex-Verbandes Baselland. Das Interview führte Dr. med. Franz Rohrer.

Wie sind die Spitex-Organisationen im Kanton Baselland aufgestellt?

Wie auch in anderen Kantonen sind im Kanton Baselland die Spitex-Aufgaben Gemeindesache. Im Kanton bestehen 26 Spitex-Organisationen. In den letzten Jahren haben sich verschiedene Organisationen zu grösseren Einheiten zusammengeschlossen. Auftraggeber für die Leistungen in der ambulanten Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, dem Kerngeschäft der Spitex, sind die Gemeinden. Gesetzliche Grundlagen sind einerseits das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und andererseits das neue Gesundheitsgesetz des Kantons Baselland. Alle diese Organisationen sind in einem Dachverband, dem Spitex-Verband Baselland, als Interessen- und Beratungsverband zusammengefasst. Dieser hat die Aufgabe, die einzelnen Organisationen vor Ort zu beraten und gemeinsame Interessen zu vertreten. Geschäftsstelle und Vorstand des Dachverbandes nehmen diese Aufgabe gemeinsam wahr.

Können Sie etwas dazu sagen, wie die Spitex im Kanton Basel-Stadt organisiert ist?

Basel-Stadt ist ein Stadtkanton, dort gibt es eine einzige Spitex-Organisation, die Spitex Basel mit Quartierzentren. Dies hat natürlich Vorteile, aber auch Nachteile. In unserem System, welches Gemeindesache ist, ist man nahe bei den Leuten. Was wir natürlich auch in Baselland anstreben, ist, dass im ganzen Kanton eine einheitliche Versorgung zu den gleichen Rahmenbedingungen, zu den gleichen Zeiten und so weiter verfügbar ist. Wir sind allerdings noch nicht soweit, aber wir sind auf dem Weg dazu. Im Kanton Basel-Stadt mit einer einzigen Organisation sind die Leistungsangebote bereits heute überall vereinheitlicht. Dies ist der Unterschied.

Bewähren sich die jetzt zunehmend grösseren Spitex-Organisationen, oder gibt es

nach wie vor sinnvolle Gründe, kleine Organisationen beizubehalten?

Eine Spitex-Organisation soll ein gewisses Einzugsgebiet haben. Diese Tendenz wird weiter zunehmen. Wir vom Verband fördern dies auch. Da mit den Spezialleistungen, die ja immer mehr zunehmen, etwa durch die komplexere Pflege nach Einführung von Fallkostenspauschalen in den Spitälern oder durch die vermehrte ambulante Betreuung psychisch kranker Patienten, entsprechende Fachleute benötigt werden, haben kleine Organisationen natürlich mehr Mühe, diese an sich zu binden. Als Einzugsgebiet für eine Spitex-Organisation empfiehlt der Schweizerische Spitex-Verband 35 000 Einwohner. Wenn man so rechnen würde, gäbe es im Kanton Baselland nicht mehr viele Spitex-Organisationen. Es gibt aber einen «Break even»-Punkt wo die Einheiten zu gross und zu träge werden. Wenn ich in die fernere Zukunft schaue, ist meine persönliche Meinung, dass es im Kanton Baselland noch zwischen fünf und sechs Spitex-Organisationen geben wird. Diese Entwicklung wird aber nur langsam in Gang kommen.

Ist der administrative Aufwand, den wir auch als Ärzte sehen, noch zu bewältigen, oder werden sich daraus immer mehr Probleme ergeben?

Das geht der Spitex genau gleich wie den Ärztinnen und Ärzten. Seit 2006 benützen wir zur Bedarfsabklärung ein einheitliches Instrument, RAI-Homecare. Dieses bewährt sich. Was uns belastet, ist der administrative Aufwand im Verkehr mit den Krankenversicherern, manchmal auch für nichts. Ohne jetzt die Krankenversicherer grundsätzlich kritisieren zu wollen, haben wir den Eindruck, diese Anfragen nähmen zu. Immer wieder wird bei einer gewissen Leistungsstundenzahl nachgefragt, man muss eine neue Bedarfsabklärung erstellen, danach wird wieder rückgefragt, ob die Grundpflege nun komplex oder einfach sei. Dieses Hin und Her macht uns etwas Mühe, dies geht den Ärzten wahrscheinlich ähnlich. Uns fällt auch auf, dass von



S P I T E X
Hilfe und Pflege zu Hause

Versicherer zu Versicherer und zum Teil von Sachbearbeiter zu Sachbearbeiter die Bedarfsabklärung uneinheitlich interpretiert wird.

Die Bedarfsabklärungen müssen auch vom verordnenden Arzt beurteilt werden. Ist in Ihrer Erfahrung dies ein sinnvolles Vorgehen, oder wäre es geradeso effizient, wenn die Spitex-Organisationen ihre eigenen Leistungen in eigener Verantwortung begründen würden?

Ich finde dies nicht. Auftraggeber für eine bestimmte Leistung muss ja letztlich der Arzt sein. Dies scheint mir immer noch der richtige Weg. Es gibt auch keine grösseren Probleme. Das Vertrauen zwischen Ärzten und Spitex ist ja vorhanden.

