



arkadis

begleiten beraten bewegen

Jahresbericht 2015

*Angebote im Bereich Wohnen,
Arbeit und Freizeit, Therapie
und Beratung für Menschen mit
Unterstützungsbedarf.*

Sich permanent kritisch hinterfragen

Auch im vergangenen Jahr hat die Stiftung Arkadis ihre vielfältigen und teilweise durchaus komplexen Dienstleistungen systematisch und kritisch hinterfragt. Dabei ging es einerseits um die Optimierung respektive Vereinfachung unserer Tätigkeiten, andererseits darum zu überprüfen, welche Dienstleistungen in welchem Umfang überhaupt angeboten werden sollen. Richtschnur bildete jeweils der Anspruch an eine hohe Qualität unserer Dienstleistungen.

Inhaltsverzeichnis

- 02-03 Sich permanent kritisch hinterfragen
- 04-07 Interessensvertretung in der Stiftung Arkadis
- 09-12 Methodenvielfalt in der Heilpädagogischen Früherziehung
- 14-15 Einblicke – die Wohnschule der Stiftung Arkadis
- 16-19 Demenz bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung
- 20-24 Interview mit Dr. Marino Urbinelli
- 26-28 Zahlen 2015
- 30 Kontakt
- 31 Stiftungsrat und Geschäftsleitung



*Dr. Daniel Menzi,
Präsident des Stiftungsrates*

Unsere Klientinnen und Klienten sind Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf. Seien dies Kinder und Jugendliche, die bei uns eine Therapie besuchen, Erwachsene mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die bei uns wohnen und/oder arbeiten, oder Menschen, die im Rahmen unserer Mütter- und Väterberatung oder der Familienberatung unsere Dienste in Anspruch nehmen. Es ist uns ein Anliegen, dass sie von der Stiftung Arkadis professionell und kompetent begleitet und beraten werden. Durch die konsequente Ausrichtung

unserer Dienstleistungen auf die Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten ist es unabdingbar, dass wir permanent überprüfen, ob wir diese Bedürfnisse auch wirklich optimal abdecken. Wir haben sämtliche sogenannten Kernprozesse, also die Erbringung unserer Dienstleistungen, im Detail reflektiert und in geeigneter Form festgehalten. Dasselbe wurde auch für die sogenannten Führungsprozesse (zum Beispiel Verbesserungsmanagement, Personalplanung oder Qualitätsmanagement) und Supportprozesse (zum Beispiel Personaladministration, Finanz- und Rechnungswesen) gemacht. Ein Aufwand, der bereits Früchte trägt, konnten dadurch doch ineffiziente Arbeitsschritte ausgemerzt, Synergien genutzt und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen intensiviert

sowie grundsätzlich die Prozesse verschlankt werden. Damit können wir der im Jahre 2018 angestrebten ISO 9001-Zertifizierung – eine international anerkannte Qualitätsmanagement-Norm – mit Zuversicht entgegenblicken.

Neben diesen kontinuierlichen Verbesserungen sind wir aber auch in der Vorbereitung für innovative Projekte im 2016. Unter anderem werden wir die barrierefreie Website Arkadis+ lancieren. Barrierefrei bedeutet, dass auch Menschen mit Behinderungen sich auf der Website zurechtfinden und die Funktionen nutzen können. Dies allein würde den Anspruch auf Innovation natürlich noch nicht erfüllen. Der Umstand jedoch, dass die Inhalte, sprich Texte, Bilder, Piktogramme, Sprachinhalte et cetera von unseren Klientinnen und Klienten und

deren Bezugspersonen erarbeitet und gepflegt werden, hingegen schon. Wir sind sehr gespannt auf das Resultat und auch etwas stolz, dass wir damit die Inklusion und die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft weiter voranbringen können.

Projekte wie diese – aber auch die Erbringung nicht kostendeckender Dienstleistungen – können wir nur dank der finanziellen Unterstützung durch unsere treuen Gönnerinnen und Gönner, Stiftungen oder Legate realisieren. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für das uns entgegengebrachte Vertrauen!

Interessensvertretung in der Stiftung Arkadis

Die Stiftung Arkadis hat sich in ihrer Strategie 2014–2018 neben der Erbringung von Dienstleistungen auch der sogenannten Interessensvertretung verschrieben. Wir wollen uns demnach gegenüber Behörden und anderen relevanten Akteuren für die Interessen von Menschen



Dr. Dagmar Domenig, Direktorin

mit einer Behinderung, Entwicklungsbeeinträchtigung oder -gefährdung einsetzen. Darüber hinaus wollen wir die Aufmerksamkeit und Akzeptanz für bestimmte, für unsere Zielgruppen relevante Themen in der Öffentlichkeit sowie in der politischen und medialen Arena erhöhen. Und wir wollen uns nicht nur generell gegen Diskriminierung von Anderssein und Verschiedenheit einsetzen, sondern auch dafür stark machen, dass Menschen mit einer Behinderung nicht nur in Organisationen des Behindertenbereichs sondern auch des Gesundheitsbereichs professionell, respektvoll und menschenwürdig begleitet und behandelt werden.

Unsere Kernaufgabe, nämlich die Erbringung von Dienstleistungen für bestimmte Zielgruppen kann aber der Interessensvertretung

auch entgegenstehen. Dann nämlich, wenn unsere Dienstleistungen innerhalb bestimmter vorgegebener institutioneller Strukturen erbracht werden, die mit dem Engagement für die Interessen unserer Zielgruppen eben gerade auch verändert werden sollen. Ein Widerspruch? Ich denke nicht. Wenn wir uns dafür einsetzen, dass beispielsweise Menschen mit Behinderungen auch *ausserhalb* unserer Organisation oder nur mit einer punktuellen Unterstützung durch uns leben können, dann kann das zwar zur Folge haben, dass wir weniger interne Plätze besetzen können und dementsprechend auch Arbeitsplätze von Mitarbeitenden abbauen müssen. Doch unser Stiftungszweck beinhaltet, dass wir unsere Klientinnen und Klienten fördern, begleiten und unterstützen, und nicht, dass wir die Institution

oder Teile davon als solche erhalten sollen, wenn diese den Anliegen der Betroffenen nicht mehr entspricht.

