

Projektarbeit
CAS «Gerontologie heute»
Zentrum für Gerontologie
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8032 Zürich

Neue Erkenntnisse zur Konzeption von gesundheitsförderlichen Interventionen für ältere, pflegende Angehörige

Hinweise aus dem BREF-Forschungsprojekt «Pflege- und Unterstützungsarrangements älterer Menschen» für die kantonale Ebene

Veronika Boss
Breitensteinstrasse 77
8037 Zürich

24. März 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	i
2	Ausgangslage	1
2.1	Datenlage zu pflegenden Angehörigen.....	1
2.2	Volkswirtschaftliche Relevanz	2
2.3	Staatliche Unterstützungsmassnahmen für pflegende Angehörige.....	2
3	Theoretischer Rahmen.....	4
3.1	Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung.....	4
3.2	WHO-Model «Healthy ageing».....	5
3.3	BREF-Forschungsprojekt der Pflege- und Unterstützungsarrangements.....	5
4	Fragestellung	8
5	Methodik	8
5.1	Wahl der theoretischen Modelle	8
5.2	Vorgehen	8
6	Ergebnisse.....	9
6.1	Zielgruppen	9
6.2	Vision und Ziele.....	9
6.3	Strategien.....	10
6.4	Massnahmen.....	12
6.4.1	<i>Übersicht</i>	12
6.4.2	<i>Ausführungen zu einzelnen Massnahmen</i>	13
6.5	Evaluation	15
7	Diskussion.....	17
7.1	Wert des BREF-Forschungsprojekts für die Gesundheitsförderung.....	17
7.2	Eigenbewertung der vorliegenden Arbeit.....	18
	Literaturverzeichnis	20

1 Zusammenfassung

Die demographischen Veränderungen in der Schweiz weisen einen wachsenden Anteil älterer Menschen auf. Zwar verlängert sich die Anzahl gesunder Lebensjahre im Alter. Trotzdem werden in den kommenden Jahren mehr ältere Personen auf Betreuung und Pflege angewiesen sein. Neben der Arbeit von Professionellen wird heute über 50 Prozent der Pflege von Angehörigen übernommen. Diese befinden sich oft schon selber im fortgeschrittenen Alter.

Angehörigenpflege kann belohnend sein, ist aber auch belastend und kann überfordern. Diese Erkenntnis führte dazu, dass sich Bund, Kantone und Gemeinden darum bemühen, Angehörige vermehrt zu unterstützen. Gesundheitsförderliche Ansätze, mit ihrem Fokus auf die Stärkung der Ressourcen und der Selbstmanagementfähigkeiten pflegender Angehöriger, stellen ein Potential dar, welches noch zu wenig genutzt wird.

Der erste Teil des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit verdeutlicht anhand der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung und dem neuen Public Health-Modell «Healthy ageing» der WHO die Grundlagen von gesundheitsförderlichen Interventionen. Beide betonen die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt und die Wichtigkeit von passgenauen Angeboten für das Individuum. In einem zweiten theoretischen Teil wird das BREF-Forschungsprojekt «Pflege- und Unterstützungsarrangements älterer Menschen» der Fachhochschule St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit, mit seinen Systemverhaltenstypen und den darauf abgestimmten Massnahmenkombinationen genauer beleuchtet.

Mit den Erkenntnissen aus den theoretischen Modellen und eigenen Überlegungen werden konkrete Empfehlungen zur Konzeption von gesundheitsförderlichen Interventionen oder Programmen auf der kantonalen Ebene formuliert. Dabei geht es um die Schaffung ermächtigender und chancengerechter Strukturen im staatlichen Dienstleistungsumfeld zugunsten der körperlichen und psychischen Gesundheit und Lebensqualität älterer, pflegender Angehöriger.

2 Ausgangslage

2.1 Datenlage zu pflegenden Angehörigen

Es gibt verschiedene Herangehensweisen um abzuschätzen, wer in der Schweiz auf Pflege angewiesenen ist und wer Angehörige zuhause unterstützt und pflegt. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung erbrachten 2010 und 2013 um die 170'000 Angehörige (Erwachsene im Arbeitsprozess) Betreuungs- und Pflegeleistungen (Rudin & Strub, 2014). 20 % der Personen ab 65 Jahren leben mit einer funktionellen Einschränkung und 54 % von ihnen nehmen die Hilfe ihrer Angehörigen in Anspruch (Bundesamt für Statistik, 2014). Damit lassen sich unter Beachtung der aktuellen Bevölkerungsstatistik 2015 (Bundesamt für Statistik) 150'000 Personen ab 65 Jahren errechnen, welche auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind. Einen zusätzlichen Einblick erlauben die Anteile freiwilliger Helferinnen und Helfer: 29 % der 65 – 74-jährigen, 19 % der ab 75-Jährigen und 10 % der ab 85-Jährigen gaben an, Hilfe für Bekannte, Verwandte und Nachbarn jeden Alters zu leisten (Bundesamt für Statistik, 2012). Eine aktuelle Umfrage bei der Verwaltung in der Stadt Bern ergab, dass 14 % ihre Angehörigen pflegen und weitere 16 % denken, dass sie dies demnächst tun werden (Stadt Bern, 2016).

In der repräsentativen Swiss Age Care-Studie von 2010, zur häuslichen Pflege älterer Menschen, waren zwei Drittel der pflegenden Angehörigen Frauen, ein Drittel Männer. Die Hälfte der pflegenden Frauen waren Partnerinnen, zwei Drittel der pflegenden Männer waren Partner. Das Durchschnittsalter der pflegenden Partnerinnen betrug 75 Jahre, jenes der pflegenden Partner 78 Jahre. Der durchschnittliche Pflegeaufwand von Partnerinnen und Partnern betrug 65 Stunden pro Woche. Es gibt aber auch Personen im Pensionsalter, die ihre Eltern pflegen. (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2010). Pflegende Angehörige älterer Menschen befinden sich also grösstenteils in der zweiten Lebenshälfte.

Die Pflege eines Angehörigen ist eine anspruchsvolle, komplexe Aufgabe, welche zu hohen Belastungen führen und Wohlbefinden beeinträchtigen kann. Die Unterstützungs- und Betreuungsleistungen von Angehörigen umfassten gemäss der Swiss Age Studie vor allem emotionale, psychische und soziale Aspekte, jedoch auch praktische Tätigkeiten, wie die Organisation von Haushalt und Transportmöglichkeiten. Häufigste Motive für die Pflege waren Zuneigung und Liebe, aber auch Gefühle der Verpflichtung (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

Negative Auswirkungen der Angehörigenpflege sind belegt und in der Literatur häufig erwähnt, zum Beispiel in Bezug auf die körperliche Gesundheit, die Psyche und die soziale Teilhabe. In der Swiss Age Care-Studie gaben Pflegende signifikant höhere Belastungen und höhere Erkrankungsraten an als Nicht-Pflegende, mehr depressive Verstimmungen, mehr Angstzustände und mehr Schlafstörungen. Zudem nahmen sie mehr Medikamente ein, insbesondere Psychopharmaka. 5 % erwähnten eine klare Unzufriedenheit mit dem Leben (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

Allerdings gehen pflegende Angehörige sehr verschieden mit den Herausforderungen rund um die Pflege um. In der Swiss Age Care-Studie gaben zwei Drittel eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit an. Dies entspricht beinahe dem Anteil in der Gesamtbevölkerung der Schweiz. (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Pflegende Angehörige berichten auch über positive Erfahrungen, die sie dank der Pflegeaufgabe machten und empfundene Gewinne (Brand, O'Connell & Gallagher, 2015). Allgemein sind die Perspektiven von pflegenden Angehörigen noch wenig

bekannt im Vergleich zu professionellen Beurteilungen von Pflegearrangements von aussen (Bischofberger et al, 2014).

2.2 Volkswirtschaftliche Relevanz

2013 übernahmen Angehörige in der Schweiz Betreuung und Pflege in der Höhe von 3.55 Mia Franken, was um einiges höher ist als der gesamte Aufwand für alle Spitex-Organisationen von 1.83 Mia (Vergleich zu 2012). Aufgrund der demographischen Veränderungen, wird in den kommenden Jahren ein höherer Pflegebedarf bei älteren Menschen erwartet, der auch Auswirkungen auf die Angehörigenpflege haben wird (Rudin & Strub, 2014). Zudem verändern sich die Familien- und Paarstrukturen in der Schweiz (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012) und es ist offen, wer in Zukunft freiwillig bei der Pflege und Betreuung älterer Menschen mithelfen wird. Kantone und Gemeinden, welche einen grossen Teil der Pflegekosten älterer Menschen übernehmen haben ein Interesse an funktionierenden, freiwilligen Pflegearrangements, weil sich solche stabilisierend auf die Pflegekosten auswirken dürften.