Bewährt sich die Aufteilung der Tätigkeiten zwischen Pflegefachpersonen und Hauspflege im Alltag, oder gibt es da noch Schwierigkeiten?

Was auffällt in den letzten Jahren, ist die enorme Zunahme der Pflegeleistungen (Bedarfsabklärung, Beratung, Behandlungspflege, Grundpflege einfach und komplex), also der für die Krankenversicherer obligatorischen Leistungen, und im Gegenzug eine Abnahme bei den Hauswirtschaftsleistungen. Wir haben in den meisten Spitex-Organisationen heutzutage interdisziplinäre Teams, die sich sehr bewährt haben. Durch die frühen Spitalentlassungen wird die Pflege immer komplexer. Die Zahl der Patientinnen und Patienten in jüngerem Alter steigt zusehends, natürlich auch die der Hochbetagten. Heutzutage ist die Hauspflege nicht dafür da, um zu putzen und zu kochen, sondern beispielsweise für das Anleiten zum Putzen und Kochen. Heute kann ein Institut billiger eine Wohnung putzen. Es findet eine Verschiebung zu Gunsten «des Manage-



ments für das Leben zu Hause» statt. Für die Hauspflegerinnen ist dies ein wesentlich anspruchsvollerer und interessanterer Job.

Gibt es für den grossen Bedarf genügend qualifiziertes Personal, oder ist mit zunehmenden Problemen zu rechnen?

Sowohl in Heimen, Spitälern als auch bei uns ist dies ein Problem. Die Situation in Baselland zeigt sich noch nicht so dramatisch, wie es zurzeit in Basel-Stadt der Fall ist. Die Smeco-Studie über den zukünftigen Personalbedarf, die von den beiden Basel in Auftrag gegeben wurde, zeigt, wie viele Leute wir in den nächsten Jahren benötigen. Dabei sind wir schon etwas bleich geworden. Wichtig ist, dass die Organisationen genügend Lehrstellen für Fachangestellte Gesundheit (FAGE) zur Verfügung stellen. Da haben wir als Spitex-Organisationen unsere Hausaufgaben noch nicht ganz erledigt. Ein weiteres Problem ist, dass die ausgebildeten FAGE sich vielfach in der höheren Pflegefachschule weiterbilden und uns dann wieder fehlen. Die Lehrlingsausbildung kostet viel. Wir haben mit beiden Regierungen verhandelt, um für die Spitex-Organisationen gewisse Anreize zur Ausbildung von Lehrlingen zu schaffen. Dazu kommt das Berufsmarketing, das wichtig ist und auch viel kostet. Das zahlen wir als Verbände selbst. Hier muss sich der Staat etwas überlegen. Das Gesundheitswesen ist immer noch «Service public», wo Kanton und Öffentlichkeit für die Ausbildung von genügend qualifiziertem Personal eine

Mitverantwortung tragen. Die Personalrekrutierung ist für uns in Zukunft eine grosse Sorge. Die Personalengpässe werden sich akzentuieren ...

... Das wären Argumente für grössere Organisationen, nehme ich an ...

... Ja, wobei es schon Lösungen mit sogenannten Ausbildungsverbänden gibt. Wir haben Beispiele im Kanton Baselland, dass Spitex-Organisationen zusammen mit Altersheimen oder zwei bis drei Spitex-Organisationen zusammen eine FAGE ausbilden. Dies ist erst noch interessanter für die Auszubildende, da sie verschiedene Organisationen kennen lernt. Das grösste Problem ist, dass genug Leute, auch von den Heimen und Spitälern, ausgebildet werden, denn die Alterspflege wird nicht nur von der Spitex erbracht.

Stehen bei der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewisse Themen im Vordergrund?

Wir haben letztes Jahr eine Fachtagung zum Thema Vernetzung veranstaltet und auch einen Vertreter der Ärztesellschaft Baselland begrüssen dürfen. Das gegenseitige Vertrauen ist da, es läuft eigentlich gut. Weil die Spitex-Organisationen kommunal organisiert sind, bieten sie uneinheitliche Leistungen an. Grundleistungen, also die pflegerischen Leistungen, werden überall gleich angeboten, aber die Rahmenbedingungen wie die zeitliche Verfügbarkeit sind unterschiedlich. Für Ärzte oder Spitälern ist es manchmal unklar,

welche Spitex-Organisation in einer bestimmten Gemeinde zuständig ist, es gibt keine zentrale Telefonnummer. Wir möchten darüber weiterhin mit Vertretern der Ärztesellschaft den regelmässigen Informationsaustausch pflegen.

Gibt es auch Tätigkeiten, die die Spitex in Zukunft vermehrt anbieten möchte?