Wahlrecht und institutionelle Öffnung

Gemäss Artikel 19 Absatz a der 2014 von der Schweiz endlich ratifizierte UNO-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sollen «Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben», und nicht verpflichtet sein, «in besonderen Wohnformen zu leben». Das soll und kann jetzt aber nicht bedeuten, dass alle Institutionen im Behindertenbereich aufgelöst und einer anderen Nutzung zugeführt werden müssen. Vielmehr geht es darum, dass Menschen mit Behinderungen *wählen* können, wo sie leben wollen. Dieses Wahlrecht setzt

voraus, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt.

Auch wenn es immer mehr Menschen mit Behinderungen gibt, die ein selbstständiges Leben ausserhalb einer Institution führen (wollen), ist der Wechsel von einer gemeinschaftlichen, institutionellen in eine individuelle Lebensform nicht für alle Menschen gleichermaßen geeignet, zumal hier einer oft damit verbundenen Isolation zuerst auch Massnahmen der gesellschaftlichen Öffnung und Teilhabe entgegengesetzt werden müssten. Umgekehrt kann das gemeinschaftliche Leben im institutionellen Rahmen erst dann eine echte Alternative dazu sein, wenn die Institution Teil eines lebendigen Quartiers ist, fließende Grenzen zwischen Aussen und Innen bestehen und nachbarschaft-

liche Initiativen den gegenseitigen Kontakt unterschiedlichster Menschen fördern.

Wir sind bestrebt, unsere Institutionen nach aussen hin zu öffnen und Inselwelten weder aufrechtzuerhalten noch zu begünstigen. Inklusion bedeutet in dem Sinne



auch, dass Menschen mit Behinderungen nicht in die sogenannte normale Welt *integriert* werden *müssen*, sondern dass deren (nicht nur, aber auch institutionellen) Lebenswelten als wichtiger Bestandteil *inklusiv* also innerhalb und nicht ausserhalb der Gesellschaft verortet werden.

Voraussetzung für eine Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist demzufolge eine gesellschaftliche Öffnung für deren Anliegen, deren Anderssein und Verschiedenheit. Ziel der UN-BRK ist es daher gemäss Artikel 8 Absatz a zur *Bewusstseinsbildung* beizutragen und zwar insofern, als dass *das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen* geschärft und die *Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde* gefördert wird. Dabei sollen gemäss Artikel 8 Absatz b «Klischees,

Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschliesslich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen» bekämpft werden. Dieser Punkt erscheint mir mindestens ebenso zentral wie die Öffnung unserer Institutionen und die Bereitstellung unterschiedlicher Wohnformen. Denn letztlich prägen Ausgrenzungsformen und Missachtung von Menschenwürde und Respekt die Lebenswelt von Menschen mit Behinderungen meist mindestens so stark wenn nicht gar stärker als ihre Wohnform.

Fachtagungen, Fachpublikationen, Forschung

Die Stiftung Arkadis leistet im Rahmen ihres strategischen Auftrags der Interessensvertretung unter anderem mit ihren jährlichen na-



tionalen Arkadis-Fachtagungen und den daraus entstehenden Fachpublikationen einen Beitrag zur Bewusstseinsbildung. 2015 sind die ersten beiden Publikationen in der Reihe «Teilhabe und Verschiedenheit» im Seismo Verlag erschienen. Beide Bücher greifen mit *Migration* und *Medien* aus der Perspektive von Behinderung aktuelle Themen auf, die sich gegen Diskriminierung von Verschiedenheit und für die Achtung von Menschenwürde stark machen.

Die Stiftung Arkadis setzt sich aber auch ganz konkret gegen unterschiedliche Diskriminierungsformen ein, so zum Beispiel an den Schnittstellen von Behindertenorganisationen und Spitälern. Eine – durch das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen finanziell

unterstützte – explorative Studie wurde 2015 in Zusammenarbeit mit der Universität Genf durchgeführt, deren Ergebnisse nun ausgewertet und darauf basierende Empfehlungen in einer Broschüre im Sommer 2016 allen Interessierten zugänglich gemacht werden sollen. Es zeigt sich bereits jetzt, dass Schnittstellenproblematiken aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der vielen bei einem Spitaleintritt, Spitalaufenthalt und Spitalaustritt beteiligten Akteure zu Unsicherheiten, Unklarheiten und Aktivitäten führen, die nicht immer im Interesse der Menschen mit Behinderungen sind.

Ich bin überzeugt, dass Behindertenorganisationen nicht nur Dienstleistungen erbringen, sondern auch Interessensvertretung betreiben

sollten. Denn wir wissen oder haben zumindest eine Vorstellung darüber, welche Themen an der Front wirklich brennen, was die Bedürfnisse unserer Zielgruppen sind und welche Wege uns den Zielen der UN-BRK näherbringen könnten. Doch selbstkritisch muss hier auch gleich noch angemerkt werden, dass unser WIR leider noch nicht genügend im WIR der Betroffenen selbst abgestützt ist. Hier müssen wir noch weitere Anstrengungen hinsichtlich Partizipation und Mitsprache unternehmen, damit wir nicht an den Bedürfnissen unserer Zielgruppen vorbeihandeln, sondern uns mit ihnen gemeinsam für deren Interessen einsetzen.



Methodenvielfalt in der Heilpädagogischen Früherziehung

Kundenorientierung ist in der heutigen Managementsprache ein Schlüsselbegriff. Wahrzunehmen, wo unser Gegenüber steht und was es braucht, ist zwingend, wenn wir wollen, dass unsere Dienstleistungen sich bewähren. Therapeutisches Arbeiten ist ohne Kundenorientierung gar nicht denkbar. Um erfolgreich therapeutisch arbeiten zu können, muss sorgfältig eruiert werden, worin das Problem besteht, worauf aufgebaut werden kann und



*Dr. Regula Enderlin, Bereichsleiterin
Therapie und Beratung*

welches die Ressourcen sind – in unserem Falle jene des Kindes, der Familie oder des Umfeldes.