2.3 Staatliche Unterstützungsmassnahmen für pflegende Angehörige

Staatliche und professionelle Interventionen für pflegende Angehörige legten bisher den Fokus ihrer Anstrengungen auf die Reduktion der Belastungen. Gesundheitsförderung im eigentlichen Sinn schien dabei kaum eine Rolle zu spielen. Auf Kantons- und Gemeindeebene wurden Massnahmen für pflegende Angehörige im Rahmen von Alters-, Pflege-, Demenz- oder Palliative Care-Strategien einbezogen. Auch NGOs, wie Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz, sowie krankheitsspezifisch ausgerichtete Organisationen, wie die Alzheimer Vereinigung oder Pro Infirmis, unterstützen pflegende Angehörige mit Dienstleistungen oder sind in projektbezogene Leistungsvereinbarungen mit Kantonen verpflichtet. Eine neue Möglichkeit zur Unterstützung pflegender Angehöriger bieten die gegenwärtig in vielen Kantonen erarbeiteten kantonalen Gesundheitsförderungsprogrammen für ältere Menschen, worin Interventionen für (ältere) pflegende Angehörige, und besonders die Förderung deren psychischer Gesundheit, im Fokus stehen.

Auf Bundesebene wird seit 2009 das Anliegen für staatliche Unterstützung von pflegenden Angehörigen stärker bearbeitet. 2014 publizierte das Bundesamt für Gesundheit eine Bestandsaufnahme mit dem Titel «Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige» (Bischofberger et al., 2014). Sie zeigt Lücken auf bei der Unterstützung pflegender Angehöriger aus der Sicht der Gesundheitsversorger und NGOs, der Politik und Verwaltung, sowie der Wissenschaft und Bildung. Auf der Basis dieser Bestandsaufnahme wurde ein Bericht des Bundesrates (2014) veröffentlicht, «Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige». Darin findet sich ein Aktionsplan, welcher im Rahmen der bundesrätlichen «Strategie Gesundheit 2020» verabschiedet wurde. Der Aktionsplan umfasst diverse Massnahmen in den folgenden vier Themenfeldern: 1) Informationen und Daten, 2) Entlastungsangebote – Qualität und Zugang, 3) Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und –pflege und 4) Betreuungsurlaub oder alternative Unterstützungsmöglichkeiten. Umgesetzt werden sollen diese Massnahmen von Bund, Kantonen, Gemeinden und NPOs, je nach gegebenen Kompetenzen. Anfangs 2017 startete das Förderprogramm «Entlastungsangebote für pflegende Angehörige 2017-2020» beim Bundesamt für Gesundheit. Es dient der Weiterentwicklung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige im erwerbstätigen Alter. Unter dem Programm werden in den nächsten Jahren Wissensgrundlagen und Modelle guter Praxis zusammengetragen.

Der Einbezug der Gesundheitsförderung, mit ihrem Fokus auf die Förderung der Ressourcen und der Gesundheitskompetenzen, ist auch bei den Bundesaktivitäten wenig erkennbar. Die oben genannten Berichte erwähnen weder das Wort «Gesundheitsförderung», noch werden Massnahmen zur Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige explizit vorgeschlagen. Allerdings lautet eine Schlussfolgerung aus der Bestandsaufnahme des BAG ganz im Sinne der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung: «Unterstützungsangebote sollten noch stärker mit neueren Ansätzen wie bspw. Partizipation, Empowerment oder Ko-Produktion von Gesundheit ergänzt werden, die Angehörige befähigen und ermutigen, die von ihnen übernommenen Aufgaben wirksam und dauerhaft bei guter Gesundheit zu leisten» (Bischofberger et al., 2014, S. 101). Nun gilt es, diese gesundheitsförderlichen Ansätze bei der zukünftigen Entwicklung von Interventionen und Programmen für pflegende Angehörige zu integrieren.

3 Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden zuerst die Grundlagen der Gesundheitsförderung dargestellt (3.1 und 3.2); danach wird das BREF-Forschungsprojekt mit seinem Modell und der Typologie der Pflege- und Betreuungsarrangements erläutert (3.3).

3.1 Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung

Der Ansatz der Gesundheitsförderung, hat sich in den 90er Jahren institutionalisiert und von der pathogenetisch orientierten Prävention abgehoben. Das Grundlegendokument, die Ottawa-Charta, wurde an der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz der WHO, im Jahr 1986 formuliert. Darin wird definiert: «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können». (World Health Organization, 1986, S.1)

Handlungsansätze für die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik gemäss Ottawa-Charta sind folgende (World Health Organization, 1986; Radix Gesundheitsförderung, 2016):

- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (Settingansatz):** Mit dem Wissen, dass Zielgruppen heterogen und ihre Bedürfnisse variabel sind, sollen bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderungsinterventionen möglichst nahe an der Person ansetzen, das heisst bei den kleinsten sozialen Einheiten, wie Gemeinden oder Nachbarschaften.
- **Persönliche Kompetenzen entwickeln (Ressourcenstärkung):** Gesundheitsförderungsinterventionen sollen soziale und personale Ressourcen der Individuen in den Zielgruppen stärken.
- **Interessen vertreten, vermitteln, befähigen (Empowerment und Chancengleichheit):** Die Gesundheitsförderung will partnerschaftlich und ermächtigend mit ihren Zielgruppen arbeiten, statt fürsorglich. Gewisse Zielgruppen benötigen eine Anwaltschaft von aussen, um sich überhaupt aktiv für ihre Gesundheit einzusetzen. Darum ist der Gesundheitsförderung die Chancengleichheit, unabhängig von Geschlecht, Ethnie, sozialem Status, Bildung, sexueller Orientierung, etc. so wichtig.
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (Verhältnisse beachten):** Da Menschen mit ihrer Umwelt interagieren, ist es ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsförderung, sich für eine gesundheitsförderliche Umwelt zu engagieren. Solche Anstrengungen beziehen sich auf die lokale, regionale und nationale Ebene, sollten auf Nachhaltigkeit und Langfristigkeit ausgelegt sein und umfassen politisches Lobbying und Policyarbeit. Bei der Verbesserung der Chancengleichheit, der Partizipation und des Empowerments (Ermächtigung) geht es oft um politische Strukturen und Entscheide. Auch der Schutz und die Sorge um die natürliche Umwelt sind grundsätzliche Anliegen der Gesundheitsförderung.
- **Gesundheitsdienste neu orientieren:** Dieser Punkt weist darauf hin, dass sich organisatorische Strukturen an neue Gegebenheiten und Erkenntnisse, welche im Laufe der Zeit entstehen, anpassen müssen. Nur so erzielen sie die erhoffte Wirkung. Darum

müssen Gesundheitsdienste und Fachpersonen ihre bisherigen Leitsätze, ihre Strategien und Programme und ihre Massnahmen regelmässig überdenken, neue Erkenntnisse einbinden und Anpassungen vornehmen.

3.2 WHO-Model «Healthy ageing»

Das WHO-Model «Healthy ageing» gründet auf der traditionellen Gesundheitsdefinition der WHO und bezieht diverse neue psychologische, sozialwissenschaftliche, gerontologische und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse ein (World Health Organization, 2015 und 2016). Es stellt dar, wie gesundes Altern und damit das Wohlbefinden einer älteren Person und ihre Lebensqualität verbessert und stabilisiert werden kann, immer unter Berücksichtigung der unausweichlichen, zunehmenden funktionalen Beeinträchtigungen im Alter. Gesundheit und Lebensqualität hängen, laut dem Modell, mit den dynamischen Wechselwirkungen zwischen der Person - das heisst ihren Persönlichkeitsmerkmalen, Fähigkeiten, Gesundheitszustand und genetischen Disposition - und ihrer Umwelt zusammen. Die funktionalen Fähigkeiten und damit die Gesundheit und die Lebensqualität sind einem dynamischen Prozess unterworfen, was bedeutet, dass sich die Person und die Umwelt stetig verändern. Damit betont das Model stark die Individualität jeder Person, welche für jegliche Art von Intervention beachtet werden soll (World Health Organization, 2015 und 2016).

