

chronischen Behinderungen weniger aktive soziale Teilnahme auf. Je mehr chronische Behinderungen vorliegen, desto weniger bestehen soziale Aktivitäten und desto seltener machen die Behinderten Besuche.

Résumé

Incapacité chronique et intégration sociale des personnes âgées

Des résultats de l'enquête de ménage suisse Somipops sont présentés. Le pourcentage de ceux qui déclarent des incapacités augmente avec l'âge. Il en est de même pour le nombre d'incapacités par personne. Par contre, les activités sociales deviennent plus rares avec l'âge. Ces tendances sont plus nettes pour les personnes de 65 à 84 ans qui déclarent des incapacités chroniques que pour celles qui n'en déclarent aucune.

Summary

Long-term disability and social integration in the elderly

Findings of the first Swiss health Survey Somipops are presented. The percentage of long-term disability as well as the number of disabilities per person increases with age. On the other hand social activities decrease with age. For persons aged 65–84 with long-term disability these tendencies are stronger than for those without disability.

Literatur

- [1] Die Altersfragen in der Schweiz, Eidgenössische Kommission für Altersfragen, Neubearbeitung 1979, Bern.
- [2] Schweiz. Landesbericht zuhanden der UNO-Weltkonferenz über das Altern, 1982, Herausgeber: Schweiz. Stiftung pro Senectute.
- [3] Autorengruppe Somipops, Die Haushaltbefragung über Gesundheit im NFP 8: Inhalt und Ablauf der Hauptbefragung, Sozial- und Präventivmedizin 27, 324–325 (1982).
- [4] OECD Working Party on Social Indicators, Draft Recommendations for Social Indicators, Health, Paris, 1979.
- [5] Klein M., Schlettwein-Gsell D., Abelin Th., Gesundheit und Behinderung in der über 65jährigen Bevölkerung von Basel und Bern, Sozial- und Präventivmedizin 23, 271–272 (1978).
- [6] Dudle G., Minder Ch., Schlettwein-Gsell D., Abelin Th., Behinderung im Alter, Hospitalis 5 (1983).

Korrespondenzadresse

Frau Dr. med. Elisabeth Zemp
Nationales Forschungsprogramm 8
Kantonsspital
CH-4031 Basel

Der Beitrag der Familie bei der Pflege chronischkranker Betagter¹

H. B. Stähelin, F. Bloch, Ch. Jeker

Medizinisch-Geriatriische Kliniken, Felix-Platter-Spital und Kantonsspital Basel

1. Einleitung

Die Pflege kranker Betagter gehört seit je zu den Aufgaben der Familie. Auch in der industrialisierten Gesellschaft mit ihrer tiefgreifenden Umwandlung der Familienstruktur und der Arbeitswelt ist dies immer noch eine der vornehmsten Familienpflichten. Wie Simone de Beauvoir 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 [1].

In früheren Jahrhunderten war die Zahl der Betagten und damit auch der kranken, hilflosen Alten im Verhältnis zur gesamten Population gering. Heute machen letztere das Hauptkollektiv der pflegebedürftigen Patienten aus. Durch Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und durch medizinische Massnahmen erreicht eine zunehmend grössere Zahl von Männern und Frauen ein hohes Alter. Dieser Vorgang hält immer noch an. Im Vergleich zu 1950 erreichten in der Schweiz 1980 rund 10% mehr Männer und 20% mehr Frauen ein höheres Alter. Dies gilt für die 75-, 80- bzw. 85jährigen in gleicher Weise [2].

Der Anteil der 65jährigen und älteren beträgt bei den Frauen in der Schweiz 15%, bei den Männern 11%. In grossen schweizerischen Städten liegen die entsprechenden Zahlen wesentlich höher. Für Basel gilt, dass bei den Männern 15% 65 Jahre oder älter sind, bei den Frauen 23%. Diese Zahlen dürften in wenigen Jahrzehnten auch für die übrigen Schweizer Kantone Gültigkeit erreichen. Die demographischen Verschiebungen bringen eine starke, steigende Nachfrage nach Pflegemöglichkeiten mit sich.

Für die Situation des pflegebedürftigen Betagten ist auch die grössere Mobilität der tätigen Bevölkerung, die Abnahme der Familiengrösse und das Auseinanderbrechen der Familien bedeutsam. Umstände psychologischer und sozialgesetzgeberischer Natur erschweren auch pflegebedürftigen Betagten einen Wohnsitzwechsel und verhindern so eine Betreuung durch die Familie. Für den Betagten ist häufig weniger die Aussicht auf den Tod als auf eine langfristige Pflegebedürftigkeit erschreckend. Dieses Schicksal trifft indessen nur rund einen Fünftel der über 75jährigen [3], und sie sind es, die das Bild der Pflegeheime, geriatrischen Kliniken, aber in vermehrter Masse auch der Akutstationen prägen. Bei diesen Patienten stehen neben den weitverbreiteten Herz-Kreislauf-Krankheiten die Alterskrankheiten des Gehirns im Vordergrund. Isolation und aufwendige Pflege führen in der Regel zur Hospitalisation [4].