Was sicher ein Thema sein wird, ist die ganze Frage der Prävention. Prävention macht die Spitex beispielsweise, wenn sie bei einem Besuch den Medikamentschrank öffnet und feststellt, dass dort eine bessere Apotheke gehortet wurde, oder wenn sich die Rechnungen in einem Waschkorb stapeln und sich niemand darum kümmert. Aber diese Art der Prävention ist eher zufällig. Beispielsweise gibt es im Kanton Solothurn ein flächendeckendes Projekt SOPRA mit sogenannten präventiven Hausbesuchen. Die Idee ist im Kanton Baselland auch schon aufgegriffen worden.

Von den Krankenversicherern werden im Bereich Spitex immer noch übermässige Kostenzunahmen ausgewiesen ...

... wobei die Spitex nur 2% der Gesamtkosten verursacht.

Wird dieser Anteil weitersteigen?

Der Anteil wird um so mehr steigen, je schneller die Spitälern die Patienten entlassen. Es ist aber immer noch besser und billiger als die Kosten für ein stationäres Bett. Ich möchte einen Vergleich mit den Altersheimen machen: Ein Altersheimbett kostet im Kanton Baselland jährlich rund CHF 220 000.–, und die Alterspyramide im Kanton Baselland ist so, dass wir eigentlich sehr viele weitere Betten stellen müssten. Im gemeinsamen Projekt Altersplanung hat sich gezeigt, dass man gar nicht so viele Pflegebetten finanzieren und stellen kann, sondern dass in erster Linie die Spitex ausgebaut werden muss. Wenn es dann einmal weniger Beträge gibt, ist die Spitex relativ flexibel und hat keine schwerfällige Infrastruktur. Wenn umgekehrt mehr Leistungen nachgefragt werden, muss man einfach versuchen, mehr Personal anzustellen. Wie gesagt, 2% der Gesundheitskosten sind auch mit hohen Zuwachsraten nicht sehr viel des gesamten Kuchens. Alle Politiker reden immer so schön, wie wichtig die Spitex sei und wie diese immer wichtiger werde, nur fehlen die Taten, wie etwa das ungelöste Dossier Pflegefinanzierung belegt.

Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit im politischen Bereich, besonders mit den Gemeinden?

Im Kanton Baselland hat sich der Kanton weitgehend aus den Alters- und Pflegeheimen wie auch dem Spitexbereich zurückgezogen. Wir haben ein gutes Verhältnis zum Verband der Basellandschaftlichen Gemeinden, aber auch zu anderen Leistungserbringern wie den Heimen oder der Pro Senectute. Vor zwei Jahren wurde die IG Soziales gegründet, in der alle diese Organisationen und das Rote Kreuz vertreten sind. Ohne Vernetzung könnten wir die Kosten nie senken. Wir müssen eine integrierte Behandlungskette aufbauen und nicht dreimal die gleichen Bedarfsabklärungen durch Spitex, Heim und Spital aufnehmen. Aber dahin führt noch ein weiter Weg.

Wie werden sich die speziellen Spitex-Organisationen wie Kinder-Spitex oder ambulante Onkologie- oder Psychiatriepflege entwickeln?

Das ist eine ewige Diskussion, in der man getreulich verschiedener Meinung sein kann. Es gibt grundsätzlich zwei Organisationsmöglichkeiten. Die eine sind die sogenannten Spezialdienste, wie Sie sie erwähnt haben. Diese sind eigene Organisationen und gehen mit ihren hochspezialisierten Fachleuten zu den Patientinnen und Patienten nach Hause. Es gibt andererseits die Ansicht, diese Dienstleistungen könne auch eine grössere Spitex-Organisation anbieten. Spezialisierte Spitäler, etwa das UKBB, bevorzugen für die meist medizinisch und pflegerisch komplexen Fälle jedoch die Zusammenarbeit mit spezialisierten Organisationen. Meine Meinung ist klar,

für solch spezielle Dienste braucht es eine selbständige Organisation. Denn es wäre auch für grössere Spitex-Organisationen zu teuer und zu aufwendig, genügend Personal und Fachkenntnis rund um die Uhr bereitzuhalten. Darum haben wir im Kanton Baselland die Lösung, dass die Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP) als eigene Organisation aufgestellt ist. Auch die Kinder-Spitex Nordwestschweiz mit Sitz im Kanton Solothurn für die Versorgung der Kinder und das Rote Kreuz mit dem Entlastungsdienst bei Langzeitbetreuungen sind vertraglich in den Versorgungsauftrag eingebunden.

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter synapse@emh.ch.

Das Gesundheitsprofilverfahren im Präventionskonzept für Betagte in Baselland

Dr. med. Heini Schaefer-Pegoraro,
Binningen

Unter dem Namen «Gesund Altern» hat die Gesundheitskommission BL ein Konzept für die gezielte Prävention der 65–80jährigen geplant. Es wurde zunächst in einer Vernehmlassung den im Gesundheitswesen tätigen Organisationen des Kantons Baselland vorgestellt und mit je einem Vertreter eine Arbeitsgruppe gebildet. Vier Hauptgründe haben Kommission und Arbeitsgruppe dazu bewogen, das Konzept als Vorlage an den Landrat zu überweisen:

1. Der **Anteil der Betagten** nimmt weiter zu. Bis 2045 wird sich die Anzahl der Hochbetagten (d.h. der über 80jährigen) verdreifachen. Trotz der zunehmenden Lebenserwartung nimmt nach heutiger Kenntnis die Pro-Kopf-Langzeitpflegebedürftigkeit nicht zu. Sie beträgt etwa ein Jahr für Männer und zwei Jahre für Frauen. Der Mehrbedarf an Pflegebetten beruht also nur auf der Zunahme der Betagten (gerechnet wird mit 20 APH-Betten pro 100 Hochbetagte). In $\frac{3}{4}$ der Fälle erfolgt der Eintritt aus psychogeriatrischer Indikation.

