

# Im selben Boot: Unterstützung der Angehörigen von Demenzkranken mit unterschiedlichen Interventionen

In the Same Boat: How to Support Relatives of Patients with Dementia Using Diverse Interventions

Sibylle Schätti-Stählin<sup>1</sup>, Christian Koch<sup>1</sup>, Andres R. Schneeberger<sup>1</sup> und Christel Nigg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR) Klinik Beverin, Gerontopsychiatrie, La Nicca, Cazis

<sup>2</sup>Klinik Susenberg, Zürich

**Zusammenfassung:** Die Betreuung von Demenzkranken hat auf die Angehörigen grosse psychische, physische, soziale, finanzielle und spirituelle Auswirkungen. Stützende und beratende Gespräche können für die Gesundheit des Angehörigen, für die Beziehung zum Demenzkranken sowie zur besseren Behandlung (mittels Shared Decision Making/Behandlungsplanung/Care Planning) des Patienten beitragen. In diesem Artikel wird eine Übersicht über Daten aus der Schweiz und von internationalen Studien gegeben.

**Schlüsselwörter:** Angehörige von Demenzkranken, patientenzentrierte Gesprächstechnik, BPSD, Behandlungsplanung, Resilienz

**Abstract:** Caring for people with dementia has great psychological, physical, social, financial and spiritual effects on relatives. Support and counseling can contribute to an improved health of the relative, to the relationship with the dementia patient, as well as to better treatment (through shared decision-making/care planning) of the patient. This article reviews data from Switzerland and international studies.

**Keywords:** Family caregiver of people with dementia, patient-centered conversation techniques, BPSD, care planning, resilience

**Résumé:** Prendre soin de personnes atteintes de démence a de grands effets psychologiques, physiques, sociaux, financiers et spirituels sur leurs proches. Les consultations de soutien et de conseil ont un effet bénéfique sur la relation avec le patient atteint de démence, ainsi que sur un meilleur traitement du patient (par la prise de décision partagée/la planification des soins avancés). Cet article donne un aperçu des données suisses et d'études internationales.

**Mots-clés:** Les proches des personnes atteintes de démence, technique de conversation centrée sur le patient, BPSD, planification avancée des soins, résilience

## Zahlen und Fakten Demenz

In der Schweiz leben fast 155 000 Menschen mit Demenz [1]. Die Prävalenzraten steigen nach dem 65. Lebensjahr steil an: Während von den 65- bis 69-Jährigen noch weniger als 3% an Demenz erkrankt sind, ist in der Altersgruppe 80–84 jede achte Person von Demenz betroffen. Von der Demenz betroffen sind auch nahe Bezugspersonen, die im Alltag Unterstützung anbieten – wie Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn – sowie Menschen, die in ihrem Berufsalltag mit demenzkranken Menschen regelmässig in Kontakt stehen. Die Anzahl direkt oder indirekt betroffener Personen in der Schweiz dürfte somit rund eine halbe Million Menschen betragen [2].

Laut Schätzungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung (ALZ) lebt gut die Hälfte der Menschen mit Demenz in der Schweiz zu Hause. Die Entlastungs- und Betreuungsangebote werden nur von einem Teil der Angehörigen genutzt (Spitex, Tagesstätte, Begleitdienst zu Hause, Kurzaufenthalt im Heim, Beratungs- und Informationsangebot). Gemäss einer Umfrage der ALZ war jeder 7. Angehörige der Meinung, dass das Entlastungsangebot nicht ausreiche [2].

### Im Artikel verwendete Abkürzungen

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

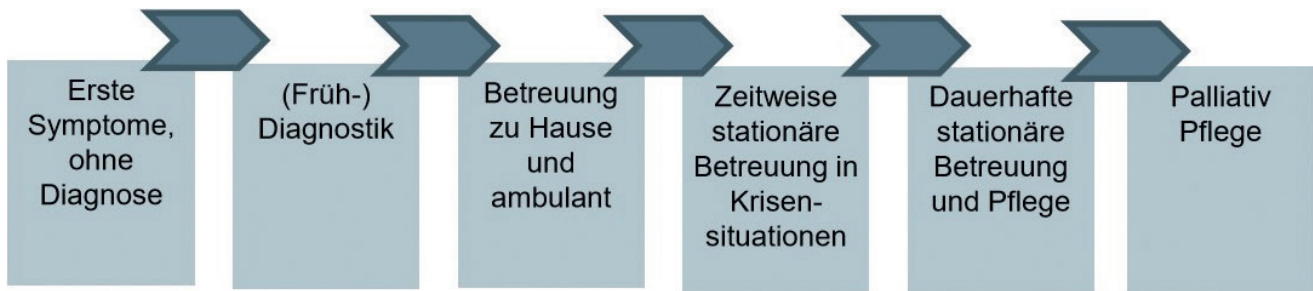


Abbildung 1. Phasen der Demenzerkrankung (aus [2]).

