Jahresbericht 2006



Der Angehörige in der Rehabilitation

Klinik Adelheid

Zentrum für Rehabilitation
und Nachbehandlung

Der Angehörige in der Rehabilitation

Angehörigenarbeit ist auch in der Rehabilitation bereits seit längerer Zeit ein wichtiges und viel diskutiertes Thema. Im Leben eines Patienten spielen seine Nächsten eine zentrale Rolle. Das Bewusstsein dafür, dass das Wohlbefinden des Patienten wie auch der Rehabilitations-Erfolg stark davon abhängig ist, wie sicher und aufgehoben sich seine Angehörigen in der Klinik fühlen, ist im Laufe der letzten Jahre gewachsen. Die grosszügig angebotenen Besuchsmöglichkeiten, der praktisch immer gewährte Zugriff auf kompetente Fachkräfte oder der intensive Einbezug von Sozialfaktoren im Rahmen der Reha legen von dieser Entwicklung Zeugnis ab. Das Tätigkeitsfeld der interdisziplinären Rehabilitation wird im Kontext des bewussten und systematischen Dialogs mit Angehörigen und der sich daraus ergebenden Rückkoppelung der Angehörigenarbeit auf die Rehabilitation anspruchsvoller. Im Berichtsjahr wählten über 1200 Patientinnen und Patienten für ihren Rehabilitations-Aufenthalt die Klinik Adelheid aus. Hinter diesen Patienten steht eine Vielzahl von Angehörigen. Nach den ersten Tagen des Einlebens und des Sichzurechtfindens mit der neuen Situation in unserer Klinik wird das Leben im «Adelheid» zu einem kleinen und speziellen Stück Alltag für die Angehörigen. Ein Alltag, der sie wiederum vor neue Herausforderungen stellt. Wir widmen diesen Jahresbericht deshalb nicht nur all jenen, die uns – sei dies in unserer Klinik oder ausserhalb – in der Erfüllung unserer Aufgabe im letzten Jahr begleitet haben, sondern vor allem all den Angehörigen. Sie leisten einen sehr wertvollen Beitrag, damit ein Patient, der unsere Klinik wieder verlässt, erneut integriertes Mitglied und Teil einer ihm vertrauten Gemeinschaft sein kann. Dafür waren im Jahr 2006 rund 190 Mitarbeitende, entsprechend 125 Vollzeitstellen, tatkräftig im Einsatz. Dass dieser erfolgreich und im Sinne von Patienten und sicher auch Angehörigen war, zeigen die wiederum ausgezeichneten Ergebnisse der Patientenbefragung, speziell auch im neurorehabilitativen Bereich. Die Jahresrechnung schliesst dank der weiter auf 95,0% gestiegenen Auslastung wieder mit einem ansprechenden Ergebnis ab, nachdem im Vorjahr aufgrund der Unwetterfolgen erstmals ein Verlust entstanden ist. Der Anteil der Zuger Patienten war mit 42,5% wieder etwas höher. Die ganze Klinik freut sich auf den Baubeginn des geplanten, für die Strategieumsetzung unerlässlichen Anbaus. Dieser wird die dringend benötigte grössere Medizinische Trainings-Therapie (MTT), die Tages-Rehabilitation, drei Einerzimmer sowie Therapieräume für den Ausbau der neurologischen Reha beherbergen. Die Fertigstellung ist auf Herbst 2008 vorgesehen. Nach 20-jähriger Tätigkeit im Vorstand unseres Aktionärs, der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Zug, und 16 Jahren Präsidium im «Adelheid» schliesse ich meinen letzten Jahresbericht mit einem herzlichen Dank für die langjährige, von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit: an meinen engsten «Mitstreiter», Geschäftsführer Hans Asper, an die übrigen Kadermitglieder und alle Mitarbeitenden, meine Kolleginnen und Kollegen im Verwaltungsrat sowie an die kantonale Gesundheitsdirektion. Meinem designierten Nachfolger, Stefan Tobler, wünsche ich viel Freude und dem «Adelheid» weiterhin gutes Gedeihen.



Pius Lütolf
Präsident des Verwaltungsrates





Der Angehörige …

In den letzten Jahren ist die Erkenntnis gestiegen, wonach der aktive Einbezug von Angehörigen in die Gestaltung der Rehabilitation einen positiven Einfluss auf deren Verlauf haben kann. Heute wird deshalb vermehrt versucht, beim Angehörigen Kräfte zu Gunsten der Rehabilitation zu mobilisieren. Wird der Angehörige nach Massgabe seiner individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten aktiv eingebunden, macht dies die Rehabilitation insgesamt wirkungsvoller. Sie wird aber gleichzeitig für alle Beteiligten anspruchsvoller.