2. Der **Altersquotient** wird immer ungünstiger. Gab es 1950 noch 6 Werkstätige auf einen Pensionierten, so waren es 2006 nur noch 4. Für 2030 wird noch mit 2,5 Werkstätigen auf einen Pensionierten zu rechnen sein und 2040 noch mit 2. Da wir schon heute im Gesundheitswesen, in dem jeder 10. Werkstätige in der Schweiz arbeitet, auf einen Ausländeranteil von 40% angewiesen sind, wird eine weitere Personalaufstockung möglicherweise nicht realisierbar sein. Dies um so mehr, als die umliegenden Länder die gleichen demographischen Probleme haben wie wir.

3. Bei den über 65jährigen wurde ein ausgeprägtes **Defizit in der Vorsorge und im Gesundheitsverhalten** vom

Schweizerischen Gesundheitsobservatorium festgestellt (Eva Blozik et al. 2007). Zum Beispiel fehlten Kontrollen des Blutdrucks, des Blutzuckers, des Augen drucks etc.; oft lag ein inadäquater Impfstatus vor, und oft bestanden Ernährungs-, Bewegungs- und Genussmittelprobleme.

4. Vorhanden ist ein in der Schweiz **validiertes Präventionskonzept mit Reduktion des künftigen Pflegebedarfs und Kosteneinsparung**, das sog. Gesundheitsprofilverfahren. Nicht jedes Präventionskonzept ist auch kosteneffektiv, und leider verbessert nicht einmal jede Präventionsanstrengung die Gesundheit. Hier ist jedoch dokumentiert, dass der finanzielle Nutzen ein Mehrfaches des initial benötigten Aufwandes beträgt.

Das Gesundheitsprofilverfahren

Das Konzept wurde in zwei Studien durch Prof. Andreas Stuck, Geriatriische Universitätsklinik Bern, erarbeitet: in Santa Monica, Kalifornien 1989, und dem Projekt EIGER (the Evaluation of In-Home Geriatric-Health Visits in Elderly Residents) in der Schweiz. Ziel war es, das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, was sowohl Kosten reduziert als auch vor allem dem Wunsch praktisch aller älterer Menschen entspricht, ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit möglichst lange zu bewahren.

Die Grundidee besteht darin, zunächst Präventionsdefizite anhand eines Fragebogens mit einem computerlesbaren Raster zu erfassen, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen durch den Rechner zu ordnen und nach erprobten Algorithmen daraus erste «Computer-Empfehlungen» zu erarbeiten. Dieser persönliche Gesundheitsbericht wird unter Einhaltung aller datenschützerischer Kautelen dem teilnehmenden Betagten und seinem Hausarzt zugestellt. Der Bericht enthält konkrete Empfehlungen für das Gesundheitsverhalten und Hinweise

für weitere Massnahmen, die mit dem Hausarzt besprochen werden sollen.

Dem Hausarzt kommt somit eine Schlüsselfunktion zu. Er bespricht mit dem Pensionierten die Empfehlungen und deren Umsetzung. Entsprechend ist eines der Einschlusskriterien in das Präventionsverfahren das Einverständnis des Seniors, den Hausarzt miteinzubeziehen. Der Einwand, dass damit gerade das risikoreichste Betagtenkollektiv, das ohne eigenen Hausarzt ist, nicht erfasst wird, ist insofern nicht so relevant, als etwa 95% der Betagten in unserer Region einen Hausarzt haben.

Ausschlussgründe sind bereits etablierte stationäre Versorgung oder fehlendes Sprachverständnis auf dementieller Ebene oder wegen fehlender Deutschkenntnisse. Gänzlich fehlende Deutschkenntnisse sind bei unseren Betagten nicht so häufig, aber auch hier muss überprüft werden, ob nicht auch dieses Kollektiv besonders gefährdet ist und allenfalls mit den jeweiligen Migrantenvereinigungen spezielle Konzepte entwickelt werden müssten.

Das Projekt wird ergänzt mit Gruppenveranstaltungen und in ausgewählten Fällen mit präventiven Hausbesuchen durch speziell geschulte Gesundheitschwestern.

Der Gesundheitsbericht und die Fachberatungen geben den älteren Menschen die Möglichkeit, ihre Ressourcen und Risiken realistisch einzuschätzen. Die Fachpersonen definieren zusammen mit jedem einzelnen Teilnehmer die in-



dividuell erreichbaren Ziele für ein verbessertes Gesundheitsverhalten und eine verbesserte medizinische Prävention.