## Belastungen und Krankheiten bzw. Resilienz bei Angehörigen

Einen Demenzkranken als Angehöriger in den verschiedenen Stadien der Krankheit zu begleiten, betreuen und behandeln, stellt die Angehörigen sowie das Behandlungsteam vor multiple Herausforderungen (Abb. 1, 2). Wichtig erscheint uns, dass mehrere Behandlungsziele gleichzeitig verfolgt werden können, z.B. bei einer mittelschweren Demenz sowohl Erhalt der Funktion im Alltag als auch eine Komforttherapie. Auf der Abbildung der Behandlungsziele wird auch dargestellt, dass nach dem Tod des Demenzkranken die Betreuung nicht aufhören darf. Häufig fällt damit die Sinn- und Lebensaufgabe weg, sodass der Angehörige in ein Tief fallen kann. Laut einer Übersichtsarbeit über die Trauer von Angehörigen des Demenzkranken vor und nach dem Tod kann der Trauerprozess bei ca. 20 % problematisch verlaufen. Z.B. kann er länger verlaufen oder mit behandlungsbedürftigen Symptomen einhergehen [3].

Während der Betreuung geraten Angehörige durch die ständig wechselnden Anforderungen immer wieder an die Grenzen der Belastbarkeit (caregiver stress). Die ganze Gefühlspalette von Versagens-, Schuld- und Schamgefühlen wird durchlebt, auch immer wieder Trauer über den Verlust der Persönlichkeit oder von Fähigkeiten des Demenzkranken. Zum Beispiel zeigte dies eine Übersichtsarbeit aus Australien anlässlich einer Befragung von Angehörigen beim Heimeintritt [4]. Es zeigt sich bei den Angehörigen auch ein Gefühl von Leere und Einsamkeit. Der gemeinsame Alltag ändert sich, Erinnerungen können nicht mehr ausgetauscht werden. Die geplante Zukunft (z.B. Reisen) ist nicht mehr durchführbar [5]. Auch müs-

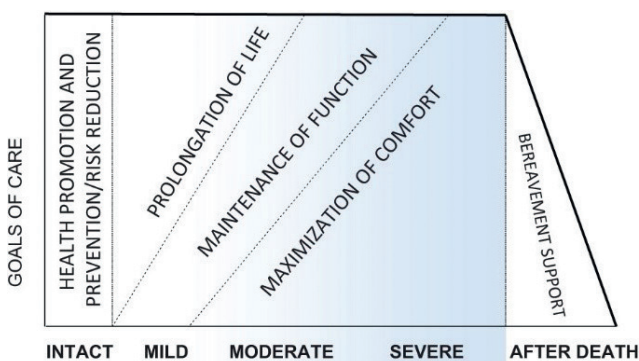


Abbildung 2. Behandlungsziele bei älteren Menschen mit Demenz (aus [24]).

sen andere Rollen übernommen werden (nicht mehr Partner, sondern auch Pflegeperson, Hilfe in administrativen Belangen). Es zeigt sich auch Wut, Überforderung und Ungeduld bei der Unsicherheit, ob der Demenzkranke etwas «extra» nicht mehr macht oder wirklich nicht mehr kann [6]. Es darf aber auch nicht vergessen werden, dass Humor und Lachen mit dem Demenzkranken, Freude und Liebe immer noch Platz haben darf und soll. Dies wurde als Resilienzfaktor gefunden gegen Gefühle von grosser Angst, Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit [7].

Ein Screeningtest, der sich jedoch im deutschsprachigen Raum noch wenig durchgesetzt hat, ist das Zarit Burden Interview. Es wurde entwickelt, um spezifisch die Belastung von pflegenden Ehepartnern Demenzkranker zu erkennen (Abb. 3).

