

**Projektarbeit CAS Gerontologie heute, 2017/2018
Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Eingereicht bei Prof. Dr. Mike Martin**

Zu Hause leben, mit Hilfe- oder Pflegebedarf

Erfassung von Ressourcen und Unterstützungsbedarf

**Luzia von Deschwanden
19. Februar 2018**

Zusammenfassung

In den nächsten Jahrzehnten ist mit einer Zunahme an alten Menschen zu rechnen, die mit Hilfe- oder Pflegebedarf weiterhin in ihrem bisherigen Zuhause leben möchten. Damit sie die passende Unterstützung erhalten, braucht es ein umfassendes Assessment der Ressourcen und des Hilfe- oder Pflegebedarfs. Ziel der Arbeit ist es, anhand des Modells des Gesunden Alterns der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des entsprechenden Strategie- und Aktionsplans aufzuzeigen, welche Anforderungen ein solches Assessment zu erfüllen hat (Frage 1). Zudem wird analysiert, inwiefern das international entwickelte und auf schweizerische Verhältnisse angepasste Abklärungs-Tool «Resident Assessment Instrument – Home Care Schweiz» (RAI-HC Schweiz), das von den meisten öffentlichen Spitex-Organisationen in der Schweiz verwendet wird, diese Anforderungen erfüllt (Frage 2).

Als **Hilfebedarf** wird der Bedarf an Unterstützung beim Ausüben der instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens (IADL) bezeichnet (z.B. Putzen, Mahlzeiten zubereiten). Unter **Pflegebedarf** wird Unterstützung beim den basalen Aktivitäten des Alltagslebens (ADL) verstanden (z.B. Duschen, Essen).

Das **WHO-Modell des Gesunden Alterns** stellt nicht die Abwesenheit von Krankheit ins Zentrum, sondern das Wohlbefinden. Es zeigt auf, wie ein Individuum im Verlauf des Alterungsprozesses trotz Nachlassens der körperlichen und geistigen Kapazität (d.h. der intrinsische Kapazität) das erreichen kann, was ihm wichtig ist. Die dazu notwendige funktionale Fähigkeit erreicht das Individuum, indem es geeignete externe Ressourcen aus seinem Umfeld einsetzt. Das dynamische WHO-Modell vermag die Veränderbarkeit sowohl des alternden Menschen wie auch diejenige seines Umfeldes abzubilden.

Zur Beantwortung der ersten Frage wurde aus dem WHO-Modell in einem ersten Schritt das **Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf»** abgeleitet. Es zeigt auf, welche Umfeld-Ressourcen dazu beitragen können, das Ziel zu erreichen, auch mit Hilfe- oder Pflegebedarf zu Hause zu leben. In einem zweiten Schritt konnten daraus die grundsätzliche Erwartung des Erfassens der Individualität und des Respektierens der Autonomie der abzuklärenden Person formuliert werden und es konnten folgende prozessbezogenen **Anforderungen** abgeleitet werden:

- Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen
- Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen
- Erfassen vorhandener interner und externer Ressourcen
- Erkennen der Möglichkeiten des Erhalts und der Verbesserung der internen und externen Ressourcen
- Regelmässiges Durchführen der Assessments
- Verwendung von Assessment-Daten für die Forschung

Zur Beantwortung der zweiten Frage wurde **RAI-HC Schweiz** anhand des offiziellen Handbuchs analysiert. Das Instrument erfüllt die Anforderungen zu einem guten Teil, sofern das umfassende Formular MDS-HC verwendet wird. In der Praxis ist dies jedoch meist nur dann der Fall, wenn neben dem Hilfebedarf auch ein Pflegebedarf besteht. Aus dem Handbuch wird nicht ersichtlich, ob das Ziel, zu Hause zu Wohnen, regelmässig überprüft wird. Als wichtigste Lücke, die mit höchster Priorität angegangen werden sollte, wurde die Tatsache identifiziert, dass bei Personen ohne Pflegebedarf, bei denen nur das Formular Hauswirtschaft ausgefüllt wird, gesundheitliche Risiken und Möglichkeiten des Erhalts und der Verbesserung der Ressourcen mit RAI-HC nicht rechtzeitig erkannt werden.

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Grundlagen	5
2.1	Hilfe- und Pflegebedarf	5
2.1.1	Hilfebedarf.....	5
2.1.2	Pflegebedarf	6
2.2	WHO Modell des Gesunden Alterns.....	7
3	Fragestellung und Vorgehen.....	9
4	Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf».....	10
5	Anforderungen an das Assessment zum Erfassen des Unterstützungsbedarfs	12
5.1	Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen.....	13
5.2	Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen	13
5.3	Erfassen vorhandener Ressourcen und der Möglichkeiten des Ressourcenerhalts bzw. der Ressourcenoptimierung.....	13
5.4	Regelmässiges Durchführen der Assessments	15
5.5	Verwendung der Assessment-Daten für die Forschung.....	15
6	Analyse des Assessment-Tools RAI-Home-Care.....	16
7	Diskussion.....	18
8	Literaturverzeichnis	21
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	22

1 Einleitung

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und dem Eintreten der Babyboomer-Generation ins Pensionsalter nimmt in den nächsten Jahrzehnten die Anzahl Personen ab 65 Jahren zu. Vor allem die Zahl der Personen ab 80 Jahren wird rasch ansteigen. Das Bundesamt für Statistik rechnet für die Schweiz mit einem Anstieg von knapp 420'000 Personen im Jahr 2015 auf etwas weniger als 690'000 im Jahr 2030 und auf 1,06 Millionen im Jahr 2045. Rund 39% der Personen ab 65 Jahren werden im Jahr 2045 80 Jahre alt oder älter sein (Bundesamt für Statistik, 2015, S. 13).

Mit der steigenden Lebenserwartung ist die nachberufliche Lebensphase länger und vielfältiger geworden. Daher wird sie häufig weiter differenziert indem ein drittes und viertes Lebensalter unterschieden werden (z.B. Höpflinger, kein Datum). Menschen im dritten Lebensalter sind meist aktiv und weitgehend gesund. Das vierte Lebensalter wird mit Hochaltrigkeit assoziiert und ist häufig geprägt von Gebrechlichkeit und gesundheitlichen Einschränkungen. Oftmals führt dies zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Die Mehrheit der älteren Menschen möchte in ihrer vertrauten Umgebung, ihrem bisherigen Zuhause bleiben auch wenn sie hilfe- oder pflegebedürftig wird. Mit abnehmendem Aktionsradius steigt die Bedeutung der Wohnung für alte Menschen. Sie ermöglicht das Fortführen eingespielter Routinen und ist Quelle emotionaler Erinnerungen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont die Wichtigkeit politischer Massnahmen, die das Wohnen zu Hause für ältere Menschen fördern (World Health Organization, 2015, S. 36). Dazu gehören etwa eine altersfreundliche Gestaltung des Lebensraums, Einkaufsmöglichkeiten und den Zugang zu medizinischer Grundversorgung oder die Bereitstellung von Unterstützungsangeboten. Können Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf dank einem Unterstützungssystem einen eigenen Haushalt führen, ist dies auch volkswirtschaftlich interessant. Wächter und Künzi haben berechnet, dass die ambulante Pflege bei Personen mit leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit kostengünstiger ist, als die gleiche im Pflegeheim erbrachte Leistung (2011, S. 27). Ausserdem ist der hohe Anteil an informeller Hilfe und Pflege nicht zu unterschätzen, welche Angehörige von zu Hause lebenden alten Menschen meist unentgeltlich erbringen.

Alte Menschen verfügen über eigene, wenn auch tendenziell abnehmende Ressourcen, die ihnen das Leben zu Hause ermöglichen. Braucht eine Person zusätzliche Unterstützung kann diese nach einem umfassenden Assessment¹ dem individuellen Bedarf angepasst werden. Wie Martin ausführt, können bereitgestellte Ressourcen mit einer verbesserten Passung zwischen Ressourcenbedarf und dem Ressourcenangebot in Form von zur Verfügung gestellter Unterstützung effizienter eingesetzt werden (2001, S. 106).

Im folgenden Kapitel wird theoriegeleitet auf zentrale Aspekte eingegangen, die für alte Menschen entscheidend sind, um mit Hilfe- oder Pflegebedarf zu Hause leben zu können. In Kapitel 3 werden die Fragestellungen formuliert, welche in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollen. Mit ihnen wird der Fokus auf das Abklären des Unterstützungsbedarfs und möglicher Ressourcen gerichtet. Zur Beantwortung der Fragestellungen wird in Kapitel 4 ein bestehendes Modell adaptiert um daraus erste

¹ Im Zusammenhang mit Unterstützungsbedarf werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe «Assessment», «Abklärung» und «Erfassung» synonym verwendet.

Erkenntnisse abzuleiten. Kapitel 5 widmet sich der Beantwortung der ersten und Kapitel 6 der zweiten Fragestellung. In Kapitel 7 werden die gewonnenen Erkenntnisse diskutiert.

2 Grundlagen

In diesem Kapitel werden die für den vorliegenden Bericht wichtigen Begriffe definiert und der theoretische Hintergrund der vorliegenden Arbeit dargelegt.