Nicht immer kann der Angehörige eine aktive Rolle übernehmen. Wenn Fähigkeiten oder Möglichkeiten eingeschränkt sind oder wenn seine physischen oder mentalen Ressourcen Grenzen aufweisen, kann es von Vorteil sein, dem Angehörigen eine eher passive Rolle zuzugestehen. Angehörige sind durch das Kranksein eines Familienmitgliedes oft psychisch und physisch stark belastet, ohne dass sie es selbst erkennen. Eine Einbindung in einem solchen Fall kann gar zur Belastung der Rehabilitation selbst werden.

Angehörige pendeln somit zwischen den Rollen von «Ressource» und «Beobachter». Das jeweils richtige Gleichgewicht zu finden, ist im Hinblick auf eine erfolgreiche Rehabilitation essentiell. Deshalb besteht unsere Aufgabe in erster Linie darin, den regelmässigen und systematischen Dialog zwischen Patienten, Angehörigen und den Kompetenzbereichen gezielt zu fördern. Je besser wir den Angehörigen in das Netzwerk der Rehabilitation einbinden, je besser wir seine Beiträge beobachten und verstehen, desto verlässlicher und zielgerichteter können wir die interdisziplinäre Rehabilitation des Patienten selbst gestalten.

«Der Angehörige. Er ist da. Zuerst funktioniert er einfach. Dann übernimmt er – meist zu viel – Verantwortung. Dann muss er motivieren, informieren, sich und seine Gewohnheiten seinem Partner anpassen und dabei über möglichst unbeschränkte Kraftreserven verfügen, damit beide letztlich in der Phase des ‹Danach› gut und gemeinsam leben können. Er ist Traumatologe, Informant, Motivator, Co-Therapeut, Pflegehilfe, Logistiker, Freund und Mensch in einem.»

«Sie war in den letzten Jahren in die Rolle der Angehörigen hineingewachsen, organisch und natürlich und dabei sehr stark geworden. Funktionieren, Orientieren, Sich-Definieren, Integrieren.»

Die Rolle des Angehörigen ändert sich im Laufe der Zeit. In der Akutphase «handelt» er intuitiv und organisiert den Fall. Tritt der Patient in die Rehabilitation ein, muss sich auch der Angehörige in der veränderten Situation neu orientieren. Nach einer gewissen Zeit beginnt beim Angehörigen die kritische Reflektion seiner gegenwärtigen und zukünftigen Rolle. Beim Austritt übernimmt er die Rolle des Mittlers, der dem Patienten hilft, im Alltag wieder Tritt zu fassen.

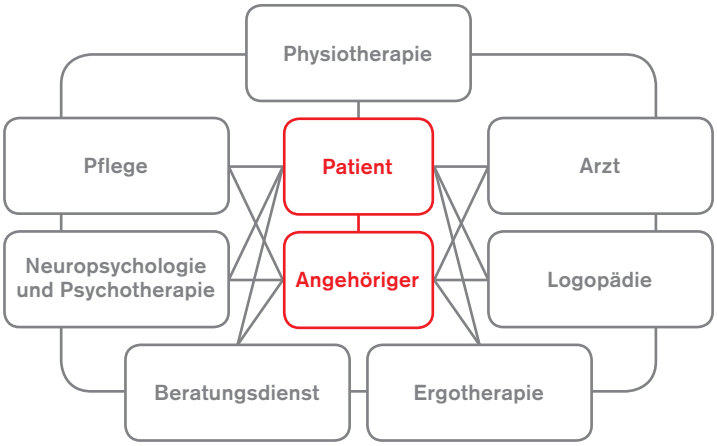


… im Kontext der interdisziplinären Fachbereiche

Jeder Patient hat eine einzigartige Geschichte. Sei dies medizinisch, sozial oder familiär. Im Rahmen der interdisziplinären Rehabilitation bündeln deshalb alle Fachbereiche systematisch ihre Kompetenzen mit dem klaren Ziel, genau diesen Patienten möglichst bald in sein vertrautes Umfeld entlassen zu können. Eine der wichtigsten übergreifenden Dialog-Plattformen, auf der wöchentlich über jeden Patienten und sein Umfeld gesprochen wird, ist der interdisziplinäre Reha-Rapport. Er findet erstmals kurz nach dem Eintritt statt. Der Reha-Rapport wird ergänzt durch Verlaufsbesprechungen im Fachkreis, durch Familiengespräche mit Angehörigen sowie durch eine Vielzahl von spontanen und organisierten Einzelgesprächen im Alltag.