¹ Nationales Forschungsprogramm 8, Projekt-Nr. 4.346.0.79.08; Projektgruppe: H. B. Stähelin, D. Schlettwein-Gsell, F. Huber, M. Bächli, M. Zierath.

Diesem wachsenden Bedürfnis nach Pflegemöglichkeiten stehen knapper werdende Ressourcen und ein Mangel an Pflegepersonal gegenüber. Es verwundert demnach nicht, dass von verschiedenen Seiten nicht nur eine Rückkehr zur Pflege der Betagten durch die Familie gefordert wird, sondern auch Bestrebungen im Gange sind, die Pflege zu Hause durch extramurale Hilfen zu verstärken und zu fördern. Untersuchungen aus Grossbritannien, aber auch aus anderen europäischen Ländern [5, 6] weisen darauf hin, dass es vor allem die senile Demenz mit allen ihren Folgen für die Selbständigkeit ist, die zur Aufnahme in eine Pflegeinstitution führt. Die Isolation, in die der alleinstehende Betagte gerät, verstärkt – wie *Vetter* nachweisen konnte [7] – zusätzlich die Behinderung. Nicht selten stellen Krankheit und äussere Umstände, auch bei Einsatz extramuraler Dienste, unerfüllbare Anforderungen an die Betreuer, die nicht selten mit Krankheiten beantwortet werden, so dass vom «hidden patient» [8] gesprochen wird. Chronischkranke Betagte mit grossem Pflegeaufwand werden deshalb mehrheitlich in Pflegeinstitutionen betreut. Neben einem rationelleren Einsatz der Mittel wird die schwere Aufgabe auf mehrere Pflegenden verteilt, der Patient befindet sich nicht mehr in seiner Isolation, und nicht selten sind dadurch erstaunliche Rehabilitationserfolge möglich. Trotzdem ist die Haltung der Öffentlichkeit und der betroffenen Familien gegenüber den Pflegeheimen ambivalent.

Um hier eine mögliche Lösung zu finden, untersuchten wir in Basel, ob Angehörige bereit wären, an der Pflege ihrer chronischkranken Betagten, welche in einer Pflegestation betreut werden, im Teilzeitverhältnis mitzuarbeiten und gleichzeitig auch bei der Pflege anderer Patienten mitzuwirken. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 [9] überprüften wir in einer empirischen Untersuchung folgende drei Punkte:

1. die Beziehung von chronischkranken, hospitalisierten Patienten zu ihren Angehörigen,
2. die Situation der Angehörigen,
3. die theoretische Bereitschaft von Angehörigen zur Teilzeit-Mitarbeit in einer Pflegestudie.

2. Methodik

Eine ausführliche Beschreibung der Studienanlage wurde bereits publiziert [9]. Aus drei geriatrischen Kliniken (Kantonsspital, Felix-Platter-Spital, Leimenklinik) wurde jeder fünfte Patient erfasst. Aus der Gruppe der Patienten auf der sogenannten Warteliste für ein Pflegebett wurde jeder dritte Patient ausgewählt. Bei diesen Patienten handelt es sich vorwiegend um in Akutkliniken oder in psychiatrischen Kliniken Hospitalisierte. Diesen beiden Patientengruppen wurde ein Vergleichskollektiv gegenübergestellt, das aus zu Hause gepflegten Patienten gebildet wurde. Von jedem so eruierten Patienten wurde mit den der Klinik bekannten Angehörigen schriftlich Verbindung aufgenommen. Sie wurden in der Folge telefonisch zu

einem Interview eingeladen. Diejenigen, die nicht zum Interview kommen wollten, wurden nach Geschlecht und Verwandtschaftsgrad erfasst. Das Interview, durchgeführt von FB und CHJ, gliederte sich in zwei Teile. In einem ersten, unstrukturierten Gespräch wurde den Angehörigen Gelegenheit gegeben, sich zur Idee der Studie zu äussern und auf ihre Erfahrungen mit der Pflege und dem Kontakt zu chronischkranken Betagten einzugehen. Ihre Lebens- und Arbeitssituation und ihre Einstellung zu einer Mitarbeit bei der Pflege wurden ausführlich besprochen. Im zweiten Teil wurde ein Fragebogen erhoben, der die erwähnten Themen strukturiert erfasste.

