



Lebenshorizont Alter



12

Pflege
Betreuung **Wohnen**
im Alter

Editorial



Jürg Kruger

Psychische Erkrankungen

Die statistische Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, ist ebenso hoch, wie die an Krebs. Unsere Gefühlswelt wird jedoch bei einer seelischen Erkrankung anders berührt, weil sie mit den sogenannten «Schatten» des Lebens zu tun hat.

Eine psychische Erkrankung zwingt einen Menschen oft dazu, unwillkürlich seine Verhaltensgrenzen zu überschreiten, welche die Gesellschaft mit ihren allgemeinen Normen festlegt. Dies zu spüren, löst Angst aus – Angst vor dem Unbekannten und Ungezügten in uns und dem Verlust der Selbstkontrolle.

Als Mitarbeitende eines Wohn- und Pflegeheimes für Senioren befinden wir uns zusammen mit den Angehörigen täglich im Spannungsfeld von verschiedenen Krankheitsbildern. Kommen ausgeprägte psychische Diagnosen und Verhaltensformen im Verlauf der bereits bestehenden Krankheit dazu, so kann sich dies zeitweilig für die Betreuenden wie für das soziale Umfeld bis zur Hilflosigkeit belastend auswirken. Der Spannung und dem Unergründlichen dieser Verhaltenskrisen möglichst lange aus- und standzuhalten, Erholung sowie Lösungen für den betroffenen Mitmenschen zu finden, darin liegt jeweils die grosse Herausforderung. Droht die psychische Episode zu eskalieren, so macht aus Erfahrung ein psychiatrisches Konsilium oder ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik Sinn.

Wissen und Antworten gegenüber diesen auffälligen Krankheitsbildern zu erhalten bedingt, dass die Betreuenden ihr Fachverständnis in der Gerontopsychiatrie immer wieder festigen und ergänzen. So entstand die Zusammenarbeit mit Fritz Jost, Psychiatriepfleger und Berufsschullehrer im Gesundheitswesen. Mit ihm führten wir einen Weiterbildungsschwerpunkt zum Thema **Alterspsychiatrie** durch.

Diese Informationsbroschüre basiert im Wesentlichen auf dem Inhalt dieser verschiedenen Weiterbildungsmodulen. Sie soll Einblick in das Thema Alterspsychiatrie vermitteln ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu haben. Es ist uns jedoch ein Anliegen, mit Ihnen unsere Erkenntnisse und die verschiedenen Spannungsfelder zu teilen.

Vielen Dank für ihre Freundschaft

Noch nicht lange besteht eine regelmässige Zusammenarbeit mit dem ZSO Zivilschutz Region Kirchbergplus. Diese Dienstleistung gab unserem Aktivitätenprogramm einen besonderen Schwung, ermöglicht sie uns doch, nichtalltägliche Ausflüge (z.B. Kinobesuch, Dählhölzli und Gurten in Bern) mit 1:1 Betreuung zu unternehmen. Gerne bedanken wir uns bei dieser Gelegenheit bei allen örtlichen und regionalen Gruppen, Vereinen, Schulen und Kirchen, die mit grosser Offenheit und Interesse regelmässig auf uns zukommen, oder wir sie für eine Unterhaltung anfragen dürfen. Für uns Möslaner haben solche Momente einen hohen sozialen und kulturellen Wert und bereiten uns jederzeit grosse Freude. Herzlichen Dank für ihren Besuch im vergangenen Jahr.

«Es kommt nicht darauf an,
was man im Leben erreicht,
sondern wen.»

Sophie Rosentreter

Freude und Begabung im Umgang mit jungen Menschen, die alt geworden sind Dies soll auch in Zukunft unser aller Credo sein, an dem wir beständig arbeiten und uns einsetzen wollen.