Jedes Kind, jede Familie bringt eine ganz spezifische Frage- oder Problemstellung mit. Die Kunst ist es, diese präzise zu erfassen. Ich bin seit einem Jahr Bereichsleiterin Therapie und Beratung in der Stiftung Arkadis. Seither war ich in vielen Therapiestunden zu Gast. Es ist spannend, mitzuerleben, was unsere Therapeutinnen wahrnehmen und benennen können. Wahrnehmung braucht Schulung, braucht Kategorien, in welche Beobachtungen eingeordnet werden können. In einer Physiotherapiestunde stellte ich vor kurzem fest, dass ich bei der Erfassung des Bewegungsablaufs eines krabbelnden Kleinkindes hängen blieb, währenddem es unserer Therapeutin gelang, mit

Hilfe von Berührungen dem Kind während seiner Bewegung die entscheidenden Impulse zu geben, um das Bewegungsmuster günstig zu beeinflussen. Das ist nur möglich, wenn man erkennt, wo genau das Problem liegt und wo angesetzt werden kann, um ein eingeschliffenes Muster zu verändern.

Auch in den heilpädagogischen Disziplinen hängt der Erfolg davon ab, wie gut es den Therapeutinnen gelingt, die Problematik und die Ressourcen in allen ihren Facetten wahrzunehmen und in der Zielsetzung und Methodenwahl darauf einzugehen. Je mehr ich weiss, desto mehr nehme ich wahr. Je mehr Methoden mir zur Verfügung stehen, desto eher kann ich in einer gegebenen Situation hilfreich intervenieren, so dass die Entwicklung günstig beeinflusst wird.

Auch im Jahr 2015 haben im Heilpädagogischen Dienst der Stiftung Arkadis verschiedene Mitarbeitende kürzere oder längere Weiterbildungen absolviert. Zwei Therapeutinnen, die eine umfassendere Weiterbildung absolviert haben, möchte ich hier vorstellen. Beides sind sehr erfahrene Therapeu-



tinnen mit einem an Erfahrung und Wissen gut gefüllten Rucksack. Claudia Alpinice hat eine Weiterbildung in *Sensorischer Integration (SI)* die andere, Rosi Franzen, eine zur *Marte Meo-Methode* absolviert. Der Fokus dieser beiden Methoden und seine Bedeutung für die heilpädagogische Früherziehung seien hier kurz und knapp umrissen.

Vorab einige Gedanken zu Marte Meo: Im Frühbereich ist die Zusammenarbeit mit den Eltern ein oder vielleicht der zentrale Faktor. Die Kinder verbringen im frühen Alter fast den ganzen Tag mit ihnen. Ohne sie zu Hilfstherapeutinnen und -therapeuten machen zu wollen, hat ihr Verhalten und ihr Verständnis für das Kind doch einen immensen Einfluss auf die Entwicklung ihres Kindes. So war die Motivation von Rosi Franzen, als

sie sich für eine Weiterbildung in der Marte Meo-Methode entschied, neue Impulse für einen starken und wirksamen Einbezug der Eltern in ihrer Arbeit zu erhalten. Marte Meo ist eine videounterstützte Beratungsmethode, mit dem Ziel, die Kompetenzen der Eltern zu stärken. Im Zentrum steht die Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind. Die Methode hilft zu erkennen, was das Kind bereits kann, welches der nächste Entwicklungsschritt ist und welche Verhaltenselemente der Eltern dem Kind helfen, sich seinen Möglichkeiten entsprechend zu entwickeln.

Die Marte Meo-Methode arbeitet mit der Kraft des Bildes. Aus Videosequenzen wird eine kurze Szene oder gar ein Standbild ausgewählt, die das angestrebte Verhalten gut dokumentiert. Wenn die Eltern in

der Videosequenz die Wirkung ihrer Intervention auf ihr Kind beobachten können, prägt sich das bei ihnen ein und es wird im Alltag leichter abrufbar. Marte Meo bedeutet wörtlich «aus eigener Kraft». Oder anders ausgedrückt: Entwicklung kann dann gelingen, wenn bei den bereits vorhandenen Fähigkeiten angesetzt wird. Nach diesen gelungenen Momenten wird in den gefilmten Sequenzen gesucht. Durch die Diskussion darüber, können sich die Eltern ihrer bereits vorhandenen Fähigkeiten bewusst werden. Dies gibt ihnen Vertrauen und die Motivation diese Verhaltens-elemente vermehrt in ihrem Alltag auszuprobieren. Der Grundsatz dahinter lautet: *Mehr vom Guten*. Die Videosequenzen helfen den Eltern, ihr Kind und ihre Interaktion mit dem Kind präziser wahrzunehmen. Frau Franzen entscheidet sich für

die Arbeit mit Marte Meo, wenn sie die Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kindern ins Zentrum ihrer Arbeit stellen will oder sie die Eltern in ihrem Selbstbewusstsein, in ihrem Vertrauen auf ihre Fähigkeiten stärken will.

Die *Sensorische Integration (SI)* wurde bekannt als Zusatzausbildung für Ergotherapeutinnen. Heute wird dieser Ansatz auch von anderen Disziplinen wie der Logopädie oder der Heilpädagogischen Früherziehung genutzt. Die Sensorische Integration kommt bei Kindern mit einer Wahrnehmungsstörung zum Einsatz. Das können beispielsweise Probleme mit dem Gleichgewicht, oder auch Schwierigkeiten in der Verarbeitung von taktilen (mit Hilfe des Tastsinns) oder propriozeptiven (Wahrnehmung von Körperbewegung und



-lage) Reizen sein. In der Therapie geht es darum, dem Kind gezielt Sinnesreize zu vermitteln. Die gute Verarbeitung und Integration von Sinneseindrücken führt zu einer verbesserten Körperwahrnehmung. Dies ermöglicht es den Kindern, dass sie sich sicherer und angepasster bewegen können. Das ist auch die Basis zu erfolgreichen Problemlösungsstrategien. Entsprechend arbeitet unsere Therapeutin Claudia Alpinice nur bei jenen Kindern nach der Methode der Sensorischen Integration, bei denen sie eine Wahrnehmungsproblematik erkennt, welche aber in Kombination mit Fragestellungen auftritt, in denen sie als Heilpädagogische Früherzieherin gefordert ist. Durch die Weiterbildung in Sensorischer Integration wurde sie dafür sensibilisiert, eine Wahrnehmungsproblematik als solche

zu erkennen. Die Weiterbildung hat aber auch einen starken Einfluss auf den Aufbau ihrer Therapiestunden. So beginnt Frau Alpinice heute ihre Therapiestunden konsequent mit dem Bewegungsteil. Die Schulung der eigenen Körperwahrnehmung, die sie mit dem Bewegungsteil verbindet, fördert die Fokussierung und bringt Ruhe in das therapeutische Setting. Grosses Gewicht legt Claudia Alpinice auch darauf, dass sie bei diesen Kindern das gewählte Thema innerhalb einer Therapiestunde abschliessen kann und es am Schluss der Stunde ein Erfolgserlebnis hat. So prägt sich diese positive Erfahrung dem Kind stärker ein und gibt ihm Selbstvertrauen, auf dem es weiter aufbauen kann.

