

# Pflege von betagten Patienten durch ihre Angehörigen

*Eine Untersuchung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 8: «Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen».*

*H.B. Stähelin, F. Bloch, D. Schlettwein-Gsell<sup>1</sup>, Ch. Jeker, M. Bächli<sup>2</sup>, M. Zierath.*

*Medizinisch-Geriatrie Kliniken Felix Platter Spital und Kantonsspital Basel.*

<sup>1</sup> *Stiftung für Experimentelle Altersforschung, Basel.*

<sup>2</sup> *HCP Health Care Planning Ltd., Basel.*

*Projekt-Nr. 4.346.079.08, Schweizerischer Nationalfonds. Nationales Forschungsprogramm Nr. 8.*

## Inhaltsverzeichnis

1.	<b>Einleitung</b> . . . . .	291	3.	<b>Resultate von Phase I: Angehörigenbefragung</b>	298
1.1	Die Zahl der Betagten nimmt zu . . . . .	291	3.1	Indexpatienten . . . . .	298
1.2	Die Morbidität nimmt mit dem Alter zu . . . . .	291	3.2	Angehörige der Indexpatienten . . . . .	298
1.3	Die Beziehung der Familie zu ihren pflegebedürftigen Betagten . . . . .	292	3.2.1	Altersaufbau . . . . .	298
1.4	Grenzen der Betreuung zu Hause . . . . .	293	3.2.2	Pflegebereitschaft . . . . .	300
1.4.1	Alleinstehende Betagte . . . . .	293	3.2.2.1	Pflegebereitschaft und Verwandtschaftsgrad . . . . .	300
1.4.2	Demographische Veränderungen in der Familie . . . . .	293	3.2.2.2	Pflegebereitschaft und Religionszugehörigkeit . . . . .	301
1.4.3	Gesundheitszustand der betreuenden Angehörigen . . . . .	293	3.2.2.3	Pflegebereitschaft und sozio-ökonomischer Status . . . . .	301
1.4.4	Gesundheitszustand der Betagten . . . . .	293	3.2.2.4	Pflegebereitschaft und Wohnbeziehung . . . . .	301
1.5	Die Problematik der Familie, die ihre Betagten nicht mehr zu Hause pflegen kann . . . . .	294	3.2.2.5	Pflegebereitschaft und Berufstätigkeit . . . . .	301
1.6	Mitarbeit von Angehörigen im Spital . . . . .	294	3.2.2.6	Pflegebereitschaft und Gesundheitszustand . . . . .	302
1.7	Fragestellung und Zielsetzung . . . . .	295	3.2.3	Vorstellungen der Angehörigen hinsichtlich Arbeitszeit und Entschädigung . . . . .	302
			3.2.4	Praktische Pflegeerfahrung von Angehörigen . . . . .	302
			3.3	Angehörige, die Patienten zu Hause pflegen . . . . .	302
2.	<b>Methodik</b> . . . . .	295	4.	<b>Resultate von Phase II: Modellstation</b> . . . . .	303
2.1	Unsere Fragestellung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 8 . . . . .	295	4.1	Rekrutierung der Angehörigen . . . . .	303
2.2	Zeitplan . . . . .	295	4.2	Mitarbeit in der Pilotstation . . . . .	303
2.3	Befragung der Angehörigen (Phase I) . . . . .	296	5.	<b>Diskussion</b> . . . . .	303
2.3.1	Auswahl der Indexpatienten . . . . .	296	5.1	Der partielle Misserfolg der Pilotstation . . . . .	303
2.3.2	Kontaktnahme mit den Angehörigen der Indexpatienten . . . . .	296	5.1.1	Die Pflegebettsituation in Basel . . . . .	304
2.3.3	Ablauf des Angehörigeninterviews . . . . .	296	5.1.2	Die Wahl der Station . . . . .	304
2.3.4	Datenauswertung . . . . .	297	5.1.3	Die Problematik der Verlegung Chronischkranker . . . . .	304
2.4	Betrieb einer Pilotstation (Phase II) . . . . .	297	5.1.4	Kooperation Angehörige-Spitalpersonal . . . . .	304
2.5	Fragen der Wirtschaftlichkeit . . . . .	297			

5.2	Wirtschaftliche Aspekte der Mitarbeit von Angehörigen . . . . .	305	5.4.2	Mehrfachbelastung durch Pflgetätigkeit . . . . .	307
5.2.1	Wirtschaftliche Folgen für die Angehörigen . . . . .	305	5.4.3	Verbesserungsvorschläge von Angehörigen . . . . .	308
5.2.2	Wirtschaftliche Folgen für die Institution . . . . .	305			
5.3	Zur Pflege Langzeitkranker zu Hause . . . . .	305	6.	<b>Schlussfolgerungen</b> . . . . .	308
5.4	Das Engagement der Angehörigen . . . . .	307	-	Zusammenfassung . . . . .	309
5.4.1	Beweggründe für oder gegen Pflgebereitschaft . . . . .	307	-	Literatur . . . . .	310

**1. Einleitung**

*1.1 Die Zahl der Betagten, insbesondere der Hochbetagten, nimmt weiterhin zu*

Seit Beginn dieses Jahrhunderts hat die Zahl der Betagten kontinuierlich zugenommen. Die starke Abnahme der Kindersterblichkeit, die Reduktion der Todesfälle durch Infektionskrankheiten im mittleren Lebensalter und die besseren Arbeitsbedingungen im allgemeinen haben dazu geführt, dass ein ständig wachsender Prozentsatz der Bevölkerung ein Alter von 70 und mehr Jahren erreicht. In der Schweiz ist dieser Prozess noch nicht zum Abschluss gekommen. 1980 erreichten rund 20% mehr Frauen und 10% mehr Männer ein Alter von 80 oder 85 Jahren als 1950. Von 1971 bis 1982 hat die Zahl der 80- bis 84jährigen in der Schweiz um 57%, die Zahl der 90- bis 94jährigen um 76% zugenommen (vergl. auch Abb. 1). Fries und Crapo [15] erklären dieses Phänomen in ihrem Buch «Vitality and Aging» damit, dass die maximale

Lebensspanne unverändert zwischen 90 und 100 Jahre betrage, die Mortalität sich aber auf eine kurze Zeitspanne im hohen Alter komprimiere. Für industrialisierte Gesellschaften trifft diese Beobachtung zweifels- ohne zu.

*1.2 Die Morbidität nimmt mit fortschreitendem Alter zu*

Verschiedene Anzeichen weisen darauf hin, dass die Morbidität, das heisst die Zahl der Krankheitsfälle und die dadurch bedingte Gesundheitseinschränkung, sich nicht im gleichen Masse verschiebt wie die Mortalität. Die neuesten Daten der VESKA-Statistik [46] belegen für Betagte und Hochbetagte hochsignifikant mehr und längere Spitalaufenthalte als für die jüngere Bevölkerung. Bei den Hochbetagten überwiegen die Frauen. Diese Entwicklung ist beispielsweise auch im Ausland festgestellt worden [3, 7, 10].

Auch in den psychiatrischen Kliniken erhöhte sich der Bettenbedarf um 38%, obwohl heute psychiatrische Patienten eine weniger lange Spitalpflege benötigen, weil psychiatrische Kliniken überproportional viele geriatrische Patienten aufnehmen müssen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen *Blessed* und *Wilson* in einer vergleichenden Untersuchung der Verhältnisse in England in den Jahren 1949–1976 [5]. In diesem Zusammenhang ist einzig das Resultat der Lundby-Studie in Schweden [19] ein Lichtblick. Dort wurde insgesamt eine geringfügige Abnahme der Inzidenz festgestellt. Nachdem die Lebenserwartung seit 1950 bei den Frauen um 20%, bei den Männern um 10% zugenommen hat, führt dies zu einer allgemeinen Zunahme des Bedarfs von Pflegebetten [32]. Bei steigender Lebenserwartung auch der organisch Dementen, welche einer dauernden Pflege in Heimen oder Spital bedürfen, steigt auch die Zahl der Pflgetage auf die ganze Bevölkerung gerechnet [2, 24].

Abbildung 2 zeigt eindrücklich, dass die Beanspruchung von stationärer Behandlung mit zunehmendem Alter sich logarithmisch erhöht und einer Gompertz-

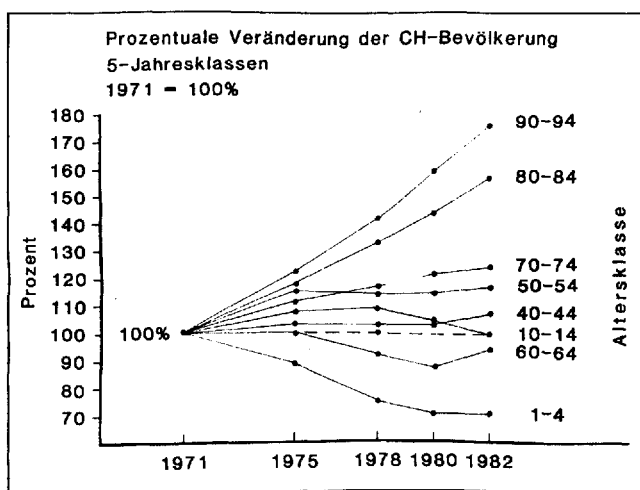


Abb. 1. Prozentuale Veränderung der schweizerischen Bevölkerung, dargestellt an ausgewählten 5-Jahresklassen zwischen 1971 und 1982.

Kurve entspricht. Die Anzahl der benötigten Geriatriebetten nimmt prozentual von 5-Jahres-Klasse zu 5-Jahres-Klasse um das Doppelte zu.

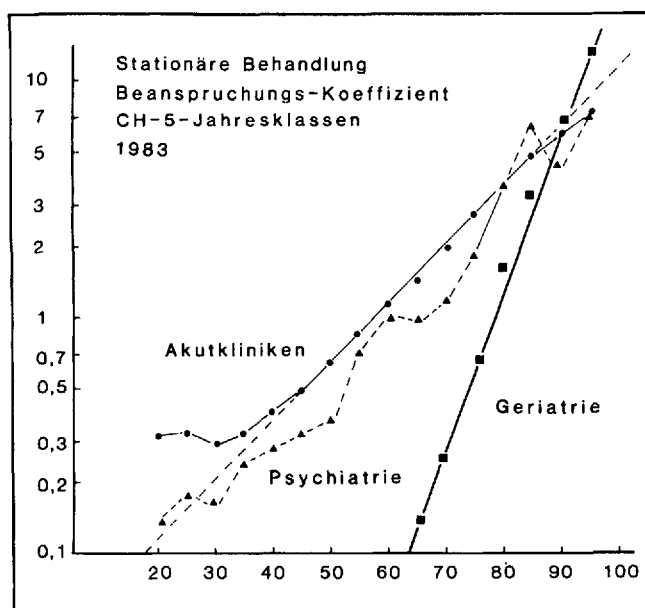


Abb. 2. Die Beanspruchung von Akut-, Psychiatrie- und Geriatriespitalern, in Abhängigkeit vom Alter dargestellt. Sie nimmt mit steigendem Alter einfach exponentiell zu.

Die verlängerte Lebensspanne geht also nicht mit einem entsprechend verbesserten Gesundheitszustand einher. Die Inzidenz von chronischen Krankheiten und Behinderungen scheint im Gegenteil sogar leicht im Steigen begriffen zu sein [38].

Mit anderen Worten, je älter jemand wird, desto eher ist er im Spital.

Vorderhand gibt es keine Anzeichen, dass die steigende Tendenz in der nächsten Zeit zum Stillstand kommen sollte.

Der betagte Mensch ist also mit seiner Multimorbidität durch vielerlei Krankheiten und Behinderungen zunehmend auf Unterstützung angewiesen.

### 1.3 Die Beziehung der Familie zu ihren pflegebedürftigen Betagten

Die Pflege kranker Betagter gehört seit je zu den Aufgaben der Familie. Auch in der industrialisierten Gesellschaft mit ihren tiefgreifenden Umwandlungen der Familienstruktur und der Arbeitswelt ist die Betreuung der alten Angehörigen immer noch eine der vornehmsten Familienpflichten. Wie *Simone de Beauvoir* [12] überzeugend darlegt, ist gerade die Betreuung chronischkranker Betagter nicht nur eine Frage der wirtschaftlichen Bedingungen, sondern viel stärker die Folge der religiös-ethischen Einstellung der verschiedenen Völker.

Entgegen verbreiteten Äusserungen über die Abwendung der Familie von ihren Betagten hat sich die nahe

Beziehung zwischen den Generationen in den letzten zwanzig Jahren nicht geändert, wie *E. Shanas* nachgewiesen hat [39]. Schon der Bericht von *Isaacs et al.* [26] zeigt, dass die Angehörigen ihre kranken Betagten lange zu Hause behalten. Andererseits wirkt sich die Entlastung von schwerer Pflege auch günstig auf das Zusammenleben innerhalb der Familie aus. Wie *Smith* und *Bengtson* zeigten [42], können sich die emotionalen Bande zwischen den Angehörigen und den Betagten wieder stärken. Dabei ist zu bedenken, dass die Pflegebedürftigkeit der Betagten erst im höheren Alter auftritt, so dass die nächstfolgende Generation ebenfalls älter ist. So gehen viele der in Frage kommenden Frauen, vor allem auch die Männer, einer Erwerbstätigkeit nach, hingegen entfällt die Doppelbelastung durch gleichzeitige Pflege kleiner Kinder.

In der europäisch geprägten Welt pflegen und betreuen am häufigsten die Töchter ihre betagten Eltern. Nach *Gutman* [18] stellt die Dyade Mutter-Tochter die stärkste Bindung zwischen den Generationen dar. Ähnliche Resultate wurden von *Shuval et al.* [41] in einer grösseren Studie aus Israel veröffentlicht. Auch sie fanden entgegen anderen Behauptungen einen guten Familienzusammenhang mit den alten Angehörigen. Wenn die Generationen nicht im gleichen Hause lebten, so waren Raum- oder Geldmangel die Ursache.

Im Fernen Osten, der noch vor 50 Jahren berühmt war für die traditionelle Verehrung alter Familienmitglieder und wo auch heute noch der älteste Sohn die Aufgabe übernimmt, die Eltern zu betreuen, ist es wohl immer noch, im Gegensatz zu den bei uns üblichen Betreuungsmustern, die Schwiegertochter, die sich um die alte Generation kümmert. Allerdings ist die Mobilität der Bevölkerung gross geworden, und viele Eltern leben, nachdem die Kinder weggezogen sind, an dem Ort allein, wo die Familie gross geworden ist. Offenbar holen aber viele jüngere Angehörige ihre Betagten zu sich, wenn diese krank werden. *Ikegami* [25] schreibt, dass 75% aller bettlägerigen Betagten in Japan von der Familie betreut werden.

In unserer westlichen Gesellschaft wird von der Öffentlichkeit, nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen, das traditionelle Familienbild aufrechterhalten. Die Befriedigung der Pflegebedürfnisse wird immer stärker im öffentlichen Haushalt der Gemeinden und des Staates sichtbar. Je weniger diese Leistungen durch die Familie, die Nachbarschaft und karitative Vereinigungen erbracht werden, um so mehr treten sie volkswirtschaftlich in Erscheinung und tragen zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei. Angesichts der wirtschaftlichen Rezession und der Geldnöte des modernen Sozialstaates bekennen sich Politiker und Ökonomen immer klarer zum Subsidiaritätsprinzip der öffentlichen Altershilfe. Der Staat springt also nur noch dort helfend ein, wo die eigenen Mittel dazu nicht ausreichen. An vorderster Stelle werden bei der medizinischen und pflegerischen Beurteilung der Betreuung die Anstrengungen der Betagten selbst und ihrer Angehörigen gestellt. Damit ist das Verhältnis

der Angehörigen zum Langzeitkranken zu einer zentralen Frage der Geriatrie geworden [23].

In den letzten Jahren hat deshalb die Bedeutung der Familie in der einschlägigen Forschung eine vermehrte Aufmerksamkeit erfahren. Unter anderem konzentriert sich die empirische Sozialforschung auch auf die Beziehung des in einem Heim gepflegten Patienten zu seinen Angehörigen.

#### 1.4 Grenzen der Betreuung zu Hause

Die Pflegekapazität der Familie ist optimal dann, wenn gesunde, nicht anderweitig beschäftigte Familienangehörige und zusätzlich spitalexterne Dienste zur Verfügung stehen.