2.1 Hilfe- und Pflegebedarf

Als erstes wird in den nachfolgenden Unterkapiteln beschrieben, was unter Hilfe- bzw. Pflegebedarf verstanden wird und wie viele ältere Menschen davon in der Schweiz betroffen sind. Dabei wird von einem funktionalen Gesundheitsbegriff ausgegangen, der beschreibt «wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.» (Menning & Hoffmann, 2009, S. 62). Gesundheitliche Beeinträchtigungen können zu funktionalen Einschränkungen führen, so dass zur Ausübung alltäglicher Aktivitäten der Einsatz von Hilfsmitteln oder Unterstützung in Form von Hilfe oder Pflege notwendig werden.

Werden in der vorliegenden Arbeit sowohl der Hilfe- wie auch der Pflegebedarf gemeint, wird synonym auch der Begriff «Unterstützungsbedarf» verwendet.

2.1.1 Hilfebedarf

Als Hilfebedarf wird der Bedarf an Unterstützung beim Ausüben der instrumentellen Aktivitäten des Alltagslebens (IADL)² bezeichnet (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, S. 46). IADL sind Tätigkeiten wie «Telefonieren, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Haushaltsführung, Wäscheversorgung, Benutzung von Verkehrsmitteln, Verantwortlichkeit für die eigene Medikation, Regelung finanzieller Angelegenheiten» (Büscher & Wingenfeld, 2008, S. 109). Die Hilfeleistungen werden vielfach von Angehörigen erbracht (vgl. Gasser, Knöpfel & Seifert, S. 27). Der Hilfebedarf ist graduell und reicht von der Notwendigkeit an leichter Unterstützung bis hin zur vollständigen Abhängigkeit beim Ausüben einer Tätigkeit. Zudem kann bei einer Aktivität ein Hilfebedarf bestehen, während die anderen noch selbständig ausgeführt werden können.

20 Prozent der zuhause lebenden Personen ab 65 Jahren können mindestens eine IADL nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausüben, bei den Personen ab 80 Jahren sind es 38 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2). Die meisten Probleme bestehen beim Erledigen schwerer Hausarbeiten, zum Beispiel beim Verschieben schwerer Möbel, Frühlingsputz oder Fensterputzen.

Ältere Menschen, welche ihren Alltag selber bewältigen, bei der Ausübung der IADL jedoch ab und zu Hilfeleistungen benötigen, werden als fragil bezeichnet (vgl. (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015). Kritische Lebensereignisse, die zwar nicht direkt mit der Fragilität zusammenhängen, für deren Eintreten im hohen Alter jedoch ein grösseres Risiko besteht, können das labile Gleichgewicht fragiler Personen gefährden und direkt oder indirekt zu Pflegebedürftigkeit und/oder zu einem Pflegeheimenritt führen. Es handelt sich dabei beispielsweise um Unfälle (insbesondere Stürze³), die Erkrankung und Pflegebedürftigkeit

² Die Abkürzung steht für die englische Bezeichnung «instrumental activities of daily living». In deutschsprachigen Publikationen wird stattdessen teilweise auch IATL (für instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) verwendet.

³ Stürze können Auslöser für einen Pflegeheimenritt sein. Entweder weil die gestürzte Person sich nicht mehr vollständig von den Folgen erholt und stark pflegebedürftig wird, so dass ein Verbleib zu

des Partners oder der Partnerin⁴ oder den Verlust nahestehender Menschen⁵ (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015, S. 30-32).

Die Phase der Fragilität kann längere Zeit andauern und sie kann, muss aber nicht, in eine Phase der Pflegebedürftigkeit münden. Das rechtzeitige Erkennen der Fragilisierung – es handelt sich dabei in der Regel um einen länger andauernden Prozess, der in die fragile Phase führt – ermöglicht es, betroffene Personen gezielter in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen und präventive Massnahmen zu ergreifen, um Pflegebedürftigkeit und einen damit verbundenen Pflegeheimtritt zu verhindern oder hinauszuzögern (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015, S. 24).

2.1.2 Pflegebedarf

Als Pflegebedarf wird in der vorliegenden Arbeit der Bedarf an Unterstützung beim Ausüben der basalen Aktivitäten des Alltagslebens (ADL) bezeichnet (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2). Die ADL beziehen sich auf die sechs Funktionsbereiche Baden oder Duschen, sich An- oder Auskleiden, Transfer, zur Toilette gehen und Essen (Büscher & Wingenfeld, 2008, S. S. 108).

Die Mehrheit der zu Hause lebenden Schweizer Bevölkerung über 65 Jahren hat keine Einschränkungen bei der Ausübung der ADL. 3 Prozent der zuhause lebenden Personen ab 65 Jahren können mindestens eine ADL nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausüben, bei den Personen ab 80 Jahren sind es 8 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 2). Am meisten Probleme bieten Baden oder Duschen. Ein Pflegebedarf geht in der Regel mit einem Hilfebedarf einher. Wie die Hilfebedürftigkeit ist auch die Pflegebedürftigkeit graduell und betrifft die einzelnen Aktivitäten in unterschiedlichem Ausmass.

Viele Menschen mit Pflegebedarf erhalten die notwendige Hilfe und Pflege durch Angehörige. Diese investieren oftmals viel Zeit und Energie in diese Aufgabe, nicht selten bis zur eigenen Erschöpfung oder Erkrankung. Pflegenden Partnerinnen und Partner haben ein grösseres Risiko als die Durchschnittsbevölkerung selber krank zu werden, insbesondere wenn sie sich bereits in einem höheren Alter befinden (vgl. Perrig-Chiello, 2012, S. 151). Vor allem bei längerer Dauer und bei stärkerer Pflegebedürftigkeit wird professionelle Unterstützung durch eine Spitex-Organisation oder durch andere Leistungserbringer notwendig – nicht zuletzt auch zur Entlastung der Angehörigen. Personen, die nicht auf Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen können, müssen sowohl die Hilfe- wie auch die Pflegeleistungen einkaufen.

Häufige Ursachen von Pflegebedürftigkeit sind Demenz, Depression, cerebrovasculäre Erkrankungen (insbesondere Hirnschlag), Stürze (insbesondere Schenkelhalsfraktur), Sehbehinderung, Osteoporose, Arteriosklerose, Diabetes, Herzerkrankungen (insbesondere Herzinsuffizienz), rheumatische Erkrankungen oder Krebs. Gemäss Höpflinger & Hugentobler ist «Pflegebedürftigkeit [im Alter und insbesondere im hohen Lebensalter]

bzw. eine Rückkehr vom Spital nach Hause nicht mehr möglich ist. Oder weil ein Sturz zu grosser Unsicherheit führen kann, so dass die betroffene Person sich das selbständige Wohnen nicht mehr zutraut. (Gasser, Knöpfel & Seifert, 2015, S. 30).

⁴ Mit dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit der Partnerin oder des Partners übernimmt die fragile Person oftmals (zusätzliche) Unterstützungsleistungen und gleichzeitig entfällt die bisher von der nun pflegebedürftigen Person geleistete Unterstützung.

⁵ Neben der emotionalen Bewältigung des Verlusts (z.B. der Partnerin, des Partners) und der Veränderung der Lebenssituation, kommt es unter Umständen zu einem Verlust an Unterstützung (die die verstorbene Person geleistet hatte) und das soziale Netz verkleinert sich.

allerdings oft nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren. Multimorbidität – das Zusammenwirken verschiedener Krankheiten ist im hohen Lebensalter häufig.» (2003, S. 4).

Brem und Jäggi weisen darauf hin, dass Hilfeleistungen bei den instrumentellen Aktivitäten (z.B. Betreuungsleistungen oder Unterstützung im Haushalt) meistens selber zu bezahlen sind (2012, S. 26). Die ambulanten Pflegekosten werden durch die Krankenkassen und die Kantone (bzw. Gemeinden) weitgehend bezahlt.⁶

Verschiedene gemeinnützige oder private Akteure bieten Hilfe- oder Pflegeleistungen für in Privatwohnungen lebende ältere Personen an. Es handelt sich dabei um private oder öffentliche Spitex-Organisationen, Sozialdienste, die Pro Senecute, das Schweizerische Rote Kreuz oder weitere auf Unterstützungsleistungen spezialisierte Organisationen. Bei den Angeboten handelt es sich um professionelle Leistungen oder um organisierte Freiwilligenarbeit.

Kann die notwendige Hilfe und Pflege zu Hause nicht mehr gewährleistet werden, wird ein Umzug in ein stationäres Angebot notwendig. In einer Übergangsphase kann eine Kombination von ambulanter Versorgung und temporären Kurzeitaufenthalten im Pflegeheim notwendig sein. Eine ungeeignete Wohnsituation, fehlende Alternativen (z.B. betreutes Wohnen oder Unterstützungsangebote) oder die Unkenntnis über bestehende Angebote können ebenfalls zu einem Pflegeheimeintritt führen (Köppel, 2016 S. 26-29). Mit einem umfassenden Assessment und anschliessender Beratung können unnötige – und von der betreffenden Person nicht gewünschte – Heimeintritte verhindert werden.