Da unser Modell davon ausging, dass auch vollberuflich tätige Angehörige unter Umständen bereit wären, bei der Pflege ihrer betagten Angehörigen mitzuwirken, wurde auch eine Umfrage von MB (Health Care Planing Ltd.) bei Arbeitgeberorganisationen, Personalämtern und Personalbüros durchgeführt. Deren Stellungnahme zum vorgesehenen Einsatz von einem Arbeitstag pro Woche wurde eingeholt. Die Fragebogen konnten dank dem Entgegenkommen der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. AG, Basel, EDV-mässig ausgewertet werden. Die verschiedenen Ergebnisse wurden mittels des χ -Quadrattests auf ihre Signifikanz geprüft.

3. Resultate

3.1. Indexpatienten

Die repräsentative Stichprobe umfasst 323 Patienten. Bei 107 weniger als 80jährigen Patienten waren 67 Frauen und 40 Männer, bei den 80jährigen und darüber 177 Frauen und 39 Männer. Verheiratete Männer wurden signifikant häufiger zu Hause betreut. Es handelt sich dabei meistens um unter 80jährige Männer (*Tab. 1*). Von den 323 Patienten gab es nur vier, bei denen keine Verwandten oder Bekannten eruiert werden konnten. Mit andern Worten: Sämtliche übrigen Patienten hatten mehr oder weniger regelmässigen Kontakt mit Verwandten und/oder Freunden.

3.2. Rekrutierungserfolg beim Interview

Mit 473 Verwandten und Bekannten wurde Kontakt aufgenommen. 343 kamen zum Interview, 130 Angehörige lehnten ein Interview ab. Die Refusanten, welche am Telefon das Interview ablehnten, sind gleichmässig auf die verschiedenen Patientengruppen verteilt. Auffallend ist, dass bei entfernteren männlichen Verwandten mehrheitlich ein Interview abgelehnt wurde.

	Frauen		Männer	
	<80 J.	≥80 J.	<80 J.	≥80 J.
Geriatricspital	24	70	16	19
Warteliste	25	52	13	7
Altersheim	11	36	–	7
Zu Hause	7	19	11	6

Tab. 1. Alter und Aufenthaltsort von 323 Patienten.

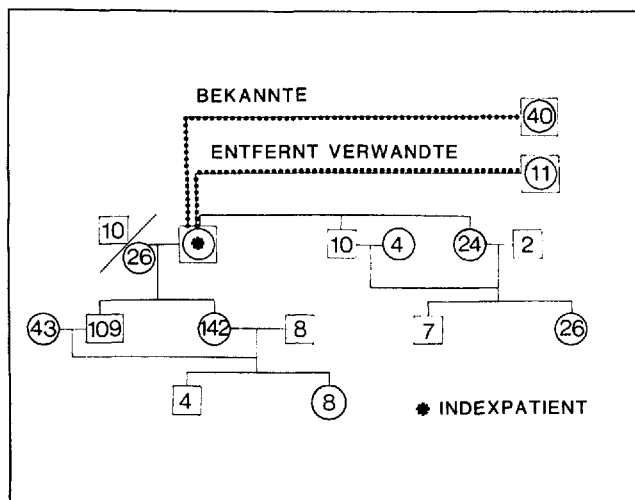


Abb. 1. Die Verwandtschaftsverhältnisse von 323 Indexpatienten sind dargestellt. □ = männliche Verwandte. ○ = weibliche Verwandte.

Abbildung 1 zeigt eindrücklich, dass es vor allem die weiblichen Verwandten, in erster Linie die Tochter, aber auch die Schwiegertochter und die Nichte sind, die sich chronischkranker Betagter annehmen. Angeheiratete, Schwäger und Schwiegersöhne, entfernt Verwandte und Enkelkinder kümmern sich nicht systematisch um ihre kranken betagten Angehörigen. Zwischen den Teilnehmern am Interview und den Refüsanten war bezüglich Verwandtschaftsgrad statistisch kein signifikanter Unterschied feststellbar, so dass wir davon ausgehen können, dass das dargestellte Verwandtschaftsnetz typisch für schweizerische Verhältnisse sein dürfte.

3.3. Ergebnisse des Interviews

Die Mehrzahl der interviewten Angehörigen, 62%, sind im Alter zwischen 50 und 70 und gehören nicht der Generation der Indexpatienten, sondern der nächstfolgenden Generation an. Aus der Generation der Indexpatienten sind es vor allem die Ehegatten und die Bekannten, die für den Kontakt verantwortlich sind. Eindrücklich ist der Unterschied zwischen Schwiegertöchtern und Schwiegersöhnen, nur acht Schwiegersöhne pflegen regelmässigen Kontakt mit einem der 323 Indexpatienten. Von den interviewten Angehörigen sind 48% berufstätig. Rund ein Viertel lebte vor der Hospitalisation des Betagten in der gleichen Wohnung oder im gleichen Haus, 20% in der Nachbarschaft und eine Mehrheit (55%) nicht im gleichen Quartier.

a) Pfl egetätigkeit und Verwandtschaftsgrad

Während schon der Kontakt zu Betagten in Pflegeheimen und Geriatriespitalern mehrheitlich von nahen weiblichen Verwandten wahrgenommen wird, so tritt dies bei der Bereitschaft zur Pflege noch viel eindrücklicher hervor. Von den befragten Töchtern und Schwiegertöchtern waren 56 bzw. 54% grundsätzlich bereit, auf eine Teilzeitpfl egetätigkeit einzutreten.