Der Pflege zu Hause durch Angehörige, auch mit Unterstützung von spitalexternen Diensten, sind aber auch Grenzen gesetzt, und bei vielen betagten Personen ist eine Einweisung in Pflegeinstitutionen nicht zu vermeiden.

##### 1.4.1 Alleinstehende Betagte

In erster Linie sind es die Alleinstehenden, Ledigen oder Verwitweten, die besonders auf Fremdhilfe angewiesen sind. Frauen heiraten einen im Mittel etwa 2–3 Jahre älteren Mann und weisen gegenüber den Männern eine rund acht Jahre höhere Lebenserwartung auf; damit erwartet sie eine etwa elf Jahre dauernde Witwenzeit im hohen Alter. Es wundert deshalb nicht, dass es vor allem diese Frauen sind, die bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht mehr in ihrem Heim bleiben können, sondern in eine Pflegeinstitution übersiedeln müssen [30]. Männer, vor allem jüngere Männer, werden signifikant häufiger zu Hause betreut [7].

Erstaunlicherweise wurde die ungebrochene Zunahme der hochbetagten pflegebedürftigen Frauen in Heimen und Geriatriespitälern bisher kaum zum Gegenstand der empirischen Sozialforschung. Noch viel weniger wurden Modelle entwickelt oder Hypothesen getestet, um diese Situation zu verbessern.

##### 1.4.2 Demographische Veränderungen in der Familie

Aber auch mancherlei äussere materielle Umstände und die Summe der Verpflichtungen, denen Angehörige nachzukommen haben, bestimmen ihre Pflegekapazitäten.

Mit der tiefgreifenden sozialen Umschichtung und der vereinfachten Konzeptionsverhütung hat sich die Kinderzahl in den einzelnen Familien ganz entscheidend verkleinert. Die heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen verlangten zudem während der letzten Jahrzehnte eine immer grösser werdende Mobilität, die den Familienzusammenhang stark beeinträchtigte. Wirtschaftliche und soziale Veränderungen und ein grösseres Selbstbewusstsein der Frau bewirken auch eine Änderung im Rollenverständnis der Frau, die heute viel mehr als früher eine berufliche Tätigkeit ausser Haus ausübt und dadurch für gewisse Aufgaben im Familienverband nicht mehr im traditionellen Umfang zur Verfügung steht.

Diese demographische Entwicklung hat es nun mit sich gebracht, dass eine zunehmende Zahl von hochbetagten Personen nicht mehr zu Hause, sondern in Altersheimen, Pflegeheimen und Geriatriespitälern betreut wird. Dies ist vor allem in der städtischen Bevölkerung der Fall, doch lässt sich diese Entwicklung auch in ländlichen Regionen nachweisen [29].

##### 1.4.3 Gesundheitszustand der betreuenden Angehörigen

Ist das für die Pflege verantwortliche Familienglied selbst behindert, was bei älteren Ehepartnern recht häufig der Fall ist, hängt die Pflegemöglichkeit zu Hause von zusätzlichen, spitalexternen Angeboten ab. Maddox [31] untersuchte betreuende Angehörige in Cleveland. Sie waren im Schnitt mehr als 50 Jahre alt und übten eine Betreuungsfunktion über sechs Jahre aus. Dabei empfanden sie als am schwerwiegendsten, dass sie durch die Krankheit des von ihnen betreuten Patienten sozial abgelehnt und stigmatisiert wurden. Englische und andere Untersuchungen [2, 4, 6, 16] belegen, dass es die familiäre Beziehung, das Geschlecht sowie die Möglichkeiten der spitalexternen Dienste (Hauspflege und Gemeindegemeinschaft) sind, welche die Leistungsfähigkeit der betreuenden Angehörigen bestimmen.

##### 1.4.4 Gesundheitszustand der Betagten

Den wesentlichen Faktor allerdings für die Möglichkeit einer Betreuung zu Hause stellt eindeutig der Gesundheitszustand des Betagten dar.

Schwierig wird die Hauspflege, wenn sich der Betagte kaum mehr bewegen kann, Hilfe braucht, um den Nachtstuhl zu finden, usw. Auch die Rastlosigkeit vieler Betagter kann belastend sein, weil sie oft den Schlaf der Betreuer stört. Urininkontinenz kann ebenfalls die Nachtruhe der Betreuer empfindlich stören. Kotinkontinenz führt in unserem Lande meist zur Spitaleinweisung, weil der Aufwand an Wäsche und Körperpflege des Patienten zu gross wird. Hier aber sehen wir, dass Engländer im allgemeinen viel toleranter sind als wir Schweizer. Wie eine Studie von Sandford [36] zeigt, fordern die Angehörigen einen bezahlten Windelservice, dann könnten sie auch Kotinkontinenz ertragen.

Am schwersten zu ertragen für die Angehörigen ist aber wohl, wenn Urteilkraft, Handlungsfähigkeit und Orientierungssinn abnehmen [4, 43].

Tritt eine senile Persönlichkeitsveränderung ein, so fühlt sich die Familie viel schneller überfordert und reagiert zum Teil mit Hassgefühlen gegenüber dem Patienten. Klusmann et al. [28] stellen fest, dass die Angehörigen von geringfügig hirnerkrankten Patienten diese häufig als boshaft erleben, während sie schwere, psychoorganische Störungen eher als Krankheit empfinden.

Derartige Veränderungen der Persönlichkeit des Betagten führen sehr rasch zum Gefühl der Überforderung und Isolierung des pflegenden Angehörigen, so dass man von Angehörigen als «hidden patients»

gesprachen hat [8, 14]. Solche betagte Personen werden deshalb eher frühzeitig in psychogeriatrische Spitäler oder Abteilungen verlegt. Dies widerspiegelt sich auch im oben erwähnten steigenden Bedarf für psychogeriatrische Betten.

Eine Untersuchung [10] bei 300 Altersheiminsassen ergab, dass rund die Hälfte aller Patienten psychogeriatrische Symptome aufwiesen, was weit über der durchschnittlichen Häufigkeit von psychiatrischen Veränderungen liegt, die für die über 65jährigen etwa 5% und bei den über 80jährigen gegen 20% beträgt [8]. Ausserst aufschlussreich in diesem Zusammenhang sind Untersuchungen von *Johnson* und *Johnson* [27]. Sie stellten fest, dass psychogeriatrisch Erkrankte von der Familie primär nicht als krank, sondern eher als querulatorisch, eventuell bösartig, angesehen werden. Müssen sie aber wegen einer akuten somatischen Erkrankung hospitalisiert werden, dann werden die Persönlichkeitsveränderungen und die psychischen Störungen ebenfalls als Krankheitszeichen erkannt.

Die vielleicht schon lange wahrgenommene, zuerst subtile, dann deutlichere Veränderung des Patienten wird durch die ärztliche und sozialmedizinische Untersuchung im Spital gleichsam «medikalisiert» und offiziell als Krankheit anerkannt. Ähnlich wie *Klusman* [28] schon bemerkte, kommt es zu einer neuen Definition der Familienbeziehungen zum Kranken. Diese Veränderung des Standpunktes der Familie lässt nun die vorangegangenen Leistungen der Familie in einem ganz neuen Licht erscheinen. Eine Rückkehr nach Hause ist unter den früher gültigen Bedingungen nicht mehr möglich, häufig wird diese sogar ganz abgelehnt. *Maddox* [31], aber auch *Fengler* und *Goodrich, Sheldon*, sowie eigene Untersuchungen [14, 37, 40] betonen die Bedeutung von psychologischer Hilfe gegenüber den Angehörigen. *Harford* und *Parsons* schufen Gruppen [20], in welchen sich die Betreuer verstanden fühlten; sie lernten mehr über die Physiologie und Psychologie der Alternden. Sie sprachen über ihre Schuldgefühle und ihre Aggressionen dem Patienten gegenüber und lernten dabei besser mit dem Betreuten umzugehen. Die Gruppe wurde zu einer Einheit und wirkte als Stütze für die einzelnen Mitglieder. Auch in Basel wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gerontologischen Gesellschaft eine solche Gruppe gebildet. Die Aufbauarbeiten sind noch nicht abgeschlossen, man vermutet aber, dass Spannungen zwischen den betreuenden Personen (Eheprobleme) eine grosse Rolle spielen (persönliche Mitteilung F.B.). Auch für die Betreuer von Patienten mit Alzheimerscher Krankheit werden ähnliche Gruppengespräche beschrieben, welche eine Stütze für die Betreuer bilden, indem Schuldgefühle abgebaut und das Verständnis der Krankheit gefördert werden [2, 4, 22].

All diesen Bemühungen zum Trotz und auch trotz dem ständigen Ausbau der spitalexternen Dienste und trotz den ökonomischen Überlegungen, die die Einweisungsquote möglichst niedrig halten möchten, kommen aber führende Kliniker zum Schluss, dass voll-

ständig pflegebedürftige Patienten wegen Überforderung ihrer Familie einerseits und wegen ihrer eigenen steigenden Pflegebedürfnisse andererseits in Pflegeheimen oder geriatrischen Institutionen unterzubringen seien [21].

### 1.5 Die Problematik der Familie, die ihre Angehörigen nicht mehr pflegen kann

Wenn nun eine Familie aus was immer für Gründen ihre betagten Angehörigen nicht mehr selber pflegen kann, kommt es zu starken Schuldgefühlen und zu einem Zustand der Hilflosigkeit. Auf der einen Seite sind die emotionalen Familienbindungen heute so fest, wie sie immer waren, und die Familie möchte helfen, andererseits besteht häufig gerade auch für die jüngere Generation keine Möglichkeit, die Pflege der Betagten voll zu übernehmen.

Als zusätzlich belastend empfindet die Familie, dass geriatrische Patienten mit ihrer eingeschränkten Anpassungsfähigkeit nicht selten bei Eintritt ins Spital mit einer weiteren Verschlechterung ihrer geistigen und körperlichen Fähigkeiten reagieren und sich besonders ungünstig auswirkt, dass für sie die bedeutenden Bezugspersonen fehlen.

Familien, besonders solche, die sich längere Zeit um die Betreuung ihrer betagten Angehörigen bemühten, leiden auch darunter, dass ihnen nach Spitaleintritt kein Mitspracherecht in pflegerischen Belangen mehr zusteht, obschon sie unter Zahlungspflicht stehen und sie sich auch weiterhin aus einsichtigen Gründen als Interessenvertreter ihrer betagten Familienmitglieder fühlen.

*Smith* und *Bengtson* [42] untersuchten die Reaktion der Familie auf die Unterbringung ihrer Angehörigen in Pflegeinstitutionen. In 55% der Familien blieben die Beziehungen unverändert und in 45% seien sich die Familienangehörigen durch die Aufnahme des Patienten in ein Heim nähergekommen.

Bei fortschreitenden psychogeriatrischen Veränderungen wird die Beziehung der Familie zu ihren stark veränderten Verwandten aber zunehmend schwieriger. Für viele ist eine sinnvolle Beziehung zum Patienten ausserordentlich anstrengend und schmerzlich [18, 44, 47]. Sie erfahren das Zusammensein in den Endstadien der Krankheit als schrecklich, ohne Sinn, mühsam, anspruchsvoll und leidvoll [13, 34]. Die Mithilfe in der Pflege wird ausdrücklich als Ersatz für den früher möglichen verbalen Kontakt empfunden.

Alle diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass die Familie sich nicht gänzlich von ihrem erkrankten Mitglied lossagen will, sondern über lange Zeit zu grossen Leistungen bereit ist [26, 34]. Es sollten deshalb grundsätzlich Mittel und Wege gefunden werden, die Mitarbeit der Familie auch bei dauerhospitalisierten Patienten zu intensivieren.

### 1.6 Mitarbeit von Angehörigen im Spital

In aussereuropäischen Ländern mit grundlegend anderer Sozialstruktur ist die Familie wesentlich für die Grundpflege des hospitalisierten Patienten verant-

wortlich. Aufgrund der ganz anders gearteten Bevölkerungs-Alterspyramide ist die Zahl der langzeitpflegebedürftigen Betagten allerdings eher gering. Es handelt sich deshalb bei Spitaleintritten hauptsächlich um Akutkranke. Hier wirkt das Spital nur im Sinne des Subsidiaritätsprinzips, wenn Angehörige fehlen oder nicht in der Lage sind, für die Grundpflege zu sorgen. Auch in südeuropäischen Ländern ist dies für gewisse Pflegebereiche, zum Beispiel für die Verpflegung, noch gang und gäbe. In der Schweiz, aber auch in den USA, Skandinavien und anderen Ländern mit weitgehend ausgebauten Gesundheitsdiensten beschränkt sich die Mitarbeit von engsten Verwandten auf Liebesdienste beim langzeitkranken Angehörigen und kann die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, die Freizeitgestaltung und ähnliches mehr umfassen. Sie erstreckt sich aber kaum auf die Pflege der Patienten, und wenn sie auch eine deutliche Verbesserung der Situation des Patienten bringt, so wird doch die Arbeit des Pflgeteams nur in Ausnahmefällen erleichtert. Nicht selten führt die Teilung der Verantwortung für das Wohlbefinden des Patienten zwischen Angehörigen und Pflegepersonal sogar zu Spannungen und offenen Konflikten. In anderen Ländern ist es aber durchaus üblich, dass die Familie für das leibliche Wohl des Patienten während eines Spitalaufenthaltes voll verantwortlich ist.

Noch viel weniger als Mitarbeit kann der sogenannte «Freiwilligendienst» eingestuft werden, der in unseren Spitälern in den letzten Jahren aufgekommen ist und bei dem es vor allem um die qualitative Verbesserung des Aufenthaltes in einer Pflegeinstitution geht. Die Mitarbeiterinnen (selten Mitarbeiter) helfen zwar auf den einzelnen Abteilungen bei einfacheren Verrichtungen, sind aber vor allem für die Verbesserung der Sozialkontakte und damit der Lebensqualität eingesetzt. Da sie das Spital oder Pflegeheim nur gering finanziell belasten, sind sie einerseits willkommen; sie erwecken andererseits beim Pflegepersonal gewisse ambivalente Gefühle, da sie die angenehmeren Aspekte im Umgang mit den Patienten erführen und die schwierigeren dem Pflegepersonal überlassen.

### 1.7 Fragestellung und Zielsetzung

Diese Konfliktsituation, der Wunsch der Familie einerseits, weiterhin ihren betagten Angehörigen zu helfen, auch wenn sie sie nicht mehr allein betreuen kann, und der zunehmende ökonomische und personelle Zwang andererseits, diese Hilfe soweit wie möglich in die Spitalleistungen zu integrieren, hat uns veranlasst, nach neuen Pflegemethoden zu suchen, welche die Pflegekapazität der Familie offiziell in die institutionalisierte Pflegetätigkeit einbezieht.

Eine Möglichkeit sehen wir darin, Familienangehörige als Teilzeitmitarbeiter in der Pflegestation mitarbeiten zu lassen, indem sie ein bis zwei Tage pro Woche ihren Fähigkeiten entsprechend mithelfen, wobei sich ihre Mithilfe nicht nur auf ihre Familienangehörigen beschränken würde. Dieses System hat sich grundsätzlich bei der Kinderbetreuung als sogenannte «Parents

Nursery» gut bewährt. Erfahrungen mit einem solchen Modell in Berkeley 1968/69 haben uns bewogen, die Teilzeitmitarbeit von Angehörigen in der Pflegeabteilung zu untersuchen.

In Schweden ist es ausserdem möglich, die Arbeitszeit auf 80% zu reduzieren, solange kleine Kinder zu betreuen sind. Wir stellten uns deshalb zusätzlich auch die Frage, ob nicht auch bei uns Berufstätige ihre Arbeit einschränken und die dadurch gewonnene Zeit für die Pflege ihrer alten, chronischkranken Angehörigen einsetzen könnten.

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse einer Untersuchung, wie weit Angehörige von chronischkranken Patienten in Basel grundsätzlich bereit und in der Lage sind, als Teilzeitmitarbeiter bei der Pflege von chronischkranken Betagten mitzuhelfen sowie erste Erfahrungen bei der Realisierung eines solchen Modells.

## 2. Methodik

### 2.1 Unsere Fragestellung

#### *im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 8*

Das Nationale Forschungsprogramm 8 (NFP 8) gab uns die Gelegenheit, unsere Hypothese in einer empirischen Untersuchung zu überprüfen. Als zentraler Auftrag des NFP 8 wurde die «Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen und deren Umsetzung in Politikberatung hinsichtlich einer Verbesserung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Schweizerischen Gesundheitswesens» bezeichnet.