2.2 WHO Modell des Gesunden Alterns

Das dynamische Modell des Gesunden Alterns der WHO eignet sich besonders, um die komplexe und sich immer wieder verändernde Situation von alten Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf zu beschreiben. In diesem Kapitel wird das WHO-Modell eingeführt, aus welchem in Kapitel 4 ein Modell für das Wohnen zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf abgeleitet wird. Zunächst wird nun das der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Verständnis des Alterungsprozesses beschrieben.

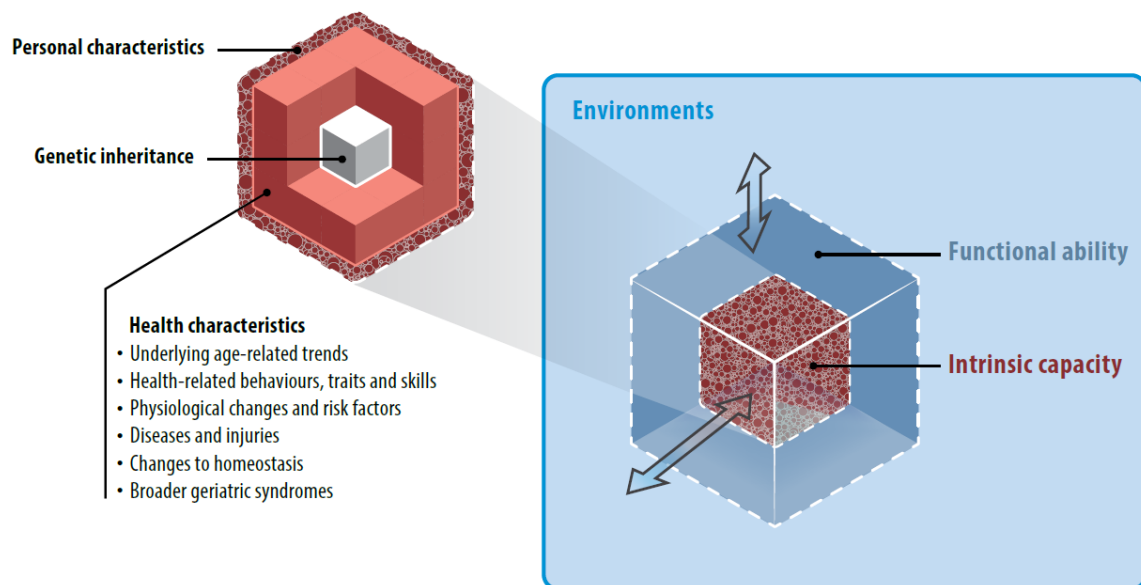
Altern ist ein komplexer Prozess, der individuell unterschiedlich und weder linear noch konstant verläuft. Er steht lose mit dem chronologischen Alter in Verbindung (World Health Organization, 2016a, S. 14). Auf der biologischen Ebene reduzieren molekuläre und zelluläre Schäden im Verlauf der Zeit die physiologischen Reserven, erhöhen die Anfälligkeit für zahlreiche Krankheiten und reduzieren die körperliche und geistige Kapazität⁷ des Individuums. Der biologische Alterungsprozess führt schliesslich zum Tod (World Health Organization, 2016a, S. 14). Im höheren Alter treten neben dem biologischen Verfall weitere Veränderungen auf, etwa in Bezug auf die eigenen Rollen, die Stellung in der Gesellschaft, die Notwendigkeit mit dem Verlust enger Beziehungen umzugehen oder wichtige Ziele neu zu definieren (World Health Organization, 2016a, S. 14).

⁶ Hilfeleistungen werden teilweise durch die öffentliche Hand mitfinanziert. Beispielsweise beteiligen sich Gemeinden im Kanton Luzern an den Kosten für die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex-Organisationen. Bei der ambulanten Pflege müssen die Klientinnen und Klienten der Spitex in gewissen Kantonen (z.B. Kanton Luzern) einen Eigenbetrag für die ambulante Pflege bezahlen.

⁷ Die Gesamtheit der körperlichen und geistigen Kapazität wird auch als intrinsische Kapazität bezeichnet, siehe weiter unten.

Das WHO Modell des Gesunden Alterns (Healthy Ageing) umfasst zwei zentrale Konzepte (vgl. Abbildung 1). Beim ersten handelt es sich um die *intrinsische Kapazität* (Intrinsic capacity). Damit wird die Gesamtheit der körperlichen und geistigen Kapazitäten bezeichnet, über die ein Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügt. Das Individuum steht in einer Wechselbeziehung zu seinem Umfeld (Environment), in dem es lebt. In Hinblick auf das Erreichen seiner Ziele bei einem gegebenen Kapazitätsniveau, kann das Umfeld für das Individuum sowohl Ressource wie auch Hindernis sein. Das Individuum, sein Umfeld und die Wechselbeziehung der beiden stellen das zweite zentrale Konzept dar, die *funktionale Fähigkeit* (Functional ability)⁸. Im WHO-Bericht werden darunter gesundheitsbezogene Attribute verstanden, welche es dem Individuum ermöglichen, sein Leben und seine Aktivitäten nach dem auszurichten, was ihm wichtig ist (World Health Organization, 2016a, S. 14). Was Menschen wichtig ist, kann als Lebensqualität bezeichnet werden und ist individuell verschieden. Fragt man alte Menschen was ihnen wichtig ist, werden gemäss WHO-Bericht folgende Aspekte oft genannt: eine Rolle / Identität haben, Beziehungen eingehen, sich freuen / etwas geniessen können, Autonomie (unabhängig sein und selber Entscheidungen fällen können), Sicherheit oder das Potential persönlichen Wachstums (vgl. WHO, 2015, S. 29-30).⁹

Abbildung 1: Modell des Gesunden Alterns (Healthy Ageing)



Quelle: WHO, 2015, S.28.

Weder die intrinsische Kapazität noch die funktionale Fähigkeit sind konstant. Veränderungen erfolgen individuell unterschiedlich und schliessen trotz einer tendenziellen Abnahme Verbesserungen von Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht aus. Durch persönliche Lebensentscheidungen oder Interventionen zu unterschiedlichen Zeiten der Lebensspanne kann Einfluss auf den Verlauf genommen werden (World Health Organization, 2016a, S. 14). So kann beispielsweise eine Rehabilitation nach einem Unfall den Gesundheitszustand wieder verbessern (Erhöhung der intrinsischen Kapazität). Verlorene Fähigkeiten können teilweise

⁸ Die funktionale Kapazität ist nicht zu verwechseln mit der funktionalen Gesundheit (vgl. Kapitel 2.1. Siehe dazu auch Fussnote 11).

⁹ Übersetzung des englischen Textes durch die Autorin.

kompensiert werden, indem andere Wege zum Ausüben einer Aufgabe benutzt werden. Es können Hilfsmittel eingesetzt oder Unterstützungsleistungen angenommen werden (Veränderung der Wechselbeziehung zum Umfeld).

Basierend auf den Konzepten der intrinsischen Kapazität und der funktionalen Fähigkeit definiert die WHO gesundes Altern als «Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht» (World Health Organization, 2016a, S. 14). Im Zentrum der Definition steht somit das Wohlbefinden und nicht die Abwesenheit von Krankheit.

Um zu erreichen, dass möglichst viele Menschen gesund altern können, hat die WHO in ihrem globalen Strategie- und Aktionsplan (Global Strategy and Action Plan) die folgenden fünf strategischen Ziele formuliert (World Health Organization, 2016b¹⁰).

1. Ein Bekenntnis der staatlichen und nicht-staatlichen Akteure zum Handeln und Zusammenarbeiten.
2. Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung ausrichten.
3. Ein altersfreundliches Umfeld entwickeln.
4. Die Langzeitpflege stärken.
5. Messung, Monitoring und Forschung verbessern.

3 Fragestellung und Vorgehen

Nachdem in Kapitel 2 beschrieben wurde, was unter Hilfe- und Pflegebedarf verstanden wird und ein Verständnis des gesunden Alterns gewonnen wurde, richtet sich der Fokus in den folgenden Kapiteln auf das Abklären des Unterstützungsbedarfs von zu Hause lebenden alten Menschen. Zur Beantwortung der nachfolgenden Fragestellungen werden Erkenntnisse aus dem vorangehenden Kapitel beigezogen. Damit der Rahmen der CAS-Arbeit nicht gesprengt wird, wird die zweite Frage auf die Spitex-Organisationen eingeschränkt. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Welche Anforderungen für die Erfassung der Ressourcen und des Hilfe- oder Pflegebedarfs können aus dem WHO Modell des Gesunden Alterns und aus dem Strategie- und Aktionsplan abgeleitet werden?
2. Erfüllt das von den meisten öffentlichen Spitex-Organisationen in der Schweiz verwendete Abklärungsinstrument diese Anforderungen?

Zur Beantwortung der ersten Frage wird das WHO-Modell des Gesunden Alterns in Bezug auf das Wohnen zu Hause trotz funktionaler Einschränkungen konkretisiert. Aus dem so gebildeten Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf» werden Anforderungen an ein Assessment zum Erfassen des Unterstützungsbedarfs abgeleitet. Die Anforderungen werden im Sinne von Leitlinien verstanden. Das heisst, es wird aufgezeigt, was ein umfassendes Assessment bzw. ein entsprechendes Erfassungsinstrument leisten soll. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es jedoch nicht, ein Assessment-Instrument zu entwickeln und einen entsprechenden Fragebogen zu erstellen.