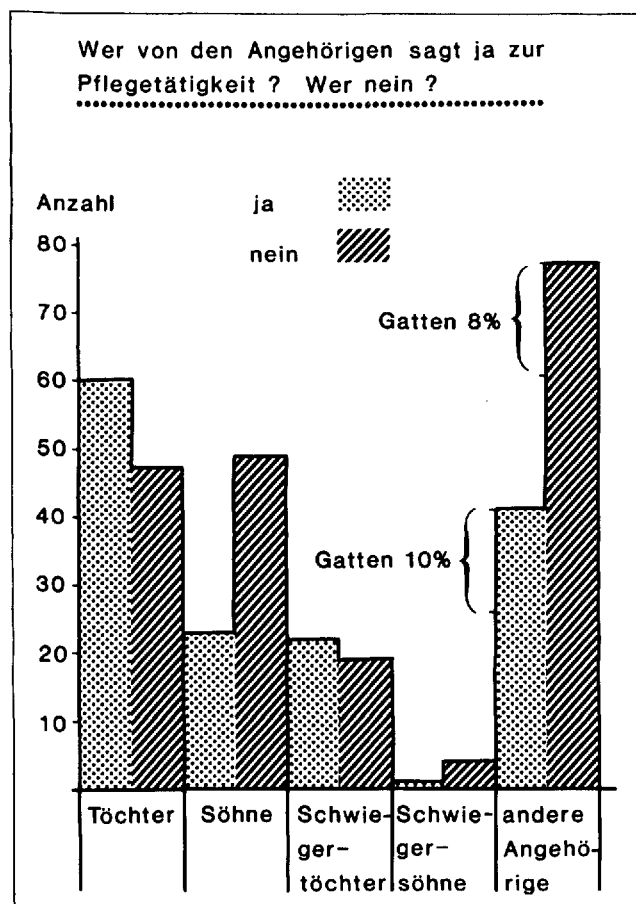


Abb. 2. Bereitschaft der Angehörigen, bei der Pflege mitzuwirken, in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad. Von 343 Interviewten haben sich 147 für, 196 gegen eine Pfl egetätigkeit ausgesprochen.

Söhne und andere Angehörige waren nur in 31 bzw. 30% bereit (Abb. 2). Dies wird durch die Kontrollgruppe der zu Hause Gepflegten voll belegt. Von 43 mit Pflegevertrag unterstützten und zu Hause betreuten Patienten werden nur fünf vom Ehemann, die übrigen 39 von Frauen (Tab. 2) betreut. Besonders beachtenswert ist, dass Geschwister und Nichtverwandte in dieser Gruppe nicht vertreten sind.

Angehörige, die vor der Hospitalisation die Wohnung mit dem Betagten teilten, waren hochsignifikant häufiger bereit, bei der Pflege mitzuwirken als Angehörige, die vorher schon eine entferntere Wohnbeziehung hatten. Angehörige, die vorher schon Pflegeleistungen erbrachten, waren auch weiterhin eher bereit ($p < 0,025$), mitzuwirken. Bei Arbeitnehmern in Grossbe-

Pflege durch	Anzahl
Gattin	13
Gatte	5
Töchter	20
Schwiegertöchter	4
Geschwister	0
Bekannte/entfernt Verwandte	0

Tab. 2. Pflege zu Hause durch Angehörige.

trieben und Kleinstbetrieben (über 1000 bzw. unter zehn Arbeitnehmer) war die Bereitschaft geringer als bei Arbeitnehmern aus mittelgrossen Betrieben. Knapp an der Signifikanzgrenze waren Unterschiede im sozioökonomischen Status der Angehörigen. Interviewte aus der oberen Mittelklasse waren eher bereit, mitzuarbeiten als Interviewte aus der Grundschicht ($p = 0,06$).

Werden die Angehörigen, welche für eine Mitwirkung bei der Pflege nicht in Frage kommen oder sie ablehnen, näher analysiert, so zeigt es sich, dass 16% der Befragten aufgrund ihres vorgerückten Alters als nicht geeignet betrachtet wurden. 16% der Ablehnenden sind krank oder behindert, bei 29% wird der Beruf als Hindernis angegeben. Nur 3% machen einen zu lösen Kontakt mit den Patienten geltend. In rund einem Fünftel wurden verschiedene Gründe vorgeschützt (Tab. 3).