Aus der Sicht des Programms formulierten wir unsere Fragestellung wie folgt:

«Können durch ausgebildetes Pflegepersonal angeleitete Angehörige die Pflege von chronischkranken, geriatrischen Patienten gewährleisten und in menschlicher Hinsicht verbessern? Kann auf diese Weise ein bis jetzt nicht optimal genutztes Pflegepotential erschlossen werden? Und können schliesslich dadurch die Kosten der Pflege chronischkranker Patienten gesenkt werden?»

### 2.2 Zeitplan

Im Rahmen es auf fünf Jahre angelegten Projektes konnten wir diese Fragen als Teil des Nationalen Forschungsprogramms 8 in der Zeit von 1980 bis 1984 untersuchen.

In einer ersten Phase 1980–1982 ging es darum, Wünschbarkeit und Machbarkeit der Modellvorstellung zu überprüfen, beziehungsweise herauszufinden, ob die in Basler Geriatrie- und Pflegeinstitutionen hospitalisierten Patienten Angehörige haben, welche grundsätzlich bereit und in der Lage wären, bei der Pflege von betagten Angehörigen in Pflegeinstitutionen mitzuwirken, wobei sich ihre Mithilfe nicht nur auf ihre Familienangehörigen beschränken würde. Es galt also, epidemiologische, demographische, soziale und wirtschaftliche Faktoren abzuklären.

In einer zweiten Phase 1982–1984 wurde das Modell praktisch erprobt.

2.3 Befragung der Angehörigen (Phase I)

2.3.1 Auswahl der Patienten, deren Angehörige befragt werden sollten (Tab. 1)

Wir haben vier Stichproben von Patienten (sogenannten Indexpatienten) gezogen, deren Angehörige anschliessend ermittelt und befragt wurden<sup>1</sup>. Die erste Stichprobe umfasste chronischkranke, in Basler Geriatriespitalern hospitalisierte Patienten (Geriatriische Klinik Markgräflerhof, Geriatriische Klinik I Felix Platter Spital und Leimenklinik). Diese Geriatriespitaler haben insgesamt 480 Betten der Allgemeinabteilung und 130 Betten der ersten und zweiten Klasse. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung überwogen die Erst- und Zweitklasspatienten bzw. deren Angehörige, was uns aber in Anbetracht unserer Fragestellung vertretbar schien. Von den hospitalisierten Patienten wurde in alphabetischer Reihenfolge jeder fünfte Patient, insgesamt 129 Patienten, ausgewählt und die Angehörigen eruiert.

	n	%
1. In geriatrischen Kliniken hospitalisierte Patienten	129	40
2. Für einen Pflegeplatz angemeldete, derzeit im Akutspital oder Altersheim untergebrachte Patienten	140	43
3. Für einen Pflegeplatz angemeldete und derzeit zu Hause wartende Patienten	11	3
4. Zu Hause betreute Langzeitpatienten (mit Pflegebeitrag)	43	14
Total	323	100

Tab. 1. Die Angehörigen obiger vier Patientengruppen wurden in die Pflegestudie miteinbezogen.

Eine zweite Gruppe umfasste Patienten, die für einen Pflegeplatz angemeldet, aber in einem Akutspital oder einem Altersheim untergebracht waren. Wiederum nach dem alphabetischen Verfahren wurde jeder dritte Patient, insgesamt 140 Patienten, ausgewählt.

Eine dritte kleine Gruppe betraf Patienten, die zu Hause auf einen Pflegeplatz warteten. Wiederum wurde jeder dritte Patient, insgesamt elf Patienten, in die Stichprobe einbezogen.

Als vierte Gruppe wurden nach dem gleichen Verfahren unter zu Hause betreuten Langzeitpatienten, die vom Gesundheitsamt einen Pflegebeitrag erhielten, 43 Indexpersonen bestimmt.

Von den ersten beiden Gruppen erwarteten wir Angaben über den Prozentsatz an Betten in geriatrischen Kliniken bzw. Akutstationen, die durch das geplante

Modell der Angehörigenmitarbeit entlastet werden könnten. Die Patienten der Gruppen drei und vier sollten Aufschluss geben über die Mechanismen, welche dafür verantwortlich sind, dass eine Pflege zu Hause möglich, bzw. nicht möglich ist.

2.3.2 Kontaktnahme mit den Angehörigen der Indexpatienten

Bei allen Indexpatienten wurde zuerst in einem Brief mit den der Pflegestation bekannten Angehörigen Verbindung aufgenommen. Ein zweiter Kontakt erfolgte telefonisch durch die Sekretärin der Studie (Frau U.A.). Der Zweck der Studie wurde am Telefon wie folgt umschrieben: «Es handle sich um eine Studie über die Pflegesituation alter Menschen in Basel. Da die Angesprochenen eines chronischkranken Patienten vielerlei Erfahrungen gemacht hätten und vielleicht auch Kritik und Verbesserungsvorschläge anzu bringen hätten, möchte man sie zu einem Gespräch in die geriatriische Klinik einladen.»

Bei diesem Gespräch wurde nach weiteren Angehörigen geforscht, die Kontakt zum Patienten hatten. Alle Angehörigen, die ihre Beziehung zum Indexpatienten in irgendeiner Form pflegten, sei es durch Besuche, sei es durch Briefe, sei es durch die Verwaltung seiner Angelegenheiten usw., wurden in der Folge zu einem Interview eingeladen.

Es wurden keine Versuche unternommen, andere Angehörige ohne regelmässigen Kontakt zum Patienten für die Befragung zu gewinnen. Angehörige, welche wegen der Ausschlusskriterien für die Mitarbeit in einer Pflegestation von vornherein nicht in Frage kamen, wurden ebenfalls nicht zu einem Interview aufgeboten. Als Ausschlusskriterien galten Alter über 75 Jahre, grosse Distanz des Wohnorts und Krankheit.

2.3.3 Ablauf des Angehörigeninterviews

In der Regel kamen die Angehörigen einzeln zum Interview ins Kantonsspital, Ehepartner gelegentlich zusammen, manchmal waren auch weitere Verwandte oder Bekannte des Patienten dabei. Bei einigen Angehörigen, die ihre Patienten nicht allein zu Hause lassen konnten, fand die Befragung ausnahmsweise in deren Wohnung statt. Das Interview bestand aus einem einführenden Gespräch und einem strukturierten Fragebogen. Ziel der Befragung war es, Informationen über die Anzahl, das Geschlecht, das Alter und den Status der Angehörigen dieser ausgewählten Patienten zu sammeln, ihre Beziehung zum Patienten zu charakterisieren, ihre Einstellung zu einer Mitarbeit bei der Pflege zu eruieren und eventuelle soziale, psychologische und wirtschaftliche Faktoren, die sie bei dieser Pflege hindern könnten, aufzuzeigen.

Um den nötigen persönlichen Kontakt herzustellen, wurden die Angehörigen zuerst aufgefordert, die Situation des Patienten zu schildern und sich über die Probleme, die die Pflege stellte, kritisch zu äussern und Verbesserungsvorschläge anzubringen. Meist

<sup>1</sup> Der Leiterin der Zentralen Bettenverwaltung, Frau M. Stäheli, und ihrer Mitarbeiterin, Frau K. Mundschin, sei für ihre Unterstützung bei der Erhebung an dieser Stelle gedankt. Ebenso Herrn Dr. U. Wisler, Chefarzt der Leimenklinik.

ergaben sich dabei verschiedene Anknüpfungspunkte, um die Idee der Studie, Angehörige bei der Pflege von betagten Patienten miteinzubeziehen, zu erläutern. Unsere Vorstellungen von dieser Mitarbeit wurden kurz beschrieben:

Es handle sich dabei um eine Betreuung des Patienten während des gesamten Tagesablaufs, so zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege, beim Anziehen und Aufnehmen des Patienten, beim Umbetten, Wechseln der Bett- und Leibwäsche, beim Essengeben usw. Es wurde darauf hingewiesen, dass es sich dabei nicht nur um einen Liebesdienst für den eigenen Patienten handeln könne. Die Angehörigen müssten bereit sein, in einem Krankenzimmer mit mehreren Betagten mitzuhelfen und Pflegedienste auch bei diesen auszuführen. Die in der Pflege meist unerfahrenen Angehörigen würden ihre Arbeit unter Aufsicht einer ausgebildeten Krankenschwester durchführen, und ihre Mitarbeit hätte somit den Charakter einer Hilfsarbeit. Ausserdem handle es sich dabei um eine regelmässige Verpflichtung.

Mit Hilfe der Angehörigen schein es uns möglich, die Pflege- und Lebensqualität der kranken Betagten zu verbessern. Der überall bemerkbare Personalmangel könnte vermindert und dadurch die Betreuung des einzelnen Patienten wieder individueller gestaltet werden. Ausserdem käme eine engere Beziehung zwischen den Patienten und ihren Angehörigen zustande und somit auch eine bessere Integration dieser Patientengruppe in die Gesellschaft. Es wurde auch auf die wirtschaftliche Seite des Projektes hingewiesen, wo zusammen mit Arbeitgebern über die Bereitschaft diskutiert wurde, Angehörigen von pflegebedürftigen Betagten die Arbeit in einer Pflegestation zu ermöglichen, indem sie zum Beispiel bei einer Reduktion der Arbeitszeit auf eine 4-Tage-Woche die Lohndifferenz gleichsam als Sozialleistung weiter entrichten würden. Die Angehörigen wurden danach aufgefordert, zur Idee dieser Pflegestation Stellung zu nehmen und sich über ihre eigene Bereitschaft für eine Mitarbeit zu äussern.

Die Informationen und Eindrücke aus diesem Gespräch und die Gründe für oder gegen eine Mitarbeit wurden jeweils in einem kurzen Bericht festgehalten. Der abschliessend ausgefüllte Fragebogen umfasste folgende Abschnitte: Personalien und Verwandtschaftsgrad, Wohnsituation, Arbeitssituation, Familiensituation, die Beziehung zum Patienten vor dessen Hospitalisation, Gesundheitszustand des Angehörigen, Ausbildung und Erfahrungen in Krankenpflege und die Bereitschaft zu einer eventuellen Mitarbeit. Im letzten Abschnitt wurde auch darauf eingegangen, wie die Mitarbeit entschädigt werden sollte. Bei den berufstätigen Angehörigen wurde weiter diskutiert, ob und in welchem Umfang sie bereit wären, bei einer Mitarbeit eine Lohneinbusse auf sich zu nehmen. Durch einige Testfragen wurden ausserdem noch die Anpassungsfähigkeit und Toleranz bzw. Rigidität der Befragten ermittelt. Das Interview schloss mit einigen Fragen über Freizeitaktivitäten.

#### 2.3.4 Datenauswertung

Der Fragebogen erlaubte eine Analyse nach Alter, Geschlecht und Verwandtschaftsgrad. Die Datenverarbeitung wurde in verdankenswerter Weise von der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. mit der aktiven Mithilfe von PD Dr. R. Bruppacher, Programmleiter NFP 8, durchgeführt. Bei der Auswertung wurde zwischen Refüsanten, das heisst Personen, die nach telefonischer Kontaktnahme es ablehnten, zu einem Gespräch zu kommen, und Angehörigen, die zu einem Interview kamen und bei denen eine vertiefte Auswertung der Daten möglich war, unterschieden.

#### 2.4 Betrieb einer Pilotstudie (Phase II)

Zielsetzung war die praktische Erprobung der Mitarbeit von Angehörigen bei der Pflege ihrer betreubungsbedürftigen chronischkranken Betagten. Da unsere Befragung aber keinen verpflichtenden Charakter hat, konnte aus der Arbeit von Phase I noch keine verlässliche Abschätzung der praktischen Durchführbarkeit des Vorhabens abgeleitet werden. In einem Verlängerungsgesuch vom Herbst 1982 wurde deshalb der Programmleitung des NFP 8 ein Antrag zum Betrieb einer Pilotstation gestellt. Diesem Begehren wurde am 5. November 1982 entsprochen. Zusammen mit der Leitung des Pflegedienstes (Frau M. Zierath), die von Anfang an am Projekt mitbeteiligt war, und dem Kader der Station III der Medizinisch-Geriatriischen Klinik des Kantonsspitals Basel wurden die personellen Voraussetzungen für die Durchführung dieses Versuches geschaffen.

Alle auf der Warteliste der zentralen Bettenvermittlungsstelle registrierten Angehörigen von Patienten, die auf einen Pflegeplatz warteten, wurden angeschrieben. Der Brief an die Angehörigen besagte deutlich, dass wir Verwandte suchten, die bereit wären, in einer Abteilung der Geriatriischen Klinik des Kantonsspitals Basel mitzuarbeiten. Eine telefonische Kontaktnahme wurde angekündigt. In einem Gespräch zwischen den betroffenen Angehörigen, dem Kader der Pflegestation und dem zuständigen Chefarzt wurde die Opportunität der Verlegung auf die Teststation diskutiert. Der mögliche Arbeitseinsatz wurde ausführlich mit den zukünftigen Mitarbeitern diskutiert. Die verschiedenen pflegerischen Aufgaben wurden beschrieben und das zeitliche Engagement festgelegt.

Die eigentliche Einsatzplanung und Schulung der angeworbenen Angehörigen wurde durch den Pflegedienst des Kantonsspitals übernommen. Zur Evaluation der betriebswirtschaftlichen Faktoren war vorgesehen, den Arbeits- und Verwaltungsaufwand durch die Teilzeitmitarbeiter zu erfassen und ihn dem Nutzeffekt gegenüberzusetzen. Als Zeitraum wurden zwei Jahre vorgesehen.

#### 2.5 Fragen der Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Angehörigen hat grundsätzlich zwei Seiten. Für die Institution schlägt sich die Wirtschaftlichkeit gesamthaft in einem Mehr- oder Minderaufwand bei gleicher Leistung

nieder. Oder die Wirtschaftlichkeit drückt sich aus in den zusätzlichen (Grenz-)Kosten, die notwendig werden für die durch die Mitarbeit der Angehörigen erreichte Qualitätsverbesserung.

Die Frage der Wirtschaftlichkeit für die Institution soll im Rahmen der vorgesehenen Versuchsphase geprüft werden.

Für die Angehörigen setzen sich die wirtschaftlichen Folgen des Einsatzes zusammen aus dem durch den Einsatz erzielten Einkommen und der durch die allfällige Reduktion der bisherigen beruflichen Tätigkeit resultierenden Einkommenseinbusse.

In den Interviews mit den Angehörigen wurde die Entschädigungsfrage zur Sprache gebracht, um ihren Einfluss abschätzen zu können (siehe 3.2.3).

### 3. Resultate von Phase I. Angehörigenbefragung

#### 3.1 Indexpatienten

Durch den vorgewählten Selektionsmodus konnten 323 Patienten in die Studie aufgenommen werden. Nicht unerwartet ergab sich ein Verhältnis von 3:1 zugunsten der Frauen, indem nämlich 244 Frauen und 79 Männer als Indexpatienten registriert wurden. Die Verteilung auf die vier verschiedenen Stichproben geht aus *Tabelle 1* hervor. Von den erfassten Patienten waren 45% zwischen 80 und 90 Jahre alt, 13% über 90jährig (*Abb. 3*). Ebenfalls nicht unerwartet fanden sich signifikant mehr weibliche über 80jährige Patienten. 51% der Männer waren weniger als 80 Jahre alt gegenüber nur 27% der Frauen (*Tab. 2*). Zu Hause lebten nur 11% der weiblichen Indexpatienten gegenüber 22% der männlichen Indexpatienten (*Tab. 3*). Bemerkenswert war auch der geringere Prozentsatz (9%) von Männern in Altersheimen mit Pflegemöglichkeiten. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind statistisch hochsignifikant. Werden die Indexpatienten weiter nach Alter und Zivilstand aufgeschlüsselt, so zeigt sich, dass die zu Hause gepflegten Männer nicht nur häufig jünger als 80 Jahre, sondern mehrheitlich auch verheiratet sind (*Tab. 4*).

#### 3.2 Angehörige der Indexpatienten

Ausgehend von den 323 Indexpatienten wurden 473 Angehörige ermittelt, mit denen brieflich und telefonisch Verbindung aufgenommen werden konnte. Nur vier Patienten hatten keine Angehörigen oder Bekannte. Von 81% der Indexpatienten konnten Angehörige auch interviewt werden. Bemerkenswert ist, dass die Zahl der Refüsanten, die am Telefon ein Interview ablehnten, mit 32% in der Gruppe der Angehörigen von Patienten, die zur Zeit in einem Akutspital auf einen Pflegeplatz warteten, deutlich höher ist als in den übrigen Gruppen. Am niedrigsten waren sie, nicht unerwartet, bei den Angehörigen der zu Hause Betreuten.