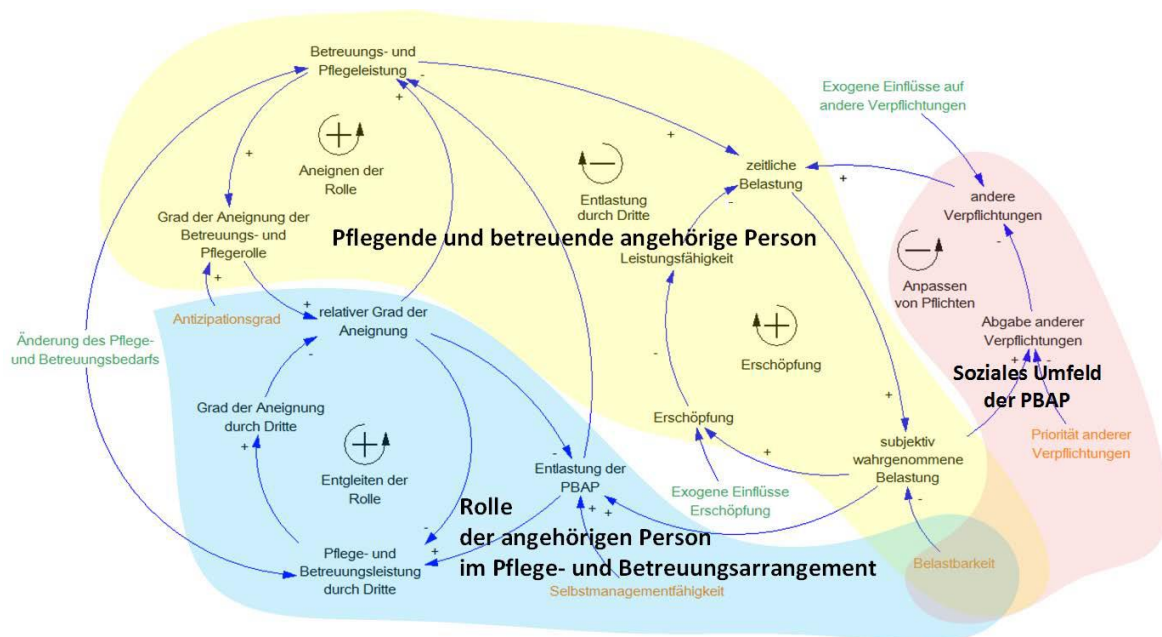
Das «Healthy ageing»-Modell gibt auf einer abstrakten Ebene grundsätzliche Leitlinien für die Entwicklung von Public Health Policy und Interventionen für WHO-Organisationen, Staaten und Fachorganisationen.

3.3 BREF-Forschungsprojekt der Pflege- und Unterstützungsarrangements

Das BREF-Forschungsprojekt «Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen» ist ein kürzlich abgeschlossenes Sozialplanungsprojekt der Fachhochschule St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, durchgeführt unter der Leitung des Instituts für Soziale Arbeit IFSA-FHS (BREF steht für Brückenschläge mit Erfolg, Projekte für soziale Innovation der Gebert Rütli Stiftung). Das Projekt entwickelte ein graphisches Wirkmodell, welches die entscheidenden Beziehungen zwischen der Rolle der betreuenden angehörigen Person, dem Pflege- und Betreuungsarrangement mit weiteren Akteuren sowie ihrem sozialen Umfeld in ihrer Dynamik zeigt.

Auf der Basis des Modells wurde ein formales, mathematisches Simulationsmodell erstellt. Damit konnte in computerbasierten Experimenten berechnet werden, wie sich die Systemgrößen abhängig von variierten Eingabegrößen im Zeitverlauf verhalten. Damit wurden Verläufe unterschiedlicher Pflege- und Betreuungsarrangements berechnet.

Abbildung 1: Graphisches Wirkmodell (Fachhochschule St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2016)



Als Resultat konnten die vier am weitesten verbreiteten (idealtypischen) Pflege- und Betreuungsarrangements (Systemverhaltenstypen) identifiziert werden:

1. Im **«distanzierten» Arrangement** besteht eine distanzierte Beziehung zwischen der Angehörigen und der pflege- und betreuungsbedürftigen Person. Die/der Angehörige eignet sich keine Betreuungs- und Pflegerolle an, sei es aufgrund ihrer/seiner örtlichen oder beruflichen Situation, ihrer/seiner kritischen Einstellung zur Pflegerolle oder ihrer/seiner belasteten Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Professionelle und freiwillige Helfer überbrücken. Es besteht die Gefahr der Unterversorgung der pflegebedürftigen Person.
2. In **«kritischen» Arrangements** ist die pflegende Person motiviert, unterstützt und pflegt den Angehörigen, nimmt dabei aber keine Unterstützung von aussen in Anspruch. Gründe dafür sind fehlende Informationen von Seiten der pflegenden Person, fehlende finanzielle Mittel, ein hinderliches Rollenverständnis oder eine entsprechende Rollenzuschreibung von aussen. Tauchen keine übermässigen Belastungen auf, kann dieses Arrangement während dem gesamten Pflegeverlauf bestehen bleiben. Oft kommt es aber auch zum Zusammenbruch des Systems.
3. In **«selbstregulierenden» Arrangements** übernimmt eine angehörige Person motiviert den grössten Teil der Pflege und Betreuung. Stösst sie an persönliche Grenzen, stehen ihr geeignete und genügend Ressourcen zur nachhaltigen Entlastung zur Verfügung.
4. In **«resilienten» Arrangements** übernimmt eine motivierte angehörige Person die Verantwortung für die Pflege und Betreuung fast vollständig alleine. Sie verfügt über entsprechende persönliche und soziale Ressourcen, um über lange Zeit und auch in Extremsituationen die Betreuungsarbeit nachhaltig zu bewältigen. Wenn nötig, holt sie sich Hilfe.

Die Systemverhaltenstypen werden danach priorisiert, wie nachhaltig ihre Wirkung auf den gesamten Pflegeverlauf ist. Als Ideal wurde bezeichnet, wenn das Pflegeverhältnis vom Start der Abhängigkeit einer unterstützungsbedürftigen Person bis zu deren Tod überdauert und zufriedenstellend ist. Arrangement 1 ist demnach am wenigsten nachhaltig, Arrangement 4 am nachhaltigsten.

Das Modell bietet in der Folge passgenaue Interventionsmassnahmen pro Arrangementtyp. Mit der vorgeschlagenen Kombination und Ausgestaltung von Massnahmen, welche auf bestehender Literatur und Erfahrung beruhen, sollen pflegende Angehörige entlastet und in ihren Selbstmanagementfähigkeiten gefördert werden. Ziel ist es, dass sich weniger nachhaltige zu nachhaltigeren Arrangements verändern, beispielsweise, dass sich ein «distanziertes» zu einem «selbstregulierenden» oder «resilienten» Arrangement entwickelt. Nicht erwünscht sind Veränderungen, welche aufgrund unpassender Interventionen in die entgegengesetzte Richtung führen. Wichtig dabei ist die Erkenntnis, dass Interventionen nicht per se positiv sind, sondern sich in bestimmten Arrangements kontraproduktiv auswirken können. (Müller & Scheidegger, 2016a)

Projektpartner des Forschungsprojekts waren die drei Schweizer Städte, Chur, St. Gallen und Schaffhausen. Sie waren an der Entwicklung des Modells und der Erarbeitung der Massnahmen in den folgenden vier Themenbereichen beteiligt: 1) Information, Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit, 2) niederschwellige Beratungsangebote, 3) Förderung der Freiwilligenarbeit und Selbsthilfegruppen und 4) Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Betreuungsaufgaben und finanzielle Unterstützung. Anhand der vier Falltypen beurteilte das Forschungsteam die vorgeschlagenen Massnahmen und schlug günstige Kombinationen von Massnahmen vor. (Müller & Scheidegger, 2016a)

Das Forschungsprojekt leistet somit einen Beitrag zur differenzierten, strategischen Planung und Koordination von Interventionen für pflegende Angehörige in Gemeinden, Städten und Regionen (Müller & Scheidegger, 2016a).