So gehört einmal mehr ein grosser Dank unserem Freiwilligen-Team, das sich in den folgenden Diensten regelmässig zur Verfügung stellt: Cafeteria, Singen, Jass- und Spielgruppe, Hundetherapie, Fahr- und Besucherdienst. Sie alle unterstützen unsere Arbeit massgeblich und bringen mit ihrem Besuch und Menschsein Farbe in den Mösl-Alltag. Vielen Dank, wir schätzen ihr Engagement sehr.

Ebenso liegt mir viel daran, dem ganzen Mösl-Team, der Geschäftsleitung wie dem Stiftungsrat ein herzliches «Merci vilmal» auszusprechen. Mich freut ihr Engagement, ihre Verbindlichkeit und ihr Durchhaltevermögen, besonders auch in Krisensituationen.

Jürg Kruger, Heimleitung



Alterspsychiatrie

Gerontopsychiatrie

Der Begriff *Alterspsychiatrie* wird oft gleichbedeutend verwendet mit *Gerontopsychiatrie* oder *Psychogeriatric*. Es handelt sich um eine Subspezialität der Psychiatrie, die sich mit seelischen Problemen bei alten Menschen beschäftigt.

Die offensichtliche Zunahme der seelischen Störungen im Alter beruht vor allem auf folgenden Faktoren:

- Zunahme der über 65-jährigen, speziell der über 80-jährigen Menschen
- Multi-(Poly-)morbidity
- Sozialmedizinisch wichtige Krankheitsursachen wie:
 - Verlust an Selbständigkeit (kognitive Defizite, Mobilitätseinbusse)
 - Fehlernährung
 - Isolation (Immobilität, Vernachlässigung, Vereinsamung)
 - Verlusterlebnisse (und zwar auf allen Ebenen: Tod des Lebenspartners, Wohnungsauflösung, Behinderungen, Verlegungen)
 - Finanzielle Notsituationen

Sämtliche Formen des psychischen Erlebens kranker Menschen lassen sich prinzipiell in unterschiedliche und komplexe Ausprägungsformen zuordnen. Dabei ist immer zu bedenken, dass es sich bei den Ausprägungsformen um eine Vereinfachung handelt, und dass es fließende Übergänge gibt zwischen den einzelnen Diagnosen. Man unterscheidet:

Psychogene Störungen

Ursachen:

Reaktionen auf Umweltereignisse des entwicklungsgeschichtlichen Lebens, wie frühkindliche Konflikterlebnisse, Belastungen bei schwerer körperlicher Diagnose, belastende Stresssituationen, Tod nahestehender Person, chronische Krankheit, traumatische Erlebnisse

Diagnosen:

- Angst- und Zwangsstörungen
- Affektive-reaktive Depression
- Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, Essstörungen, Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen
- Hypochondrie usw. (früher Neurosen)

Endogene Psychosen

Ursachen:

- Noch unbekannte Ursachen, vermutlich Veränderungen von chemischen Substanzen im Gehirn
- Psychosoziale sowie genetische Faktoren spielen eine wichtige Rolle. Eine Vererbung ist möglich

Diagnosen:

Verschiedene Formen der Schizophrenien, Paranoia, Mischpsychosen, affektive Psychosen, endogene Depressionen, bipolare Psychosen, Manie

Organische Psychosen

Ursachen:

Körperliche Erkrankungen, die das Gehirn sekundär in Mitleidenschaft ziehen. Sie sind teilweise reversibel (heilbar). Hirnschädigungen wie: Cerebralklerose, Verletzungen, Hirnentzündung, Blutungen im Gehirn, Vergiftungen und Hirntumore

Diagnosen:

Akut exogener Reaktionstyp, Aphasie, Gedächtnisausfall, Hemiplegie, Parkinsonismus, Alzheimerdemenz, Creutzfeld-Jakob und Picksche Demenz, Chorea Huntington. Eine Vererbung ist möglich

Delir, Depression und verschiedene Demenzformen

Das Delir, die Depression und die verschiedenen Demenzformen sind in unseren Informationsbroschüren 3, 4 und 7 thematisiert und werden in diesem Bericht nicht behandelt. Bei Interesse sind diese Berichte erhältlich.