Im Rahmen von Teamsitzungen tauschen sich unsere Therapeutinnen

regelmässig untereinander aus. Sie informieren einander über Ansätze und Erkenntnisse, die sie in Weiterbildungen erhalten haben. In Interventionen besprechen sie ausgewählte Situationen und diskutieren über therapeutische Ansätze, die im beschriebenen Kontext hilfreich sein könnten. So profitieren alle von den im Team vertretenen methodischen Ansätzen.



Einblicke – die Wohnschule der Stiftung Arkadis

Mit der Wohnschule bieten wir im Bereich Wohnen eine massgeschneiderte Dienstleistung für erwachsene Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung oder einer Lernbehinderung. Ziel der Ausbildung ist es, die Absolventinnen und Absolventen auf eine möglichst selbstbestimmte und ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechende Wohn- und Lebensform vorzubereiten. Dabei kann es sich um eine eigene Wohnung mit oder ohne Begleitung, eine Wohngemeinschaft oder eine Aussenwohngruppe in einer Institution handeln.

An zwei Schulnachmittagen pro Woche arbeiten die Wohnschülerinnen und Wohnschüler an den unterschiedlichsten Themen im lebenspraktischen Bereich aber auch an ihren persönlichen Zielen. Die

Dauer der Ausbildung ist in der Regel auf drei Jahre festgelegt, kann aber je nach persönlicher Entwicklung auch kürzer oder länger sein. Die Wohnschülerinnen und Wohnschüler arbeiten während der Ausbildung zu einem reduzierten Arbeitspensum ausserhalb der Wohnschule.

Voraussetzungen, um die Ausbildung absolvieren zu können, sind Volljährigkeit; das Ziel selbststän-

diger zu werden; die Bereitschaft, während der Schulzeit in einer Gruppe zu leben und ein externer Arbeitsplatz, mit der Möglichkeit einer Pensumsreduktion.

Wir haben ein paar Stimmen eingefangen:

Es macht mir riesigen Spass in der Wohnschule.

Martina K., 22 Jahre,
seit 1,5 Jahren in der Wohnschule

Ich möchte etwas lernen.

Sadina K., 19 Jahre, seit 3
Monaten in der Wohnschule

Mir gefällt es gut in der Wohnschule, der Schulungsteil gefällt mir besonders.

Ursula D., 50 Jahre, seit 1 Jahr in der Wohnschule

Ich bin in der Wohnschule, weil ich selbstständig wohnen möchte.

Larissa F., 29 Jahre, seit 6 Monaten in der Wohnschule

Das Treppenhaus putzen und den Kehricht raus bringen mache ich nicht so gerne.

Martina K., 22 Jahre, seit 1,5 Jahren in der Wohnschule

Ich gehe gerne einkaufen und koche gerne. Ich schaue auch gerne zu meiner Wäsche.

Beatrice G., 43 Jahre, seit 2,5 Jahren in der Wohnschule

Ich mag alles, alle Aufgaben, die zu erledigen sind.

Martina P., 20 Jahre, seit 1 Jahr in der Wohnschule

Meine liebsten Aufgaben sind die Küche und das Wohnzimmer zu putzen.

Martina K., 22 Jahre, seit 1,5 Jahren in der Wohnschule

Demenz bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Eine Herausforderung auch für die Stiftung Arkadis

In unterschiedlichen Wohnformen und in den Tagesstätten der Stiftung Arkadis leben und arbeiten Menschen aller Altersstufen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Unsere Mitarbeitenden beobachten eine Entwicklung, welche verstärkt auf demenzielle Erkrankungen bei einem Teil dieser Menschen hinweist.



Markus Maucher,
Bereichsleiter Schärenmatte



Pius Schürch,
Bereichsleiter Sonnenblick

Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, entstand 2014 eine spezielle Wohngruppe. In der Folge wurde ein Fachkonzept entwickelt und eine Fachstelle «Demenz und Behinderung» eröffnet. Der Beizug eines Facharztes wurde unumgänglich, und gehört mittlerweile zu unserem fixen Angebot. Diese fachliche Herausforderung betrifft sowohl unseren Bereich *Schärenmatte – Wohnen und Ateliers* als auch den Bereich *Sonnenblick – Wohnen und Freizeit*. Die nachfolgenden Fachbeiträge beziehen sich deshalb auf sämtliche Wohnangebote der Stiftung Arkadis.

Im folgenden Beitrag schildert Claudia Hermann, Fachfrau Be-

treuung und Leiterin des Ressorts «Demenz und Behinderung» der Stiftung Arkadis, wie sich Demenz bei Menschen mit Behinderungen auswirkt.



Diagnose und Symptome einer Demenzerkrankung

Durch den medizinischen Fortschritt und eine verbesserte Betreuung, Pflege und Förderung haben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine deutlich höhere Lebenserwartung als früher. Das hat zur Folge, dass auch bei diesen Menschen alle Formen der Demenz immer häufiger auftreten. Im Unterschied dazu erkranken Menschen mit Trisomie 21 deutlich häufiger an einer dementiellen Erkrankung. Auffällig ist, dass diese



Claudia Hermann,
Leiterin Ressort «Demenz und Behinderung»

Entwicklung bei Menschen mit Trisomie 21 schon in jüngeren Jahren (zwischen 30 und 50 Jahren) beginnt. Aus diesem Grund ist der Anteil von Menschen mit Trisomie 21 auf der Wohngruppe für Menschen mit Demenz überdurchschnittlich hoch.