##### 3.2.1 Altersaufbau der Angehörigen, die regelmässig Kontakt mit einem chronischkranken Betagten aufrechterhalten

Weitaus die meisten Angehörigen, die regelmässig

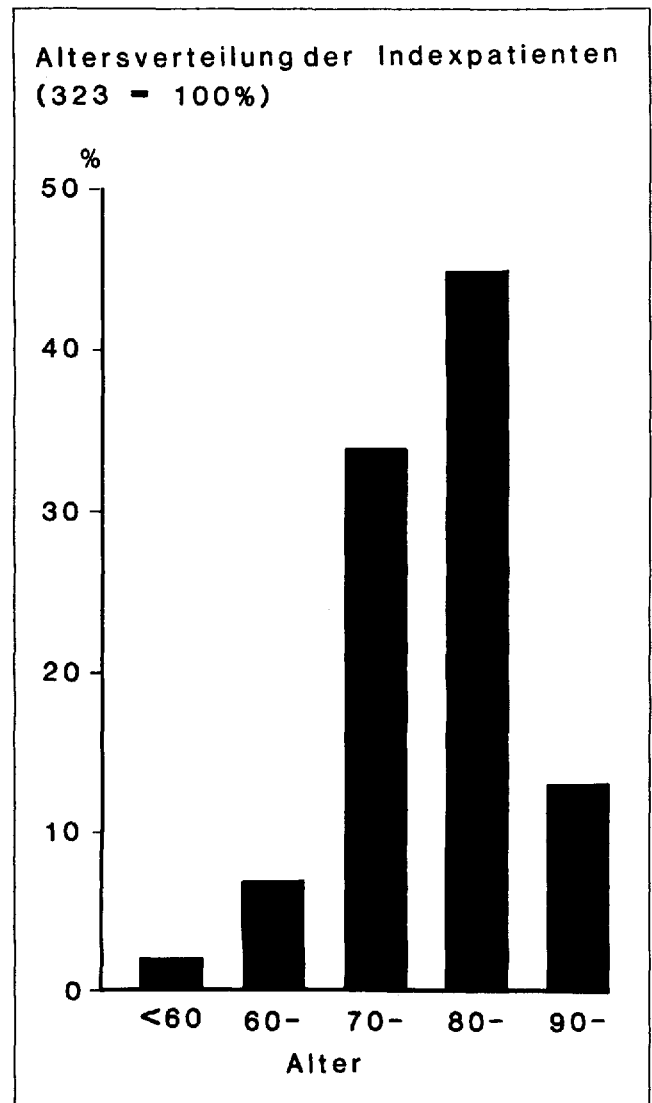


Abb. 3. Die Altersverteilung der erfassten Indexpatienten ist in 10-Jahres-Klassen dargestellt.

	< 80 Jahre	≥ 80 Jahre	
Frauen	67 = 27%	177 = 73%	Total 244
Männer	40 = 51%	39 = 49%	Total 79

Tab. 2. Alter und Geschlecht der Indexpatienten.

	Total	Frauen	Männer
Geriatricspital	129 = 40%	94 = 39%	35 = 44%
Warteliste <sup>1</sup>	97 = 30%	77 = 31%	20 = 25%
Altersheim	54 = 17%	47 = 19%	7 = 9%
zu Hause <sup>2</sup>	43 = 13%	26 = 11%	17 = 22%
Total	323 = 100%	244 = 100%	79 = 100%

<sup>1</sup> 11 zu Hause, 86 in Akutkliniken

<sup>2</sup> mit Pflegevertrag zu Hause

Tab. 3. Aufenthaltsort der Patienten.

	Aufenthaltsort	verheiratet	verwitwet	ledig	ge-schieden
Frauen	Spital/ Pflegeheim	20	139	39	17
	zu Hause	7 n. s.	19	3	3
Männer	Spital/ Pflegeheim	18	29	7	3
	zu Hause	16 p < 0.005	6	-	-

Tab. 4. Aufenthaltsort und Zivilstand der Patienten.

Kontakte aufrechterhalten (d. h. 62 %), sind im Alter zwischen 50 und 70 Jahren (Abb. 4). Es handelt sich dabei um die Angehörigen der nächsten Generation: Töchter, Söhne, Schwiegertöchter und Nichten. Über 70 Jahre sind vor allem die Ehegatten, Geschwister und die meisten Nichtverwandten. Die verwandtschaftlichen Beziehungen sind in Abbildung 5 festgehalten. Mit 142 der insgesamt 473 angesprochenen Bezugspersonen sind die Töchter am stärksten vertreten, an zweiter Stelle stehen die Söhne (109). Ein auffallender Unterschied, statistisch hochsignifikant, besteht in der Häufigkeit, mit welcher Schwiegersöhne bzw. Schwiegertöchter Beziehungen zum Indexpatienten pflegen (Abb. 6). Das unterschiedliche Rollenverhalten zwischen den beiden Geschlechtern lässt sich auch bei den Nichten und Neffen und bei den Enkelinnen und Enkeln feststellen. In der Generation des Indexpatienten ist ein direkter Vergleich zwischen

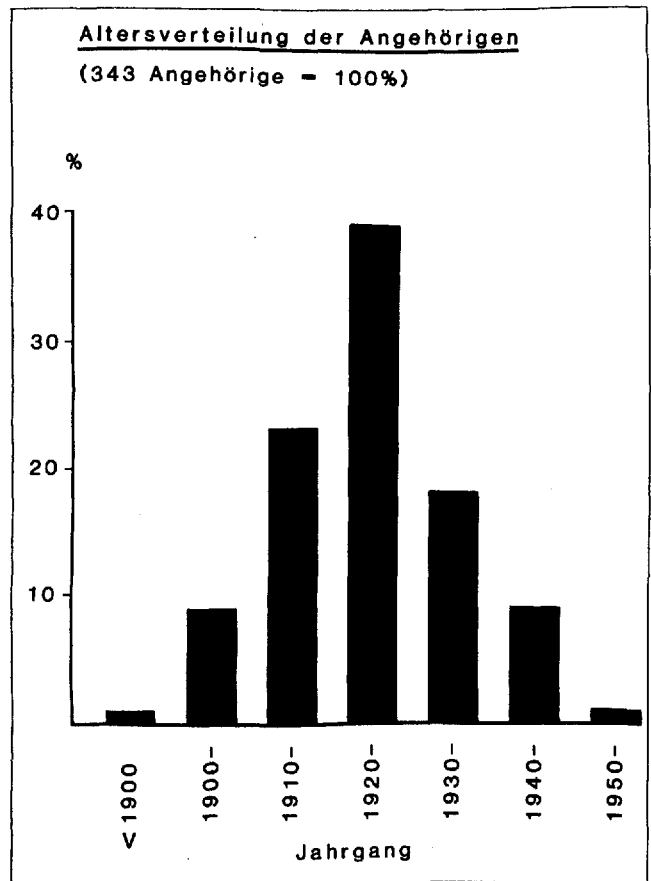


Abb. 4. Das Alter der befragten Angehörigen ist in 10-Jahres-Klassen nach Geburtsjahrgang dargestellt. Eine Mehrzahl der befragten Angehörigen ist 50 Jahre oder älter.

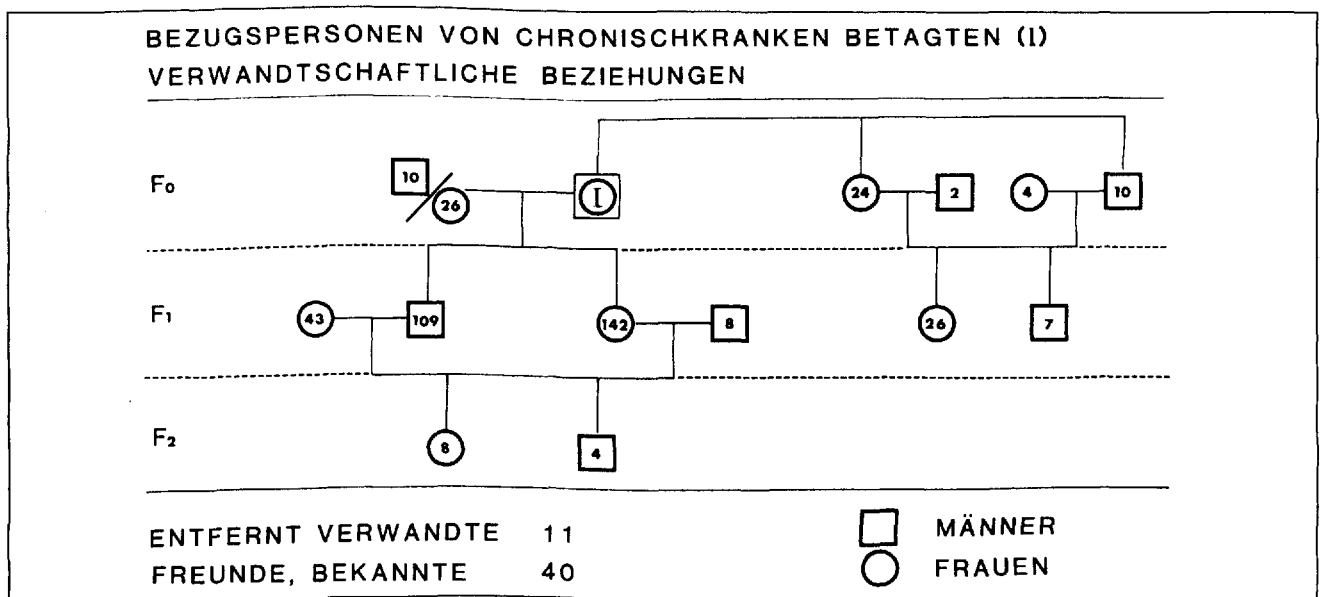


Abb. 5. Die verwandtschaftlichen Beziehungen zum Indexpatienten werden für die gesamte Stichprobe dargestellt. Auch die Angehörigen, die ein Interview ablehnten, sind eingeschlossen. Deutlich wird der Generationen- und Geschlechtseffekt sichtbar.

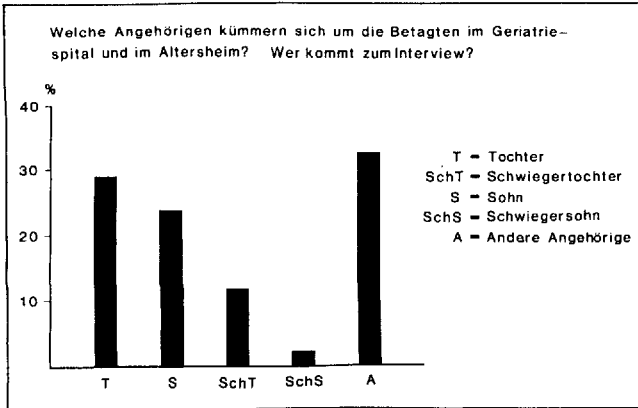


Abb. 6. Die Säulendiagramme zeigen eindrücklich, dass die Kernfamilie die Beziehung zum betagten Angehörigen aufrechterhält.

Männern und Frauen schwierig, da die unterschiedliche Lebenserwartung der beiden Geschlechter zu berücksichtigen ist. Trotzdem ist auch hier bei den Angehörigen, die regelmässig Kontakte pflegen, ein deutliches Überwiegen der weiblichen Verwandtschaft erkennbar (Abb. 5).

3.2.2 Pflegebereitschaft der Angehörigen

Die zentrale Frage unserer Untersuchung war, ob die Angehörigen sich grundsätzlich zu einer Pflegetätigkeit bereit erklären könnten. Aus Tabelle 5 geht

Interviewte Angehörige	Alle Angehörigen (Interviewte und Refusanten)
Pflegebereitschaft: ja/eventuell	
147 = 43%	147 = 31%
eher nicht/nein	
196 = 57%	326 = 69%
343 = 100%	473 = 100%

Tab. 5. Pflegebereitschaft der Angehörigen.

hervor, dass 43% der Angehörigen, die zum Interview kamen (31% aller kontaktierten Angehörigen) eher positiv, 57% (bzw. 69%) eher negativ eingestellt waren. Mit anderen Worten: Rund 30% der Angehörigen von chronischkranken Patienten sind einer Pflegetätigkeit gegenüber positiv eingestellt. Eine überwiegende Mehrzahl der Angehörigen begrüsst die Idee der Angehörigenmitarbeit, ausgeprägte Skepsis wurde selten geäussert.

3.2.2.1 Pflegebereitschaft und Verwandtschaftsgrad

Nicht unerwartet findet sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (p < 0,002, Tab. 6). Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Verwandtschaftsgrad. Nahe Verwandte, besonders

	Ja/Eventuell	Nein/Eher nicht	Gesamthaft Ja und Nein
Frauen	114 = 77%	121 = 62%	235 = 69%
Männer	33 = 23%	75 = 38%	108 = 31%
Total	147 = 100%	196 = 100%	343 = 100%

Tab. 6. Pflegebereitschaft der Angehörigen und Geschlecht.

weiblichen Geschlechts, sind signifikant häufiger bereit, eine Pflege zu übernehmen, als entfernt Verwandte oder Freunde und Bekannte (Tab. 7, Abb. 7). Dies wird besonders deutlich, wenn wir die Gruppe der zu Hause gepflegten Indexpatienten gesondert betrachten. Hier sehen wir (Abb. 8), dass es vor allem die nahen weiblichen Angehörigen sind, die diese Aufgabe übernehmen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass keine Nichtverwandten eine längere Pflege zu Hause, die als Alternative zu einer Spitalpflege gilt, durchführen. Auf die näheren Umstände der Pflege zu Hause wird unten noch einmal eingegangen.

	Ja/eventuell	Nein/Eher nicht	Gesamt Ja oder Nein
Töchter	60 = 41%	47 = 24%	107 = 31%
Söhne	23 = 16%	49 = 25%	72 = 21%
Schwiegertöchter	22 = 15%	19 = 10%	41 = 12%
Schwiegersöhne	1 = 1%	4 = 1%	5 = 2%
Ehepartner	15 = 10%	16 = 8%	31 = 9%
Andere Angehörige	26 = 18%	61 = 32%	87 = 25%
Total	147 = 100%	196 = 100%	343 = 100%

Tab. 7. Pflegebereitschaft der Angehörigen und Verwandtschaftsgrad.

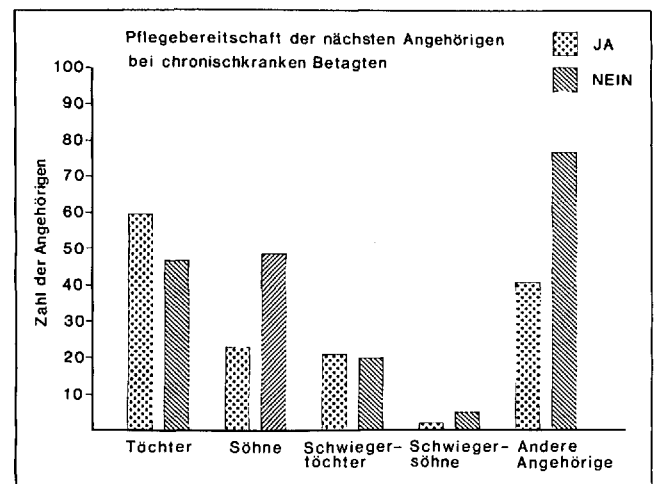


Abb. 7. Die Pflegebereitschaft hängt vom Verwandtschaftsgrad und vom Geschlecht ab.