4 Fragestellung

Die vorliegende CAS-Arbeit widmet sich folgender Frage:

Wie können die Erkenntnisse aus dem BREF-Forschungsprojekt «Pflege- und Betreuungsarrangements älterer Menschen» die Konzeption von kantonalen Gesundheitsförderungsinterventionen für ältere, pflegende Angehörige in der Schweiz inspirieren?

5 Methodik

5.1 Wahl der theoretischen Modelle

Im Fokus des Interesses steht bei dieser Arbeit der Einbezug von gesundheitsförderlichen Aspekten bei der strategischen Planung von Interventionen für pflegende Angehörige in der Schweiz. Die Ottawa-Charta und das WHO-Modell dienen als theoretischer Hintergrund, um darzustellen, was die Gesundheitsförderung bietet und wie Gesundheit und Lebensqualität im Alter erhalten und gestärkt werden kann. Sie fliessen auf der theoretischen Ebene ein.

Danach wird erläutert, wie das sozialplanerische BREF-Forschungsprojekt «Pflege- und Betreuungsarrangements älterer Menschen» in der Gesundheitsförderung angewendet werden kann. Die übergeordneten Ziele der Sozialen Arbeit und jene der Gesundheitsförderung (Public Health) sind sich ähnlich. Es geht beiden um die Lebensqualität und Gesundheit gesellschaftlicher Gruppen. Darum schien es naheliegend, die Erkenntnisse aus dem BREF-Projekt zur Angehörigenpflege auch für die Gesundheitsförderung zu nutzen.

5.2 Vorgehen

Diese Arbeit präsentiert die aus dem BREF-Forschungsprojekt gewonnene Erkenntnisse sowie eigene Überlegungen und formuliert daraus Empfehlungen für die Planung von Gesundheitsförderungsinterventionen oder -programmen für ältere, pflegende Angehörige. Mit dem Feedback von Expertinnen und Experten wurde die Vollständigkeit, Nützlichkeit und Generalisierbarkeit der Empfehlungen bereits als Teil dieser Arbeit grob überprüft und in die Arbeit einbezogen. Feedback wurde von folgenden Personen eingeholt:

- Expertenjury, Prof Dr. Urte Scholz und Prof. Dr. Brian Martin, Universität Zürich, und die interdisziplinäre Studentenschaft des CAS «Gerontologie heute»
- Dr. phil. Fabienne Amstad, Leiterin Programmentwicklung, Gesundheitsförderung Schweiz
- Martin Müller, Institutsleiter IFSA-FHS, Fachhochschule St. Gallen

6 Ergebnisse

Dieses Kapitel bietet Empfehlungen für die strategische Interventions- und Programmplanung in Anlehnung an Quint-essenz, den Grundlagen zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsprojekten oder -programmen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2015). Behandelt werden wichtige Themen für die Programmplanung, wie die Wahl der Zielgruppe, Vision und Ziele, Umsetzungsstrategien und Massnahmen, sowie die Evaluation.

6.1 Zielgruppen

In der Gesundheitsförderung werden Zielgruppen mit Hilfe von Determinanten wie Alter, Geschlecht oder sozioökonomischen Merkmalen definiert. Das BREF-Forschungsprojekt bietet nun als zusätzliche Fokussierungshilfe die vier Pflege- und Betreuungsarrangementtypen an.

Im BREF-Projekt waren nicht nur pflegende Angehörige im üblichen Sinn einbezogen, wie Partnerinnen, Partner, Töchter und Söhne und Enkelkinder, sondern auch sonstige verwandte, befreundete und benachbarte Personen (Thoma, 2016). Mit Blick auf sich verändernde Familienstrukturen macht es durchaus Sinn, solche «nicht-traditionellen» Angehörigengruppen bei der Planung von Interventionen auf kantonaler und regionaler Ebene einzubeziehen.

Eine der ersten empirischen Erhebungen von Pflege- und Arrangementtypen bei pflegenden Angehörigen älterer Menschen fand in Bassersdorf (ZH) mit 257 Studienteilnehmenden statt. Sie identifizierte bei der Mehrheit (65 %) ein «selbstregulierendes» und bei 10 % ein «resilientes» Arrangement. Drei Viertel der Arrangements funktionierten also nachhaltig. 25 % der Arrangements zählten zu den «kritischen» oder «distanzierten». Alter und Geschlecht der pflegenden Angehörigen wiesen keinen signifikanten Zusammenhang mit einem spezifischen Arrangementstyp auf. Allerdings wurden nicht-berufstätige Personen häufiger dem «kritischen» und Berufstätige häufiger dem «distanzierten» Typus zugeordnet (Fringer, 2016).

Eine solche empirische Erhebung auf regionaler Ebene bietet wichtige Anhaltspunkte für die strategische Planung von Interventionen. Bei positiven Erfahrungen mit solchen Erhebungen und falls einmal genügend Planungsgebiete empirisch untersucht worden sind, könnten in Zukunft auch simple Ableitungen von den generellen Daten eine genügende Planungsbasis bilden.

6.2 Vision und Ziele

Zur Formulierung einer gesundheitsförderlichen Vision mit den passenden Zielen gibt das Leitdokument von Gesundheitsförderung Schweiz zur Erarbeitung von kantonalen Aktionsprogrammen hilfreiche Hinweise (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Der folgende Vorschlag gilt für reine Gesundheitsförderungsprogramme. Er müsste im Falle eines disziplinübergreifenden Programms mit anderen Perspektiven ergänzt werden.

Vision: Im Kanton stehen älteren, pflegenden Angehörigen notwendige Strukturen und Dienstleistungen zur Verfügung, welche ihnen ein hohes Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlauben, ihre Ressourcen stärken und ihnen ermöglichen, eine verbesserte körperliche und psychische Gesundheit und eine höhere Lebensqualität zu erhalten oder zu erreichen.

Ziele:

Materielles Umfeld:

- Angebote und Dienstleistungen für ältere, pflegende Angehörige im Kanton sind so gestaltet, dass sie niederschwellig erreicht und selbstbestimmt genutzt werden können.
- Angebote und Dienstleistungen für ältere, pflegende Angehörige im Kanton sind auf Chancengerechtigkeit ausgerichtet, das heisst, sie sind zugänglich für Personen jeden Geschlechts, Migrationshintergrunds, Bildungshintergrunds, Einkommensstatus, etc.

Soziales Umfeld:

- Dienstleistungsstrukturen und –angebote im Kanton sind so gestaltet, dass sie die personalen und sozialen Ressourcen von älteren, pflegenden Angehörigen fördern.

Personale Ressourcen/ Verhalten:

- Ausgewählte Angebote und Dienstleistungen im Kanton fördern und unterstützen die personalen Ressourcen älterer pflegender Angehöriger.

6.3 Strategien

Als Leitlinien zur kantonalen Strategieentwicklung dienten die Grunderkenntnisse aus der Ottawa-Charta und aus dem WHO-Model «Healthy ageing». Diese werden hier anhand der Ideen aus dem BREF-Forschungsprojekt und eigener Überlegungen konkretisiert.

Empowerment und Selbstmanagementfähigkeiten stärken: Wichtig ist, dass nur dort eingegriffen wird und Dienstleistungen angeboten werden, wo diese gefragt und wirksam sind. Die Zielgruppe soll über Angebote eigenständig entscheiden und diese nutzen können. Dafür ist eine individuelle Erhebung des Unterstützungsbedarfs am Startpunkt der «Pflegerkarriere» notwendig. In Holland werden dafür sogenannte «Küchentischgespräche» angeboten. Dabei erhebt eine kommunale Fachperson bei der Übernahme der Pflege durch einen Angehörigen den Bedarf an Unterstützungsleistungen (Martin Müller, persönliche Mitteilung, Dez. 2016). In der Schweiz könnte dies zum Beispiel vom Hausarzt veranlasst und durch eine Spitexangestellte ausgeführt werden. Die Informationen müssten dann allen involvierten Fachpersonen zugänglich gemacht werden.

Müller und Scheidegger (2016b) empfehlen zudem Ansätze wie Nutzung des Expertentums der pflegenden Angehörigen, Selbstvertretung (politische Vertretung für eigene Anliegen) und «Peer-to-peer Counseling» zu fördern. In Kantonen, die meist «top-down» arbeiten, sind solche Herangehensweisen nicht sehr verbreitet. Quartierentwicklungsprojekte («Quartiers solidaires», «Vicino» Luzern, «AWIQ» Frauenfeld) zeigen aber, dass Gemeinden und auch Kantone partizipative «bottom-up»-Ansätze erfolgreich unterstützen können.