In einer englischen Übersichtsarbeit [8] wurde untersucht ob spezielle Verhaltensmuster oder psychologische Symptome der Demenz (BPSD) mit Depression und Belastung der Angehörigen gekoppelt waren. Es zeigten sich keine konklusiven Resultate. Es scheinen aber v.a. depressive und aggressive Verhaltensmuster sowie Schlafstörungen v.a. belastend für die Angehörigen zu sein.

In einer australischen Studie [9] hatten 16% der untersuchten Angehörigen von Demenzkranken im letzten Jahr mehr als einmal Suizidgedanken. Als Risikofaktor wurde Depression gefunden und als protektiver Faktor höheres Alter sowie Gründe dafür, weiterzuleben.

Eine Metaanalyse [10] über Stress, Coping und Interventionen bei Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen suchte positive Faktoren für die psychische Gesundheit. Die Autoren fanden, dass problemorientiertes Vorgehen, Akzeptieren der Krankheit und eine grosse soziale Unterstützung sich positiv auf die Angehörigen auswirkte. Negativ wirkten sich unrealistische Träume (wishful thinking), Leugnen von Problemen und Vermeiden als Copingstrategien aus. Als gewinnbringend für Demenzkranke und deren betreuende Angehörige wurden psychosoziale und psychoedukative Interventionen erkannt. In einer Zürcher Arbeit [11] fanden sich als Risikofaktoren für eine Betagtenmisshandlung (nicht speziell bei Demenzkranken), psychische Probleme, Verhaltensstörungen, Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit auf Seiten des Misshandelten und auf Seiten des Misshandlers hoher Pflegestress beziehungsweise Belastung und eigene psychische Probleme oder Sucht. Konfliktreiche familiäre Beziehungen und wenig soziale Unterstützung von aussen waren weitere Risikofaktoren.

In Überforderungssituationen können beim betreuen den Angehörigen nicht selten Gedanken entstehen, das Leben des Demenzkranken zu beenden. Dies kann aus dem Wunsch entstehen, dem Leiden ein Ende zu setzen. Eine qualitative Studie aus Australien [12] kam zum Schluss, dass von 21 befragten Angehörigen zwei von aktiven Tötungsgedanken berichteten und 13 zeigten Verständnis für eine Person, die in einer Situation solche Gedanken haben könnte. Vier äusserten, gelegentlich passive Sterbensgedanken für den Demenzkranken zu haben.

## Patientenzentrierte Gesprächsführung

Im schweizerischen Artikel über die Empfehlungen und Diagnostik der BPSD von Savaskan [13] gilt neben Psychoedukation auch kognitive Verhaltenstherapie als stärkend für den Angehörigen. Bei uns wird als Gesprächstechnik für die patientenzentrierte Gesprächsführung einerseits das in der Somatik besser bekannte einfache WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen: gemäss Kommunikation im medizinischen Alltag, Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften/SAMW [14]) gebraucht. Andererseits werden häufig intuitiv Ansätze der humanistischen Gesprächsführung [15] angewendet im Sinne von sich interessieren, die Welt mit den subjektiven Erfahrungen des Gesprächspartners zu erkunden (Empathie, Kongruenz, bedingungsfreie positive Beachtung). Die Validation bei Demenzkranken [16] hat viele Anteile der humanistischen Gesprächsführung. Durch das Spiegeln oder Verstehen der Gefühle gerade bei Krankheitsuneinsichtigkeit des Demenzkranken (mit Wut oder Trauer beim Realisieren von Defiziten) kann viel Entspannung im Gespräch erreicht werden. Dies kann auch den Angehörigen als Kommunikationshilfe Erleichterung verschaffen. Elemente von Pauline Boss zur Alltagsbewältigung und Sinnfindung können hilfreich sein [17].

## Shared Decision-Making/ Behandlungsplanung

Der Angehörige wird in die Behandlungsentscheidungen des Demenzkranken einbezogen im Sinne eines Shared Decision-Making und Advanced Care Planning [18]. Die Kunst ist jeweils, die Meinung oder die Empfindungen (Leiden) des Angehörigen selbst oder eigene Reaktionen (Arzt/Behandlungsteam) zu erkennen, zu validieren und zu versuchen, sie hinsichtliche Behandlungsentscheidungen vom aktuellen Erleben (Leiden) des Patienten zu trennen hinsichtlich Behandlungsentscheidungen. Teilweise leidet das Umfeld mehr als der Demenzkranke selbst. Eine Hilfe zu Entscheidungsfindungen am Lebensende gibt der Artikel von Borasio

[19]. Aus Schweizer Daten (erste Erhebung) der ZULIDAD B-Studie geht hervor, dass 37% der Bewohner mit einer schweren Demenz eine Patientenverfügung haben und dass die meisten Angehörigen (94%) deren Inhalt kennen. Unabhängig davon haben die meisten Angehörigen das Gefühl, ziemlich gut (60%) zu wissen, was sich der Demenzkranke bezüglich seines Lebensendes wünscht, und 25% gaben an, nur einigermassen darüber Bescheid zu wissen [20].