Eine Demenzerkrankung wird mittels der Differenzialdiagnose gestellt. Das heisst, alle anderen in Frage kommenden Krankheiten, wie zum Beispiel Parkinson oder eine Depression, werden systematisch ausgeschlossen. Für die Diagnose einer Demenz sind die gängigen Tests oft nicht anwendbar. Deshalb wird bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein angepasstes Screeningverfahren angewandt. Dabei handelt es sich um standardisierte Tests zur Überprüfung und Dokumentation

kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeiten. Das wiederholte Abfragen (bereits vor Ausbruch der Demenzerkrankung) der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Dokumentation der beobachteten Verhaltensänderungen können Hinweise auf jene Einschränkungen geben, welche auf eine dementielle Erkrankung schliessen lassen.

Typische Symptome einer Demenz¹:

- **Einschränkungen der Merkfähigkeit**

Oft ist dies das erste Symptom, das den Betroffenen und ihren

¹ In Anlehnung an Aussagen aus dem Buch von Gusset-Bährer, Sinikka, (2013), *Demenz und geistige Behinderung*, München: Reinhardt, 48-58.

Angehörigen auffällt. Eine Störung der Merkfähigkeit kann sich darin äussern, dass die Betroffenen Schwierigkeiten haben, sich an Ereignisse des Vortages zu erinnern. Sie haben dabei nicht nur

Mühe, die Erinnerung abzurufen, sondern die Ereignisse scheinen niemals stattgefunden zu haben. In Gesprächen haben sie Mühe, nicht den Faden zu verlieren.

- **Störung der räumlichen Orientierung**

Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, haben manchmal selbst in vertrauter Umgebung Mühe, sich zu orientieren. Sie suchen das Badezimmer oder die Toilette. Mit der Zeit erkennen sie weder ihr eigenes Zimmer noch die Möbel darin.

- **Störung des Zeiterlebens**

Die Wochentage, der Monat aber auch das Kalenderjahr und die Jahreszeiten bringen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, oft durcheinander. So kann es vorkommen, dass sie im Hochsommer

unbedingt winterliche Kleidung anziehen wollen, obwohl sie in der Vergangenheit saisonal angepasst gekleidet waren.

- **Einschränkung praktischer Fähigkeiten**

Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, verlieren zunehmend die Fähigkeiten, Alltagstätigkeiten ihren Ressourcen entsprechend auszuführen. So sind sie beispielsweise nicht mehr in der Lage, die Jacke oder das Hemd richtig zuknöpfen. Oder sie tragen unterschiedliche Schuhe, ohne es zu bemerken.

- **Störungen der Sprache**

Ein häufiges Symptom ist die Vereinfachung der Sprache. Der Wortschatz nimmt ab. Die Sätze werden kurz und einfach. Oft ist es auch so, dass Betroffene lange nach dem



richtigen Wort suchen müssen, oder sie benutzen Beschreibungen, indem sie für *Kamm* «das für die Haare» sagen.

• **Motorische Störungen**

Motorische Störungen betreffen den ganzen Körper und können zu Geh- und Gangunsicherheit führen, was die Sturzgefahr erhöht. Motorische Einschränkungen werden jedoch häufig zuerst bei der Mundmotorik beobachtet. Kau- und Schluckstörungen können zu einer erschwerten Nahrungsaufnahme führen.

• **Störung des inneren Antriebes**

Viele Betroffene neigen dazu, sich zurückzuziehen und Herausforderungen zu meiden. Sie beschäftigen sich nicht mehr mit ihren Hobbys oder vernachlässigen ihren Freundes- und Bekanntenkreis. Oft ist es

so, dass sie sich auch an Diskussionen und Gesprächen nicht beteiligen und so wirken, als seien sie nur physisch präsent.

• **Schwankende Gefühlslage**

Die Stimmung kann manchmal unvermittelt umschlagen, ohne dass dafür ein Grund ersichtlich wäre. Dabei sind alle Stimmungslagen zwischen euphorisch-glücklich und niedergeschlagen-traurig möglich. Sehr belastend wird es für die nähere Umgebung, wenn ohne erkennbaren Anlass, die Stimmung in aggressives Verhalten umschlägt. Auch Angstzustände vor kleinen und kleinsten Begebenheiten, sowie misstrauisches Verhalten machen das Zusammenleben oft schwierig.

• **Epileptische Anfälle**

Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und einer Demenzer-

krankung können plötzlich epileptische Anfälle auftreten.

Die Kenntnisse dieser Symptome sind die Voraussetzung, Verhaltensänderungen zuzuordnen und fachgerecht darauf zu reagieren. Dabei muss beachtet werden, dass die beschriebenen Symptome zu den bereits bestehenden Einschränkungen der kognitiven, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung hinzukommen, was eine eindeutige Zuordnung erschwert.

Interview mit Marino Urbinelli

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie

Neben der fachlichen Unterstützung der Mitarbeitenden durch die Ressortleitung «Demenz und Behinderung» ist es unerlässlich eine Fachperson für geronto-psychiatrische Themen herbeizuziehen. Die Stiftung Arkadis arbeitet mit Dr. Marino Urbinelli zusammen, mit dem das folgende Interview geführt wurde.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Demenz: Wie lange kennt man dieses Thema?

Folgende Bemerkung möchte ich vorwegnehmen: Geistige Behinderung ist keine Krankheit, sondern eine Entwicklungsstörung. Die Betroffenen haben angeborene oder sehr früh erworbene andauernde Hirnfunktionsstörungen in

bestimmten neuronalen Netzwerken. Daraus resultieren anhaltende kognitive Beeinträchtigungen. Ursachen für kognitive Beeinträchtigungen sind vielfältig, wie zum Beispiel verschiedene Demenzformen, Schädel-Hirn-Trauma, Hirnschlag, schwere psychische Störungen, Alkoholismus und Verwirrheitszustände. Obwohl der Begriff «geistige Behinderung» nicht optimal ist und kritisiert wird, gibt es aus meiner Sicht noch keinen zufriedenstellenden Alternativbegriff. Um die oben genannten Ursachen für eine kognitive Beeinträchtigung auszuschliessen, die eben nicht einer Entwicklungsstörung entsprechen, bevorzuge ich deshalb die Bezeichnung «geistige Behinderung».