Ressourcenstärkung: Die alleinige Reduktion von Belastungen ist nicht unbedingt der beste und sicher nicht der einzige Weg, um pflegende Angehörige zu unterstützen. Vielversprechender ist die Stärkung der Ressourcen der Zielgruppe.

Soziale Ressourcen entstehen bei der Interaktion zwischen Person und Umwelt. Da sich beide dynamisch verändern, unterliegen soziale Ressourcen einem dauernden Veränderungsprozess. Auswirkungen von sozialen Ressourcen auf die körperliche und psychische Gesundheit sind sehr gut belegt. Soziale Ressourcen umfassen verschiedene Aspekte. Ein Aspekt ist die soziale Unterstützung, welche die praktische Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, die

Wertschätzung und Informationen von anderen umfasst (Bachmann, 2014). Soziale Ressourcen können von staatlicher Seite mit der Unterstützung von Nachbarschafts- und Freiwilligen-netzwerken gestärkt werden. Ein anderer Weg wäre wirksame Öffentlichkeitsarbeit, welche der Angehörigenpflege ein realistisches, positives und wertschätzendes Gesicht verleiht und deren Unterstützung für wichtig erklärt (Müller & Scheidegger, 2016a).

Personale Ressourcen sind Kompetenzen, welche eine Person zur Bewältigung des Lebens zur Verfügung hat. Dazu zählen beispielsweise die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Zielanpassungsfähigkeiten (Seither, 2011). Selbsthilfegruppen, welche im BREF-Forschungsprojekt aufgrund mangelnder Bekanntheit keinen eindeutigen Wirkungshinweis erbrachten (Müller & Scheidegger, 2016a), könnten ein Weg sein, um diese Ressourcen zu stärken.

Seither (2011) hat in ihrer Untersuchung von pflegenden Angehörigen gezeigt, dass sich soziale und personale Ressourcen direkt positiv auf eine höhere Lebensqualität von pflegenden Angehörigen auswirken und zudem das Belastungserleben moderieren. So wird ein Adaptionsprozess an hohe Belastungen möglich (auch Wohlbefindens-Paradox genannt). Eine hohe Wirksamkeit für pflegende Angehörige versprechen vor allem die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen (Beispiel: «Ich habe schon frühere herausfordernde Aufgaben geschafft, darum schaffe ich auch das»), die Erhöhung der Flexibilität bei der Zielanpassung (Beispiel: «Statt mich mit meiner Freundin in der Stadt zu treffen, kommt sie zu mir») und eine starke soziale Unterstützung (Beispiel: Freunde und Angehörige, die nachfragen, teilnehmen, aushelfen).

Individualität und Veränderungen der Bedürfnisse im Zeitverlauf: Kantone sollten mehrere Wege anbieten, damit die Zielgruppen den Zugang zu ihren Angeboten und Dienstleistungen finden. Neben Anlauf- und Beratungsstellen, welche aus Kostengründen meist nur regional eingerichtet werden und damit nicht immer einfach erreichbar sind, schlägt das BREF-Forschungsprojekt auch andere Informations- und Beratungskanäle vor, wie Telefon, Internetplattformen, Online-Chat-Funktionen oder Apps via Smartphone. Bei «kritischen» und «distanzierten» Arrangements sind zudem Beratungen vor Ort, zuhause bei den Angehörigen sinnvoll. (Müller & Scheidegger, 2016a)

Unterstützende Umwelten/ Verhältnisse schaffen und Gesundheitsdienste neu orientieren: Die Verhältnisse im Umfeld beeinflussen die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger. Kantone und Gemeinden können durch entsprechende Gesetzgebung, Verordnungen, Planung, Förderung von koordinierten Unterstützungsnetzen, etc. gesundheitsförderliche Umwelten schaffen. In solchen Umwelten verhalten sich die Menschen gesundheitsförderlicher und selbständiger. Denkbar sind folgende Möglichkeiten:

- Das Thema «Angehörigenpflege» soll als Querschnittsthema in allen Policybereichen mitberücksichtigt werden, sei es bei der Ausgestaltung der Gesundheitsdienste, den öffentlichen Dienstleistungen oder bei finanzpolitischen und steuerlichen Entscheidungen.
- Wichtig scheint auf kantonaler Ebene die Abstimmung von Gesundheitsförderungsinterventionen mit bestehenden Konzepten und Strategien, zum Beispiel mit der Pflegestrategie, dem Alters- und Geriatriekonzept, der Demenzstrategie und dem Palliative Care Konzept.
- Ein Departement sollte den Lead übernehmen für die Entwicklung der Angehörigenunterstützung, jedoch mit Einbezug aller anderen relevanten Departemente.

- Mit Vernetzungsbemühungen, Fortbildungen und als integraler Bestandteil von Leistungsvereinbarungen, kann ein Kanton Fachpersonen und Fachorganisationen dazu bringen, ihre bisherigen Dienstleistungskonzepte zu überdenken und an neue Gegebenheiten, Bedürfnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen, beispielsweise, indem sie partizipative und koordinierte Arbeitsweisen entwickeln.

6.4 Massnahmen

Das BREF-Forschungsprojekt schlägt Massnahmen in den Kategorien Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit, Informationsplattformen, Beratung, Freiwilligenarbeit und Selbsthilfe sowie finanzielle Unterstützung vor. Massnahmen für die Vereinbarkeit der Pflege mit der Erwerbs- und Betreuungsarbeit wurden in dieser Arbeit ausgeklammert, da hier eine Zielgruppe behandelt wird, die nicht mehr erwerbstätig ist.

6.4.1 Übersicht

Für die übergeordnete Planung von Massnahmen werden Daten zur Zielgruppe auf Populationsebene benötigt (siehe Kap. 5.1). Für die spätere passgenaue Abstimmung der Massnahmen auf das jeweilige Pflegearrangement sind individuelle Daten notwendig (siehe Kap. 5.3, «Küchentischgespräche»).

Das BREF-Forschungsprojekt empfiehlt folgende Massnahmen pro Arrangementtyp (Müller & Scheidegger, 2016a):

Das **«resiliente» Arrangement** verfügt über eine eigenmotivierte, angehörige Person, welche über genügend eigene Ressourcen verfügt. Sie benötigt keine Interventionen.

Das **«selbstregulierende» Arrangement** verfügt über eine eigenmotivierte, angehörige Person, welche sich wenn nötig Unterstützung holt. Sie profitiert von folgenden Angeboten:

- Öffentlichkeitsarbeit, welche ein positives Bild der Angehörigenpflege zeichnet
- Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen durch Freiwillige (z.B. Reinigung, Einkauf)
- Finanzierung von Massnahmen zur Ressourcenverstärkung

Das **«kritische» Arrangement** verfügt über eine motivierte, angehörige Person, welche begrenzte Ressourcen hat und sich nur auf äussere Aufforderung hin Unterstützung holt. Sie profitiert von diversen Angeboten:

- Anlaufstelle zur Information und Beratung
- Informationsplattform
- Aufsuchende Arbeit, Hausbesuche
- Optimiertes Unterstützungssystem¹
- Öffentlichkeitsarbeit mit Präventionsbotschaften zugunsten der eigenen Gesundheit
- Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen durch Freiwillige (z.B. Reinigung, Einkauf)
- Entlastung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben durch Freiwillige

¹ Mit «Unterstützungssystem» sind die verschiedenen Dienstleistungsorganisationen, die öffentliche Verwaltung, Freiwillige usw. gemeint. Mit «optimiert» ist die Abstimmung der Angebote gemeint: keine Lücken, Regelung der Zuständigkeiten, keine Fälle «allgemeiner Nichtzuständigkeit», geregelte Triage- und Kooperationsprozesse, faire Finanzierungsmodelle, niederschwellige Zugänglichkeit usw.