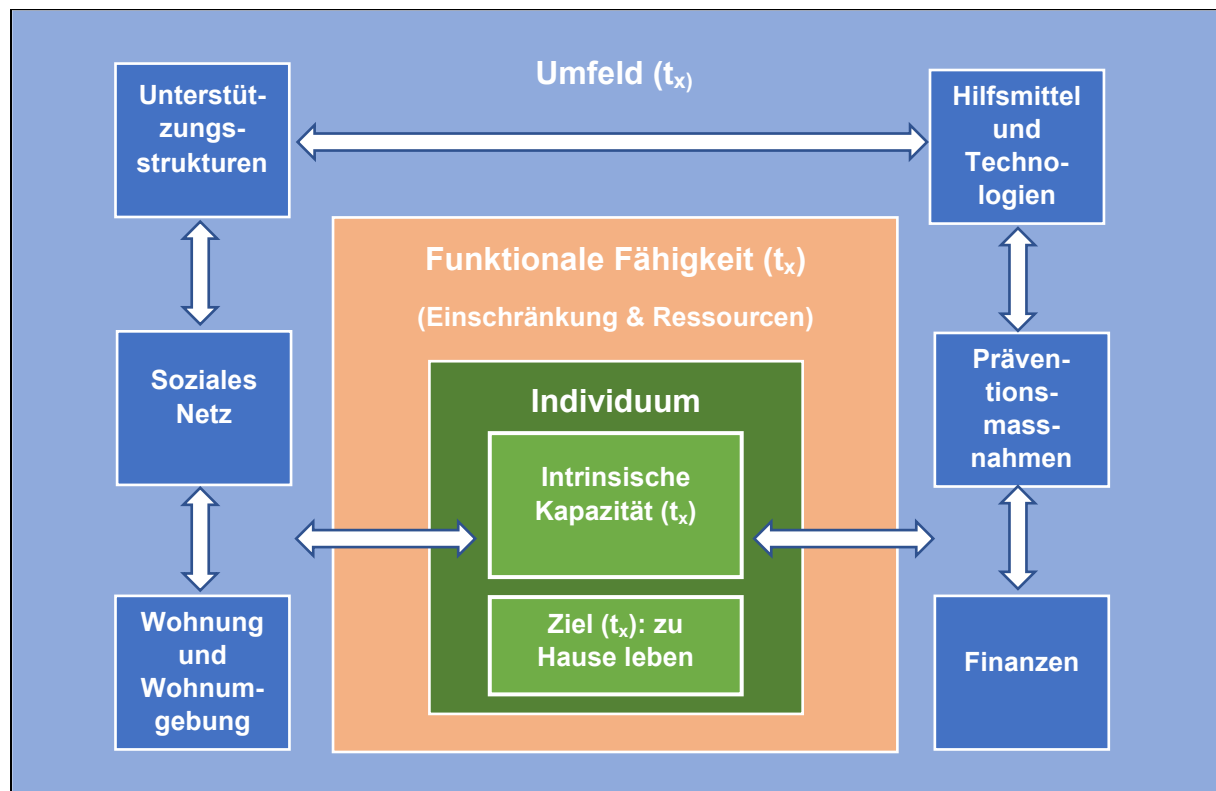
Zur Beantwortung der zweiten Frage wird das «Resident Assessment Instrument – Home Care Schweiz» (RAI HC Schweiz) analysiert.

¹⁰ Übersetzung des englischen Textes durch die Autorin.

4 Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf»

In diesem Kapitel wird aus dem WHO-Modell des Gesunden Alterns ein Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf» abgeleitet (vgl. Abbildung 2). Die nachfolgende Beschreibung dieses Modells wird direkt ergänzt durch Hinweise auf sich daraus ergebende Anforderungen an ein Assessment zum Erfassen des Unterstützungsbedarfs.

Abbildung 2: Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf»



Das Individuum (grüne Fläche), das mit seinem Wunsch nach Autonomie und seinen Vorstellungen von Lebensqualität im Zentrum steht, formuliert zum gegebenen Zeitpunkt (t_x) das Ziel (untere hellgrüne Fläche), zu Hause zu leben. Im Verlauf der Zeit kann das Ziel an Bedeutung verlieren oder muss aufgegeben werden. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein bestimmtes Ausmass an funktionalen Einschränkungen eintritt und sich Fragen der Sicherheit stellen. Gewichtet das Individuum die Sicherheitsbedenken stärker als den Wunsch nach Autonomie, passt es sein Ziel zum Zeitpunkt (t_{x+1}) an und zieht z.B. einen Umzug in ein betreutes Wohnen oder in ein Pflegeheim in Betracht.

✦ Für das Assessment bedeutet dies: Regelmässig überprüfen, ob das Ziel für den betreffenden alten Menschen nach wie vor Gültigkeit hat.

Die zum Zeitpunkt (t_x) (noch) vorhandene intrinsische Kapazität (obere hellgrüne Fläche), d.h. die körperlichen und geistigen Kapazitäten, stellen interne Ressourcen dar. Sie können teilweise durch Training gestärkt werden (z.B. Gehtraining, Gedächtnistraining, Rehabilitation nach Unfall oder Krankheit). Ein absehbarer Verlust kann durch Präventionsmassnahmen gemindert (z.B. durch Massnahmen gegen Mangelernährung) und kritische Ereignisse wie Stürze können so weit wie möglich verhindert werden.

✦ Für das Assessment bedeutet dies: Möglichkeiten zur Verbesserung und zum Erhalt von internen Ressourcen erkennen.

Bei der hilfe- oder pflegebedürftigen Person hat die intrinsische Kapazität zum Zeitpunkt (t_x) soweit abgenommen, dass sich die daraus ergebenden funktionalen Einschränkungen (Einschränkungen der funktionalen Gesundheit vgl. Kapitel 2.1) nicht mehr vollständig selber kompensieren lassen. Mit dem Bezug von externen, das heisst aus dem Umfeld zugezogenen Ressourcen (dunkelblaue Flächen), kann kompensatorisch eine bestimmte funktionale Fähigkeit erreicht werden (rosa Fläche mit weissen Pfeilen, welche die Kompensation darstellen), welche es in Idealfall ermöglicht, weiterhin zu Hause zu leben. Die funktionale Fähigkeit umfasst somit die Funktionalität, welche trotz körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen dank dem Einsatz externer Ressourcen möglich wird.¹¹ Diese aus dem Umfeld bezogenen Ressourcen beinhalten unter anderem Hilfe- oder Pflegeleistungen (vgl. die detaillierteren Ausführungen zu den externen Ressourcen weiter unten). Der Bedarf an diesen Ressourcen kann sich kontinuierlich, z.B. durch ein Nachlassen der Kräfte oder plötzlich ändern, wenn ein kritisches Ereignis eintritt. Er kann aber auch entsprechend der körperlichen und geistigen Kapazität schwanken. Dies kann beispielsweise bei einer schweren Krankheit und anschliessender erfolgreichen Rehabilitation der Fall sein, oder wenn sich bei einer chronischen Erkrankung gute und schlechte Tage abwechseln.

✦ Für das Assessment bedeutet dies: Den Bedarf an externen Ressourcen regelmässig erfassen.

In der Lebensphase der Fragilität gewinnen externe Ressourcen zunehmend an Bedeutung. Damit Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf weiterhin zu Hause leben können, können folgende Umfeld-Aspekte zu relevanten Ressourcen werden:

Wohnung und Wohnumgebung

Förderlich für ein Wohnen zu Hause trotz Unterstützungsbedarf sind eine hindernisfreie Wohnung sowie eine Wohnumgebung die z.B. einen barrierefreien Zugang zu Einkaufsmöglichkeiten und zu Strukturen der Gesundheitsversorgung (ärztliche Grundversorgung, Apotheke) sowie den Anschluss an den öffentlichen Verkehr in Gehdistanz beinhaltet.

Soziales Netz

Es handelt sich dabei beispielsweise um die Partnerin oder den Partner, um weitere Familienangehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte oder Personen aus der Nachbarschaft. Im Idealfall sind sie Quelle emotionaler und praktischer Unterstützung.

Unterstützungsstrukturen

Dazu gehört der Zugang zu ambulanter Pflege und Betreuung, Haushaltshilfe, Tages- oder Nachtstrukturen, Mahlzeitendienst, Fahrdienst, Entlastungs- oder Besuchsdienst etc. Idealerweise handelt es sich um integrierte Strukturen, d.h. um Angebote die aufeinander abgestimmt sind und deren Anbieter zusammenarbeiten.

¹¹ Das Konzept der funktionalen *Kapazität* ist somit umfassender als dasjenige der funktionalen *Gesundheit*. Letzteres beinhaltet die Funktionalität, welche aufgrund der intrinsischen Kapazität erreicht wird, *ohne* den Einsatz externer Ressourcen.

Hilfsmittel und Technologien

Um trotz Unterstützungsbedarf weiterhin zu Hause leben zu können, können Hilfsmittel wie z.B. ein Rollator oder Hörgerät genutzt werden, kann ein Notrufsystem benutzt oder übers Internet eingekauft werden.