	Anzahl	Prozent
Alter ≥ 70	32	16%
Krankheit	31	16%
Andere Belastung	33	17%
Beruf	57	29%
Kontakt zu lose	5	3%
Sonstige Gründe	38	19%
Total nein	196	100%

Tab. 3. Warum Angehörige zu einer Pflegetätigkeit nein sagen.

b) Bereits bestehende Belastungen

Insgesamt konnten 294 Angehörige interviewt werden, welche einen Indexpatienten in einem Geriatriespital oder einer anderen Institution hatten. 68 davon, das heisst knapp ein Viertel, tragen bereits grosse und langdauernde Belastungen, wie zum Beispiel die Pflege von nahen Verwandten, seien es behinderte oder kranke Kinder zu Hause oder sei es, dass sie einen noch nicht schwer pflegebedürftigen Elternteil über Jahre bei sich in der Familie aufnehmen. Etwa die Hälfte dieser Angehörigen ist trotzdem bereit, sich bei einer Pflegetätigkeit weiter zu engagieren. In einem gewissen Gegensatz zur oben festgestellten Bereitschaft der oberen Mittelklasse, bei der Pflege mitzuwirken, steht die Beobachtung, dass Angehörige mit schon bestehenden Belastungen zu Hause eher aus der Grundschicht und unteren Mittelschicht stammen.

3.4. Stellungnahme der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber stehen Teilzeitstellen grundsätzlich skeptisch gegenüber, da diese einen im Vergleich zur Arbeitsleistung höheren Unkostenanteil aufweisen. Sie behalten sich vor, jeden Einzelfall zu prüfen. Die Pensionskassen sind in der Regel bereit, bei entsprechenden Prämienzahlungen, die vom Arbeitnehmer allerdings selbst zu tragen sind, den vollen Versicherungsanspruch weiter zu garantieren. Von Arbeitgeberseite her wäre ein Einsatz der Angehörigen in den

Randstunden begrüssenswert. Dadurch würde der Zeitausfall unter 20% zu liegen kommen; möglicherweise müsste sogar kein Ersatz eingestellt werden. Von Arbeitgeberseite her kann generell nicht mit einem grösseren Entgegenkommen gerechnet werden. Die öffentlichen Institutionen zeigen sich einer Teilzeitarbeit gegenüber aufgeschlossener.

4. Diskussion

Für die Pflege kranker Familienmitglieder, auch Betagter, ist in erster Linie die Familie verantwortlich. Dies gilt indessen in Gesellschaften mit differenzierendem Gesundheitswesen nur noch für den ambulanten Bereich. Die Pflege in Heimen und Spitälern wird mehrheitlich von professionellen Mitarbeitern erbracht. Im Gegensatz zu Drittweltländern, wo auch im stationären Sektor die Pflege durch Angehörige üblich ist, bildet sie in Industrienationen die Ausnahme. Kommt es zur Einweisung in ein Spital oder Heim, so entstehen für die Familie nicht selten erhebliche Schuldgefühle, da die Rolle der Familie, vor allem der nächsten Angehörigen, von Patienten in Pflegeheimen schlecht definiert ist. Die Übertragung der Pflegeaufgaben an eine Institution wird als Versagen der Familie empfunden. Es ist wohl von diesem Vorurteil her zu verstehen, dass hauptsächlich Untersuchungen darüber angestellt wurden, wie die Pflege zu Hause verbessert und ein Übertritt in ein Heim vermieden werden könnte.

Oberflächlich wird der Verbleib des Betagten zu Hause in jedem Fall als beste mögliche Lösung gesehen. Dem sind die spärlichen Untersuchungen gegenüberzustellen, die belegen, dass eine beträchtliche Anzahl betagter alleinstehender Personen, vor allem Frauen [4], keine Familienunterstützung in Anspruch nehmen können. Mehrere Studien zeigen, dass pflegende Angehörige organische Leiden bei Betagten mit erhaltenen geistigen Fähigkeiten gut tolerieren, bei psychogeriatrischen Erkrankungen indessen bald überfordert sind, so dass Einweisungen in Pflegeheime unumgänglich werden [6, 10]. Gerade Angehörige von psychogeriatrisch veränderten Patienten sind grossen Belastungen ausgesetzt [8]. Durch die Pflege zu Hause besteht eine erhebliche Gefahr der Isolierung. Nach Maddox [11] führt die Stigmatisierung durch psychogeriatrische Patienten zu grossen Problemen für die betreuenden Angehörigen, die davon mitbetroffen werden. Neben dieser Kategorie dauernd pflegebedürftiger Patienten sind es vor allem ledige oder sonst alleinstehende Betagte, die in Heimen gepflegt werden. Unsere eigenen Resultate zeigen, dass vor allem unter 80jährige verheiratete Männer hochsignifikant häufiger von ihren Angehörigen, vor allem von Gattinnen und Töchtern, zu Hause gepflegt werden [12].