Verschiedene Kantone oder Gemeinden haben das Verfahren bereits eingesetzt (Bern: Projekt EIGER, Solothurn: Projekt «Sanaprofil», Zug: Gemeinde Walchwil). Nach den bisherigen Erfahrungen beziffert Prof. Stück die anfänglichen Mehrkosten für die ersten zwei Jahre mit je 800 Franken, gefolgt von einer jährlichen Einsparung von 2000 Franken in den kommenden Jahren.

Ausblick

Der leider kürzlich jung verstorbene Direktor der *santésuisse* Fritz Britt hatte sich für einen Ausbau der in der Schweiz stiefmütterlich behandelten Prävention engagiert. Auch dafür bewahren wir ihm ein ehrendes Andenken. Sein Nachfolger, Stefan Kaufmann, will diesen Dialog weiterführen mit dem Ziel, «Kosten zu verhindern, bevor sie überhaupt entstehen».

Die Vorlage Nr. 2007–303 soll Ende Mai im Landrat behandelt werden. Sie ist über das Internet öffentlich zugänglich

(www.baselland.ch). Bei seiner Zustimmung startet das Projekt bald in drei Pilotgemeinden.

Weitere Auskünfte kann Ihnen Frau Gabriele Marty von der Gesundheitsförderung BL geben (gabriele.marty@bl.ch) oder der Autor als Delegierter der Ärztesgesellschaft BL in der Arbeitsgruppe (heipi.schaefer@intergga.ch).

Politik

Ambulante Bedarfsplanung statt Zulassungsstopp

*Dr. Lukas Wagner,
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland*

Gleich zu Beginn möchte ich meine Leser von der Illusion befreien, Planung im ambulanten Bereich könne die Gesundheitskosten senken. Den Beweis bleibe ich Ihnen auch nicht schuldig. Die Erfahrungen mit dem Zulassungsstopp haben ihn erbracht!

Ambulante Planung ist notwendig

Dennoch ist der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland der Meinung, dass in Zukunft die ambulante Gesundheitsversorgung geplant und gesteuert werden sollte. Es ist politisch nachvollziehbar und auch im Interesse von uns Ärztinnen und Ärzten, wenn dies geschieht. Ein ungesteuerter, absolut freier Zugang zur ambulanten Praxistätigkeit könnte einerseits am Bedarf vorbei zur unnötigen Zunahme von Dienstleistungen führen, die zwar lukrativ, aber nicht unbedingt notwendig sind, andererseits könnte dies zu einem zerstörerischen Wettbewerb unter den Leistungserbringern führen. Die Förderung von Managed-Care- und Hausarztmodellen wird zwar vom Vorstand unterstützt, kann aber eine vorausschauende Planung nicht ersetzen.

Es braucht eine Nachfolgeregelung ...

Warum kommt der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland zu diesem

Schluss? Bei nicht wenigen Politikern besteht die weitverbreitete Illusion, freier wirtschaftlicher Wettbewerb führe im Gesundheitswesen zu Qualitätsverbesserung und Kostensenkung. Freier Wettbewerb führt per definitionem zur Eliminierung kostenintensiver Fälle. Dieses Prinzip hat im Gesundheitswesen absolut unethische und unsoziale Folgen. Es kann doch nicht sein, dass wir in unserem Land Schwer- und chronisch Kranke dem Goldenen Kalb des Wettbewerbs opfern! Und wenn schon freier Wettbewerb stattfinden sollte, dann müssten auch sämtliche Tarifvorschriften fallen gelassen werden. Auch das ist in der notabene obligatorischen sozialen Krankenversicherung undenkbar. Der Tarifschutz ist nach unserem politischen und demokratischen Verständnis für die Bevölkerung ein Muss.

... aber kein Kassenmonopol

Über Tarifenkungen allein kann auch nicht vernünftig gesteuert werden, weil diese nur einen marginalen Einfluss auf die Gesamtkosten haben. Sollte den Kassen am 1. Juni die sog. «Vertragsfreiheit» zugestanden werden, hätte das zwar auf die freie Arztwahl einen Einfluss, aber nicht auf die Kosten. Denn die Gesundheitskosten werden von derart vielen Faktoren beeinflusst, dass auch ein Kassenmonopol, welches massive Tarifenkungen und eine Reduktion der Zahl der Leistungserbringer und Spitäler zur

Folge hätte, nichts ändern würde. Medizinische Entwicklungen, wie z.B. die Einführung der Stents für die Herzkranzgefässe, die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht, Zuckerkrankheit, Bewegungsmangel oder die Behandlung von Knochenbrüchen mit Osteosynthese, wirken ebenso sehr auf dieses labile Gleichgewicht ein wie die Altersstruktur der Wohnbevölkerung, Migrationseffekte sowie in unserer Region die Grenzgänger.