Präventionsmassnahmen

Staatliche Programme der Gesundheitsförderung und Prävention machen ältere Menschen auf Massnahmen aufmerksam, die zu einem gesunden Altern beitragen und für das Wohnen zu Hause förderlich sind. Sie unterstützen sie bei der Umsetzung der Massnahmen (z.B. Angebote der Sturzprävention).

Finanzielle Mittel

Vorhandene Mittel ermöglichen es Hilfeleistungen und Hilfsmittel zu kaufen, die nicht durch Versicherungen oder durch die öffentliche Hand finanziert werden. Sind die benötigten Unterstützungsleistungen aufwändig und übersteigen die finanziellen Ressourcen der betroffenen Person, kann dies ein Grund für den Eintritt in ein Pflegeheim sein (z.B. Bedarf an 24-Stunden-Betreuung oder intensiver Pflege).

Die Tatsache, dass die Umfeld-Aspekte nicht unabhängig voneinander sind, ist im Modell ebenfalls mit Pfeilen dargestellt. Die Ausstattung der externen Ressourcen ist individuell und kann sich ändern, etwa durch die Abnahme der finanziellen Mittel oder durch einen Ausfall von helfende Angehörigen.

✦ Für das Assessment bedeutet dies: Vorhandene Umfeld-Ressourcen regelmässig erfassen und Möglichkeiten zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der externen Ressourcen erkennen.

5 Anforderungen an das Assessment zum Erfassen des Unterstützungsbedarfs

Anhand des Modells «Wohnen zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf» wurde im vorangegangenen Kapitel aufgezeigt, dass folgende Aspekte für ein Assessment von zu Hause lebenden Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf wichtig sind:

- Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen
- Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen
- Erfassen vorhandener interner und externer Ressourcen
- Erkennen der Möglichkeiten des Ressourcenerhalts bzw. der Ressourcenoptimierung
- Regelmässiges Durchführen der Assessments

In ihrem Strategie- und Aktionsplan hat die WHO das Ziel formuliert, die Messung, das Monitoring und die Forschung im Zusammenhang mit dem gesunden Altern zu verbessern (vgl. Kapitel 2.2). Bei den Assessments von zu Hause lebenden Personen mit Unterstützungsbedarf werden Daten erhoben, welche, durch Forschende ausgewertet, zu mehr Wissen über das gesunde Altern beitragen können. Die Liste der Anforderungen wird daher wie folgt ergänzt:

- Verwendung von Assessment-Daten für die Forschung

Das WHO-Modell und das daraus abgeleitete Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarfs» nehmen eine individuenzentrierte Sichtweise ein. Gesundes Altern stellt Lebensqualität ins Zentrum. Für viele alte Menschen beinhaltet Lebensqualität eine möglichst hohe Autonomie (vgl. Kapitel 2.2). In Bezug auf das Assessment kann

entsprechend die Erwartung formuliert werden, dass ein möglichst präzises Erfassen der *individuellen Situation* des abzuklärenden alternden Menschen erfolgen soll und dass gleichzeitig die *Autonomie* des Individuums gewahrt wird. Das Respektieren der Selbstbestimmung beinhaltet, dass es die Einwilligung der hilfe- oder pflegebedürftigen Person braucht, um ein Assessment durchzuführen. Mit ihrem Einverständnis können Drittpersonen (z.B. Angehörige) miteinbezogen werden. Das Individuum wird darüber informiert, dass auch die Situation der unterstützenden Angehörigen abgeklärt wird. Bei Menschen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit, z.B. aufgrund einer Demenzerkrankung, erfolgt das Assessment wenn und soweit notwendig und sinnvoll gemeinsam mit der Beiständin oder dem Beistand bzw. den pflegenden Angehörigen.

In den folgenden Unterkapiteln werden die oben aufgelisteten prozessbezogenen Anforderungen detaillierter betrachtet.

5.1 Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen

Gesundes Altern gemäss WHO ermöglicht es dem Individuum sein Leben und seine Aktivitäten nach dem auszurichten, was ihm wichtig ist. Obwohl die meisten Menschen möglichst lange zu Hause leben möchten, auch wenn sie Hilfe oder Pflege benötigen, ist mit der unterstützungsbedürftigen Person regelmässig zu besprechen, ob das Ziel weiterhin zutrifft. Der Wunsch, zu Hause zu leben, kann mit anderen Aspekten in Widerspruch stehen, die dem Individuum wichtig sind. Das bedeutet, dass die unterstützungsbedürftige Person unter Umständen den Umzug in ein betreutes Wohnen oder ins Pflegeheim vorzieht, auch wenn es aufgrund der Einschätzung der involvierten Fachpersonen weiterhin möglich wäre, die Versorgungssituation zu Hause aufrecht zu erhalten. Auf der anderen Seite kann eine Person mit Unterstützungsbedarf bereit sein, Einschränkungen in Kauf zu nehmen um weiterhin in der bisherigen Wohnung zu leben, die für Aussenstehende in der Regel als unzumutbar erscheinen. So kann jemand trotz zunehmender Mobilitätseinschränkungen weiterhin alleine zu Hause leben wollen, selbst wenn sie oder er die Wohnung nicht mehr selber verlassen kann.

5.2 Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen

Zum Erfassen des Hilfe- oder Pflegebedarfs eignen sich die in Kapitel 2.1 beschriebenen Konzepte der IADL und ADL. In einem weiteren Schritt können gemeinsam mit der unterstützungsbedürftigen Person (und wenn sinnvoll und von der unterstützungsbedürftigen Person erwünscht: unter Einbezug der pflegenden Angehörigen) Ziele zur Behebung des Hilfe- oder Pflegebedarfs formuliert und ein Massnahmenplan erstellt werden. Daraus kann abgeleitet werden, welche externen Ressourcen benötigt werden.

5.3 Erfassen vorhandener Ressourcen und der Möglichkeiten des Ressourcenerhalts bzw. der Ressourcenoptimierung

Bei der Erfassung der internen Ressourcen kann zwischen umfassenden medizinischen Abklärungen durch eine Ärztin bzw. einen Arzt und der Befragung und Beobachtung durch involvierte Fachpersonen wie Pflegepersonal oder Sozialarbeitende unterschieden werden. Die Erfassung kann physische Messwerte (z.B. Blutwerte, Blutdruck, EKG) beinhalten. Für die Optimierung bzw. den Erhalt der internen Ressourcen kann das Individuum selber Massnahmen ergreifen (z.B. zum Verhindern von Stürzen oder von Mangelernährung) oder von Programmen der öffentlichen Gesundheitsförderung und Prävention bzw. von ärztlich verordneten Massnahmen profitieren (vgl. weiter unten unter externen Ressourcen).

Bei den externen Ressourcen ist zwischen dem Vorhandensein möglicher Ressourcen und effektiv genutzten Ressourcen zu unterscheiden (Martin, 2001, S. 32). Werden mögliche Ressourcen nicht genutzt, lohnt es sich, abzuklären was der Grund ist. Neben der Erfassung möglicher Ressourcen bzw. genutzter Umfeld-Ressourcen gilt es auch zu klären, welche Massnahmen zum Ressourcenerhalt und zur Ressourcenoptimierung ergriffen werden können. Folgende Aspekte sind je nach individueller Situation zu erfassen bzw. zu klären:

Wohnung und Wohnumgebung

- Eignen sich die Wohnung und die Wohnumgebung für die hilfe- oder pflegebedürftige Person? Sind Wohnungsanpassungen notwendig (z.B. Treppenlift) und wenn ja auch möglich? Ist allenfalls ein Umzug in eine barrierefreie Wohnung/förderliche Umgebung notwendig?
- Bestehen Gefahrenquellen, die eliminiert werden können – wie etwa Stolperfallen oder die Gefahr von Gasaustritt oder überhitzter Herdplatten?

Soziales Netz

- Ist das Individuum sozial integriert? Welche Personen aus dem persönlichen Umfeld sind in das Unterstützungssystem einbezogen? Gibt es weitere Personen, die einbezogen werden könnten?
- Wie geht es den helfenden bzw. pflegenden Angehörigen? Brauchen sie Unterstützung, Entlastung, oder Schulung?

Unterstützungsstrukturen

- Welche Unterstützungsstrukturen sind bereits einbezogen? Gibt es weitere Angebote die genutzt werden könnten?
- Wer koordiniert die involvierten Angebote?

Hilfsmittel und Technologien

- Welche Hilfsmittel und Technologien stehen zur Verfügung? Welche weiteren könnten eingesetzt werden?
- Werden die Hilfsmittel und Technologien genutzt und wenn nicht, weshalb? Braucht die hilfe- oder pflegebedürftige Person Unterstützung, um das Hilfsmittel oder die Technologie einzusetzen? Es kann sich dabei um eine Instruktion oder Schulung (z.B. Nutzung des Smartphones für Textnachrichten), Support (z.B. bei einem Problem mit dem Computer oder Tablet) oder um Hilfe im Zusammenhang mit der Instandhaltung, der Reparatur oder dem Ersatz eines Hilfsmittels oder Gerätes handeln.