Psychose

Der historische Begriff *Psychose* (= Geisteskrankheit) bezeichnet im klinischen Alltag eine seelische Störung irgendwelcher Art, die für das psychosoziale Umfeld bzw. den Laien nicht mehr einfühlbar geworden ist: Die Wirklichkeit des direkt Betroffenen ist in den Augen unseres gesunden Menschenverstandes *verrückt*. Eine seelische Krankheit von psychotischem Ausmass bedeutet demgemäss auf jeden Fall sowohl für den direkt Betroffenen wie sein Umfeld eine enorme Be-



Elisabeth Jörg



Hanni Fritz





lastung. Mit anderen Worten: Der Begriff *Psychose* betont vor allem das Ausmass (*wieviel*) und weniger die Art und Ursache (*was, warum*) einer psychischen Erkrankung, welche dann gemäss Erscheinungsbild näher beschrieben und diagnostisch erfasst werden muss. Der Ausdruck *psychotisch* ist rein beschreibend gemeint und besagt, dass mindestens eines der folgenden Symptome vorliegt: Wahnideen, Halluzinationen, zerfahrenes Denken oder eine schwere psychomotorische Störung (Katatonie).

Altersparanoia (Wahnsyndrom)

(Sekundärsymptome zur Demenz)

Wahn ist schwer definierbar und es bestehen fließende Übergänge zu normalen seelischen Empfindungen. Eine mögliche Definition kann lauten: *Wahn ist eine krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Realität, welche durch Erfahrung nicht korrigierbar ist und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Meinung der gesunden Mitmenschen steht.* Wahn heisst also Wissen, kein Vermuten, Gewissheit ohne Zulassen von Zweifeln. Wahn ist *unkorrigierbare* Überzeugung.

Eine Wahnsymptomatik ist meistens mit schizophrenen (bei Jüngeren) oder hirnorganischen Störungen, wie Sekundärsymptome der Demenz oder Morbus Parkinson (bei Älteren) assoziiert.



Therese Mathys und Gertrud Egli



Klara Siegenthaler

Auffälligkeiten und Symptome

Antrieb:

Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen (meist akustische)

Stimmung:

Oft ängstlich, misstrauisch, seltene Heiterkeit

Vitalität:

Tendenz zu aggressivem Verhalten

Therapiemöglichkeiten

Eine Therapie ist schwierig. Wegen eingeschränkter Urteilsfähigkeit und Gedächtnisstörungen kann der wahnhaft kranke Patient seine Meinung nicht hinterfragen und wird immer wieder in seiner falschen Meinung bestärkt, er werde benachteiligt, hintergangen, verfolgt oder bestohlen. Eine Krankheitseinsicht fehlt. Die Therapie mit Neuroleptika kann aber auch hier Linderung der Symptomatik bringen.

Halluzinationen

Halluzinationen entstehen durch Sehstörung, Austrocknung, Demenz, Entzugsdelir, Depression oder durch Antiparkinsonmittel. Die Folgen sind Angst, Wahnentwicklung, Unruhe bis hin zur Aggression. Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Wahrnehmungen ohne entsprechenden Sinnesreiz) können sämtliche Sinnesmodalitäten betreffen. Charakteristisch für das schizophrene Syndrom sind akustische Halluzinationen – das Stimmenhören. Diese Stimmen sprechen direkt zum Patienten, oder sie werden indirekt durch den Leib vernommen als «inneres Wissen». Missempfindungen am Leib (Leibeshalluzinationen z.B. brennende Strahlen) können sehr schmerzhaft und quälend sein. Weniger charakteristisch sind optische Halluzinationen. Wichtig ist es, dass mit dem Betroffenen stets ruhig, sachlich, beruhigend und wertschätzend gesprochen wird. Es geht immer um den Abbau von Angst, nicht um das Mitspielen, also etwa das Jagen einer Person, die nur der Betroffene sieht. So würde eine Halluzination zum Wahn verfestigt. Wichtig ist ablenkende Beschäftigung. Es ist nutzlos, die Halluzination mit Argumenten widerlegen zu wollen oder gar mit dem Betroffenen zu streiten oder ihm Recht zu geben. Es geht darum, ihn behutsam in die Gegenwart zurückzuführen, Stress zu vermeiden und Gefährdungen, wie z.B. Rückzug oder Nahrungsverweigerung zu vermeiden.