Nun zurück zu Ihrer Frage: Im Jahr 1961 war die Lebenserwartung von Menschen mit einem Down-Syndrom circa 20, heute erfreulicherweise weit über 60 Jahre. Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung nähert sich zwar immer mehr derjenigen der Gesamtbevölkerung an, dennoch setzt bei ihnen der Alterungsprozess deutlich früher ein und gerade das Alter ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Eintreten einer Demenzentwicklung. Dies erklärt den Anstieg der Demenzerkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In den letzten 15 Jahren konnte sich die Medizin zunehmend mit diesem Themenbereich beschäftigen. Studien der



Dr. Marino Urbinelli

letzten Jahre zeigen eine gewisse Wirksamkeit der Antidementiva bei Alzheimer-Demenz mit Trisomie 21. Antidementiva sind Medikamente, welche die Symptome einer Alzheimer-Demenz lindern können. Das wohl bekannteste ist Aricept®.

Wie hoch ist der Anteil von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und einer Demenz im Vergleich zur Gesamtzahl der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung?

Bei geistig behinderten Menschen besteht ein beschleunigter Alterungsprozess. Auch der Schutzfaktor Bildung ist vermindert wirksam. Geistig behinderte Menschen sind kognitiv benachteiligt und die jetzige ältere Generation erhielt verglichen mit heute eine ungenügende Frühförderung. Ein Demenzsyndrom findet sich bei Menschen

mit geistiger Behinderung bei circa 10 % der über 50-jährigen und bei circa 20 % der über 65-jährigen. Bei Menschen mit Down-Syndrom findet sich sogar fast bei 60 % der über 60-jährigen ein Demenzsyndrom.

Spricht man bei einer Demenzerkrankung von Behandlungserfolgen und Heilung oder gibt es das nicht?

Der Begriff Demenz ist ein Oberbegriff. Die Forschung kennt heute über 70 verschiedene Demenzformen. Bei einer sich rasch entwickelnden Demenzerkrankung müssen behandelbare Ursachen ausgeschlossen werden wie zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen, Medikamente, Alkoholismus, Vitaminmangel und Depressionen. Diese akuten Demenzsyndrome können somit be-

handelt werden. Chronisch-fortschreitende Demenzerkrankungen wie die Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz oder frontotemporale Demenzformen sind nicht heilbar. Gewisse belastende Symptome dieser fortschreitenden Demenzen können jedoch durch gute Betreuung und Medikamente gelindert werden. Die Medikamentengruppe der Antidementiva kann durch die Stabilisierung bestimmter Botenstoffe im Gehirn gewisse Symptome der Alzheimer-Demenz lindern und das Fortschreiten der Erkrankung etwas abbremsen.

Was weiss man über die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz und insbesondere bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

Menschen mit einer fortschreitenden Demenzerkrankung haben grundlegende Bedürfnisse nach

Geborgenheit, Liebe, Trost, Bindung, angemessener Beschäftigung und Bewegung. Können die Betreuungspersonen diesen Bedürfnissen im Verlaufe der Krankheit Rechnung tragen, so erhöht das die Lebensqualität.

Welche Bedeutung kommt dem Umfeld zu?

Im Verlaufe der Erkrankung werden Demenzerkrankte zusehends vom Umfeld abhängig. Sie benötigen Betreuung, Pflege und Fürsorge. Ein gutes Umfeld gibt ihnen Beziehungsqualität, Pflege, Stütze und Halt. In fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wird die Betreuung und Pflege zu einem 24-Stunden-Job. Ein *demenzfreundliches* Umfeld, sei es zu Hause oder in einer Institution, ist eine Zone des maximalen Komforts für den Demenzerkrankten. Die Bedeutung

des Umfelds nimmt somit mit zunehmendem Krankheitsstadium zu.

Ist Fachpersonal für die Begleitung von Menschen mit Demenz und kognitiver Beeinträchtigung notwendig?

Bereits in frühen Stadien der Demenzerkrankung sollte das Betreuungspersonal, ob Angehörige zu Hause oder in einer Betreuungs- und Pflegeeinrichtung, über Verlauf, Bedürfnisse des oder der Erkrankten, Behandlungsoptionen und mögliche Begleitsymptome Bescheid wissen. Gute Kenntnisse der Demenzform geben Sicherheit im Umgang mit der erkrankten Person. In späteren Stadien nehmen die Anforderungen derart zu, dass nur gut ausgebildete Mitarbeitende eine umfassende und professionelle Betreuung gewährleisten können. Das Thema Demenz wird

in der Aus- und Weiterbildung heilpädagogischer Berufe eine zunehmende Bedeutung erhalten.

Welche Rolle fällt den Angehörigen und der Rechtsvertretung zu?

Erkrankt eine Person im Alter an einer Alzheimer-Demenz, wird sie nach und nach ihre Selbstständigkeit verlieren. Diese Person benötigt eine zunehmende Unterstützung durch die Angehörigen. Die Demenz wird demnach auch als «Krankheit der Angehörigen» bezeichnet, da sie nicht selten mehr leiden als der oder die Betroffene selbst. Die Angehörigen müssen auf ihre psychische Gesundheit achten. Bei einer geistig behinderten Person sind die Angehörigen und die rechtlichen Vertreter von Anfang an die wichtigsten Bezugspersonen. Zusammen mit der betreuenden Institution sind sie für

die Versorgungssicherheit und ein hohes Mass an Selbstbestimmung verantwortlich. Erkrankt eine geistig behinderte Person an einer Demenz, sollten die Angehörigen und Rechtsvertreter in den Abklärungsprozess miteinbezogen werden. Es sollte mit ihnen gemeinsam ein angepasstes Betreuungs- und Behandlungsprozedere erarbeitet werden. Die kompetente Information und Zusammenarbeit mit den Angehörigen kommen den Betroffenen sehr zugute.

Kann man aus der Demenzforschung bald neue Ergebnisse erwarten?