Wie muss man sich die Angehörigenarbeit in den jeweiligen Fachbereichen vorstellen? Wie kann der Angehörige einen Beitrag zum Verlauf der Rehabilitation leisten? Wo bestehen Chancen und Risiken der Einbindung des Angehörigen in die einzelnen Spezialgebiete? Die nachfolgende Übersicht, gegliedert nach den Kompetenzbereichen Pflege, Therapie und Medizin, vermittelt einen ersten, nicht abschliessenden Einblick.

Interdisziplinärer Dialog mit Patienten und Angehörigen



«Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass alle immer alles über ihren aktuellen Zustand, über die Möglichkeiten und die daraus ab- und eingeleiteten Therapien wussten. Sie, die Vertreter von Medizin, Ergo, Physio, Logo, Psychologie, Pflege, redeten halt viel mit- und noch mehr untereinander, ohne uns und mit uns. Wir lernten daraus, dass Hinhören wahrscheinlich das beste Mittel ist, um im Leben voranzukommen.»

Die Qualität des interdisziplinären Dialogs ist die Grundlage für den Erfolg einer Rehabilitation. Die von Pflege, Therapie und Medizin gemachten Beobachtungen ermöglichen Rückschlüsse auf den Verlauf der Rehabilitation als Ganzes. Sie helfen dem Betreuungsteam im Umgang mit Erwartungshaltungen – auch jenen der Angehörigen.

Angehörige im Austausch mit der Pflege

Bei der Angehörigenarbeit kommt der Berufsgruppe der Pflegenden eine wichtige Rolle zu. Sie pflegen schon vom ersten Tag an den direktesten und intensivsten Kontakt zu Patient und Angehörigen. Eine der Kernaufgaben der Pflege ist es, den Angehörigen als Teil des Reha-Teams zu sehen und Bedingungen zu schaffen, die den spontanen und organisierten Dialog im Dreieck Patient-Angehörige-Pflege ermöglichen. Dabei ist es wichtig, sich mit den verschiedenen Sichtweisen auseinanderzusetzen und diese zu besprechen. Denn die Wahrnehmung der Angehörigen übt einen zentralen Einfluss auf die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit aus (Compliance).

Im direkten Austausch erhalten Pflegefachpersonen die Möglichkeit ihr Tun sicht-, fühl- und erlebbar zu machen. Dies ist für Angehörige wichtig, wollen sie doch verstehen und wissen, was konkret mit dem Patienten geschieht. Was die Anleitung von Angehörigen betrifft, so entsteht im Pflegebereich ein intensiver Transfer der in den Therapien erworbenen Fähigkeiten. Dies wiederum trägt dazu bei, dass wiedererlangte Fähigkeiten einen konkreten Alltagsbezug erhalten. Solche Fähigkeiten können zum Beispiel im Rahmen einer Wochenend-Beurlaubung im häuslichen Rahmen wieder praktisch umgesetzt werden, bevor der Patient definitiv nach Hause entlassen wird.

Untersuchungen belegen, dass die Qualität der Kommunikation einen wichtigen Einfluss ausübt, inwieweit sich Angehörige von der Pflege unterstützt fühlen. Aus Sicht der Pflege tragen Angehörige mit ihrer Präsenz und ihrem Engagement wiederum wesentlich zur Pflegequalität und zur Qualität des Reha-Aufenthaltes bei. Vor diesem Hintergrund haben nicht nur Patienten, sondern vor allem auch Angehörige ein Recht auf angemessene Unterstützung durch die Pflege.

«‹… Und Ihnen, wie geht es Ihnen, Herr Wyser?› – Ich war ziemlich überrascht. – ‹Gut, danke.› Die Schwester wusste, dass ich log, weil sie – im Gegensatz zu mir – meine Grenzen erkennen konnte. Sie waren greifbar nah.»

Dank regelmässigen Beobachtungen des Pflegefachpersonals können Defizite und psychische Probleme bei Patient und Angehörigen erkannt, diskutiert und gezielt angegangen werden.