Der gute Schlaf

Wie andere neurovegetative Vorgänge kann der Schlaf nicht willentlich herbeigeführt werden. Er tritt ein, wenn keine inneren und äusseren Umstände ihn verhindern. Man kann auch sagen, Grundbedingung für einen ruhigen Schlaf ist Unbefangenheit beruhend auf seelischer Harmonie.

Schlafstörungen

Die physiologische Bedeutung des Schlafes ist weitgehend unbekannt. «Das Geheimnis des Schlafes ist immer noch ungelöst.» Die besondere Rolle des Schlafes war dem Menschen aber schon zu Urzeiten bekannt: Schlaf als Heiler, Ausgleich, als Wendepunkt und Neubeginn («noch einmal darüber schlafen»), als Geschenk des Himmels – andererseits aber auch der kleine Bruder des Todes. Das faszinierendste am

Schlaf ist die Fähigkeit der Menschen (evtl. auch der Tiere?) zum Traum, d.h. das zwar unbewusste, aber doch eindrückliche Erleben einer anderen Wirklichkeit mit eigenen Gesetzen.

Schlafstörungen sind sehr häufig in der ärztlichen Praxis

- 30% der Bevölkerung leiden gelegentlich unter Schlafstörungen
- 3% sind geplagt durch chronische Schlaflosigkeit
- 10% nehmen gelegentlich, 3% regelmäßig Schlafmittel ein

Eine Schlafstörung ist nicht immer eine eigenständige Krankheit, sondern muss auch als mögliches Symptom einer zugrundeliegenden Gesundheitsstörung gesehen werden. Bei alten Menschen ist eine Schlafstörung häufig mit nächtlicher Unruhe verbunden und lässt an eine beginnende Demenz oder an eine andere gerontopsychiatrische Krankheit denken.

Insomnie (Schlafstörung) ist ein Syndrom, das durch folgende Symptomatik gekennzeichnet ist

- subjektiv als schlecht erlebter Schlaf
- Einschlaf- und/oder Durchschlafstörungen
- der Schlaf bringt keine Erholung
- Folgen: Tagesmüdigkeit und Lethargie

Die Aussage, dass alte Leute weniger Schlaf «brauchen» als junge, ist so nicht richtig. Die Schlaffeffizienz, d.h. das Verhältnis zwischen der Zeit im Bett und einem erholsamen Schlaf, wird im Alter aber schlechter. Weitere Schlafveränderungen im Alter: Zunahme kurzer Wachphasen während des Nachtschlafes; Abnahme der Tiefschlafphasen; Nickerchen tagsüber, verlängerte Einschlafphasen und gehäuftes frühes morgendliches Aufwachen, erhöhte Weckbarkeit.

Ursachen von Schlaflosigkeit im Alter

- Schwächung des zirkadianen Rhythmus (gestörter Tag-Nacht-Rhythmus)
- Situative Faktoren: belastende aktuelle Lebenssituation, Lärm, Ängste

- Seelische Unruhe: Besorgnis, Angst, Depression, Paranoia
- Organische Ursachen: Somatische Krankheit (Schmerzen), Harnwegsinfekt, Urininkontinenz, Harnverhalten, Gastroösophagealer Reflux mit/ohne Asthma-Anfälle, Herzinsuffizienz, Atemnot, Schlafapnoe-Syndrom, Muskelkrämpfe bei salzreicher Ernährung, Altersepilepsie, restless legs-Syndrom
- als Folge von Medikamenten(neben-)wirkungen
- Entzugssyndrome situativ
- Toxisch