Aus dem Gesagten geht klar hervor, dass die Pflegeinstitutionen eine nicht wegzudenkende Aufgabe in unserem Gesundheitswesen erfüllen, die von der Familie nicht mehr erbracht werden kann. Es ist aus diesem Grunde höchst erstaunlich, dass der Beziehung

Angehöriger-Patient-Pflegeinstitution bisher wenig Beachtung geschenkt worden ist. Wohl finden sich einige Arbeiten, die auf die positiven Aspekte der Betreuung in Heimen und Spitälern hinweisen [13, 14, 15, 16]. Ein systematischer Einbezug der Angehörigen bei der Pflege ihrer betagten chronischkranken Familienmitglieder in Pflegeheimen oder Geriatriespitälern wurde indessen kaum näher untersucht. Einzig *Rothstein* berichtete 1977 über die Mitarbeit von 14 sorgfältig ausgewählten Angehörigen, die ihre verwandten Patienten mitbetreuten. Eine volle Integration in den Stationsbetrieb fand indessen nicht statt [16].

Erstmals wurde in unserer Arbeit die ausserordentlich wichtige Frage untersucht, ob Angehörige bereit und fähig wären, teilzeitig im Pflegebetrieb mitzuhelfen. In einem ersten Ansatz galt es, die familiären Beziehungen zu überprüfen. Unser Ergebnis, dass es vor allem die Tochter ist, welche die Beziehung zum kranken Betagten aufrechterhält und auch in erster Linie für Pflegeaufgaben zur Verfügung steht, deckt sich mit den wenigen ausländischen Untersuchungen zu diesem Thema. So fanden *Klusmann et al.* [6] in Hamburg bei psychogeriatrischen Patienten, welche nicht mehr in der Lage waren, allein zu leben, dass fast 70% der Töchter mit einem Elternteil zusammenwohnten. *Rathbone-McCuan* [17] untersuchte die Mitarbeit der Familie bei Patienten aus Tageskliniken. Bei 28% waren es die Ehefrauen, bei 33% die Töchter, die für die übrige Betreuung aufkamen. Auch in der Untersuchung von *Rothstein* [15] sind die Töchter am häufigsten vertreten. In unserer Gruppe wird die Pflege zu Hause ebenfalls in erster Linie durch die Töchter, dann durch Gattinnen, Gatten und Schwiegertöchter wahrgenommen (Tab. 2).

Bei der interviewten Gruppe waren Töchter und Schwiegertöchter (Abb. 2) am ehesten bereit, sich für eine Pflegeaufgabe im Geriatriespital zur Verfügung zu stellen. Obwohl jeder Betagte Kontaktpersonen ausserhalb der Institution aufweist, sind echte pflegerische Leistungen indessen, wie unsere Erhebung und die Analyse der wenigen diesbezüglichen relevanten Studien [4, 10, 17, 18] ergeben, nur von nächsten Familienangehörigen zu erwarten. *Shanas* [4] fand, dass Betagte sich im Falle von benötigter Hilfe zuerst an die Verwandten wenden, dann an Nachbarn und erst in letzter Linie auswärts Hilfe suchen. Auch für eine Mitarbeit bei der Pflege in Heimen dürften demzufolge nur nahe Verwandte ernstlich in Betracht gezogen werden.

Das an sich ansprechende Konzept der Nachbarschaftshilfe entbehrt leider jeglicher realistischer Grundlage, sobald längerdauernde und schwerere Pflegeaufgaben zu bewältigen sind. Nachbarn, Freunde und entfernte Verwandte sind nur selten in der Lage, eine Aufnahme in ein Pflegeheim zu verhindern.

Wird ein Patient in ein Pflegeheim eingewiesen, so wird den Angehörigen nicht selten der Vorwurf des Abschiebens gemacht. Ein «Abschieben» der Betag-

ten in ein Heim scheint, wie *Isaacs et al.* [5] festhalten die Ausnahme darzustellen. Dies wird auch daraus ersichtlich, dass Angehörige häufig neben ihren hospitalisierten Verwandten eine Betreuungsaufgabe zu Hause ausüben [19]. Interessant ist hier, dass die Grundsicht in dieser Gruppe am meisten vertreten ist, während ihre Bereitschaft, an Pflegeaufgaben in einem Spital mitzuwirken, deutlich geringer ist als in den anderen sozioökonomischen Gruppen.