Aus diesem Grund unterstützt der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland den Vorschlag der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaft zur Ablösung des Zulassungsstopps mit folgendem Wortlaut:

Art. 55 a KVG Massnahmen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit, der Qualität der Leistungen und der Kostenentwicklung

Die Kantone können die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, im Interesse der Versorgungssicherheit, der Qualität der Leistungen und der Kostenentwicklung steuern. Die Krankenversicherer und die Leistungserbringer sind vor dem Erlass entsprechender Massnahmen anzuhören.

Die Masernepidemie und ihre hohe Dunkelziffer

Dr. med. Niklaus Labhardt¹,
Dr. med. Markus Ledergerber²,
Dr. med. Anne Witschi, MSc¹

Aktuell sieht sich die Schweiz mit der grössten Masernepidemie seit zehn Jahren konfrontiert. Die Epidemie nahm im November 2006 im Kanton Luzern ihren Anfang und hat sich von dort aus mittlerweile in die gesamte Schweiz ausgebreitet. Zu Beginn dieses Jahres gehörte der Kanton Basel-Stadt zu den am stärksten betroffenen Kantonen. Zwischen dem 1. Januar und dem 30. April 2008 sind beim Kantonsärztlichen Dienst Basel-Stadt 87 Masernmeldungen (Arzt- oder Labormeldung) und 71 Ergänzungsmeldungen eingegangen. Die Auswertung dieser Ergänzungsmeldungen zeigt unter anderem, dass rund 17% der an Masern erkrankten Personen hospitalisiert werden mussten (Tabelle 1).

Die Epidemie betrifft mehrheitlich Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (ca. 70% aller Fälle). Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt hat jede betroffene Familie der gemeldeten Masernerkrankungen von Kindern oder Jugendlichen telefonisch kontaktiert. Neben dem raschen Abklären bezüglich eventuell notwendiger Interventionen in Kinderkrippe, Kindergarten oder Schule konnte durch direktes Nachfragen bei jedem zweiten gemeldeten Fall ein zusätzlicher, nicht gemeldeter Fall eruiert werden (siehe Abbildung 1). Von einem Masernfall wurde ausgegangen, wenn eine typische Klinik und ein direkter Link zum Indexpatienten bestand. Da nur bei Meldungen von Kindern und Jugendlichen und nur nach Erkrankungen im direkten familiären Umfeld nachgefragt wurde, ist von einer noch weit grösseren Dunkelziffer auszugehen.

Infektionskrankheiten so rasch als möglich melden – insbesondere während der Euro o8

Die rasche und zuverlässige Meldung von Infektionskrankheiten ist nicht nur von statistischer, sondern auch von epidemiologischer Relevanz. Im Falle von Masern beispielsweise können bei un-

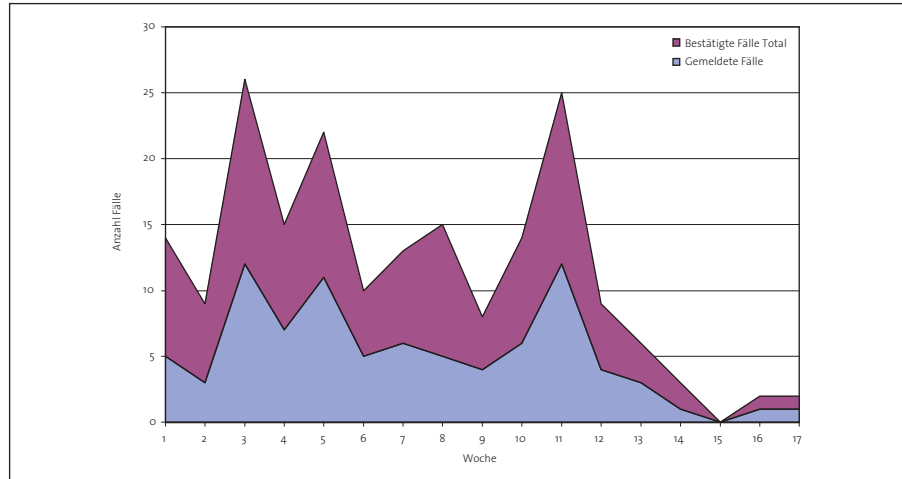


Abbildung 1. Zahl gemeldeter und Zahl bestätigter Masernfälle (gemeldete und telefonisch ermittelte Fälle) in Basel-Stadt, Januar–April 2008.

mittelbarer Meldung nicht immunisierte Personen innerhalb von 72 Stunden nach Kontakt noch nachgeimpft werden. Bei vermehrter Beobachtung von Gastroenteritiden durch einen Arzt oder eine Ärztin kann durch Meldung an den Kantonsärztlichen Dienst eine rasche Suche der Infektionsquelle erfolgen. Im Falle anderer Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel Infektionen durch Meningokokken, kommt dem Contact-tracing durch den Kantonsärztlichen Dienst besondere Bedeutung zu, um eine rasche antibiotische Prophylaxe zu gewährleisten. All diese genannten Massnahmen sind ein wichtiger Grundstein in der Prävention weiterer Ansteckungen und Eindämmung von Epidemien.