- Finanzierung von Betreuung für Ferien
- Fonds für Härtefälle
- Finanzierung von Betreuungsleistungen Dritter
- Finanzierung von Massnahmen zur Ressourcenverstärkung

Das «**distanzierte**» **Arrangement** verfügt über eine angehörige Person, welche sich (noch) nicht mit der Pflege- und Betreuungsrolle identifiziert hat. Sie profitiert von:

- Anlaufstelle für Information und Beratung
- Informationsplattform
- Aufsuchende Arbeit, Hausbesuche
- Öffentlichkeitsarbeit, welche ein positives Bild der Angehörigenpflege zeichnet
- Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen durch Freiwillige (z.B. Reinigung, Einkauf)

6.4.2 Ausführungen zu einzelnen Massnahmen

Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit

Das BREF-Forschungsprojekt gibt den Hinweis, dass «kritische» Arrangements gut auf Öffentlichkeitsarbeit mit Präventionsbotschaften ansprechen. Solchen pflegenden Angehörigen helfen zum Beispiel Informationen zur Bewegungsförderung, ausgewogener Ernährung und Entspannung. «Distanzierte» Arrangements reagieren hingegen gut auf Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung eines positiven Bildes der Angehörigenbetreuung und -pflege. Gemeint sind Informationen, welche auf die Chancen dieser Rolle und die Hilfestellungs- und Entlastungsmöglichkeiten hinweisen. Für die Planung auf Kantonsebene heisst das:

- Da die Bedürfnisse so verschieden sind, machen Massenmedien-Kampagnen wenig Sinn, vor allem, wenn sie nur die Belastungen ansprechen. Es braucht individuelle Kommunikationszugänge, welche Geschlecht, Generationenstellung in der Familie, Familientypus und Migrationshintergrund berücksichtigen. (Müller & Scheidegger, 2016b)
- Neben der Sensibilisierung von Angehörigen sollen auch Fachpersonenkreise und politische Entscheidungsträger in die Sensibilisierung für das Thema «Unterstützung von pflegenden Angehörigen» einbezogen werden.

Informationsplattformen

Informationen sind vor allem für «kritische» und «distanzierte» Pflegearrangements hilfreich (Müller & Scheidegger, 2016b). Die effektive Suche von Informationen für pflegende Angehörige gestaltet sich in der Schweiz nämlich nicht einfach (Bischofberger, 2014). In den letzten Jahren entstanden übergeordnete Webseiten mit Informationen, zum Teil auch Beratungshotlines: www.pflege-entlastung.ch (Schweizerisches Rotes Kreuz), www.proches-aidants.ch (Stiftung aus der Romandie mit bekannten Partnern), www.workandcare.ch (Careum-Stiftung), www.workcare.ch (TravailSuisse). Themen- oder krankheitsspezifische Organisationen, wie die Alzheimer Organisation oder Pro Infirmis, führen ihre eigenen Informationsplattformen. Kantone müssen sich überlegen, wie ihre pflegenden Angehörigen einfach zu übergeordneten und lokalen Informationen gelangen. Ideen dazu sind:

- Kantonale und regionale Informationen in nationale, bestehende Plattformen einspeisen, Zusammenarbeit mit kantonal und regional tätigen NGOs suchen, um alle Daten

zentral zugänglich zu machen, Verlinkungen zu zentralen Informationen auf vielbenutzten kantonalen oder regionalen Seiten gewährleisten.

- In Kantonen sind gedruckte Broschüren ein weit verbreiteter und beliebter Informationskanal, dessen Wirksamkeit jedoch an gewissen Einsatzorten in Zweifel gezogen werden kann. Trotzdem stellen Broschüren für genau bestimmte Zwecke immer noch eine sinnvolle Option zur Information älterer Angehöriger dar (Müller & Scheidegger, 2016b). 2015 nutzten 40% der über 65-Jährigen in der Schweiz das Internet noch nicht. Allerdings scheint dieser Anteil rasch abzunehmen. (Seifert & Schelling, 2015).

Beratung

Beratungsangebote sind ideal, um auf die individuellen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen einzugehen. Zudem können laut Müller & Scheidegger (2016b) «kritische» Pflegearrangements unter Beratung zu «selbstregulierenden» mutieren. Auch «distanzierte» Arrangements profitieren von Beratung.

Zur effizienten Planung von Beratungsangeboten kann ein Kanton eine empirische Erhebung von Pflege- und Arrangementstypen, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit einer Region oder mit Gemeinden durchführen (Kap. 5.1). Für eine effektive Ausgestaltung der Beratungsangebote ist Folgendes zu beachten:

- Traditionellerweise sind Beratungsstellen an einem zentralen Ort für alle Hilfesuchenden aus dem Kanton zugänglich. Da es für pflegende Angehörige schwierig sein kann, sich zentral beraten zu lassen, sind alternative Beratungsformen notwendig, welche individuell eingesetzt werden können: Hausbesuche, Peers als Mentoren (die zuvor schon gepflegt haben, als Freiwilligenarbeit), und Case-Management (wenn viele Fachstellen einbezogen sind) (Müller & Scheidegger, 2016b).
- Attraktiv und hilfreich, auch für ältere Menschen, und gut geeignet für «distanzierte» Arrangements, sind Beratungen per Telefon, speziell für Notfälle. Auch Internetforen mit Fachpersonen oder Peers und diverse App-Funktionen auf dem Smartphone sollen erprobt werden (Müller & Scheidegger, 2016b).
- Da pflegende Angehörige typischerweise Unterstützung in mehreren Themen benötigen (z.B. Finanzen *und* Entlastung) müssen sich bestehende Beratungsstellen vernetzen und besser zusammenarbeiten.
- Bei jeder Art von Beratungsangebot ist der niederschwellige Zugang ohne strukturelle, stigmatisierende oder hinderliche finanzielle Barrieren zu gewährleisten.

Freiwilligenarbeit (Entlastung)

Das BREF-Forschungsprojekt unterscheidet zwischen zwei Arten von Entlastung durch Freiwillige. Von «Entlastung von anderen Verpflichtungen» profitieren «kritische», «distanzierte», aber auch «selbstregulierende» Arrangements. Die «Entlastung in der Pflege und Betreuung» ist für «kritische» Typen wichtig und hilfreich. Für Kantone eröffnen sich folgende Möglichkeiten:

- Die Initiative ergreifen, damit Organisationen, welche mit Freiwilligen arbeiten, wie Caritas, HEKS, Pro Senectute, SRK und Benevol, sowie Kirchen und Ausländerorganisationen, ihre Bemühungen aufeinander abstimmen.
- Den Einsatz von Freiwilligen, aber auch deren Einführung, Weiterbildung, sowie die geltenden Qualitätsstandards aufeinander abzustimmen und eine Zusammenarbeit anstreben (Müller & Scheidegger, 2016b).

- Potentielle Freiwillige mobilisieren. Gerade bei der weiblichen, älteren Migrationsbevölkerung liegt laut Freiwilligen-Monitor 2016 ein Potential für Freiwilligenarbeit brach, welches zum Beispiel für andere Personen mit Migrationshintergrund genutzt werden könnte (Freitag et al., 2016).
- Bestehende und geplante Quartierentwicklungs- und Nachbarschaftsprojekte mit den traditionellen Freiwilligennetzwerken verbinden.

Angeleitete Angehörigengruppen (Selbsthilfegruppen)

Im BREF-Forschungsprojekt bleibt unklar, ob Selbsthilfegruppen irgendeines der Pflegearrangements wirksam zu unterstützen vermögen. Im Bereich der Gesundheitsförderung gibt es aber Studien, wonach Selbsthilfegruppen soziale und personale Ressourcen stärken (Borgetto, 2004). Um wichtige Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserwartungen, die Flexibilität bei der Zielanpassung und die soziale Unterstützung zu fördern, empfiehlt Seither (2011) angeleitete Angehörigengruppen. Mithilfe von Biographiearbeit könnte, dank dem Rückblick auf erfolgreich bewältigte schwierige Zeiten in der Vergangenheit und sozialer Rückmeldungen aus der Gruppe, das Vertrauen in die eigenen Handlungskompetenzen aufgebaut werden. Auch eine flexible Zielanpassung könnte in Gruppen eingeübt werden, indem zusammen nach Alternativen zur Verfolgung persönlicher Ziele und Interessen für Freizeit und Beziehungen, etc. gesucht wird (Seither, 2011). Der Kanton kann folgende Massnahmen unterstützen:

- Pilotprojekte zur Testung der Wirksamkeit von angeleiteten Angehörigengruppen (Selbsthilfegruppen) mit allen vier Arrangementstypen
- Angebote von virtuellen Gruppen, gerade für "kritische" und "distanzierte" Arrangements

Finanzielle Unterstützung

Sie unterstützt vor allem «kritische» Arrangements, indem sie hilft finanzielle Hindernisse, welche das Selbstmanagement schwächen, aus dem Weg zu räumen. Allerdings soll nicht die Pflege selbst entschädigt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich pflegende Angehörige im «kritischen» Arrangement noch mehr Aufgaben aufladen. Wichtig ist auch, dass finanzielle Unterstützung bei den anderen drei Typen gering oder sogar kontraproduktiv wirken (Müller & Scheidegger (2016b).