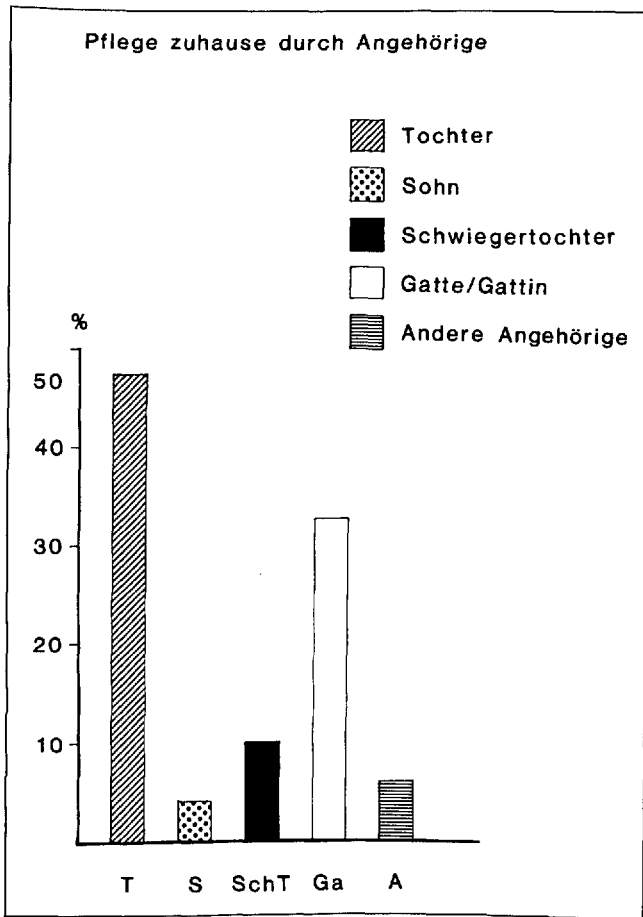


Abb. 8. Bei der Pflege zu Hause sind es vor allem die nächsten weiblichen Verwandten, die für eine Langzeitpflege aufkommen.

3.2.2.2 **Pflegebereitschaft und Religionszugehörigkeit**  
 Die Religionszugehörigkeit der Angehörigen scheint sich nicht auf die Pflegebereitschaft auszuwirken. Zwei Drittel der Angehörigen waren protestantisch, ein Viertel katholisch. Dies entspricht der Religionszugehörigkeit der betagten Basler Bevölkerung.

3.2.2.3 **Pflegebereitschaft und sozioökonomischer Status**

Hat der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die Pflegebereitschaft? Der obere und der untere Mittelstand zeichneten sich durch grössere Bereitschaft zur Mitpflege aus als die weniger Bemittelten und die sehr gut Situierten. Dies lässt sich indessen statistisch nicht sichern und ist im Hinblick auf die kleine Zahl der sehr gut Situierten kaum repräsentativ. Eine indirekte Aussage lässt sich über die Wohnungsgrösse der Angehörigen machen, die wiederum den sozioökonomischen Status der Betroffenen widerspiegelt. Obwohl statistisch nicht signifikant, war es doch deutlich, dass vor allem Angehörige aus mittelgrossen Wohnungen (Abb. 9) zu einer Mitarbeit bereit waren.

3.2.2.4 **Pflegebereitschaft und Wohnbeziehung**

Auch die Art der Wohnverhältnisse beeinflusst die Pflegebereitschaft. Wohnen Patienten und Angehörige

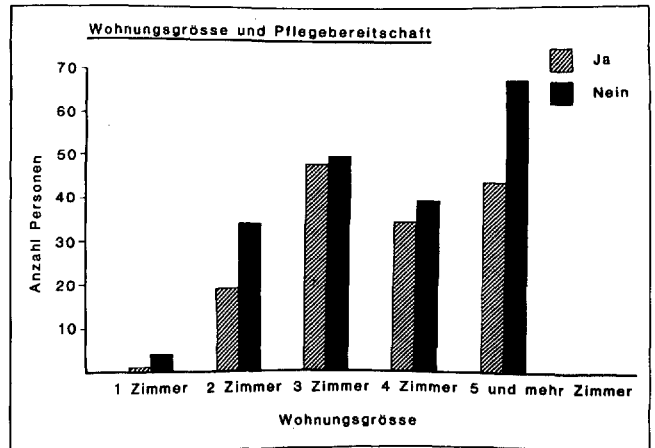


Abb. 9. Die Wohnungsgrösse scheint bei Bewohnern kleiner und sehr grosser Wohnungen von einer gewissen Bedeutung zu sein.

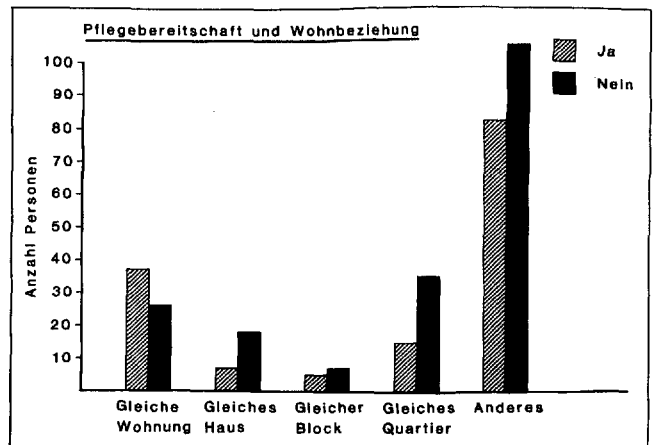


Abb. 10. Die Pflegebereitschaft von Angehörigen ist am grössten, wenn schon vor der Hospitalisation die Wohnung geteilt wurde.

in der gleichen Wohnung oder haben sie vor der Spitaleinweisung die Wohnung geteilt, so sind die familiären Bande meist eng, und die Bereitschaft zur Mitpflege ist gross. Vergleichen wir Ja- und Neinsager aus der Gruppe «gleiche Wohnung» mit Ja- und Neinsagern aus getrennten Wohnungen, so ist der Unterschied statistisch hochsignifikant ( $p < 0,005$ ) (Abb. 10).

Pflegebereite Angehörige hatten insgesamt schon vor der Hospitalisation des Patienten häufigeren Kontakt als die Gruppe, die eine Mitpflege ablehnt. Angehörige, die beim Indexpatienten schon vor Spitalertritt Hilfeleistungen erbracht haben, waren etwas häufiger bereit zu einer weiteren Pflege, indessen waren die Unterschiede nicht sehr eindrücklich.

3.2.2.5 **Pflegebereitschaft und Berufstätigkeit**

Die Berufstätigkeit der Angehörigen ist von nicht unerheblicher Bedeutung für ihr Interesse an einer Pflegebetätigung. Von den Befragten waren 48% erwerbstätig, 11% pensioniert und 41% im Haushalt

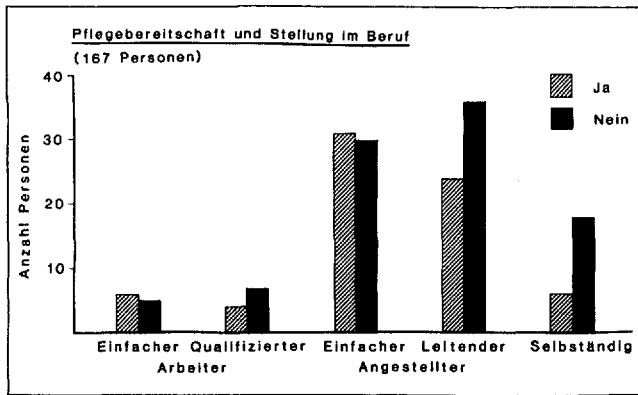


Abb. 11. Die Stellung im Beruf wirkt sich auf die Pflegebereitschaft aus. Sie widerspiegelt auch die ungleiche Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Stellungen im Beruf.

tätig. Die Pflegebereitschaft und die Stellung im Beruf beeinflussen sich deutlich. Abbildung 11 zeigt, dass Arbeitnehmer in einfachen Stellungen in einem wesentlich höheren Prozentsatz bereit waren, eine Pflegetätigkeit aufzunehmen, als leitende Angestellte. Hier spielt allerdings eine wesentliche Rolle, dass keine homogene Verteilung der Geschlechter vorliegt und Frauen eher in einfachen Angestelltenverhältnissen anzutreffen sind. Der Unterschied lässt sich statistisch zudem mit  $p < 0,1$  nicht sichern. Die Betriebsgrösse als Ausdruck der Arbeitsverhältnisse scheint sich ebenfalls auf die Bereitschaft, bei der Pflege mitzuhelfen, auszuwirken. Mitarbeiter mittelgrosser Betriebe von 200 bis 1000 Mitarbeitern waren am ehesten bereit (Abb. 12), während in den ausgesprochen kleinen Betrieben und in den Grossbetrieben die Neinsager deutlich überwogen. Bemerkenswert ist auch die Feststellung, dass die nur im Haushalt tätigen Frauen eher weniger bereit sind zur Mitpflege als die erwerbstätigen Frauen.

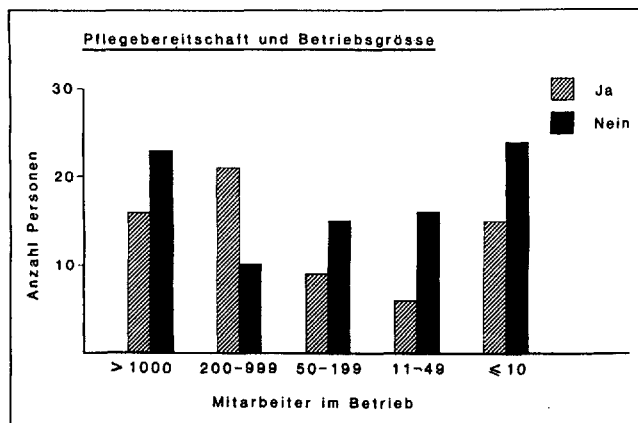


Abb. 12. Die Betriebsgrösse scheint sich auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen auszuwirken. Sie ist am höchsten in mittelgrossen Betrieben und am geringsten in Kleinbetrieben.

3.2.2.6 *Pflegebereitschaft und Gesundheitszustand*  
Angehörige, die ihren Gesundheitszustand als ziemlich gut bis gut einstufen, waren wesentlich häufiger bereit, zu einer Pflegetätigkeit ja zu sagen, bei schlechter Einschätzung des Gesundheitszustandes nahm die Bereitschaft zur Mitpflege ab.

3.2.3 *Vorstellungen der Angehörigen hinsichtlich Wochenarbeitszeit und Entschädigung*  
Von den 147 Angehörigen, die sich zur Mithilfe bereit erklärten, wollten sich 77% für einen Tag oder zwei halbe Tage verpflichten. 13% würden zwei Tage pro Woche als möglich sehen, 10% mehr als zwei Tage. Nur 28% würden sich an einem frei wählbaren Wochentag, eine kleine Minderheit von 5% nur am Wochenende und rund zwei Drittel nur werktags zur Verfügung stellen. Auf die Frage nach einer Entschädigung antworteten 51% der zu einer Mitarbeit bereit Angehörigen, dass sie die Arbeit ohne finanzielle Entschädigung leisten würden. Jeder Dritte beanspruchte ein Taschengeld, und nur jeder Sechste erachtete eine volle Stundenlohntschädigung als notwendig.

3.2.4 *Die praktische Pflegeerfahrung von Angehörigen*  
Aus Tabelle 8 ist ersichtlich, dass rund zwei Drittel der Angehörigen keine eigentliche praktische Pflegeerfahrung aufweisen. Ein Drittel hat schon bei längeren Pflegen mitgewirkt.

Keine	189	=	58%
Gelegentlich	28	=	9%
Mehrere Wochen	15	=	5%
Über Monate	91	=	28%
Total	323	=	100%

Tab. 8. Praktische Pflegeerfahrung von Angehörigen.

3.3 *Angehörige, die Patienten zu Hause pflegen*  
Die Angehörigen der 43 zu Hause gepflegten Langzeitpatienten, die zur Unterstützung ihrer Arbeit vom Kanton Basel-Stadt einen täglichen Pflegebeitrag aufgrund eines Pflegevertrages erhielten, stellen insofern eine besondere Gruppe dar, als sie aufzeigen, unter welchen Bedingungen eine Pflege zu Hause möglich ist. Die Angehörigen der elf Patienten, welche für ein Pflegebett gemeldet waren, aber noch einmal nach Hause entlassen werden konnten, ergänzen dieses Bild, da sie gleichsam die Grenzen der Dauerpflege zu Hause aufzeigen. Aus der Tabelle 9 geht hervor, dass in unserer Stichprobe überdurchschnittlich viele Ehepartner der Grundschicht eine Pflege zu Hause übernehmen, während die Ehepartner der oberen sozioökonomischen Gruppierungen eher untervertreten sind. Demgegenüber waren bei der jüngeren Generation mehr Angehörige der sozial bessergestellten Schicht vertreten, die die Pflege eines Patienten zu Hause übernahmen. Nicht unerwartet finden wir unter

Betreuer	Ober- schicht	Mittel- schicht	Grund- schicht	In gleicher Wohnung	In anderer Wohnung
Ehepartner	2	10	9	21	–
Kinder	6	20	4	13	16
Andere	–	4	–	–	4
Total	8	34	13		
Anteil gesamte Stichprobe	20%	55%	28%		

Tab. 9. Angehörige, die Langzeitpatienten zu Hause pflegen: Sozioökonomischer Status und Verwandtschaftsgrad.

den Betreuern vorwiegend Frauen, vorab die Tochter, dann die Ehefrau, gefolgt von der Schwiegertochter. Nur in seltenen Fällen ist eine Pflege zu Hause durch nicht nahe Verwandte zu beobachten (vgl. Abb. 8). Nur ein für ein Pflegebett gemeldeter, zum Zeitpunkt der Stichprobenerhebung zu Hause lebender Patient wurde von seiner Schwester betreut. Weitere Verwandte engagierten sich nicht auf diese Weise. Bei vier Patienten war erstaunlicherweise, obwohl sie für ein Pflegeheim angemeldet waren, zur Zeit der Erhebung keine zusätzliche Pflege durch ein Familienmitglied notwendig.

Wie schwer die Krankheit der Patienten ins Gewicht fiel, liessen wir durch ihre Betreuer beurteilen. Von den 55 zu Hause Gepflegten (davon 43 mit Pflegevertrag für Langzeitpflege) wurden 26 als schwerkrank, 25 als mittelschwer- bis leichtkrank eingestuft. Die 11 zu Hause auf einen Pflegeplatz wartenden Patienten gehörten zu der Leichtkranken-Gruppe. Vier Patienten benötigten gar keine Pflegehilfe.

#### 4. Resultate von Phase II: Modellstation

##### 4.1 Rekrutierung der Angehörigen

Die Zahl der Angehörigen, die schon am Telefon erklärten, dass eine Mitarbeit für sie nicht in Frage käme (Refüsanten), war erwartungsgemäss viel grösser als in Phase I. Während bei der Studie I die Anzahl der Refüsanten 27% aller Befragten ausmachte, waren es in Studie II 50%, das heisst 98 der 196 in die Studie einbezogenen Personen.

98 Verwandte von chronischkranken Betagten kamen zum Interview (Tab. 10); von diesen waren 29 (30%) bereit, sofort eine Pfl egetätigkeit aufzunehmen. Beim Interview lehnten 70%, das heisst 69, eine Mitarbeit ab. Das Übergewicht der nahen Verwandten, besonders der Töchter und Schwiegertöchter, die zum Interview kamen, ist eindrücklich. Tabelle 10 zeigt, dass es sich in 61% um Töchter oder Schwiegertöchter, unerwartet selten um die Gattin und in einem erheblichen Prozentsatz um die Söhne handelt. Die Verhältnisse verschieben sich in der Gruppe, die zur Pflege bereit waren (Tab. 11) noch mehr in Richtung Töchter, indem diese jetzt 60% aller Angehörigen stellten, die sofort zur Pflege bereit gewesen wären.

Töchter	Schwieger- töchter	Söhne	Schwieger- söhne	Gatten	Weitere Verwandte	Total
38	21	19	4	6	10	98
39%	22%	19%	4%	6%	10%	100%

Tab. 10. Wer von den Verwandten kam zum Interview, um sich über eine konkrete Mitarbeit zu informieren?

Töchter	Schwieger- töchter	Söhne	Schwieger- söhne	Gatten	Weitere Verwandte	Total
17	6	1	1	1	3	29
60%	21%	3%	3%	3%	10%	100%

Tab. 11. Wer von den Verwandten wollte sofort mitpflegen?

##### 4.2. Mitarbeit in der Pilotstation

Aufgrund der Befragung waren 29 Personen (Angehörige von 28 Patienten) zur Pfl egetätigkeit bereit. Zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pilotstation zeigte es sich aber, dass sechs ursprünglich in Spitalpflege sich befindende Patienten dieser Angehörigen bereits wieder nach Hause entlassen worden waren und dort von ihren Angehörigen gepflegt wurden. Drei Patienten waren seit dem Zeitpunkt des Interviews bereits gestorben, 13 Patienten waren inzwischen auf anderen Pflegestationen untergebracht worden, bevor sie auf der Modellstation aufgenommen werden konnten.