Präventionsmassnahmen

Grundlegende Risiken wie Sturzgefahr, Mangelernährung oder Dekubitusgefahr etc. sind im Rahmen des Assessment regelmässig abzuklären. Daneben sind folgende Fragen (eventuell einmalig) zu klären:

- Hat die hilfe- oder pflegebedürftige Person Zugang zu Präventionsangeboten und Massnahmen der Gesundheitsförderung?
- Braucht es eine persönliche Gesundheitsberatung?
- Ist die medizinische Versorgung und dadurch der Zugang zur Gesundheitsförderung und -versorgung, zu Rehabilitationsmassnahmen und Physiotherapie (z.B. Gehtraining) gewährleistet?

Finanzen

- Bestehen finanzielle Schwierigkeiten? Kann die hilfe- oder pflegebedürftige Person die notwendige Unterstützung und / oder benötigte Hilfsmittel und Technologien finanzieren?

5.4 Regelmässiges Durchführen der Assessments

Zur Regelmässigkeit der Durchführung stellen sich zwei Fragen: Wann soll mit Assessments begonnen werden und in welchen Abständen soll es durchgeführt werden?

Ein frühzeitiges Erkennen der Fragilität kann eine gezielte Unterstützung ermöglichen und dazu beitragen, den Übergang von einem reinen Hilfebedarf zu einem Hilfe- und Pflegebedarf zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern (vgl. Kapitel 2.1.1). Sobald ein Fragilisierungsprozess erkannt wurde, sind regelmässige Assessments des Unterstützungsbedarfs und der Präventionsmöglichkeiten sinnvoll. Hausärztinnen und Hausärzten kommt eine entscheidende Rolle zu, wenn es darum geht, den Beginn einer Fragilisierung zu erkennen und Betroffene auf Unterstützungs- und Präventionsmassnahmen hinzuweisen.

Abklärungen im Zusammenhang mit Möglichkeiten der Verbesserung oder des Erhalts der internen Ressourcen oder anders gesagt der Präventionsmöglichkeiten, sind jedoch schon vorher sinnvoll. Diesbezügliche Unterstützung von älteren Menschen in Form von aufsuchender Beratung bzw. persönlicher Gesundheitsberatungen wird für Personen, «die unter erschwerten Lebensbedingungen zu Hause leben und für die es schwierig ist, andere Angebote der Gesundheitsförderung zu nutzen», ab ungefähr 65 Jahren empfohlen (Kessler & Schmocker, 2014, S. 13).

Die Häufigkeit der regelmässigen Assessments ergibt sich aus den Bedürfnissen und Vorstellungen der Person mit Unterstützungsbedarf, aufgrund von gesetzlichen Vorgaben sowie dem aus dem Verlauf des Gesundheitszustandes des Individuums. Benötigt das Individuum nur Hilfeleistungen, kann ein Intervall der Assessments zusammen mit dem Individuum festgelegt werden. Braucht das Individuum Pflegeleistungen gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG), bestehen gesetzliche Vorgaben bezüglich der Bedarfserfassung: Für Pflegeleistungen von Langzeitpatientinnen und -patienten – um welche es sich bei alten Menschen mit Pflegebedarf in der Regel handelt – ist die ärztliche Verordnung aufgrund einer Bedarfsabklärung mindestens alle sechs Monate zu erneuern.¹² Ausnahmen sind bei mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit vorgesehen.

Verändert sich der Gesundheitszustand akut oder treten kritische Lebensereignisse ein, wie ein Sturz oder der Tod eines nahestehenden Angehörigen (vgl. Kapitel 2.1.1), ist eine Wiederholung des Assessments angezeigt. Dabei geht es darum, einen veränderten Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu erfassen bzw. mögliche Präventionsmassnahmen zu erkennen.

5.5 Verwendung der Assessment-Daten für die Forschung

Bei Daten, die durch ein Assessment erhoben wurden, handelt es sich um eine Form prozessproduzierter Daten. Zugrundeliegende Konzepte und Begriffe sowie der Fragebogen bzw. die Checklisten, mit denen die Daten erhoben werden, orientieren sich am Assessment bzw. an der anschliessenden Auswertung und Beratung der unterstützungsbedürftigen Person. Dies gilt es bei der Nutzung von Assessmentdaten für die Forschung kritisch zu reflektieren. Ein Vorteil prozessorientierter Daten, auch für die Forschenden, ist die

¹² Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31), Artikel 8, Absatz 6.

Tatsache, dass ein direkter Bezug zwischen Datenerhebung und -nutzung die Qualität der Erhebung in der Regel erhöht. Korrekt und vollständig erhobene Assessmentdaten erleichtern die anschliessende (oft) von der gleichen Person durchgeführte Beratung oder Hilfe- und Pflegeplanung. Um vergleichbare Datensätze für die wissenschaftliche Nutzung zu erhalten, ist ein möglichst weitverbreitetes, standardisiertes Assessment-Instrument von Vorteil. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, welche Assessmentdaten nutzen, können im Dialog mit den Durchführenden der Assessments dazu beitragen, das Erhebungsinstrument weiterzuentwickeln.

Assessment-Daten sind vertraulich zu behandeln und nur anonymisiert und mit einer Datenschutzerklärung für die Sekundärverwendung durch die Forschung zugänglich zu machen. Ein Rückschluss auf die Identität der unterstützungsbedürftigen Person muss ausgeschlossen werden, insbesondere auch für den Fall, dass die Daten ohne deren Einwilligung mit andern Datensätzen, z.B. über die Sozialversicherungsnummer, verknüpft werden.

6 Analyse des Assessment-Tools RAI-Home-Care

In diesem Kapitel wird das international entwickelte und auf schweizerische Verhältnisse angepasste Abklärungs-Tool «Resident Assessment Instrument – Home Care Schweiz» (RAI-HC Schweiz) vorgestellt und analysiert. RAI-HC Schweiz wird von den meisten öffentlichen Spitex-Organisationen der Schweiz verwendet (Spitex Schweiz, 2017). Bei RAI-HC handelt es sich um ein Instrument zur «Durchführung einer umfassenden und standardisierten Evaluation der Bedürfnisse, Stärken, Probleme und Vorlieben von älteren und alten Klienten häuslicher Dienste» (Garms-Homolová, 2002, S. 12). Das Instrument besteht aus je einem Abklärungsformular für administrative Daten, Hauswirtschaft und MDS-HC (Minimum Data Set für spitalexterne Pflege). Anders als der Name suggeriert, enthält das MDS-HC-Formular auch Fragen zu den IADL und somit auch zum Hilfebedarf. Besteht noch kein Pflegebedarf, wird in der Regel nur das Formular Hauswirtschaft ausgefüllt, da das MDS-HC-Formular sehr umfangreich und das Ausfüllen sehr zeitaufwändig ist. Die erhobenen Daten bilden die Grundlage für die Hilfe- und Pflegeplanung und den Einsatz der Spitex-Dienstleistungen.

Nachfolgend wird analysiert, inwiefern RAI-HC Schweiz den aus dem WHO-Modell bzw. aus dem entsprechenden Strategie- und Aktionsplan abgeleiteten und in Kapitel 5 besprochenen Anforderungen an ein Assessment von zu Hause lebenden Personen mit Hilfe- oder Pflegebedarf entspricht. Die Analyse basiert vorwiegend auf dem detaillierten Handbuch RAI-Home-Care-Schweiz (Anliker & al., 2009)¹³. Die aufgeführten Seitenzahlen beziehen sich, sofern nichts anderes genannt, auf das Handbuch.

Die Option, in den beiden Abklärungsformularen Hauswirtschaft bzw. MDS-HC eine eigene Antwort einzugeben, falls keine der Antwortvorgaben zutreffend ist (S. 20), erlaubt eine möglichst präzise Erfassung der individuellen Situation der abzuklärenden Person. In keinem der drei Formulare (Administration, Hauswirtschaft und MDS-HC) ist eine schriftliche Einwilligung der hilfe- oder pflegebedürftigen Person zur Abklärung oder zum Einbezug von Drittpersonen enthalten. Das Handbuch gibt dazu keine Hinweise, genauso wenig wie zur Frage, ob die abzuklärende Person informiert wird, wenn ohne ihre Anwesenheit pflegende

¹³ Es handelt sich beim Handbuch um die übersetzte, als Pilotversion getestete, überarbeitete Schweizer Version aus: interRAI. RAI-Home Care (RAI-HC)® Assessment Manual für Version 2.0, 1999.

Angehörige befragt werden. Selbstbestimmung wird insofern gewährt, indem die Antwortvorgaben bei heiklen Bereichen eine mögliche Verweigerung in Betracht ziehen.

Zu den prozessbezogenen Anforderungen ergibt die Analyse folgenden Befund:

Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen

Aus dem Handbuch ist nicht ersichtlich, ob regelmässig geklärt wird, ob das Ziel zu Hause zu leben für die hilfe- oder pflegebedürftige Person nach wie vor aktuell ist.

Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen

RAI-HC verwendet das Konzept der IADL und ADL um den Hilfe- oder Pflegebedarf zu erfassen (vgl. u.a. S. 19, 115-122 und 123-127). Wird jedoch nur das Formular Hauswirtschaft ausgefüllt, beschränkt sich die Abklärung auf den Bedarf an Leistungen im Zusammenhang mit der Reinigung der Wohnung, Kleiderwäsche und -pflege, Einkauf und Essenszubereitung oder Tier- und Pflanzenpflege (S. 287). Hilfebedarf bei den weiteren IADL kann jedoch in der Rubrik «Andere Leistungen» eingetragen werden (S. 44).