Die Alzheimer-Demenz wird intensiv erforscht, denn die Entwicklung eines wirksamen Medikaments stellt eine epochale Herausforderung dar. Es gibt nämlich berechtigte Kritik an der bisherigen

Amyloid-Hypothese. Neue klinische Studien lassen Zweifel an dieser Eiweissablagerungs-Hypothese aufkommen. Diese besagt, dass Beta-Amyloid zwischen den Nervenzellen abgelagert wird und dort zu sogenannten Plaques verklumpt. Diese Proteine docken an Nervenzellen der grauen Substanz an, stören ihre Funktion und lassen sie schliesslich absterben. Frühere Studien haben auch gezeigt, dass eine bei Menschen applizierte Anti-Amyloidtherapie die Plaques zwar abbauten, aber den Krankheitsprozess trotzdem nicht aufhalten konnte. Zudem führten die ersten Impfstoffe zu schweren Nebenwirkungen. Die Forschung fokussiert sich mangels Alternativen weiterhin auf eine Immuntherapie, um diese Proteine aus der grauen Substanz zu entfernen. Moderne Technologien versprechen neue

und verträgliche Antikörper gegen Beta-Amyloid-Moleküle.

Welche Ursachen gibt es für die hohe Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit Trisomie 21 an Demenz erkranken?

Bei der Trisomie 21 lassen sich ganz ähnliche Veränderungen in der grauen Substanz der Hirnrinde wie bei der Alzheimer-Demenz erkennen. Beim Down-Syndrom besteht eine Verdreifachung des Chromosoms 21. Das Gen des Vorläuferproteins des Amyloids liegt auf dem Chromosom 21. Durch die Verdreifachung des Gens werden auch mehr Vorläuferproteine codiert und produziert. Diese vermehrte Proteinbildung führt zu den typischen Beta-Amyloid-Ablagerungen. Die Alzheimer-Demenz tritt bei Menschen mit Down-Syndrom deshalb häufiger und bis zu 20–30 Jahre

früher als bei der Allgemeinbevölkerung auf.

Welchen Herausforderungen müssen sich Institutionen für Menschen mit Behinderungen aus Ihrer Sicht in Zukunft stellen, wenn es um die Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Demenz geht?

Mitarbeitende in Institutionen sollten für mögliche demenzielle Entwicklungen sensibilisiert werden und Screeningverfahren durchführen können. Regelmässige Screenings sollten bereits ab dem 35. Lebensjahr erfolgen. Aufmerksame, geschulte und langjährige Bezugspersonen können den Abbau der Leistungsfähigkeit oder andere Persönlichkeitsveränderungen bemerken. Qualifizierungsmassnahmen für Mitarbeitende, um frühzeitig Symptome einer Alzhei-

mer-Demenz erkennen zu können, sind somit von grosser Bedeutung. In späteren Demenzstadien müssen die Erkrankten beispielsweise in eine demenzgerechte Wohngruppe mit mehr pflegerischen Ressourcen umplatziert werden.

Dieses Interview mit Dr. Urbinelli wurde schriftlich geführt. Wir danken ihm herzlich für diesen Beitrag.



Betriebsrechnung Sparten

	Geschäftsstelle		Sonnenblick		Schärenmatte		Therapie und Beratung	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014
ERTRAG								
Ertrag aus erbrachten Leistungen	40	27	4 295	4 081	8 502	8 749	5 432	4 828
Spenden, Erbschaften, Legate	224	248	0	0	2	16	0	0
Ertrag aus Zuwendungen	224	248	0	0	2	16	0	0
TOTAL ERTRAG	264	275	4 295	4 081	8 505	8 764	5 432	4 828
AUFWAND								
Personalaufwand	1 279	1 380	2 503	2 460	6 427	6 498	4 134	4 241
Anlagenutzung gesamt	208	97	1 094	686	1 198	735	229	218
Übriger Betriebsaufwand	400	306	363	388	507	489	240	197
TOTAL BETRIEBSAUFWAND	1 887	1 783	3 960	3 535	8 132	7 722	4 603	4 656
BETRIEBSERGEBNIS	- 1 623	- 1 508	335	546	373	1 042	829	172
Liegenschaftserfolg	176	174	0	0	0	0	0	0
Finanzerfolg	6	7	0	0	0	0	0	0
Ausserordentlicher, einmaliger oder perioden-fremder Ertrag	10	3	5	0	0	0	0	0
DECKUNGSBEITRAG SPARTE	- 1 431	- 1 324	340	546	373	1 042	829	172
Umlage Geschäftsstelle, Liegenschaften	2 044	1 748	- 593	- 640	- 982	- 1 041	- 826	- 563
ERGEBNIS vor Zuweisung / Entnahme	365	425	- 253	- 94	- 609	1	3	- 390
Zuweisung								
Zuweisung (-) / Entnahme (+) zweckgeb. Fonds	- 34	0	23	2	11	4	9	12
Zuweisung (-) / Entnahme (+) freie Fonds	16	0	260	1	500	0	0	0
Zuweisung (-) / Entnahme (+) Gewinnvortrag ASO/VSA	0	0	- 58	14	98	- 5	- 44	0
Zuweisung (-) / Entnahme (+) freies Kapital	- 347	- 425	28	77	0	0	32	378

Betriebsrechnung gesamt

	2015	2014
ERTRAG		
Ertrag aus erbrachten Leistungen	18 319	17 723
Spenden, Erbschaften, Legate	228	272
Ertrag aus Zuwendungen	228	272
TOTAL ERTRAG	18 547	17 995
AUFWAND		
Personalaufwand	14 771	14 889
Anlagenutzung gesamt	2 877	1 877
Übriger Betriebsaufwand	1 603	1 465
TOTAL BETRIEBSAUFWAND	19 251	18 231
BETRIEBSERGEBNIS	- 704	- 237
Liegenschaftserfolg	188	188
Finanzerfolg	6	7
Ausserordentlicher, einmaliger oder perioden- fremder Ertrag	17	3
ERGEBNIS vor Zuweisung / Entnahme	- 494	- 39
Zuweisung		
Zuweisung (-) / Entnahme (+) zweckgeb. Fonds	9	- 34
Zuweisung (-) / Entnahme (+) freie Fonds	16	- 16
Zuweisung (-) / Entnahme (+) freie Fonds Erneuerung	760	0
Zuweisung (-) / Entnahme (+) Gewinnvortrag ASO/VSA	- 4	8
Zuweisung (-) / Entnahme (+) freies Kapital	- 287	81