Angststörungen

Angst gehört zum Leben als normales Grundgefühl. Sie tritt dann auf, wenn eine Gefahr oder Bedrohung subjektiv als nicht zu bewältigen erscheint. Die krankhafte, pathologische Angst unterscheidet sich nicht von der Realangst in der Qualität der mit ihr verbundenen Empfindungen oder Reaktionen. Sie tritt jedoch in Situationen auf, die real keine Gefahr oder Bedrohung darstellen. Wichtige Angststörungen sind Phobien sowie generalisierte Angst- und Panikstörungen. Auch Zwangsstörungen funktionieren mit starken Angstgefühlen, welche bei der «Nicht-Ausführung» der Zwangshandlung massiv auftreten.

Menschen mit Angststörungen lernten auf eine krankhafte Weise, bestimmte Gefühle (aus Angst diese nicht zu ertragen) zu verdrängen, sie zu isolieren. Psychisch gesehen entsteht Angst, wenn frühere Trennungs- oder Versagerlebnisse aktualisiert werden, wenn der Kranke eine Bedrohung erlebt, die er nicht bewältigen kann oder zu versagen fürchtet.

Auffälligkeiten und Symptome

Stimmung:

Intensives, starkes bis mässiges Angstgefühl, emotionale Reaktion mit Unsicherheit und Unruhe, spontan oder allmählich mit diffuser Verstimmung. Angst vor Kontrollverlust oder sogar Angst, zu sterben

Vegetativ:

Reaktion mit erhöhtem Puls, hoher Blutdruck und Herzklopfen, offene grosse Augen,



Elisabeth Hubler



Hans Greder





Angst-Stress Reaktion, Schweissausbrüche, Hitzewallungen, Zittern, Mundtrockenheit oder Kälteschauer, Diarrhöe, Hautauschlag...

Denken:

Kann nicht mehr schnell und klar denken, blockiert und weiss nicht weiter. Wissen aber, dass die Reaktion unangemessen und übertrieben ist

Motorik:

Verspannung und Verkrampfung (z.B. Kiefer u.a. Körperteile), langsame Erstarrung (Totstellreflex) oder Flucht nach vorne. Schnelle Atmung, Beklemmungsgefühl im Thorax, Schwindel

Therapiemöglichkeiten

- Medikamente zur Beruhigung – angstlösende Mittel. Sollten nur vorübergehend gebraucht werden
- Konfrontation spezieller angstausslösender Gegebenheiten in Begleitung durchspielen und mögliche Angstbarrieren durchbrechen, um Erfolgserlebnisse zu ermöglichen = bestätigen, «das kann ich»
- Entspannungstechniken kennen und nutzen lernen
- Gruppen- und Gesprächstherapie
- Verhaltenstherapie für kritische Situationen



Rudolf Ursenbacher

Manie (affektive Störungen)

Die Manie ist eine Gemütskrankung, deren Symptome eigentlich als psychisches Gegenstück zum depressiven Syndrom angesehen werden kann. Vor allem die Stimmung ist hervorzuheben, welche nicht nur euphorisch erlebt wird, sondern oft gereizt, streitbar und von einer Aufbruchstimmung angstvoll gehetzt sein kann. Niemand ist weniger für sich und mehr für die Öffentlichkeit auffällig, als der manische Mensch. Er sprengt jeden Rahmen sozialer Übereinkünfte.

Die Manie tritt selten allein auf, häufig kommen bipolare Verläufe vor, bei denen sich depressive und manische Phasen ablösen. Auch Zustände mit gleichzeitigem Vorliegen von depressiven und manischen Anteilen kommen vor.