Die freiwillige Mitarbeit von nächsten Familienangehörigen bei der Betreuung ihrer Patienten in geriatrischen Kliniken hat sich bei uns gut bewährt. Sie beschränkt sich aber in der Regel auf gewisse Hilfeleistungen wie zu Essen geben, begleiten beim Spazierengehen usw. Ohne eine formelle Integration in das Pflege-team, wie wir es in unserem Modell anstreben, wird jedoch eine echte Mitbestimmung der Familie nur ungenügend möglich sein. Zusätzliche Pflege- und Betreuungsaufgaben stellen indessen in erster Linie eine Belastung der Frau zwischen 40 und 60 Jahren dar. Nicht selten resultiert daraus eine Doppelbelastung, indem die Schwiegertochter auch für die Eltern des Mannes Leistungen zu erbringen hat. Der Kontakt der Schwiegersöhne zu hospitalisierten Betagten ist, wie unsere Erhebung zeigt (Abb. 2), indessen recht gering. Die psychologischen Belastungen, die sich für die Frau in dieser Altersperiode ergeben, sind nicht unerheblich. Neue Belastungen erwachsen durch pflegebedürftige Angehörige in der älteren Generation. Hier versucht nun unser Konzept der Mitarbeit im Pflege-team, der Familie eine zumutbare Belastung und ein vertretbares Engagement bei der Pflege aufzuzeigen. Die Mitarbeit im Team verbessert gleichzeitig auch die menschliche Situation der Patienten, die im Umfeld der betagten Angehörigen mitgepflegt werden.

Die Mitarbeit bei der Pflege würde von der Mehrzahl der Interviewten gegen ein geringes Entgelt oder gratis geleistet. Dies macht deutlich, wie sehr diese Arbeit noch als Nächstenliebe und nicht als eigentliche Arbeitsleistung aufgefasst wird. Bemerkenswert ist hier aber, dass die Berufstätigen eher auf eine Entschädigung tendieren als die im Haushalt Tätigen. *Shuval et al.* [18] fanden in Jerusalem, dass junge Angehörige am ehesten durch Arbeitszeitreduktion bei gleicher Bezahlung oder zusätzlicher Entschädigung bereit wären, Betagten zu helfen. Die Umfrage bei Arbeitgebern hat aber ausser einem gewissen Entgegenkommen in Sozialleistungen keine grosse Bereitschaft erkennen lassen, ihren Angestellten, die eine Betreuung/Pflegeaufgabe antreten möchten, grosszügig entgegenzukommen. Zudem bietet auch die Tatsache, bei der Pflege verhältnismässig untergeordnete Tätigkeiten ausführen zu müssen, Leuten in leitenden Berufsstellungen beträchtliche Schwierigkeiten.

Aufgrund unserer Erhebung besteht eine begründete Hoffnung, dass Angehörige, vor allem Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, zur Teilzeitmitarbeit

in Pflegeheimen beigezogen werden können. Dabei stehen weniger wirtschaftliche Erwägungen, sondern vor allem eine Verbesserung der Pflegesituation, eine vermehrte Mitsprache der Angehörigen und ein besseres Verständnis der Angehörigen für ihre Patienten im Vordergrund. Neben der Förderung der Pflege zu Hause sollte vermehrt auch der Einbezug der Familie in die Pflegeinstitution angestrebt werden. Unsere ersten Erfahrungen zeigen, dass ein möglichst breites Angebot an Tätigkeiten offeriert werden sollte, um die verschiedenen Fähigkeiten der Angehörigen am besten nutzbar machen zu können.

Zusammenfassung

Im Projekt «Beizug von Angehörigen zur Pflege chronischkranker Betagter» (NFP 8) wurden 323 Patienten nach dem Zufallsprinzip (stratifiziert nach Herkunft) erfasst. Deren Angehörige und Bekannte wurden zu einem Interview eingeladen. Von 473 Angehörigen konnten 343 interviewt werden. Männer unter 80 werden signifikant häufiger zu Hause betreut als Frauen. Die Pflegeaufgaben werden vorwiegend von Frauen der nachfolgenden Generation (Töchter und Schwiegertöchter) wahrgenommen. Diese sind auch am ehesten bereit, Pflegeaufgaben in einem Heim oder einer Klinik zu übernehmen. Einzig nahe Familienglieder sind zu einer längeren Pflegeaufgabe bereit, Freunde, Nachbarn, Bekannte oder entfernt Verwandte kaum. Wirtschaftliche Erwägungen spielen bei Männern eine grössere Rolle als bei Frauen. Letztere erfüllen in einem nicht erwarteten Ausmass bereits Pflegeaufgaben im Bereich der Familie.