Erfassen vorhandener Ressourcen und Möglichkeiten des Ressourcenerhalts bzw. der Ressourcenoptimierung

Mit dem MDS-HC-Formular werden mittels Befragung oder Beobachtung folgende internen Ressourcen erhoben: Kognitive Fähigkeiten (S. 50-54), Stimmungslagen und Verhalten (S. 60-63), Psychosoziales Wohlbefinden (S. 64-67), Sinnesfunktionen (S. 55-59) und Gesundheitszustand (S. 84-90). Es werden keine medizinischen Abklärungen durchgeführt, sondern bestehende Diagnosen erfasst (S. 83).

Bei den externen Ressourcen werden Abklärungen zur Wohnung und Wohnumgebung (S. 98, 248-251) gemacht, die sowohl die Eignung / Optimierung betreffen wie auch die Erkennung von Gefahren beinhalten. Das soziale Netz wird unter den Rubriken soziale Funktion (S. 171-174), informelle Unterstützung (S. 68), freiwillige Helfer (S. 99) bzw. brüchiges Unterstützungsnetz (S. 218-222) betrachtet. Es wird damit sowohl die soziale Integration wie auch die Situation der pflegenden Angehörigen abgeklärt. RAI-HC berücksichtigt, welche Dienstleistungen bereits bezogen werden (S.99). Mit dem Abklärungstool wird jedoch nicht ermittelt, ob die Dienstleistungen koordiniert werden. Zu Hilfsmitteln und Technologien und zur finanziellen Situation werden in RAI-HC keine Fragen gestellt.

Der Erhalt bzw. die Optimierung von internen Ressourcen wird im MDS-HC-Formular unter anderem in folgenden Rubriken berücksichtigt: A) Erkennen grundlegender Risiken: Mangelernährung (Ernährung/Flüssigkeitsstatus: S. 91, S. 180-184, 192-197), Dekubitusgefahr (Zustand der Haut: S. 95, 206-209), Sturzgefahr (S. 88, S. 185-191). B) Prävention (Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, S. 231-234) und Gesundheitsförderung (S. 128-133). C) Rehabilitationspotential (S. 115-122). Im Formular «Administrative Daten und Anfrage» wird die Frage nach dem Hausarzt gestellt. Mit dieser Frage kann geprüft werden, ob die medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Wird nur das Hauswirtschaft-Formular ausgefüllt, beschränken sich die Informationen auf den entsprechenden Hilfebedarf. Es werden keine Fragen zur Prävention oder zum Erkennen von Risiken gestellt. Zur Früherkennung von gesundheitlichen Risiken setzen einige Spitex-Organisationen aus den Kantonen Luzern und Zürich daher zusätzlich zum RAI-HC-Formular Hauswirtschaft eine detaillierte Checkliste ein (Egger & al., 2015, S. 6).

Regelmässiges Durchführen des Assessments

Die Spitex beginnt mit dem Assessment wenn bereits ein Bedarf an externer Unterstützung durch vermutet wird oder besteht. Die Abklärungen des Hilfe- oder Pflegebedarfs werden mittels des MDS-HC-Formulars regelmässig mindestens alle sechs Monate durch (S. 12). Die Bedarfserhebung für die hauswirtschaftlichen Leistungen ist nicht gesetzlich geregelt. Die Spitex der Stadt Luzern beispielsweise führt sie drei Monate nach Beginn des Einsatzes und anschliessend einmal jährlich durch (Spitex Stadt Luzern, 2016, S. 9-10). Wenn eine voraussichtlich dauerhafte Veränderung des Zustandes der Klientin oder des Klienten und/oder des Umfeldes eingetreten ist, wird das Assessment (beide Formulare) ausserhalb der periodischen Beurteilung durchgeführt (S. 47).

Verwendung der Assessment-Daten für die Forschung

Spitex Schweiz sammelt über die Plattform HomeCareData Daten der mit RAI-HC Schweiz erhobenen Assessments und lässt sie durch die Universität Bern kontrollieren und aufbereiten. Spitex Schweiz stellt die anonymisierten Daten den Spitex-Organisationen für ein datenbasiertes Qualitätsmanagement zur Verfügung (Spitex Schweiz, kein Datum). Die Nutzung durch Dritte ist möglich und im Datenreglement HomeCareData geregelt (Spitex Schweiz, 2016). Da es sich bei RAI-HC um ein international verbreitetes, standardisiertes Instrument handelt, sind Ländervergleiche grundsätzlich möglich. Bei RAI-HC handelt es sich um ein validiertes Abklärungsinstrument. Um die Datenqualität sicherzustellen, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt werden, damit die von einer Spitex-Organisation erhobenen Daten in den HomeCareData-Pool aufgenommen werden. So müssen «alle Personen, die mit RAI-HC abklären und Daten für HomeCareData generieren, die Grundschulung RAI-HC bei einer von Spitex Schweiz anerkannten Schulungsanbieterin, einem Schulungsanbieter absolviert [haben]» (Spitex Schweiz, 2016, S. 2). Für die Durchführung des Assessments und somit für die Erfassung der Daten besteht ein ausführliches Handbuch mit einer Punkt-für-Punkt-Anleitung.

7 Diskussion

In diesem Kapitel soll zum Schluss diskutiert werden ob bzw. wie in den vorangehenden Kapiteln die in Kapitel 3 gestellten Fragen beantwortet wurden.

1. Aus dem WHO-Modell des gesunden Alterns bzw. aus dem Strategie- und Aktionsplan der WHO wurde in einem Zwischenschritt das Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf» abgeleitet. Daraus sind grundsätzliche Erwartungen sowie spezifische Anforderungen an den Prozess des Assessments hergeleitet worden. Ein Assessment soll ein möglichst präzises Erfassen der *individuellen Situation* des abzuklärenden alternden Menschen ermöglichen und gleichzeitig die *Autonomie* des Individuums respektieren. In Bezug auf das Vorgehen sind folgende Anforderungen definiert worden:

- Überprüfen des Ziels zu Hause zu Wohnen
- Erfassen des Bedarfs an externen Ressourcen
- Erfassen vorhandener interner und externer Ressourcen
- Erkennen der Möglichkeiten des Erhalts und der Verbesserung der internen und externen Ressourcen
- Regelmässiges Durchführen der Assessments
- Verwendung von Assessment-Daten für die Forschung

2. Die Analyse des von den meisten öffentlichen Spitex-Organisationen in der Schweiz verwendeten Abklärungsinstruments RAI HC Schweiz anhand des offiziellen Handbuchs hat folgendes gezeigt:

Das standardisierte Erfassungsformular kann die individuelle Situation wiedergeben, indem Präzisierungen möglich sind. Der Autonomie der abzuklärenden Person wird insofern Rechnung getragen, dass bei heiklen Fragen die Möglichkeit vorgesehen ist, die Antwort zu verweigern. Die Erhebung des Bedarfs an externen Ressourcen erfolgt anhand des Konzepts der IADL und ADL. Mögliche interne (Gesundheitszustand) und externe Ressourcen (Wohnung, Wohnumgebung, Soziales Netz, Unterstützungsstrukturen), die dazu beitragen, dass die hilfe- oder pflegebedürftige Person weiterhin in ihrem bisherigen Zuhause leben kann, werden erhoben – ebenso Möglichkeiten der Verbesserung und des Erhalts von Ressourcen, wie etwa Prävention und Rehabilitation (interne Ressourcen) oder Abklärungen zur Eignung der Wohnung oder Wohnumgebung (externe Ressourcen). Die Assessments mit RAI HC Schweiz erfolgen nach Bedarf und werden regelmässig wiederholt. Schliesslich werden anonymisierte Daten aus dem Assessment über die Plattform HomeCareData Dritten für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt. Für Nutzung der Daten ist eine Datenschutzvereinbarung zu unterschreiben. Eine möglichst hohe Datenqualität wird durch Vorgaben bezüglich der Schulung des Erhebungspersonals sichergestellt.

Die Analyse von RAI-HC hat folgende Lücken aufgezeigt: Inwiefern Einwilligungen im Zusammenhang mit der Erhebung der benötigten Assessmentdaten eingeholt werden, ist aus dem Handbuch nicht ersichtlich. In den drei Erfassungsformularen sind keine entsprechenden Rubriken enthalten. Im Rahmen des Assessments, wird nicht überprüft, ob das Ziel, zu Hause zu leben, weiterhin aktuell ist. Bei den externen Ressourcen werden die Bereiche Hilfsmittel und Technologien sowie Finanzen nicht abgeklärt. Letzteres hat damit zu tun, dass das Assessment durch die Spitex erfolgt, welche nicht über einen Leistungsauftrag für die Sozialberatung verfügt, zu deren Aufgaben die Abklärung und Beratung bei finanziellen Schwierigkeiten gehört. Wird eine Notwendigkeit erkannt, verweist die Spitex ihre Klientin bzw. ihren Klienten an einen geeigneten Leistungserbringer. Mit dem Assessment wird erst begonnen, wenn bereits ein Bedarf an Hilfe- oder Pflegeleistungen besteht. Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, wäre ein möglichst frühes Erkennen bestehender Präventionspotentiale notwendig. Ausserdem enthält nur das MDS-HC-Formular entsprechende Fragen. Wenn noch kein Pflegebedarf besteht, wird meist auf den Einsatz dieses Formulars verzichtet. Einzelne Spitex-Organisationen verwenden daher zusätzlich zum RAI-Hauswirtschaftsformular eine eigene Checkliste, mit der das hauswirtschaftliche Personal gesundheitliche Risiken frühzeitig erkennen kann. Die Tatsache, dass Informationen zum Präventionspotential aber auch grundsätzlich Angaben zu den internen Ressourcen (intrinsische Kapazität) nur bei Personen erhoben werden, welche bereits einen Pflegebedarf aufweisen, ist auch aus der Sicht der Forschung bedauerlich.

Nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit war zu klären, inwiefern die mit RAI-HC erhobenen Daten den Forschungsstandards der WHO entsprechen und ob der Datensatz die für die Erforschung des Gesunden Alterns relevanten Kennzahlen enthalten. Ebenfalls konnte nicht weiter der Frage nachgegangen werden, inwiefern die länderspezifischen Versionen von RAI-HC trotz ihrer Anpassungen vergleichbar bleiben. Interessant wäre zudem zu untersuchen, inwiefern das im Handbuch detailliert beschriebene Vorgehen beim Assessment in der Praxis eingehalten wird.

RAI-HC Schweiz erfüllt die aus dem WHO-Modell des Gesunden Alterns und des Strategie- und Aktionsplans der WHO abgeleiteten Anforderungen zu einem guten Teil. Die wichtigste Lücke, die mit höchster Priorität angegangen werden sollte, stellt die Tatsache dar, dass bei Personen ohne Pflegebedarf, bei denen nur das Formular Hauswirtschaft ausgefüllt wird,

gesundheitliche Risiken und mögliches Präventionspotential mit RAI-HC nicht rechtzeitig erkannt werden. Als möglichen Weg zum Schliessen der Lücke, könnte die Integration einer Checkliste geprüft werden, wie sie die erwähnten Spitex-Organisationen verwenden. Eine Adaption des Instruments erfolgt idealerweise in allen Länderversionen, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Im Zusammenhang mit der Verwendung der Assessment-Daten für die Forschung wird empfohlen, in einer weiteren Arbeit den oben genannten Fragen nachzugehen.

Mit RAI-HC steht ein umfassendes, validiertes Assessment-Instrument zum Erheben des Hilfe- und Pflegebedarfs von zu Hause lebenden älteren Menschen zur Verfügung. Es wird jedoch erst eingesetzt, wenn bereits ein Hilfe- oder Pflegebedarf besteht, der externe Unterstützung durch die Spitex erfordert. Mit aufsuchender Beratung bzw. persönlicher Gesundheitsberatung können fragile Personen bereits früher erkannt und präventive Massnahmen ergriffen werden, um einen (weiteren) Hilfe- oder Pflegebedarf zu verhindern oder hinauszuzögern.

Ein präzises Assessment ist die erste Voraussetzung dafür, dass die betroffenen Individuen diejenige Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Die zweite ist, dass an das Assessment eine individuelle Beratung anschliesst, die aufzeigt, welche vorhandenen Ressourcen genutzt werden können. Als Drittes braucht es eine ausreichende Anzahl an flexiblen Unterstützungsangeboten. Schliesslich ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure des Unterstützungssystems notwendig sowie eine Abstimmung ihrer Angebote aufeinander. All dies trägt dazu bei, dass möglichst viele alte Menschen, denen dies wichtig ist, zu Hause leben können, auch wenn sie hilfe- oder pflegebedürftig sind.

8 Literaturverzeichnis

- Anliker, M., & al. (2009). *Handbuch RAI-Home-Care Schweiz. Spitex-Bedarfsklärungs-Instrumentarium: Übersicht und Punkt-für-Punkt-Anleitung. Up-date Version 3*. St. Gallen: Q-Sys AG in Zusammenarbeit mit Spitex Verband Schweiz.
- Brem, R., & Jäggi, K. (2012). *Hochaltrig, hilfe- und pflegebedürftig, wünscht zuhause zu leben bis zum Tod. Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit beim Verbleib hochaltriger Menschen in ihrem Zuhause*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Abgerufen am 20.11.2017 von Bundesamt für Statistik: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.assetdetail.349311.html>.
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Abgerufen am 20.11.2017 von Bundesamt für Statistik: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.350324.html>.
- Büscher, A., & Wingenfeld, K. (2008). Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In A. Kuhlmeier, & D. Schaeffer, *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 107-119). Bern: Verlag Hans Huber.
- Egger, B., & al. (2015). *Früherkennung von Risikofaktoren für die Gesundheit der Kundinnen und Kunden im Rahmen der Hauswirtschaft und Betreuung*. Projekt der Spitex Kriens, Spitex Stadt Luzern, Spitex Stadt Winterthur, Spitex Zürich und der Städtischen Gesundheitsdienste Stadt Zürich. Abgerufen am 12.1.2018 von Spitex Stadt Luzern: https://www.spitex-luzern.ch/fileadmin/user_upload/Bericht_Projekt_Fruherkennung_HWB.pdf.
- Garms-Homolová, V. (2002). *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care. RAI HC 2.0*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Gasser, N., Knöpfel, C., & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil. Übergang vom "dritten" zum "vierten" Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich: Pro Senecute.
- Höpflinger, F. (kein Datum). *Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen*. Abgerufen am 28. 11. 2017 von Hoepflinger: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Umsetzungshilfe. "Tipps und Tools für Gesundheitsberatung im Alter". Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Arbeitspapier 15*. Abgerufen am 12. 1. 2018 von Gesundheitsförderung Schweiz: <https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5->

grundlagen/publikationen/gfia/arbeitspapiere/Arbeitspapier_015_GFCH_2014-01_-_Via-Umsetzungshilfe_Gesundheitsberatung.pdf.

- Köppel, R. (2016). *Alternativen zum Heim? Bewohner mit niedriger Pflegestufe*. Zug: Alterszentren Zug.
- Martin, M. (2001). *Verfügbarkeit und Nutzung menschlicher Ressourcen im Alter: Kernpunkte eines gerontologischen Leitkonzeptes*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese, *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts* (S. 62-78). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Perrig-Chiello, P. (2012). Familiäre Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität. In P. Perrig-Chiello, & F. Höpflinger, *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege* (S. 109-210). Bern: Verlag Hans Huber.
- Spitex Schweiz. (2016). *Datenreglement HomeCareData*. Abgerufen am 23. 1. 2018 von HomeCareData:
https://memcms.memdoc.org/fileadmin/spitex/pdf/datenreglement/2016-12-06_REGL_Datenreglement_HomeCareData.pdf.
- Spitex Schweiz. (2017). *Bedarfsabklärung RAI-Home-Care*. Abgerufen am 27. 11 2017 von <https://www.spitex.ch/NPO-Spitex/Qualitaetsversicherung/RAI-Home-Care/PgfXx/>.
- Spitex Schweiz. (kein Datum). *HomeCareData*. Abgerufen am 23. 1. 2018 von <https://homecaredata.memdoc.org/>.
- Spitex Stadt Luzern. (2016). *Konzept Hauswirtschaft*. Abgerufen am 22. 1. 2018 von Spitex Stadt Luzern: https://www.spitex-luzern.ch/fileadmin/user_upload/Konzept_Hauswirtschaft_2016.pdf.
- Wächter, M., & Künzi, K. (2011). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz*. Bern: Projektkooperation Matthias Wächter – Forschung und Beratung und Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva.
- World Health Organization. (2016a). *Weltbericht über Altern und Gesundheit. Zusammenfassung*. Geneva.
- World Health Organization. (2016b). *Global Strategie and Action Plan on Ageing and Health (2016-2020)*. Geneva.

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Modell des Gesunden Alterns (Healthy Ageing).....	8
Abbildung 2: Modell des «Wohnens zu Hause mit Hilfe- oder Pflegebedarf».....	10



Eidesstattliche Erklärung

Vorname/Name: Luzia von Deschwanden

Geburtsdatum: 26. November 1966

Titel der Arbeit: Zu Hause leben, mit Hilfe- oder Pfleg-
bedarf. Erfassung von Ressourcen
und Unterstützungsbedarf

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der in den Verzeichnissen oder in den Anmerkungen genannten Quellen verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Falle durch Angabe der Quelle (auch der verwendeten Sekundärliteratur) als Entlehnung kenntlich gemacht.

Ich versichere zudem, dass diese Arbeit weder in gleicher oder ähnlicher Form anderweitig als Leistungsnachweis verwendet noch veröffentlicht wurde. Ich habe das Merkblatt «Plagiate» zur Kenntnis genommen und bin mit einer allfälligen Überprüfung der Arbeit auf Plagiate unter Einsatz entsprechender Software einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Luzern, 19.2.2018

L.v. Deschwanden

Formular zusammen mit der Arbeit einreichen bei:
CAS Gerontologie heute, Frau Friederike Geray,
Zentrum für Gerontologie, Pestalozzistrasse 24, 8032 Zürich