Klara Röthlisberger

Auffälligkeiten und Symptome

Stimmung:

Heiter, mitreissend, euphorisch, witzig oder zornig bis arrogant

Antrieb:

Initiative gesteigert, psychomotorisch impulsiv, verursacht grossen Wirbel und ist enthemmt sowie unfähig, Ruhe zu bewahren

Denken:

Konzentration zu hoch, ideenflüchtig, reagiert schnell auf Aussenreize, abgelenkt, sprunghaft (vom Hundersten ins Tausendste) «Grössenwahn»!

Vitalität:

Psychomotorik gesteigert, isst übermässig oder vergisst dies, Schmerzsignale werden übersehen, braucht kaum Schlaf – bis Erschöpfungszustand

Therapiemöglichkeiten

Während einer akuten Phase mit Selbstgefährdung in der Klinik behandeln und überwachen.

- Pharmakotherapie
- Das soziale Umfeld in der Therapie ist sehr wichtig und einzubeziehen
- Aufdeckende und unterstützende Psychotherapie
- Körpertherapie / Musik- oder Maltherapie
- Weitere Kunsttherapien

Die Behandlung ist schwierig wegen der häufig kaum vorhandenen Krankheitseinsicht

Vorkommen

- Manische Episode (periodischer Krankheitsverlauf)
- Manie als Erkrankung
- Bipolare affektive Störung
- Intoxikationen oder organisch (Vergiftung oder Überdosis)

Prävention

Der Prävention sollte frühzeitig die nötige Aufmerksamkeit zukommen. Sinnvolle präventive Massnahmen sind das Erkennen von Risikobedingungen.

Sehr hilfreich bei möglichen Auffälligkeiten und Belastungen kann die frühzeitige Unterstützung von Fachpersonen sein (z.B. Haus-

arzt, Psychotherapeut, Angehörigengruppen). Weiter ist der Erhalt und die Förderung kognitiver Fertigkeiten (z.B. durch Gedächtnistrainings, Hirnjogging, alle Tätigkeiten, die vernetztes Denken bedürfen) wichtig, ebenso die Integration in ein soziales Netz (z.B. im Rahmen von Spiel-, Wander oder Sportangeboten, Engagement Senioren helfen Senioren). Das Ziel von Präventionsmassnahmen ist es, Rückzug, Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen zu verhindern, Kontakte und zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern sowie die psychomotorische und kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu fördern.

Risikobedingungen

- Belastende entwicklungsgeschichtliche Lebensereignisse
- Trennung und Verlust von nahestehenden Personen
- Plötzlicher Wohnungswechsel, Spital-, Heimeintritt
- Pensionierung und Langeweile
- Einsamkeit – Rückzug – Alleinsein
- Befremdendes Verhalten – sich abwenden
- Wenig Ausdauer – Unstetigkeit
- Körperliche Einschränkungen – Abhängigkeit
- Alkoholkonsum

Präventive Massnahmen

- Entspannungstechniken kennen und nutzen lernen
- Gruppen- und Gesprächstherapie
- Verhaltenstherapie für kritische Situationen

Familien

Familienmitglieder benötigen in zunehmend schwierigen Betreuungssituationen ebenso fachliche, eventuell institutionelle und vor allem persönliche Unterstützung. Die Gelegenheit für einen regelmässigen Gesprächsaustausch, eigene Zeiträume und Abgrenzungsmöglichkeiten sind sehr wichtig. Denn über die Jahre kann die eigene Gesundheit im Umgang mit den belastenden psychischen Erkrankungen des Familienmitgliedes und den damit verbundenen Umständen selber grossen und irreversiblen Schaden mit Langzeitfolgen nehmen.

Jürg Kruger, Heimleitung



Literarnachweis:

Unterlagen Weiterbildung Fritz Jost, Psychiatriepfleger und Berufsschullehrer

100 Fragen zur Alterspsychiatrie, Brigitte Kunz Verlag

Geriatrische Krankheitslehre, Hafern/Meier, Huber-Verlag

«Psychische Erkrankungen im Alter: Vorbeugen und Therapieren», Prof. Dr. Rainer Richter, Berlin

Wikipedia

Bildportraits: Elisabeth Agró Marti, Subingen

Die Bewohner-Portraits sind frei gewählt und stehen NICHT mit der Thematisierung «Alterspsychiatrie» im Zusammenhang.