Zahlen in CHF 1000

Bilanz per 31.12.2015

	2015	2014
AKTIVEN		
Flüssige Mittel und kurzfristig gehaltene Aktiven	9 828	11 703
Forderungen aus Leistungen	2 606	2 063
Übrige kurzfristige Forderungen	5	5
Vorräte und nicht fakturierte Dienstleistungen	27	18
Aktive Rechnungsabgrenzung	103	219
Total Umlaufvermögen	12 569	14 009
Immobilie Sachanlagen	17 992	17 549
Mobile Sachanlagen	476	331
Immaterielle Anlagen	182	236
Total Anlagevermögen	18 651	18 116
TOTAL AKTIVEN	31 220	32 125

	2015	2014
PASSIVEN		
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	402	641
Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten	158	149
Passive Rechnungsabgrenzung	257	302
Total kurzfristiges Fremdkapital	818	1 092
Langfristige verzinsliche Verbindlichkeiten	8 563	8 663
Rückstellungen	330	368
Total langfristiges Fremdkapital	8 893	9 031
Erlösfonds	96	105
Total zweckgebundene Fonds	96	105
Einbezahltes Kapital	194	194
Erarbeitetes freies Kapital	18 397	18 110
Gewinnvortrag ASO/VSA	837	833
Freie Fonds	325	341
Freie Fonds Erneuerung	1 660	2 420
Total Organisationskapital	21 413	21 898
TOTAL PASSIVEN	31 220	32 125

Zahlen in CHF 1000



OLTEN

Geschäftsstelle

Stiftung Arkadis
Aarauerstrasse 10
4600 Olten
Telefon 062 287 00 00

Heilpädagogischer Dienst / Medizinisch-therapeutischer Dienst

Aarauerstrasse 10, 4600 Olten
Telefon 062 287 00 00

Familienberatung

Aarauerstrasse 55, 4600 Olten
Telefon 062 287 50 50

Mütter- und Väterberatung

Aarauerstrasse 55, 4600 Olten
Telefon 062 296 08 45/44

Schärenmatte – Wohnen und Ateliers

Höhenstrasse West 20, 4600 Olten
Telefon 062 287 00 50

Sonnenblick – Wohnen und Freizeit Sekretariat

Von Roll-Strasse 1, 4600 Olten
Telefon 062 287 72 50

Sonnenblick Wohngruppen / Aussenwohngruppen

Hardfeldstrasse 37, Martin-Disteli-
Strasse 54 und 105, 4600 Olten
Telefon 062 287 00 82

Bachweg 23,
Martin-Disteli-Strasse 89, 4600 Olten
Telefon 062 287 00 99

Wohnschule

Hardfeldstrasse 33, 4600 Olten
Telefon 062 287 72 60

Bildungsclub / Freizeitclub

Martin-Disteli-Strasse 89, 4600 Olten
Telefon 062 287 72 52 / 079 360 73 52

BREITENBACH

Ergotherapie

Fehrenstrasse 12, 4226 Breitenbach
Telefon 061 781 28 33

Heilpädagogische Beratungs- und Behandlungsstelle

Fehrenstrasse 12, 4226 Breitenbach
Telefon 061 781 32 54

Psychomotorik-Therapie

Bodenackerstrasse 9, 4226 Breitenbach
Telefon 061 781 31 50

Physiotherapie für Kinder und Jugendliche

Fehrenstrasse 12, 4226 Breitenbach
Telefon 061 781 35 65

STIFTUNGSRAT

Dr. iur. Daniel Menzi*, Lostorf, Präsident
 Sandra Näf-Frei*, Olten, Vizepräsidentin
 Kurt Baumgartner*, Kappel
 Walter Jäggi, Fulenbach
 Urs Knapp*, Olten
 Dr. med. Priska Kruker, Lostorf
 Siv Lehmann, Olten
 Beat Loosli, Starrkirch-Wil
 Beat Nützi, Wolfwil
 Edi Stuber, Olten

*auch Mitglieder des Stiftungsratsausschusses

GESCHÄFTSLEITUNG

Direktorin

Dr. Dagmar Domenig

Bereichsleitungen

Dr. Regula Enderlin, Therapie und Beratung
 Markus Maucher, Schärenmatte – Wohnen und Ateliers
 Pius Schürch, Sonnenblick – Wohnen und Freizeit

Stabsleitungen

Jeanette Aegerter, Finanzen und Administration
 Monika Odermatt, Human Resources
 Urs Schäfer, Marketing und Kommunikation

Wir sind Mitglied von



www.insos.ch

Die Stiftung Arkadis ist ein Dienstleistungszentrum für Erwachsene mit einer Behinderung, primär mit einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder cerebralen Bewegungsstörung, die privat oder in unserer Institution leben. Weiter sind wir Fachzentrum für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen inklusive ihrem Umfeld, Entwicklungsbeeinträchtigung oder -gefährdung sowie mit einem besonderen gesundheitlichen oder sozialen Unterstützungsbedarf. Über 270 Mitarbeitende begleiten, betreuen und fördern nahezu 1650 Klientinnen und Klienten jährlich und setzen sich für deren Inklusion in unsere Gesellschaft ein. Unsere Leistungen richten sich primär an unsere Zielgruppen im Kanton Solothurn, mit einem Schwerpunkt im unteren Kantonsteil.

Unsere Leistungen sind nicht vollumfänglich von der öffentlichen Hand gedeckt. Mit einer Spende erweisen Sie uns einen wichtigen und wertvollen Dienst.

Sie können uns auch mit einem Legat unterstützen. Gerne senden wir Ihnen die entsprechenden Informationen zu.

Sämtliche Details zur Stiftung Arkadis finden Sie auch unter www.arkadis.ch.

Spendenkonto: 46-5000-6

Stiftung Arkadis
Aaraustrasse 10
4600 Olten
Telefon 062 287 00 00
Fax 062 287 00 16
arkadis@arkadis.ch
www.arkadis.ch

arkadis
begleiten beraten bewegen