Die Rolle des Angehörigen in der Therapie

Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation ist ein individuelles Therapieprogramm, das im Laufe des Aufenthaltes von den Fachpersonen systematisch und zielorientiert angepasst und umgesetzt wird. Je nach Krankheitsbild werden einzelne Therapie-Disziplinen unterschiedlich stark gewichtet. Therapie bedeutet für den Patienten im Kern die Arbeit im Hinblick auf die Wiedererlangung motorischer, sprachlicher, psychischer und sozialer Fähigkeiten.

Für einen Angehörigen, welcher die Therapie oft nur in der Form eines «Stundenplans» wahrnimmt, ist es hingegen schwierig, sich diese Arbeit vorzustellen. Aus diesem Grund wird er im Rahmen der Angehörigenarbeit ermutigt, Therapien zu besuchen, aktiv daran teilzunehmen und sich persönlich zu informieren. Durch die Einbindung des Angehörigen in das Gespräch mit den therapeutischen Fachdisziplinen lernt er Defizite und vor allem auch Potenziale des Patienten kennen. Durch Beobachtung und durch den direkten Kontakt mit den therapeutischen Kompetenzträgern wird dem Angehörigen somit auch geholfen, Erwartungen realistisch zu gestalten.

Wie Angehörige die Physiotherapie erleben

In der Physiotherapie erkennt der Angehörige, dass die Gliedmassen des Patienten nicht bloss bewegt werden, sondern eine gezielte Unterstützung in Bewegungsabläufen erfahren. Hirnschlag-Patienten werden zum Beispiel sehr früh nach dem Schlaganfall aus dem Bett mobilisiert. Sie werden in Grundfunktionen wie Sitzen, Stehen und Gehen, aber auch in der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Kräftigung der Muskulatur gefördert. Die kritische Auseinandersetzung mit der physiotherapeutischen Arbeit, gepaart mit gezielt geführten Informationsgesprächen mit dem Therapeuten, führen beim Angehörigen in der Regel zu einer realistischen Einschätzung des Verlaufs und der künftigen Möglichkeiten.

Angehörige im Zusammenspiel mit der Ergotherapie

Das Ziel der Ergotherapie liegt im Erreichen, Verbessern und Erhalten der grösstmöglichen Selbständigkeit bei den Tätigkeiten des Alltags. Sich waschen und anziehen, Mahlzeiten zubereiten, Hobbies oder gar den Beruf ausüben: Oft hat der Patient bereits mit den einfachsten Verrichtungen Probleme. Gerade weil sich dieser Therapiebereich mit den Dingen des Alltags befasst, bestehen zum sozialen Umfeld und zum Angehörigen selbst direkte Bezüge. Ziel der Angehörigenarbeit in der Ergotherapie ist es deshalb, das Ausmass der Unselbständigkeit einzuschätzen und zu kommu-

«Trotz alledem war sie noch immer (Tag 3!) im Rollator unterwegs, was für meinen Zeitbegriff eine Ewigkeit bedeutete. Ich war der Meinung, dass man noch mehr Therapien machen müsse, damit sie bald wieder laufen, sprechen und arbeiten könne.»

Eine realistische Einschätzung des Therapieverlaufs beinhaltet auch die Einsicht, dass ein Übermass an Therapie den Behandlungserfolg gefährden kann und Ruhepausen therapeutisch somit genauso wichtig sind. Gerade Angehörige können dies oft nicht verstehen, weshalb Aufklärung zu einer der tragenden Säulen der Angehörigenarbeit wird.

nizieren: Der Angehörige muss die Grenzen des Machbaren erkennen und verstehen, ob er den Patienten im Alltag bei der Nutzung von Hilfsmitteln wie Rollstuhl, Gehhilfen oder Spezialbestecken «nur» motivierend anleiten oder ihn physisch unterstützen soll. Der Angehörige liefert umgekehrt wichtige Informationen, wenn es um Anpassungsmassnahmen im häuslichen Bereich geht – zum Beispiel, um ein Haus rollstuhlgängig umzubauen. Diese Informationen fliessen dann wieder in die allgemeine Therapiegestaltung mit ein.