Während Grossanlässen wie der Euro o8 können grössere Ausbrüche von Masern, Durchfallerkrankungen, Meningitis oder anderen Infektionskrankheiten ein Ausmass annehmen, das unser Gesundheitssystem stark belastet. Insbesondere

den Arzt-Erstmeldungen (vor Eintreffen des Laborresultats), telefonisch oder per Fax, kommt eine grosse Bedeutung zu, da nur sie es dem Kantonsärztlichen Dienst erlauben, rasch zu reagieren und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen.

Die Liste meldepflichtiger Infektionskrankheiten sowie die entsprechenden aktuellen Meldeformulare finden sich auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) unter www.bag.admin.ch.

Weitere Informationen:

Kantonsärztlicher Dienst Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 12, 4001 Basel
Tel. 061 267 9542
Fax 061 267 9529
www.gesundheitsdienste.bs.ch
www.bag.admin.ch

- 1 Kantonsärztlicher Dienst Basel-Stadt
- 2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt

	Kinder und Jugendliche (40)	Erwachsene (31)	Total
Hospitalisationen	4	8	12
Pneumonien	3	3	6
Begleithepatitis	0	4	4
Otitis media acuta	2	0	2

Tabelle 1. In Basel-Stadt gemäss den 71 eingetroffenen Ergänzungsmeldungen aufgetretene Masernkomplikationen Januar–April 2008.

Menü für geriatrische Feinschmecker

Exklusiv für die Leser der Synapse hat Jean-Claude Wicky, Küchenchef des Alters- und Pflegeheims Blumenrain in Therwil, ein leichtes Sommermenü zubereitet. Das Nachkochen ermöglicht das nachfolgende, für vier Personen berechnete Rezept. Die Redaktion der Synapse dankt Herrn Wicky für seine spontane Bereitschaft zur Mitarbeit an dieser Ausgabe der Synapse.



Seeteufelfilet am Rosmarinzwieg im Rohschinkenmantel

30 g	Sonnenblumenöl
4 Stück	Seeteufelfilet (ca. 100–120 g pro Filet)
8 Tranchen	Rohschinken dünn
8 Zweige	Rosmarin
½	Zitrone, Saft
	Pfeffer, Salz

Zubereitung:

- Die Seeteufelfilets in der Mitte halbieren.
- Die Rosmarinzwiege waschen und die Nadeln entfernen, nur das oberste Stück stehen lassen.
- Die Seeteufelfilets der Länge nach auf den Rosmarinzwieg stecken, so dass man nur noch die obersten Nadeln sehen kann.
- Die Seeteufelfilets mit Salz und Pfeffer würzen und mit dem Zitronensaft beträufeln.
- 15 Minuten marinieren lassen.
- Den Rohschinken längswegs übereinanderfalten, um den Seeteufel einrollen und mit einem Zahnstocher befestigen.
- Das Sonnenblumenöl in einer Bratpfanne erhitzen und die Seeteufelfilets allseitig gut anbraten.
- Auf dem Risottobett anrichten.

Zitronenrisotto

2 Esslöffel	Olivenöl
240 g	Risottoreis
0,5 dl	Weisswein
7,5 dl	Gemüsebouillon
1 Stück	Zitrone
80 g	Parmesan
20 g	Butter
	Lorbeerblatt, Salz, Pfeffer

- Olivenöl in einer kleinen Pfanne erhitzen, Risottoreis dazugeben.
- Mit Weisswein ablöschen und mit der Gemüsebouillon auffüllen.
- Lorbeerblatt begeben. Mit einer Raffel wenig von der Zitronenschale abreiben und begeben. 20 Minuten leicht köcheln lassen. Saft von der Zitrone dazugeben, Parmesan und Butterflöckli darunter mischen, mit Salz und Pfeffer fertig abschmecken. Anrichten.

In der Obhut der Sprache

Zum 85. Geburtstag von Swetlana Geier

Taja Gut

«Ich habe nie daran gedacht, Übersetzerin zu werden», beteuert ausgerechnet jene Frau, die wie kaum jemand ihres Berufsstands zuvor in breiter Öffentlichkeit Anerkennung gefunden und den Sinn für Wesen und Qualität einer Übersetzung geschärft hat: Swetlana Geier, die am 26. April ihren 85. Geburtstag feiern darf. Der ganze Rummel um ihre Person, der seit ihrer Zählung von Dostojewskijs fünf «Elefanten» – der Neuübertragung seiner grossen Romane – stetig zugenommen hat, ist ihr eher peinlich: «Den besten Ruf hat eine Frau, wenn sie gar keinen hat. Die beste Übersetzung ist die, die man nicht wahrnimmt.» Zudem sieht sie sich auch ein halbes Jahrhundert nach ihrer allerersten Übersetzung und ungeachtet eines beachtlichen Werkkatalogs nicht als Übersetzerin, sondern einfach als sich selber: «Ich lebe gern, ich atme gern. Und Übersetzen ist eine Form zu atmen.» Begonnen hat Swetlana Geier einst aus reinem Interesse daran, was beim Übersetzungsprozess verlorengeht, da er allem Wortgebrauch was Trotz eben kein Übersetzen, kein blosses Umgiessen desselben Inhalts von einer Sprache in die andere ist. Heute sieht sie ein Hauptmotiv ihres lebenslangen Tuns, das sie nach wie vor nicht lassen kann, in der dem Menschen eigenen «Sehnsucht nach dem unerreichten Ideal» und anerkennt, dass es innerhalb bestimmter Grenzen möglich ist: der Grenzen der Persönlichkeit, des «Gehäuses» im umfassenden Sinne (in Anlehnung an die Darstellungen des Hieronymus im Gehäuse, ihres «Schutzpatrons»).