Insgesamt haben in der Folge fünf Angehörige eine Tätigkeit aufgenommen: eine Schwiegertochter und vier Töchter. Von diesen hat sich eine ältere Frau (63jährig), deren Mutter hospitalisiert und deren Gatte kurz zuvor verstorben war, im Rahmen des Freiwilligendienstes beschäftigt und nur am Rande eigentliche Pflegeaufgaben übernommen. Zwei Mitarbeiterinnen haben die Tätigkeit nach dem Ableben des verwandten Patienten wieder aufgegeben. Eine dritte Mitarbeiterin hat die Tätigkeit mit der Begründung abgebrochen, Verpflichtungen anderer Natur würden ihr eine weitere Mitarbeit nicht erlauben. Am Ende der Berichtsperiode war noch eine Angehörige (Schwiegertochter) eines Patienten tätig.

#### 5. Diskussion

##### 5.1 Der partielle Misserfolg der Pilotstudie

Es liegt uns daran, als erstes die Gründe für den partiellen Misserfolg der zweiten Phase unserer Studie, also der praktischen Erprobung einer Pilotstation, zu diskutieren, da wir überzeugt sind, dass daraus nicht grundsätzlich geschlossen werden darf, dass Angehörige nicht bei der Pflege mithelfen können, sondern dass eine Anzahl von technischen Schwierigkeiten aufgezeigt werden kann, die bei späteren Versuchen vermieden werden sollten.

Einen der wichtigsten Gründe für das Scheitern einer eigentlichen Pilotstation sehen wir darin, dass sich

unsere ursprüngliche Hoffnung, eine Modellstation neu einrichten zu können, zerschlagen hat.

#### 5.1.1 Die Pflegebettsituation in Basel

Als wir die vorliegende Studie konzipierten, plante die baselstädtische Regierung, Pflegeheimbetten für rund 150 Patienten innerhalb weniger Jahre neu zur Verfügung zu stellen, und der Gedanke lag nahe, eine dieser neuen Abteilungen als Modellabteilung einzurichten. Es war vorgesehen, in dieser Station nur Patienten aufzunehmen, deren Angehörige sich zu einer Mitarbeit bereit erklärten. Es zeigte sich aber, dass der Aufbau dieser Institutionen sich über längere Zeit hinziehen werde. Zudem erwies sich die heterogene private Trägerschaft dieser Institutionen wenig geeignet für die Durchführung von sorgfältig geplanten, wissenschaftlich kontrollierten Studien. Aus diesem Grunde blieb uns einzig die Möglichkeit, in bereits bestehenden geriatrischen Kliniken, die in Basel auch die Aufgabe von Pflegeheimen erfüllen, nach einer Pflegeeinheit zu suchen, in welcher die Mitarbeit der Angehörigen praktisch erprobt werden konnte.

#### 5.1.2 Die Wahl der Station

Die Wahl fiel schliesslich auf die Station III der Medizinisch-Geriatrischen Klinik des Kantonsspitals Basel, unter anderem deshalb, da sich dort 19 Betten räumlich relativ gut vom Rest der Station hätten abtrennen lassen.

Ein grosser Vorteil dieser Station schien uns in der Tatsache zu liegen, dass diese Abteilung unmittelbar der Projektleitung unterstand. Einen weiteren Vorteil sahen wir darin, dass diese Station von einem weiterhin bekannten, gut eingespielten, vorbildlich geleiteten Pflegeteam mit langer Erfahrung in der Pflege von geriatrischen Patienten geführt wird. Dies schien uns eine wichtige Voraussetzung, um Probleme zu vermeiden, die mit der eigentlichen Fragestellung wenig gemeinsam haben.

Mit der Wahl dieser Station mussten wir aber von Anfang an beträchtliche Nachteile in Kauf nehmen: Da die Station zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme voll belegt war, konnte nur mit einer sukzessiven Aufnahme der Patienten mit Angehörigen gerechnet werden. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass ein Geriatriebettenpool von 600 Betten genügend Flexibilität erlauben würde, um innert nützlicher Frist eine Anzahl neuer Patienten in eine Abteilung einzubringen.

In praxi zeigte sich dann aber, dass nur so wenig Betten frei wurden, dass, wie bereits erwähnt (4.3), von den 29 Patienten, die mit Angehörigen hätten aufgenommen werden können, drei starben, sechs nach Hause entlassen und 13 in andere Abteilungen verlegt wurden, ehe sie in unserer Abteilung hätten aufgenommen werden können.

#### 5.1.3 Die Problematik der Verlegung Chronischkranker

Verlegungen, sowohl um Betten bei uns freizumachen

wie auch um die 13 Patienten, die schon seit längerer Zeit in einer anderen Station untergebracht waren, zu uns umzulegen, hätten nur gegen den Widerstand des hiesigen und des dortigen Pflegepersonals wie auch der Angehörigen erreicht werden können; eine Massnahme, die nicht im Interesse der uns anvertrauten Patienten lag. Dass wir diese Verlegung nicht erzwungen haben, hat allerdings die Durchführung der Studie enorm erschwert und in ihrer Aussagekraft beträchtlich limitiert. Allerdings muss erwähnt werden, dass drei dieser 13 Patienten psychogeriatrisch erkrankt waren und eine Entlaufungsgefahr bestand, so dass eine Verlegung auf unsere offene Station nur mit zusätzlichem Aufwand in Frage gekommen wäre.

Die sechs Angehörigen schliesslich, die auch zu einer Pflege zu Hause bereit waren und deren Patienten noch zu Hause gepflegt werden konnten, wollten wir ebenfalls nicht dazu überreden, in der Pilotstation mitzumachen.

#### 5.1.4 Kooperation Angehörige-Spitalpersonal

Auch die Tatsache, dass ein besonders gut eingespieltes Team auf dieser Station pflegte, hatte für unsere Versuchsanordnung nicht nur Vorteile. Die langjährige Arbeit in einer routinemässig geführten geriatrischen Station prägt bei den Mitarbeitern die bewusste oder unbewusste Überzeugung, dass Angehörige mit ihren Betagten nichts anzufangen wissen und dem Stationsbetrieb letztlich im Wege stehen.

Und trotz offensichtlich allseitig gutem Willen konnte diese Grundeinstellung nicht überwunden werden. Die Arbeitsleistungen der Angehörigen wurden häufig an den eigenen, professionellen Massstäben gemessen, und Kritik von seiten der Angehörigen wurde schlecht toleriert. Dazu kam, dass es sich in zwei Fällen um ältere Angehörige handelte, die ohne Pflegeroutine nur begrenzt auf der Abteilung einsatzfähig waren.

Die in einer grossen Klinik übliche, weitgehende Arbeitsteilung erlaubt auch nur einen sehr begrenzten Einsatz der Angehörigen im eigentlichen Pflegebereich, da Putzarbeiten und verschiedene andere Dienstleistungen von eigens dazu angestelltem Personal versehen werden.

Nicht unerheblich trug zu der negativen Einstellung gegenüber den Angehörigen bei, dass es sich in dieser Station ja gar nicht darum handeln konnte, bestehendes Personal durch Angehörige zu ersetzen. Angehörige wurden also nolens volens unter dem Blickwinkel der freiwilligen zusätzlichen Hilfskräfte betrachtet, was ihrer Integration entscheidend im Wege stand.

Ein grosses Hindernis war wohl auch die Tatsache, dass die Modellstation in einem der ältesten Spitalgebäude der Stadt Basel durchgeführt wurde, dem im Gegensatz zu den neueren Einrichtungen in gewissen Bevölkerungskreisen ein Negativbild aus früheren Jahren, als es noch das Armenkrankenhaus war, anhaftet. Nicht nur wirkt das altertümliche Gebäude abschreckend, auch die Tatsache, dass in diesen Stationen Patienten, auch jüngere Invalide, oft über Jahre in schwersten Zuständen gepflegt werden, gibt diesen

Abteilungen einen für Aussenstehende deletären Charakter.

Dass wir trotz allem unter 195 Patienten 29 gefunden haben, deren Angehörige sofort bereit gewesen wären, auf dieser Abteilung mitzupflegen, hat die in der ersten Befragung hypothetische Bereitschaft der Angehörigen zur Mitpflege näher überprüft und damit eine sehr wesentliche Aussage über den Realitätsbezug des Projektes geliefert.

Unser Versuch, eine Modellstation aufzubauen, hat damit bewiesen, dass genügend Angehörige zu finden wären, auch wenn wir den eigentlichen Testversuch nicht so durchführen konnten, wie wir es gehofft hatten.

Aus den Schwierigkeiten, mit denen wir uns auseinandersetzen hatten, schliessen wir, dass eine Abteilung mit Mitarbeit von Angehörigen am besten zu führen wäre, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Von Anfang an zumindest eine vollständige Pflegeeinheit nur mit Patienten, deren Angehörige mitpflegen.
- Vorzugsweise eine Einheit auf einer Abteilung oder in einem Heim mit leicht- oder mittelschwer pflegebedürftigen Patienten.
- Eventuell Zweit- oder Erstklasspatienten; möglicherweise käme sogar eine Wohngemeinschaft alter Menschen in Frage.
- Von Anfang an einen (oder mehrere) Angehörigen pro Tag, vollverantwortlich für festgelegte Arbeiten, die sonst von niemand anderem erledigt werden, und entsprechende finanzielle Entschädigung.
- Wenn irgend möglich eine Pflegeabteilung, die von Anfang an einen (oder mehrere) Angehörigen pro Tag vollverantwortlich und voll Vertrauen in das Pflegeprogramm integriert und entsprechend entschädigt.

Nur eine von beiden Seiten anerkannte volle Verantwortlichkeit kann eine Integration herbeiführen.

### 5.2 Wirtschaftliche Aspekte der Mitarbeit von Angehörigen

Unsere Modellvorstellung geht davon aus, dass auch Bevölkerungsgruppen, die aus wirtschaftlichen Gründen auf die Erwerbstätigkeit der Frau angewiesen sind, mitmachen könnten. Liegt keine eigentliche Erwerbstätigkeit vor, so ist die Frau meist nach dem 40./45. Altersjahr, nachdem die Kinder das Elternhaus verlassen haben, wesentlich freier. Eine grundsätzliche Diskussion der Wirtschaftlichkeit einer Mitarbeit ist auch dann notwendig.

In den folgenden Ausführungen diskutiert deshalb M. Bächli die wirtschaftlichen Folgen einer Mitarbeit für Angehörige und Institutionen.

#### 5.2.1 Wirtschaftliche Folgen für die Angehörigen

Die Befragung der Angehörigen hat gezeigt, dass immerhin die Hälfte der zustimmenden Angehörigen spontan bereit gewesen wäre, ohne Entschädigung mitzuarbeiten, und nur jeder sechste forderte eine volle Entschädigung (siehe 3.2.5.)

Eine entschädigungslose Mitarbeit der Angehörigen gäbe ihnen den Status von freiwilligen Mitarbeitern, wie es sie heute bereits in vielen Krankenhäusern und Heimen gibt. Dieser Freiwilligenstatus ist jedoch für einen planbaren Einsatz der Angehörigen nicht erwünscht – es soll vielmehr ein Mitarbeiterstatus geschaffen und damit eine möglichst gute Integration in das Pflege- und Betreuungsteam gefördert werden. Andererseits muss die Entschädigung so bemessen sein, dass sie im Vergleich zu dem vollausgebildeten und auch vollamtlich tätigen Personal in einem vernünftigen Verhältnis steht.

Bei Angehörigen, die ihre angestammte berufliche Tätigkeit im Hinblick auf eine Mitarbeit bei der Pflege ihrer Angehörigen reduzieren, muss besonders darauf geachtet werden, dass dadurch keine Verschlechterung in der Altersvorsorge (AHV und II. Säule) entsteht.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze müssen bisher Vollberufstätige mit einer wirtschaftlichen Einbusse rechnen, die etwa der Ausbildungsdifferenz zum Pflegepersonal entspricht; hingegen können bisher Nichtberufstätige durch ihren Einsatz ein zusätzliches Einkommen erwirtschaften.

#### 5.2.2 Wirtschaftliche Folgen für die Institution

Die wirtschaftlichen Konsequenzen sind gerade für die Institution sehr eng mit quantitativen und qualitativen Komponenten verknüpft. Solange die mitarbeitenden Angehörigen insgesamt keine ganze Mitarbeiterstelle ersetzen, erhöht ihr Einsatz die Pflegekosten bei gleichzeitiger Erhöhung der Betreuungsintensität und auch der Betreuungsqualität. Zum Beispiel Qualitätsverbesserung, indem der belebte Alltag der Patienten durch den randständigen Einsatz der Angehörigen verlängert werden kann.

Von dem Moment an, wo durch die Angehörigen eine oder mehrere Mitarbeiterstellen ersetzt werden können, kann eine Kosteneinsparung dank tieferen Entschädigungskosten erzielt werden.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Einsatz der Angehörigen einen zusätzlichen Aufwand bei der Personaleinsatzplanung und auch in der gesamten Personaladministration mit sich bringt (Absenzenkontrolle, eventuell Zeiterfassung usw.).

Zudem erfordern diese «freiwilligen» Mitarbeiter eine intensivere Betreuung durch die Heimleitung im Sinne einer Motivation für ihren Einsatz.

Die Rahmenbedingungen des praktischen Versuchs erlaubten eine objektive Bestimmung der wirtschaftlichen Konsequenzen nicht.

#### 5.3 Zur Pflege Langzeitkranker zu Hause

Die Befragung der Angehörigen von 43 Langzeitpatienten zu Hause hat zu einigen Beobachtungen geführt, die festgehalten werden sollten, auch wenn sie nicht in direkter Beziehung zu unserem Thema stehen. Diese Angehörigengruppe ist nämlich von unserem Gesichtspunkt aus deshalb von grösstem Interesse, als es sich dabei um Angehörige mit offensichtlicher

Pflegebereitschaft und Pflegeerfahrung handelt, deren Mitarbeit für eine Station, wie sie uns vorschwebt, in mancher Weise geradezu ideal wäre.

Es stellt sich also die Frage, welche Personen es sind, die zu Hause Angehörigenpflege übernehmen; ferner die Frage, ob die Angehörigen überfordert sind und ihnen mit einer stationären Mitarbeit mehr gedient wäre, und letztlich die Frage nach der Wirtschaftlichkeit einer solchen Pflege zu Hause.

So sind Ehepartner der Grundschrift übervertreten, Kinder der Grundschrift indessen untervertreten (Tab. 9). Es könnte argumentiert werden, dass Ehepaare der Grundschrift wirtschaftlich unabhängig bleiben, wenn sie einander pflegen, während andererseits die Wohnverhältnisse der jüngeren Generation in den sozioökonomisch schlechter gestellten Familien die Betreuung eines Pflegepatienten zu Hause verunmöglichen können. Damit stünden sozioökonomische Faktoren im Vordergrund.

Es ist aber bekannt, dass Betagte der gutsituierten Schichten in gesünderem Zustand älter werden, länger unabhängig und [29, 35] unbehindert bleiben, so dass eine Pflege durch den Ehepartner schon aus Altersgründen weniger in Frage kommen dürfte und die jüngere Generation aus den gleichen Gründen vermehrt einspringen muss. Sozioökonomische Faktoren kommen also mehr indirekt als Ursachen in Frage. Bezeichnenderweise werden schwere Pflegefälle nur von den nächsten Verwandten, Ehepartnern und Töchtern, betreut. Dies entspricht anderen Beobachtungen über die sozialmedizinische Lage der Betagten [1].

Eine eigentliche Beurteilung der Faktoren, die dazu führen, dass ein Betagter zu Hause gepflegt wird, lässt sich aus unseren Unterlagen nicht erstellen. Anzeichen, dass die Angehörigen, die einen Betagten zu Hause pflegen, deutlich überfordert waren, finden sich in den Interviews keine. Beispiele von deutlich überforderten Angehörigen wurden von den Interviewern gesammelt und betreffen eine andere Gruppe von Angehörigen (siehe 5.4.2). Deutlich wurde, dass eine Pflege zu Hause, besonders bei schweren Pflegefällen, nur möglich ist dank den verschiedenen spitalexternen Dienstleistungen. Auch bei uns bestimmen also – ebenso wie in der erwähnten Literatur [1, 6, 11, 17, 34] – familiäre Beziehung, Geschlecht der Angehörigen und der Ausbau weiterer Hilfsmöglichkeiten die Pflege zu Hause.