Was der Angehörige in der Logopädie lernt

Durch einen Schlaganfall oder andere hirnorganische Veränderungen kann es zu Ausfällen beim Sprechen, beim Sprachverständnis, beim Schreiben oder Lesen kommen (sogenannte Aphasie). Hier setzt der Kompetenzbereich der Logopädie an. Gerade weil Sprache über die Qualität sozialer Interaktion entscheidet, betrifft dieser Therapiebereich den Angehörigen sehr intensiv. Eine der Kernaufgaben der Logopädie besteht deshalb darin, den Angehörigen über die für den Patienten oftmals sehr belastenden Defizite zu informieren und Missverständnisse zwischen Angehörigen und Betroffenem frühzeitig anzusprechen. Es werden aber auch vorhandene Ressourcen aufgezeigt sowie Hilfsstrategien vermittelt und eingeübt, die den Austausch mit der Umwelt erleichtern. Neben dem Training der Sprach- und Sprechfunktion gehört die Beurteilung und Therapie von Schluckfunktions-Problemen zu den Aufgaben der Logopädie. Angehörige werden in diesem Bereich in der richtigen Zubereitung und Verabreichung von Speisen und Getränken angeleitet. Dies um die Gefahr des Verschluckens sowie die sich daraus unter Umständen ergebenden lebensbedrohlichen Situationen zu vermeiden.

Neuropsychologie – Über die Einbindung des Angehörigen

Die Neuropsychologie untersucht und behandelt kognitive Störungen, die aufgrund von Schädigungen oder Erkrankungen des Gehirns auftreten. Schwerpunkte sind Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit, der Befindlichkeit oder des Verhaltens, dies vor allem bei Schlaganfall-Patienten. Der Angehörige ist hier aufgrund der häufig empfindlichen Veränderungen in der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit sowie aufgrund der oft erheblichen Wesensänderung seines Nächsten selbst einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt.

«Die Erstdiagnose vom Hausarzt war niederschmetternd: Hirntumor! Drei Stunden später, es war im Spital: ‹Sie müssen raus. Alle drei Tumore sofort. Aber nicht hier bei uns.› Ihr wurden die Röntgenbilder unter den Arm geklemmt. Mir eine Beruhigungspille – unter die Zunge, ‹… damit Sie besser fahren können›.»

In Extremfällen erleiden Angehörige durch Zustände von Überforderung und Hilflosigkeit selbst sowohl psychische als auch körperliche Krankheiten. Umso wichtiger ist es deshalb, den Angehörigen nach Möglichkeit schon möglichst früh in den rehabilitativen Prozess einzubinden.



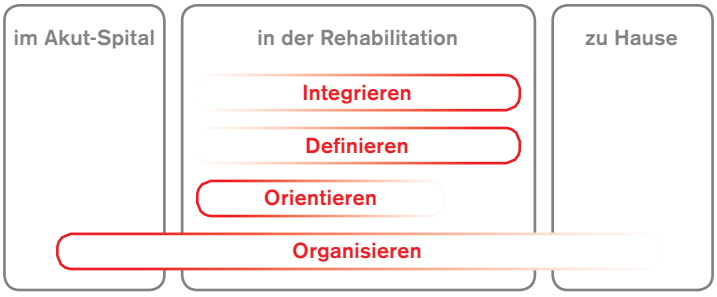
Der Angehörige als Dialogpartner der Psychotherapie

Der Fachbereich Psychotherapie befasst sich im Kern mit psychischen Reaktionen und krankheitsbezogenen Verarbeitungsprozessen von Patienten und Angehörigen. Die zum Beispiel auf einen Hirnschlag folgende psychische Reaktion reicht von Niedergeschlagenheit bis hin zur Depression. Ängste stellen sich ein: die Angst davor, im Alltag nicht mehr richtig funktionieren zu können, die Arbeit zu verlieren oder erneut einen Schlaganfall zu erleiden. Psychotherapie unterstützt sowohl Patient wie Angehörige, um die Verarbeitung des gravierenden Krankheitserlebnisses zu erleichtern und Strategien im Umgang mit der Zukunftsangst zu vermitteln.

Beratungsdienst – Entlastung für den Angehörigen

Angehörige und Patienten pflegen einen engen Kontakt mit dem Beratungsdienst bis zum letzten Tag des Reha-Aufenthaltes und unter Umständen auch in der darauf folgenden ambulanten Phase. Der Beratungsdienst hilft bei der Organisation häuslicher Versorgung oder übernimmt organisatorische Teilaufgaben, um den Angehörigen zu entlasten: sei dies eine Anmeldung bei der Spitex, die Beschaffung von Hilfsmitteln oder die allgemeine Unterstützung bei der Vorbereitung des Alltags. Der Beratungsdienst ist mit Leistungsträgern und den zuständigen Stellen bei Gemeinde und Kanton in engem Kontakt.