- Kantone sind gute Ausgangspunkte, um die interdepartementale Zusammenarbeit für eine umfassende Planung von Interventionen für pflegende Angehörige anzupacken. Dabei sollen finanzielle, soziale, gesundheitliche und bildungsorientierte Aspekte abgedeckt und ein chancengleicher Zugang zu Unterstützungsleistungen für alle pflegenden Angehörigen ermöglicht werden.
- Weitere Ideen für finanzielle Unterstützung sind spezielle Finanzierungsfonds für pflegende Angehörige oder Zeitvorsorge-Projekte (Müller & Scheidegger (2016b).

6.5 Evaluation

Die Evaluation von Dienstleistungen und Projekten oder gesamten Programmen ist ein wichtiger Teil eines gesundheitsförderlichen Vorhabens und darf nicht vernachlässigt werden. Sie dient dem Wirkungsnachweis, der nachhaltigen Verankerung von Massnahmen und der Validierung und Multiplikation von effektiven Ansätzen und ist Teil der Qualitätsarbeit in einem Gesundheitsförderungsprogramm (Gesundheitsförderung Schweiz, 2015).

Im Folgenden werden Ansätze für mögliche Evaluationen in gesundheitsförderlichen Programmen für ältere pflegende Angehörige skizziert:

- Eine empirische Befragung pflegender Angehöriger *vor* der Umsetzung empfohlener Massnahmen und einige Zeit *danach*, und daraus abgeleitet, eine Zuordnung der Teilnehmenden zu den vier Typen von Pflege- und Betreuungsarrangements (siehe Fringer, 2016), könnte Hinweise auf Veränderungen geben und damit die Wirksamkeit der Massnahmen belegen.
- Sinnvoll wäre auch die Evaluation einzelner Massnahmen oder Massnahmenkombinationen. Dabei könnte beispielsweise die Frage beantwortet werden, bei welchen Systemverhaltenstypen eine angeleitete Angehörigengruppe die gewünschte Veränderung zu einem nachhaltigeren Typus bewirken kann.
- Auch interessant wäre zu prüfen, wie stark sich das Alter oder das Geschlecht der pflegenden Angehörigen auf die Zuordnung zu einem bestimmten Systemverhaltenstypen auswirkt. Es könnte erforscht werden, ob beispielsweise ältere pflegende Angehörige eher in den «kritischen» Arrangements vorzufinden sind und ob sie noch andere oder noch zusätzliche Massnahmen benötigen, oder ob Frauen andere Massnahmen benötigen als Männer.
- Interessant wäre auch die Evaluation des Einsatzes der BREF-Erkenntnisse in Einzelkontexten, zum Beispiel in der individuellen Beratung einer angehörigen, pflegenden Person. Sie könnte zeigen, wie zuverlässig die Typenzuordnung in diesem Kontext wäre und ob die empfohlenen Massnahmen/ -kombinationen wirksam wären und die gewünschten Veränderungen herbeiführen könnten.

7 Diskussion

7.1 Wert des BREF-Forschungsprojekts für die Gesundheitsförderung

Das BREF-Forschungsprojekt enthält viele wertvolle Erkenntnisse zur nachhaltigen Unterstützung von Pflege- und Betreuungssystemen pflegender Angehöriger im Kontext Schweiz. Das graphische Wirkmodell (Abb. 1, S. 6) erscheint auf den ersten Blick eher komplex, die daraus abgeleitete Typologie ist aber gut verständlich. Die empfohlenen Massnahmen sind im Grundsatz bekannt, neu ist hingegen ihre Kombination und ihr Einsatz. Bei der Konzeption von Gesundheitsförderungsprogrammen für pflegende Angehörige lohnt es sich aus den folgenden Gründen, die Erkenntnisse des BREF-Forschungsprojekts zu beachten:

- Aus den passgenauen Massnahmen/-kombinationen für bestimmte Zielgruppen/ Systemverhaltenstypen ergeben sich **hilfreiche Leitlinien für die übergeordnete, strategische Planung von kantonalen, regionalen oder kommunalen Programmen** zur Stärkung von pflegenden Angehörigen.
- Die Instrumente aus dem BREF-Projekt versprechen, dank der Vermeidung von unnötigen oder kontraproduktiven Massnahmen und Dienstleistungen, und aufgrund passgenauer Interventionen, **Kosteneinsparungen bei den öffentlichen und privaten Pflegekosten**.
- Die Umsetzung der Erkenntnisse aus dem BREF-Projekt stellt eine **lohnende Investition in Massnahmen und Systeme dar, welche pflegende Angehörige nachhaltig unterstützen** und ihre Ressourcen und Managementfähigkeiten stärken. Damit können pflegende Angehörige länger und in besserer Gesundheit ihre Pflegeaufgabe erfüllen und ältere Menschen länger im häuslichen Umfeld wohnen bleiben. Dies lohnt sich, wenn man bedenkt, dass pflegende Angehörige Betreuung und Pflege in der Höhe von 3.55 Mia Franken leisten (Rudin & Strub, 2014).
- Dank der empfohlenen Massnahmen ist es möglich, **Pflegearrangements zu verändern und nachhaltig zu verbessern**. So reagiert beispielsweise ein «distanziertes» Pflegearrangements positiv auf Hilfestellungen im Umfeld, wie Informationsplattformen, individuelle Beratungen, Entlastungsmöglichkeiten, sowie ein positives, öffentliches Bild der Angehörigenpflege, und kann sich dadurch zu einem «selbstregulierenden» Arrangement verändern.

Bei der Anwendung der Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt für die Gesundheitsförderung ist trotzdem eine umsichtige Herangehensweise geboten:

- **Die Systemverhaltenstypen beziehen sich nicht auf eine einzelne pflegende Person**, sondern immer auf ein Pflege- und Betreuungsarrangement (siehe Abb.1, S. 6). In der Expertenjury bei der Präsentation dieser Arbeit wurde das missverstanden, denn es tauchte - mit Bezug auf den «distanzierten» Typus - die Frage auf, ob es negativ sei, als angehörige Person in einer Pflegesituation eine gewisse Distanz zu halten. Hier wurde fälschlicherweise vom «distanzierten» Systemverhaltenstypen auf eine innerlich «distanzierte» Pflegenden geschlossen. Natürlich ist es wichtig, dass eine angehörige Person eine gesunde Distanz zur Pflegeaufgabe bewahrt, damit sie an dieser Aufgabe nicht scheitert. In der BREF-Typologie beschreibt ein «distanziertes» Arrangement aber eine Situation, in der eine pflegende Person sich aufgrund innerer oder räumlicher Distanzen nicht genügend um eine angehörige Person kümmern kann oder will.

- Momentan ist **noch ungeklärt, ob Typologie und Massnahmenkombinationen auch für die individuelle Beratung von pflegenden Angehörigen nutzbar sind** (Martin Müller, persönliche Mitteilung, Dezember 2016).
- Die BREF-Typologie kann nicht **zur Prognosestellung für die Zukunft eines einzelnen Pflegearrangements** herbeigezogen werden.
- **Typologien vereinfachen komplexe Systeme**, indem sie die Zuordnung zu wenigen, verstehbaren Kategorie ermöglichen, **bilden aber nie die Realität ab**. Bei der Anwendung der BREF-Erkenntnisse auf übergeordneter und individueller Ebene sollte daher bedacht werden, dass pflegende Angehörige nie einer Kategorie zugeordnet werden können, welche ihr Verhalten vollständig abbildet und immer gleichbleibt. Wichtig ist vielmehr, die Aussagen des Modells «Healthy ageing» der WHO ernst zu nehmen und pflegende Angehörige in einem dynamischen Prozess mit ihrer Umwelt zu erkennen. Ihre funktionalen Fähigkeiten sind zu stärken, was ihre Gesundheit und Lebensqualität fördert (World Health Organization, 2015 und 2016).
- Leider sind die **Namen der Systemverhaltenstypen im BREF-Projekt in einem wertenden Ton gewählt**. Auch dieser Input kam von der Expertenjury. Tatsächlich drückt die Benennung der Systemverhaltenstypen nicht unbedingt die ermächtigende professionelle Haltung aus, welche sich die Gesundheitsförderung wünscht.