1. Glauben Sie, dass Ihr Ehemann um mehr Hilfe bittet als er braucht?
2. Sind Sie der Meinung, dass Sie durch die Zeit, die Sie mit Ihrem Ehemann verbringen, nicht ausreichend Zeit für sich selbst haben?
3. Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Pflege Ihres Mannes Ihren anderen Verpflichtungen gegenüber Familie oder Beruf nachzukommen?
4. Bringt Sie das Verhalten Ihres Ehemannes in Verlegenheit?
5. Sind Sie wütend, wenn Sie bei Ihrem Mann sind?
6. Glauben Sie, dass Ihr Mann zurzeit Ihre Beziehungen mit anderen Familienmitgliedern oder Freunden negativ beeinflusst?
7. Haben Sie Angst, was die Zukunft für Ihren Mann bringt?
8. Glauben Sie, dass Ihr Mann von Ihnen abhängig ist?
9. Fühlen Sie sich angepannt, wenn Sie bei Ihrem Mann sind?
10. Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement in der Pflege Ihres Mannes leidet bzw. gelitten hat?
11. Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen Ihres Mannes weniger Privatsphäre oder Raum für sich allein haben, als Sie es gern hätten?
12. Sind Sie der Meinung, dass Ihr Sozialleben unter der Pflege Ihres Mannes leidet bzw. gelitten hat?
13. Ist es Ihnen wegen Ihres Mannes unangenehm, Freunde zu Besuch zu haben?
14. Glauben Sie, dass Ihr Ehemann von Ihnen erwartet, dass Sie ihn pflegen, als wären Sie die einzige Person, von der er abhängen könnte?
15. Sind Sie der Meinung, dass Sie nicht genug Geld für die Pflege Ihres Mannes zusätzlich zu Ihren restlichen Ausgaben haben?
16. Glauben Sie, dass Sie ausserstande sein werden, Ihren Mann viel länger zu pflegen?
17. Glauben Sie, seit der Krankheit Ihres Mannes, die Kontrolle über Ihr eigenes Leben verloren zu haben?
18. Wünschen Sie sich, die Pflege Ihres Mannes jemand anderem überlassen zu können?
19. Sind Sie unsicher, was Sie im Fall Ihres Mannes unternehmen sollten?
20. Glauben Sie, Sie sollten mehr für Ihren Mann tun?
21. Sind Sie der Meinung, dass Sie die Pflege Ihres Mannes besser machen könnten?
22. Wie stark fühlen Sie sich insgesamt durch die Pflege Ihres Mannes belastet?

Anmerkungen: Jede Frage wird mit Score 0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = relativ häufig, 4 = fast immer beantwortet.

Interpretation des Score: 0–21 wenig oder keine Belastung; 21–40 leichte oder mässige Belastung; 41–60 mässige bis schwere Belastung; 61–88 schwere Belastung

**Abbildung 3.** Itemcharakteristiken des German Zarit Burden Interview (G-ZBI, n = 37, nach [25]).

### Key messages

- Die Betreuung und Begleitung von Demenzkranken hat auf die Angehörigen grosse Auswirkungen (physisch, psychisch, sozial, finanziell und spirituell).
- Stützende und beratende Gespräche mittels patientenzentrierter Gesprächstechnik können für die Gesundheit des Angehörigen (Screening auf depressive oder Überlastungssymptomatik), für die Beziehung zum Demenzkranken, sowie zur besseren Behandlung (mittels Shared Decision-Making/Behandlungsplanung/Care Planning) des Patienten selbst beitragen.
- Als Behandlung können Psychoedukation, Beratung für Entlastungs- und Angehörigengruppenangebote, Suchen von Problemlösestrategien, Screening des Angehörigen auf psychische Krankheiten und evtl. Sinnsuche eingesetzt werden.
- Patientenzentrierte Gespräche mit Angehörigen können einerseits die Reaktion auf die Pflege und Belastung beim Angehörigen eruieren und verringern. Andererseits werden durch einen Angehörigen, der seine Grenzen kennt und auch Hilfe in Anspruch nehmen kann, Demenzbetroffene ruhiger. Im Extremfall kann das Risiko für Vernachlässigung oder gar Misshandlung oder auch suizidale oder parasuizidale Gedanken frühzeitig erkannt und abgewendet werden.