Die Aufgaben des Angehörigen



Organisieren: Der Angehörige übernimmt in jeder Phase organisatorische Aufgaben im Dienste des Patienten.
Orientieren: Tritt der Patient in die Rehabilitation ein, ändern sich Ansprechpartner, Zielsetzungen, Zeiträume, Erwartungen und vieles mehr. Die ersten Tage stehen für Patient und Angehörige im Zeichen des Sich-Orientierens.
Definieren: Die Beobachtung von Therapieverlauf und -erfolg ermöglicht realistische Einschätzungen hinsichtlich der Wiedererlangung von sozialen, motorischen oder psychischen Fähigkeiten des Patienten. Der Angehörige definiert seine Rolle entlang dieser Entwicklungen immer wieder neu.
Integrieren: Kurz nach dem Eintritt ins Rehabilitations-Umfeld beginnt mit zunehmender Intensität die Planung des «Danach». Der Angehörige übernimmt hier eine wichtige Funktion im Rahmen der Planung der Integration des Patienten in sein vertrautes Umfeld.

«Das Gespräch brachte uns weiter, zurück zum Anfang eines neuen Lebensabschnitts.»

Die soziale Kompetenz im Umgang mit Patient und Angehörigen, gepaart mit der administrativ-organisatorischen Erfahrung des Beratungsdienstes mit aussenstehenden Institutionen, kommt dem Angehörigen zugute. Er kann sich beim Übertritt und in der nachrehabilitativen Phase somit besser auf das Wesentliche konzentrieren.

Der Angehörige im Dialog mit der Medizin

Ärzte sind für Angehörige und Patienten direkte Ansprechpartner. Sie sind verantwortlich für die sach- und zielgerechte medizinische Betreuung und für die Koordination der rehabilitativen Behandlung aus der Gesamtperspektive. Diese Gesamtsicht über die interdisziplinäre Zusammenarbeit befähigt sie, den Behandlungserfolg des Patienten – soweit möglich – präzise einzuschätzen. Daher obliegt es ihnen auch, die Angehörigen über den Fortschritt des Reha-Prozesses aufzuklären. Eine unter Umständen heikle Aufgabe, die viel Feingefühl verlangt, zum Beispiel wenn es darum geht, über eine bleibende Behinderung, eine voranschreitende Erkrankung oder die Aussicht auf einen mehrmonatigen stationären Aufenthalt zu informieren. Doch auch auf der psychologischen Ebene ist der Arzt im Gespräch mit den Angehörigen gefordert. Im Gespräch mit ihnen muss er Mut machen und Zuversicht ausstrahlen, ohne unrealistische Erwartungen zu wecken.

«Es ist klar, dass man … hören will, was man hören will: Erfolgsgeschichten, Zeitrahmen, Zusicherungen, Positives. Ich ahnte, dass es anders kommen sollte. ‹Geben Sie uns drei Wochen Zeit, damit wir eine bessere Einschätzung der Möglichkeiten bei Ihrer Frau machen können›, sagte die Ärztin.»

Die Aufklärung des Angehörigen punkto Krankheitsbild, Behandlungsverlauf und Entwicklungschancen ist wichtig, um Patienten und Angehörigen die Bewältigung von Problemen zu erleichtern und realistische Erwartungshaltungen aufzubauen.

Die in rot angeführten Textpassagen sind Aussagen eines Angehörigen, der seine Frau nach einer schwierigen Tumoroperation begleitet und Beobachtungen macht – entlang der Rehabilitation in der Klinik Adelheid. Die Erzählung basiert auf wahren Begebenheiten, die Namen wurden geändert.