Von den 43 Patienten mit Pflegevertrag erhielt rund die Hälfte während der Ferien ihrer Angehörigen Unterkunft im Geriatriespital; einige benutzten die Tagesklinik oder sogenannte Floatingbetten. In 15 Fällen wurden erhebliche eigene Finanzmittel für Nachtwachen und privatbezahlte Haushalthilfen aufgewendet. Die Tabelle 12 zeigt, dass vor allem die 26 schwerkranken Patienten eine oder mehrere spitalexterne Dienstleistungen beanspruchen.

Die Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen zu ermessen, war nicht unser Thema; auch nicht den Effekt, den sie im einzelnen für den Angehörigen bedeuten. Es

Hilfe durch andere Institutionen n =	Schwer krank 26	Mittel bis leicht krank 17
Ferienbett in Pflegespital	10	11
Tagesklinik	4	–
Floating Bed	4	2
Gemeindeschwester	3	3
Hauspflege	3	–
Haushalthilfe	1	–
Eigene Ressourcen	14	1
Keine	4	4

Hilfe benötigt durch Angehörige, die 43 Patienten langfristig zu Hause pflegen.

Viele Patienten beanspruchen mehr als eine Institution.

Tab. 12. Patienten mit Pflegevertrag:  
Zusätzliche Hilfen

schiene uns aber aufgrund unserer wenigen Beobachtungen wichtig, diese Gruppe von Angehörigen weiterzuverfolgen und abzuklären, wieweit eine Verlegung ihrer Patienten ins Spital mit bezahlter Mitarbeit einerseits sie wirtschaftlich und wohl teilweise auch psychologisch entlasten und eventuell auch die Pflege verbessern könnte. Keinesfalls darf die Tendenz, die Langzeitpflege den Angehörigen zu übertragen, dazu führen, dass nur noch finanziell starke Angehörige ihren Patienten die optimale Pflege bieten können. Wir erinnern an *Haycox* [21], der grundsätzlich schwer pflegebedürftige Patienten in Kliniken unterbringen möchte, und zwar sowohl dem Patienten als auch dem Angehörigen zuliebe. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass gerade unter den jüngeren Menschen heute eine starke Tendenz besteht, Angehörige zu Hause sterben zu lassen. Auch das Erlebnis von Krankheit und Siechtum ist ihnen zu wichtig, als dass es ganz hinter Mauern verschoben werden darf. Es müsste also auch abgeklärt werden, ob die Langzeitkranken zu Hause tatsächlich weniger isoliert sind als in einer Klinik (Beobachtungen aus der Literatur sprechen dagegen, siehe Einleitung). Auch sollte versucht werden, einen objektiven Überblick über die Gründe zu erhalten, die den Patienten selbst bewegen.

Sehr aufschlussreich scheint die Beobachtung, dass diejenigen Patienten, die vorübergehend wieder nach Hause entlassen worden waren, um dort auf einen Dauerplatz zu warten, Leichtpflegefälle waren, die teilweise nicht einmal Betreuung brauchten. Es dürfte sich um Patienten ohne nahe Angehörige handeln sowie um solche, bei denen während des akuten Spitalaufenthaltes die Beziehung zur Familie sich «medikalisiert» hatte, wie in der Einleitung beschrieben.

Im gleichen Sinne ist wohl auch die Beobachtung zu verstehen, dass die Zahl der Angehörigen, die am Telefon ein Interview ablehnten, in der Gruppe der Patienten, die im Akutspital auf einen Pflegeplatz warteten, am höchsten waren (siehe Abschnitt 3.2).

### 5.4 Das Engagement der Angehörigen

Als wichtigstes Ergebnis unserer Studie erachten wir den Nachweis des grossen Engagements, das Angehörige ihren betagten Familienmitgliedern gegenüber erbringen.

Unsere Untersuchung zeigt deutlich, dass die Familie den Langzeitpatienten nicht einfach seinem Schicksal überlässt, auch wenn er in eine Klinik eingeliefert wird, sondern regelmässig Kontakte mit ihm aufrechterhält. Nur 1%, das heisst vier von 323 Patienten, hatten keinen Verwandten oder Freund als Bezugsperson ausserhalb des Spitals. Dies entspricht den einleitend zitierten Beobachtungen in der ausländischen Literatur.

Bei 31% (147 von 473) der in Phase I angesprochenen Angehörigen geht das Engagement so weit, dass sie hypothetisch bereit wären, eine Pflegetätigkeit zu übernehmen; 15% (29 von 195) der in Phase II angesprochenen Angehörigen waren sogar bereit, sofort eine Pflegetätigkeit real zuzusagen, und dies trotz der oben beschriebenen widrigen Umstände.

Es scheint uns, dass es sowohl vom psychologischen wie auch vom ökonomischen Standpunkt aus nicht mehr vertretbar ist, dieses Potential an Pflegemotivation ungenutzt beiseite zu schieben.

#### 5.4.1 Beweggründe für oder gegen Pflegebereitschaft

Als Faktoren, die eine Pflegebereitschaft begünstigen, haben sich aus unseren Analysen die folgenden erwiesen: weibliches Geschlecht, mittlerer sozioökonomischer Status, guter Gesundheitszustand, mittelmässig anspruchsvolle Berufstätigkeit, gute Kontakte zu den Betagten vor der Einweisung in die Klinik. Diese Zusammenhänge wurden im einzelnen dargestellt (3.2.2.1 bis 3.2.2.6).

Die Gründe andererseits, die 196 Angehörige bewegen haben, eine hypothetische Pflegetätigkeit (Phase I) grundsätzlich abzulehnen, sind in *Abbildung 13* zusammengestellt.

Bei 33% waren es Alter und Krankheit, bei 31%, mehrheitlich Männern, der Beruf; nur wenige erklärten, der Kontakt sei zu lose; 28 (16%) konnten keine präzisen Gründe angeben. Bei 32 Angehörigen waren es andere Belastungen, die ihnen nicht erlaubten, eine Pflegetätigkeit aufzunehmen.

Auch bei den 196 Angehörigen, denen ein realer Vorschlag für eine Pflegetätigkeit unterbreitet wurde (Phase II), wurde bei der telefonischen Kontaktnahme bei den 98 Probanden, die nicht zum Interview kommen wollten, nach den Gründen geforscht. Diverse Gründe (unter dem Stichwort «will nicht») waren mit 30% am häufigsten, gefolgt von familiären Belastungen in 25 Fällen (26%). Alter, Krankheit und Beruf waren für den Rest verantwortlich. 13 Patienten waren zwischen dem Zeitpunkt der Stichprobenziehung und der effektiven Kontaktnahme bereits verstorben.

Eine recht ähnliche Verteilung findet sich bei den 69 Angehörigen, die im Laufe des Interviews eine Mitarbeit ablehnten. Die Ablehnung einer Pflegetätigkeit («will nicht») stand mit rund einem Drittel im Vorder-

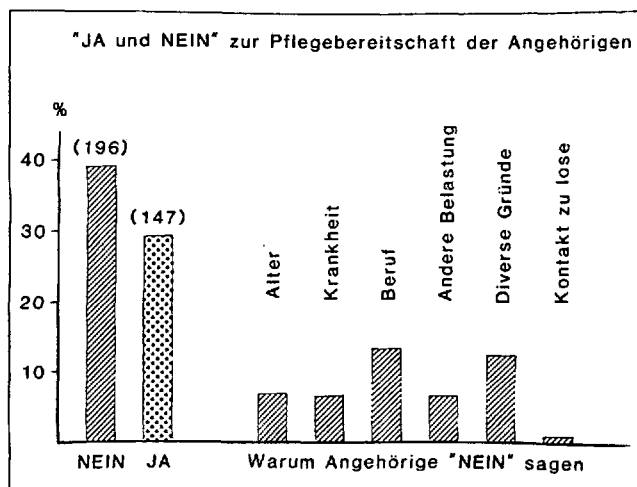


Abb. 13. Eine ablehnende Haltung zur Pflege begründen Angehörige vor allem durch berufliches Engagement und andere Gründe. Letzteres bedeutet möglicherweise eine versteckt ablehnende Haltung gegenüber einer Mitpflege.

grund. Zweithäufigstes Argument (29%) war der Beruf. Eine Gegenüberstellung zwischen Phase I und Phase II zeigt eine recht ähnliche Verteilung, wenn wir davon absehen, dass in Phase II ein erheblich grösserer Teil schon das Interview ablehnte.

#### 5.4.2 Mehrfachbelastung durch Pflegetätigkeit

Wir sind den Angehörigen von Spitalpatienten, die angaben, durch Pflegetätigkeit zu Hause bereits belastet zu sein, noch weiter nachgegangen; unter anderem auch deshalb, weil immer wieder behauptet wird, dass die Schweizer, etwa im Gegensatz zu den Engländern, sich weniger engagieren wollten. Dabei durften wir feststellen, dass von 294 Angehörigen, die sich regelmässig um einen Spitalpatienten kümmern, 68 Personen, das heisst knapp ein Viertel aller Angehörigen, grosse, langdauernde Belastungen trugen, indem sie die Pflege von nahen Verwandten übernahmen, behinderte oder kranke Kinder im Haushalt pflegten oder einen Elternteil über Jahre bei sich in der Familie aufnahmen. Etwa die Hälfte der Angehörigen ist trotzdem bereit, sich bei einer Pflegetätigkeit weiter zu engagieren. Besonders bemerkenswert scheint uns, dass 90% der so mehrfach belasteten Angehörigen den beiden niedrigsten sozioökonomischen Gruppen zugehören (untere Mittel- und Grundschicht). Zwei Beispiele mögen diese Doppelbelastung illustrieren:

#### 1. Beispiel:

Frau Weber\*, 60jährig, ist Nichte, Patenkind und zugleich Pflgetochter der 87jährigen Patientin. Frau Webers Mutter starb, als diese ein Kleinkind war. Die ledige Schwester des Vaters – die Patientin – führte den Haushalt nach dem Tod seiner Frau und erzog Frau Weber, das einzige Kind. Diese ist mit der

\* Namen geändert.

Patientin sehr verbunden. Sie besucht ihren Vater und die Patientin häufig im Geriatriespital. Frau Weber pflegte ihren Mann, von dem sie keine Kinder hatte, ein Jahr lang zu Hause, bis er an Lungenkrebs starb. Seit 1962 lebt der paranoide Bruder des Mannes bei den Webers. Er wurde damals nach 20jährigem Klinikaufenthalt zu ihnen entlassen; er lebt zurückgezogen in seinem Zimmer, liest die Zeitung und hört Radio. Er könne nicht zulange alleine gelassen werden. Frau Weber arbeitet halbtags als Kassierin in einem Supermarkt. Sie selbst hatte zweimal eine Magenoperation und leidet jetzt noch häufig unter Magenschmerzen; sie macht keine Ferien und hat wenig Freizeit.

## 2. Beispiel:

Frau Senn\*, 58jährig, hat ihre 80jährige Mutter im Geriatriespital; sie besucht sie häufig und hat eine gute Beziehung zu ihr. So war die Patientin vor der Spitalaufnahme jeden Samstag/Sonntag bei der Familie. Auch heute holt Frau Senn die Patientin gelegentlich am Sonntag zum Essen.

Bis 1975 betrieben die Ehegatten Senn ein kleines Geschäft; 1977 war Herr Senn in der Psychiatrischen Klinik, wo ein Gehirnschwund festgestellt wurde. Die Frau sagt, sie müsse auf den Gatten aufpassen wie auf ein kleines Kind; er sei kein Gesprächspartner mehr. Frau Senn braucht Geld und Ablenkung und arbeitet deshalb vormittags als Buchhalterin.

So leben Herr und Frau Senn sehr zurückgezogen; die Frau vereinsamt, weil sie mit niemandem mehr Kontakt pflegt wegen des Geisteszustandes ihres Gatten.

Zwei Schwägerinnen, die ebenfalls an der Patientin hängen, kritisieren Frau Senn, weil sie sich zurückzieht. Einzig die 35jährige Tochter scheint für ihre Mutter Verständnis zu haben. Sie stellt eine Veränderung der Mutter fest, seit der Vater krank ist. Frau Senn werde misstrauisch, meine, die Grosskinder mögen sie nicht mehr, und mit ihrem Sohn habe sie sich zerstritten.

Frau Weber und Frau Senn können wegen der Belastung in ihren Familien keine Pflegetätigkeit aufnehmen.

Auch diese Gruppe von mehrfach belasteten Angehörigen verdient unseres Erachtens vermehrte Aufmerksamkeit. Allein die Tatsache, dass es sich mehrheitlich um die sozioökonomisch niedrigsten Schichten handelt, könnte dafür sprechen, dass diese Frauen aus finanziellen, aber auch aus psychologischen Gründen sich nicht gegen diese Belastung wehren können, sei es, dass sie es nicht wagen, Hilfe anzufordern, sei es, dass sie auch psychologisch die Wege nicht finden können, diese Belastung besser zu verarbeiten. Dies könnte unter anderem auch dadurch geschehen, dass die Betreffende in eine pflegende Gruppe integriert wird.

### 5.4.3 Verbesserungsvorschläge von Angehörigen

Im nichtstrukturierten Teil des Interviews in der Phase I wurde auch versucht, die Verbesserungsvorschläge

der Angehörigen zu erfassen. So wurde bemängelt, dass ein zu häufiger Personalwechsel stattfindet oder dass das Eigentum der Patienten nicht sorgfältig verwaltet werde. Hierbei handelte es sich meistens um Kleidungsstücke, die verloren gingen und von den Angehörigen ersetzt werden mussten. Gravierender war der Vorwurf, dass es den Patienten gegenüber an Wärme fehle. Es liegt auf der Hand, dass das von uns vorgeschlagene Modell in all diesen Punkten eine wesentliche Verbesserung der umfassenden Zusammenarbeit darstellen könnte.

Ein anderer Vorwurf, der auch in der Untersuchung von *Ericsson-Persson* [13] festgestellt wurde, war, dass vor allem der Kontakt der Angehörigen mit dem Pflegeteam ungenügend sei. Gerade beim nicht mehr selbständigen Patienten können hier verschiedene Konflikte entstehen. Nach der gängigen Rechtsprechung sind nichtentmündigte, betagte Patienten in ihren Entscheidungen und in ihrem Verhalten frei. Die Verantwortung für ihre Pflege ist in einem Pflegeheim oder einem geriatrischen Spital dieser Institution vollumfänglich übertragen. Trotzdem fühlen sich die Angehörigen aus einsichtigen Gründen als Interessenvertreter ihrer Familienmitglieder im Heim oder Spital. Obwohl ihnen eigentlich kein Mitspracherecht zusteht, stehen sie unter einer Zahlungspflicht. Konflikte über divergierende Ansichten und Schuldgefühle gegenüber dem Patienten, die auf die Pflegeinstitution projiziert werden, sind demnach nicht selten. Auch hier will das Konzept der Mitarbeit von Angehörigen eine echte Verbesserung anbieten. Mitarbeitende Angehörige sind eher in der Lage, die Aspekte der Pflegeinstitution und die realen Möglichkeiten des Patienten zu sehen. Sie können deshalb eher helfen, das Pflegeziel mitzubestimmen.

Auch der Wunsch der Angehörigen nach einem besseren Verhältnis zu ihren psychogeriatrisch veränderten Betagten wurde verschiedentlich Mittelpunkt der Gespräche. Bei der Einweisung in eine Klinik reagieren die Familienangehörigen oft durch eine grössere Distanz zu ihrem erkrankten Patienten. Bei den noch zu Hause Betreuten besteht eine engere Beziehung; bei lange in Heimen Betreuten kommt es möglicherweise wieder zu einer Annäherung, wie dies von *Smith* und *Bengtson* [42] beobachtet wurde. Auch in bezug auf diese Konfliktsituation versucht unser Modell, den Bedürfnissen der Familie entgegenzukommen.

## 6. Schlussfolgerungen

Unsere Untersuchungen zeigen, dass zu einem namhaften Teil Angehörige durchaus bereit sind, pflegerische Betreuungsaufgaben für ihre Betagten auf sich zu nehmen. Die repräsentative Stichprobe hat kaum Anlass zur Vermutung gegeben, dass Angehörige sich auf eine einfache Art ihren Verpflichtungen entziehen möchten, indem sie ihre betagten Chronischkranken in ein Spital abschieben. Deutlich wird, dass nur nächste Verwandte – und unter dieser Gruppe vor allem die Frauen, nämlich Ehegattinnen, Töchter, Schwieger-

töchter -, kaum indessen weit entfernte Verwandte, sich für eine längerdauernde Aufgabe zur Verfügung stellen.