Die Herausforderung für die Pflege ist das Wissen und die Anliegen des Angehörigen zu übernehmen, ihn teilweise auf Wunsch in die Pflege einzubeziehen, jedoch auch das eigene Fachwissen durch eine gute Kommunikation mit den Angehörigen zu übermitteln und durchzusetzen [21]. In einer amerikanischen Studie [22] zeigte sich, dass Konflikte zwischen Angehörigen und Pflege im Pflegeheim häufig durch Zeitmangel verursacht werden und bei Pflegenden ein Burnout zur Folge haben können. In einer anderen US-Studie [23] zeigte sich ein Benefit durch die Qualität der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Angehörigen im Sinne einer Reduktion der depressiven Symptomatik der Angehörigen.

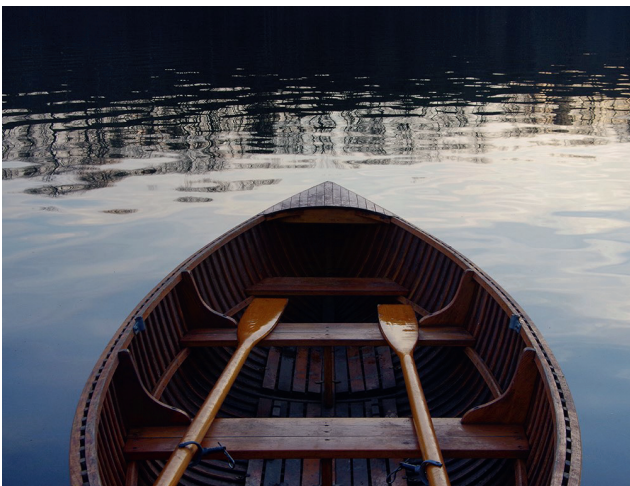


Abbildung 4. Boot. @Pixabay.

### Lernfragen

1. Welchen Belastungen und Folgekrankheiten können Angehörige von Demenzkranken ausgesetzt sein? (Mehrfachauswahl)
  - a) Ständig wechselnde Reaktionen, Anforderungen und Belastungen gemäss dem Krankheitsverlauf
  - b) Depression, evtl. mit Suizid- oder parasuizidalen Gedanken, komplizierter, verlängerter Trauerprozess
  - c) Morbus Parkinson
  - d) Erhöhung der Anfälligkeit für somatische Erkrankungen
2. Welche Techniken sind nicht hilfreich, um die Resilienz zu erhöhen? (Einfachauswahl)
  - a) Psychoedukation
  - b) Entlastungsangebote
  - c) Beratung für Problemorientiertes Vorgehen, Sinnsuchen
  - d) Sucht, psychische Probleme
  - e) Humor, Lachen, Liebesbezeugungen, Leben im Moment

## Ausklang

Gedicht «Rudern zwei» von Reiner Kunze

Rudern zwei  
 ein boot,  
 der eine  
 kundig der sterne,  
 der andere  
 kundig der stürme,  
 wird der eine führn  
 durch die sterne,  
 wird der andre  
 führn durch die stürme,  
 und am ende ganz am ende  
 wird das meer in der erinnerung blau sein

(aus: Reiner Kunze, *gespräch mit der amsel*. ©1984, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main)

Das Boot (Abb. 4) zeigt bildhaft das Abhängigkeitsverhältnis des Angehörigen von der geliebten demenzkranken Person. Wir möchten es den Angehörigen der Demenzkranken widmen. Sie müssen sich auf die Fahrt mit dem Demenzkranken einlassen. Häufig gelingt ihnen in bewundernswerter Weise, auch durch Stürme hindurch die Führung zu halten.