Behandelte Krankheitsbilder	Anteile Pflegetage	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen
Erkrankungen des Bewegungsapparates	54%	18.5
Schädigungen des zentralen Nervensystems	23%	37.3
Lungenkrankheiten	5%	20.1
Patienten nach Operationen oder mit mehreren sich überlagernden Krankheiten	14%	19.0
Total Rehabilitation	96%	21.2
Langzeitpflege, Nachsorge	4%	37.1

Frequenzen	Rechnung 06	Rechnung 05
Pflegetage	27 058	26 049
Allgemeine Abteilung	64.3%	65.5%
Private Abteilung	35.7%	34.5%
Bettenzahl	78	76.4
Bettenbelegung	95.0%	93.5%

Erfolgsrechnung (in TCHF)	Rechnung 06	Rechnung 05
Personalaufwand	14 099	13 554
Übriger Aufwand, inkl. a.o. Aufwand	4 565	5 023
Total Aufwand	18 664	18 577
Pflege-, Behandlungs- und Aufenthaltstaxen	14 076	13 648
Übriger Ertrag, inkl. a.o. Ertrag	4 697	4 700
Total Ertrag	18 773	18 348
Jahresergebnis	110	–229

Personal	Rechnung 06	Rechnung 05
Personal (per 31.12.)	195	186
Anzahl Stellen (Durchschnitt)	125	122

Bilanz per 31.12.2006 (in TCHF)	Aktiven	Passiven
Liquidität	571	
Forderungen	2 911	
Vorräte	154	
Transitorische und diverse Aktiven	432	
Kreditoren		955
Transitorische und diverse Passiven		2 354
Eigenkapital		759
	4 068	4 068

Impressum

Konzept:
Loepfe & Partner
Zug

Gestaltung:
Tricom AG
Zürich

Fotos:
Michael Sieber
Gattikon

Druck:
Victor Hotz AG
Steinhausen

Trägerschaft
Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Zug
Monika Gisler-Locher, Präsidentin

Verwaltungsrat
Präsident: Pius Lütolf
Mitglieder: Monika Gisler-Locher, Dr. Gerhard Pfister, Dr. med. Hans Peter Rentsch, Guido Speck, Dr. Werner Widmer, Mechtild Willi Studer

Klinikleitung
Geschäftsführer: Hans Asper
Leiterin Pflegedienst: Ursula Fischer
Chefarzt: Dr. med. Ralph Sutter

Medizin Neurologie/Internistisch-Postoperativ
Chefarzt: Dr. med. Ralph Sutter
Leitender Arzt: Dr. med. Markus Pöttig

Medizin Muskuloskelettal
Chefarzt: Dr. med. Thomas Langenegger
Oberarzt: Dr. med. Stefan Hummler

Medizinische Dienste
Medizinische Diagnostik: Martha Herzog
Beratungsdienst: Jolanda Aschwanden

Therapeutische Dienste
Leitung: Esther Kramer
Physiotherapie: Esther Kramer
Ergotherapie: Susanne Reinhart
(Neuro-)Psychologie: Markus Maggi
Logopädie: Eliane Erni
Ernährungsberatung: Franziska Staub
Komplementärmedizin: Urs Gruber

Pflegedienst
Leitung: Ursula Fischer
Bettendisposition: Marco Kaiser
Stationsleiterin Ebene 2: Nada Matic
Stationsleiterin Ebene 3: Trudi Andres
Stationsleiterin Ebene 4: Katy Pauli
Pflegeentwicklung: Heidi Zimmermann Heinrich
Ausbildungsverantwortliche: Germaine Bollschweiler

Logistik
Leitung: Hans Asper
Hotel: Regula Rogenmoser
Küche: Gerold Hinger
Finanzen und Administration: Jürg Schälchli
Technischer Dienst: Edi Meier

Leistungsprogramm der Klinik Adelheid

Die Klinik Adelheid ist die Rehabilitations- und Nachbehandlungsklinik des Kantons Zug. Betreut werden Patienten mit folgenden Krankheitsbildern:

- Erkrankungen des Bewegungsapparates (muskuloskelettale Krankheiten)
- Schädigungen des zentralen Nervensystems (neurologische Krankheiten, vorwiegend bei Patienten, die nicht mehr im Arbeitsprozess stehen)
- Lungenkrankheiten (pulmologische Krankheiten)
- Patienten nach Operationen oder mit mehreren sich überlagernden Krankheiten (postoperative/internistische Krankheitszustände)

Die Klinik betreut mit einer beschränkten Anzahl Betten Patienten der kantonalen Nachsorge.

Klinik Adelheid AG
Postfach 466
Höhenweg 71
6314 Unterägeri
Telefon 041 754 30 00
Fax Ärztlicher Dienst 041 754 36 64
Fax Verwaltung 041 754 35 69

info@klinik-adelheid.ch
www.klinik-adelheid.ch

Klinik Adelheid
Zentrum für Rehabilitation und Nachbehandlung