Besonders deutlich wird dies bei der Pflege zu Hause. Das weibliche Stereotyp der Pflegerin ist aber auch bei der Analyse des Beziehungsmusters zu Patienten in Spitalpflege überdeutlich. Die Situation wird am krassen durch die Abwesenheit der Schwiegersöhne demonstriert.

Es scheint uns aus psychologischen wie auch aus ökonomischen Gründen nicht mehr vertretbar, dieses deutliche Potential an Pflegemotivation brachliegen zu lassen. Gleichzeitig zwingt die Beobachtung, dass ein beträchtlicher Teil von Frauen durch Pflgetätigkeit mehrfach belastet ist, zum grundsätzlichen Überdenken der Beziehungsmuster innerhalb von Angehörigen und chronischkranken Familienmitgliedern.

Unsere Modellvorstellung von der Mithilfe von Angehörigen auf Langzeitpflegestationen bietet eine Möglichkeit, hier neue Wege zu finden. Vermehrte Forschung im Rahmen der sozialen Gerontologie ist aber unerlässlich.

Aufgrund der Beobachtungen auf unserer Pilotstation halten wir fest, dass die Mitarbeit der Angehörigen grundsätzlich möglich ist, im Optimum vielleicht jeder achte Patient einen geeigneten Angehörigen hat, dass aber die Durchführung vor allem in kleineren Pflegeheimen realisierbar scheint, wo eine breitere Palette von Tätigkeiten offeriert werden kann, als dies im eigentlichen spezialisierten Geriatriespital der Fall sein kann.

Vor weniger als zwei Generationen war es noch üblich, dass wohlhabende Mütter ihre Kinder den Ammen und Kindermädchen überliessen, dass unbemittelte Mütter ihre Kinder zur Langzeitpflege in Anstalten geben mussten, dass Geburtshelfer der Mutter den Säugling und dem Säugling die Mutter verwehrten – um «die Mutter zu schonen», den «Säugling hygienisch zu pflegen» und «das Personal nicht zu überlasten».

Es scheint uns, dass sich in der Beziehung zwischen Kind und Eltern, diesmal zwischen dem betagten Elternteil und dem betroffenen Angehörigen, ein ähnliches Umdenken anbahnt, wie es in der Beziehung zu kleinen Kindern inzwischen zur Selbstverständlichkeit geworden ist.

Der Gewinn an Lebensqualität dürfte kaum geringer sein als derjenige, den das natürliche Zusammenleben von Eltern und Kleinkindern gebracht hat. Einen Weg zur Verwirklichung dieser Möglichkeit hat unsere Studie zu zeigen versucht.

#### Zusammenfassung

Die noch immer wachsende Zahl von geriatrischen Langzeitpatienten einerseits und die oft schwierige Situation der Angehörigen dieser Patienten andererseits fordert neue Betreuungskonzepte. Wir haben die Möglichkeit getestet, Angehörige von geriatrischen Patienten auf der Station mitarbeiten zu lassen.

Von 323 nach dem Stichprobenverfahren gewählten Langzeitpatienten der Basler Spitäler hatten nur 4 (1%) keine Angehörigen. Von 86% dieser Patienten konnten 343 Angehörige interviewt werden, und 147 (43%) äusserten sich positiv gegenüber der Idee der Mitarbeit. Die Pflegebereitschaft begünstigende Faktoren waren: weibliches Geschlecht, mittlerer sozioökonomischer Status, guter Gesundheitszustand, mittelmässig anspruchsvolle Berufstätigkeit, gute Kontakte zum Patienten vor der Einweisung.

Direkte Mitarbeit auf einer Pilotstation sagten in einer weiteren Erhebung 29 von 196 Angehörigen zu, aus technischen Gründen konnten aber nur fünf ihrer Patienten auf die Pilotstation verlegt werden. Die praktische Erfahrung zeigt, dass Mitarbeit von Angehörigen grundsätzlich möglich ist, im Optimum vielleicht jeder achte Patient einen geeigneten Angehörigen hat und dass sich für die Durchführung vor allem kleinere Pflegeheime eignen würden.

#### Résumé

##### Soins des patients gériatriques par leur parent

Le nombre toujours croissant de patients chroniques gériatriques, d'une part, et la situation souvent difficile de leur entourage, d'autre part, nécessitent l'élaboration de concepts nouveaux de prise en charge. C'est ainsi que nous avons testé la possibilité de faire travailler des parents de patients gériatriques dans les unités de soins.

Parmi 323 patients chroniques tirés au hasard dans les hôpitaux bâlois, seuls 4 (1%) n'avaient pas de parenté. Nous avons pu, pour 86% de ces patients, interviewer 343 de leurs parents; 147 d'entre eux (43%) se sont exprimés positivement vis-à-vis de l'idée d'une collaboration. Les facteurs favorisant d'un accord à cet égard étaient le sexe féminin, un statut socio-économique moyen, un bon état de santé, une activité professionnelle moyennement exigeante et de bons contacts avec le patient concerné avant son admission à l'hôpital.

Dans une enquête ultérieure, 29 personnes sur un total de 196 acceptèrent d'envisager un travail pratique mais, pour des raisons techniques, seuls cinq purent s'occuper du patient de leur parenté hébergé dans une unité de soins-pilote. L'expérience pratique montre que, en soi, la collaboration de parents est possible, que, au mieux, un patient sur huit a un parent qui présente les conditions adéquates et que c'est surtout dans des homes (établissements médico-sociaux) de petite dimension qu'un tel système pourrait être mis en œuvre.

#### Summary

##### Care of elderly patients by their relatives

New concepts are needed for the still increasing number of geriatric patients who require long term institutional care and for the often difficult situation of caregiving relatives. We investigated the possibility to integrate relatives of institutionalized patients in the nursing care.

323 geriatric patients were randomly selected and the relatives contacted. Only four (1%) had no relatives or friends. Of 86% of the patients it was possible to interview 343 relatives or close friends. Of those 147 (43%) were favorably disposed towards a cooperation in the care with the ward staff. Persons willing to cooperate were characterized by female sex, middle class status, good health, not too demanding jobs, and close contacts prior to institutionalisation of their next of kin.

In a second part 29 of 196 relatives were willing to take part in a pilot project. Unfortunately, for technical reasons only five patients could be hospitalized on the experimental ward in the given time. The practical experience demonstrated that relatives can cooperate on a part time basis with the nursing staff in the care of institutionalized geriatric patients. It is estimated that probably 12% of the geriatric patients in institutions have relatives willing and capable to take part in the nursing or other activities on the ward. Smaller nursing facilities appear more suitable than large geriatric clinics for this type of cooperation.

## Literatur

- [1] *Abelin, Th., Schlettwein-Gsell, D., Studer, A. et al.*, Die sozialmedizinische Lage der Betagten in der Schweiz. Bern. Schriftenreihe ISPM, 1985.
- [2] *Aronson, M. K., Lipkowitz, R.*, Senile Dementia, Alzheimer's Type: The Family and the Health Care Delivery System. *J. Amer. Ger. Soc.* 29, 568–571 (1981).
- [3] *Atchley, R. C., Miller, S. J.*, Older People and Their Families. *Ann. Review Gerontol. Geriatrics* 1, 337–369 (1980).
- [4] *Barnes, R. F., Raskind, M. A., Scott, M., Murphy, C.*, Problems of Families Caring for Alzheimer Patients: Use of a Support Group. *J. Am. Ger. Soc.* 29, 80–85 (1981).
- [5] *Blessed, G., Wilson, I. D.*, The Contemporary Natural History of Mental Disorder in Old Age. *Brit. J. Psychiat.* 141, 59–67 (1982).
- [6] *Brody, S. J., Poulshock, S. W., Masciocchi, C. F.*, The Family Caring Unit: A Major Consideration in the Long-term Support System. *The Gerontologist* 18, 556–561 (1978).
- [7] *Butler, R. N.*, Epidemiology of Aging. NIH Publ. 80969 (1980).
- [8] *Campbell, A. J., McCosh, L. M., Allan, B. C.*, Dementia in Old Age and the Need for Services. *Age-Ageing* 12, 11–16 (1983).
- [9] *Christie, A. B.*, Changing Patterns in Mental Illness in the Elderly. *Brit. J. Psychiat.* 140, 154–159 (1982).
- [10] *Clarke, M. G., Williams, A. J., Jones, P. A.*, A Psychogeriatric Survey of Old People's Home. *Brit. Med. J.* 283, 1307–1310 (1981).
- [11] *Crossmann, L., London, C., Barry, C.*, Older Women Caring for Disabled Spouses: A Model of Supportive Services. *The Gerontologist* 21, 464–470 (1981).
- [12] *De Beauvoir, S.*, Das Alter. Rowohlt, Reinbeck (1972).
- [13] *Ericsson-Persson, B., Galvan, S., Norberg, A., Bexell, G.*, Care of Senile Demented Patients in the Final Stage of the Disease as Experienced by Their Close Relatives. *J. Clin. Exp. Gerontol.* 6, 17–26 (1984).
- [14] *Fengler, A. P., Goodrich, N.*, Wives of Elderly Disabled Men: The Hidden Patient. *The Gerontologist* 19, 175–183 (1979).
- [15] *Fries, J. F., Crapo, L. M.*, Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve. Freeman, San Francisco (1981).
- [16] *Gilhooly, M. L.*, The Impact of Care-Giving and Care-Givers: Factors Associated with the Psychological Well-Being of People Supporting a Dementing Relative in the Community. *Br. J. Med. Psychol.* 57, 35–44 (1984).
- [17] *Gilleard, C. J., Boyd, W. D., Watt, G.*, Problems in Caring for the Elderly Mentally Infirm at Home. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 1, 151–158 (1982).
- [18] *Gutman, D.*, Observations on Culture and Mental Health in Later Life. In Birren, J. E., Sloan, R. B., (eds), *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs N. Y. Prentice Hall (1980).
- [19] *Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., Oejesjö, L.*, Does the Incidence of Age Psychosis Decrease? A prospective, Longitudinal Study of a Complete Population Investigated During the 25-Year Period 1947–1972: The Lundby-Study. *Neuropsychobiology* 7, 201–211 (1981).
- [20] *Harford, M. E., Parsons, R.*, Groups of Relatives of Dependent Older Adults. *The Gerontologist* 22, 394–398 (1982).
- [21] *Haycox, J. A.*, Late Care of Demented Patient. *N. Engl. J. Med.* 303, 165–166 (1980).
- [22] *Hayter, J.*, Helping Families of Patients with Alzheimer's Disease. *J. Gerontol. Nursing* 8, 81–86 (1982).
- [23] *Huber, F., Stähelin, H. B., Bloch, F.*, Pflege von chronisch-kranken geriatrischen Patienten durch Mitarbeit von Angehörigen. *Z. Gerontol.* 17, 205–208 (1984).
- [24] *Hunt, L. B.*, The Elderly in Hospital: Recent Trends in Use of Medical Resources. *Brit. med. J.* 4, 83–85 (1973), Suppl. 1.
- [25] *Ikegami, N.*, Institutionalized and the Non-Institutionalized Elderly. *Soc. Sci. Med.* 16, 2001–2008 (1982).
- [26] *Isaacs, B., Livingstone, M., Nevil, Y.*, Survival of the Unfittest – A Study of Geriatric Patients in Glasgow. Routledge & Kegan, London (1972).
- [27] *Johnson, C. L., Johnson, F. A.*: A Micro-Analysis of «Senility»: The Responses of the Family and the Health Professionals. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7, 77–96 (1983).
- [28] *Klusmann, D., Lüders, I., Bruder, J., Lauter, H.*, Die Betreuung kranker alter Menschen im Mehrgenerationenhaushalt – Zwischenergebnisse eines laufenden Forschungsprojekts. Arbeitsbericht – Sonderforschungsbereich 115, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Univ. Hamburg.
- [29] *Lalivè d'Epinay, Chr., Christe, E., Coenen-Huther, J. et al.* (GUGRISPA), Vieillesse, Ed. Georgi, Saint-Saphorin (1983).
- [30] *MacLennan, W. J., Isles, F. E., McDougall, S., Keddie, E.*, Medical and Social Factors influencing Admission to Residential Care. *Brit. Med. J.* 288, 701–703 (1984).
- [31] *Maddox, G. L.*, Mutual Help Groups for Caregivers in the Management of Senile Dementia: A Research Agenda. *Modern Aging Research* 5, 339–352 (1984).
- [32] Nationales Komitee Schweiz für die UNO-Weltkonferenz 1982 über das Altern»: Schweizerischer Landesbericht zuhanden der UNO-Weltkonferenz über das Altern. Pro Senectute Zürich (1982).
- [33] *Parmelee, P. A.*, Spouse Versus Other Family Caregivers: Psychological Impact on Impaired Aged. *Am. J. Community Psychol.* 11, 337–349 (1983).
- [34] *Rothstein, U.*, The Role of Relatives in the Care of Aged Patients in a Hospital Setting. Symposium des European Social Research Committee der Int. Gerontol. Gesellschaft, Ystad, Schweden (1977).
- [35] *Rosenzweig, N.*, Some Differences between Elderly People who Use Community Resources and Those who Do not. *J. Am. Geriatr. Soc.* 23, 224–233 (1975).
- [36] *Sanford, J. R. A.*, Tolerance of Debility in Elderly Dependents by Supporters at Home: Its Significance for Hospital Practice. *Brit. med. J.* 3, 471–473 (1975).
- [37] *Schlettwein-Gsell, D., Bass, B.*, Social Needs of the Relatives of Old People, p. 79–83 in *Family Life in Old Age*, Dooghe G., Helander J. (eds), Martinus Nijhoff, Den Haag (1979).
- [38] *Schneider, E. L., Brody, J. A.*, Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: An Other View. *N. Engl. J. Med.* 309, 854–856 (1983).
- [39] *Shanas, E.*, Social Myth as a Hypothesis: The Case of Family Relations of Old People. *Gerontologist* 19, 3–9 (1979).
- [40] *Sheldon, F.*, Supporting the Supporters: Working with the Relatives of Patients with Dementia. *Age and Ageing* 11, 184–188 (1982).
- [41] *Shuval, J. T., Fleischman, R., Shmueli, A.*, Informal Support for the Elderly: Social Networks in a Jerusalem Neighbourhood. *Brookdale Inst. Gerontol.* (1982).
- [42] *Smith, K. F., Bengtson, V. L.*, Positive Consequences of Institutionalisation: Solidarity Between Elderly Parents and Their Middle Aged Children. *The Gerontologist* 19, 438–447 (1979).
- [43] *Smyer, M. A.*, The Differential Usage of Services by Impaired Elderly. *J. Gerontol.* 35, 249–255 (1980).
- [44] *Stähelin, H. B.*, Pflege von chronischkranken, geriatrischen Patienten durch Mitarbeit von Angehörigen. *Soz. Präev. Med.* 26, 63 (1981).
- [45] *Stähelin, H. B., Bloch, F., Jeker, Ch.*, Der Beitrag der Familie bei der Pflege chronischkranker Betagter. *Soz. Präev. Med.* 28, 286–291 (1983).
- [46] VESKA. Medizinische Statistik 1983. VESKA Aarau (1984).
- [47] *York, J. L., Calsyn, R. J.*, Family Involvement in Nursing Homes. *The Gerontologist* 17, 500–505 (1977).

**Verdankungen**

Frau U. Althaus danken wir für die ausgezeichnete Betreuung des Studiensekretariats. Für die Hilfe bei der Auswahl der Patienten und der Vermittlung der Adressen der Angehörigen sind wir Frau M. Stäheli und Frau K. Mundschein von der Zentralen Bettenvermittlung sowie Herrn Dr. U. Wisler (Leimenklinik), den Ober-schwestern sowie Oberpflegern der Stationen in den befragten Kliniken zu grossem Dank verpflichtet. Für die Datenauswertung danken wir Herrn PD Dr. R. Bruppacher und der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. AG. Schliesslich gebührt auch den Mitarbei-

tern und Mitarbeiterinnen der Pilotstation, insbesondere Herrn H. Meili, Oberpfleger, unser Dank sowie den Sekretärinnen der Medizinisch-Geriatri-schen Klinik, Frau H. Nann und Frau V. Ursenbacher, für ihre Mithilfe beim Projekt.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. H.B. Stähelin, Medizinisch-Geriatri-sche Klinik, Kantons-spital, CH-4031 Basel