## Bibliografie

1. Alzheimer Schweiz: Demenz in der Schweiz 2019. Bern, 2019. [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/Factsheet\\_DemenzCH.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/Factsheet_DemenzCH.pdf); letzter Zugriff: 17.02.2020.
2. BAG: Grundlagen für eine nationale Demenzstrategie. Bern; Bundesamt für Gesundheit: 2013.
3. Chan D, Livingston G, Jones L, Sampson EL: Grief reactions in dementia carers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28: 1–7.
4. Sury L, Burns K, Brodaty H: Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics* 2013; 25: 867–876.
5. Førsund LH, Skovdahl K, Kiik R, Ytrehus S: The loss of a shared lifetime: a qualitative study exploring spouses' experiences of losing couplehood with their partner with dementia living in institutional care. *J Clin Nursing* 2015; 24: 121–130.
6. Boss P: Da und doch so fern. Vom liebevollen Umgang mit Demenzkranken. Zürich; Rüffer & Rub: 2014.
7. Wadham O, Simpson J, Rust J, Murray C: Couples' shared experiences of dementia: a meta-synthesis of the impact upon relationships and couplehood. *Aging Ment Health* 2016; 20: 463–473.
8. Ornstein K, Gaugler JE: The problem with «problem behaviours»: a systematic review between individual patient behavioral and psychological symptoms und caregiver depression and burden within the dementia patient – caregiver dyad. *Internat Psychogeriatrics* 2012; 24: 1536–1552.
9. O'Dwyer ST, Moyle W, Zimmer-Gembeck M, De Leo D: Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging Ment Health* 2016; 20: 222–230.
10. Gilhooly KJ, Gilhooly ML, Sullivan MP, et al.: A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics* 2016; 16: 106.
11. Wettstein A: Betagtenmisshandlung: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. *Primary Hospit Care* 2016; 16: 391–394.
12. O'Dwyer ST, Moyle W, Taylor T, Creese J, Zimmer-Gembeck MJ: Homicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging Ment Health* 2016; 20: 1174–1181.
13. Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, et al.: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014; 10: 135–148.
14. Kommunikation im Medizinischen Alltag – SAMW 2013; S22 WWSZ.
15. Rogers CR: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M; Fischer TB: 1993.
16. Feil N, de Klerk-Rubin V: Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München; Reinhardt Ernst: 2013.
17. Pletscher M: Sinn und Hoffnung finden im Umgang mit Demenzkranken, Ein Video mit Prof. Pauline Boss und pflegenden Angehörigen. 2013. <https://www.stiftung-sonnweid.ch/de/shop/product/1/2/sinn-und-hoffnung-finden/>; letzter Zugriff: 17.02.2020.
18. Bosisio F, Jox RJ, Jones L, Rubli Truchard E: Planning ahead with dementia: what role can advance care planning play? A review on opportunities and challenges. *Swiss Med Wkly* 2018; 148.
19. Borasio GD, Jox RJ: Choosing wisely at the end of life: the crucial role of medical indication. *Swiss Med Wkly* 2016; 146.
20. Eicher S, Theill N, Geschwindner H, Moor C, Wettstein A, Bieri-Brüning G, Hock C, Martin M, Wolf H, Riese F: The last phase of life with dementia in Swiss nursing homes: the study protocol of the longitudinal and prospective ZULIDAD study. *BMC Pall Care* 2016; 15: 80.
21. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Chenco C: Staff–family relationships in residential aged care facilities: The views of residents' family members and care staff. *J Appl Gerontol* 2014; 33: 564–585.
22. Abrahamson K, Jill Sutor J, Pillemer K: Conflict between nursing home staff and residents' families: does it increase burn-out?. *J Aging Health* 2009; 21: 895–912.
23. Chen CK, Sabir M, Zimmerman S, Sutor J, Pillemer K: The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62: P253–260.
24. Van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Jünger S, Gove D, Firth P, Koopmans RT: White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28: 197–209.
25. Braun M, Scholz U, Hornung R, Martin M: Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken, *Z Gerontologie Geriatrie* 2010; 43: 111–119. [http://dementiatheways.ie/filecache/edd/c3c/89-zarit\\_burden\\_interview.pdf](http://dementiatheways.ie/filecache/edd/c3c/89-zarit_burden_interview.pdf); letzter Zugriff: 22.10.2018.

Manuskript eingereicht: 24.08.2019

Manuskript akzeptiert: 14.10.2019

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

### Dr. med. Sibylle Schätti

St.v. Oberärztin Station Saissa, Gerontopsychiatrie  
Psychiatrische Dienste Graubünden Klinik Beverin  
La Nicca Strasse 17  
7408 Cazis

sibylle.schaetti@outlook.de

1. Antworten a), b) und d) sind richtig  
2. Antwort d) ist richtig  
**Antworten zu den Lernfragen**