Résumé

Dans le cadre du programme national No 8 du FNRS nous nous sommes attachés au problème de savoir si on pouvait faire participer aux soins de malades chroniques âgés des parents et des connaissances. 343 sur 473 parents et amis de 323 patients choisis au hasard ont pu être interviewés. Le nombre d'hommes en dessous de 80 ans soignés à domicile est significativement supérieur à celui des femmes. Les soins sont surtout donnés par les femmes de la génération suivante, filles et belles-filles. Ce sont elles aussi avant tout qui seraient d'accord de donner des soins dans un home ou dans une clinique. Seuls des parents proches se déclarent prêts à assumer cette tâche pendant un temps prolongé. Parmi les amis, les voisins, les connaissances ou les parents éloignés, c'est l'exception. Des considérations économiques jouent un rôle plus important chez les hommes que chez les femmes. Nous avons été surpris par le nombre de femmes qui donnent déjà des soins dans le cadre de la famille.

Summary

As part of the Swiss National Research Programm No. 8 (Economy and Efficacy of the Swiss Health System), we evaluated the participation of relatives in the care of institutionalized, chronically ill elderly parents. 323 patients were selected at random. Of 473 relatives and friends it was possible to interview 343. Men below the age of 80 were, cared for significantly more often at home in comparison to women. Care was in most instances provided by closely related women, usually from the next generation (daughters and daughters-in-law). In this group a majority participated in nursing care for institutionalized elderly relatives. Only close relatives appear to be willing to carry the burden of nursing care over a long period of time, whereas friends, neighbours, and distantly related family members are not. Economic problems arise mainly for men, less so for women. The latter are surprisingly often already involved in caring for an additional handicapped or elderly family member.

Literatur

- [1] *de Beauvoir, S.*, Das Alter (Rowohlt, Reinbeck 1972).
- [2] Schweizerischer Landesbericht zuhanden der UNO-Weltkonferenz über das Altern, Schweizerische Stiftung Pro Senectute (Hrsg.), Zürich, 1982.
- [3] *Goldmann, R.*, The social impact of the organic dementia of the aged, in: K. Nandi (Ed.), Senile dementia, a biomedical approach (Elsevier, Amsterdam 1978), S. 3–17.
- [4] *Shanas, E.*, The family as a social support system, Gerontologist 19, 169 (1979).
- [5] *Issacs, B., Livingstone, M., Neville, Y.*, Survival of the unfittest – A study of geriatric patients in Glasgow (Routledge & Kegan, London 1972).
- [6] *Klusmann, D., Lüders, I., Bruder, J., Lauter, H.*, Betreuung kranker alter Menschen im Mehrgenerationenhaushalt, Arbeitsbericht Sonderforschungsbereich 115, Deutsche Forschungsgemeinschaft Universität Hamburg, 1980.
- [7] *Vetter, N. J.*, Longitudinal changes in physical, mental, and social status over a two-year period in those aged 70 and over, 10th Europ. Congr. Clin. Gerontol., Budapest, 1.–3. 9. 1983.
- [8] *Fengler, A. P., Goodrich, N.*, Wives of elderly disabled men: The hidden patient, Gerontologist 19, 175 (1979).
- [9] *Stähelin, H. B.*, Pflege von chronischkranken, geriatrischen Patienten durch Mitarbeit von Angehörigen, Soz. Präz.med. 26, 63 (1981).
- [10] *Smyer, M. A.*, The differential usage of services by impaired elderly, J. Gerontol. 35, 249 (1980).
- [11] *Maddox, G. L.*, Mutual help groups for care givers in the management of senile dementia, Conférence internationale: La démence sénile, Lausanne, 2.–4. 5. 1983.
- [12] *Stähelin, H. B., Bloch, F., Jeker, Ch., Bruppacher, R.*, Die Pflege betagter Langzeitkranker zu Hause, Soz. Präz.med. 26, 63 (1981).
- [13] *Smith, H. F., Bengtson, V. L.*, Positive consequences of institutionalization: solidarity between elderly patients and their middle-aged children, Gerontologist 19, 438 (1979).
- [14] *York, J. L., Calsy, R. J.*, Family involvement in nursing homes, Gerontologist 17, 500 (1977).
- [15] *Rothstein, U.*, The role of relatives in the care of aged patients in a hospital setting, in: G. Dooghe (Ed.), Dependency in old age.
- [16] *Haycox, J. A.*, Late care of demented patients, New Engl. J. Med. 303, 165 (1980).
- [17] *Rathbone-McCuan, E.*, Geriatric day care: a family perspective, Gerontologist 16, 517 (1976).
- [18] *Shoval, J. T., Fleischmann, R., Shmueli, A.*, Informal support for the elderly: Social networks in a Jerusalem neighborhood, Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development in Israel, 1982.
- [19] *Bloch, F., Stähelin, H. B., Huber, F.*, Die Beziehung der älteren Menschen zu ihren betagten chronischkranken Familienangehörigen in Spitalpflege, Schw. Ges. Gerontol. Lausanne, 14.–16. 10. 1982.

Korrespondenzadresse

PD Dr. H. B. Stähelin
 Medizinisch-Geriatriische Klinik
 Kantonsspital
 CH-4031 Basel