Sprachkraft und Intuition

Die Qualität von Swetlana Geiers Übersetzungen hat direkt mit derjenigen ihres «Gehäuses» zu tun: von Kindheit an instinktiv, später bewusst geübte Sprachkraft, souveräne, übergreifende und tiefreichende Kenntnisse sowohl der russischen wie der deutschen Literatur und Kultur, intuitives Wissen auch um deren verborgene Aspekte und geistige Beziehungen, ein Zuhause sein in beiden Sprachen, jahrzehntelange Lehr-

erfahrungen an verschiedenen Universitäten, hand- und fussfestes Im-Leben-Stehen (sie bewohnt und besorgt ein gastfreundliches Haus mit grossem Garten) und eine ungewöhnliche Arbeitsweise: Das zu übersetzende Buch liest sie so lange, bis sie es gewissermassen auswendig kennt und im Detail und als Ganzes überblickt.

Faszinierend an einem solchen langen, über lange Zeit im Verborgenen sich entwickelnden Leben bleibt das, was sich durch das Gewebe aus Fügungen, Geschick und dem, was man Zufälle nennt, allmählich herausbildet als Aufgabe, Sinn oder wie immer man es bezeichnen will. Um so mehr, wenn dieses Leben einen Zeitraum umspannt, der zu den abgründigsten der europäischen Geschichte gehört.

Hellwache Geistesgegenwart

Als einzige Tochter russischer Eltern 1923 in der Ukraine geboren und in Kiew aufgewachsen, erfuhr Swetlana Michailowna Iwanowa die verheerende Hungersnot, in die das Land getrieben wurde, und den stalinistischen Terror hautnah. Monatelang pflegte sie ihren Vater, bevor er an den Folgen der in der Haft erlittenen Folterungen starb. Der Ausbruch des Zweiten Weltkriegs verhinderte das ersehnte Studium; aus schierer Überlebensnotwendigkeit begann sie unter der deutschen Besatzung als Dolmetscherin zu arbeiten. Kurz vor der Rückeroberung Kiews durch die Sowjetarmee konnte sie mit ihrer Mutter nach Dortmund übersiedeln, wo sie in ein Ostarbeiterlager und ins Visier der Gestapo geriet. Dank einer jener wunderbaren Fügungen, an denen ihr Leben reich ist, wurde sie im letzten Moment nicht nur befreit, sondern erhielt – unvorstellbar in der damaligen Situation – einen «Fremdenpass» und ein Alexander-von-Humboldt-Stipendium. In Freiburg im Breisgau, wo sie seither wohnt, erfüllte sich so im letzten Kriegsjahr ihr grösster Wunsch: an einer deutschen Universität zu studieren. Sie heiratete noch während des Studiums, und obwohl sie dieses als ihre schönste Zeit empfand, war ihr doch bald klar, dass sie keine Universitätslaufbahn an-



Swetlana Geier, Foto: Barbara Schwanhäuser

strebte. Dennoch hat sie früh und über Jahrzehnte hin unterrichtet, was ihr auch ermöglichte, ohne finanzielle Nötigung zu übersetzen. Den ersten Versuch darin unternahm sie 1957, weil sie herausfinden wollte, was mit einem Text auf dem Weg zwischen zwei «inkompatiblen Sprachen» passiert. Damit daraus eine leidenschaftliche Profession wurde, bedurfte es wiederum einer «äusseren» Fügung. In dem biographischen Gespräch, das nun als Buch vorliegt, fiel immer wieder der Satz «Das muss doch einen Sinn gehabt haben!». Ganz abgesehen von ihren grossen Übersetzungsleistungen: Wer Swetlana Geier je in ihrem Element erleben durfte – der Sprache, der sie letztlich ihr Leben verdankt –, erfährt diesen Sinn unmittelbar. Durch ihr differenziertes, urteilssicheres und unerschrockenes Denken, ihren Witz, ihre Wärme und ihr überragendes Wissen schlägt sie jedes noch so bunt zusammengewürfelte Publikum in den Bann lebendiger Gedanken. Verfliegen ist der Eindruck einer etwas gebrechlichen älteren Dame; da ist nichts als hellwache Geistesgegenwart.

«Swetlana Geier. Ein Leben zwischen den Sprachen». Russisch-Deutsche Erinnerungsbilder, aufgezeichnet von Taja Gut. Pforte Verlag, Dornach, 2008. 198 S. mit Abb., kt., CHF 32.–