Die Verantwortlichen

Im Mösli wohnen



Indire Sopi



Regula Ramser



Res Oberli



Monika Studer

Stiftungsrat

Ernst Aebi, Präsident
Erich Boggio, Kassier
Maja Fäh
Margrit Gilgen
Erich Guggisberg
Jürg Ischi, Stv. Präsident
Marie Eve Maier
Roland Studer
Rosmarie Von Ballmoos
Annikäthi Walther

Geschäftsleitung

Urs Binz
Erich Boggio, Stv. Vorsitz
Christophe Bosshart, Vorsitz
Rosmarie Habegger
Kurt Jenni
Barbara Thürkauf

Heimleitung und Mitarbeitende

Bernadette Arn
Käthi Bartlome
Nadja Bartlome
Tanja Baumgartner
Gabriella Binggeli
Elisabeth Biser
Franziska Bösiger
Denise Burkhard
Anita Büschi
Ilaria de Santis
Priska Fischer
Elisabeth Flückiger
Debora Freudiger
Doris Gerber
Christine Grundbacher
Margret Hager
Nadia Hohl
Verena Joggi
Nadine Jordi
Manuela Keller
Silvia Klossner
Sandra Koch
Lonny Kohler
Jürg Kruger
Teresa Kudyba
Maja Lanz
Simone Lätt
Gabi Leuenberger
Elisabeth Marti
Heinz Neuenschwander
Res Oberli
Regula Ramser
Sandra Rhiner
Jana Rohrbach
Verena Rohrbach
Beatrice Roth
Heinz Röthlisberger
Nadja Röthlisberger
Karin Salvisberg

Ursula Schäpper
Beatrice Schwab
Annerös Soller
Indire Sopi
Michaela Stämpfli
Monika Studer
Biljana Tosic
Barbara Uhlmann
Daniela Walther
Therese Wittwer
Sibylle Wyss
Annarös Zedi
Silvia Zurbuchen

Bewohnende im Heim

Mathilde Balmer
Erna Berger
Margaretha Bernhard
Emma Bieri
Helene Eicher
Marie Elisabeth Flückiger
Johanna Fritz
Hans Greder
Ruth Grossenbacher
Elisabeth Hess
Elisabeth Hubler
Elisabeth Jörg
Anna Kämpf
Fritz Knuchel
Therese Mathys
Verena Meier
Monika Moser
Elisabeth Nenniger
Julia Rohrbach
Bruno Rohrer
Verena Rösch
Erika Röthlisberger
Klara Röthlisberger
Hans Schaller
Marianne Scheidegger
Gertrud Scherrer
Emma Schlup
Lysbeth Schneider
Ursula Schwarz
Martha Schwarzwald
Klara Stauffer
Gertrud Steffen
Hildegard Straumann
Elise Strub
Silvia Thommen
Rudolf Ursenbacher
Leni von Arx
Martha von Arx-Schneider
Margaretha Wälti
Adelheid Wüthrich

Mieter/innen der Siedlung

Marie Eberhard
Gertrud Egli
Margrit Hanselmann
Bethli Kämpfer
Margaritha Kehrli
Käthi Kneubühl
Rösli Knuchel
Marie-Helene Köhli
Heinz Ledermann
Verena Mellenberger
Friedrich und Verena Pfister
Klara Siegenthaler
Fritz Sommer
Nelly Stoller
Hans Werthmüller
Hans und Ruth Wüthrich
Marie-Louise Zahnd

Stand per 31.12.2012



Zentrum Mösli
Waldstrasse 54
3427 Utzenstorf

Fon 032 666 45 11
Fax 032 666 45 12
www.zentrummoesli.ch

Pflege
Wohnen
Betreuung im Alter