Wichtig bei der Umsetzung der Erkenntnisse aus dem BREF-Projekt erscheint generell die Durchführung einer zielgerichteten Evaluation und die Valorisierung deren Ergebnisse. Es bestehen nämlich noch wenig konkrete Praxis- und Umsetzungserfahrungen. Um diese sammeln und das Modell weiterentwickeln zu können, bedarf es des Austausches zwischen Praxis und Forschungsteams, sowie zwischen verschiedenen Umsetzungsorten, zum Beispiel zwischen urbanen und ruralen Kantonen/ Gemeinden.

Wenn staatliche Interventionen geplant werden, so ist zu beachten, dass dies in einer ermächtigenden Haltung geschieht. Viele pflegende Angehörige übernehmen selbstverständlich und mit langsam steigendem Zeit- und Energieaufwand die Unterstützung des Lebenspartners, der Partnerin, des Vaters oder der Mutter. Dabei lernen sie viel und eigenen sich Strategien an. Wenn pflegende Angehörige dann als «problembeladene Zielgruppe» angesprochen werden, entstehen ein ungutes Machtgefälle und Missverständnisse. Zielführender ist ein Empowerment-Ansatz, welcher der Sozialarbeit innewohnt, und auch in der Gesundheitsförderung zentral ist. Angehörige wollen «auf Augenhöhe» angesprochen, partnerschaftlich beraten und unterstützt und als Experten ihrer Situation ernst genommen werden. Eine Herangehensweise von professioneller Seite in dieser Art und Weise ist heute noch nicht überall selbstverständlich, aber sie lohnt sich zur erfolgreichen Bewältigung der Pflege- und Betreuungsempässe in der Zukunft.

7.2 Eigenbewertung der vorliegenden Arbeit

Das BREF-Forschungsprojekt bezieht sich zwar auf die Pflege und Betreuung von älteren Menschen, entstand jedoch unter Einbezug der Erfahrung und des Wissens von pflegenden Angehörigen jeden Alters. Im Gegensatz dazu konzentrierte sich die vorliegende Arbeit aus Ressourcengründen auf ältere pflegende Angehörige. Es stellt sich die Frage, ob diese spezielle Zielgruppe zusätzliche Interventionen benötigt, oder ob Massnahmen für sie anders umgesetzt werden sollten. Besonders im Bereich der psychischen Gesundheit scheinen einige

Themen für ältere pflegende Angehörige besonders relevant zu sein: der Umgang mit der Veränderung in der Paarbeziehung, die Angst vor dem Verlust des Partners oder die eigene zunehmende Fragilität. Es sprengte aber den Rahmen dieser Arbeit, herauszufinden, ob bereits spezifische, wirkungsvolle Interventionen dieser Art für ältere Pflegende bestehen. Darum ist es wichtig bei der Umsetzung der empfohlenen Massnahmen ein Augenmerk auf ältere pflegende Angehörige zu legen. Altersspezifische Themen könnten nämlich gut in die Massnahmen integriert werden, beispielsweise in die Beratung oder in angeleitete Angehörigengruppen.

Zudem sollte auch vermehrt beachtet werden, dass etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen älterer Menschen Frauen und die Hälfte aller pflegenden Angehörigen Partnerinnen sind, die somit selber bereits zu den älteren Menschen zählen (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2010). Demzufolge ist Beachtung des Geschlechts bei der Umsetzung allgemeiner Massnahmen für pflegende Angehörige absolut ernst zu nehmen.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte die Nützlichkeit der vorliegenden Empfehlungen für die strategische Planung von gesundheitsförderlichen Interventionen für pflegende Angehörige erst anhand des Feedbacks der Expertinnen und Experten grob geprüft werden. Die Hoffnung ist allerdings, dass im Rahmen der momentanen Planung von kantonalen Aktionsprogrammen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen, wo (ältere) pflegende Angehörige eine Teilzielgruppe sind, ein Interesse für die Umsetzung der Empfehlungen entsteht.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit einer Forschungsarbeit aus einem benachbarten Wissenschaftsgebiet hat sich auf jeden Fall gelohnt und dürfte auch die Konzeption von Gesundheitsförderungsprogrammen weiterbringen.

Literaturverzeichnis

- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Obsan Dossier 27. Neuchâtel.
- Bericht des Bundesrates. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf in der Schweiz*. Bern.
- Bischofberger, I., Jähnke, A., Rudin, M., & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahme*. Zürich/Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Borgetto, B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Brand, C., O'Connell, B. H., & Gallagher, S. (2015). A randomised controlled trial of benefit finding in caregivers: The Building Resources n Caregivers Study Protocol. *Health Psychology Open*. July-December, S. 1-7.
- Bundesamt für Statistik. (2012). *Informelle Hilfe. Erhaltene und geleistete Hilfe*. Von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html> abgerufen
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. BFS Aktuell, 14 Gesundheit*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Ständige Wohnbevölkerung 2015, 65 Jahre und älter*. Von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.html> abgerufen
- Freitag, M., Manatschal, A., Ackermann, K., & Ackermann, M. (2016). *Freiwilligen-Monitor 2016*. Zürich: Seismo-Verlag.
- Fringer, A. (2016). *Betreuende und pflegende Angehörige in Bassersdorf. Kurzfassung der empirischen Befragung im Rahmen des Projekts „BasiviA - vernetzt im Alter“*. St. Gallen: FHS St. Gallen. Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS. FHS Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2015). *Quint-Essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Planung*. Von <https://www.quint-essenz.ch/de/quality> abgerufen
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2016). *Rahmenbedingungen für kantonale Aktionsprogramme. Version: 16. Juli 2016*. Bern.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Müller, M., & Scheidegger, A. (2016a). *Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. Massnahmenvorschläge zur Unterstützung und Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen*. Von FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Forschung & Dienstleistung, Institute, Soziale Arbeit: <https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/ifsa-fhs->

dienstleistungsangebot-aktuelle-projekte-bref-unterstuetzung-pflegender-und-betreuender-angehoeriger-aelterer-menschen abgerufen

Müller, M., & Scheidegger, A. (2016b). *Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. Massnahmenvorschläge zur Unterstützung und Entlastung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. Ergänzender Kommentar*. Von FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Forschung & Dienstleistung, Institute, Soziale Arbeit: <https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/ifsa-fhs-dienstleistungsangebot-aktuelle-projekte-bref-unterstuetzung-pflegender-und-betreuender-angehoeriger-aelterer-menschen-abgerufen>

Müller, M., & Scheidegger, A. (2016c). *Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. Ergebnisse der Interviews mit pflegenden und betreuenden Angehörigen älterer Menschen (Kurzfassung)*. Von FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Forschung & Dienstleistung, Institute, Soziale Arbeit: <https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/ifsa-fhs-dienstleistungsangebot-aktuelle-projekte-bref-unterstuetzung-pflegender-und-betreuender-angehoeriger-aelterer-menschen-abgerufen>

Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.

Radix Gesundheitsförderung. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Von http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Ottawa_Charta.pdf abgerufen

Rudin, M., & Strub, S. (2014). *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige. Datenzusammenstellung, Factsheet*. Bern: Spitex Verband Schweiz.

Seifert, A., & Schelling, H. R. (2015). *Digitale Senioren. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz im Jahr 2015*. Pro Senectute Schweiz: Zürich.

Seither, C. (2011). *Lebensqualität von pflegenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Untersuchung zu den Auswirkungen von Inkontinenz und zur Rolle von Ressourcen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Stadt Bern. (2016). *Work and care. Mitarbeiterbefragung 2015 der Direktion Bildung, Soziales und Sport*. Von <http://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter-und-pensionierung/betreuendeangeh/work-care> abgerufen

Thoma, M. (2016). *Unterstützung pflegender und betreuender Angehöriger älterer Menschen. Ergebnisse der Interviews mit pflegenden und betreuenden Angehörigen älterer Menschen. (Kurzfassung)*. St. Gallen: FHS St. Gallen. Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charter of Health Promotion*. Von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 abgerufen

World Health Organization. (2015). *WHO-Report on Ageing and Health*. Von <http://who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> abgerufen

World Health Organization. (2016). *Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Report by the Secretariat*. Von http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_16-en.pdf abgerufen